

VIÊM TÚI LỆ MẠN TÍNH

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

1. ĐẠI CƯƠNG:

1.1. Định nghĩa:

Viêm túi lệ mạn tính là bệnh khá phổ biến, do nhiều nguyên nhân, song thường gặp nhất là do tắc ống lệ - mũi mắc phải nguyên phát. Bệnh làm thay đổi cấu trúc, thành phần của phim nước mắt. Tác động xấu đến chức năng thị giác, chảy nước mắt, gây khó chịu, giảm khả năng lao động và chất lượng sống.

1.2. Nguyên nhân:

- Tắc ống lệ mũi nguyên phát.
- Chấn thương: gãy xương mũi và phần giữa mặt (Lefort 2 & 3)
- Sau phẫu thuật tạo hình mũi, mổ xoang, phẫu thuật giảm áp hốc mắt.
- Sạn lệ đạo
- Bệnh lý mũi: viêm mũi dị ứng với niêm mạc mũi teo hay phì đại, phì đại cuống mũi dưới, viêm xoang sàng tiền ẩn (do hốc khí sàng phát triển ra trước chên giữa túi lệ và thành bên của mũi)
- Bướu túi lệ

2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN:

2.1. Bệnh sử:

Đau, đỏ mắt, sưng phồng ở góc trong mi dưới, chảy nước mắt, tiết ghèn, có thể tái diễn nhiều lần.

2.2. Khám lâm sàng:

Đỏ da, sưng mềm ở vùng phía trong mi dưới và lan rộng đến vùng quanh hốc mắt phía mũi. Ấn vùng túi lệ thấy từ lỗ lệ phòi ra chất nhầy hoặc mủ. Thử nghiệm Jones 1 âm tính.

2.3. Cận lâm sàng:

Chụp X-quang có bơm thuốc cản quang qua lệ quản, thuốc ứ đọng trong túi lệ, không xuống ống lệ mũi.

Chụp CTscan hốc mắt và các xoang cạnh mũi những trường hợp nặng hoặc không điển hình.

3. CHẨN ĐOÁN:

3.1. Chẩn đoán xác định:

- Chảy nước mắt tự nhiên, có ghèn, dính mi mắt khi ngủ dậy.
- Ấn vùng túi lệ có chất nhày hoặc mủ nhày trào ra tại lỗ lệ.
- Thử nghiệm Jones 1 âm tính.
- Chụp X-quang có bơm thuốc cản quang qua lệ quản, thuốc ứ đọng trong túi lệ, không xuống ống lệ mũi.

3.2. Chẩn đoán nguyên nhân:

- Viêm tắc lệ đạo nguyên phát.
- Viêm tắc lệ đạo do chấn thương.
- Viêm tắc lệ đạo do khối u.
- Viêm tắc lệ đạo do sỏi.

3.3. Chẩn đoán phân biệt:

- Chảy nước mắt do kích thích, khi loại bỏ nguyên nhân kích thích sẽ hết.
- Viêm kết mạc, thường 2 mắt, có yếu tố dịch tễ, ấn vùng túi lệ không có chất nhày hoặc mủ nhày ra tại lỗ lệ.
 - Viêm túi lệ cấp thường có triệu chứng sưng, nóng, đỏ, đau tại chỗ. Tiến triển cấp có thể kèm theo sốt.

3.4. Chẩn đoán biến chứng:

- Viêm kết mạc kinh niên vùng góc trong hay còn gọi viêm kết mạc lệ
- Viêm túi lệ cấp tính

- Nhọt túi lệ
- Dò túi lệ
- Viêm tổ chức vùng mắt, hốc mắt và hiếm khi thuyên tắc tĩnh mạch xoang hang
- Nguy cơ loét giác mạc mù tiền phòng ngay sau 1 vết trầy xước nhẹ ở giác mạc
- Nguy cơ viêm mù nội nhãn khi phẫu thuật trong nhãn cầu.

4. ĐIỀU TRỊ:

4.1. Mục đích và nguyên tắc điều trị:

Phục hồi lưu thông nước mắt từ hồ lệ xuống mũi, loại trừ yếu tố gây viêm túi lệ mạn tính.

4.2. Điều trị cụ thể:

4.2.1. Điều trị nội khoa:

Có tác dụng để chuẩn bị cho phẫu thuật tạo đường dẫn lưu nước mắt từ hồ lệ xuống mũi.

- Tại chỗ: nhỏ thuốc kháng sinh hoạt phổ rộng ngày 5 lần.
- Toàn thân: Nếu triệu chứng đợt viêm cấp, dùng kháng sinh đường uống.

4.2.2. Điều trị ngoại khoa:

Phẫu thuật tiếp khẩu túi lệ - mũi theo đường ngoài hoặc nội soi đường mũi.

4.2.3. Điều trị hỗ trợ:

- Bơm rửa lệ đạo: dùng dung dịch kháng sinh hoặc nước muối sinh lý rửa qua lệ quản trước và sau phẫu thuật.
- Thuốc sau phẫu thuật:
 - + Nhỏ thuốc kháng sinh tại chỗ 4 tuần.
 - + Uống thuốc kháng sinh hoạt phổ rộng 7 ngày.

5. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM:

5.1. Tiêu chuẩn nhập viện: đợt viêm cấp hoặc có chỉ định phẫu thuật.

5.2. Theo dõi:

- Theo dõi tình trạng lưu thông nước mắt sau phẫu thuật.

- Tính nguyên vẹn của dây silicone đặt trong lệ đạo với phẫu thuật có đặt ống silicone.

- Tình trạng dính, bít lỗ mở thông từ túi lệ xuống khe mũi giữa.

5.3. Tiêu chuẩn xuất viện:

Hậu phẫu ổn định, xuất viện 5-7 ngày sau phẫu thuật.

5.4. Tái khám:

Tái khám định kỳ 1 tuần, 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng. Nếu có đặt dây silicone trong lệ đạo sẽ cắt sau 4 đến 6 tháng.

Tài liệu tham khảo:

1. Phác đồ điều trị Bệnh viện Chợ Rẫy 2013, Nhà xuất bản Y học, tr. 611-686.
2. Basic and clinical science course, (2010 – 2011), Orbit, Eyelids, and Lacrimal system, American academy section 17.
3. Charles R. Leone Jr. (1990), “Surgery of the lacrymal system”, Ophthalmic surgery Principles & practice, W.B.Saunders company Philadenphia USA. pp. 576 – 590.
4. Fayet B., et al., (2005), “Surgical anatomy of the lacrimal fossa – A prospective computed tomodensitometry scan analysis”, American Academy of Ophthalmology, 112, pp. 1119 – 128.