CÁC BỆNH CỦA KẾT MẠC

TÁC GIẢ THỨ NHẤT

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

THẨM ĐỊNH

Luisa Casasluque: Viện thị giác Brien Holden

ĐỀ CƯƠNG CỦA CHƯƠNG

GIẢI PHẪU 1
BIẾN ĐỔI Ở KẾT MẠC 1
SẮC TỐ Ở KẾT MẠC 3
VIÊM KẾT MẠC 5
1. VIÊM KẾT MẠC DO VI KHUẨN 6
2. VIÊM KẾT MẠC HỘT HOẶC VIÊM KẾT MẠC DO VI-RÚT 8
3. VI-RÚT HERPES 10
4. TÁC NHÂN MẮT HỘT VÀ VIÊM KẾT MẠC THỂ VÙI (TRIC) 13
5. VIÊM KẾT MẠC DỊ ỨNG 15
6. VIÊM KẾT MẠC THÀNH SẸO VÀ CÁC BỆNH BỌNG RỘP 18
7. VIÊM KẾT-GIÁC MẠC VÙNG RÌA TRÊN 19
TÀI LIỆU THAM KHẢO 19
PHỤ LỤC 1 20

GIẢI PHẪU

- Kết mạc có cùng nguồn gốc phôi thai với biểu mô giác mạc và biểu bì của mi mắt. Ở bờ mi, biểu mô kết mạc liên tục với da; ở vùng rìa, biểu mô kết mạc liên tục với biểu mô giác mạc. Do các cấu trúc này liên tục với nhau nên viêm kết mạc thường kéo theo viêm ở mi và giác mạc.
- Nó gồm 2 lớp:
  - Biểu mô: gồm 2-5 lớp tế bào: tế bào đáy, tế bào hình khối và tế bào dẹt ở bề mặt. Do bị lộ ra và bị khô nên biểu mô có một số đặc điểm của da và bị sừng hóa.
  - Nhu mô: gồm có mô liên kết giàu mạch máu và ngăn cách với biểu mô bởi màng đáy. Là lớp nông dạng tuyến chứa mô lymphô, nó chỉ xuất hiện 2-3 tháng sau sinh, do đó viêm kết mạc ở trẻ sơ sinh không có phản ứng hột. Lớp sợi sâu hơn thuộc các mô dưới kết mạc và nối tiếp với sụn mi.
- Kết mạc là một niêm mạc dày, trong suốt. Biểu mô kết mạc chứa những tế bào hình đài tiết ra lớp nhầy của nước mắt (có nồng độ chất nhầy cao hơn ở lớp trong cùng của nước mắt nhưng cũng cũng có ở lớp nước của màng nước mắt). Tế bào hình đài có ở toàn bộ kết mạc, phía mũi nhiều hơn phía thái dương
- Nó được chia thành 3 phần:
  - Kết mạc mi: nằm ở mặt trong của mi trên và mi dưới: phần trên gắn chặt với sụn mi
  - Kết mạc nhãn cầu: che phủ nhãn cầu ở phía trước. Mạch máu kết mạc ở nông và thấy được dễ dàng. Các mạch máu kết mạc kết nối với mạch máu thượng củng mạc ở vùng rìa tạo thành hàng rào Vogt.
  - Kết mạc cùng đồ: nơi kết mạc mi gặp và kết mạc nhãn cầu ở túi cùng
- Biểu mô kết mạc chứa những tế bào hình đài. Các tế bào này sản sinh và tiết ra chất nhày và tạo thành các tuyến lệ phụ, tuyến Krause và Wolfring ở nhu mô. Các tuyến này đóng vai trò tiết nước mắt cơ bản.

BIẾN ĐỔI Ở KẾT MẠC

1. HỘT

- Gồm có mô lymphô tăng sản
- Thường thấy ở mi dưới, mặc dù có thể có ở kết mạc mi trên và ở tăng sản kết mạc cục bộ
- Có nhiều hột riêng rẽ, nhô lên
- Trong suốt hoặc trắng đục, mạch máu ở xung quanh chứ không phải ở giữa hột.
- Bề ngoài nhìn chung có màu đỏ nhạt.
- Kích thước trong khoảng 0.5-5.0 mm
- Về mặt sinh lí bệnh, là biểu hiện của đáp ứng miễn dịch cục bộ qua trung gian tế bào
- Nguyên nhân:
  - **i.** Nhiễm độc: những yếu tố kích thích đối với những bệnh nhân đã có quá mẫn (thuốc, mĩ phẩm, hóa chất)
  - **ii.** Vi-rút: thí dụ u mềm lây, sởi
  - **iii.** Hội chứng mắt-hạch Parinaud: một bệnh hiếm gặp biểu hiện bằng sốt kinh niên, viêm kết mạc u hạt một mắt với hột ở xung quanh và hạch khu vực cùng bên: còn gọi là bệnh mèo cào
  - iv. Quá mẫn với thuốc

- PHẢN ỨNG HỘT: không phải là một bệnh, thấy ở trẻ em và người trẻ, mắt yên và hột xuất hiện do hệ thống bạch huyết tăng hoạt, nó mất đi khi tuổi tăng lên
- Nếu bệnh nhân có mắt đỏ và hột thì đó là vấn đề

2. NHÚ GAI

- Có nguồn gốc xơ-mạch với mạch máu đi tới lõi nhú gai
- Gồm nhiều tổn thương nổi lên
- Màu đỏ tỏa lan ở sâu hơn so với mặt kết mạc mi
- Gồm có mô kết mạc tăng sản, ở trung tâm có một mạch máu, xung quanh là tế bào viêm (bạch cầu đa nhân trung tính)

- Đáp ứng không đặc hiệu với những kích thích kết mạc, có nhiều kích thước, do nhiễm khuẩn, đeo KTX, dị ứng
- Thường ở kết mạc mi trên
- Nhú gai khổng lồ xảy ra trong viêm kết mạc mùa xuân và viêm kết mạc nhú gai khổng lồ
- Lõi xơ mạch khiến cho chúng có hình dạng như một cuộn mạch khi tới bề mặt
- Nhú gai đôi khi che lấp phản ứng hột ở dưới. Các giai đoạn muộn có thể dẫn đến tăng sản biểu mô, hyalin hóa nhu mô và tạo thành những hốc chứa những tế bào hình đài giữa các nhú gai.

3. NANG THANH DỊCH

- Được coi là do thoái hóa tế bào kèm theo khô mắt, ở cả kết mạc nhãn cầu và kết mạc mi
- Tổn thương nổi lên hoặc có bề mặt căng, bên trong chứa dịch trong suốt
- Có một hoặc nhiều nang
- Bệnh nhân thường lo lắng về mặt thẩm mĩ nếu tổn thương ở trên kết mạc nhãn cầu.
- Không cần cắt bỏ nếu không gây kích thích mắt, ảnh hưởng đến việc đeo kính tiếp xúc hoặc vì lí do thẩm mĩ
- Tốt nhất là có thể chọc vỡ bằng kim bởi vì nó có thể tái phát.
- Nếu có triệu chứng thì có thể điều trị bằng thuốc chống viêm trong 10 ngày, trước khi làm bất kì biện pháp gì khác, bởi vì đôi khi có thể tự khỏi.
    - Nguyên nhân có thể do phản ứng viêm hoặc dị ứng.

4. BỆNH KHÔ MẮT

- Do thiếu vitamin A
- Sừng hóa kết mạc nhãn cầu ở vị trí khe mi
- Biểu hiện: một mảng phẳng, màu hơi vàng, không có mạch máu
- Những dấu hiệu của khô kết mạc nặng
- Có thể hồi phục khi dùng nước mắt nhân tạo nhưng cũng cần điều trị suy dinh dưỡng và thiếu vitamin A

5. GIÃN MẠCH BẠCH HUYẾT

- Bệnh rất hiếm gặp, không có ý nghĩa lâm sàng
- Biểu hiện: mạch bạch huyết ở kết mạc nhãn cầu giãn ngoằn ngoèo
- Thường là một hiện tượng thứ phát do sẹo của mạch bạch huyết khu vực hoặc tắc mạch mạch huyết ở xa.
- **Triệu chứng:** không có
- **Điều trị:** không cần

6. NỐT THOÁI HÓA KẾT MẠC

- Rất thường gặp và thường ở vùng khe mi của kết mạc nhãn cầu.
- Thường ở 2 mắt
- Sinh lí bệnh học: thoái hóa xơ-mạch gây ra bởi kích thích của môi trường (tia cực tím, gió, bụi) hoặc cọ sát cơ học (thí dụ đeo kính tiếp xúc)
- Xét nghiệm mô bệnh học cho thấy thoái hóa sợi colagen của nhu mô kết mạc, mỏng biểu mô bên trên và đôi khi can-xi hóa
- Biểu hiện: tổn thương trong mờ màu vàng/trắng, hơi nổi lên nhưng bằng phẳng. Có thể thấy mạch máu kết mạc ở dưới nốt thoái hóa.
- Có thể ảnh hưởng về mặt thẩm mĩ nhưng cắt bỏ bằng phẫu thuật có thể gây ra sẹo. Cần hướng dẫn bệnh nhân đeo kính bảo vệ tia cực tím và dùng nước mắt nhân tạo

Viêm của nốt thoái hóa kết mạc

- Nốt thoái hóa kết mạc có thể bị viêm do một số nguyên nhân. Các mạch máu kết mạc sẽ bị giãn.
- **Điều trị:** Dùng thuốc co mạch hoặc nước mắt nhân tạo trong vài ngày.

7. MỘNG THỊT

- Một dải mô xơ-mạch hình tam giác xâm nhập giác mạc
- Xuất hiện ở vùng khe mi của kết mạc nhãn cầu và phát triển vào giác mạc. Có thể xảy ra ở kết mạc nhãn cầu phía thái dương và/hoặc phía mũi
- Thường gặp hơn ở khí hậu nóng và tỉ lệ cao hơn ở các vùng xích đạo
- Do tiếp xúc tia tử ngoại
- Về mặt mô bệnh học, giống như là nốt thoái hóa kết mạc nhưng phát triển vào giác mạc làm tiêu hủy màng Bowman và thay thế nó bằng lớp xơ-mạch
- Một khối giống như thịt, hình tam giác với đáy ở vùng rìa và đỉnh hướng về phía đồng tử
- Tốc độ phát triển có thể khác nhau và phát triển che lấp trục thị giác
- Triệu chứng tùy theo kích thước và vị trí của mộng thịt, có thể dẫn đến giảm thị lực, song thị một mắt, khô mắt, kích thích mắt
- Những biến chứng gồm có loạn thị không đều, gián đoạn phân bố màng nước mắt
- Sự có mặt của đường Stocker (lắng đọng sắt) ở bờ phát triển (đỉnh) của mộng thịt cho biết là mộng thịt không tiến triển và đã ổn định.
- Cần cắt bỏ mộng thịt trước khi nó tới bờ đồng tử/trục thị giác cũng như ghi lại kích thước mộng thịt (từ rìa giác mạc tới bờ phát triển của mộng thịt) hoặc chụp ảnh tư liệu

Điều trị:

- Cắt mộng bằng phẫu thuật. Do tỉ lệ tái phát cao của các phẫu thuật trước đây; ghép kết mạc và thay thế kết mạc ở vị trí mộng thịt đã làm giảm tỉ lệ tái phát.
- Nước mắt nhân tạo
- Hướng dẫn bệnh nhân bảo vệ mắt khỏi tia cực tím (kính râm); đội mũ rộng vành

8. SẠN VÔI

- Những nốt nhỏ, tròn, màu trắng ở kết mạc mi trên hoặc mi dưới
- Kích thước 1-3 mm
- Là biểu hiện của thoái hóa (kết mạc mi tuổi già) hoặc dị ứng mạn tính
- Được cho là có bản chất vôi hóa nhưng những phát hiện gần đây thấy ít bằng chứng của vôi hóa mà cho thấy sự có mặt những tế bào biểu mô thoái hóa và chất tiết nhầy
- Nếu bệnh nhân không có triệu chứng thì không cần điều trị
- Nếu có triệu chứng thì có thể lấy sạn vôi bằng đầu kim sau khi nhỏ thuốc tê

SẮC TỐ Ở KẾT MẠC

Thường gặp ở những người da sẫm màu.

1. BẨM SINH

a. Bệnh melanin

- Tăng sắc tố do tăng sản hoặc phì đại các hắc tố bào
- Sắc tố tỏa lan ở kết mạc: thường ở 2 mắt
- Tăng sản xuất melanin và thường gặp hơn ở những người da đen, xuất hiện trong những năm đầu của cuộc đời và trở thành ổn định khi vào tuổi trưởng thành.
- Bệnh ở 2 mắt, mặc dù phân bố và mức độ không cân đối
- Lành tính
- Có thể dùng tay di chuyển trên mặt nhãn cầu
- Thường không quan trọng
- Có 2 loại:

i. Bệnh melanin biểu mô: những mảng sắc tố màu nâu phẳng, ở nông. Sắc tố thường tập trung ở vùng rìa và có các thần kinh xuyên qua củng mạc. Không cần điều trị.
ii. Bệnh melanin dưới biểu mô: sắc tố nằm dưới kết mạc và có màu xanh-đen. Kèm theo tăng sắc tố củng mạc và màng bồ đào. Có 2 dạng:

1. *Bệnh melanin bẩm sinh:* tổn thương đơn độc
2. *Bệnh melanin mắt-da (nơ-vi ota):* tổn thương kèm theo tăng sắc tố của da cùng bên được phân bố bởi nhánh thứ nhất và nhánh thứ 2 của dây thần kinh sinh ba. 2/3 số bệnh nhân có hội chứng đầy đủ ở da và mắt.

- Chẩn đoán phân biệt
  - Vòng Axenfeld= vết sắc tố màng bồ đào do các vòng thần kinh ở trong củng mạc
  - Lắng đọng adrenochrome

b. Nơ-vi

- Thường xuất hiện sau khi sinh
- Tăng sắc tố gắn với biến đổi hormon (dậy thì hoặc có thai)
- Thường là một tổn thương duy nhất có ranh giới rõ ở gần vùng rìa
- Có thể khu trú hoặc tỏa lan nhưng không bao giờ có nhiều tổn thương
- Phẳng và ít khi ác tính
- Các vị trí thường gặp là: cạnh vùng rìa, các vị trí trên nhãn cầu, nếp bán nguyệt, cục lệ và bờ mi
- Các vị trí hiếm gặp: kết mạc mi và kết mạc cùng đồ, do đó cần nghi ngờ u hắc tố nếu thấy bất kì tổn thương có sắc tố nào ở các vị trí này (cần sinh thiết)
- **Điều trị:** có thể cắt bỏ vì lí do thẩm mĩ hoặc nếu nghi tổn thương ác tính, chuyển đến chuyên gia da liễu hoặc tạo hình mắt

2. MẮC PHẢI

a. Bệnh melanin mắc phải nguyên phát

- Xuất hiện ở những bệnh nhân trung niên hoặc già, bao giờ cũng ở một mắt (trái ngược với bệnh melanin chủng tộc)
- Từ nguồn bên ngoài: các thuốc có tác dụng phụ, thí dụ epinephrine để điều trị glôcôm

b. Lắng đọng adrenochrome

- Những hạt sắc tố nhỏ màu đen ở kết mạc cùng đồ dưới
- Thường xảy ra khi dùng thuốc nhỏ mắt epinephrine để điều trị glôcôm
- Không phổ biến như trước đây, do có các thuốc mới hơn để điều trị glôcôm
- Mất đi khi ngừng thuốc

c. U hắc tố

- Ít gặp hơn than u hắc tố hắc mạc.
- Sắc tố thường thành nhóm và sẫm màu hơn
- Đáng ngại nếu kích thước thay đổi và nổi cao
- Sắc tố mới xuất hiện
- Có thể xuất hiện từ một nơ-vi hoặc ở những vùng tiếp xúc ánh nắng
- Có mạch máu
- 2 loại:
  - U hắc tố nguyên phát (de novo): một nốt nổi lên ở gần vùng rìa, có sắc tố hoặc không
  - Bệnh melanin tiền ung thư**:** u hắc tố lan rộng ở nông, xuất hiện muộn. Những tổn thương dạng nốt dày lên: có khả năng bệnh ác tính. Nốt ruồi son ác tính (vết tàn nhang Hutchinson) có ở da của người già và có thể có ở kết mạc.
- **Điều trị:** cắt bỏ, lạnh đông, liệu pháp tia X, cắt bỏ nhãn cầu và nạo vét hốc mắt.

d. Xuất huyết dưới kết mạc

- Do vỡ mao mạch ở kết mạc
- Nguyên nhân = vô căn, chấn thương cơ học, cơn ho, nâng chuyển cơ học, nôn, thủ thuật Valsalva, sau phẫu thuật (chẳng hạn phẫu thuật đục thể thủy tinh), thuốc chống đông máu (aspirin, coumadin, warfarin), viêm kết mạc

do vi khuẩn & do vi-rút (thí dụ viêm kết-giác mạc dịch); huyết áp không được kiểm soát hoặc bệnh nhân không chịu dùng thuốc hạ huyết áp mặc dù đã được kê đơn
- Máu thấm sang bên bởi vì kết mạc là một mô mỏng.
- Màu đỏ tươi (nếu mới) ở kết mạc nhãn cầu
- Xuất huyết dưới kết mạc giới hạn ở kết mạc nhãn cầu. Nếu nguyên nhân là chấn thương thì bao giờ cũng phải khám rất kĩ phần trước nhãn cầu và soi đáy mắt có giãn đồng tử.
- **Điều trị:**
    - Nói để bệnh nhân yên tâm rằng thị lực sẽ không bị ảnh hưởng bởi xuất huyết dưới kết mạc
    - Xuất huyết sẽ mất đi theo thời gian tùy theo kích thước của nó (7-21 ngày). Trong quá trình tiêu, nó sẽ nhạt đi thành màu vàng xanh

VIÊM KẾT MẠC

Viêm là sưng, nóng, đỏ và đau khu trú do sự kích thích, chấn thương hoặc nhiễm trùng.

Đỏ là một trong những dấu hiệu dễ thấy nhất của viêm, do giãn mạch, tăng tính thấm mao mạch, thâm nhiễm tế bào, biến đổi tế bào vật chủ. Người ta phản ứng khác nhau đối với kích thích nhất định, do đó các dấu hiệu và triệu chứng của viêm mắt khác nhau giữa các cá thể về loại bệnh và mức độ nặng, thời gian kéo dài và thời gian đến khám bệnh.

Viêm kết mạc rất phổ biến và có thể kèm theo viêm giác mạc, viêm mi mắt, viêm mi và giác mạc. Đau thường là biểu hiện của bệnh giác mạc.

Dấu hiệu đặc trưng: giãn mạch, thâm nhiễm tế bào và xuất tiết.
Triệu chứng đặc trưng: chảy nước mắt, sợ ánh sáng, kích thích mắt, đau (nếu tổn thương giác mạc), tiết tố (do xuất tiết từ các mạch máu kết mạc bị giãn)

Nhiễm trùng xảy ra nếu:
- Lượng tác nhân đáng kể
- Nếu tác nhân có khả năng gây bệnh
- Tác nhân gây ra tổn hại cấu trúc hoặc miễn dịch của hệ thống.

Những yếu tố ảnh hưởng đến viêm kết mạc:
- Nhiễm trực tiếp từ nguồn bên ngoài
- Vai trò của màng nước mắt
- Vai trò của chất nhầy
- Vai trò của glycocalyx

Lí do tại sao viêm kết mạc có thể tự hạn chế:
- Nước mắt chứa các lysozyme, beta lysin, kháng thể, lactoferrin, v.v. giúp tiêu diệt các tác nhân gây bệnh.
- Nước mắt được sinh ra thường xuyên và liên tục rửa sạch các mảnh vụn và vi khuẩn
- Chất nhầy chặn bắt vi khuẩn và ngăn sự xâm nhập qua kết mạc
- Sự có mặt các thành phần dạng lymphô đem lại một cơ chế phòng vệ tế bào
- Lớp glycocalyx ở biểu mô ngăn vi khuẩn bám vào mặt giác mạc

Những yếu tố trên góp phần vào việc phòng chống nhiễm trùng. Tuy nhiên, nếu tác nhân có số lượng đủ lớn thì nhiễm trùng sẽ xảy ra do thay đổi sự cân bằng giữa tạp khuẩn bình thường và vật chủ. Tạp khuẩn bình thường ngăn chặn sự tăng sinh của các tác nhân gây bệnh độc hại hơn. Sự thay đổi tạp khuẩn bình thường cũng có thể xảy ra do sử dụng kháng sinh bừa bãi. Khi tạp khuẩn bình thường tăng sinh quá mức và ngoài vị trí bình thường thì sẽ trở thành có hại đối với mắt và gây ra viêm kết mạc. Đây là lí do tại sao khô mắt, chấn thương nhẹ (dụi mắt, kính tiếp xúc), lông xiêu, mắt nhắm không kín và nhiễm trùng lân cận có thể góp phần gây ra viêm kết mạc.

Chẩn đoán:
- Hỏi bệnh sử chi tiết
- Nhiều khám nghiệm chẩn đoán khác nhau, bao gồm khám kĩ bằng đèn khe đều hữu ích
- Xét nghiệm nuôi cấy: là chẩn đoán xác định để biết chính xác tác nhân nhưng KHÔNG cần thiết trong TẤT CẢ các trường hợp.
    - o <u>Nuôi cấy kết mạc</u>: lộn mi ra, quét tăm bông qua kết mạc, sau đó quệt vào môi trường nuôi cấy, vi khuẩn mọc trong vòng 24-48 giờ
      Có thể làm kháng sinh đồ.

- Kính phết kết mạc: Quệt que bông ở cùng đồ, đặt bệnh phẩm lên phiến kính, nhuộm và soi kính hiển vi. Tìm đáp ứng tế bào học, thí dụ bạch cầu đa nhân (vi khuẩn), tế bào ưa eosin hoặc tế bào ưa bazơ (dị ứng), bạch cầu (vi-rút).
- Xét nghiệm tế bào học kết mạc: sau khi tra thuốc tê, dùng spatun kim loại để nạo tế bào kết mạc, soi phát hiện đáp ứng tế bào học, tốt hơn kính phết.

1. VIÊM KẾT MẠC DO VI KHUẨN

- Rất phổ biến ở khắp thế giới
- Là bệnh tự hạn chế
- Sinh ra tiết tố nhầy-mủ
- Do rất nhiều tác nhân ngoại sinh.
- Ở tất cả các trường hợp viêm kết mạc do vi khuẩn đều có những biến đổi cơ bản ở mô: sung huyết, phù, tiết tố
- Mức độ nặng thường phụ thuộc vào tác nhân gây bệnh nhưng cũng phụ thuộc một phần vào sức đề kháng của cơ thể

Tác nhân gây viêm kết mạc do vi khuẩn:
- Tụ cầu vàng, phế cầu (gram +) , và hemophilius influenza chiếm 90% trong số tất cả các trường hợp viêm kết mạc do vi khuẩn ở Hoa kì
- Tụ cầu thường gặp trong những trường hợp mạn tính
- Phế cầu và Haemophilus thường gặp trong các nhiễm trùng ở trẻ nhỏ
- Các vi khuẩn gram (-): haemophilus influenza và Moraxella lacunata

A. VIÊM KẾT MẠC CẤP DO VI KHUẨN

Nguyên nhân thường gặp:
- Tụ cầu vàng
- Staph epidermis
- Phế cầu
- Hemophilius influenza

Triệu chứng:
- Thường bắt đầu ở một mắt nhưng trở thành 2 mắt trong vòng 2-3 ngày
- Mắt đỏ xuất hiện cấp tính, cộm mắt, rát mắt và tiết tố
- Có thể sợ ánh sáng nếu kèm theo bệnh biểu mô chấm nặng hoặc thâm nhiễm giác mạc.
- Không có đau thực sự, nhưng có kích thích và cộm mắt
- Diễn biến trong 2-3 ngày và các dấu hiệu nặng lên
- Không giảm thị lực
- Lông mi dính với nhau vào buổi sáng: tiết tố mủ-nhầy (có thể có màu xanh vàng)
- Tiết tố mủ-nhầy và sung huyết kết mạc ở các mức độ khác nhau

Dấu hiệu:
- Sung huyết mạnh: kết mạc đỏ tươi, đỏ về phía cùng đồ và các mạch máu vùng rìa không cương tụ. Đỏ ở nông, do đó hết đỏ khi tra thuốc co mạch
- Có thể có nhú gai
- Đáp ứng tế bào học: bạch cầu đa nhân (+)
- Giác mạc có thể bị tổn hại. Vi khuẩn định cư ở cùng đồ dưới và sinh ra ngoại độc tố, gây ra bắt màu chấm nông ở giác mạc phía trên hoặc phía dưới do những tế bào biểu mô bị tổn hại. Giác mạc trung tâm KHÔNG bị ảnh hưởng.
- Tiết tố có thể khô lại làm cho khó mở mắt. Các triệu chứng có thể nặng hơn vào buổi sáng
- Vi khuẩn là những tác nhân bề mặt, do đó không gây ra hạch trước tai. Trong nhiễm vi-rút, các kháng nguyên vi-rút được vận chuyển bởi hệ thống lymphô tới hạch trước tai và hạch hàm dưới ở đây các tương bào đáp ứng với kháng nguyên vi-rút, tăng sản xuất tế bào lymphô, do đó làm cho hạch to ra.

Điều trị:
- Mặc dù hầu hết các trường hợp viêm kết mạc do vi khuẩn đều có thể tự giới hạn nhưng cũng nên điều trị để phòng ngừa bệnh mạn tính, tổn thương giác mạc thứ phát và biến đổi kết mạc vĩnh viễn.

- Có thể tự khỏi trong vòng 7-10 ngày (60%) trừ tụ cầu vàng (có thể gây ra viêm mi mạn tính nếu không được điều trị).
- Điều trị bằng kháng sinh phổ rộng tra mắt, 7 ngày (2-4 lần/ngày) thường đủ tác dụng đối với những trường hợp viêm trung bình
- Thuốc mỡ kháng sinh tra khi đi ngủ, và cho trẻ em
- Chườm nóng 2 lần/ngày phối hợp với cọ bờ mi bằng dầu gội trẻ em Johnson & Johnson pha loãng 2 lần/ngày trong 1 tuần
- Ở những bệnh nhân không đáp ứng điều trị trong 48 giờ, xem bệnh nhân có tuân thủ điều trị không, nuôi cấy vi khuẩn và kháng sinh đồ. Xem xét nhiễm trùng không do vi khuẩn, trao đổi với người khác hoặc xem xét nhiễm trùng ở vị trí khác
- Có thể thay thế dầu gội trẻ em Johnson & Johnson bằng các sản phẩm có bán sẵn để cọ bờ mi như các sản phẩm của Ocusoft
- Ngừng dùng các mĩ phẩm

B. VIÊM KẾT MẠC TỐI CẤP DO VI KHUẨN

- Còn gọi là viêm kết mạc mủ cấp tính
- Mức độ nặng của viêm thay đổi cùng với rất nhiều tiết tố mủ cho phép phân loại phân loại lâm sàng nhiễm trùng này là TỐI CẤP
- Nguyên nhân thường gặp:
    - Lậu cầu và não mô cầu
    - Là tác nhân duy nhất có thể gây thủng giác mạc trong vòng 24 giờ, do đó được coi là một **cấp cứu mắt**.
    - Thường ở nhóm người tuổi nhỏ hoặc trẻ mới sinh vài ngày

Triệu chứng:

- Khởi đầu tương tự viêm kết mạc cấp do vi khuẩn nhưng tiến triển nhanh gấp 100 lần
- Nhiều tiết tố mủ-nhầy => gây ra nhìn mờ từng lúc
- Đau và tăng cảm giác đau ở mi

Dấu hiệu:

- Sung huyết bờ mi và kết mạc
- Phù kết mạc
- Hạch trước tai (+), bởi vì toàn bộ hệ bạch huyết bị nhiễm trùng

Điều trị:

- Bắt buộc phải xét nghiệm
- Cần nghĩ đến lậu cầu trừ khi được loại trừ bởi nuôi cấy, bởi vì lậu cầu là tác nhân duy nhất có thể gây thủng giác mạc trong vòng 24 giờ
- Các dấu hiệu & triệu chứng khác ở vùng sinh dục: cần phối hợp điều trị với bác sĩ đa khoa

Điều trị:

- Kháng sinh tại mắt và toàn thân.

C. VIÊM KẾT MẠC DO CHLAMYDIA

Là nguyên nhân thường gặp nhất của viêm kết mạc sơ sinh**.**

- Xuất hiện trong thời gian từ 5 đến 14 ngày sau sinh với biểu hiện viêm kết mạc nhầy-mủ cấp tính
- Phản ứng nhú gai, do trẻ mới sinh không thể tạo thành hột trước 3 tháng tuổi.
- Chẩn đoán và điều trị đúng rất quan trọng để ngăn ngừa màng máu giác mạc, sẹo kết mạc hoặc đục giác mạc.
- Biến chứng toàn thân: viêm tai, viêm mũi và viêm phổi.

D. VIÊM KẾT MẠC-MI MẠN TÍNH

- Các dấu hiệu lâm sàng của bệnh nhân viêm kết mạc-mi mạn tính thường bị bỏ qua
- Thường do tụ cầu vàng
- Do viêm mạn tính của mắt, thường ở mi

Triệu chứng:

- Các triệu chứng đa dạng: bệnh nhân có thể có những triệu chứng nhẹ như kích thích toàn thân không đặc hiệu tới triệu chứng ở mắt (rát mắt và hoặc cảm giác dị vật). Triệu chứng mắt có thể do khô mắt. Có thể có những biến chứng thứ phát như sưng nhẹ và bệnh nhân có thể đến vì chắp/lẹo

  - Tổn thương ở mi => viêm mi mạn tính kèm theo rụng lông mi
  - Bệnh nhân không có triệu chứng / triệu chứng nhẹ
  - Cảm giác dị vật và kích thích không đặc hiệu
  - Cảm giác rát
  - Mi mắt dính nhau vào buổi sáng
  - Bệnh sử thường bị lẹo tái phát
  - Tiết tố mủ-nhầy

Dấu hiệu:

- Mi mắt: Bờ mi sung huyết, có thể có vẩy ở chân lông mi (điển hình của tụ cầu vàng). Biến đổi mạn tính ở bờ mi: dày bờ mi, rụng lông mi, bạc lông mi
- Kết mạc: Sung huyết kết mạc nhãn cầu, đỏ ở gần cùng đồ nhiều hơn là vùng rìa
- Giác mạc: viêm chấm nông ở phía dưới hoặc phía trên
- Thâm nhiễm dưới biểu mô, phần dưới hoặc phần trên của giác mạc, gần vùng rìa.
  - Thâm nhiễm dưới biểu mô có màu trắng xám với bờ mờ, do đáp ứng miễn dịch với vi khuẩn.

Điều trị:

- Chườm nóng 2-3 lần/ngày trong 1-2 tuần phối hợp với làm sạch bờ mi bằng các miếng giấy lau bờ mi bán sẵn hoặc cọ bờ mi bằng dầu gội trẻ em Johnson & Johnson pha loãng 2 lần/ngày
- Giảm chườm nóng xuống 1 lần/ngày cùng với cọ bờ mi trong vài tuần và sau đó giảm xuống mỗi tuần một lần để tiếp tục duy trì vệ sinh mi
- Kháng sinh phổ rộng nhỏ mắt (thí dụ bacitracin hoặc polymyxin B) 4 lần/ngày trong 1 tuần, sau đó ngừng
- Nếu có biến đổi ở mi do viêm, có thể dùng thuốc nhỏ mắt/thuốc mỡ steroid phối hợp kháng sinh trong1 tuần. Steroid có tác dụng giảm viêm.
- Do sự giảm miễn dịch ở người già, ngoài cọ bờ mi thường xuyên, có thể điều trị kháng sinh hàng tuần trong 1 tháng
- Có thể dùng kháng sinh uống
- Rửa mắt bằng nước muối
- Ngừng và loại bỏ các mĩ phẩm đang dùng

2. VIÊM KẾT MẠC HỘT HOẶC VIÊM KẾT MẠC DO VI-RÚT

B. Viêm kết mạc do vi-rút

Dấu hiệu:

- Thường thấy hột (kết mạc mi dưới) hơn là nhú gai
- Sung huyết kết mạc tỏa lan: màu đỏ hơn
- Tổn thương giác mạc có thể dưới dạng viêm giác mạc chấm nông (tỏa lan hơn)
- Thâm nhiễm dưới biểu mô giác mạc, thường ở trung tâm
- Tiết tố: dạng nước hơn là dạng nhầy-mủ. Trừ trường hợp viêm kết-giác mạc dịch: do quá nhiều fibrin ở nước mắt, nhiều nước mắt hơn bình thường
- Có thể ở một mắt hoặc 2 mắt
- Hạch trước tai: Hệ thống lymphô vận chuyển kháng nguyên đến hạch trước tai và hạch dưới hàm. Các tương bào đáp ứng với kháng nguyên vi-rút, tăng sản xuất lymphô bào khiến cho các hạch to ra, sờ tay thấy đau

Điều trị:

- Điều trị tạm thời: nước mắt nhân tạo, rửa mắt. Có một số thuốc kháng vi-rút dùng cho điều trị các loại vi-rút cụ thể như là herpes simplex.

C. VI-RÚT ADENO

- Nhiều týp vi-rút adeno, thường là nguyên nhân kinh điển của viêm kết mạc hột cấp tính, nhưng có 2 loại thường gặp:

A. Viêm họng-kết mạc:

- Thường do vi-rút adeno týp 1-4, 7 và 14.
- Do bể bơi nhiễm bẩn
- Thường gặp ở trẻ nhỏ và gây ra nhiễm trùng đường hô hấp trên
- Các triệu chứng toàn thân, nhưng viêm giác mạc mild
- Lây lan rất mạnh

Biểu hiện lâm sàng

- Sốt
- Viêm họng
- Viêm kết mạc hột hoặc viêm kết mạc do vi-rút

Dấu hiệu:

- Cương tụ kết mạc
- Phản ứng hột, tiết tố nước
- Viêm giác mạc chấm nông tỏa lan ở 30% các trường hợp
- Bắt đầu ở một mắt và chuyển sang mắt kia trong vài ngày
- Hạch trước tai (+)

Điều trị:

- Hỗ trợ
- Chườm mát, nước mắt nhân tạo và thuốc chống sung huyết
- Khỏi trong 2-3 tuần
- Lây lan rất mạnh, do đó cần cách li trong 2 tuần
- Bệnh nhân thường đến khám bác sĩ đa khoa trước do các triệu chứng toàn thân

B. Viêm kết-giác mạc dịch

- Thường do vi-rút chứa ADN số 3, số 7, số 8, số 19 và số 37
- Lây lan rất mạnh
- Bắt đầu ở một mắt, sau đó trở thành 2 mắt
- Các phòng khám là nguồn lây lan vi-rút chủ yếu
- Bệnh nhân có mệt mỏi toàn thân

Dấu hiệu:

a. Theo qui tắc 7 (7 ngày đầu tiên) có thể có những dấu hiệu sau:

- Viêm kết mạc hột (cấp tính), phù kết mạc, và tiết tố
- Hạch trước tai (+) ở bên bị đầu tiên.
- Tạo thành giả mạc do quá nhiều fibrin ở kết mạc mi trên hoặc mi đưới.
- Viêm giác mạc chấm nông tỏa lan ở 80% các trường hợp
- Xuất huyết dưới kết mạc tự phát tùy theo chủng vi-rút.
- Kết mạc sung huyết tỏa lan
- Phù kết mạc mức độ trung bình
- Bắt đầu ở một mắt và chuyển sang mắt kia trong vài ngày

Điều trị khi bắt đầu có triệu chứng như sau

- Chườm lạnh vài và nước mắt nhân tạo (vài lần/ngày), kháng sinh dự phòng nếu có dấu hiệu nhiễm khuẩn

- Nếu có giả mạc thì cần bóc. Nếu tồn tại lâu dài thì có thể thành sẹo và gây ra những biến đổi thứ phát ở mi
- Điều trị: dung dịch Betadine 5% vô trùng (povidone/iốt).
  Thực hiện ở phòng khám
  - Nhỏ thuốc tê để chống cay mắt
  - Nhỏ 4-5 giọt Betadine vào mắt trong khoảng 1 phút
  - Rửa mắt trong vài phút để loại bỏ dung dịch Betadine
  - Có thể có viêm giác mạc chấm nông nhẹ do Betadine (do tác dụng gây độc tế bào)

  Điều trị này được coi là làm giảm nhanh các triệu chứng của viêm kết-giác mạc dịch, loại bỏ khối lượng vi-rút adeno và giảm hoạt động kháng nguyên vi-rút trong nhu mô

b. Tuần thứ hai: những tế bào biểu mô tích tụ lại => nổi cao, nhuộm fluorescein (-).

Điều trị tương tự phần a.

c. Viêm kết-giác mạc dịch bây giờ không còn ở giai đoạn lây nhiễm mà là một vấn đề tự miễn nếu có thâm nhiễm dưới biểu mô ở trung tâm. Thâm nhiễm dưới biểu mô kích thước lớn, màu trắng xám, bờ mờ, không bắt màu fluorescein. Nếu ở trung tâm thì có thể ảnh hưởng thị lực.

Điều trị

Nếu thâm nhiễm dưới biểu mô ở trung tâm và ảnh hưởng đến thị lực của bệnh nhân, có thể dùng steroid nhỏ mắt như Prednisolone Forte, ban đầu dùng liều thường xuyên, sau đó giảm dần khi hết thâm nhiễm dưới biểu mô. Điều đặc biệt quan trọng là cần giảm dần steroid trong thời gian dài để tránh tái phát và xuất hiện lại thâm nhiễm dưới biểu mô.

QUAN TRỌNG

- Cũng cần chú ý những tác dụng phụ của steroid như tăng nhãn áp, do đó không nên điều trị quá 10 ngày
- Lây nhiễm rất mạnh, do đó cần tẩy sạch các dụng cụ và sàn nhà. Đây là phương pháp duy nhất để diệt vi-rút adeno.
- Mắt bị nhiễm trùng đầu tiên sẽ nặng hơn mắt thứ hai

*** Bệnh nhân nghỉ học/làm việc trong ít nhất 2-3 tuần. Ở nhà, bệnh nhân cần có những biện pháp để tránh lây nhiễm vi-rút cho những người khác.

Dụng cụ chẩn đoán: Rapid Pathogen Screening (RPS) Adenovirus Detector

3. VI-RÚT HERPES

I: BỆNH ZONA MẮT

- Bệnh thủy đậu ở người lớn: vi-rút chứa ADN
- Bệnh zona xảy ra sau khi hoạt hóa vi-rút zona tiềm tàng đã có từ sau khi bị sơ nhiễm (biểu hiện bằng bệnh thủy đậu).
- Tuổi khởi phát trung bình của bệnh zona là > 45 tuổi, nhưng có thể xảy ra ở bất kì nhóm tuổi nào nếu bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch (đang điều trị hóa chất hoặc thuốc ức chế miễn dịch, hoặc HIV dương tính, căng thẳng nhiều)
- Đặc trưng bằng xuất hiện ban có mụn nước rất đau ở da hoặc niêm mạc theo phân bố của một dây thần kinh cảm giác: theo thần kinh ngực
- Nếu tổn thương nhánh mắt của dây thần kinh số V thì được gọi là bệnh zona mắt (xảy ra ở 10% các trường hợp)
- Bệnh zona xảy ra ở một bên cơ thể và theo đường giữa
- Có đau thần kinh, do đó là một bệnh rất khó chịu.
- Thường có tổn hại thần kinh mũi-mi khi ảnh hưởng đến mắt: không phải là qui luật tuyệt đối (~40%) và được gọi là *dấu hiệu Hutchinson* (nổi ban mụn nước ở mũi)
- Nếu thấy mụn nước ở mi thì xem xét mụn nước để xem nó có tôn trọng khúc bì (dermatome) không.

Triệu chứng:

- Mệt mỏi, tê ở một bên, đau một bên đầu

Dấu hiệu:

- Ban mụn nước ở mi mắt trên trán, ở một bên mặt/mắt
- Viêm kết mạc hột ở khoảng 50% thời gian
- Những biến chứng khác có thể có:
  - Viêm thượng củng mạc
  - Viêm củng mạc
  - Viêm vùng bè có thể gây ra glôcôm thứ phát và tăng nhãn áp
- Giác mạc nếu bị tổn hại thì có thể có những chân giả ở chu vi bắt màu hồng bengal/lissamine xanh. Bắt màu rất kém với fluorescein.
- Tổn thương da có thể để lại sẹo vĩnh viễn ở da mặt.

Điều trị:

a. Acyclovir toàn thân trong vòng 72 giờ sau khi xuất hiện tổn thương da có thể giảm độ nặng của bệnh zona, nên dùng liều cao. Thuốc này thường sẵn có hơn là các thuốc đời mới như Valacyclovir và Famvir. Các thuốc mới này rất đắt tiền nhưng liều dùng thấp hơn nhiều
b. Vắc-xin Zostavax được khuyên dùng sau tuổi 50. Vắc-xin mới được đưa ra vào năm 2004. Nếu dùng vắc-xin thì có thể ngăn chặn xảy ra zona ở khoảng 50% số bệnh nhân và nếu nó xảy ra thì có thể giảm khoảng 65% thời gian đau thần kinh sau zona
c. Xem xét điều trị nội khoa khác như châm cứu để giảm đau
d. **Điều trị mắt:** nhằm vào các dấu hiệu. Thường phức tạp và đòi hỏi trình độ chuyên môn.

II: VIÊM KẾT-GIÁC MẠC DO HERPES SIMPLEX

- Herpes simplex là một vi-rút chứa ADN. Có 2 týp huyết thanh.
- Týp I:
  - Thường gặp
  - Gây ra nhiễm trùng ở trên thắt lưng (da, môi, mắt) và lây truyền do tiếp xúc trực tiếp
  - Gây ra những tổn thương ở miệng, mắt, biểu bì, họng, niêm mạc.
  - Tổn thương mắt là do týp I
- Týp II:
  - Thường giới hạn ở dưới thắt lưng
  - Lây truyền do quan hệ tình dục
  - Gây ra nhiễm trùng sinh dục và ở trẻ sơ sinh
- Sơ nhiễm herpes xảy ra ở khoảng tuổi từ 1 đến 25. Chỉ 6% có các dấu hiệu toàn thân 2-3 tuần sau sơ nhiễm.
- Vi-rút herpes trở thành tiềm tàng (không hoạt động) ở thần kinh sinh ba, hạch thần kinh thực vật và cuống não.
- Khoảng 25% số bệnh nhân sơ nhiễm sẽ bị bệnh sau này. Nó có thể được phát động bởi các cơ chế như là sốt, căng thẳng tâm lí hoặc những tác động thân thể, chấn thương, gió, tiếp xúc tia cực tím, rối loạn hormon.
- Herpes simplex là bệnh ở một bên, có ở một mắt trong 90-95% các trường hợp
- Nguyên nhân hàng đầu của mù do bệnh giác mạc ở Hoa kì

Triệu chứng và dấu hiệu

- Sung huyết kết mạc tỏa lan
- Tiết tố dạng nước
- Có hạch trước tai ở bên bị bệnh
- Giảm cảm giác giác mạc ở mắt bệnh sau nhiều đợt tái phát do tổn hại các tế bào hạch
- Giác mạc bắt màu chấm nông: phát triển thành hình cành cây
- Hình cành cây (loét biểu mô ở trung tâm: fluorescein (+) = dấu hiệu xác định của herpes simplex
- Những tế bào biểu mô chết bị đẩy sang bên, do đó cũng bắt màu hồng bengal ở rìa của hình cành cây
- Các hình cành cây có đầu cuối phình to (do chồng chất những tế bào chết) do đó bắt màu fluorescein và hồng bengal
- Những chấm nông đôi khi có thể nhập vào nhau tạo thành hình cành cây
- Có một hoặc nhiều hình cành cây, nếu ở trục thị giác có thể gây giảm thị lực

<u>Bệnh herpes biểu mô,</u> KHÔNG có bệnh nhu mô thì cần điều trị như sau

Điều trị:

Mục tiêu là giảm sự sao chép vi-rút

a. Loại bỏ tổn thương: đầu tăm bông hoặc mép băng giấy Schirmer cuộn nhẹ lên hình cành cây
b. Thuốc kháng vi-rút tại mắt

- Viroptic 1% (Trifluridine) dùng 9 lần/ngày trong khoảng 4-5 ngày. Nếu hết hình cành cây, thì giảm xuống 4 lần/ngày for 4 ngày. Có thể độc cho giác mạc và gây ra viêm giác mạc chấm nông
- Vira A 3% (Idoxuridine) có thể dùng ban đêm vì thuốc ở dạng mỡ
- Zirgan gel 0.15% (gangcylovir) là thuốc mới ít độc hơn và liều dùng thấp hơn Viroptic. 5 lần/ngày đến khi hết hình cành cây, sau đó 3 lần/ngày trong 7 ngày.
- Ở ngoài Hoa kì: Mỡ Acyclovir 3%

c. Tránh dùng steroid khi bệnh ở biểu mô. Việc này có thể làm tăng sự sao chép vi-rút, kéo dài thời gian khỏi bệnh, tăng kích thước tổn hại và tăng khả năng bệnh nhu mô
d. Nếu bệnh nhân không có điều kiện dùng thuốc tại mắt thì có thể dùng acyclovir đường toàn thân (rẻ hơn)

Bệnh herpes ở nhu mô

Nếu hình cành cây có biểu hiện phát triển vào nhu mô, chuyên gia giác mạc có thể sử dụng điều trị nêu trên cho hình cành cây nhưng cũng cho một thuốc steroid nhỏ mắt. Điều này giúp ngăn chặn sẹo giác mạc. Chú ý là điều trị đáp ứng rất tốt với một liều rất nhỏ steroid.

Hầu hết các trường hợp viêm giác mạc nhu mô do herpes là bệnh tự miễn. Trong bệnh tái phát, các hạt của vi-rút herpes đi vào nhu mô. Nó được cho là một phản ứng quá mẫn đáp ứng với các hạt của vi-rút ở nhu mô.

Điều trị viêm giác mạc nhu mô do herpes simplex gồm thuốc kháng vi-rút (nhỏ mắt) và steroid.

Y HỌC THỰC CHỨNG: CÁC NGHIÊN CỨU THỬ NGHIỆM VỀ HERPES SIMPLEX

<u>Các nghiên cứu bệnh mắt do herpes I (HEDS 1)</u>
1. Đánh giá hiệu quả của steroid nhỏ mắt phối hợp Viroptic trong điều trị viêm giác mạc nhu mô do herpes simplex
Kết quả cho thấy thời gian hết viêm giác mạc nhu mô nhanh hơn và thất bại điều trị ít hơn. Việc dùng steroid không cho thấy hiệu quả đối với thị lực nói chung

2. Đánh giá hiệu quả của Acyclovir trong điều trị viêm giác mạc nhu mô do herpes simplex ở những bệnh nhân được điều trị đồng thời corticosteroid và Viroptic nhỏ mắt
Không có hiệu quả rõ ràng

3. Đánh giá hiệu quả của acyclovir uống kết hợp corticosteroid và Viroptic nhỏ mắt trong điều trị viêm mống mắt thể mi do herpes simplex
Bị dừng lại do có ít bệnh nhân, có thể có một phần lợi ích?

<u>Các nghiên cứu bệnh mắt do herpes II (HEDS 2)</u>
1. Điều trị sớm bổ sung bằng acyclovir uống có ngăn chặn được tiến triển của viêm giác mạc biểu mô do herpes simplex thành viêm giác mạc nhu mô không?
Không cho thấy lợi ích. Điều trị bằng Viroptic nhỏ mắt làm giảm nguy cơ viêm giác mạc nhu mô

2. Hiệu quả của acyclovir uống liều thấp để dự phòng bệnh mắt herpes tái phát ở những bệnh nhân đã có các đợt tái phát của bệnh mắt do herpes? (còn gọi là nghiên cứu phòng chống bệnh mắt do herpes bằng Acyclovir)
400mg uống 2 lần/ngày trong 12 tháng làm giảm 41% nguy cơ tái phát trong giai đoạn điều trị. Giảm 50% tái phát viêm giác mạc nhu mô. Tỉ lệ bệnh mắt herpes tái phát có thể được giảm với điều trị Acyclovir đường uống dài ngày: CÓ LỢI ÍCH ở những bệnh nhân viêm giác mạc nhu mô do herpes simplex.

3. Xác định vai trò của yếu tố bên ngoài và yếu tố hành vi đối với sự kích hoạt tái phát của nhiễm vi-rút herpes ở mắt?
Không có kết quả

4. TÁC NHÂN MẮT HỘT VÀ VIÊM KẾT MẠC THỂ VÙI (TRIC)

Nhiễm trùng gây ra bởi các týp huyết thanh A, B, Ba và C của Chlamydia trachomatis. Thường gặp ở những cộng đồng nghèo điều kiện vệ sinh kém, ruồi là vật chủ trung gian chính trong chu trình nhiễm trùng-tái nhiễm.

Kí sinh trùng nội bào cần phải có một vật chủ, là những kí sinh trùng gram (-), là một loại vi khuẩn hoạt động giống như một vi-rút và tác nhân mắt hột và viêm kết mạc thể vùi có những triệu chứng của cả vi khuẩn và vi-rút nên thường bị chẩn đoán nhầm. Chúng có cả vi-rút ADN và vi-rút ARN.

Tác nhân mắt hột và viêm kết mạc thể vùi là "những kí sinh trùng" nội bào gram (-) có các hệ thống enzym tương tự vi khuẩn. Chúng có những đặc điểm của CẢ vi khuẩn và vi-rút, còn được gọi là các tác nhân Chlamydia.

Có 2 hình thái

1. Viêm kết mạc thể vùi ở người lớn: thường gặp ở các nước phát triển
2. Bệnh mắt hột: Thường gặp ở các nước đang phát triển

Có các giai đoạn tuần hoàn: giai đoạn hoạt động và giai đoạn ngừng

A. VIÊM KẾT MẠC THỂ VÙI Ở NGƯỜI LỚN

- Được gọi là viêm kết mạc do Chlamydia
- Tỉ lệ cao nhất trong khoảng 8-35 tuổi
- Do nhiễm Chlamydia trachomatis (týp huyết thanh D tới K)
- Xảy ra ở những người hoạt động tình dục, lây truyền qua đường tình dục và có nguồn gốc sinh dục-tiết niệu
- Việc chẩn đoán rất quan trọng và cần sự tham gia của bác sĩ

Triệu chứng:

- Tiết tố mủ-nhầy: dính mi
- Cảm giác dị vật hoặc kích thích nhẹ
- Mắt đỏ
- Thường ở một mắt

Dấu hiệu

- Viêm kết mạc hột cấp tính, chủ yếu ở mi dưới
- Phản ứng nhú gai ở kết mạc mi trên
- Sung huyết kết mạc
- Tiết tố mủ-nhầy
- Hạch trước tai (+) ở bên bị bệnh
- Viêm giác mạc chấm nông trong tuần đầu của nhiễm trùng.
- Sau vài tuần: thâm nhiễm dưới biểu mô ở chu vi (không ở trung tâm), thường ở giác mạc phía trên. Thâm nhiễm dưới biểu mô nhỏ hơn so với trong viêm kết-giác mạc dịch
- Xét nghiệm tế bào học => thể vùi thường gặp trong tác nhân mắt hột và viêm kết mạc thể vùi

Điều trị:

1. Kháng sinh tại mắt không hiệu quả bởi vì đây là một bệnh toàn thân. Nếu cho kháng sinh tại mắt thì bệnh nhân sẽ trở lại vì tái phát.
2. Điều trị toàn thân cho bệnh nhân và bạn tình.
3. Thuốc trước đây được dùng là tetracycline uống 1000mg trong 6 tuần: 250mg 4 lần/ngày.
   - Thuốc thay thế là Doxycycline uống 500mg 3 lần/ngày trong 3 tuần hoặc một liều Azithromycin 1 gam
   - Không dùng thuốc ở trẻ em và phụ nữ có thai
4. Cần điều trị bởi vì nó có thể dẫn đến vô sinh ở phụ nữ và không có triệu chứng

B. BỆNH MẮT HỘT

- Do Chlamydia trachomatis (các týp huyết thanh A, B, Ba & C)
- Trước đây là nguyên nhân hàng đầu của mù lòa có thể phòng tránh được ở các nước đang phát triển có những điều kiện môi trường như vệ sinh kém, thiếu nước sạch, đông dân
- Theo WHO, tỉ lệ là khoảng 3,6% trên toàn cầu
- Là bệnh mạn tính và theo chu kì, xảy ra trong nhiều năm: bệnh nhân thường có biểu hiện giai đoạn giữa hoặc cuối của bệnh
- Ruồi là vật chủ trung gian ăn vào các chất tiết của nhiễm trùng và truyền sang những người khác

Giai đoạn 1:
- Viêm kết mạc hột nặng
- Mắt hột bắt đầu, với hột non ở kết mạc mi trên

Bệnh gây tổn hại những tế bào hình đài cần cho việc sản xuất chất nhầy của nước mắt, do đó có thể dẫn đến khô mắt nặng và tăng nguy cơ nhiễm trùng và loét giác mạc

Giai đoạn 2:
- Viêm kết mạc hột nặng
- Mắt hột rõ ràng, với hột ở kết mạc mi trên và ở rìa giác mạc, viêm giác mạc, màng máu ở giác mạc phía trên

Giai đoạn 3 và 4
- Sẹo kết mạc ở kết mạc mi trên (đường Arlt) gây ra sẹo ở kết mạc mi trên, dẫn đến lông xiêu và quặm
- Lõm hột do sẹo của các hột ở vùng rìa (gọi là lõm Herbert)

Phân loại cải tiến của WHO

TF	*Có ≥ 5 hột (>0.5mm) ở kết mạc mi trên*
TI	*Viêm tỏa lan ở kết mạc ch lấp ≥ 50% các mạch máu ở bên dưới*
TS	*Sẹo kết mạc*
TT	*Lông xiêu (ít nhất 1 lông) cọ vào giác mạc*
CO	*Đục giác mạc ở vùng đồng tử che mờ chi tiết mống mắt*

- **Điều trị** (SAFE):
  Sự hỗ trợ của ngành y tế, chính phủ, các công ti dược, cán bộ y tế và các chuyên gia chăm sóc mắt đã làm giảm tỉ lệ mù do bệnh mắt hột
  Sự thành công phụ thuộc vào các biện pháp can thiệp sau
  - S (Surgery) Phẫu thuật quặm: mắt hột nặng
    Cán bộ y tế được đào tạo, chẳng hạn y tá có thể làm phẫu thuật quặm
  - A (Kháng sinhs) Kháng sinh: Azithromycin 30mg/kg liều duy nhất, dùng một lần/năm
    Điều trị này nhằm chống tái nhiễm ở cộng đồng và chống lây nhiễm
  - F (Facial cleanliness) Rửa mặt
    Rửa mặt giúp ngăn chặn ruồi ăn các chất tiết của nhiễm trùng
  - E (Environmental improvement) Cải thiện môi trường
    - tiếp cận nước sạch
    - đẩy mạnh vệ sinh tốt

C. VIÊM KẾT MẠC SƠ SINH

- Xuất hiện trong vòng 2 tuần sau sinh do nhiễm trùng truyền từ mẹ cho đứa trẻ trong khi sinh
- Không có miễn dịch ở đứa trẻ và bề mặt nhãn cầu chưa hoàn chỉnh (không có mô lymphô và màng nước mắt tương đối kém) => bệnh nặng
- Những nguyên nhân chính là lậu cầu, và C. trachomatis
- Dự phòng bằng povidone-iốt, đôi khi dùng ngay khi sinh
- Xuất hiện 3 – 19 ngày sau sinh
- **Dấu hiệu:**

- Phù mi 2 bên
- Tiết tố lúc đầu là thanh dịch, sau đó là nhầy-mủ
- Phản ứng nhú gai ở kết mạc, có thể có giả mạc
- Biến chứng = loét và thủng giác mạc

- **Điều trị:**
  - Chlamydia => erythromycin (uống)
  - Lậu cầu => ceftriaxone
  - Vi khuẩn => chloramphenicol hoặc neomycin, kháng sinh toàn thân trong những trường hợp nặng
  - Herpes simplex => acyclovir

5. VIÊM KẾT MẠC DỊ ỨNG

- Dị ứng mắt bao gồm một nhóm bệnh đa dạng có một đặc điểm chung: quá mẫn với các tác nhân chỉ gây ra kích thích cục bộ ở bề mặt nhãn cầu.
- Những người mẫn cảm với một số dị nguyên (kháng nguyên), phấn hoa và bụi; việc tái tiếp xúc với các chất này gây ra các dấu hiệu và các triệu chứng được mô tả là dị ứng mắt = giãn mạch, ngứa, tiết tố nhầy (sợi màu trắng)
- Các bệnh dị ứng mắt thường là:
  i. Týp I: quá mẫn phản vệ (tức thì)
  ii. Týp IV: phản ứng qua trung gian tế bào
  iii. Týp III các phản ứng (phức hợp miễn dịch) có thể gặp trong các bệnh dị ứng sinh học như nhiễm tụ cầu vàng, thâm nhiễm vùng rìa, thâm nhiễm giác mạc do quá mẫn với thimerosal
- Dưỡng bào đóng vai trò chủ yếu trong phản ứng dị ứng cấp. Khi các dưỡng bào bị mất hạt do một kích thích, nhiều chất trung gian do viêm được giải phóng vào mô, do đó cần ổn định các dưỡng bào để giảm các triệu chứng và dấu hiệu của dị ứng.
- Thường gây phù kết mạc do xuất tiết dịch chứa nhiều protein qua các mạch máu viêm.
- Không có hạch trước tai

A. VIÊM KẾT MẠC MÙA XUÂN

- Kinh điển được mô tả là quá mẫn týp I hoặc týp IV (qua trung gian tế bào)
- Là bệnh của người trẻ, chủ yếu là nam: thường ở tuổi 3-20 và kéo dài 4-10 năm do bản chất mạn tính
- Gắn với cơ địa dị ứng (hen, viêm mũi dị ứng theo mùa, chàm)
- Nặng lên vào mùa xuân và mùa hè: theo mùa và ở những nơi khí hậu nóng
- Thường kèm theo giác mạc hình chóp và thoái hóa vùng rìa trong suốt
- Tăng bạch cầu ưa eosin và tăng IgE huyết thanh.
- Bệnh thường có 2 hình thái:
  i. Hình thái mi: có những nhú gai dạng sỏi => nhú gai rất to có thể gây ra giả sụp mi
  ii. Hình thái vùng rìa: thâm nhiễm ở vùng rìa biểu hiện bằng những nhú gai dạng keo có mạch máu. Ở trong các vùng dạng keo là những chấm Tranta. Các chấm này là những tế bào ưa eosin và tế bào biểu mô thoái hóa, biểu hiện như là một "chấm vôi hóa" màu trắng.
     - Hình thái vùng rìa thường gặp hơn ở người châu Phi và châu Á với biểu hiện kết mạc phù và dày lên.

- **Triệu chứng:**
  i. Ngứa, sợ ánh sáng, chảy nước mắt, cảm giác dị vật, rát mắt, tiết tố dây
- **Dấu hiệu:**
  i. Tiết tố dạng dây
  ii. Có thể có sụp mi do biến đổi ở mi và nhú gai (giả sụp mi)
  iii. Dấu hiệu kinh điển là các nhú gai khổng lồ ở mặt sau mi. Có thể vẫn tồn tại ngay cả khi bệnh đã khỏi.
  iv. Màng máu ở giác mạc phía trên

v. Có thể có loét hình khiên (tổn hại biểu mô trung tâm với mảng trắng ở trên) ở hình thái mi hoặc hình thái hỗn hợp
vi. Có thể xuất hiện giả vòng mỡ tuổi già (pseudogerontoxon) ở bệnh vùng rìa tái phát và giống với một vùng vòng mỡ tuổi già nằm sát vùng rìa trước đó bị viêm

- **Điều trị:**
  i. Chườm mát và tránh dụi mắt, rửa mắt
  ii. Thuốc ổn định dưỡng bào: chromolyn sodium, olopatadine (thí dụ patanol)
  iii. Thuốc kháng histamin nhỏ mắt, trong những trường hợp nặng cần thuốc toàn thân
  iv. Steroid dùng tại mắt trong những trường hợp nặng, dùng liều cao, giảm dần càng nhanh càng tốt

B. VIÊM KẾT-GIÁC MẠC DỊ ỨNG TỨC THÌ (ATOPIC KERATO-CONJUNCTIVITIS)

- Bệnh hiếm gặp, ở 2 mắt
- Thường gặp ở nam giới, ngoài tuổi thiếu niên, và thường ở người viêm da dị ứng
- Tổn thương ở các vùng da của nếp gấp cổ, hố trụ và hố khoeo.
- Bệnh nhân có tiền sử gia đình nhiều bệnh dị ứng như hen, viêm mũi dị ứng theo mùa, mày đay, đau đầu migren và viêm mũi.
- Bệnh suốt đời, kéo dài quanh năm
- **Triệu chứng:**
  - Ngứa, rát mắt, chảy nước mắt
- **Dấu hiệu:**
  - Mi dày lên, đóng vảy và nứt kẽ
  - Thường kèm theo viêm mi mạn tính do tụ cầu và phải được điều trị
  - Nhú gai ở kết mạc mi trên và biến đổi dạng chàm là những rối loạn cơ bản của bề mặt nhãn cầu. Lâu dài có thể xuất hiện nhú gai khổng lồ
  - Thường ở cùng đồ dưới và kết mạc mi
  - Dày bờ mi, phù kết mạc và sung huyết kết mạc
  - Da mặt căng có thể gây ra lộn mi dưới và chảy nước mắt
  - Kết mạc không sung huyết nhiều do phù kết mạc
  - Nguyên nhân chính của giảm thị lực là sẹo giác mạc tăng dần và tân mạch đôi khi kèm theo các mảng nhầy
  - Xét nghiệm tế bào học kết mạc thấy tế bào ưa eosin
  - Bệnh mạn tính: là một bệnh tự miễn trong đó bệnh nhân có bệnh viêm da như là chàm
  - Những trường hợp nặng có thể kết thúc bằng dính mi-cầu ở cùng đồ dưới

- **Điều trị:**
  - Khó kiểm soát và cần điều trị lâu dài
  - Thuốc kháng histamin toàn thân
  - Steroid nhỏ mắt và thuốc ổn định dưỡng bào (opticrom) có thể có ích
  - Chườm mát
  - Thuốc kháng histamin nhỏ mắt (thí dụ Levocabastine hoặc emedastine)
  - Thuốc ổn định dưỡng bào phối hợp kháng histamin (thí dụ Olopatadine)
  - Điều trị viêm mi mắt vì nó thường là căn nguyên của viêm kết-giác mạc dị ứng tức thì

C. VIÊM KẾT MẠC DỊ ỨNG THEO MÙA (HAY FEVER CONJUNCTIVITIS)

- Còn gọi là viêm kết mạc dị ứng cấp tính
- Thường nặng hơn ở thời tiết khô và ấm
- Do tiếp xúc với các dị nguyên trong không khí như phấn hoa, nấm mốc, dị nguyên trong nhà, côn trùng, thức ăn, hóa chất công nghiệp, bụi (dị nguyên quanh năm)
- Là đáp ứng quá mẫn týp 1 qua trung gian IgE gắn vào màng của các dưỡng bào ở kết mạc.
- **Triệu chứng và dấu hiệu:**
  - Ngứa nhiều

- Nhú gai ở kết mạc mi trên
- Chảy nước mắt, nước mũi
- Kết mạc và mi phù nhiều
- Sung huyết tỏa lan nhưng màu đỏ nhạt hơn
- Ở 2 mắt

- **Điều trị:**
  - Chườm mát
  - Tránh tiếp xúc dị nguyên
  - Thuốc kháng histamin toàn thân nếu có viêm mũi
  - Rửa mắt
  - Nước mắt nhân tạo
  - Thuốc ổn định dưỡng bào

D. VIÊM KẾT MẠC DỊ ỨNG DO KÍNH TIẾP XÚC

Gồm 2 nhóm vấn đề:
- Liên quan đến chất liệu kính
- Liên quan đến dung dịch làm sạch kính cũng như thuốc có chất bảo quản

i. Viêm kết mạc nhú gai khổng lồ:

- Là phản ứng của kết mạc mi đối với kính tiếp xúc cứng hoặc mềm.
- Cũng có thể do mắt giả, chỉ khâu bị bộc lộ, sẹo bọng thấm
- Những chất lắng đọng tích tụ ở kính làm trầy xước biểu mô kết mạc khiến cho hệ miễn dịch tiếp xúc trực tiếp với kháng nguyên bao phủ kính
- Các trường hợp đã giảm đi với kính mềm dùng một lần (disposable lens): những trường hợp dùng kính nhiều ngày hơn khuyến cáo có nguy cơ viêm kết mạc nhú gai khổng lồ nhiều hơn

- Nguyên nhân:
  a. Kính mềm cũ, nhiều hơn ở kính mềm do tăng nguy cơ lắng đọng
  b. Đeo kính thời gian dài hơn
  c. Giảm làm sạch protein
  d. Tăng sản xuất protein ở mắt
  e. Phản ứng đối với một số loại kính, thí dụ chất liệu không HEMA (non-HEMA)
  f. Bẩm chất di truyền
  g. Các đỉnh mùa và dị ứng

- **Triệu chứng và dấu hiệu:**
  a. Giảm thời gian đeo kính và kích thích mắt
  b. Ngứa sau khi tháo bỏ kính
  c. Chất tiết nhầy trên kính
  d. Kính chuyển động quá nhiều
  e. Giảm sự dung nạp kính
  f. Nhú gai khổng lồ thấy ở phần dưới của kết mạc mi trên, sau đó di chuyển lên phía trên

- **Điều trị:**

  a. Có thể đặt kính tiếp xúc mới và chuyển sang kính dùng một lần
  b. Làm sạch với các dung dịch như là peroxide thì tốt hơn
  c. Chuyển sang dùng kính RGP
  d. Dùng thuốc nhỏ mắt ổn định dưỡng bào (thí dụ Patanol) để ngăn chặn sự mất hạt của các dưỡng bào
  e. Chú trọng việc làm sạch kính bằng enzym
  f. Ngừng đeo kính tiếp xúc trong một thời gian

ii. Viêm kết mạc dị ứng thuốc

- Nguyên nhân thường gặp của những vấn đề liên quan đến kính tiếp xúc mềm là dị ứng với chất bảo quản trong các dung dịch làm sạch
- Thường do thimerosal, benzalkonium chloride
- **Triệu chứng và dấu hiệu:**
    - Giãn mạch
    - Viêm giác mạc chấm nông tỏa lan
    - Chảy nước mắt, đỏ mắt, cảm giác rát nhất là khi nhỏ thuốc
- **Điều trị:**
    - Rửa mắt bằng nước muối
    - Tránh dị ứng nguyên
    - Nước mắt nhân tạo cho viêm giác mạc chấm nông

6. VIÊM KẾT MẠC THÀNH SẸO VÀ CÁC BỆNH BỌNG RỘP

A. HỘI CHỨNG STEVENS-JOHNSON

- Là một bệnh nặng ở da, niêm mạc miệng và kết mạc
- Ban đỏ đa dạng là dạng bệnh nhẹ hơn trong đó tổn thương niêm mạc chỉ giới hạn ở một bề mặt.
- Thường gặp nhất ở nam giới tuổi trẻ
- Vô căn hoặc phản ứng với nhiễm trùng hoặc thuốc (thí dụ sulphonamide và salicylate)
- Tỉ lệ tử vong cao
- **Triệu chứng:**
    1. Mệt mỏi
    2. Đau khớp
    3. Phát ban ở da
    4. Đỏ ở mắt và miệng
- **Dấu hiệu:**
    1. Niêm mạc miệng và môi có ban đỏ và đóng vẩy
    2. Viêm kết mạc nhú gai có thể gây ra di chứng như là các giả mạc để lại các mảng xơ cục bộ.
    3. Viêm kết mạc 2 mắt, mức độ nhẹ đến nặng
    4. Mi đóng vẩy kèm theo viêm kết mạc nhú gai nhất thời, tự giới hạn
    5. Biến chứng: xơ hóa và sừng hóa kết mạc, dị sản lông mi, rối loạn chức năng nước mắt gây ra chảy nước mắt, đôi khi tổn thương các ống lệ gây ra khô mắt.
- **Điều trị:**
    1. Chuyển khám bác sĩ da liễu
    2. Duy trì truyền nước và cắt lọc biểu bì đã tróc ra
    3. Steroid toàn thân

B. BỆNH MẮT DẠNG PEMPHIGUS

- Là bệnh viêm mạn tính của kết mạc => co lại (thành sẹo)
- Bệnh tự miễn, hiếm, vô căn, triển triển tăng dần
- Những nốt phồng dưới biểu mô tái phát hoặc những mụn nước của da và các niêm mạc có xu hướng tạo thành sẹo
- Niêm mạc ở các vị trí khác có thể bị tổn hại
- Các mụn nước và các mảng ban đỏ ở da
- Thường gặp hơn ở phụ nữ, tuổi trung niên đến già
- Kèm theo tăng tỉ lệ HLA-B12
- Tổn thương da và niêm mạc miệng trong 80% các trường hợp. Có thể ảnh hưởng đến niêm mạc mũi, larynx, thực quản, hậu môn, âm đạo và niệu đạo
- **Triệu chứng mắt:**
    - **i.** Đỏ 2 mắt
    - **ii.** Cộm mắt và chảy nước mắt

iii. Sung huyết, nhú gai và mụn nước
iv. Có thể dẫn đến quặm, lông xiêu, sẹo giác mạc
v. Tổn hại các tuyến ở kết mạc dẫn đến khô mắt
vi. Có thể tắc đường dẫn lưu nước mắt

- **Điều trị:**
  i. Thay thế nước mắt
  ii. Steroid nhỏ mắt
  iii. Phẫu thuật các bất thường ở mi mắt
  iv. Điều trị toàn thân gồm steroid (uống) và các thuốc khác.

7. VIÊM KẾT-GIÁC MẠC VÙNG RÌA TRÊN

- Bệnh ít gặp, xảy ra ở phụ nữ trung niên có thị bị rối loạn chức năng tuyến giáp (thường là cường giáp)
- Nguyên nhân: chấn thương cơ học liên quan đến nhắm mở mắt do những lực bất thường giữa mi trên và kết mạc nhãn cầu phía trên, có thể bị thúc đẩy bởi thiếu nước mắt => mi không di chuyển được tự do trên kết mạc và dư thừa kết mạc. Chuyển động tăng lên của kết mạc sẽ gây ra tổn hại cơ học ở cả mặt sụn và mặt kết mạc
- Ảnh hưởng đến kết mạc phía trên và giác mạc
- Là đặc điểm của bệnh mắt do tuyến giáp
- Khó chịu nhiều hơn so với các biểu hiện
- Cương tụ kết mạc nhãn cầu phía trên, nhất là kết mạc cạnh rìa bị dày lên, có tân mạch, và dễ bắt màu hồng bengal.
- Nhú gai ở mi trên => trông giống như nhung
- Có thể mất hàng rào Vogt ở vùng rìa phía trên và xuất hiện những đốm xuất huyết
- Thường có tróc biểu mô giác mạc dạng chấm phía trên
- Viêm giác mạc sợi (những sợi biểu mô và nhầy, một đầu bám vào tổn hại biểu mô) ở 1/3 trên giác mạc
- **Điều trị:**
  - Nước mắt nhân tạo và các thuốc bôi trơn
  - Thuốc ổn định dưỡng bào
  - Bịt lỗ lệ
  - Kính tiếp xúc mềm để ngăn cách mi và kết mạc phía trên
  - Steroid nhỏ mắt tác dụng ít
  - Phẫu thuật = cắt kết mạc mi trên và bao Tenon ở vùng rìa
  - Có thể tự khỏi

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Kanski Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach, 7th edition, Butterworth Heinemann Elsevier, 2011.

PHỤ LỤC 1

Một số kháng sinh thường dùng

Kháng sinh tại mắt	*Phương thức tác dụng*	*Dạng thuốc*	*Hiệu quả*
Gatifloxacin(Zymar)	Diệt khuẩn	nước	gram (+) và gram (-)
Moxifloxacin(Vigamox)	Diệt khuẩn	nước	gram (+) và gram (-)
Levofloxacin(Quixin và Iquix)	Diệt khuẩn	nước	gram (+) và gram (-)
Norfloxacin(Chiborxin)	Diệt khuẩn	nước và mỡ	một số gram (+),
Ciprofloxacin(Ciloxan)	Diệt khuẩn	nước và mỡ	gram (+) và gram (-)
Ofloxacin(Ocuflox)	Diệt khuẩn	nước	gram (+) và gram (-)
Gentamycin	Diệt khuẩn	nước và mỡ	một số gram (+), gram (-)
Tobramycin	Diệt khuẩn	nước và mỡ	một số gram (+), gram (-)
Polymyxin B	Diệt khuẩn	nước và mỡ	gram (+) và tốt hơn với gram (-)
Bacitracin	Diệt khuẩn	thuốc mỡ	gram (+)
Erythromycin	Kìm khuẩn	thuốc mỡ	gram (+) gram (-) có giới hạn
Sulphonamides	Kìm khuẩn	nước và mỡ	gram (+) và gram (-)
Chloramphenicol	Kìm khuẩn	nước và mỡ	gram (+) (gây loạn tạo máu) Không được dùng ở Hoa kì