CÁC BỆNH CỦA MI VÀ LÔNG MI

TÁC GIẢ THỨ NHẤT

Bina Patel, OD: Đại học khúc xạ nhãn khoa New England

THẨM ĐỊNH

Marc Myers, OD

ĐỀ CƯƠNG CỦA CHƯƠNG

CHỨC NĂNG CỦA MI MẮT: 1
GIẢI PHẪU MI MẮT: (TỪ TRƯỚC RA SAU) 1
CÁC BẤT THƯỜNG BẨM SINH CỦA MI MẮT 3
CÁC BẤT THƯỜNG CẤU TRÚC CỦA MI MẮT: (VỊ TRÍ) 5
NHỮNG TỔN THƯƠNG LÀNH TÍNH CỦA MI MẮT 13
CÁC U ÁC TÍNH CỦA MI MẮT: 15
VIÊM CỦA DA HOẶC MI MẮT: 19

CHỨC NĂNG CỦA MI MẮT:

1. Ngăn ngừa khô mắt (cả trong khi thức và khi ngủ) để duy trì thị lực tốt và thẩm mĩ
2. Bảo vệ nhãn cầu chống lại sự xâm nhập của các tác nhân và dị vật
3. Chất tiết của các tuyến ở mi mắt giúp duy trì màng nước mắt trước giác mạc: tuyến Meibomius và tuyến Zeiss tiết ra chất nhầy ngăn chặn sự bốc hơi lớp nước của màng nước mắt
4. Nhắm mở mắt tự nhiên
5. Đáp ứng chớp mắt phản xạ với các tác nhân kích thích/dị vật
6. Lông mi dọc theo bờ mi đóng vai trò như một hàng rào để ngăn chặn các chất lạ (chẳng hạn bụi) tiếp xúc với bề mặt nhãn cầu khi mở mắt

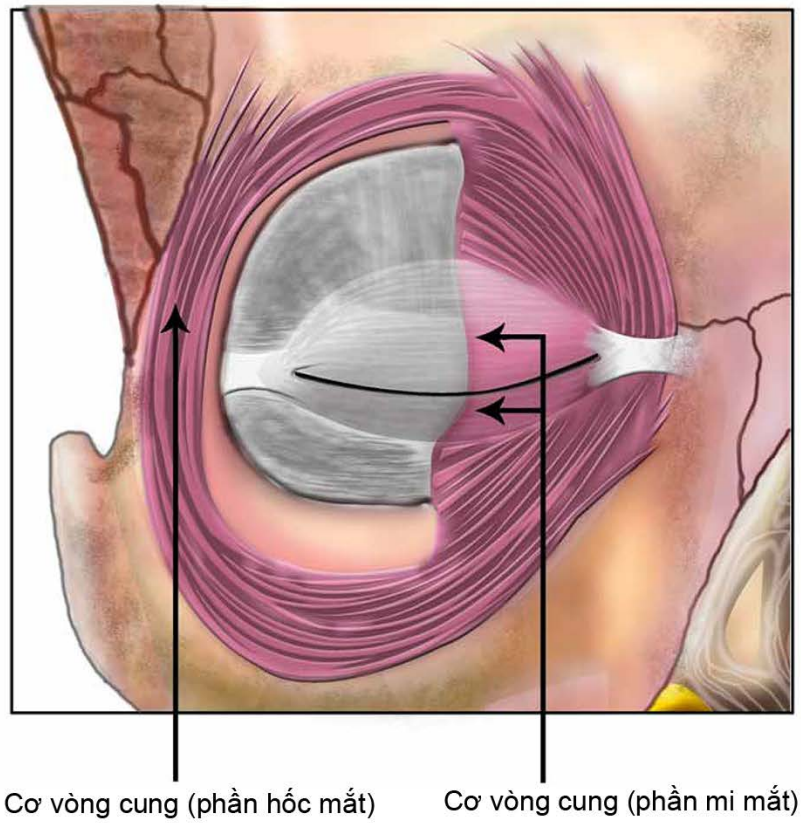
GIẢI PHẪU MI MẮT: (TỪ TRƯỚC RA SAU)

DA

- Mỏng nhất trong cơ thể
- Lắng đọng mỡ tối thiểu ở dưới lớp chân bì
- Dễ di chuyển
- Bám lỏng lẻo vào cơ vòng cung mi
- Do bám lỏng lẻo nên dễ bị phù (trường hợp viêm hốc mắt trước vách)

CƠ: (TỪ TRƯỚC RA SAU)

- *Cơ vòng cung mi:* (Hình 7.1)
  - Cơ vân mỏng đi theo hình vòng, bám vào dây chằng mi trong và mi ngoài.
  - Là cơ nông biểu hiện vẻ mặt
  - Được chi phối bởi dây TK số VII (TK mặt)
  - Tham gia vào động tác nhắm mắt bắt buộc và chớp mắt không chủ ý
  - Áp dụng lâm sàng: bệnh TK số VII vô căn dẫn đến mi nhắm không kín (hở mi).
  - Mi được cấp máu phong phú từ động mạch mắt (nhánh của động mạch cảnh trong) và động mạch mặt (nhánh của động mạch cảnh ngoài).

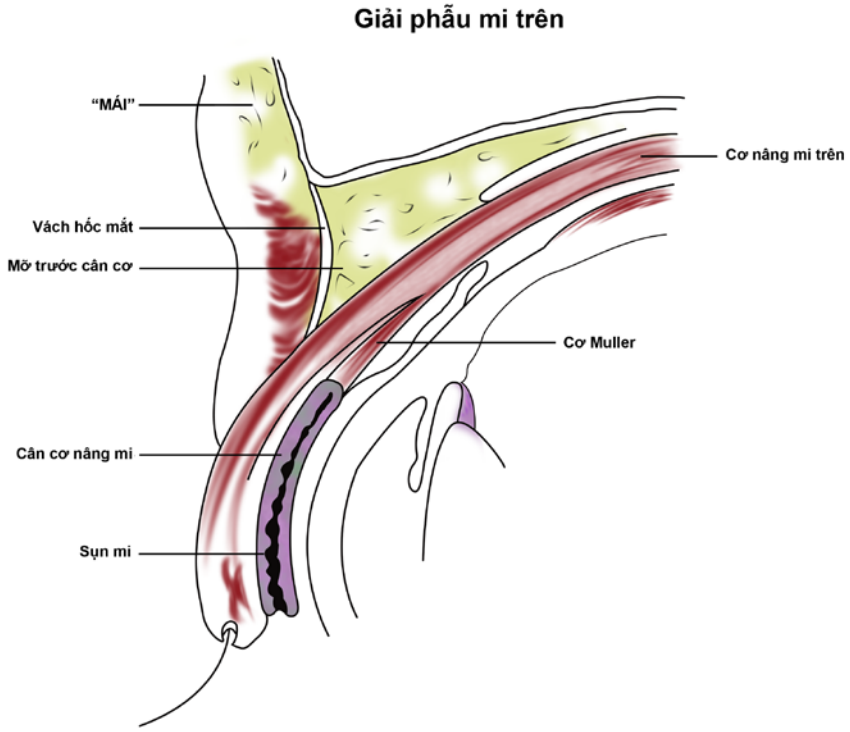


Hình 7.1: Giải phẫu cơ vòng cung mi

- *Cơ nâng mi trên:*
  - Nâng mi trên
  - Hòa nhập với vách hốc mắt ở 4mm trên mặt trước sụn

- Những thành phần xơ ở phía trước mở rộng vào trong một cân: xuyên qua vách hốc mắt và bám vào da mi => nếp mi
- Được phân bố bởi dây thần kinh số III (TK vận nhãn chung)
- Tổn hại cơ/thần kinh dẫn đến sụp mi

- *Cơ Müller:*
  - Là cơ trơn ở dưới cơ nâng mi
  - Bám vào sụn mi trên
  - Có tác dụng nâng mi trên do trương lực
  - Được phân bố bởi hệ thần kinh giao cảm
  - Tổn hại cơ Müller dẫn đến sụp mi một phần



Hình 7.2: Hình cắt ngang của giải phẫu mi trên

VÁCH HỐC MẮT

- Một cấu trúc mô liên kết là ranh giới giải phẫu giữa mô của mi và mô hốc mắt (xem hình 7.2)
- Ở trước vách hốc mắt là cơ vòng cung mi và da (mi trước)
- Ở sau vách hốc mắt là cơ Müller, cơ nâng mi, sụn mi
- Vách hốc mắt đóng vai trò như một hàng rào ngăn cách các thành phần của hốc mắt với với phần trước và phần sau của mi.
- Ngăn chặn nhiễm trùng xâm nhập qua vách hốc mắt
  Là một mốc phẫu thuật quan trọng

SỤN MI

- Bao gồm mô liên kết dày đặc
- Tạo ra cấu trúc chắc chắn và tính nửa cứng cho mi
- Sụn mi bao quanh các tuyến Meibomius, khoảng 40 tuyến ở mi trên và 20 tuyến ở mi dưới (Hình 7.2)
- Đầu trong và đầu ngoài bám vào bờ hốc mắt bằng dây chằng mi trong và mi ngoài

KẾT MẠC

- Kết mạc mi lót ở mặt trong mi và liên tục với kết mạc nhãn cầu qua cùng đồ
- Cũng nối tiếp với niêm mạc của tuyến Krause và tuyến Wolfring

CÁC LỖ TUYẾN MEIBOMIUS

- Các lỗ ở bờ mi cung cấp chất tiết lipit và góp phần quan trọng cho nước mắt
- Có khoảng 25-40 lỗ ở mi trên và 15-20 lỗ ở mi dưới

ĐƯỜNG XÁM

- Ở trước các lỗ tuyến Meibomius và sau lông mi
- Chia bờ mi thành phần trước và phần sau

LÔNG MI

- 2-3 hàng ở mi trên, khoảng 100-150 lông mi
- Một 1 hàng ở mi dưới, khoảng 50-75 lông mi
- Thời gian mọc từ 7 tới 10 tuần (một số tài liệu nêu thời gian dài hơn)
- Các nang lông mi gắn với các tuyến khác nhau (tuyến Zeiss và tuyến Moll)

CÁC TUYẾN CỦA MI

- Tuyến Moll: là các tuyến mồ hôi đầu hủy bị biến đổi, mở vào một nang lông. Các tuyến này nhiều hơn ở mi dưới và tiết ra chất lipit và mồ hôi vào nang lông.
- Tuyến Zeiss: là các tuyến bã nhờn bị biến đổi, tiết ra chất lipit vào nang lông.
- Tuyến Meibomius là các tuyến bã nhờn bị biến đổi nằm ở sụn mi. Chúng tiết ra qua các lỗ tuyến. Mỗi tuyến có một ống trung tâm với nhiều túi nhỏ, các tế bào của tuyến tổng hợp các lipit đi vào ống tuyến và tạo thành lớp ngoài của màng nước mắt trước giác mạc.
- Các tuyến lệ phụ gồm tuyến Krause và tuyến Wolfring góp phần vào sự tiết nước mắt cơ bản. Các tuyến này có ở cùng đồ (nhiều hơn ở cùng đồ trên) và bờ sụn mi trên. Giống như tuyến lệ về mặt mô học.

CÁC BẤT THƯỜNG BẨM SINH CỦA MI MẮT

1. KHUYẾT MI

- Khuyết mi là khuyết (hoặc khía hình chữ V) của toàn bộ chiều dày mi (ở một hoặc 2 mắt)
- Do sự hình thành cấu trúc không hoàn chỉnh của mi, có thể kèm theo các dị dạng khác của mắt hoặc mặt
- Có thể xảy ra ở bất kì vị trí nào, nhưng thường gặp hơn ở mi trên. Khuyết mi trên thường xảy ra ở chỗ nối tiếp 1/3 trong và 1/3 giữa của mi, ở mi dưới thì ở chỗ nối tiếp 1/3 ngoài và 1/3 giữa của mi.
- Không di truyền

- **Biến chứng:**
  - Hở giác mạc và kết mạc
  - Khô mắt

- **Điều trị:**
  - Nhằm bảo vệ giác mạc
  - Nước mắt nhân tạo dung dịch, nước mắt nhân tạo gel hoặc thuốc mỡ, băng mắt khi ngủ
  - Phẫu thuật tạo hình mắt

2. NẾP DA THỪA BẨM SINH (EPIBLEPHARON)

- Là bệnh bẩm sinh
- Cơ vòng cung mi trước sụn ở phía trong bám lỏng lẻo vào sụn bên dưới. Sự non yếu này làm cho da bị cuộn lên trên sụn đẩy lông mi cọ vào nhãn cầu
- Không phải là một dạng quặm thực sự, bởi vì sụn không lộn vào
- Thường gặp ở người châu Á
- Có thể tự hết khi tuổi lớn lên

- **Điều trị**
  - Không cần

3. HẸP KHE MI

- Di truyền trội hoặc kèm theo hội chứng nhiễm độc rượu bào thai
- Có ở 2 mắt
- Các đặc điểm kèm theo:
  - Hẹp độ cao khe mi ở hướng ngang và hướng dọc
  - Sụp mi
  - Hai mắt cách xa: khoảng cách giữa 2 góc mắt rộng
  - Nếp quạt đảo ngược: nếp da mi dưới lớn hơn nếp da mi trên

Hình 7.3: Hẹp khe mi

Nếu kèm theo hội chứng nhiễm độc rượu bào thai, thì sẽ thấy thêm những dấu hiệu bất thường của mặt

- **Biến chứng:**
  - Chiếm 5% sụp mi bẩm sinh
  - Nhược thị

- **Điều trị:**
  - Có thể cần phẫu thuật để tránh nhược thị

4. NẾP QUẠT

Bệnh thường gặp, luôn ở 2 mắt
- Nếp gấp da dư thừa
- Di truyền trội

- Có thể được chia thành4 loại:
  - Nếp quạt trên lông mày: nếp da xuất phát từ lông mày và uốn cong xuống về phía túi lệ
  - Nếp quạt mi: nếp da xuất phát từ sụn mi trên và kéo dài tới bờ hốc mắt phía dưới
  - Nếp quạt sụn mi: nếp da xuất phát từ nếp gấp mi trên và hòa lẫn vào da gần góc trong
  - Nếp quạt đảo ngược: nếp da xuất phát từ mi dưới và kéo dài lên mi trên ở góc trong

Xử lí
- Loại trừ lác trong: dùng test che mắt, test Bruckner

Điều trị
- Có thể phẫu thuật tạo hình

5. QUẶM SAU (DISTICHIASIS)

- Bệnh di truyền trội
- Bệnh xảy ra khi một tế bào mầm của biểu mô tương lai sẽ biệt hóa thành một tuyến bã nhờn đặc biệt (tuyến Meibomius) của sụn mi phát triển thành một đơn vị lông-bã nhờn (gồm nang lông và tuyến bã nhờn của nó)
- Ở vị trí các lỗ tuyến Meibomius ở mi trên hoặc mi dưới xuất hiện một hàng lông mi bất thường, có thể thấy trong viêm mạn tính.

- **Điều trị**
  - Kính tiếp xúc băng: tạo thành một hàng rào, bảo vệ giác mạc và vùng rìa
  - Nhổ lông mi bằng kẹp ở sinh hiển vi
  - Đốt điện:
    - Đâm kim vào thân nang lông
    - Đốt điện khoảng 10 giây
    - Nang lông bị tiêu hủy và nhổ được lông mi dễ dàng
  - Đốt nang lông sẽ làm giảm khả năng mọc lại
  - Lạnh đông: lông mi và nang lông bị tiêu hủy do sự làm đông và làm tan tế bào. Cực lạnh chứa ni-tơ oxit được đặt lên bờ mi trong khi điều trị. Có thể xảy ra mất sắc tố da, khía chữ V ở bờ mi, tiêu hủy tuyến Meibomius

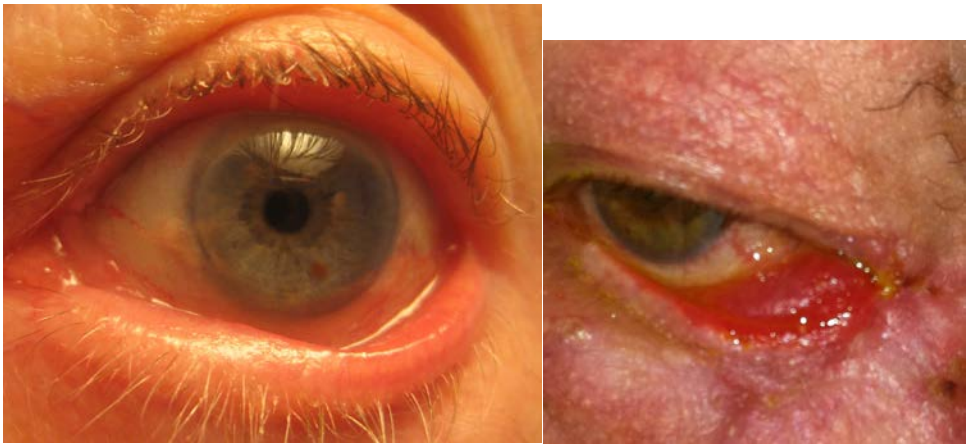
6. HỘI CHỨNG MI NHÃO

- Đặc trưng bằng viêm kết mạc nhú gai mạn tính dẫn đến thoái hóa mô liên kết colagen, gây ra mất ổn định sụn mi.
- Mi trên có xu hướng tự lộn ra trong khi ngủ, gây ra hở bề mặt nhãn cầu.
- Thường kèm theo béo phì
  Các triệu chứng thường gặp gồm có kích thích mắt chủ yếu khi ngủ dậy, kích thích mắt mạn tính, đỏ mắt, và tiết tố nhầy.

Điều trị
- Dùng cái che bảo vệ mắt (Fox eye shield)
- Nước mắt nhân tạo (dạng dung dịch, gel, mỡ)
- Phẫu thuật mi trên: rút ngắn mi để làm cho mi phù hợp hơn với nhãn cầu

CÁC BẤT THƯỜNG CẤU TRÚC CỦA MI MẮT: (VỊ TRÍ)

1. LỘN MI



Hình 7.4 (a và b): Lộn mi

- **Định nghĩa:** bờ mi lộn ra, tách khỏi nhãn cầu
  - Phần kết mạc mi không còn tiếp xúc với kết mạc nhãn cầu trơn nhẵn (mất áp sát)
  - Lỗ lệ dưới lộn ra
  - Ảnh hưởng đến mi dưới

- **Triệu chứng kèm theo:** có thể từ không có triệu chứng đến có những triệu chứng tương tự hội chứng khô mắt. Các triệu chứng gồm chảy nước mắt phản xạ để bù trừ, đỏ mắt, và cảm giác dị vật. Do quan hệ giải phẫu bất thường giữa mi và nhãn cầu, có thể tăng nguy cơ viêm kết mạc nhiễm trùng và loét giác mạc.

- **Bệnh căn:**
  - **Bẩm sinh**: hiếm gặp
    - Do lá trước của mi (da và cơ vòng cung mi) bị rút ngắn theo hướng dọc
  - **Tuổi già**: (thường gặp nhất)
    - Do mi bị chùng theo chiều ngang ở người già
    - Dưới tác dụng của trọng lực, mi dưới bị lộn ra làm bộc lộ kết mạc và giác mạc phía dưới
  - **Do liệt**:
    - Liệt dây thần kinh số VII (nhất thời hoặc lâu dài) ảnh hưởng đến cơ vòng cung mi
    - Những dấu hiệu khác kèm theo của liệt dây TK số VII: liệt mặt một bên không hoàn toàn, mất nếp gấp da mặt, hở mi, nhắm mắt không kín, và viêm giác mạc do hở mi
    - Còn gọi là liệt Bell
  - **Co thắt**:
    - Thấy ở những người trẻ hơn do chấn thương mi mắt (sẹo)
    - Cơ vòng cung mi co làm cho mi bị lộn ra (ở 1 hoặc 2 mắt)
  - **Do sẹo**:
    - Sẹo của da do bỏng nhiệt hoặc bỏng hóa chất
  - **Do viêm**: đáp ứng dị ứng có thể làm cho mi bị phù và da dày lên, với xu hướng kéo bờ mi ra xa nhãn cầu. Kèm theo các bệnh như trứng cá đỏ, viêm da dị ứng, chàm
  - **Cơ học** khối u làm cho bờ mi bị lộn ra, thí dụ ung thư biểu mô tế bào đáy hoặc ung thư biểu mô tế bào gai
- **Dấu hiệu:** chảy nước mắt, sung huyết kết mạc, khô kết mạc, viêm giác mạc do hở mi, sừng hóa, bờ mi bị kéo ra xa nhãn cầu, do đó các lỗ lệ bị lệch chỗ, ảnh hưởng đến sự dẫn lưu nước mắt. Nước mắt thường đọng lại ở cùng đồ dưới, tràn lên bờ mi và chảy xuống má => chảy nước mắt.
- **Điều trị:**
  - Nhẹ đến trung bình:
    - Dùng các thuốc bôi trơn để bảo vệ giác mạc
    - Nước mắt nhân tạo trong ngày khi cần
    - Nước mắt nhân tạo, thuốc mỡ hoặc gel khi đi ngủ
  - Nặng:
    - Kính tiếp xúc băng
    - Dán băng dính mi góc trong để kéo mi dưới áp vào nhãn cầu
    - Can thiệp phẫu thuật nếu các phương pháp bảo tồn không kết quả
    - Rút ngắn mi theo chiều ngang

2. QUẶM

Định nghĩa: bờ mi bị lộn vào về phía bề mặt nhãn cầu một cách bất thường, có thể có ở trên và mi dưới. Da bên ngoài và lông mi tiếp xúc trực tiếp với giác mạc và kết mạc nhãn cầu.

Triệu chứng kèm theo: chảy nước mắt, kích thích, đỏ mắt, cảm giác dị vật, đau, co thắt mi phản ứng

Dấu hiệu: mi lộn vào, lông mi cọ vào giác mạc và kết mạc, giác mạc bắt màu, những vết xước do cọ sát, cương tụ kết mạc ở các vùng tiếp xúc, lông xiêu

Bệnh căn:
- Bẩm sinh: hiếm gặp
  - Do sự phát triển bất thường của cân cơ nâng mi bám vào bờ dưới sụn mi.
  - Có thể bị nhầm với nếp da thừa bẩm sinh (epiblepharon) trong đó bờ mi không bị lộn vào trong mà là da mi phủ lên bờ mi.
- Tuổi già:
  - Là nguyên nhân thường gặp nhất ở những bệnh nhân già, thường có ở mi dưới
  - Do tuổi già và giảm trương lực cơ vòng cung mi, thoái hóa cân cơ nâng mi

- Co thắt:
  - Xảy ra sau viêm hoặc chấn thương

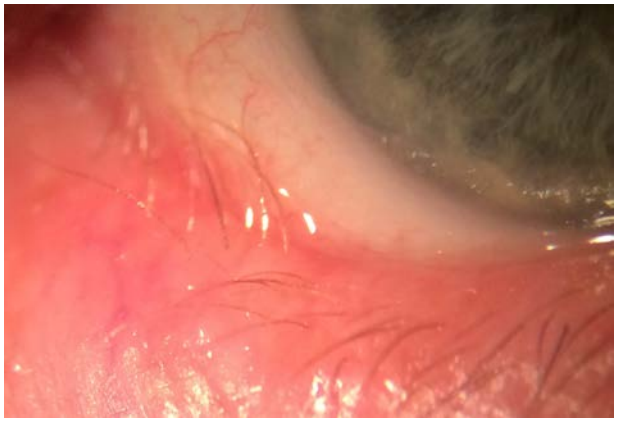
- Do sẹo:
  - Do rút ngắn hoặc tổn hại kết mạc và lá sau của mi mắt
  - Do chấn thương hóa học

- Mắt hột:
  - Có thể gây ra quặm, thường ở mi trên

Chẩn đoán:
- Bệnh nhân có cảm giác dị vật, chảy nước mắt nhiều hoặc co quắp mi, mắt đỏ dai dẳng
- Quan sát trực tiếp bờ mi được lộn ra, có thể có lông xiêu.
- Quan sát sau khi nhắm chặt mi khi đó áp lực từ mi trên tác động lên mi dưới.
- Những vết xước do lông mi cọ sát vào giác mạc.

Điều trị:
- Kính tiếp xúc băng: tạo thành một hàng rào, để bảo vệ giác mạc và vùng rìa
- Nhổ lông mi: dùng kẹp nhổ lông mi ở sinh hiển vi
- Đốt điện:
  - đầu kim được chọc vào nang lông
  - thời gian đốt khoảng 10 giây
  - nang lông bị tiêu hủy
- Lạnh đông: lông mi và nang lông bị tiêu hủy do sự làm đông và làm tan tế bào. Cực lạnh chứa ni-tơ oxit được đặt lên bờ mi trong khi điều trị. Những tác dụng phụ thể xảy ra là mất sắc tố da, khía chữ V ở bờ mi, tiêu hủy tuyến Meibomius.
- Phẫu thuật mi mắt

3. LÔNG XIÊU



Hình 7.5: Lông xiêu

Định nghĩa: là bệnh thường gặp, mắc phải, trong đó các lông mi của mi trên hoặc mi dưới bị lệch hướng vào trong và cọ xát vào mặt kết mạc của nhãn cầu.

Nguyên nhân: quặm, bệnh kết mạc làm rút ngắn lớp sau của mi, sẹo ở mi do viêm hoặc chấn thương mi

Triệu chứng kèm theo: chảy nước mắt, kích thích, đỏ mắt, cảm giác dị vật, có thể giảm thị lực do phù giác mạc

Dấu hiệu: Lông mi cọ vào giác mạc và kết mạc, giác mạc bắt màu, những vết cọ sát nông, có thể loét giác mạc, những trường hợp nặng và lâu dài có thể gây ra màng máu giác mạc.

Chẩn đoán: có thể phân biệt quặm thứ phát với lông xiêu thực sự dựa vào hướng bình thường của lông mi khi mắt xoay ra xa khỏi vị trí quặm.

Điều trị:

- Nhổ lông mi: dùng kẹp nhổ lông mi ở sinh hiển vi, có thể vài tuần lại cần nhổ một lần
- Kính tiếp xúc băng: tạo thành một hàng rào, để bảo vệ giác mạc và vùng rìa
- Đốt điện:
  - đầu kim được chọc vào nang lông
  - thời gian đốt khoảng 10 giây
  - nang lông bị tiêu hủy
- Lạnh đông: lông mi và nang lông bị tiêu hủy do sự làm đông và làm tan tế bào. Cực lạnh chứa ni-tơ oxit được đặt lên bờ mi trong khi điều trị. Những tác dụng phụ thể xảy ra là mất sắc tố da, khía chữ V ở bờ mi, tiêu hủy tuyến Meibomius.

4. GIÃN DA MI (BLEPHAROCHALASIS)

Định nghĩa: những đợt phù mi vô căn, tái phát trong nhiều năm

Nguyên nhân: vô căn/không biết rõ, gặp ở người trẻ

Dấu hiệu: sưng ở lớp sau của mi, da mi dư thừa và nhăn nheo sớm

Điều trị: có thể phẫu thuật tạo hình mi khi quá trình bệnh đã ổn định

5. THỪA DA MI (DERMATOCHALASIS)

Định nghĩa: Là một bệnh tương đối phổ biến, do da mi trên lỏng lẻo hoặc dư thừa, thường ở người già. Có thể do mỡ hốc mắt lòi ra qua vách hốc mắt bị suy yếu. Bệnh thường ở 2 mắt và cân đối. Biểu hiện bằng giả sụp mi.

Triệu chứng kèm theo (có thể khác nhau: tùy theo mức độ thừa da mi) bao gồm:

- Thị lực bình thường hoặc giảm nhẹ
- Đau đầu vùng trán; dùng cơ trán để nâng mi trên
- Hẹp thị trường (phía trên và phía thái dương)
- Có thể gây ra lông xiêu mi trên

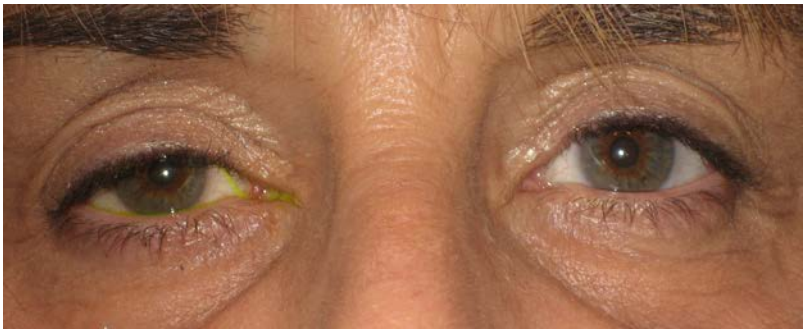
Dấu hiệu:

- Lông mày nhíu lên để giúp nâng mi lên
- Giả sụp mi
- Thừa da ở mi trên
- Biểu hiện ở 2 mắt nhưng có thể không cân đối
- Thị trường có thể thu hẹp
- Có thể giảm thị lực

Điều trị:

- Tạo hình mi

6. SỤP MI



Hình 7.6: *Sụp mi mắt phải*

Hình 7.7: Sụp mi do chấn thương

Hình 7.8: Sụp mi do chấn thương

Định nghĩa: tổn hại cơ nâng mi, cơ nâng mi kém phát triển (bẩm sinh), loạn dưỡng cơ thẳng trên, tổn hại mắc phải của dây thần kinh vận nhãn chung (TK số III)

Triệu chứng: khác nhau. Ảnh hưởng thẩm mĩ, thị lực giảm và hẹp thị trường (phía trên)

Dấu hiệu: sụp mi trên, giảm khoảng cách từ ánh phản quang đến bờ mi

Điều trị: Phẫu thuật mi mắt để chỉnh lại vị trí mi trên. Đề phòng nhược thị.

Phân loại:

- ***Do thần kinh*:** tổn hại dây thần kinh vận nhãn chung (TK số III) hoặc chuỗi thần kinh giao cảm ở cuống não. Những nguyên nhân có thể của liệt dây thần kinh số III gồm đái tháo đường, chấn thương, khối u, bệnh mạch máu, hoặc nhiễm trùng. Bệnh thần kinh giao cảm có thể là hội chứng Horner, cần chuyển khám thần kinh nhãn khoa.
- ***Do cơ*:** bệnh của cơ nâng mi, hoặc tổn hại dẫn truyền xung thần kinh ở khớp thần kinh-cơ. Xảy ra trong bệnh nhược cơ, loạn dưỡng trương lực cơ và liệt mắt ngoại lai tuần tiến.
- ***Do cân cơ*:** cân cơ nâng mi dài bất thường, bị tách và mỏng
- ***Nguyên nhân cơ học*:** do tác dụng trọng lực của khối u hoặc do sẹo (u xơ thần kinh, phẫu thuật, chấn thương, mi nhẽo)

Sụp mi bẩm sinh:
- Chức năng cơ nâng mi kém
- Loạn dưỡng cơ nâng mi
- Có thể ở một mắt hoặc 2 mắt

Dấu hiệu:
- Sụp mi ở hướng nhìn thẳng
- Hạn chế động tác của mi khi nhìn lên và nhìn xuống
- Không có nếp gấp da trước sụn mi

Nguyên nhân kèm theo:

- Hội chứng Marcus Gunn (đồng động mắt-hàm) chiếm khoảng 5% các trường hợp sụp mi bẩm sinh
  - Có sự kết nối sai lạc giữa các nhánh vận động của thần kinh sinh ba (TK số V) chi phối cơ chân bướm và các sợi của nhánh trên của thần kinh vận nhãn chung (TK số III) chi phối cơ nâng mi trên. Khi nhai hoặc trong một số động tác biểu lộ vẻ mặt thì mi mắt sụp bị kéo lên.
- Hẹp khe mi ở 5% các trường hợp (khe mi hẹp theo cả chiều dọc và chiều ngang)
- Yếu cơ thẳng trên ở 25% các trường hợp

Sụp mi mắc phải:

Dấu hiệu:

- Chức năng cơ nâng mi tốt
- Đau ở vùng lông mày do sử dụng cơ trán để nâng mi
- Không có nếp gấp da trước sụn mi
- Bệnh sử: bệnh nhân có thể kể lại chi tiết việc xảy ra có liên quan đến sụp mi.

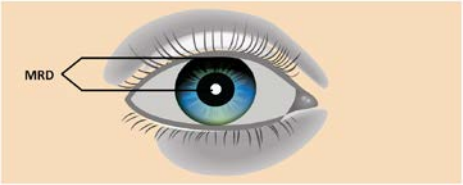
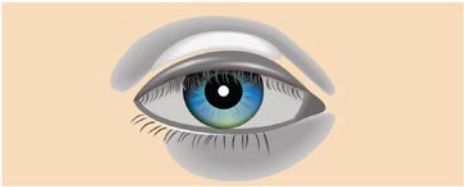
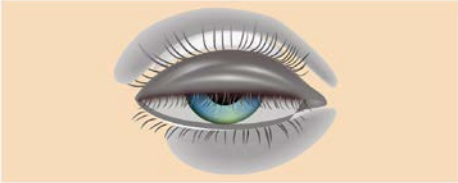
Nguyên nhân kèm theo:

- Chấn thương
- Tổn thương do phẫu thuật: thí dụ trong khi phẫu thuật có sử dụng vành mi
- Tổn thương cơ học: thí dụ sự phát triển ung thư, tổn thương ảnh hưởng đến mi
- Liệt vận nhãn
- Do thần kinh, thí dụ hội chứng Horner (sụp mi một phần do cơ Müller, giảm tiết mồ hôi và co đồng tử cùng bên)
- Tổn thương cơ
- Tổn thương cân cơ

CHẨN ĐOÁN / ĐÁNH GIÁ SỤP MI:

Khoảng cách từ bờ mi đến chấm phản quang

- Người khám cầm một đèn pin đo khoảng cách từ bờ mi trên đến chấm phản quang giác mạc trong khi bệnh nhân nhìn thẳng phía trước
- Bình thường là 4 – 4.5 mm
- So sánh mắt sụp mi với mắt bình thường

BÌNH THƯỜNG: bờ mi ở thấp hơn 2mm so với rìa giác mạc và cách bờ đồng tử 2mm	**NHẸ: sụp 2mm**
	 Mi che lấp một vùng rất nhỏ của đồng phía trên, mi trên ở bờ đồng tử
TRUNG BÌNH: sụp 3mm	**NẶNG: ≥ sụp 4mm**
Mi mắt che một phần nhỏ diện đồng tử phía trên, cách bờ đồng tử 1-2mm	 Mi mắt che lấp ≥ đồng tử, qua trục thị giác.

Hình 7.9: Phân loại sụp mi dựa vào vị trí của ánh phản quang so với bờ mi

Độ cao khe mi

- Là khoảng cách giữa bờ mi trên và bờ mi dưới đo ở mặt phẳng đồng tử.

Bờ mi trên bình thường ở khoảng 2mm dưới rìa giác mạc phía trên, bờ mi dưới ở 1mm trên rìa giác mạc phía dưới.

Chức năng cơ nâng mi trên

Giữ cố định cơ trán bằng cách đặt ngón cái tì chặt vào lông mày của bệnh nhân trong khi mắt nhìn xuống	Bệnh nhân sau đó nhìn xuống thấp nhất có thể và mức độ hạ mi được đo bằng thước	Bệnh nhân sau đó nhìn lên cao nhất có thể và mức độ nâng mi được đo bằng thước

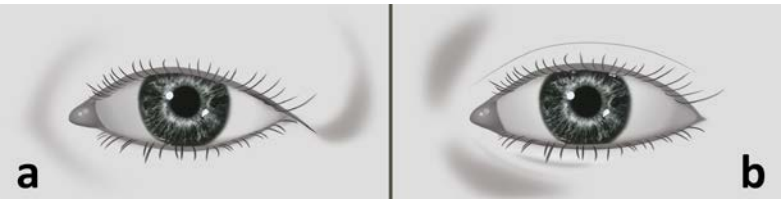
- Điều trị sụp mi bẩm sinh phụ thuộc vào mức độ chức năng của cơ nâng mi.

Phân loại	Biên độ hoạt động của cơ nâng mi
Bình thường	≥ 15mm
Tốt	≥ 8mm
Khá	5-7mm
Kém	≤ 4mm

Bảng trích từ Bermant D.
Nguồn: http://www.plasticphẫu thuật4u.com/procedure_folder/eyelid_recon_folder/eyelid_function.html

Nếp gấp da mi trên

- Đây là khoảng cách theo chiều dọc giữa bờ mi và nếp gấp da mi khi mắt nhìn xuống



Hình 7.10: Không có nếp da mi (a) ở một bệnh nhân with sụp mi bẩm sinh. Đây là bằng chứng gián tiếp của giảm chức năng cơ nâng mi, (b) nếp gấp da mi cao gợi ý một tổn hại cân cơ

Sụp mi bẩm sinh có thể chẩn đoán phân biệt với sụp mi mắc phải

- Bằng cách quan sát vị trí mi khi nhìn xuống dưới hết mức

- Sụp mi bẩm sinh: mất tính đàn hồi của mi làm cho mi hạ xuống chậm
- Sụp mi mắc phải do cơ: mi bị bệnh ở vị trí thấp hơn khi mắt nhìn xuống
- Đánh giá chức năng cơ vòng cung mi bằng cách yêu cầu bệnh nhân nhắm chặt mắt
- Sờ nắn mi và hốc mắt để phát hiện một khối u

Loại trừ:
- Bệnh nhược cơ: làm test Tensilon (10 mg edrophonium chloride). Có thể chẩn đoán nhược cơ nếu mi nâng lên ngay sau khi tiêm
- Hội chứng Horner

ĐIỀU TRỊ:

Sụp mi bẩm sinh
- Theo dõi nếu nhẹ
- Cần phẫu thuật sụp mi bẩm sinh khi sụp mi che lấp mắt đến mức có thể gây ra nhược thị, tư thế lệch đầu, lông mày có nếp nhăn, hoặc khi bệnh nhân có yêu cầu thẩm mĩ.

Sụp mi mắc phải
- Tùy theo nguyên nhân
- Phẫu thuật sụp mi

7. HỞ MI

Định nghĩa: Nhắm mắt không kín

Biến chứng: Sẹo giác mạc và khô mắt do thường xuyên bị hở giác mạc và/hoặc kết mạc phía dưới

Điều trị: Phẫu thuật nhằm giảm độ cao khe mi bằng cách khâu cò hoặc đặt một vật có trọng lượng làm bằng vàng (gold weight) ở mi trên.

Hình 11: Hở mi ở mắt phải

Bệnh căn:

- Sinh lí hoặc vào ban đêm
  - Xảy ra trong khi ngủ
  - Người lớn thường có triệu chứng nhiều hơn trẻ em do biến đổi màng nước mắt theo tuổi.
- Hốc mắt
  - Kèm theo lồi mắt nặng
- Cơ học
  - Sẹo của cơ mi hoặc mi làm cho mắt nhắm không kín
- Do liệt
  - Kèm theo liệt thần kinh mặt (TK số VII)

Chẩn đoán:
- Kích thích mắt, nhất là khi ngủ dậy
- Bệnh giác mạc chấm ở phía dưới thường có hình dải băng ngang
- Nếu nặng:
  - Kích thích giác mạc mạn tính có thể dẫn đến loét giác mạc và mủn giác mạc.
- Cương tụ kết mạc
- Có thể giảm cảm giác ở phần giác mạc bị bệnh

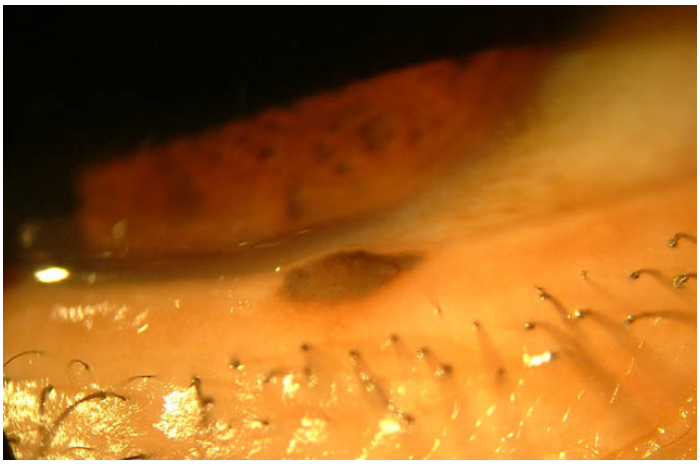
- Khám thực thể
  - Yêu cầu bệnh nhân nhắm nhẹ mắt
  - Bệnh nhân có thể phải ở tư thế nằm ngửa
  - Sử dụng đèn bút để chứng minh mắt nhắm không kín
- Hỏi vợ/chồng, cha mẹ hoặc người nhà xem khi ngủ bệnh nhân có hở mắt không

Điều trị:
- Hở giác mạc nhẹ:
  - Nước mắt nhân tạo, gel, hoặc thuốc mỡ khi đi ngủ
  - Nước mắt nhân tạo 2-4 giờ/lần trong ngày
  - Dán băng kín mi khi ngủ (đầu tiên dán vào má, kéo bằng và mi dưới lên trên, dán đầu tự do của băng vào trán)
- Trường hợp nặng:
  - Kháng sinh thuốc mỡ nếu cần
  - Dùng kính tiếp xúc băng dài ngày với kháng sinh và thuốc bôi trơn
- Phẫu thuật nếu bệnh lâu dài hoặc nếu các phương pháp bảo tồn không có kết quả

NHỮNG TỔN THƯƠNG LÀNH TÍNH CỦA MI MẮT

1. NƠ-VI

- Do tích tụ các hắc tố bào của da.

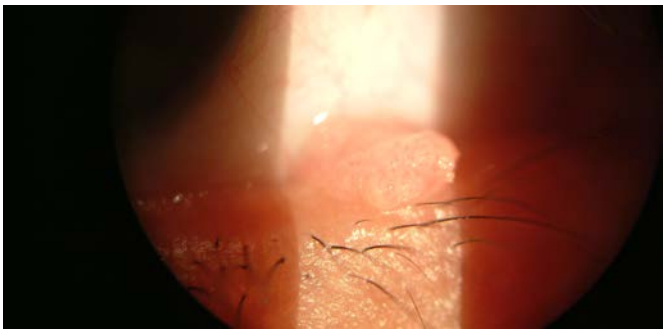


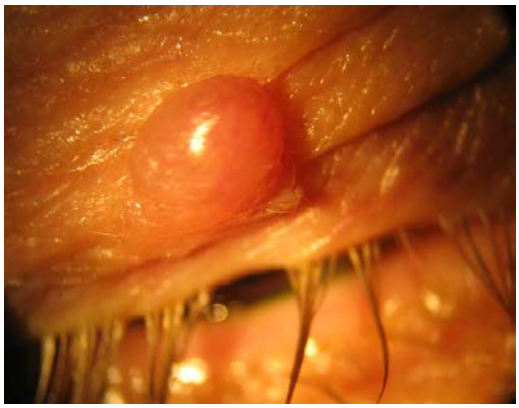
Hình 7.12: Nơ-vi

Đặc điểm:
- Thường phẳng và sắc tố đồng đều
- Màu nâu / đen hoặc không có sắc tố
- Bẩm sinh, đôi khi ác tính
- Bích thước 8-10 mm
- Có thể thay đổi sắc tố do thay đổi hormon

2. U NHÚ

- Là một u lành tính của biểu mô tế bào gai ở mi mắt





Hình 7.13 (a, b và c): U nhú

Đặc điểm:
- Tăng sinh về phía trên của những tế bào biểu mô
- Kết cấu tương tự quả mâm xôi
- Một hoặc nhiều u
- Không có mạch máu
- Có sắc tố và không sắc tố
- Lành tính, không nhiễm trùng
- Hình dạng rõ ràng
- Không chảy máu, không tróc da
- Kích thước thay đổi, có thể to dần hoặc không thay đổi trong nhiều năm
- U nhú không cuống (đáy rộng); u nhú có cuống (đáy hẹp)

Điều trị:
- Phẫu thuật cắt bỏ
- Axit bichloroacetic: axit + dầu. Dầu được bôi quanh u nhú để giữ cho axit khỏi lan rộng gây tổn thương da, sau đó nhỏ một giọt axit lên u nhú. Lặp lại thủ thuật này nếu cần đến khi tổn thương khô.
- Đốt điện
- Theo dõi

3. BAN VÀNG

Đặc điểm:
- Thường ở 2 mắt
- Tỉ lệ cao hơn ở nữ và ở người già
- Nhiều mảng màu vàng, mềm ở dưới da ở phần trong của mi trên và mi dưới

Nguyên nhân:
- Có thể kèm theo tăng cholesterol huyết thanh. Đáng ngại hơn nếu ở người trẻ
- Cần khám nội khoa
- Có thể kèm theo đái tháo đường, phù niêm và tăng cholesterol huyết nguyên phát

Điều trị:
- Cắt bỏ vì mục đích thẩm mĩ nhưng có thể tái phát nếu có tăng cholesterol
- Loại trừ các hội chứng xơ cứng mạch máu do tăng lipit huyết, bệnh tim mạch

Điều trị bằng axit bichloroacetic: nhưng cần thận trọng do vị trí và các cấu trúc của mắt

4. NANG TUYẾN MỒ HÔI

Đặc điểm:
- Do tắc các tuyến mồ hôi (tuyến Moll)
- Trong mờ: trông như có dịch trong (nốt phồng)
- Bề mặt nhẵn và căng
- Thấy dọc theo bờ mi
- Không đau, kích thích nhẹ

Điều trị:
- Cắt bỏ/ rạch và dẫn lưu bằng kim tiêm dưới da

5. NANG BÃ NHỜN

Đặc điểm:
- Nang tuyến bã nhờn sinh ra do tắc ống tuyến
- Được thấy dọc theo bờ mi

Biểu hiện:
- Kích thước 2-10mm
- Bề mặt nhãn và căng, do đó dễ trích
- Chứa một chất tiết dạng pho mát làm cho tổn thương có màu trắng vàng
- Tích tụ chất bã nhờn màu vàng/có mỡ ở trong nang

Điều trị:
- Cắt bỏ/rạch và dẫn lưu

CÁC U ÁC TÍNH CỦA MI MẮT:

Đặc điểm chung của các u ác tính của mi mắt:
- Chủ yếu bắt nguồn từ biểu mô
- Vị trí thường gặp nhất là mi dưới
- Thường gặp hơn ở vùng góc ngoài hơn là góc trong
- Bệnh sử có quá trình phát triển
- Sự thay đổi màu và kích thước là gợi ý sự tính
- Gắn với tổn thương không liền kèm theo biểu hiện loét ở trung tâm
- Chụp ảnh và/hoặc vẽ hình giúp theo dõi sự thay đổi
- Bờ/hình dạng không đều
- Có thể cần sinh thiết để loại trừ u ác tính

1. UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO ĐÁY (RODENT ULCER)

Hình 7.14: Ung thư biểu mô tế bào đáy

Đặc điểm:

- Là u mi ác tính thường gặp nhất
  - Chiếm 90% số u ác tính ở mi mắt
  - Thường gặp nhiều hơn 20-40 lần so với ung thư biểu mô tế bào gai
- Thường ở bệnh nhân trung niên đến tuổi già
- Hiếm khi di căn do các tế bào đáy ác tính có xu hướng bám vào nhu mô xung quanh hơn là rời khỏi vị trí ban đầu. Tuy nhiên, có thể gây phá hủy tại chỗ.
- Thường phát triển chậm
- Thường ở mi dưới, sau đó đến vùng góc trong
- Khởi phát âm thầm và xâm nhập khu vực
- Bắt nguồn từ lớp đáy của biểu bì, khi tổn thương to ra nó sẽ phát triển sang bên và ra phía sau
- Biểu hiện chung là một tổn thương nổi lên với loét ở trung tâm và bờ lóng lánh như ngọc trai, giãn mao mạch
- Tùy theo vị trí tổn thương có thể phá vỡ cấu trúc của bờ mi

- **Có thể có các dạng khác nhau:**
  - Dạng nốt: Bờ cứng, giống như ngọc trai
    a. Loại thường gặp nhất
    b. Tổn thương có biểu hiện kinh điển
      i. Bờ nhô lên
      ii. kích thước khoảng 10mm
      iii. bờ trong mờ/như ngọc trai
      iv. Giãn các mao mạch nhỏ
  - Dạng loét: loét ở trung tâm
    a. bề mặt không còn các vệt da mịn
    b. có rốn lõm và ăn mòn
    c. loét ở giữa
  - Dạng cứng bì (morpheaform) với sự phát triển sâu
    a. dạng ít gặp hơn
    b. màu vàng nhạt
    c. kế cấu phẳng hơn và chắc
    d. bờ không rõ và thường khó phân biệt
  - Ung thư biểu mô tế bào đáy với xu hướng lan nội biểu mô và nhiều ổ: hiếm
    a. thường thấy hơn ở vùng thân
    b. khối u nhiều thùy

Những yếu tố nguy cơ:

- Người da trắng (đặc biệt những bệnh nhân mắt xanh), người già, tiền sử gia đình
- Tiếp xúc ánh nắng lâu dài không có bảo vệ

Điều trị:

- Tất cả các trường hợp ung thư biểu mô tế bào đáy cần được chuyển đi sinh thiết và cắt bỏ
- Phẫu thuật Mohs cho kết quả tốt nhất về mặt thẩm mĩ và tỉ lệ khỏi rất cao
  - Cần có chuyên gia giải phẫu bệnh khám mô được cắt ra để đảm bảo là toàn bộ khối u đã được cắt bỏ.
- Phương pháp khác là phẫu thuật cắt bỏ
  - Tỉ lệ tái phát cao. Cần coi chừng những tổn thương này
  - Mục tiêu của điều trị mục tiêu là lọa bỏ tổn thương trong khi duy trì chức năng của mô.
  - Phẫu thuật tạo hình mắt cho kết quả tốt nhất.

2. UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAI (SQUAMOUS CELL CARCINOMA)

Hình 7.15: Ung thư biểu mô tế bào gai

Đặc điểm:
- Tỉ lệ dưới 5% đến 9%
- U mi ác tính thường gặp thứ hai
- Thường thấy hơn ở mi dưới
- Tổn thương phát triển chậm
- Di căn nhiều hơn là ung thư biểu mô tế bào đáy
- Có thể lan đến các hạch lymphô khu vực (trước tai, dưới hàm, và dưới lưỡi)
  - Cần sờ nắn để phát hiện các hạch lymphô trước tai, dưới hàm và dưới cằm
- Có thể biểu hiện bằng một tổn thương loét không liền
- Có thể kèm theo xâm lấn thần kinh ngoại vi. Bệnh nhân có đau, tê, và trong một số trường hợp giảm chức năng cơ. Tùy theo vị trí ở mặt, thần kinh sinh ba (TK số V) và thần kinh mặt (TK số VII) có thể bị tổn hại.

Những yếu tố nguy cơ:
- Người da trắng lớn tuổi, các vùng tiếp xúc ánh nắng.
- Những bệnh nhân HIV hoặc suy giảm miễn dịch, những người bị nhiễm vi-rút u nhú của người (HPV) cũng có nguy cơ. Nếu ung thư biểu mô tế bào gai ở 2 mắt thì có thể do suy giảm miễn dịch.
- Phát triển chậm, khả năng ác tính thấp (nhưng cao hơn ung thư biểu mô tế bào đáy)

Điều trị:
- Sinh thiết và cắt bỏ rộng
- Phẫu thuật (cắt bỏ rộng ở gốc khối u hoặc phẫu thuật Mohs)
- Tia xạ
- Phẫu thuật tạo hình mắt sau khi cắt bỏ u

3. UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN BÃ (SEBACEOUS CELL CARCINOMA)

Hình 7.16: ung thư biểu mô tuyến bã

Đặc điểm:
- Rất hiếm
- Thường gắn nhiều hơn với ác tính (khác với ung thư biểu mô tế bào đáy và ung thư biểu mô tế bào gai), nhưng tiến triển chậm
- Gặp nhiều hơn ở những bệnh nhân già, nữ > nam, và thường gặp hơn ở người châu Á
- Sinh ra từ tuyến Meibomius, tuyến Zeiss hoặc tuyến Moll. Vị trí thường gặp nhất là tuyến Meibomius
- Có thể có những đặc điểm giống như chắp. Cần nghĩ đến nó trong những trường hợp chắp tái phát. Có thể có biểu hiện viêm mi một bên. Dấu hiệu chủ yếu là viêm mi ở 2 mắt.
- Biểu hiện như là một nốt cứng, riêng biệt, khu trú, không đau, không loét, thường chứa chất lipit làm cho nó có màu vàng nhạt
- Tái phát và có thể có nhiều ổ
- Thường lan ở khu vực, đến hạch trước tai và hạch dưới hàm
- Chẩn đoán xác định phụ thuộc vào kết quả sinh thiết

Điều trị:
- Sinh thiết và cắt rộng, có thể cần cắt bỏ toàn bộ mi mắt.
- Tỉ lệ tử vong của ung thư biểu mô tuyến bã tương tự của u hắc tố ác tính

4. U HẮC TỐ ÁC TÍNH

Hình 7.17: U hắc tố ác tính

Đặc điểm:
- Hầu như chỉ có ở những chủng tộc da trắng
- Ánh sáng cực tím là yếu tố nguy cơ chính
- Ung thư da thường gặp nhất ở những người chủng tộc da trắng 25 đến 29 tuổi
- Tỉ lệ càng tăng trên thế giới, tăng gấp đôi mỗi thập kỉ
- Di truyền có thể tăng nguy cơ
- Lo ngại chính là khả năng di căn
- Biểu hiện thường gặp là một nối ruồi hoặc khối u có sắc tố sẫm
- Triệu chứng gồm có chảy máu, tổn thương loét ở da
- Các dấu hiệu lâm sàng gồm một tổn thương dạng nốt ở nông có sắc tố, không cuống hoặc có cuống

- Tổn thương bờ mi là dấu hiệu xấu
- Đặc điểm lâm sàng chủ yếu gợi ý bệnh di căn là tổn thương có độ sâu trên 1 mm.

Điều trị:
- Cắt bỏ u (phẫu thuật Mohs)
- Trường hợp bệnh di căn có thể cần điều trị toàn thân (điều trị hóa chất, tia xạ
- Tương lai có thể có vắc-xin cho u hắc tố

5. SARCOM KAPOSI

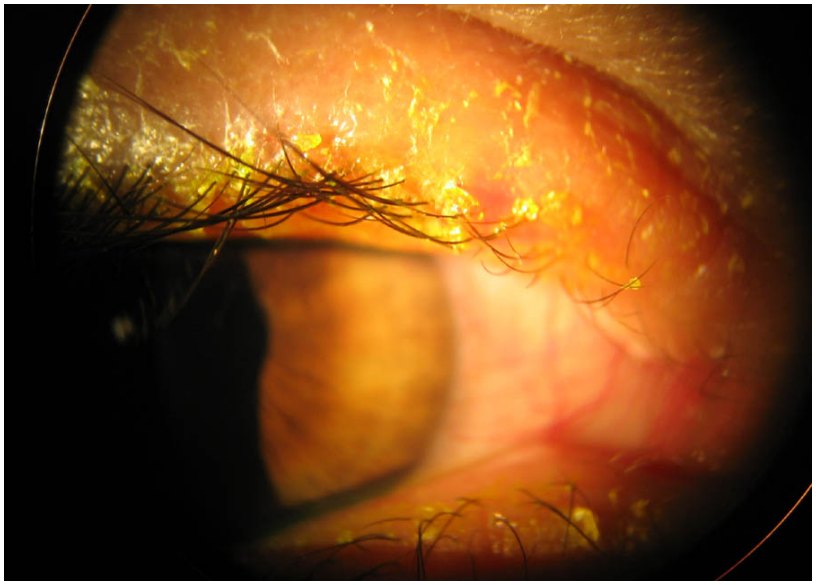
Đặc điểm:
- Có thể kèm theo HIV/AIDS trong các bệnh suy giảm miễn dịch
- Thường gặp nhiều hơn ở nam giới
- Có thể có sự liên quan của vi-rút
- Tổn thương mạch máu đặc, nổi cao, riêng rẽ, không đau khi chạm vào, khi lớn hơn thì có màu tía hoặc hơi xanh
- Có thể ở kết mạc
- Đôi khi xuất hiện đơn độc hoặc kèm theo các bệnh toàn thân khác ở giai đoạn muộn
- Có thể có nhiều hoặc một tổn thương

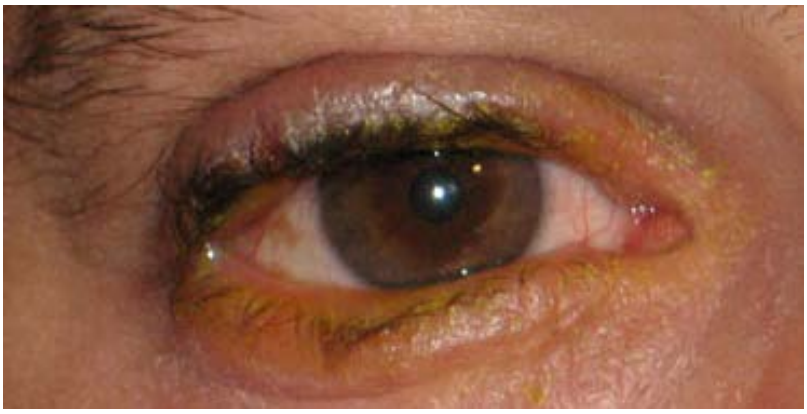
Điều trị:
- Mục tiêu của điều trị ở những bệnh nhân sarcom Kaposi là giảm triệu chứng mắt, không có khả năng chữa khỏi.
- Nếu bệnh nhân không có triệu chứng mắt, thường thấy khối u.
- Sarcom Kaposi do AIDS: tái lập miễn dịch bằng 3 thuốc kháng vi-rút.
- Sarcom Kaposi thường đáp ứng với điều trị hóa chất.

VIÊM CỦA DA HOẶC MI MẮT:

A: VIÊM MI MẮT

Viêm mi mắt có thể do dị ứng, nhiễm trùng hoặc chất bã nhờn. Có thể do có nhiều tác nhân gây bệnh ở môi trường và trên da.





Hình 7.18 (a và b): Viêm mi mắt

1. VIÊM MI DỊ ỨNG

- Viêm mi dị ứng thường gặp hơn ở những bệnh nhân cơ địa dị ứng.
- Nó gây ra phù mi cấp tính cùng với viêm kết mạc dị ứng.
- Viêm mi dị ứng có thể là:
  - Phản ứng quá mẫn týp I thuộc loại phản vệ và tức thì
    - Viêm kết mạc-mi do tiếp xúc với:
      - Phấn hoa, nấm mốc, gàu động vật
      - Côn trùng đốt
  - Phản ứng quá mẫn týp IV là một phản ứng muộn qua trung gian tế bào đòi hỏi có sự tiếp xúc trước đó
    - Viêm mi tiếp xúc có thể do:
      - Cây sơn độc (Poison ivy)
      - Trang điểm mắt
      - Mĩ phẩm: các loại kem mắt
      - Các thuốc dùng tại mắt
      - Nickel
      - Các chất bảo quản

2. VIÊM MI NHIỄM TRÙNG

1.1. Viêm mi do tụ cầu

Một mắt trở thành 2 mắt
- Sau 2-3 ngày, các triệu chứng và dấu hiệu nặng hơn
- Có thể bị đỏ dọc theo bờ mi
- "Đóng vảy" ở mi và lông mi
- Khó mở mắt, nhất là buổi sáng ngủ dậy

Các dấu hiệu lâm sàng:
- Viêm ở bờ mi
- Giãn mạch ở bờ mi
- Vẩy ở bờ mi
- Ngoại độc tố do tụ cầu có thể gây ra phản ứng ở bề mặt giác mạc, dẫn đến viêm giác mạc chấm nông ở phía trên hoặc phía dưới

Điều trị:
- Chườm nóng mi mắt với khăn mặt sạch trong 5-10 phút, 2-3 lần/ngày
  - Mục tiêu là làm cho vẩy mềm và bong ra
- Cọ bờ mi
  - Dầu gội trẻ em Johnson & Johnson pha loãng với nước ấm, thí dụ 1-2 giọt với 6-8 giọt nước ấm
  - Cọ nhẹ dọc theo bờ mi bằng khăn mặt hoặc tăm bông

- Hoặc có thể dùng giấy lau bờ mi bán sẵn
  - Có thể làm sau khi chườm nóng
- Không dùng mĩ phẩm
- Dùng thuốc mỡ kháng sinh phổ rộng tra mắt trong 1 tuần
  - Liều dùng phụ thuộc loại kháng sinh được cho (2-3 lần/ngày)

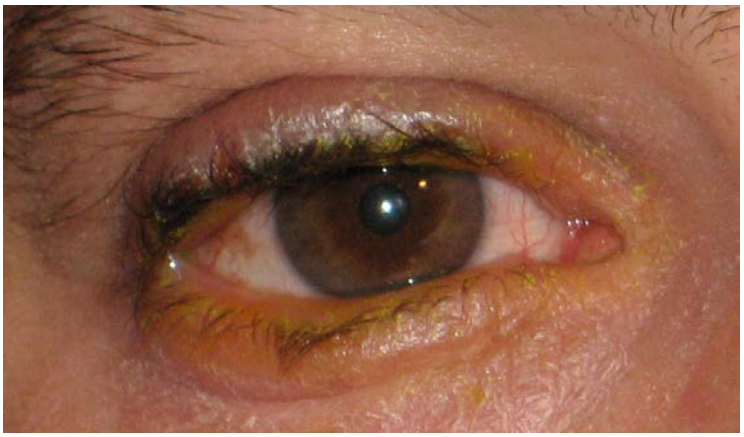
3. VIÊM MI MẠN TÍNH DO TỤ CẦU

- Thường ở 2 mắt
- Viêm mi kéo dài nhiều tuần tới nhiều tháng
- Các triệu chứng khác nhau (từ nhẹ đến nặng), có thể gồm khô mắt thứ phát và bệnh sử có "bị chắp và sưng nhẹ"

Dấu hiệu lâm sàng:
- Bờ mi dày lên
- Rụng lông mi
- Bạc lông mi
- Vẩy bám quanh chân lông mi
- Bờ mi sần sùi
- Thường bị lẹo hoặc chắp tái phát
- Khô mắt thứ phát, giảm lipit của màng nước mắt do nhiễm trùng mi
- Có thể gây viêm giác mạc chấm nông hoặc thâm nhiễm vô trùng

Điều trị:
- Chườm nóng mi bằng khăn sạch khoảng 5-10 phút, 2-3 lần/ngày
  - Mục tiêu là làm mềm vẩy và để cho các chất bám bong ra
- Cọ bờ mi
  - Dầu gội trẻ em Johnson & Johnson pha loãng với nước ấm (1-2 giọt dầu gội với 6-8 giọt nước ấm)
  - Nhẹ nhàng cọ dọc theo bờ mi bằng khăn mặt hoặc tăm bông
- Hoặc dùng các loại giấy lau bờ mi bán sẵn
  - Cọ bờ mi sau khi chườm nóng
- Ngừng trang điểm
- Dùng thuốc mỡ kháng sinh phổ rộng tra mắt trong 1 tuần
  - Liều dùng phụ thuộc vào loại kháng sinh (2-3 lần/ngày)
- Ngoài điều trị ban đầu như trên, một số người sử dụng thuốc mỡ kháng sinh phối hợp steroid trong 1 tuần để giúp giảm viêm mi. Giảm dần số lần vệ sinh mi trong 2-4 tuần nhưng cần duy trì sau 4 tuần một cách đều đặn thường xuyên
- Vệ sinh mi cần được duy trì đều đặn
- Nếu bệnh ở mi không khỏi, có thể dùng kháng sinh uống trong thời gian ngắn, thì dụ 50mg 2/3 lần/ngày trong vài tuần

4. VIÊM MI BÃ NHỜN



Hình 7.19: Viêm mi bã nhờn

- Còn gọi là viêm mi có vẩy
- Là một phần của bệnh da liễu, có thể ở da đầu, mặt và lông mày

Đặc điểm lâm sàng:
- Bệnh của tuyến Zeiss nhưng gắn với viêm mi do tụ cầu
- 2 dạng chính:
  - Dạng dầu: có vẩy nhờn
  - Dạng khô: có gầu
- Biểu hiện bằng những vẩy nhờn ở thân lông mi hơn là ở chân lông.
- Xảy ra mà không có viêm
- Gàu ở lông mày
- Vẩy mềm và ở bất kì vị trí nào ở bờ mi và lông mi.

Điều trị:
- Chườm nóng
- Cọ bờ mi bằng dầu gội trẻ em
- Dùng dầu gội chống gầu

5. VIÊM GÓC MI

Đặc điểm lâm sàng:
- Thường gặp ở những bệnh nhân già hoặc người nghiện rượu ở bất kì tuổi nào
- Thường thấy hơn ở những khí hậu nóng, khô (đặc biệt là do *tụ cầu vàng*)

Biểu hiện ở mắt:
- Nhiễm trùng góc trong/ngoài của mắt → thường ở phía thái dương
- Thường tái phát, có thể dẫn đến da đỏ/nứt hoặc sướt da
- Có thể kèm theo viêm da chàm

Triệu chứng:
- Kích thích và đỏ ở góc mắt
- Ngứa có thể do độc tố vi khuẩn giải phóng ra gây ra phản ứng dị ứng thứ phát

Tác nhân:
- *Moraxella*: thường ở những bệnh nhân trẻ và người nghiện rượu (dễ bị Moraxella do chế độ ăn uống kém)
- *Tụ cầu vàng* thường gặp hơn, thường ở những bệnh nhân nhiều tuổi

Điều trị:
- Kháng sinh tại mắt nếu nguyên nhân là nhiễm tụ cầu
- Sulphat kẽm nếu nguyên nhân là Moraxella
- Điều trị trong 7-10 ngày
- Ngừng dùng tất cả các mĩ phẩm

6. RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TUYẾN MEIBOMIUS

Triệu chứng:
- Triệu chứng khô mắt
- Kích thích không đặc hiệu ở bờ mi
- Cảm giác rát do màng nước mắt không đủ bôi trơn giác mạc

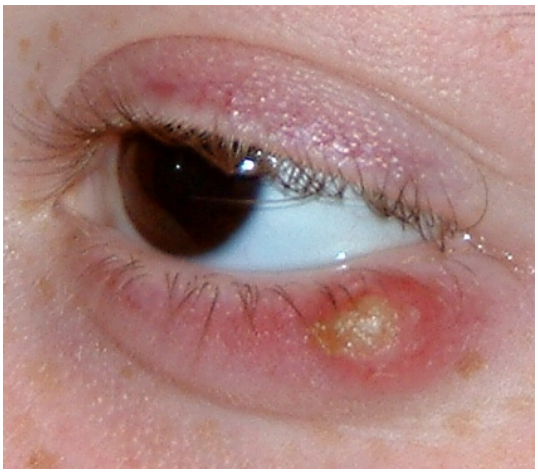
Biểu hiện lâm sàng:
- Tăng tiết của tuyến Meibomius
- Viêm của bờ mi và kích thích mắt
- Tăng tiết lipit
- Ảnh hưởng đến sự sản xuất nước mắt
- Tắc các lỗ tuyến Meibomius (không ảnh hưởng nếu chỉ có 1 hoặc 2 lỗ, nhưng nếu tắc toàn bộ các lỗ dọc theo bờ mi có thể là vấn đề lớn)

- Triệu chứng phụ thuộc vào mức độ tắc lỗ tuyến

Ở mắt:
- Tắc lỗ tuyến Meibomius và tiết nhiều chất bã nhờn
  - Bình thường: lipit tiết ra từ tuyến tạo ra một bề mặt nhãn cho sự khúc xạ ánh sáng, ngăn sự bốc hơi của lớp nước bên dưới, và tái phân bố màng nước mắt sau khi chớp mắt
  - Tăng tiết chất dạng lipit
- Có thể viêm bờ mi
- Kích thích bề mặt nhãn cầu (do giác mạc không được bôi trơn tốt)
  - ảnh hưởng đến màng nước mắt (có dấu hiệu khô mắt)
- Lộn mi dưới có thể thấy các ống tuyến nếu bị tắc trong trường hợp nặng

Điều trị:
- Ép 2 mặt mi bằng tăm bông để nặn ra chất lipit
  - Bệnh nhân sẽ thấy khó chịu, nhưng ngay khi làm xong sẽ thấy dễ chịu hơn
- Tạm thời: cũng dùng chườm nóng
- Nếu quá nhiều chất bã nhờn, làm thế nào để đến được các tuyến nằm ở bên trong sụn mi?
  - Điều trị thuốc uống sẽ tác dụng tốt hơn → doxycycline liều thấp (50 mg) biến đổi chất tiết của tuyến bã nhờn → bắt đầu với liều cao, sau đó duy trì với liều rất thấp trong vài tháng
  - Không dùng doxycycline cho trẻ nhỏ vì nó ảnh hưởng đến sự phát triển xương

7. LẸO NGOÀI



Hình 7.20: Lẹo ngoài

Điều trị:
- Khởi phát đột ngột và nặng hơn sau 24-48 giờ
- Đau âm ỉ và đau khi chạm vào
- Cục sưng đỏ nổi cao
  - Có thể có điểm mủ: tập trung bạch cầu để chống nhiễm trùng, mủ hướng ra ngoài do là lẹo ngoài
- Sờ thấy nóng do giãn mạch
- Cũng có thể có viêm mi ở bên dưới

Điều trị:
- Chườm nóng (3-4 lần/ngày) trong 10 phút → sẽ thúc đẩy tiến triển, do đó lẹo có thể vỡ ra
- Cọ bờ mi
- Kháng sinh tại mắt: không cần thiết ở lẹo ngoài nhưng một số người có thể thấy cần thiết, lẹo có thể vỡ ra ngoài mắt
  - Thuốc nước trong tối đa 1 tuần → để dự phòng nhiễm trùng đi vào mắt
- Thay loại mĩ phẩm khác

8. LẸO TRONG

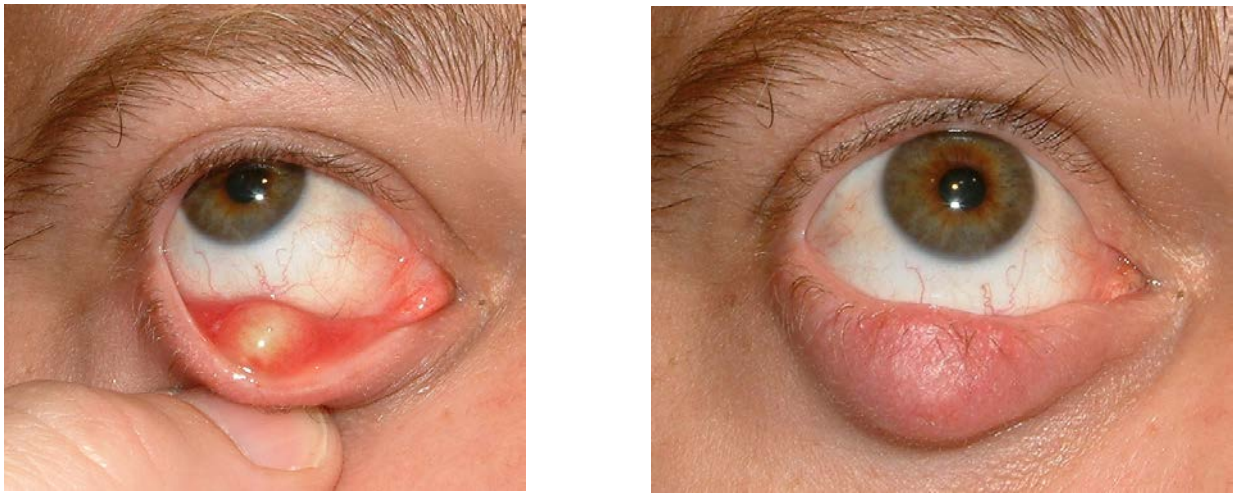
Hình 7.21: Lẹo trong

Đặc điểm/triệu chứng/dấu hiệu lâm sàng
- Nhiễm trùng tụ cầu cấp tính của tuyến Meibomius
- Khởi phát đột ngột và nặng hơn sau vài ngày
- Đau âm ỉ, đau khi chạm vào
- Cục sưng đỏ nổi cao kèm theo đỏ ở mi
  - Nổi lên từ trong ra ngoài
  - Sưng to hơn lẹo ngoài do tuyến sụn mi lớn hơn

Biến chứng
- Đôi khi có thể gây ra viêm hốc mắt trước vách
  - Nếu nhiễm trùng tiếp tục lan rộng ở mi trên và mi dưới
  - Vẫn ở trước vách hốc mắt, nhưng cần điều trị mạnh hơn

Điều trị:
- Chườm nóng vài lần/ngày, mỗi lần 10 phút
- Kháng sinh tại mắt: dự phòng
  - Thuốc nước (Polytrim) trong 1 tuần: khả nhiễm trùng vào trong mắt là rất cao
  - Kháng sinh uống để tới được toàn bộ vùng bị nhiễm (doxycycline)
- Thay loại mĩ phẩm khác

9. CHẮP



Hình 7.22 - Chắp

Đặc điểm lâm sàng:
- Viêm u hạt có chất dạng mỡ của tuyến Meibomius do ứ đọng mô hạt
  - Có thể xảy ra do lẹo trong không khỏi hoàn toàn
- Một cục sưng không nhiễm trùng, xuất hiện chậm, có thể ngẫu nhiên
- Diễn biến mạn tính → thường tái phát

Triệu chứng
- Một tổn thương nổi cao, sờ thấy cứng, không đau hoặc nóng khi chạm vào
- Có thể to, nhưng thường chỉ ở một vùng quanh các tuyến của mi

Biểu hiện ở mắt:
- Một tổn thương ở phía trong khu trú, nổi lên, màu đỏ
- Có thể có sưng nhẹ ở bên ngoài, nhưng khi lộn mi dưới thì thấy chắp

Biến chứng
- Chắp tái phát nhiều lần ở cùng một điểm có thể là biểu hiện của ung thư biểu mô tuyến bã (rất ác tính) → cần sinh thiết

Điều trị:
- Chườm nóng (có thể ngăn chặn sự tiến triển từ lẹo trong)
  - Hướng dẫn bệnh nhân là họ cần tránh khỏi chắp
  - 7-10 ngày → chắp có thể vỡ ra làm cho chắp tiêu đi, và bệnh nhân sẽ thấy dễ chịu
- Chích chắp/sinh thiết nếu chắp to
- Tiêm steroid: chắp là một mô hạt, do đó steroid có thể loại bỏ các mảnh viêm
  - Có thể buộc bệnh nhân chườm nóng bằng cách dọa sẽ phải tiêm steroid/chích chắp

10. BỆNH DEMODEX

Phản ứng viêm đối với một loại mạt phổ biến (demodex) sống ở các nang lông mi của hầu hết những người trên 50 tuổi.

Sơ lược về Demodex:

- Loại mạt rất phổ biến, thấy ở 90% người lớn khỏe mạnh và 50% trẻ em khỏe mạnh
- Được xếp loại "lớp nhện"
- Có 8 chân
- 2 loại
  - Demodex folliculorum:
    - Có ở các nang tóc và nang lông
    - Lớn hơn
    - Bụng tròn hơn
    - Trứng thường có "hình mũi tên" (đường kính 0.1mm)
  - Demodex brevis:
    - Có ở các tuyến bã nhờn
    - Nhỏ hơn
    - Bụng nhọn hơn
    - Trứng nhỏ hơn, thường có hình bầu dục (đường kính 0.06mm)
- Kích thước của demodex khoảng 0.1 – 0.4 mm
- Vòng đời của demodex là khoảng 14.5 ngày
- Demodex trưởng thành sống 5-6 ngày ở nang lông mi
- Di cư đến mặt da trong đêm = 1 cm/giờ
- Thường thấy thành các cặp (đầu+cổ/thân+nang đuôi)
- Con cái đẻ 20-24 trứng ở lông

Đặc điểm lâm sàng/triệu chứng:
- Thường gặp ở người già, nơi thời tiết ấm
- Đau ở mi do dụi mắt
- Ngứa mắt, nhất là buổi sáng
- Cảm giác rát mắt
- Có ở 2 mắt

- Mạn tính
- Có đóng vẩy
- Khi quan sát bờ mi thấy vẩy bám quanh chân lông mi từ bờ mi trở xuống: điển hình của demodex.
- Khác với viêm bờ mi do tụ cầu: vẩy nhiều hơn ở chân lông mi

Xác định:
- Nhổ 4 lông mi ở mỗi mi
- Cố định trong dầu và quan sát dưới kính hiển vi
- Nếu > 6 demodex thì được coi là quá nhiều

Điều trị:
- Dùng một thuốc mỡ làm dịu hoặc steroid (thuốc mỡ làm cho demodex bị chết ngạt)
- Cọ bờ mi (vì nhiều bệnh nhân có nhiễm khuẩn kèm theo)
- Loại bỏ demodex bằng tay ở sinh hiển vi, đặt vào gạc cồn để giết chết chúng.
- Kiểm soát vấn đề
- Loại bỏ demodex quá nhiều
- Dùng thuốc mỡ để làm cho demodex ngạt thở
- Dùng kháng sinh/steroid (giảm ngứa)
- Thường có viêm mi thứ phát do vi khuẩn
- Vệ sinh/cọ mi

11. BỆNH RẬN MI

Cơ sở:
- Bệnh rận là một bệnh gây ra bởi một kí sinh trùng. Họ Pediculidae có 2 dạng:
  - Pediculus humanus
  - Phthirus pubis: được gọi là rận mu
- Pediculus humanus có 2 dạng:
  - Rận ở đầu
  - Rận ở cơ thể
- Phthirus pubis là rận gây bệnh ở mi, việc chọn môi trường sống là do vị trí nhiều lông.
- Rận có 6 chân, dài hơn và sẫm màu hơn loài Pediculus, kích thước khoảng 1-1.5 mm ở hình thái người lớn
- Thấy ở những nơi chỗ ở chật chội
- Chung chạ tình dục

Triệu chứng:
- Mi đau và viêm
- Ngứa nhiều dọc theo bờ mi, dụi mắt
- Cảm giác rát
- Có vẩy ở bờ mi
- Thường ở 2 mắt

Dấu hiệu:
- Những dấu hiệu thứ phát của viêm mi do vi khuẩn
- Những chất bám màu đỏ/đen ở lông mi
- Trứng rận quấn quanh lông mi
- Khó thấy rận vì nó co lại thành nang khi gặp ánh sáng

Điều trị:
- Tìm cách loại trừ hoàn toàn
- Phương thức điều trị tốt nhất là dùng thuốc mỡ
- Thuốc mỡ làm cho rận bị ngạt thở
- Vệ sinh rất quan trọng: bộ đồ giường, khăn mặt cần được giặt và sấy khô ở nhiệt độ 60° C trong 20-30 phút
- Loại bỏ trứng
- Quan tâm gia đình, tiếp xúc với bạn tình
- Khám bác sĩ đa khoa

12. U MỀM LÂY

Đặc điểm lâm sàng:
- Liên quan với nhiễm vi-rút (vi-rút chứa ADN: pox vi-rút)
- Thường gặp ở trẻ em và những bệnh nhân suy giảm miễn dịch (HIV/AIDS)
- Nốt sần, nhẵn và hình vòm, ở giữa lõm xuống
- Những tế bào viêm tập trung ở giữa
- Tổn thương riêng rẽ, giống như mụn cơm, không đau, có rốn ở giữa, phát triển nhanh
- Cấu tạo có dạng pho mát ở trung tâm và màu vàng nhạt, nhiều khi thành những cụm
- Truyền qua tiếp xúc và tự nhiễm, thấy ở trên da và bờ mi
- Có thể kèm theo viêm kết mạc hột nặng và viêm giác mạc biểu mô

Điều trị:
- Thường mất đi trong vòng 6-9 tháng nhưng có thể tồn tại nhiều năm
- Cắt bỏ và nạo
- Lạnh đông, đốt điện hoặc laser
- Kiểm tra HIV nếu tổn thương lớn (kích thước > 2-5mm) hoặc nhiều tổn thương

13. MỤN CƠM

Đặc điểm lâm sàng:
- Nguyên nhân do vi-rút u nhú của người (HPV)
- Tổn thương nhiều thùy (giống như cải hoa) xuất hiện đồng thời
- Tổn thương ở da và niêm mạc
- Frondular growth
- Phát triển chậm
- Mụn cơm thông thường (verruca vulgaris). Các dạng khác gồm mụn cơm phẳng (verruca planar) (những tổn thương dạng ngón tay, sừng hóa nhiều) và mụn cơm dạng ngón tay (verruca digitalis) (chân rộng hơn)
- Có thể ở mi trên hoặc mi dưới

Điều trị:
- Cắt bỏ tổn thương.
- Lạnh đông
- Áp nitơ lỏng

14. HERPES

Hình 7.23: Nhiễm herpes

Cơ sở:
- Tổn thương herpes nguyên phát có thể xảy ra ở bất kì vị trí nào của da
- Herpes gây bệnh ở đầu và cổ (herpes simplex II do bệnh lây truyền qua đường tình dục)
- Trong bệnh herpes nguyên phát, tổn thương ở mi thường xảy ra sau một giai đoạn ủ bệnh khoảng 2 đến 14 ngày.

Đặc điểm lâm sàng:

- Tổn thương mi mắt có ở một bên, đau nhẹ và sưng
- Nhiều tổn thương (mụn nước) riêng rẽ, kích thước 2-3 mm, trũng ở giữa
- Các mụn nước sau đó vỡ ra, đóng vẩy, và liền không để lại di chứng
- Nhiễm herpes tái phát cũng có thể gây tổn thương ở mi
- Tái phát được cho là do tác động cơ thể hoặc tâm lí.
- Tổn thương mi thường nhẹ hơn là bệnh herpes nguyên phát
- Thường khởi phát sau 24 giờ có các tiền triệu tê và ngứa

Điều trị:
- Thuốc mỡ kháng vi-rút bôi ở da mi, thí dụ idoxuridine, vidarabine hoặc acyclovir, 4 lần/ngày tới khi hết tổn thương
- Những trường hợp nặng hơn: dùng thuốc kháng vi-rút nhỏ mắt dự phòng để ngăn chặn các hạt vi-rút lan tỏa vào nhãn cầu.
- Dùng thuốc mỡ tại mắt trong 2 tuần nữa để giảm tỉ lệ và độ nặng của nhiễm trùng mắt trong tương lai

15. BỆNH ZONA

Hình 7.24: Viêm da do zona

Cơ sở:
- Varicella (thủy đậu) là nhiễm trùng nguyên phát, khi nó hoạt hóa sẽ gây ra bệnh zona
- Vi-rút varicella trở thành không hoạt động ở hạch rễ lưng (của thần kinh sống)
- Bệnh zona thường gặp hơn ở người già hoặc ở trẻ em bị suy giảm miễn dịch

Đặc điểm lâm sàng:
- Tiền triệu mệt mỏi, đau đầu, sốt và buồn nôn sau đó là 1 hoặc 2 ngày tăng cảm giác ở khúc bị tổn thương, mắt rát, ngứa và tê.
- Tiếp theo là giai đoạn 2 hoặc 3 ngày tăng cảm giác kèm theo phù và đỏ ở vùng da sẽ phát ban
- Da có những vết và nốt sần sau đó phát triển thành những mụn nước chứa đầy dịch
- Biểu hiện bằng đau và sưng ở mi mắt một bên hoặc ở một bên mặt hoặc cơ thể
- Nhiều tổn thương (mụn nước) riêng rẽ, kích thước 2-3 mm, trũng ở giữa

Điều trị:
- Lựa chọn điều trị là thuốc kháng vi-rút (uống) để phòng ngừa đau thần kinh sau zona. Nếu Acyclovir (800mg 5 lần/ngày trong 1 tuần) được dùng trong vòng 72 giờ sau khởi phát bệnh zona, nó sẽ giảm đau thần kinh và rút ngắn thời gian hồi phục
- Điều trị cũng gồm thuốc sát trùng tại chỗ để tạo thuận lợi cho sự liền tổn thương và giảm khả năng nhiễm khuẩn thứ phát của các tổn thương da

16. VIÊM DA TIẾP XÚC

- Ở một mắt hoặc 2 mắt
- Là một trong những bệnh da thường gặp nhất

Các triệu chứng
- Ngứa mắt
- Đỏ mắt

- Chảy nước mắt
- Phù kết mạc

Biểu hiện ở mắt:
- Phù mi, kèm theo đỏ ở vùng xung quanh
- Sau khi hết phù, kết quả cuối cùng của dị ứng là biểu hiện khô, có vẩy

Điều trị:
- Xác định dị ứng nguyên và loại bỏ nó
- Chườm mát → nó làm một đáp ứng miễn dịch, do đó làm co các mạch máu bị giãn, giảm phù kết mạc, và giảm ngứa
- Thuốc kháng histamin để giảm ngứa, v.v.
- Steroid dùng tại chỗ trong những trường hợp rất nặng, nhưng cần thận trọng → nó chắc chắn có tác dụng, nhưng hướng dẫn bệnh nhân chỉ dùng thuốc trong thời gian ngắn → có thể gây nhãn áp và đục thể thủy tinh nếu dùng lâu dài
- Viêm da có cân đối không? Bệnh nhân có thể đã bôi cái gì lên mi. Nếu không cân đối hoặc chỉ ở một bên mặt, cần nghĩ đến có một cái gì đấy đã tiếp xúc với mặt hoặc mi của bệnh nhân.