NHỮNG TỔN THƯƠNG CỦA BIỂU MÔ VÀ LỚP BOWMAN

TÁC GIẢ THỨ NHẤT

Kristine Dalton: Đại học Waterloo

Isabelle Jalbert: Đại học New South Wales

TÁC GIẢ THỨ HAI

Joel Silbert: Đại học Salus

THẨM ĐỊNH

Laura Downie: Đại học Melbourne

NỘI DUNG CỦA CHƯƠNG

PHÙ BIỂU MÔ 1
LOẠN DƯỠNG MÀNG ĐÁY BIỂU MÔ 1
HỘI CHỨNG COGAN 3
LOẠN DƯỠNG BIỂU MÔ MEESMANN 4
TRÓC BIỂU MÔ DẠNG CHẤM 4
VIÊM GIÁC MẠC CHẤM NÔNG THYGESON 4
KHÔ MẮT 5
TRẦY/XƯỚC GIÁC MẠC 5
TRÓC GIÁC MẠC TÁI DIỄN 6
QUÁ TRÌNH LIỀN VẾT THƯƠNG BIỂU MÔ 6
BỆNH GIÁC MẠC DO TỔN HẠI THẦN KINH 6
VIÊM GIÁC MẠC DO VI-RÚT HERPES (HSV) 7
BỆNH ZONA MẮT 8
VIÊM GIÁC MẠC DO ADENO VI-RÚT 9
BỆNH GIÁC MẠC HÌNH XOẮN 10
BỆNH GIÁC MẠC DO ÁNH SÁNG 10
NHIỄM ĐỘC THUỐC NHỎ MẮT 10
ĐƯỜNG HUDSON-STAHLILINE 11
LOẠN DƯỠNG REIS-BÜCKLERS 11
CÁC LOẠN DƯỠNG LỚP BOWMAN HIẾM GẶP KHÁC 12
vòng COATS 12

PHÙ BIỂU MÔ

Trong nhiều trường hợp, phù biểu mô giác mạc là một dấu hiệu của mất bù nội mô hoặc tăng nhãn áp cấp.

- Trường hợp nhẹ: có những bọng nhỏ ở biểu mô giác mạc, mất độ bóng bình thường của giác mạc
- Trường hợp trung bình đến nặng: hình thành những bọng biểu mô

LOẠN DƯỠNG MÀNG ĐÁY BIỂU MÔ

Thường gọi là “loạn dưỡng dạng bản đồ-chấm-vân tay” hoặc “loạn dưỡng vi nang Cogan”

- Loạn dưỡng giác mạc thường gặp nhất trên lâm sàng, mặc dù có ở < 2% bệnh nhân
- Khởi phát ở khoảng 20 tuổi
- Bệnh ở 2 mắt, di truyền trội
- Hầu hết các trường hợp không có tính gia đình cũng như không tiến triển
- Màng đáy dày lên phát triển vào biểu mô
- Có những vi nang nội biểu mô và chất dạng tơ giữa màng đáy và lớp Bowman
- Dẫn đến mất ổn định ở chỗ bám của biểu mô đáy vào nhu mô giác mạc
- Chấn thương nhẹ thường khởi động tróc giác mạc tái diễn
    - Triệu chứng thường thấy hơn vào buổi sáng (khi mở mắt)

  - ? Tỷ lệ tái phát cao (High occurrence in EBMD)
  - Thường xảy ra sau một chấn thương giác mạc nông (thí dụ xước do móng tay)
  - Bệnh nhân đến vì đột ngột xuất hiện đau nhói ở bề mặt nhãn cầu
- Khoảng 10% có tróc giác mạc tái diễn (50% bệnh nhân tróc giác mạc tái diễn có loạn dưỡng này)
  - Số còn lại (~90%) không có triệu chứng
- Tróc giác mạc đồng thời ở 2 mắt gợi ý loạn dưỡng màng đáy biểu mô

TRIỆU CHỨNG

Những bệnh nhân có triệu chứng thường thấy nhìn mờ nhất thời, sợ ánh sáng, và tróc giác mạc tự phát khi ngủ dậy.

- Có thể nhìn mờ trong thời gian ngắn do tổn hại bề mặt giác mạc (bắt màu), tùy theo vị trí tróc biểu mô. Lâu dài hơn, nhìn mờ cũng có thể do loạn thị không đều, thường nặng lên ở những giai đoạn lặp lại
- Tróc biểu mô thường khỏi trong 2-4 tuần, nhưng có thể tái phát (Trong slides viết 1-2 tuần? Erosion heals in 1-2 weeks but can recur. Eventually stop after 1-3 years however the clinical course can vary significantly between patient)
- Quá trình lâm sàng có thể khác nhau giữa các bệnh nhân

DẤU HIỆU

Các tổn thương có thể đơn độc hoặc kết hợp.

DẠNG BẢN ĐỒ

- Những mảng màu xám tỏa lan với bờ có ranh giới rõ
- Các mảng này có các lỗ hổng bình bầu dục trong suốt cách biệt bởi các vùng trong
- Nhìn thấy khi chiếu sáng tập trung, chiếu hậu, và với fluorescein cùng ánh sáng xanh, bờ của bản đồ trông như một đường đen "**không bắt màu**"

DẠNG CHẤM

- Những vi nang trong, màu trắng, hoặc màu trắng xám
- Hình tròn, hình amíp, hoặc hình dấu phẩy
- Thấy rõ nhất trên ánh hồng của đáy mắt hoặc khi chiếu hậu trên mống mắt
- Ít khi bắt màu trừ khi các nang di chuyển và giải toả nội dung ở biểu mô, gây ra viêm giác mạc chấm nông

DẠNG VÂN TAY

- Những đường trắng hoặc xám óng ánh
- Thấy rõ nhất trên ánh hồng của đáy mắt hoặc khi chiếu hậu trên mống mắt
- Những đường này gần như song song, hình xoắn ốc kéo dài
- Một đám gồm những nhóm nhỏ ở 2/3 giác mạc trung tâm
- Kiểu/hình dạng thường thay đổi theo thời gian

ĐIỀU TRỊ LOẠN DƯỠNG MÀNG ĐÁY BIỂU MÔ

Điều trị tróc giác mạc tái diễn

Có nhiều lựa chọn điều trị và dự phòng nhưng chưa có sự nhất trí về lựa chọn tốt nhất. Tính an toàn hoặc hiệu quả của nó chưa được chứng minh trong các thử nghiệm lâm sàng.

Có thể điều trị thuốc đơn giản, thí dụ thuốc mỡ vào ban đêm sau khi bị trầy/xước giác mạc do chấn thương.

Phương pháp điều trị theo kinh nghiệm (Slides viết là tiêu chuẩn) gồm thuốc mỡ tra mắt, bịt mắt, giãn đồng tử và kháng sinh tại mắt, dùng đơn độc hoặc kết hợp.

Khi các biện pháp trên không có tác dụng, có thể có những phương pháp khác:

1. Cắt lọc biểu mô bị tróc, cắt gọt giác mạc nông hoặc cắt gọt giác mạc bằng laser excimer.

2. KTX điều trị đã được sử dụng cho tróc giác mạc tái diễn dai dẳng ảnh hưởng đến trục thị giác.

3. Điều trị Laser Nd:YAG, châm kim nhu mô trước hoặc đốt điện (microdiathermy) đã được sử dụng để tăng cường sự ổn định biểu mô thông qua việc tạo ra mô sẹo dưới biểu mô.

4. Tetracycline uống 250 mg 2 lần/ngày trong 12 tuần hoặc prednisolone 0.5% nhỏ mắt 4 lần/ngày trong 7 ngày, hoặc cả 2, hoặc doxycycline 50 mg uống 2 lần/ngày và corticosteroid nhỏ mắt 3 lần/ngày trong 2-3 tuần.

Tài liệu tham khảo: Watson, Lee, Barker, Interventions for recurrent corneal erosions, Cochrane Review.

HỘI CHỨNG COGAN

Là một bệnh viêm mạch tự miễn toàn thân hiếm gặp, đặc trưng bằng viêm trong mắt và rối loạn chức năng tiền đình-thính giác.

- Bệnh căn
  - Viêm mạch tự miễn (nguy cơ giảm thính lực và có thể đe dọa sinh mạng)
  - Điếc thần kinh thính giác, ù tai, chóng mặt
  - Xảy ra ở 2 mắt cách nhau nhiều tháng
  - Viêm mạch hoại tử ở võng mạc, đường tiêu hoa và tim mạch
- Dịch tễ học
  - Người lớn trẻ tuổi; tỉ lệ ở nam bằng nữ
- Triệu chứng
  - Đỏ mắt, đau nhức, sợ ánh sáng, nhìn mờ
- Dấu hiệu
  - Những vết đục nhu mô trước ở chu vi, cả 2 mắt
    - Những vết đục nhẹ ở nhu mô ở giai đoạn sớm
    - Tiến triển thành đục sâu kèm theo tân mạch
  - Viêm màng bồ đào, viêm củng mạc, viêm mạch võng mạc
- Điều trị
  - Chuyển khám bác sĩ đa khoa /tai mũi họng nếu nghi ngờ
  - Điều trị sớm có thể ngăn chặn giảm thính giác
  - Steroid nhỏ mắt cho viêm giác mạc
  - Có thể cần dùng steroid toàn thân để điều trị viêm mạch hệ thống

LOẠN DƯỠNG BIỂU MÔ MEESMANN

- Dịch tễ học
  - Rất hiếm (dưới 1/100.000)
  - Di truyền trội, không tiến triển
- Khởi phát
  - Trong 2 năm đầu của cuộc đời
    - Ban đầu biểu hiện bằng các bọng nhỏ ở biểu mô, có ở 2 mắt, cân đối
  - Ở tuổi trung niên, các nang to ra, dẫn đến triệu chứng loạn thị không đều
  - Các bọng cuối cùng vỡ ra biểu mô, gây ra kích thích, đau, chảy nước mắt, và sợ ánh sáng
- Triệu chứng
  - Kích thích mắt (các mức độ khác nhau)
- Dấu hiệu
  - Nhiều nang nhỏ ở biểu mô
  - Kích thước đồng đều
  - Mật độ lớn nhất ở trung tâm, không tới vùng rìa
  - Biểu hiện: những bọng trong hoặc những mụn nước dạng bọng thấy được trên nền ánh hồng của đáy mắt; những chấm màu xám riêng rẽ khi chiếu sáng tập trung
  - Phần lớn bệnh nhân chỉ cảm thấy mắt hơi mờ; ít khi cần điều trị
  - Lắng đọng keratin
  - Đột biến ở các gen keratin (K3 và K12)
- Điều trị
  - Không cần, ngoại trừ bôi trơn đối với những trường hợp có triệu chứng
  - Những trường hợp tiến triển: loại bỏ biểu mô bằng cách cắt gọt giác mạc bằng laser excimer hoặc cắt gọt giác mạc (không tái phát)

TRÓC BIỂU MÔ DẠNG CHẤM

Tróc biểu mô dạng chấm là dấu hiệu không đặc hiệu biểu hiện lâm sàng như là những tổn hại riêng rẽ ở biểu mô giác mạc, đây là dấu hiệu sớm của tổn hại biểu mô.

- Dấu hiệu
  - Những tế bào biểu mô sưng, dạng hạt, trắng đục, những tổn hại nhỏ ở biểu mô bắt màu fluorescein

- Dịch tễ học
  - Không đặc hiệu
  - Ở phía trên
    - Viêm kết mạc mùa xuân, viêm kết-giác mạc vùng rìa trên, hội chứng mi nhẽo
  - Ở khe mi
    - Khô mắt, hở mi, bệnh giác mạc do tia cực tím
  - Ở phía dưới
    - Bệnh bờ mi, hở mi
  - Lan toả
    - Viêm kết mạc, phản ứng do nhiễm độc
  - Trung tâm
    - Đeo kính tiếp xúc lâu dài

VIÊM GIÁC MẠC CHẤM NÔNG THYGESON

Viêm giác mạc chấm nông Thygeson là một bệnh mạn tính rất hiếm gặp với các triệu chứng thay đổi trong quá trình bệnh.

- Nhiều tổn thương giác mạc nội biểu mô, màu trắng xám bắt màu fluorescein
    - Tổn thương kết mạc tối thiểu hoặc không có
- Bệnh căn vẫn còn đang được tranh luận (được cho là do vi-rút)
- Thị lực có thể giảm nhẹ trong giai đoạn bệnh hoạt tính
    - Tuy nhiên, tiên lượng lâu dài rất tốt

- Điều trị:

Trụ cột của điều trị là dùng corticosteroid nhỏ mắt nồng độ trung bình (như Flarex) vài lần/ngày trong giai đoạn cấp tính. Sau đó là điều trị duy trì với nồng độ thấp hơn.

Các lựa chọn điều trị khác gồm:
- Nước mắt nhân tạo
- Cyclosporine nhỏ mắt
- Kính tiếp xúc mềm
- Thành công của các biện pháp điều trị này khác nhau tùy theo mức độ bệnh

KHÔ MẮT

Bệnh này rất hiếm ở các nước phát triển nhưng là một nguyên nhân chính của mù ở trên thế giới.

- Là một bệnh đe dọa thị giác và sinh mạng (100 đến 140 triệu trẻ em bị thiếu vitamin A)
- Vitamin A tan trong mỡ, được dự trữ ở gan, có ở cá, sữa, trứng, nhiều loại rau (caroten)
- Kèm theo quáng gà
- Bệnh căn
    - Sừng hoá tăng dần của kết mạc và giác mạc kèm theo tổn hại tế bào hình đài
- Dấu hiệu
    - Vết Bitot (mảng tăng sừng màu xám bạc, có bọt), nhuyễn giác mạc (loét giác mạc, mất nhu mô)
- Điều trị
    - Vtamin A uống

TRẦY/XƯỚC GIÁC MẠC

Chấn thương giác mạc thường rất đau và có thể để lại di chứng lâu dài.

- Nguồn:
    - Nhiều tác nhân: kính tiếp xúc, thủy tinh, kim loại, cành cây, tờ giấy, v.v.
- Triệu chứng:
    - Chảy nước mắt, sợ ánh sáng, đau, nhìn mờ
- Dấu hiệu:
    - Tổn hại biểu mô (kích thước và hình dạng thay đổi)
    - Đỏ mắt
- Nhuộm fluorescein để xác định độ rộng và độ sâu
- Loại trừ thủng giác mạc (dấu hiệu Seidel) hoặc viêm kèm theo (thâm nhiễm)
- Có thể dẫn đến sẹo giác mạc vĩnh viễn nếu nhu mô bị tổn thương
- Có thể dẫn đến tróc giác mạc tái diễn nếu lớp Bowman bị tổn thương
- Điều trị:
    - Chườm lạnh, thuốc giảm đau, kháng sinh dự phòng, thuốc liệt điều tiết nếu có phản ứng tiền phòng, chuyển đi nếu dưới biểu mô / nhu mô / thủng

- Thường cần khám lại sau 24 giờ

TRÓC GIÁC MẠC TÁI DIỄN

Tróc giác mạc tái diễn là một bệnh tương đối phổ biến, thường gặp hơn ở những bệnh nhân 30 đến 50 tuổi.

- Bệnh căn:
  - Biểu mô đáy gắn không chặt vào màng đáy
- Nguyên nhân:
  - Loạn dưỡng (loạn dưỡng màng đáy biểu mô, loạn dưỡng Reis-Bückler, loạn dưỡng hình lưới, loạn dưỡng dạng hạt), chấn thương (chấn thương do móng tay trước đó), vô căn, viêm tuyến Meibomius
- Triệu chứng:
  - Đau nhói, cấp tính, kéo dài vài phút đến vài ngày tùy theo kích thước tổn thương
  - Thường xảy ra khi ngủ dậy hoặc trong đêm (phù trong đêm làm cho những chỗ bám lỏng ra?)
- Dấu hiệu:
  - Vết tróc nhỏ hoặc to, thường ở phía dưới, những nang nhỏ và không bắt màu nếu khỏi
- Điều trị:
  - Xem ở trên, phần loạn dưỡng màng đáy biểu mô
- Phòng bệnh:
  - Dùng thuốc bôi trơn (đặc biệt là thuốc mỡ khi đi ngủ), điều trị viêm tuyến Meibomius nếu có, phẫu thuật (châm giác mạc nông, cắt gọt giác mạc bằng laser excimer)

QUÁ TRÌNH LIỀN VẾT THƯƠNG BIỂU MÔ

Biểu mô giác mạc có khả năng liền vết thương rất nhanh.

- Trình tự diễn biến:
  - Tổn hại, ngừng đột ngột quá trình nguyên phân, sau đó sửa chữa bằng sự trượt hướng tâm
- Vết thương nhỏ:
  - Các tế bào đáy đưa các chân giả vào trong tổn thương, trượt vào lỗ, theo sau là các tế bào cánh; những vết thương kích thước nhỏ hơn đầu đinh ghim được phủ kín trong khoảng 3 giờ; vết thương bây giờ trở thành "kín nước" (không bắt màu) nhưng các lớp bên dưới (dày 2-3 tế bào) vẫn còn rối loạn, hồi phục hoàn toàn trong khoảng 12 giờ
- Vết thương lớn hơn:
  - Tế bào từ tất cả các lớp di chuyển và dẹt lại để phủ kín vết thương; quá trình nguyên phân lúc đầu bị ức chế được bắt đầu lại sau vài giờ để đóng một vai trò tích cực trong sửa chữa vết thương; 2-3 mm vết thương được phủ kín trong 24 giờ, hồi phục hoàn toàn trong 3 ngày
- Vết thương rộng:
  - 50% giác mạc được phủ kín trong 24 giờ, 75% trong 48 giờ, phủ kín hoàn toàn trong 4 đến 12 ngày; Có thể mất vài tuần để tái tạo độ dày và các cấu trúc kết dính bình thường
- Quá trình liền vết thương bị tổn thương nếu những tế bào gốc ở vùng rìa bị tổn hại

BỆNH GIÁC MẠC DO TỔN HẠI THẦN KINH

Là bệnh giác mạc do tổn hại dây thần kinh sinh ba (TK số V). Những tế bào biểu mô bị tổn hại hợp lại thành các vùng tổn hại tế bào rộng hơn. Nó là một bệnh hiếm gặp với nhiều nguy cơ xuất hiện thêm nhiễm trùng giác mạc. Còn gọi là bệnh giác mạc do mất cảm giác.

- Bệnh căn:
  - Gián đoạn đường thần kinh cảm giác từ nhánh mũi-mi của dây thần kinh sinh ba (V), dẫn đến giảm sản xuất lớp nước của màng nước mắt những yếu tố tăng trưởng, những yếu tố này lại ảnh hưởng đến chuyển hóa của biểu mô giác mạc
  - Không tái tạo được biểu mô giác mạc do mất cảm giác giác mạc
- Nguyên nhân:
  - Vi-rút herpes, vi-rút zona, u thần kinh thính giác, u hốc mắt, hội chứng Riley-Day (ở những người Do thái ở châu Âu), đái tháo đường giai đoạn cuối
- Triệu chứng:
  - Sợ ánh sáng, đỏ mắt, nhìn mờ; KHÔNG ĐAU
- Dấu hiệu:
  - Biểu mô phía dưới bất thường (mức độ từ tróc dạng chấm đến loét rõ ràng), giảm cảm giác giác mạc
- Điều trị:
  - Nhằm phục hồi biểu mô giác mạc (thuốc bôi trơn, kính tiếp xúc băng), corticosteroid nhỏ mắt, phẫu thuật (khâu cò)

Loét giác mạc do tổn hại thần kinh

- Bờ cuộn lên, nhẵn, đều, rõ ràng, tách biệt
- Hình bầu dục với trục dài nằm ngang
- Chậm liền

VIÊM GIÁC MẠC DO VI-RÚT HERPES (HSV)

HSV là một vi-rút chứa ADN với người là vật chủ duy nhất. Nó là một nhiễm trùng rất phổ biến.

- >85% dân số có kháng thể chống HSV
- Hầu hết nhiễm trùng chưa có biểu hiện lâm sàng

HSV týp 1

- Nhiễm trùng ở trên thắt lưng (mặt, môi, mắt)
- Lây truyền qua tiếp xúc trực tiếp → bệnh giộp môi

HSV týp 2

- Nhiễm trùng ở dưới thắt lưng (herpes sinh dục)
- Đôi khi được truyền đến mắt
- Qua đường sinh đẻ
- Mắc phải qua đường tình dục

- **Bệnh mắt do herpes là nguyên nhân gây mù do nhiễm trùng thường gặp nhất do bệnh giác mạc ở các nước phát triển**
  - 60% các trường hợp loét giác mạc là do herpes
- Sơ nhiễm thường kèm theo nổi mụn nước ở da
- 1/5000 ca/năm
- Thường bị bỏ qua (sốt nhẹ, viêm mi, viêm kết mạc hột nặng)
- Sẽ tái phát
- Tồn tại không hoạt động ở hạch thần kinh cảm giác
- Týp 1:
  - Thần kinh sinh ba
- Týp 2:
  - Tủy sống
- Thường tái hoạt trong những giai đoạn sức khỏe giảm sút hoặc căng thẳng

- Triệu chứng:
  - Hơi khó chịu, sợ ánh sáng, chảy nước mắt, nhìn mờ
- Dấu hiệu:
  - Tổn thương giác mạc ở 50% with viêm mi-kết mạc
  - Mắt đỏ (thường ở một mắt)
  - Bệnh biểu mô dạng chấm rải rác
  - Các chấm nhập vào nhau tạo thành loét hình cành cây
  - Thường ở trung tâm
  - Các nhánh có dạng đặc trưng là có đầu cuối phình to
- Ngoài ra:
  - Giảm cảm giác giác mạc, đục dưới biểu mô, (có thể) tăng nhãn áp

- Có thể tiến triển và lan rộng nếu điều trị bằng steroid tại mắt
- Loét dạng bản đồ (hình amip)
- Do suy giảm miễn dịch tại chỗ

ĐIỀU TRỊ

- Bệnh ở mi mắt hoặc da
  - Thuốc kháng vi-rút dạng mỡ (acyclovir) 5 lần/ngày
  - Thuốc kháng vi-rút đường uống nếu tổn thương rộng
- Bệnh biểu mô giác mạc
  - Thuốc kháng vi-rút tại mắt (acyclovir, ganciclovir, hoặc trifluridine) 5-9 lần/ngày trong 2 tuần
  - Bóc nhẹ nhàng vùng biểu mô bị nhiễm
    - Chỉ loét hình cành cây (không phải hình bản đồ!)
  - Thuốc liệt điều tiết: nếu có phản ứng tiền phòng
  - Thuốc kháng vi-rút đường uống
    - Chỉ định cho những bệnh nhân suy giảm miễn dịch hoặc nếu thuốc kháng vi-rút tại mắt quá độc hại

BỆNH ZONA MẮT

Bệnh zona là một nhiễm trùng tái phát chiếm một số lớn các trường hợp viêm da nhiễm trùng được thấy.

- Dịch tễ học:
  - Nhiễm trùng thường gặp do vi-rút zona
  - Thủy đậu, zona
  - Sau sơ nhiễm, vi-rút vẫn tồn tại ở hạch thần kinh số V
  - Chủ yếu gặp ở người già (60 – 70 tuổi)
  - Nếu bệnh nhân trẻ, có khả năng bị AIDS
  - Tái hoạt ở giai đoạn muộn hơn → di chuyển xuống theo các dây thần kinh cảm giác
- 15% bệnh zona mắt ảnh hưởng đến nhánh mắt của thần kinh sinh ba
- Giai đoạn tiền triệu có trước khi phát ban ở da
- Tồn tại 3-5 ngày → sốt, mệt mỏi, đau đầu
- Nổi ban mụn nước ở da
- Tôn trọng đường giữa, không ảnh hưởng đến mi dưới
- Dấu hiệu Hutchinson
  - Tổn thương phần da được chi phối bởi thần kinh mũi ngoài
  - Ảnh hưởng đến đầu mũi, cạnh mũi, và gốc mũi
  - Cho biết nguy cơ tổn thương mắt cao hơn

BỆNH Ở MẮT

- Triệu chứng:
  - Nhìn mờ, mắt đỏ và/hoặc đau
- Dấu hiệu:
  - Viêm giác mạc biểu mô cấp tính (50% số bệnh nhân trong vòng 2 ngày sau phát ban)
  - Tổn thương hình cành cây đầu thon dần, bắt màu kém với fluorescein
- Điều trị:
  - Nước mắt nhân tạo, thuốc kháng vi-rút tại mắt (nếu cần)
  - Không cần nếu không có bệnh giác mạc
- Viêm kết mạc (thường gặp)
- Nang hoặc nhú gai → bọng nước ở bờ mi
- Phát hiện viêm thượng củng mạc, viêm củng mạc, viêm màng bồ đào trước (1/3 số bệnh nhân), tăng nhãn áp, liệt dây TK sọ (TK số III, IV, VI)
- Đau thần kinh sau zona thường tồn tại nhiều năm

VIÊM GIÁC MẠC DO ADENO VI-RÚT

Nhiễm trùng vi-rút adeno ở mắt thường do týp huyết thanh 8 & 19**.** Nó thường được gọi là viêm kết-giác mạc dịch và kèm theo viêm kết mạc hột nặng cấp tính, có thể tự khỏi.

- Lây nhiễm rất mạnh trong 2/52 giờ sau khởi phát
- Tránh tiếp xúc với bạn bè và người trong gia đình
  - Vệ sinh rất quan trọng
  - Nghỉ học và làm việc trong khi mắt còn đỏ và chảy nước
- Thường xuất hiện trong vòng 7-10 ngày viêm kết mạc (80%)
  - Khỏi trong vòng 2 tuần
- Dấu hiệu:
  - Những nang nhỏ
  - Viêm giác mạc chấm nông
  - Thâm nhiễm dưới biểu mô
    - Có thể ảnh hưởng thị lực
    - Tồn tại nhiều tháng hoặc nhiều năm
- Có thể gây ra phản ứng nhu mô cấp tính (hiếm)

ĐIỀU TRỊ

- Tạm thời:
  - Thuốc kháng vi-rút không có giá trị
  - Nước mắt nhân tạo
  - Chườm mát
  - Nặng lên vào ngày 4-7 sau khởi phát nhưng tự khỏi sau 2-3 tuần
- Steroid nếu ảnh hưởng đến nhu mô giác mạc
  - Giảm liều để phòng tái phát

BỆNH GIÁC MẠC HÌNH XOẮN

Trong bệnh này, có đục màu xám hoặc màu nâu ở 2 mắt tỏa rộng ra từ biểu mô phía dưới.

- Từ đồng nghĩa:
  - Bệnh giác mạc do thuốc
- Dấu hiệu:
  - Lắng đọng biểu mô dạng xoắn ốc
- Bệnh căn:
  - Chất lắng đọng từ màng nước mắt hoặc mạch máu ở vùng rìa vào biểu mô
- Nguyên nhân:
  - Điều trị chloroquine / hydroxychloroquine (cho bệnh sốt rét, bệnh luput ban đỏ hệ thống, viêm khớp)
  - Điều trị amiodarone (dùng trong điều trị chứng mạch nhanh)
  - Điều trị indomethacin (thuốc chống viêm không steroid dùng trong viêm khớp, bệnh gút)
  - Bệnh Fabry (bệnh tích sphingolipit): là bệnh liên kết X bẩm sinh hiếm gặp, gây ra nhiều biểu hiện toàn thân, tế bào biểu mô đục nhiều hơn là lắng đọng
  - Thường gặp ở những người dùng thuốc lâu dài
- Điều trị:
  - Không cần điều trị những biến đổi giác mạc
  - Bệnh giác mạc hình xoắn xuất hiện trong khi điều trị bằng chloroquine hoặc hydroxychloroquine thì không phải lí do để kết thúc điều trị, tuy nhiên cần xem lại liều dùng.

BỆNH GIÁC MẠC DO ÁNH SÁNG

Bệnh này thường gặp ở thợ hàn, thợ điện, người trượt tuyết thiếu kinh nghiệm, những người làm rám da thẩm mĩ, v.v.

- Từ đồng nghĩa:
  - Bỏng mắt do ánh sáng, mờ mắt do tuyết, viêm giác mạc do ánh sáng
- Bệnh căn:
  - Tổn hại biểu mô giác mạc và kết mạc do tia cực tím
- Triệu chứng:
  - Cộm mắt, cảm giác dị vật, kích thích, chảy nước mắt, sợ ánh sáng, sưng mi
  - Đau có thể nặng và xuất hiện sau 8-12 giờ tiếp xúc ánh sáng (nửa đêm tỉnh dậy vì đau)
- Dấu hiệu:
  - Ở 2 mắt, có thể kèm theo tổn hại da
  - Bệnh giác mạc chấm trên diện rộng, bắt màu fluorescein, giới hạn ở vùng khe mi
  - Ít khi có phản ứng tiền phòng
- Điều trị:
  - Làm cho bệnh nhân yên tâm, nước mắt nhân tạo, chườm lạnh

NHIỄM ĐỘC THUỐC NHỎ MẮT

Bệnh này thường là một phản ứng đối với bản thân thuốc, chất bảo quản hoặc tá chất dùng trong công thức thuốc. Phản ứng ở mắt có bản chất là nhiễm độc và/hoặc dị ứng.

- **Từ đồng nghĩa**:
  - Bệnh biểu mô nhiễm độc, nhạy cảm với chất bảo quản, bệnh giác mạc do lạm dụng thuốc tê, bệnh giác mạc tự gây ra
- Bệnh thường gặp
- **Cơ chế tác dụng:**

  - Tác dụng hiệp đồng của nhiều hơn một loại thuốc
  - Nguyên nhân thường gặp: nước mắt nhân tạo (thí dụ có chất bảo quản BAK), thuốc kháng vi-rút (thí dụ mỡ acyclovir), thuốc glôcôm (thí dụ pilocarpine, apraclonidine), thuốc tê nhỏ mắt
- **Triệu chứng:**
  - Cay mắt, rát mắt, mắt đỏ, chảy nước mắt, sợ ánh sáng
- **Dấu hiệu:**
  - Cương tụ kết mạc, giác mạc bắt màu chấm nông, một số trường hợp có thể dẫn đến loét
- **Điều trị:**
  - Ngừng / thay đổi tất cả thuốc nhỏ mắt (trao đổi với bác sĩ kê đơn); có thể mất nhiều tuần tới nhiều tháng mới hết tác dụng độc của thuốc

ĐƯỜNG HUDSON-STAHLILINE

- Đường lắng đọng sắt nằm ngang ở biểu mô giác mạc (chủ yếu ở biểu mô đáy)
- Dễ thấy hơn với ánh sáng xanh côban (trở thành màu nâu sẫm)
- Sắt có thể đến từ nước mắt
- Lắng đọng xảy ra ở tư thế nghỉ của mi dưới trong trạng thái mắt mở, ở vị trí của liềm nước mắt
- Không có triệu chứng
- Bệnh rất phổ biến và tỉ lệ tăng theo tuổi
- Không cần điều trị
  - Ghi chép và vẽ vào hồ sơ; chụp ảnh nếu cần

LOẠN DƯỠNG REIS-BÜCKLERS

Bệnh thường xảy ra ở người dưới 20 tuổi, với biểu hiện là tróc biểu mô rất đau và sẹo ở lớp Bowman. Thường được thấy ở pha cấp tính khoảng 3-4 lần/năm.

- Dịch tễ học:
  - Là một bệnh rất hiếm gặp, biểu hiện bằng tróc giác mạc tái diễn ở tuổi dưới 10 hoặc dưới 20
- Đau và sợ ánh sáng ở trẻ lớn hơn
- Đục giác mạc trung tâm, cân đối ở 2 mắt, di truyền trội

DẤU HIỆU VÀ TRIỆU CHỨNG

Triệu chứng: mắt đỏ và đau, sợ ánh sáng, mắt chảy nước, nhìn mờ nhiều hơn theo thời gian
Dấu hiệu:

- Những vế đục nhỏ, màu trắng-xám, ở dưới biểu mô (dày đặc nhất ở trung tâm)
- Loạn thị không đều, đục giác mạc, giảm thị lực do sẹo và loạn thị, đôi khi cần cắt gọt giác mạc bằng laser excimer
- Giảm cảm giác giác mạc tiến triển tăng dần
- Thường có tróc giác mạc tái diễn
- Giảm thị lực nhiều thường gặp ở tuổi 20

BIỂU HIỆN

- Đục dưới biểu mô dạng đường thẳng và hình vòng, tăng dần theo thời gian
- Tương tự mô sợi-tế bào thay thế lớp Bowman

CÁC BIẾN THỂ

- Loạn dưỡng màng trước
- Loạn dưỡng dạng tổ ong

ĐIỀU TRỊ

- Thuốc tăng thẩm thấu
- Kính tiếp xúc băng
- Cắt gọt giác mạc nông
- Ghép giác mạc xuyên
    - Loạn dưỡng có thể tái phát ở mảnh ghép

CÁC LOẠN DƯỠNG LỚP BOWMAN HIẾM GẶP KHÁC

- Loạn dưỡng Theil-Behnke
    - Khởi phát ở cuối 10 tuổi với tróc giác mạc tái diễn
    - Dấu hiệu: tương tự loạn dưỡng Reis-Bücklers nhưng ảnh hưởng thị lực ít hơn
    - Đục dưới biểu mô dạng tổ ong/tinh thể, đục giác mạc tỏa lan
- Loạn dưỡng giác mạc tinh thể Schnyder
    - Do rối loạn chuyển hóa ở các tế bào sừng của giác mạc dẫn đến lắng đọng cholesterol (tinh thể lipit) ở nhu mô giác mạc trước (vị trí trung tâm)
    - Thường kèm theo vòng đục ở rìa giác mạc
    - Di truyền trội
    - Khởi phát ở khoảng 20 tuổi với giảm thị lực và lóa mắt
    - Điều trị: cần được xét nghiệm lipit máu; cũng có thể cần cắt gọt giác mạc bằng laser excimer những bệnh nhân bị lóa mắt nhiều.

VÒNG COATS

- Dạng lắng đọng sắt ở lớp Bowman
- Trước đó bị dị vật
- Không có triệu chứng
- Vòng nhỏ màu trắng, hình bầu dục ở quanh một dị vật cũ
- Không cần điều trị