

# VIÊM MÓNG MẮT – THỂ MI

*Ban hành kèm theo Quyết định số 182/QĐ- BV ngày 13/3/2014*

## 1. ĐẠI CƯƠNG:

### 1.1. Định nghĩa:

Viêm mống mắt thể mi (viêm màng bồ đào trước) là tình trạng viêm của mống mắt và thể mi. Bệnh mắt khá phổ biến, thường có những tổn thương nặng nề, nhiều biến chứng, hay tái phát, khó xác định nguyên nhân, có thể dẫn đến mù lòa.

### 1.2. Nguyên nhân:

#### 1.2.1. Do nhiễm khuẩn hoặc do viêm:

Một vết thương nông hoặc xuyên nhãn cầu do dị vật nội nhãn, bỏng mắt hoặc một phẫu thuật nội nhãn đều có thể là căn nguyên của viêm màng bồ đào.

#### 1.2.2. Do tự kháng thể:

- Viêm màng bồ đào do kháng nguyên thủy tinh thể.
- Viêm màng bồ đào ở mắt kia do nhãn viêm giao cảm.

#### 1.2.3. Nguyên nhân khu vực:

Nhiễm trùng tại mũi họng hoặc răng đôi khi là căn nguyên của một viêm màng bồ đào trước.

#### 1.2.4. Nguyên nhân toàn thân:

Đó là nguyên nhân nhiễm trùng (nhiễm ký sinh trùng, virus Herpes, Zona; Lao, giang mai hoặc nhiễm nấm...) viêm khớp hoặc chuyển hóa (bệnh gút).

## 2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN:

### 2.1. Bệnh sử:

Xuất hiện đột ngột hoặc từ từ, mới xuất hiện lần đầu hay tái phát. Nhìn mờ, đau nhức, sợ ánh sáng, chảy nước mắt tự nhiên.

### 2.2. Khám lâm sàng:

### 2.2.1. Triệu chứng cơ năng:

- + Nhìn mờ xuất hiện ngay từ đầu.
- + Đau: là triệu chứng chủ quan nổi bật nhất của viêm mống mắt – thể mi.

### 2.2.2. Triệu chứng thực thể:

- Cương tụ rìa, phản ứng thể mi (+).
- Mặt sau giác mạc: có thể có lắng đọng chất xuất tiết.
- Mống mắt: sẫm màu, đồng tử co nhỏ, giảm mất phản xạ ánh sáng, dính sau.
- Giai đoạn muộn đồng tử có thể bị méo mó do dính sau.
- Thủy dịch: vẩn đục, dấu hiệu Tyndall (+) tiền phòng.
- Thể thủy tinh: có những chấm sắc tố mống mắt bám ở mặt trước.
- Nhãn áp ở giai đoạn đầu thường thấp. Song có thể cao trong đợt viêm cấp do xuất tiết làm bít diện đồng tử hoặc nghẽn góc tiền phòng.

### 2.3. Cận lâm sàng:

- Siêu âm kiểm tra môi trường trong suốt của nhãn cầu.
- Xét nghiệm đặc hiệu: khi cần xác định nguyên nhân. Có thể làm: Công thức máu, kháng thể kháng nhân (ANA), RPG hoặc VDRL.
  - FTA – ABS MHS – TP (micro hemagglutination test for antibody to Treponema Pallidum, là những test để phát hiện giang mai).
  - X-quang phổi.
  - Tìm ký sinh trùng.

## 3. CHẨN ĐOÁN:

### 3.1. Chẩn đoán xác định:

- Đau nhức, đỏ mắt, sợ sáng, giảm thị lực, chảy nước mắt.
- Có tế bào và vẩn đục trong tiền phòng, Tyldan(+).

### 3.2. Chẩn đoán nguyên nhân:

Rất khó xác định, vì tính đa dạng của nguyên nhân sinh bệnh như vi khuẩn, virus, nấm, ký sinh trùng, dị ứng, hoặc liên quan đến miễn dịch.

### **3.3. Chẩn đoán phân biệt:**

- Glaucoma cấp: đồng tử giãn, tiền phòng nông, nhãn áp tăng.
- Bong võng mạc có lỗ rách: đồng tử giãn nhẹ, phản xạ ánh sáng chậm, siêu âm thấy bong võng mạc rộng.
- Dị vật nội nhãn: có tiền sử chấn thương, siêu âm thấy dị vật trong nhãn cầu.
- Viêm củng mạc – màng bồ đào: có tổn thương củng mạc, lộ hắc mạc màu sẫm.

### **3.4. Chẩn đoán biến chứng:**

- Dính mống mắt-thủy tinh thể.
- Dính mống mắt-giác mạc.
- Glaucoma cấp thứ phát.
- Đục thủy tinh thể.
- Viêm dịch kính.
- Viêm màng bồ đào sau.
- Phù hoàng điểm.

## **4. ĐIỀU TRỊ:**

### **4.1. Mục đích điều trị:**

Chống viêm, chống dính mống, hạn chế tối đa di chứng và biến chứng.

### **4.2. Nguyên tắc điều trị:**

- Điều trị bệnh căn là vấn đề quan trọng.
- Điều trị triệu chứng.

### **4.3. Điều trị cụ thể:**

#### **4.3.1. Điều trị theo nguyên nhân:**

Điều trị với các thuốc đặc hiệu như thuốc chống virus, thuốc chống lao, kháng nấm, kháng khuẩn, nếu có nguyên nhân rõ ràng.

#### **4.3.2. Điều trị triệu chứng và hỗ trợ:**

##### **4.3.2.1. Thuốc dẫn đồng tử, liệt thể mi:**

- Tác dụng giảm đau và phòng chống dính mống.

- Bệnh nhẹ đến vừa: thuốc làm liệt thể mi cyclopentolate 1 – 2% x 2 lần/ngày.

- Bệnh nặng: Scopolamine 0,25% hoặc là Atropine 1,0% 2 – 4 lần/ngày.

#### 4.3.2.2. Thuốc chống viêm:

- Steroid là thuốc chủ lực trong điều trị.

+ Tại mắt : Collyre Prednisolon acetate 1% , hoặc collyre Lotemax 1 – 6 giờ nhỏ 1 lần tùy theo bệnh nặng hay nhẹ.

+ Nếu không đáp ứng tốt với thuốc nhỏ nhiều lần sẽ tiêm steroid quanh nhãn cầu hoặc dưới bao tenon với methylprednisolone 40 – 80mg.

+ Nếu sau khi dùng thuốc tại chỗ, không kết quả, sử dụng steroid toàn thân, với solumedrol liều 1,5 mg/1kg.

+ Tuy nhiên, những đợt điều trị đầu thường phối hợp điều trị tại chỗ và toàn thân. Đặc biệt những trường hợp nặng gặp ở người trẻ.

- Thuốc chống viêm không steroid : sử dụng khi có chống chỉ định dùng steroid, hoặc được dùng phối hợp như Collyre Indomethacine 0,1%.

#### 4.3.2.3. Thuốc ức chế miễn dịch:

Sử dụng khi các thuốc trên không hiệu quả, song phải thận trọng vì có nhiều tác dụng phụ.

#### 4.3.3. **Điều trị glaucoma thứ phát.**

4.3.4. **Điều trị các tác dụng phụ:** có thể có do corticoid gây ra.

### **5. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:**

#### **5.1. Tiêu chuẩn nhập viện:**

Bệnh nghi ngờ có triệu chứng viêm màng mắt-thể mi

#### **5.2. Theo dõi:**

- Là một bệnh dễ tái phát và có nhiều di chứng, biến chứng nên theo dõi và chế độ tái khám rất quan trọng.

- Khi phản ứng tiền phòng giảm, có thể giảm từ từ việc nhỏ Steroid. Để chống viêm tái phát , cho liều steroid thấp hàng ngày hoặc cách nhật.

- Giảm dần thuốc liệt thể mi. Tiếp tục sử dụng ít nhất 1 lần khi đi ngủ cho đến khi hết tế bào trong tiền phòng.

- Cần chú ý phản ứng ở tiền phòng và nhãn áp khi khám.

- Kiểm tra các biến chứng như dính mống, tăng nhãn áp.

- Theo dõi các biến chứng do dùng corticoid dài ngày như glaucoma, đục thủy tinh, viêm loét dạ dày.

### **5.3. Tiêu chuẩn xuất viện:**

- Tình trạng mắt ổn định, không biến chứng.

- Corticoid chuyển sang liều uống duy trì.

### **5.4. Tái khám:**

- Giai đoạn cấp tính 1 – 7 ngày khám một lần tùy theo mức độ nặng nhẹ.

- Giai đoạn bệnh ổn định 1 – 6 tháng khám lại một lần.

### **Tài liệu tham khảo:**

1. Phác đồ điều trị Bệnh viện Chợ Rẫy 2013, Nhà xuất bản Y học, tr. 611-686.
2. American Academy of Ophthalmology, (2010 – 2011), Intraocular inflammation and uveitis, The Eye MD, Association, 101 – 173 pp.
3. Basic and clinical science course , (2010 – 2011), Retina and vitreous, American academy of ophthalmology, section 12.
4. The Wills Eye Manual (2009), Lippincott Williams and Wilkins, PP 370 – 373.