

VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO

MỤC TIÊU HỌC TẬP

- Trình bày được triệu chứng viêm màng bồ đào.
- Nêu nguyên tắc điều trị viêm màng bồ đào.
- Hướng dẫn bệnh nhân tới tuyến chuyên khoa.

NỘI DUNG

Viêm màng bồ đào là một bệnh mắt khá phổ biến, căn nguyên phức tạp, tổn thương lâm sàng thường nặng nề, nhiều biến chứng, hay tái phát và có thể dẫn đến mù loà.

1. KHÁI NIỆM VÀ PHÂN LOẠI BỆNH VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO

1.1. Định nghĩa

Màng bồ đào cấu tạo bởi ba thành phần: mống mắt phía trước, thể mi ở giữa và hắc mạc ở phía sau. Bệnh lý viêm của ít nhất một trong ba thành phần trên gọi là bệnh viêm màng bồ đào.

1.2. Phân loại viêm màng bồ đào

Có nhiều cách phân loại viêm màng bồ đào khác nhau như:

1.2.2. Phân loại theo nguyên nhân

Viêm màng bồ đào do vi khuẩn, do virus, do nấm, do ký sinh trùng. Có những thể viêm màng bồ đào không thấy nguyên nhân, người ta cho rằng có liên quan đến cơ chế dị ứng hoặc có liên quan đến yếu tố miễn dịch...

1.2.2. Phân loại theo tiến triển của bệnh

- Viêm màng bồ đào cấp tính: khi viêm màng bồ đào tồn tại dưới ba tháng, sau đó ổn định,
- Viêm màng bồ đào mạn tính: khi viêm kéo dài trên ba tháng.

1.2.3. Theo tổn thương giải phẫu bệnh

Viêm màng bồ đào có tổn thương u hạt hoặc không có tổn thương u hạt.

1.2.4. Phân loại theo vị trí giải phẫu

Là cách phân loại cơ bản nhất và đơn giản nhất được nhiều người công nhận:

- Viêm màng bồ đào trước: viêm mống mắt-thể mi,
- Viêm màng bồ đào trung gian: viêm vùng pars-plana,
- Viêm màng bồ đào sau: viêm hắc mạc,
- Viêm màng bồ đào toàn bộ: viêm đồng thời cả mống mắt thể mi và hắc mạc.

2. SINH LÝ BỆNH VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO

Các triệu chứng của viêm màng bồ đào là do đáp ứng viêm của màng bồ đào với các quá trình nhiễm khuẩn, chấn thương hoặc là phản ứng viêm theo cơ chế miễn dịch, tự miễn với kháng nguyên xâm nhập hoặc kháng nguyên của chính màng bồ đào. Các bạch cầu đa nhân, bạch cầu ái toan, tương bào đều có thể góp phần vào quá trình viêm màng bồ đào nhưng tế bào lympho là tế bào viêm chiếm ưu thế ở nội nhân trong viêm màng bồ đào. Những chất trung gian hoá học của giai đoạn viêm nhiễm cấp tính gồm serotonin, bổ thể và plasmin. Các leukotrien, kinin, prostaglandin làm biến đổi pha thứ hai của đáp ứng viêm cấp, bổ thể hoạt hoá là tác nhân thu hút bạch cầu...

3. TRIỆU CHỨNG CỦA VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO

3.1. Viêm màng mắt-thể mi

3.1.1. Triệu chứng chủ quan

- Nhìn mờ: là triệu chứng xuất hiện ngay từ đầu, có khi có cảm giác nhìn qua màn sương, có khi nhìn mờ nhiều ảnh hưởng đến sinh hoạt của bệnh nhân.
- Đau nhức mắt : là triệu chứng chủ quan nổi bật nhất, thường là đau nhức âm ỉ, đôi khi đau nhiều thành cơn kèm theo nôn hoặc buồn nôn.
- Sợ ánh sáng, chảy nước mắt, đỏ mắt.

Đôi khi bệnh nhân không hề có các triệu chứng chủ quan, viêm màng bồ đào được phát hiện tình cờ khi khám mắt.

3.1.2. Triệu chứng khách quan

- Cương tụ rìa: cương tụ xung quanh vùng rìa giác mạc, càng xa vùng rìa cương tụ càng giảm dần.
- Tủa giác mạc: là những lắng đọng viêm ở nội mô giác mạc. Tủa giác mạc có thể rải rác khắp mặt sau giác mạc hoặc đọng ở trung tâm, nhưng điển hình là lắng đọng hình quạt hay tam giác đỉnh quay lên trên (tam giác Arlt).

Tủa giác mạc có khi là những chấm nhỏ li ti như bụi, có khi tủa thành đám giống những giọt mỡ cừu.



Hình 1. dấu hiệu cương tụ rờa

Hình 2. Tủa mắt sau giác mạc

- Dấu hiệu Tyndall: là những thể lơ lửng trong thủy dịch do tế bào hoặc xuất tiết viêm. Mức độ nặng của phản ứng tế bào ở tiền phòng được đánh giá theo số lượng tế bào viêm soi thấy trong tiền phòng bằng kính sinh hiển vi với đèn khe 2 mm:

O: không có tế bào viêm 3+: 20-30 tế bào viêm
1+: dưới 10 tế bào viêm 4+: dày đặc tế bào viêm
2+: 10-20 tế bào viêm

- Xuất tiết:

+ Xuất tiết diện đồng tử có thể tạo thành màng bịt kín diện đồng tử,

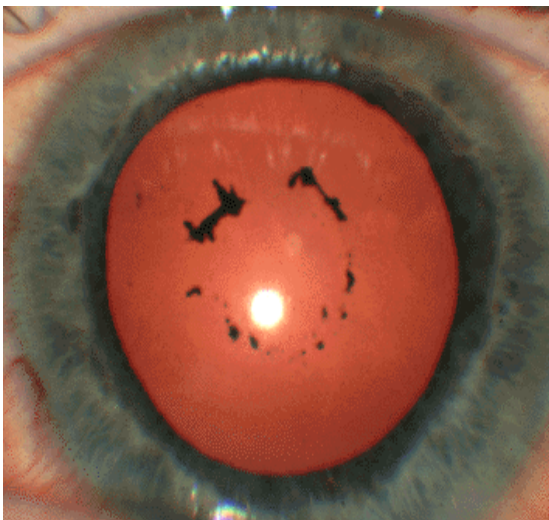
+ Xuất tiết mỏng mắt: có thể làm dính mỏng mắt với mặt trước thể thủy tinh, khi tra thuốc làm giãn đồng tử những chỗ dính sau mỏng mắt tách ra để lại một vòng sắc tố mỏng mắt mặt trước thể thủy tinh (vòng Vossius),

+ Xuất tiết ở góc tiền phòng: khi quá trình viêm nặng, xuất tiết nhiều lắng xuống ở góc tiền phòng tạo thành ngấn mù, thường đây là mù vô trùng.

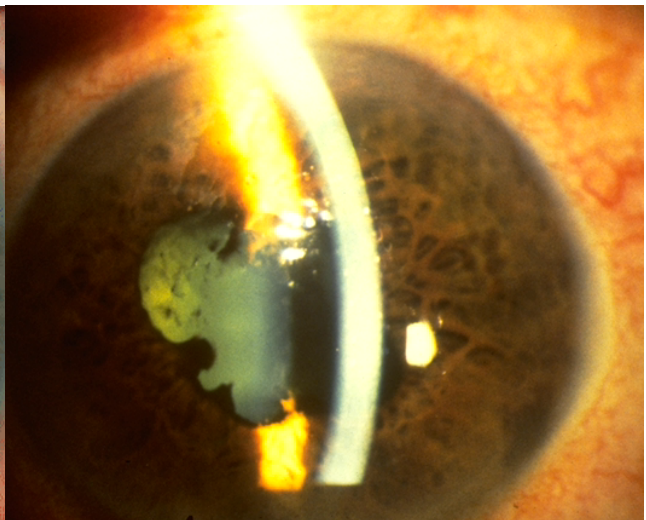
- Những thay đổi ở đồng tử:

+ Đồng tử co nhỏ, phản ứng chậm,

+ Đồng tử có thể dính vào mặt trước thể thủy tinh, nếu dùng thuốc giãn đồng tử có thể làm tách dính hoàn toàn hoặc không hoàn toàn (lúc đó đồng tử méo hoặc đồng tử có hình hoa khê).



Hình 3. vũng Vossius



Hình 4: Dính đồng tử

- Tổn thương ở mỏng mắt:

+ Mỏng mắt phù viêm, khi dính hết bờ đồng tử vào mặt trước thể thủy tinh, thủy dịch ứ đọng ở hậu phòng đẩy phồng mỏng mắt làm mỏng mắt có dấu hiệu hình núp cà chua.

+ Các nốt viêm ở mống mắt:

. Nốt Koeppe: các nốt màu trắng xám, ở bờ đồng tử, xuất hiện sớm trong đợt viêm và thường tiêu đi.

. Nốt Busacca: các nốt nằm ở mặt trước hoặc nằm sâu trong nhu mô mống mắt, màu trắng xám, có thể tồn tại nhiều tháng, đôi khi tổ chức hoá, có tân mạch hoặc thoái hoá kính, nốt Busacca ít gặp hơn nốt Koeppe.

+ Thoái hoá hoặc teo mống mắt, mất sắc tố mống mắt.

- Dấu hiệu phản ứng thể mi: phản ứng đau khi thày thuốc ấn hai ngón trỏ vào vùng thể mi qua mi trên.

- Thể thuỷ tinh: thường gặp tủa sắc tố mặt trước thể thuỷ tinh hoặc có thể gặp đục thể thuỷ tinh do bệnh viêm mống mắt - thể mi.

- Nhân áp: nhân áp thường thấp thoáng qua trong giai đoạn đầu, có trường hợp nhân áp thấp vĩnh viễn do thể mi bị huỷ hoại gây teo nhân cầu; có trường hợp nhân áp tăng do dính mống mắt hoặc viêm xuất tiết bịt góc tiền phòng cản trở lưu thông thuỷ dịch.

3.2. Viêm màng bồ đào trung gian (viêm pars-plana)

3.2.1. Triệu chứng chủ quan

Triệu chứng chủ quan nghèo nàn, thường được phát hiện tình cờ khi khám mắt.

- Nhìn mờ: thường là hiện tượng thấy những thể lơ lửng trước mắt như cảm giác ruồi bay,

- Đôi khi có dấu hiệu nhìn méo hình, nhìn hình to lên hay nhỏ đi hoặc có đám mờ ở trung tâm do phù hoàng điểm.

3.2.2. Triệu chứng khách quan

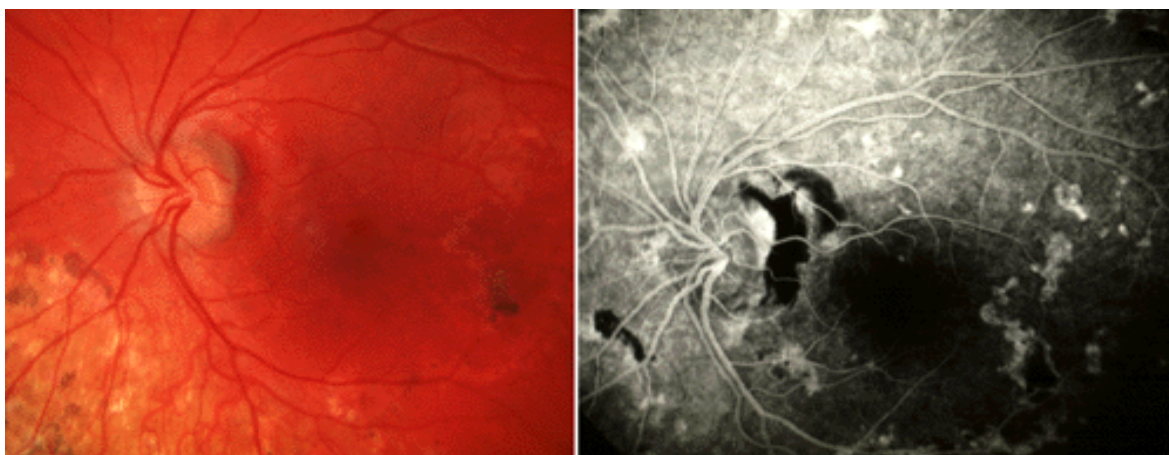
Phát hiện bằng soi đáy mắt:

- Dịch kính phía dưới có những tổn thương dạng "nấm tuyết" hoặc tổn thương dạng "đám tuyết" ở vùng Pars-plana phía dưới.

- Có thể có biểu hiện viêm thành tĩnh mạch võng mạc chu biên: hiện tượng "lồng bao".

- Tổn thương vùng hoàng điểm: phù hoàng điểm dạng nang, là nguyên nhân gây giảm thị lực nhiều trong viêm màng bồ đào trung gian.

3.3. Viêm hắc mạc



Hình 5. Viêm hắc mạc

3.3.1. Triệu chứng chủ quan

Triệu chứng chủ quan rất ít nếu không bị viêm vùng hắc mạc trung tâm. Bệnh nhân thường không để ý và tình cờ phát hiện được khi khám mắt định kỳ khi viêm đã ổn định thành sẹo.

- Hiện tượng chớp sáng do kích thích tế bào que và nón,
- Cảm giác nhìn thấy "ruồi bay" hay "mạng nhện" khi có viêm đục dịch kính,
- Nhìn vật biến dạng to lên hay nhỏ đi khi có tổn thương vùng hoàng điểm.

3.3.2. Triệu chứng thực thể

Viêm hắc mạc hay có kèm theo biểu hiện viêm của võng mạc và dịch kính.

- Đục dịch kính: dấu hiệu Tyndall trong dịch kính, có thể thấy dấu hiệu bong dịch kính sau một phần hay toàn bộ.
- Soi đáy mắt có thể thấy viêm hắc mạc thành ổ hay nhiều ổ, hoặc viêm hắc mạc toả lan đó là những vùng trắng xám hoặc vàng nhạt bờ thường không rõ, đôi khi có kèm theo xuất huyết dưới võng mạc. Võng mạc vùng tương ứng thường phù trắng đục, dày lên hoặc có thể có bong võng mạc do xuất tiết- bong võng mạc nội khoa.

Các viêm hắc võng mạc cũ có thể để lại những vùng sẹo tăng sinh và di thực sắc tố hoặc teo mỏng hắc võng mạc.

4. TRIỆU CHỨNG CẬN LÂM SÀNG

4.1. Xét nghiệm sinh hoá

Xét nghiệm máu, thủy dịch hoặc dịch kính tìm tác nhân gây bệnh hoặc kháng thể đặc hiệu (miễn dịch huỳnh quang, Elisa, PCR...), xác định kháng nguyên bạch cầu HLA-B27, HLA-B5...

4.2. Siêu âm

Đánh giá tình trạng dịch kính, võng mạc trong trường hợp đục dịch kính, bong dịch kính sau, bong võng mạc nội khoa...

4.3. Đo điện nhón cầu

Giúp đánh giá chức năng biểu mô sắc tố, các lớp ngoài võng mạc.

4.4. Chụp huỳnh quang đáy mắt

Giúp xác định các ổ tổn thương hắc mạc, tổn thương đang hoạt tính hay làm sẹo, phù hoàng điểm dạng nang...

5. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

5.1. Glôcôm góc đóng cơn cấp

Trong viêm màng bồ đào tua giác mạc là tua viêm, màu trắng xám còn tua giác mạc trong Glôcôm là tua sắc tố; trong viêm màng bồ đào đồng tử co, dính còn trong Glôcôm đồng tử giãn méo, mắt phản xạ.

5.2. Bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch

- Viêm hắc mạc trung tâm (viêm màng bồ đào sau) có thể gây bong thanh dịch võng mạc trung tâm nhưng luôn có kèm các triệu chứng viêm, xuất tiết ở sâu trong hắc mạc thành ổ hoặc lan toả, chụp mạch huỳnh quang thấy rõ các ổ hoặc vùng viêm xuất tiết này.

- Trong bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch chỉ có bong thanh dịch võng mạc trung tâm, không có xuất tiết thành đám, mảng, không có thay đổi sắc tố, chụp huỳnh quang thấy hình ảnh dò fluorescein dạng dấu mực hoặc tia nước, bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch có thể tự khỏi không cần điều trị.

6. BIẾN CHỨNG CỦA VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO

- Tăng nhãn áp: Tăng nhãn áp là biến chứng khá phổ biến của viêm màng bồ đào trước, tăng nhãn áp trong đợt viêm cấp là do nghẽn đồng tử, nghẽn góc tiền phòng do xuất tiết. Tăng nhãn áp trong viêm màng bồ đào cũ là do dính góc tiền phòng hoặc dính bít đồng tử hoặc do tân mạch mỏng mắt (Glôcôm tân mạch). Ngoài ra cũng phải kể đến tăng nhãn áp do dùng kéo dài thuốc Corticoid trong điều trị bệnh viêm màng bồ đào .

- Đục thể thủy tinh: Đục thể thủy tinh thường gặp trong viêm mỏng mắt thể mi mạn tính hoặc tái phát, là biến chứng của chính quá trình viêm hoặc do điều trị Corticoid kéo dài.

- Phù hoàng điểm dạng nang: Viêm màng bồ đào trung gian hoặc viêm hắc mạc có thể gây biến chứng phù hoàng điểm dạng nang làm giảm thị lực.

- Teo nhãn cầu: Trong viêm mỏng mắt thể mi nặng, thể mi giảm tiết thủy dịch vĩnh viễn dẫn đến teo nhãn cầu.

- Tổ chức hoá dịch kính: Dịch kính đục, tổ chức hoá làm giảm thị lực; bong dịch kính sau có thể co kéo gây thoái hoá, bong võng mạc.

- Bong võng mạc: Viêm màng bồ đào sau có thể gây bong võng mạc do xuất tiết hoặc bong võng mạc do xơ dịch kính co kéo

- Biến chứng khác:

- + Màng trước võng mạc
- + Tân mạch dưới võng mạc

7. ĐIỀU TRỊ

7.1. Điều trị nội khoa

Điều trị viêm màng bồ đào thường khó khăn vì điều trị phải dựa vào chẩn đoán nguyên nhân mà nhiều trường hợp không tìm được nguyên nhân.

7.1.1. Điều trị theo nguyên nhân bằng thuốc đặc hiệu

Kháng sinh chống vi khuẩn, thuốc chống virus, thuốc chống nấm, thuốc diệt ký sinh trùng...

7.1.2. Thuốc làm giãn đồng tử và liệt thể mi

Atropin 1-4% tra mắt 1-2 lần/ngày. thuốc có tác dụng làm giãn đồng tử, tách dính mống mắt vào mặt trước thể thủy tinh; làm giảm tiết và nghỉ ngơi thể mi có tác dụng giảm viêm và giảm đau.

7.1.3. Thuốc chống viêm:

- Corticoid là thuốc chống viêm chủ lực trong điều trị viêm màng bồ đào . Thuốc có nhiều dạng và nhiều đường dùng: tra mắt, tiêm tại mắt hoặc dùng đường toàn thân (uống, tiêm bắp, tiêm tĩnh mạch). Liều dùng 1mg/kg cân nặng/ngày, dùng liều giảm dần. Có thể dùng liều cao đường tĩnh mạch cùng sự phối hợp theo dõi của bác sĩ nội khoa... .Thuốc có nhiều tác dụng phụ nên cần theo dõi chặt chẽ khi dùng thuốc.

- Các thuốc chống viêm không phải Corticoid: có thể dùng thay thế trong trường hợp chống chỉ định dùng Corticoid: Indomethacin, Diclofenac...

7.1.4. Thuốc ức chế miễn dịch

Dùng trong những trường hợp viêm màng bồ đào nặng, kháng corticoid. Bao gồm các thuốc như : Cyclophosphamid, Clorambuxil, Azathioprin, Methotrexat, Cyclosporin.... Khi dùng những thuốc này phải theo dõi chức năng gan thận, phải ngừng thuốc khi thấy bắt đầu có dấu hiệu nhiễm độc hoặc dùng thuốc không có hiệu quả ở liều điều trị.

7.2. Phẫu thuật

Phẫu thuật chủ yếu để điều trị biến chứng viêm màng bồ đào :

- Phẫu thuật thể thủy tinh
- Phẫu thuật điều trị tăng nhãn áp
- Cắt dịch kính, bóc màng trước võng mạc
- Phẫu thuật bong võng mạc

SÁCH CẦN ĐỌC THÊM

1. nhãn khoa
2. Bài giảng mắt - tai mũi họng

3. Bài giảng Nhân khoa.