

# NGUYÊN NHÂN ĐỎ MẮT

## MỤC TIÊU HỌC TẬP

- Nêu được chẩn đoán một số bệnh đỏ mắt thường gặp.
- Trình bày được nguyên tắc xử trí một số bệnh đỏ mắt.

## NỘI DUNG

### 1. ĐẠI CƯƠNG

Mắt đỏ là một trong những lý do khiến bệnh nhân đến khám. Đỏ mắt là do hệ mạch máu cương tụ. Tùy theo nguyên nhân gây đỏ mắt mà sẽ có các biểu hiện cương tụ khác nhau. Có hai loại cương tụ:

- + Cương tụ nông (cương tụ kết mạc): Do hệ mạch nông của kết mạc cương tụ, có màu đỏ tươi, khi tra adrenalin 0,1% mạch sẽ co lại và kết mạc sẽ trắng ra.
- + Cương tụ sâu (cương tụ rìa giác mạc): Do hệ mạch ở sâu cương tụ (động mạch mi trước) nên được biểu hiện bằng một vòng cương tụ quanh rìa giác mạc, màu đỏ sẫm và nhạt dần về phía cùng đồ.

### 2. CHẨN ĐOÁN

#### 2.1. Hoàn cảnh xuất hiện bệnh

Bệnh có thể xuất hiện đột ngột hay từ từ. Nếu nguyên nhân do chấn thương thì cần tìm dị vật. Chú ý đến yếu tố dịch tễ (trong gia đình hoặc trong cộng đồng đang có dịch đau mắt đỏ,...). Cần phải hỏi về tiền sử bệnh ở mắt và toàn thân.

#### 2.2. Khám hai mắt và so sánh

Khám theo thứ tự từng mắt. Lật mi, xác định vị trí đỏ, tra fluorescein để kiểm tra xem giác mạc có loét không. Chú ý đến những dấu hiệu phối hợp: Chảy nước mắt, sợ ánh sáng, co quắp mi – nghĩ đến viêm giác mạc. Dính lông mi, nhiều dử mắt khi ngủ dậy – nghĩ đến viêm kết mạc.

### 3. BỆNH HỌC

Tùy theo hình thái đỏ và phù nề, người ta phân biệt ba loại đỏ mắt

#### 3.1. Đỏ mắt có cương tụ kết mạc

##### 3.1.1. Viêm kết mạc cấp

Nguyên nhân thương do vi khuẩn (tụ cầu, liên cầu, phế cầu, lậu cầu,...), virus (herpes, adenovirus), chlamydia,...

Triệu chứng chủ quan thường khởi đầu bằng cộm như có cát trong mắt, chảy nước mắt, khô, rát, nhạy cảm với ánh sáng. Triệu chứng khách quan: nhiều dử mắt làm hai mi dính chặt nhau khi ngủ dậy (nếu dử mắt màu vàng bẩn như mủ - thường do vi khuẩn; nếu dử mắt trong và dính - thường do virus). Thị lực thường không giảm hoặc giảm rất ít. Hai mi sưng, kết mạc cương tụ, đôi khi phù. Có thể có xuất huyết dưới kết

mạc, hạt trên kết mạc, nhú gai trên kết mạc sụn mi hoặc nhãn cầu, u hạt kết mạc, màng hoặc màng giả trên kết mạc tùy theo nguyên nhân. Nhãn cầu thường không tổn thương. Tuy nhiên, trong một số hình thái có thể có viêm giác mạc kèm theo hoặc trong một số trường hợp do điều trị không đúng hoặc không kịp thời, có thể có viêm loét giác mạc và gây giảm thị lực.

Điều trị theo nguyên nhân (nếu có thể nên làm xét nghiệm soi tươi, soi trực tiếp, nuôi cấy vi khuẩn và làm kháng sinh đồ): Nếu viêm nhẹ: tra tại mắt cloramphenicol 0,4%, desomedin 0,1%. Nếu viêm tiến triển nặng: cần dùng kháng sinh phổ rộng (cebamycin, norfloxacin, ofloxacin,...).

### **3.1.2. Xuất huyết dưới kết mạc**

Là một tình trạng thông thường, không nghiêm trọng. Nguyên nhân có thể tự phát, có thể sau một cơn ho gà, có thể do một số bệnh toàn thân (cao huyết áp, đái tháo đường, rối loạn đông máu), có thể do chấn thương (khi đó cần phải tìm kiếm vết thương nhãn cầu hoặc dị vật bị đám xuất huyết che lấp).

Triệu chứng chủ quan: cộm, đỏ mắt. Triệu chứng khách quan: xuất huyết toàn bộ kết mạc hay khu trú. Điều trị: tùy theo nguyên nhân, tăng cường sự bền vững thành mạch.

### **3.1.3. Đỏ mắt do bức xạ**

Nguyên nhân do ánh sáng hồ quang (thợ hàn).

Triệu chứng chủ quan: đau nhức mắt dữ dội, chảy nước mắt, sợ ánh sáng. Triệu chứng khách quan: hai mi sưng, kết mạc cương tụ, có thể có xuất huyết kết mạc mi và nhãn cầu (nếu bị tái lại nhiều lần sẽ gây tổn thương giác mạc). Cần điều trị cấp cứu bằng tra dicain 1% 2-3 lần, sau đó cấp đơn tra tại mắt vitamin A. Đặc biệt cần phòng bệnh bằng cách tuyên truyền qui tắc bảo hộ lao động đối với công nhân thợ hàn.

### **3.1.4. Viêm kết mạc có mụn phỏng (bọng)**

Là một viêm kết mạc khu trú, nguyên nhân chưa rõ nhưng cũng có thể do dị ứng lao. Có hai hình thái lâm sàng: Viêm kết mạc có mụn phỏng (ổ viêm khu trú ở trên kết mạc) và viêm kết giác mạc có mụn phỏng (ổ viêm nằm ở rìa giác mạc).

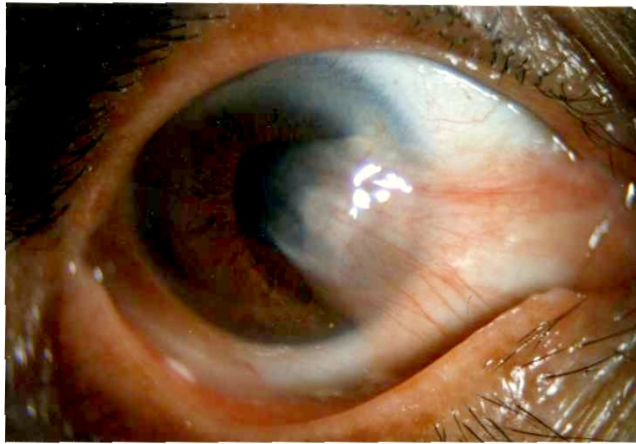
Triệu chứng cơ năng: đau nhức, sợ ánh sáng, chảy nước mắt, thị lực không giảm hoặc giảm ít (triệu chứng cơ năng được biểu hiện rất rõ trong hình thái viêm kết giác mạc có mụn phỏng). Triệu chứng thực thể: Trên kết mạc hoặc vùng rìa giác mạc nổi lên một hay nhiều nốt viêm màu vàng nhạt, kết mạc xung quanh cương tụ và có nhiều mạch máu bò vào. Đây là những nốt viêm đặc hiệu (lấy chất ở ổ viêm và làm xét nghiệm tế bào sẽ thấy nhiều tế bào lympho, bạch cầu đa nhân, tế bào khổng lồ, nhưng không có vi khuẩn lao).

Điều trị: theo nguyên nhân; tại chỗ có thể tra kháng sinh phối hợp với kháng viêm có corticoid.

### **3.1.5. Mộng thị**

Là một khối tăng sản xơ mạch của kết mạc nhãn cầu ở vùng khe mi, hình tam giác đỉnh hướng về phía trung tâm giác mạc và đáy hướng về phía cực lệ (nếu là mộng góc trong) hoặc về phía cùng đồ ngoài (nếu là mộng góc ngoài). Nguyên nhân còn chưa rõ; có nhiều giả thuyết (thuyết vi chấn thương, thuyết tia cực tím, gần đây có những nghiên

cứu về vai trò của gen P53 trong sự phát triển của mộng). Yếu tố thuận lợi: khí hậu ẩm, nhiều nắng, gió, bụi,...(hình 1)



Hình 1. Mộng góc trong độ 3.

Triệu chứng chủ quan: cộm, vướng, thị lực giảm nếu mộng phát triển vào trung tâm giác mạc. Triệu chứng khách quan: mộng gồm ba phần: đầu mộng (là phần mộng bò vào giác mạc), thân mộng (là phần chính của mộng có hình tam giác) và cổ mộng (nằm giữa thân mộng và đầu mộng). Có nhiều cách phân loại mộng. Theo Cornand (1989), mộng được chia thành 3 độ: độ I- mộng vượt quá rìa giác mạc 1-2mm, đầu mộng gồ lên, thân mộng không dày, có vài mạch máu hướng về phía giác mạc; độ II- đầu mộng lấn vào giác mạc 2-4mm, mộng đang hoạt động, thân mộng dày, nhiều mạch máu, có thể thấy đảo Fuchs (những ổ thâm nhiễm đi trước đầu mộng); độ III- đầu mộng xâm lấn vào giác mạc quá 4mm, mộng tiến triển mạnh, thân mộng dày, mạch máu cương tụ, thị lực giảm nhiều. Theo phân loại của Bệnh viện Mắt TƯ: mộng được chia thành 4 độ; độ 1- đầu mộng phát triển qua rìa giác mạc 1mm; độ 2 - đầu mộng phát triển chưa tới 1/2 bán kính giác mạc; độ 3 - đầu mộng phát triển vượt quá 1/2 bán kính giác mạc; độ 4 - khi đầu mộng phát triển tới trung tâm giác mạc. Điều trị: đối với mộng độ 1 - giữ vệ sinh, tra thuốc. Đối với mộng độ 2 trở lên - phẫu thuật cắt mộng, tuy nhiên cần chú ý đến khả năng tái phát. Trong những năm gần đây các nhà nhãn khoa đã và đang áp dụng phương pháp phẫu thuật cắt mộng ghép kết mạc rìa tự thân có phối hợp áp mitomycin C khi cần đã làm giảm đáng kể tỉ lệ tái phát.

### **3.1.6. Viêm kết giác mạc mùa xuân**

Nguyên nhân do dị ứng với thời tiết, thường phát triển theo mùa (xuân - hè). Bệnh phát triển ở nam nhiều hơn nữ và chủ yếu ở lứa tuổi thanh thiếu niên. Bệnh phát triển đến tuổi dậy thì và tự khỏi, nhưng cũng có những trường hợp bệnh phát triển ở người lớn tuổi.

Triệu chứng chủ quan: ngứa (thường xuất hiện thành từng cơn vào buổi sáng hoặc chiều tối), có thể cộm, rát, sợ ánh sáng, tiết tố dây dai và dính. Triệu chứng khách quan: Trong những đợt kịch phát thì kết mạc cương tụ, vùng rìa giác mạc có thể dày và gồ lên. Phát triển như hình đa giác điển hình trên kết mạc sụn. Có thể có viêm giác mạc chấm nông, loét giác mạc.



Hình 2. Nhú trong viêm kết mạc mùa xuân

Điều trị: điều trị triệu chứng là chủ yếu (tra thuốc kháng histamin, ổn định dưỡng bào). Trong những đợt kịch phát có thể phối hợp uống thuốc chống dị ứng và tra corticoid (chú ý cẩn thận trọng khi dùng corticoid: không nên dùng kéo dài tránh gây biến chứng tăng nhãn áp, đục thể thủy tinh). Nếu nhú trên kết mạc to và nhiều, có thể áp tia  $\beta$  với tổng liều 3 -5 phút.

### 3.2. Đỏ mắt có cương tụ sâu (cương tụ rìa giác mạc)

#### 3.2.1. Viêm và viêm loét giác mạc

Nguyên nhân: do vi khuẩn (cầu khuẩn gram+ hoặc trực khuẩn gram-, nấm (Aspergillus, Fusarium), virus (Herpes).

Triệu chứng chủ quan: Chói, cộm, sợ ánh sáng, chảy nước mắt, đau nhức mắt và đầu, nhìn mờ.

Triệu chứng khách quan: Sung phù mi, cương tụ kết mạc và cương tụ rìa, giảm thị lực. Giác mạc đục do thâm nhiễm tế bào viêm, bề mặt mắt bóng, gồ ghề. Nếu biểu mô không tổn thương: nhuộm fluorescein (-); nếu có tổn thương biểu mô nông hoặc loét: nhuộm fluorescein (+). Có thể có mũ tiền phòng, phản ứng móng mắt-thể mi, có thể thủng giác mạc khi loét hoại tử mạnh. Có thể có các hình thái sau: viêm giác mạc nông (chỉ tổn thương biểu mô), viêm giác mạc sâu (tổn thương từ nhu mô trở vào), viêm loét giác mạc (mất chất giác mạc).

Trong hình thái viêm loét giác mạc:

Nếu nguyên nhân do virus: Thường do virus herpes. Giai đoạn sớm xuất hiện những ổ tổn thương dạng chấm, sợi hoặc sao, sau đó có thể sẽ loét (ổ loét có hình cành cây hoặc địa đồ), cảm giác giác mạc giảm hoặc mất, hay tái phát. Khi bệnh khởi thường trên bề mặt giác mạc vẫn còn lại bóng mờ hình cành cây (vết tích của ổ loét cũ) và sẽ mất dần đi.



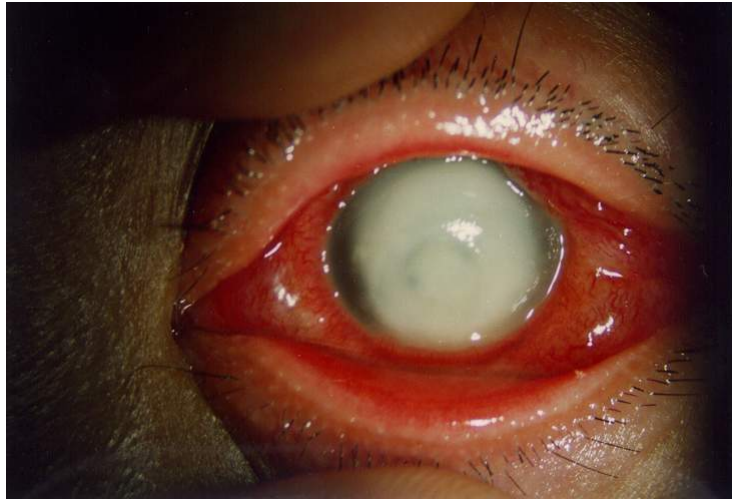
Hình 3. Viêm loét giác mạc hình vành cây

Nếu nguyên nhân do vi khuẩn: ổ loét có bờ nhám nhở, hoại tử bản. Đặc biệt nếu nguyên nhân do trực khuẩn mũ xanh thì thường bệnh tiến triển rất nhanh với đặc điểm xuất tiết mũ nhày bản, màu trắng vàng, giác mạc thâm nhiễm toả lan của tế bào viêm với ổ loét ở giữa và áp xe hình vòng ở chu vi cách ổ loét bởi một vòng giác mạc trong. Bệnh tiến triển nhanh, có thể hoại tử toàn bộ và thủng giác mạc sau 48 giờ. Nếu nguyên nhân do tụ cầu hoặc liên cầu: hình thái điển hình là loét hoặc áp xe tròn hoặc bầu dục màu trắng vàng với mật độ thâm nhiễm của tế bào viêm đậm đặc trong nhu mô, giác mạc xung quanh ổ loét thường trong.

Nếu nguyên nhân do nấm: ổ loét có hình tròn hoặc hình oval màu trắng xám hoặc hơi vàng, có ranh giới khá rõ. Ổ loét thường dày, gồ cao, bề mặt khô như có vẩy đắp lên. Trong một số trường hợp khác ổ loét có bờ không rõ nét, được bao quanh bởi những ổ thâm nhiễm như bông liên kết với nhau trong nhu mô. Bệnh cũng có thể bắt đầu với loét giác mạc nông, phía dưới là những ổ áp xe đậm đặc, có thể chiếm hết bề dày giác mạc và phát triển vào tiền phòng. Có thể có mũ tiền phòng và thường tăng giảm bất thường.

Để chẩn đoán xác định, ngoài triệu chứng lâm sàng, cần phải dựa vào xét nghiệm cận lâm sàng: soi tươi, soi trực tiếp chất tiết ổ loét giác mạc và nuôi cấy vi khuẩn hoặc nấm. Đối với viêm loét giác mạc nghi đến do virus: lấy chảy nạo bờ ổ loét và làm xét nghiệm tế bào học (kết quả điển hình: tế bào nhiều nhân có đông đặc nhiễm sắc chất quanh rìa, thể vùi Lipchutz, tế bào thoái hoá nhân trương).

Nguyên tắc điều trị: Dù là nguyên nhân gì thì đều điều trị theo ba nguyên tắc chung: chống viêm đặc hiệu (kháng sinh) và không đặc hiệu (tuy nhiên tuyệt đối chống chỉ định dùng corticoid trong tất cả các hình thái viêm loét giác mạc); chống dính (tra atropin 1-4%, nếu đồng tử không dẫn thì phối hợp atropin 1% và adrenalin 0,1% tiêm dưới kết mạc 4 điểm sát rìa); dinh dưỡng tái tạo biểu mô giác mạc (vitamin A, B<sub>2</sub>, C). Nếu có biến chứng thủng giác mạc: có thể ghép giác mạc điều trị. Nếu loét dai dẳng, lâu liền: có thể gọt giác mạc và ghép màng ối.



Hình 4. áp xe giác mạc

### 3.2.2. Viêm mống mắt-thể mi

Nguyên nhân: Do vi khuẩn, nấm, virus (có thể từ ngoài vào, từ vùng lân cận đến theo đường máu, từ trong ra), yếu tố tự miễn.

Triệu chứng chủ quan: Đau nhức mắt, đau lan ra hốc mắt. Phản ứng thể mi (+). Sợ ánh sáng, chảy nước mắt, nhìn mờ.

Triệu chứng khách quan: Giảm thị lực. Nhân áp có thể tăng do tế bào viêm gây bít hoặc dính ở góc tiền phòng hoặc dính mống mắt vào mặt trước thể thủy tinh. Nhân áp có thể hạ do teo thể mi. Giác mạc có thể đục, có phù và nếp gấp màng descemet, tủa mặt sau giác mạc (tủa có thể rải rác khắp mặt sau giác mạc nhưng thường lắng đọng ở trung tâm và phần dưới của giác mạc tạo thành hình tam giác có đỉnh quay lên trên; tủa cũng có thể sắp xếp thành hình sao hoặc hình thoi hoặc có khi là những chấm nhỏ li ti hoặc thành đám như mỡ cừu). Tiền phòng: đục thủy dịch (Tyndall +), có thể có mũ tiền phòng. Mống mắt phù nề, mất sắc bóng, mất độ xóp. Đồng tử co nhỏ, phản xạ lờ mờ hoặc mất phản xạ với ánh sáng, bờ đồng tử có xuất tiết và sắc tố mống mắt, khi tra atropin đồng tử giãn không đều, có hình hoa khế.

Cần chẩn đoán phân biệt giữa viêm mống mắt-thể mi có tăng nhân áp với glôcôm góc đóng cơn cấp: trong viêm mống mắt- thể mi có tăng nhân áp, tủa ở mặt sau giác mạc là tủa viêm có màu trắng xám, đồng tử co nhỏ. Trong glôcôm góc đóng cơn cấp, lắng đọng mặt sau giác mạc là sắc tố mống mắt, đồng tử giãn.

Nguyên tắc điều trị: chống viêm đặc hiệu và không đặc hiệu (kháng sinh, kháng viêm); chống dính (tra atropin 1-4%, nếu đồng tử không giãn thì phối hợp atropin 1% và adrenalin 0,1% tiêm dưới kết mạc tại 4 điểm sát rìa); giảm đau, an thần và nâng cao thể trạng.

### **3.2.3. Glôcôm góc đóng cơn cấp (xem phần bệnh học glôcôm).**

## **3.3. Đỏ mắt do một số bệnh ở phần phụ cận nhãn cầu**

### **3.3.1. Viêm tuyến lệ**

Mi trên sưng phù, góc ngoài sờ thấy tuyến lệ to do sưng. Nhãn cầu bị đẩy vào trong, xuống dưới và lồi ra trước. Vận động nhãn cầu ra ngoài và lên trên bị hạn chế.

Toàn thân: sốt cao, nổi hạch trước tai, kém ăn.

Nguyên tắc điều trị: chống viêm, giảm phù, giảm đau, an thần.

### **3.3.2. Lẹo mi**

Là viêm cấp tính của những tuyến ở bờ mi và nang lông mi. Nguyên nhân thường do tụ cầu. Bệnh bắt đầu bằng sưng phù mi, có điểm đau. Sau đó ổ đau khu trú và hình thành mủ. Điều trị: khi chưa hình thành mủ: chườm nóng, chạy điện sóng ngắn,... Khi đã hình thành mủ: chích tháo mủ ( tuyệt đối không chích nặn sớm).

### **3.3.3. Viêm bao tenon**

Bệnh khởi đầu bằng đau nhức mắt, đặc biệt khi liếc. Thị lực lúc đầu bình thường. Mi mắt sưng nề, kết mạc cương tụ và phù nề. Nhãn cầu lồi nhẹ và thẳng trục, hạn chế vận nhãn. Có thể có song thị hai mắt.

### **3.3.4. Viêm thượng củng mạc, viêm củng mạc**

Nhìn chung viêm thượng củng mạc và củng mạc thường kèm tổn thương một số mô trong nhãn cầu gây viêm củng-giác mạc, viêm màng bồ đào. Bệnh phát triển với những hình thái sau:

- Viêm củng mạc toả lan và viêm thượng củng mạc nốt hạt: Bệnh có liên quan tới sự tăng cảm ứng với vi khuẩn (đặc biệt là với vi khuẩn lao), với nấm, virus,... Đa số trường hợp bệnh khởi khi điều trị bằng cocticoïd, nhưng nếu tái phát nhiều lần thì cần phải điều trị giải miễn cảm phối hợp.

- Viêm củng mạc có nốt hoại tử: Khó tìm nguyên nhân, xong thấy rằng bệnh có liên quan với nguyên nhân thấp khớp, bệnh u hạt Wegener, viêm đa sụn, luput ban đỏ,... Bệnh bắt đầu bằng những nốt gồ cao trên củng mạc, cương tụ ở xung quanh, ấn đau. Đây là những ổ vi apxe có mủ hoặc hoại tử. Bệnh có thể kéo dài vài tuần, củng mạc mỏng đi và có thể hoại tử. Điều trị bằng cocticoïd tại chỗ ít hiệu quả, cần phối hợp điều trị toàn thân và bổ xung thêm thuốc chống viêm không steroid.

### **3.3.5. Viêm tổ chức hốc mắt**

Nguyên nhân thường do có ổ viêm ở vùng lân cận (mụn, lẹo mi bị chích nặn sớm), nhiễm trùng đến theo đường máu.

Triệu chứng: đau nhức mắt dữ dội, đau lan lên đầu. Thị lực giảm nhiều do viêm lan tới thị thần kinh. Mi sưng đỏ, phù. Kết mạc phù mạnh, lồi qua khe mi. Nhãn cầu lồi thẳng trục, liệt vận nhãn. Mất cảm giác giác mạc. Soi đáy mắt thấy có phù đĩa thị. Toàn thân: sốt cao, mệt mỏi, hạch trước tai sưng, công thức máu có tăng số lượng bạch cầu (tăng tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính).

Điều trị tích cực và kịp thời bằng chống viêm, giảm phù (tại chỗ và toàn thân), giảm đau, nâng cao thể trạng.

### **3.3.6. Viêm mủ toàn bộ nhãn cầu**

Triệu chứng: đau nhức mắt và đầu dữ dội, đau liên tục, kích thích, thị lực mất hoàn toàn. Mi sưng đỏ và phù nề dữ dội. Kết mạc nhãn cầu xung huyết và phù nề mạnh, phồng qua khe mi. Có thể có thủng củng -kết mạc và có mủ chảy ra. Nhãn cầu lồi thẳng trục, lồi nhiều, liệt vận nhãn. Giác mạc đục, có thể có mủ trong tiền phòng và nội nhãn và mủ có thể chảy ra ngoài nếu giác mạc thủng. Toàn thân: bệnh nhân sốt cao, kém ăn, mất ngủ. Hạch trước tai sưng và đau.

Điều trị: điều trị nội khoa không có hiệu quả, thường phải khoét bỏ nhãn cầu.

### **3.3.7. Viêm tắc tĩnh mạch hốc mắt**

Nguyên nhân: do nhiễm trùng (ổ viêm lân cận, mụn, lẹo chích nặn sớm), nhiễm trùng đến theo đường máu.

Triệu chứng:

+Toàn thân: sốt cao, đau đầu dữ dội, có khi hôn mê và có những dấu hiệu của viêm màng não. Khi nguy kịch có thể hạ nhiệt.

+Tại mắt: thị lực giảm hoặc mất. Nhãn áp tăng do ứ đọng tuần hoàn đi. Mi sưng phù, lan rộng. Tĩnh mạch quanh mi nổi rõ, rãn to, cong queo, sờ đau. Kết mạc xung huyết, phù. Mất cảm giác giác mạc. Nhãn cầu bị đẩy lồi thẳng trục, liệt vận nhãn hoàn toàn. Soi đáy mắt thấy có ứ phù đĩa thị.

Tiên lượng rất nặng. Bệnh nhân có thể viêm màng não, nhiễm trùng huyết, hôn mê và có thể tử vong. Nếu khỏi, thị lực sẽ bị ảnh hưởng, có thể mù hoàn toàn do teo thị thần kinh.

Điều trị cần tích cực và kịp thời, phối hợp toàn thân và tại chỗ (chống viêm đặc hiệu và không đặc hiệu, giảm phù, giảm đau, an thần, nâng cao thể trạng).

Có thể phòng bệnh bằng tuyên truyền giải thích cho người dân cần giữ gìn vệ sinh chung, vệ sinh cá nhân. Khi có mụn nhọt ở mặt hoặc ổ viêm ở toàn thân cần đến cơ sở y tế để khám và điều trị.

## **SÁCH CẦN ĐỌC THÊM**

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