BrienHoldenVisionInstitute

CÁC CHẨN ĐOÁN LÁC/LÉ KHÁC

TÁC GIẢ

Tim Fricke

THẨM ĐỊNH

Shrikant Bharadwaj: Viện mắt LV Prasad

NỘI DUNG CỦA CHƯƠNG

1. PHÂN LOẠI ..... **Error! Bookmark not defined.**
2. ĐÁNH GIÁ ..... **Error! Bookmark not defined.**
3. THÍ DỤ CÁC BỆNH KHÁC GÂY RA LÁC/LÉ 2
4. LIỆT DÂY THẦN KINH SỐ III ..... **Error! Bookmark not defined.**
5. LIỆT DÂY THẦN KINH SỐ IV ..... **Error! Bookmark not defined.**
6. LIỆT DÂY THẦN KINH SỐ VI ..... **Error! Bookmark not defined.**
7. LÁC/LÉ DO YẾU TỐ CƠ HỌC ..... **Error! Bookmark not defined.**
8. PHÂN LOẠI ..... **Error! Bookmark not defined.**
9. HỘI CHỨNG BROWN ..... **Error! Bookmark not defined.**
10. BỆNH MẮT TUYẾN GIÁP ..... **Error! Bookmark not defined.**
11. HỘI CHỨNG DUANE ..... **Error! Bookmark not defined.**
12. CHẤN THƯƠNG HỐC MẮT 14
13. LÁC/LÉ DO CƠ 15
14. LIỆT VẬN NHÃN NGOẠI LAI TUẦN TIẾN MẠN TÍNH 16
15. BỆNH NHƯỢC CƠ ..... **Error! Bookmark not defined.**
16. HỘI CHỨNG LAMBERT-EATON-ROOKE ..... **Error! Bookmark not defined.**
17. VIÊM CƠ MẮT ..... **Error! Bookmark not defined.**
18. BỆNH BẠCH TẠNG ..... **Error! Bookmark not defined.**
19. CÁC BỆNH VÕNG MẠC (CẦN KHÁM NỘI KHOA) 20
20. UNG THƯ VÕNG MẠC ..... **Error! Bookmark not defined.**
21. THOÁI HÓA HẮC-VÕNG MẠC ..... **Error! Bookmark not defined.**
22. TÓM TẮT CHẨN ĐOÁN LÁC/LÉ 22
23. CÁC LỰA CHỌN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO LÁC/LÉ BẤT ĐỒNG HÀNH 22
24. VI LÁC/LÉ ..... **Error! Bookmark not defined.**

PHÂN LOẠI

- Lác/lé có thể là một dấu hiệu trực tiếp hoặc gián tiếp của bệnh mắt hoặc bệnh thần kinh như chấn thương, liệt, khối u (ung thư võng mạc, sacôm cơ vân) hoặc tai biến mạch máu
- Ngoài chẩn đoán lác/lé trong và lác/lé ngoài, cũng có thể có các dạng lác/lé ít gặp hơn
- Các dạng lác/lé ít gặp hơn này thường là **bất đồng hành** (độ lác/lé thay đổi ở các hướng nhìn khác nhau), và do nhiều nguyên nhân khác nhau
- Có thể **bẩm sinh**
    - Thường do bệnh bẩm sinh của hệ thống vận động
    - Giải phẫu của cơ hoặc hệ thống thần kinh chi phối cơ
- Có thể **mắc phải**
    - Do chấn thương hoặc bệnh của hệ thống vận nhãn
    - Có thể đã lâu: không được điều trị
    - Mới bị: cần chuyển ngay cho bác sĩ để khám và điều trị

ĐẶC ĐIỂM CỦA CÁC CHẨN ĐOÁN LÁC/LÉ NÀY

- Góc lác/lé tăng khi mắt đưa về hướng hạn chế vận nhãn
    - Trừ các liệt do nguyên nhân cơ học trong đó vận nhãn hạn chế ở hướng ngược lại
- Góc lác/lé giảm khi mắt di chuyển về hướng ngược lại
- Độ lác/lé thay đổi tùy theo mắt định thị
    - Test che mắt ở tư thế nguyên phát: nếu độ lác/lé khác nhau khi che từng mắt thì đó là lác/lé bất đồng hành
    - Do xung thần kinh tăng thêm ở cơ liệt

ĐÁNH GIÁ

- Nếu cha mẹ nói rằng mắt của đứa trẻ “đôi khi nhìn bất thường”, nhưng khi khám không thấy dấu hiệu lác/lé, thì hãy coi đó là lác/lé từng lúc trước khi có bằng chứng chính xác
- Cần làm liệt điều tiết và giãn đồng tử cho mọi trường hợp lần đầu đến khám lác/lé
- Nếu không thể phát hiện nguyên nhân lác/lé, hãy chuyển cho người thích hợp nhất để có thêm ý kiến về (và/hoặc điều trị). Nếu bạn có thể chẩn đoán được là một hình thái lác/lé lành tính thì điều trị như ở các chương lác/lé trong và lác/lé ngoài.

THÍ DỤ CÁC BỆNH KHÁC GÂY RA LÁC/LÉ

- **Do thần kinh (rối loạn phân bố xung thần kinh)**
    - Thần kinh số III: cơ thẳng trên, cơ thẳng dưới, cơ thẳng trong, cơ chéo bé
    - Thần kinh số IV: cơ chéo lớn
    - Thần kinh số VI: cơ thẳng ngoài
- **Do cơ học (hạn chế thực thể hoặc di lệch)**

  - Hội chứng Duane, hội chứng Brown, bệnh mắt tuyến giáp, chấn thương hốc mắt, u hốc mắt
- **Do cơ (rối loạn chức năng cơ)**
  - Bệnh nhược cơ, liệt vận nhãn ngoại lai tuần tiến mạn tính, viêm cơ hốc mắt, sacôm cơ vân
- **Các nguyên nhân khác**
  - Bệnh bạch tạng, giảm thị lực một mắt, mất cân đối nửa mặt

LIỆT DÂY THẦN KINH SỐ III

- Hầu hết liệt thần kinh III đều ở một mắt, và có thể phân loại là:
- **Liệt toàn bộ**
  - Liệt các cơ ngoại nhãn và nội nhãn được chi phối bởi dây thần kinh số III: cơ thẳng trên, cơ thẳng dưới, cơ thẳng trong, cơ chéo bé, cơ nâng mi, cơ vòng đồng tử, cơ thể mi
- **Liệt không toàn bộ/một phần**
  - Liệt tất cả cơ ngoại nhãn, trừ cơ chéo bé
  - Liệt một nhóm cơ: nhánh dưới hoặc nhánh trên
  - Liệt một cơ đơn độc

NGUYÊN NHÂN

- Các tổn thương dưới nhân mắc phải
  - Chèn ép bởi phình động mạch thông sau
  - Các khối u lân cận
  - Bệnh tắc mạch: đái tháo đường hoặc tăng huyết áp
  - Chấn thương sọ não kín

TRIỆU CHỨNG

- Đau quanh mắt
- Đau đầu
- Liệt xuất hiện đột ngột và nhanh chóng
- Mắt lác/lé ngoài và xuống dưới
- Sụp mi
- Song thị (nếu sụp mi một phần hoặc không sụp mi)
- Đồng tử giãn

KHÁM

- Khám nội khoa: thần kinh
- Khám mắt và vận nhãn

- Phản xạ đồng tử: có giãn đồng tử không? Phản xạ có tốt không?
- Liệt điều tiết?
- Sự toàn vẹn của các dây thần kinh sọ IV, VI, V (cảm giác giác mạc)
- Test che mắt: lác/lé ngoài, xoáy trong và dưới
- Sụp mi?
- Thị lực: trong liệt thần kinh III bẩm sinh có thể nhược thị nặng do sụp mi
- Vận nhãn: tăng hoạt các cơ đồng vận của mắt không liệt, chưa hình thành di chứng
- Đo độ lác/lé

ĐIỀU TRỊ

- Chuyển đi làm các khám nghiệm tìm nguyên nhân liệt
    - **Khẩn cấp** nếu triệu chứng gợi ý bệnh mới xuất hiện
    - Có thể trì hoãn nếu triệu chứng gợi ý là liệt ổn định & có từ lâu

Điều trị mắt

- Thị lực: điều trị nhược thị ở liệt bẩm sinh
- Triệu chứng: lăng kính, mặc dù ít tác dụng, trừ phi liệt nhẹ
- Sợ ánh sáng: làm co đồng tử bằng pilocarpine 0,1% x 2 lần/ngày
- Phẫu thuật: với liệt mắc phải, trì hoãn đến 9-12 tháng đến khi ổn định → với liệt bẩm sinh, chỉnh cho 2 mắt thẳng hàng.

LIỆT DÂY THẦN KINH SỐ IV

- Chỉ chi phối cơ chéo lớn
- Hình thái lác/lé đứng thường gặp nhất
- Các tổn thương ảnh hưởng đến thần kinh số IV gây ra các hạn chế vận nhãn:
    - Đưa mắt xuống
    - Xoáy vào
    - Đưa mắt ra ngoài

NGUYÊN NHÂN

- Bẩm sinh (khoảng 75%)
- Mắc phải
    - Chấn thương: nhất là các trường hợp 2 mắt
    - Bệnh mạch máu
    - Bệnh đái tháo đường
    - Tổn thương choán chỗ

KHÁM

Bệnh sử

- Triệu chứng nặng hơn nhiều ở dạng mắc phải so với dạng bẩm sinh
- Ảnh nhìn bị nghiêng là một đặc điểm quan trọng
- Bệnh nhân có song thị đứng, song thị nặng hơn khi mắt nhìn xuống (tư thế đọc sách)
    - Cơ chéo lớn được gọi là "cơ đọc sách", bệnh nhân có thể phàn nàn là phải cầm sách cao hơn
    - Chống chỉ định kính đa tròng/2 tròng

Tư thế lệch đầu/ song thị

- Đầu nghiêng về bên không liệt
- Mặt có thể quay về bên không liệt và cằm hạ xuống

Test che mắt

- Viễn thị và lác/lé trong nhẹ
    - Độ lác/lé tăng khi nhìn gần
    - Đo độ lác/lé (bằng thanh lăng kính) để ghi hồ sơ chính xác
    - Chỉ lác/lé trên nhẹ ở tư thế nguyên phát nếu liệt 2 mắt
    - Coi là bệnh ở 2 mắt nếu chưa chứng minh được ở bệnh một mắt ở dạng mắc phải (thường do chấn thương), có thể không cân đối
    - Xoáy ngoài có ở liệt 2 mắt mắc phải

Vận nhãn

- Giảm hoạt cơ chéo lớn bên mắt bệnh, tăng hoạt cơ thẳng dưới mắt bên kia
    - Di tật cơ sẽ hình thành ở bệnh bẩm sinh, không ở bệnh mắc phải
    - Độ lác/lé trên lớn nhất khi mắt nhìn lên và trong bệnh do di tật cơ, tăng hoạt cơ chéo bé (không theo kiểu bình thường)
- Dùng test 3 bước Park để phát hiện:
    - **Bước 1**: Mắt nào "cao hơn" ở tư thế nhìn nguyên phát?
    - **Bước 2**: Độ lác/lé trên có tăng không khi nhìn sang trái hay sang phải?
    - **Bước 3**: Độ lác/lé trên có tăng không khi đầu nghiêng sang trái hay sang phải?

Chức năng 2 mắt

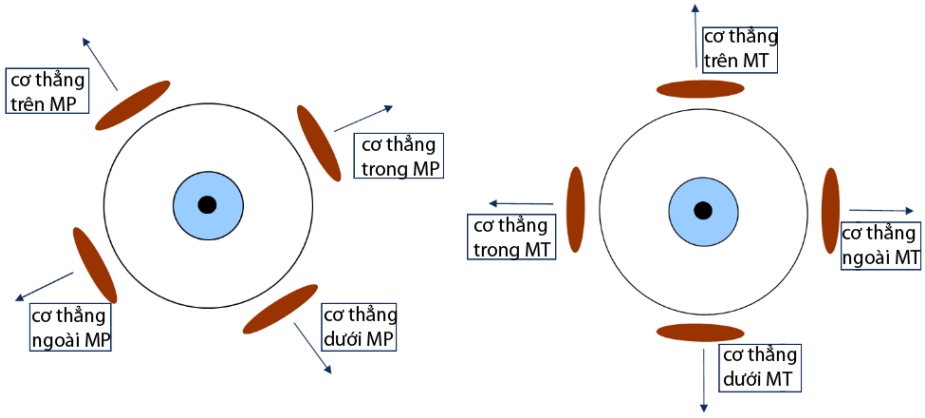
- Khoảng hợp thị đứng rộng ở bệnh bẩm sinh (10Δ hoặc hơn!)
- Ức chế ở dạng bẩm sinh?

Bảng Hess/ trường nhìn 2 mắt

- Hess nhỏ hơn ở mắt bệnh trong bệnh mắc phải, bẩm sinh, kích thước bằng nhau hơn do di tật cơ

LIỆT CƠ CHÉO LỚN HAY LÀ TỔN THƯƠNG GIẢ DẠNG?

- Cần nhớ là khó phân biệt liệt cơ chéo lớn với liệt dây thần kinh số IV và một số bệnh khác (bao gồm các dị dạng hốc mắt)
    - Do đó chẩn đoán lâm sàng thường là "liệt cơ chéo lớn hoặc tổn thương giả dạng"
    - Thường cần các khám nghiệm như chụp cắt lớp để tìm nguyên nhân thực sự (chuyển khám bác sĩ mắt với chẩn đoán mô tả là "liệt cơ chéo lớn hoặc tổn thương giả dạng")
- Các tình trạng giống như liệt dây thần kinh số IV
    - Dị dạng hốc mắt và nhãn cầu sẽ gây ra lác/lé kiểu chữ V và tăng hoạt cơ chéo bé 2 mắt



Do đó chẩn đoán liệt cơ chéo lớn hoặc tổn thương giả dạng có giá trị gì?

- Để có thể chuyển đi điều trị thích hợp
- Chuyển bác sĩ trừ khi có thể chứng minh được rằng lác/lé này KHÔNG PHẢI do một bệnh khác (mạch máu, thần kinh, khối u)
- Những dấu hiệu gợi ý KHÔNG PHẢI do một bệnh mới xuất hiện:
    - Tư thế lệch đầu rõ ràng
    - Thích ứng cơ (tăng đồng hành)
    - Thích ứng thị giác (ức chế nhiều, nhược thị…)
    - Có xoắn vặn hốc mắt
    - Bệnh sử lác/lé trong đã lâu (có thể đã phẫu thuật)

ĐIỀU TRỊ: BẨM SINH

- Chỉnh tật khúc xạ
- Điều trị nhược thị
- Phẫu thuật
    - Gấp cơ chéo lớn: gân cơ có thể lỏng lẻo và dài bất thường
    - Làm yếu cơ chéo bé và cơ thẳng dưới
- Chỉ định khi có:
    - Lác/lé
    - Tư thế lệch đầu rõ ràng

- Mất bù trừ
- Lăng kính

ĐIỀU TRỊ: MẮC PHẢI

- Điều trị nguyên nhân: chờ song thị tự khỏi
- Lăng kính: đối với các góc nhỏ/ lăng kính Fresnel (biện pháp tạm thời)
- Bịt mắt
- Phẫu thuật
    - Lùi cơ chéo bé cùng bên
    - Lùi cơ thẳng dưới bên kia
- Phẫu thuật lác/lé xoáy
    - Phẫu thuật Harado-Ito/ Fell: chỉnh gân cơ chéo lớn ra phía trước và ngoài

LIỆT DÂY THẦN KINH SỐ VI

- Thần kinh đưa mắt ra phía ngoài
- Chỉ chi phối cơ thẳng ngoài
- Gây ra hạn chế động tác đưa mắt ra ngoài

NGUYÊN NHÂN

- **Liệt bẩm sinh**
    - Sau chấn thương sản khoa, đẻ forcep
    - Loạn sản di truyền
    - Nhiễm trùng mẹ trong thời gian mang thai
    - Cơ thẳng ngoài không phát triển
- **Liệt mắc phải ở trẻ em**
    - Tổn thương choán chỗ
    - Nhiễm trùng (vi khuẩn/virút), viêm tai giữa
    - Chấn thương sọ não
    - Tăng áp lực nội sọ
    - Hội chứng Mobius (hiếm gặp, thần kinh số VI & VII)
    - Hội chứng co rút Duane
    - Bệnh migren mắt: đau đầu dạng migren thoáng qua kèm theo liệt dây thần kinh VI
- **Liệt mắc phải ở người trẻ**
    - Các tổn thương choán chỗ
    - Viêm sau nhiễm virút
    - Bệnh xơ cứng rải rác

  - Bệnh đái tháo đường
  - Bệnh migren mắt
- **Liệt mắc phải ở người lớn tuổi**
  - Bệnh mạch máu
  - Bệnh đái tháo đường
  - Tổn thương choán chỗ
  - Yếu cơ thẳng ngoài do tuổi già

KHÁM

- Bệnh sử: chấn thương khi sinh? Hỏi bệnh sử đầy đủ
- Có thể có song thị ngang, lác/lé
- Khám nội khoa
- Khám mắt/vận nhãn: chẩn đoán phân biệt lác/lé trong bẩm sinh & hội chứng co rút Duane
- Đo độ lác/lé
- Bảng Hess/Lees

CÁC ĐẶC ĐIỂM

Tư thế mắt

- Lác/lé trong (lớn hơn khi nhìn xa), kiểm tra khi có và không có tư thế lệch đầu

Tư thế lệch đầu

- Mặt quay về bên liệt

Di chứng cơ

- Tăng hoạt cơ thẳng trong đồng vận ở mắt kia
- Co cứng cơ thẳng trong đối vận cùng bên
- Ức chế thứ phát cơ thẳng ngoài đối vận ở mắt kia

ĐIỀU TRỊ

Liệt thần kinh số VI mắc phải ở người lớn

- Điều trị nguyên nhân: cần chuyển khám bác sĩ
- Theo dõi trong 9-12 tháng, có thể hồi phục không cần điều trị
- Bệnh mạch máu, chấn thương và viêm có tiên lượng tốt hơn so với tổn thương choán chỗ
- Dùng lăng kính/bịt mắt để điều trị triệu chứng

Điều trị sau 9 – 12 tháng

- Nếu tình trạng ổn định: kết hợp lăng kính nếu độ lác/lé nhỏ
- Phẫu thuật
- Botox

Liệt thần kinh số VI mắc phải ở trẻ em

- Chống ức chế và nhược thị bằng lăng kính
- Phẫu thuật nếu lác/lé ổn định và sau thời gian 9 – 12 tháng

Liệt thần kinh số VI bẩm sinh ở trẻ em

- Điều trị nhằm chống nhược thị và bảo tồn chức năng 2 mắt
- Có thể cần bịt mắt
- Phẫu thuật: có thể chỉ nhằm mục đích thẩm mĩ, tùy thuộc mức độ thị giác 2 mắt
- Khuyến khích bệnh nhân lệch đầu để tăng trường nhìn 2 mắt

LÁC/LÉ DO YẾU TỐ CƠ HỌC

- Các yếu tố trong hốc mắt ảnh hưởng đến sự co hoặc giãn cơ: cản trở vật lí đối với cơ
- Cản trở chuyển động tự do của nhãn cầu

PHÂN LOẠI

Dạng bẩm sinh

- Hội chứng Brown
- Hội chứng Duane

Dạng mắc phải

- Hội chứng Brown
- Bệnh mắt tuyến giáp
- Chấn thương/ viêm hốc mắt
- Tổn thương choán chỗ
- Phẫu thuật bong võng mạc

HỘI CHỨNG BROWN

- Mắt bệnh không nhìn lên được khi đưa mắt vào phía trong: chẩn đoán dựa vào khám vận nhãn
- Cơ bị tổn thương cơ chéo lớn, còn gọi là “hội chứng bao gân cơ chéo lớn”
    - Test kéo cơ cưỡng bức (dùng kẹp kéo gân cơ chéo lớn) dương tính, chứng tỏ có hạn chế cơ học (mô học cho thấy chỗ hạn chế là bao gân cơ)
- Nếu không làm test kéo cơ cưỡng bức, hội chứng Brown có thể bị nhầm với giảm hoạt cơ chéo bé, do đó chuyển cho bác sĩ nhãn khoa để chẩn đoán phân biệt
- Có thể ở một mắt hoặc 2 mắt
- Có thể là bệnh di truyền hoặc liên kết với các rối loạn vận nhãn khác
- **Bẩm sinh**

  - Bao gân cơ chéo lớn ngắn
  - Gân cơ chéo lớn mất đàn hồi/ngắn
  - Sưng hoặc nốt ở gân cơ chéo lớn cản trở chuyển động tự do qua ròng rọc (tiếng lách cách)
  - Bất thường phân bố thần kinh cơ chéo lớn và cơ chéo bé
- **Mắc phải**
  - Chấn thương ròng rọc (ở hốc mắt) gây ra mô sẹo
  - Các bệnh khớp: sưng gân cơ
  - Viêm cơ chéo lớn

KHÁM

- Vận nhãn = hạn chế nhìn lên trên khi mắt đưa vào trong
- Bệnh sử và triệu chứng
  - Ở trẻ em: cha mẹ bệnh nhân thấy có những động tác mắt bất thường, tư thế lệch đầu, lác/lé
  - Ở người lớn: đau/khó chịu/giật mạnh, tiếng lách cách
- Thị lực: nhược thị?
- Tư thế lệch đầu: cằm nâng lên, đầu có thể quay sang bên bệnh (mắt sẽ hơi lệch xuống dưới)
- Khám bằng bảng Hess: cần làm nhanh chóng để tránh bỏ sót lác/lé
- **Chẩn đoán phân biệt**: giảm hoạt cơ chéo bé

ĐIỀU TRỊ

- Phần lớn không có triệu chứng, có thị giác 2 mắt với tư thế lệch đầu nhẹ
- Không cần điều trị trừ phi có tư thế lệch đầu hoặc lác/lé đứng
- Tật khúc xạ/ điều trị nhược thị
- Steroid cho bệnh mắc phải
- Lăng kính
- Phẫu thuật: song thị ở tư thế nguyên phát, tư thế lệch đầu nhiều, khả năng có thị giác 2 mắt

BỆNH MẮT TUYẾN GIÁP

- Rối loạn chức năng tuyến giáp: giảm hoặc tăng năng tuyến giáp
- Tăng năng tuyến giáp
  - Sút cân
  - Thèm ăn
  - Không chịu được nóng
  - Lo âu

    - Run
    - Đổ mồ hôi
    - Tăng nhịp tim
- Có thể gây ra lác/lé ngang hoặc đứng do lồi mắt

CÁC GIAI ĐOẠN CỦA BỆNH MẮT TUYẾN GIÁP

2 giai đoạn

- Giai đoạn viêm (ướt): do cơ
    - Các cơ sưng ở các giai đoạn sớm, tăng thể tích hốc mắt gây hạn chế vận nhãn và lồi mắt
- Giai đoạn xơ hóa (khô): do cơ học
    - Xơ hóa cơ và co rút thứ phát, lồi mắt giảm nhưng còn lác/lé bất đồng hành

DẤU HIỆU & TRIỆU CHỨNG

- Song thị
    - Thường nặng hơn vào buổi sáng (chẩn đoán phân biệt: bệnh nhược cơ)
- Giảm thị lực
    - Chèn ép thị thần kinh do sưng hoặc tổn hại giác mạc (khô mắt do lồi mắt)
- Co rút mi và mi trên hạ xuống chậm khi mắt nhìn xuống
- Lồi mắt
- Phù
    - Giác mạc mờ đục, phù kết mạc
- Test che mắt
    - Có lác/lé dưới hoặc trong
- Vận nhãn
    - Các cơ khô và cứng lại, hạn chế vận nhãn hướng cơ ngược lại
- Thứ tự tần xuất các cơ bị bệnh
    - Cơ thẳng dưới: hạn chế nhìn lên
    - Cơ thẳng trong: hạn chế đưa mắt ra ngoài
    - Cơ thẳng trên: hạn chế nhìn xuống
- Tư thế lệch đầu: thường cằm nâng lên để giảm hạn chế động tác nhìn lên

KHÁM

- Bệnh sử: bản chất & thời gian của triệu chứng
- Thị lực
- Vị trí và chứng năng mi mắt, tư thế nhãn cầu
- Giác mạc
- Đáy mắt/đĩa thị

- Sắc giác: mù màu đỏ/lục
- Thị trường
- Vận nhãn một mắt và 2 mắt (để xác định có phải do nguyên nhân cơ học không)
- Đo lặp lại để ghi sự thay đổi

ĐIỀU TRỊ

- Toàn thân
    - Thuốc làm giảm/tăng chức năng tuyến giáp
    - Cắt bỏ tuyến giáp
    - Tia xạ tuyến giáp
- Mắt
    - Phẫu thuật giảm áp hốc mắt
    - Để cho bệnh nhân dễ chịu: dùng lăng kính, thuốc bôi trơn
    - Phẫu thuật khi bệnh ổn định: giải quyết triệu chứng & tăng trường nhìn 2 mắt

HỘI CHỨNG DUANE

- Còn gọi là hội chứng co rút Duane
- Bệnh bẩm sinh, có thể ở 2 mắt hoặc một mắt
- Tương đối thường gặp
- Nguyên nhân: chưa được biết rõ, do thần kinh hoặc cơ học
    - Do phân bố thần kinh
    - Phân bố sai lạc của dây thần kinh III và IV
    - Cơ thẳng ngoài được phân bố thần kinh bởi các nhánh phụ của thần kinh III
    - Thần kinh VI không có hoặc có một phần
    - Trở ngại phát triển phôi thai
    - Thường kèm theo các khuyết tật bẩm sinh khác, thí dụ tật khuyết, đục thể thủy tinh, sứt môi
    - Phân bố thần kinh đồng thời cho động tác đưa mắt vào trong và ra ngoài

NGUYÊN NHÂN CƠ HỌC

- Cũng có thể do các cơ mỏng, co giãn nhiều
- Các cơ dính vào thành hốc mắt
- Cơ thẳng trong bám không đúng chỗ/ bị căng
- Cơ thẳng ngoài xơ cứng, mất co giãn với chỗ bám bất thường

PHÂN LOẠI

- **Hội chứng Brown (1950)**
    - A: Động tác mắt ra ngoài hạn chế, động tác mắt vào trong hạn chế ít hơn
    - B: Động tác mắt ngoài hạn chế, Động tác mắt vào trong bình thường
    - C: Động tác mắt vào trong hạn chế nhiều hơn động tác mắt ra ngoài
- **Hội chứng Huber (1974)**
    - Loại I: Động tác mắt ra ngoài hạn chế (không có xung thần kinh cho cơ thẳng ngoài), động tác mắt vào trong hạn chế ít hơn (có một phần xung thần kinh cho cơ thẳng ngoài)
    - Loại II: Động tác mắt vào trong hạn chế, cơ thẳng ngoài có xung thần kinh khi đưa ra ngoài và đưa vào trong, do đó có thể đưa mắt ra ngoài và cũng chống lại sự đưa mắt vào trong bị hạn chế của cơ thẳng trong
    - Loại III: Hạn chế cả động tác ra ngoài và vào trong, cơ thẳng ngoài không có xung thần kinh để đưa mắt ra ngoài nhưng có xung thần kinh khi đưa mắt vào trong và chống lại cơ thẳng trong

ĐẶC ĐIỂM CỦA HỘI CHỨNG DUANE

- Hạn chế động tác đưa mắt ra ngoài
- Hạn chế đưa mắt vào trong ít hơn ở cùng mắt
- Nhãn cầu thụt vào kèm theo khe mi hẹp lại khi mắt đưa vào trong
- Khe mi mở rộng khi đưa mắt ra ngoài
- Qui tụ kém
- Mặt quay sang bên bị bệnh
- Mắt bệnh bị lệch lên trên hoặc xuống dưới khi đưa mắt vào phía trong

KHÁM HỘI CHỨNG DUANE

- Bệnh sử: bất thường vận nhãn, tư thế lệch đầu, lác/lé
- Thị lực: nhược thị nếu có lác/lé ở tư thế nguyên phát
- Tư thế lệch đầu: mặt quay về bên mắt bị bệnh
- Test che mắt: với tư thế lệch đầu hoặc với đầu thẳng
    - Thường là lác/lé qui tụ
- Vận nhãn: động tác đưa mắt ra ngoài và động tác đưa mắt vào trong/nhìn lên & nhìn xuống
    - Nhãn cầu thụt vào và khe mi hẹp lại
- Qui tụ: chức năng 2 mắt kém
- Thị giác 2 mắt: tốt, được duy trì bởi tư thế lệch đầu
- Bảng Hess
- Chẩn đoán phân biệt: liệt thần kinh VI, gãy xương thành trong hốc mắt, viêm
- Các dấu hiệu kèm theo

ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG DUANE

- Thường không cần điều trị, không có triệu chứng với tư thế lệch đầu và các động tác của đầu
- Tật khúc xạ /nhược thị
- Chỉ định điều trị
    - Mất bù trừ
    - Yêu cầu thẩm mĩ do tư thế lệch đầu và lác/lé
- Mục tiêu
    - Đặt trường nhìn 2 mắt về trung tâm
    - Giảm tư thế lệch đầu
    - Cải thiện thẩm mĩ
- Phẫu thuật/ Botox

CHẤN THƯƠNG HỐC MẮT

- Gãy xương sàn hốc mắt
- Chấn thương mô mềm: không có gãy xương, tổn hại cơ, rách cơ
- Gãy xương trên hốc mắt: các vật sắc nhọn xuyên qua trần hốc mắt
- Gãy xương mũi-hốc mắt: chấn thương trực tiếp vào vùng mũi-hốc mắt, tai nạn giao thông
- Gãy xương gò má: lõm mắt hoặc lồi mắt do chấn thương

GÃY XƯƠNG SÀN HỐC MẮT

- Chấn thương đụng dập
- Vật có đường kính lớn hơn hốc mắt
- Áp lực đẩy nội dung của nhãn cầu về phía sau
- Tăng áp lực làm gãy thành xương: thường gặp nhất là thành trong và sàn hốc mắt
    - Thuần túy: thường gặp gãy xương kiểu cửa sập (do nắm tay, quả bóng, đầu gối)
    - Không thuần túy: vành hốc mắt cũng bị tổn thương (tai nạn giao thông)

CƠ CHẾ

- Hạn chế vận nhãn do kẹt cơ hoặc ròng rọc/bao cơ v.v.. do gãy xương
- Có thể hạn chế hoạt động cơ do viêm các cơ bị tổn thương
- Vận nhãn hạn chế hơn là liệt
- Thường gặp nhất là kẹt (& hạn chế) cơ thẳng dưới

KHÁM

- Hỏi bệnh sử và quan sát chung: bầm máu quanh hốc mắt, song thị, đau!
- Thị lực: giảm nếu có xuất huyết tiền phòng hoặc thủng nhãn cầu, chấn thương thị thần kinh
- Tư thế lệch đầu: cằm nâng lên nếu tổn thương sàn hốc mắt, mặt quay sang bên nếu tổn thương thành trong
- Test che mắt: lõm mắt, lác/lé dưới (tùy theo vị trí gãy xương)
- Vận nhãn: điển hình là hạn chế đưa mắt lên trên và xuống dưới (tổn thương sàn hốc mắt), hạn chế động tác đưa mắt vào trong và ra ngoài nếu tổn thương thành trong
- Song thị: có thể đổi hướng tùy theo hướng nhìn
- Bảng Hess: hạn chế rõ ở các trường ngoài, hạn chế ở các hướng đối lập, điển hình là hướng đứng
- Khám tổn hại ở đáy mắt và các môi trường của mắt, nhãn cầu
- Chụp X quang hốc mắt
- Đo nhãn áp: ở các tư thế nhìn khác nhau, cao nhất ở tư thế hạn chế vận nhãn
- Test kéo cơ cưỡng bức: do thần kinh/cơ học

ĐIỀU TRỊ

- Nên chờ tự hồi phục trong thời gian khoảng14 ngày
- Dùng lăng kính
- Chỉ định phẫu thuật: để sửa sàn hốc mắt & giải phóng cơ kẹt, ngăn chặn xơ hóa, chỉnh lác/lé
    - song thị
    - lõm mắt
    - gãy xương rộng
    - nhãn cầu thụt vào
    - tăng nhãn áp khi mắt nhìn lên
- Các trường hợp chuyển đi muộn sẽ không đáp ứng với điều trị do tạo thành sẹo xương cản trở sự giải phóng cơ

LÁC/LÉ DO CƠ

- Hạn chế vận nhãn do bệnh của bản thân cơ
- Có thể bị ở một hoặc nhiều cơ ngoại nhãn
- Thường ở hai mắt

- Phân loại
    - Liệt vận nhãn ngoại lai tuần tiến mạn tính
    - Bệnh nhược cơ (bệnh nhược cơ)
    - Bệnh mắt tuyến giáp (do cơ & do cơ học)
    - Hội chứng Lambert-Eaton-Rooke
    - Viêm cơ mắt

LIỆT VẬN NHÃN NGOẠI LAI TUẦN TIẾN MẠN TÍNH

- Là bệnh loạn dưỡng cơ hiếm gặp
- Tổn hại vận nhãn cân đối tăng dần, thường kèm theo sụp mi và liệt cơ vòng cung mi
- Cơ trơn thường không bị ảnh hưởng: còn co đồng tử và điều tiết
- Thường được chẩn đoán <30 tuổi, có tính di truyền
- Thường tiến triển thành liệt mắt toàn bộ
- Không có khả năng thuyên giảm
- Triệu chứng đến khám có thể là song thị, tùy theo sự cân đối

NGUYÊN NHÂN

- Bệnh nguyên phát của các cơ ngoại nhãn
- Kèm theo bệnh ti thể
- Bệnh riêng biệt hoặc là một phần của bệnh lan rộng hơn
    - Hội chứng Kearns-Sayre-Daroff
        - Liệt vận nhãn ngoại lai tuần tiến mạn tính ở trẻ em
        - Bệnh võng mạc sắc tố nhỏ
        - Bloc tim dẫn truyền

DẤU HIỆU

- Sụp mi: mi mắt sụp đến trục thị giác
- Đầu ngửa ra sau để cố gắng nâng mi lên
- Lông mày dướn lên để nâng mi
- Hay xoay đầu do hạn chế vận nhãn
- Bệnh giác mạc do hở mi: do yếu cơ vòng cung mi

ĐIỀU TRỊ

- Chẩn đoán: sinh thiết cơ, ti thể không đều
- Đeo kinh có cái đỡ mi (nâng mi lên)
- Dùng lăng kính nếu có song thị
- Phẫu thuật sụp mi, cần chú ý bệnh giác mạc do hở mi
- Có thể lác/lé ngoài độ lớn, phẫu thuật chỉnh lác/lé, thường tái phát

BỆNH NHƯỢC CƠ

NGUYÊN NHÂN

- Bệnh di truyền, tự miễn
- Xung thần kinh vận động từ não không được truyền một cách hiệu quả bởi chỗ nối thần kinh-cơ, gây ra yếu cơ tăng dần (bất kì cơ nào)
- Tương đối hiếm: tỉ lệ 1/10000
- Gặp ở khoảng tuổi 20-40, nữ giới có nguy cơ cao hơn
- Có các đặc điểm mắt và ngoài mắt
- Biểu hiện bằng sụp mi, song thị hoặc cả hai (các cơ ngoại nhãn bị tổn hại đầu tiên)
- Có thể thuyên giảm

ĐẶC ĐIỂM

- Thay đổi trong ngày: nặng hơn vào cuối ngày
- Thứ tự tần xuất các cơ bị ảnh hưởng
    - Cơ ngoại nhãn, cơ mặt, cơ hành tủy, cơ cổ, cơ gốc chi, cơ đầu chi và cơ thân mình
- Các cơ ngoại nhãn bị ảnh hưởng ở tất cả các loại nhược cơ, nếu chỉ các cơ ngoại nhãn trong 2 năm thì ít khả năng ảnh hưởng đến các cơ còn lại
- Nếu các cơ hô hấp bị ảnh hưởng thì bệnh có nguy cơ tử vong
- Kèm theo bệnh đái tháo đường, bệnh mắt tuyến giáp, viêm khớp dạng thấp

TRIỆU CHỨNG VÀ DẤU HIỆU

- Sụp mi
- Song thị
- Hạn chế vận nhãn: biểu hiện có thể giống liệt thần kinh. Ccơ đứng hạn chế nhiều hơn cơ ngang (cơ thẳng dưới)
- Liệt cơ vòng cung mi
- Yếu gốc chi
    - Triệu chứng xuất hiện khi ngồi, leo cầu thang, giơ tay cao hơn đầu trong bất kì khoảng thời gian nào
- Yếu cơ hành tủy và cơ hô hấp

PHÂN LOẠI

- Trẻ em
    - Sơ sinh
    - Bẩm sinh
    - Thiếu niên

- Người lớn
    - Mắt
    - Toàn thân
        - Nhẹ đến trung bình
        - Dữ dội cấp tính
        - Nặng muộn

KHÁM

- Hỏi bệnh sử
- Vận nhãn: thay đổi khác nhau
- Test Simpson (dấu hiệu mỏi cơ mi trên khi mắt nhìn lên)
- Dấu hiệu giật mi Cogan (yêu cầu bệnh nhân định thị ở hướng nguyên phát trong khi mắt đang ở hướng nhìn xuống thì mi trên giật lên quá mức sau đó trở lại tư thế sụp mi)
- Bảng Hess
- Test tensilon: tiêm tĩnh mạch thuốc kháng cholinesterase, chức năng cơ được cải thiện sau 1 phút
- Đo kháng thể trong huyết thanh
- Chụp x quang: đánh giá tuyến ức

ĐIỀU TRỊ

- Thuốc kháng cholinesterase/steroid
- Cắt bỏ tuyến ức
- Dùng lăng kính/bịt mắt
- Đeo kính có cái đỡ mi (nâng mi lên)
- Phẫu thuật: chỉ định khi sụp mi ổn định

HỘI CHỨNG LAMBERT-EATON-ROOKE

- Tổn hại dẫn truyền là tiền synap chứ không phải hậu synap như bệnh nhược cơ
- Liên quan chặt chẽ với carcinoma phổi
- Ít khi ảnh hưởng đến các cơ ngoại nhãn, hạn chế vận động 2 chân
- Yếu gốc chi
- Khô miệng
- Sụp mi

VIÊM CƠ MẮT

- Là bệnh viêm vô căn hiếm gặp ở các cơ ngoại nhãn
- Không có bệnh tuyến giáp, nhược cơ hoặc các bệnh tự miễn khác
- Bệnh ở một mắt hoặc 2 mắt, có thể ở một hoặc nhiều cơ ngoại nhãn

- Đến khám vì song thị kèm theo đau nhức, một số dấu hiệu khác
- Tổn hại chức năng
    - Sưng mi, phù kết mạc, lồi mắt, sụp mi

VIÊM CƠ MẮT: ĐIỀU TRỊ

- Steroid
- Phẫu thuật
    - Lác/lé còn lại do hạn chế vận nhãn

BỆNH BẠCH TẠNG

CƠ SỞ

- Bệnh bạch tạng là một bệnh thiếu sắc tố toàn thân hoặc khu trú ảnh hưởng đến tóc, da và/hoặc mắt, và có nguồn gốc di truyền

TRIỆU CHỨNG

- Thiếu sắc tố
- Bệnh bạch tạng mắt thường gây ra rung giật nhãn cầu, thường gặp nhất là rung giật nhãn cầu luân phiên chu kì

ĐÁNH GIÁ

- Quan sát sắc tố, thị lực thường giảm tới khoảng 6/24, tìm rung giật nhãn cầu
- Thị lực lập thể thường giảm, hợp thị kém, và thường có lác/lé

ĐIỀU TRỊ

- Bệnh bạch tạng gắn với hội chứng Chediak-Higashi (WBC) và bệnh Hermansky Pudlak (tiểu cầu): do đó chuyển cho bác sĩ để xem xét các bệnh này
- Điều trị rung giật nhãn cầu như ở phần “Lác/lé và rung giật nhãn cầu”. Ngoài ra cần cho kính chống chói mắt

CÁC BỆNH VÕNG MẠC (CẦN KHÁM NỘI KHOA)

- Một khối trong hốc mắt hoặc tổn thương khác làm di lệch các cơ ngoại nhãn có thể gây ra lác/lé bất đồng hành KHÔNG đặc trưng của bất kì bệnh thần kinh sọ nào

UNG THƯ VÕNG MẠC

CƠ SỞ

- Tỉ lệ khá ổn định trên thế giới là khoảng 1 trong 15000 trẻ em
- U ác tính của lớp tế bào quang thụ
- Có thể ở một mắt hoặc 2 mắt
- Tiên lượng liên quan trực tiếp với kích thước và sự lan rộng của khối u
  - Do đó cần chuyển NGAY đi điều trị

TRIỆU CHỨNG

- Triệu chứng thường gặp nhất là đồng tử trắng (thường khai thác được khi hỏi bệnh sử), cũng thường có lác/lé

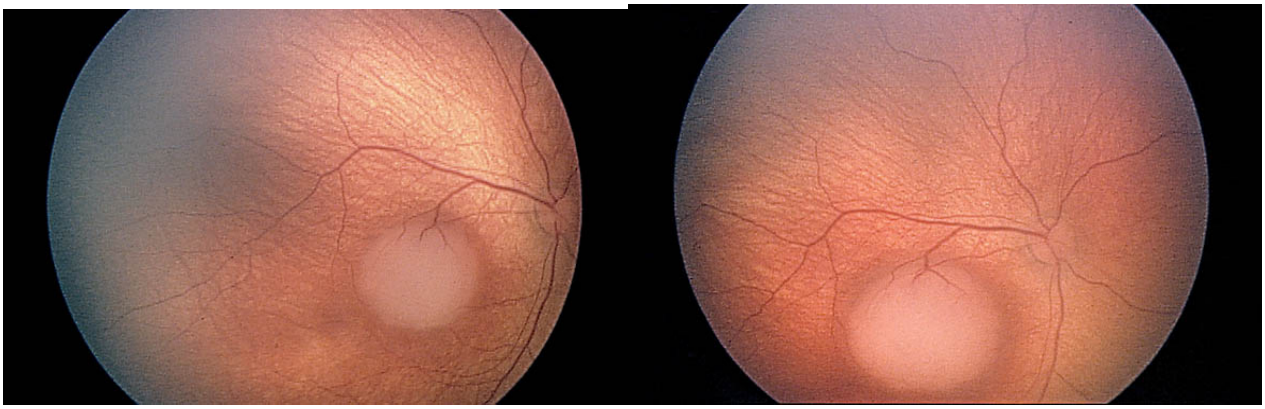
ĐÁNH GIÁ

- PHẢI có khả năng làm test Brückner
- Bao giờ cũng PHẢI khám cực sau
- PHẢI khám đáy mắt có giãn đồng tử nếu có chỉ định

ĐIỀU TRỊ

- PHẢI chuyển ngay cho bác sĩ nếu phát hiện được hoặc nếu không chắc chắn
- Điều trị bằng tia xạ và/hoặc cắt bỏ nhãn cầu

Đồng tử trắng do ung thư võng mạc (nguồn: Merck Manual Professional Edition online)



Hình 15.1: Ung thư võng mạc ở một trẻ nhỏ: ảnh trái chụp vào thứ sáu, ảnh phải (cùng mắt) chụp vào thứ hai khi quay lại để điều trị. Chú ý: ung thư có thể tiến triển nhanh, cần chuyển ngay để điều trị tốt nhất.

THOÁI HÓA HẮC-VÕNG MẠC

CƠ SỞ

- Bệnh Coats có sự rò rỉ lipid vào võng mạc từ các mạch máu võng mạc bất thường. Nguyên nhân của bệnh Coats còn chưa được biết rõ: tính di truyền chưa rõ ràng. Thường xuất hiện nhất ở trẻ trai 8 tuổi
- Bong võng mạc
- Bệnh toxocara và toxoplasma

TRIỆU CHỨNG

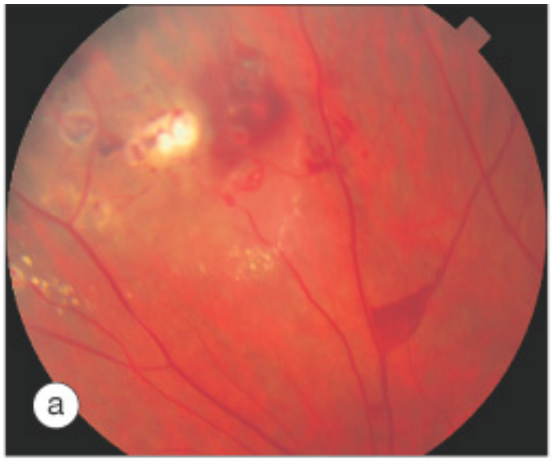
- Bệnh Coats thường biểu hiện bằng đồng tử trắng hoặc lác/lé
- Bong võng mạc có thể xảy ra sau chấn thương hoặc chấn thương sọ não, đôi khi biểu hiện bằng hoa mắt, nhìn hình biến dạng, nhìn thấy ruồi bay, v.v.
- Bệnh toxoplasma hoạt tính biểu hiện bằng phản ứng viêm toàn thân, sẹo toxoplasma không hoạt tính biểu hiện bằng giảm thị lực (phần lớn chỉ biểu hiện nếu sẹo lớn hoặc ảnh hưởng đến hoàng điểm), hoặc có thể không có triệu chứng

ĐÁNH GIÁ

- Quan trọng là khám đáy mắt có giãn đồng tử
- Tìm những yếu tố nguy cơ của bong võng mạc (cận thị cao, thoái hóa ở chu vi/vết rách/lỗ)
- Chụp OCT, khám đèn khe (tìm viêm màng bồ đào trước), đo thị lực và thị trường

ĐIỀU TRỊ

- Chuyển cho chuyên gia võng mạc để điều trị, khẩn cấp nếu có bệnh bệnh hoạt tính



© 2005 Elsevier Ltd. Pediatric Ophthalmology and Strabismus 3e.

Hình 15.2: Ảnh trái: bệnh Coats (ảnh của Taylor và Hoyt 2005).

Ảnh phải: sẹo toxoplasma không hoạt tính (ảnh của Tim Fricke và ACO)

TÓM TẮT CHẨN ĐOÁN CÁC BỆNH LÁC/LÉ

- Các nguyên nhân khác của lác/lé bao gồm bệnh võng mạc đái tháo đường và bong võng mạc
- **Chẩn đoán phân biệt lác/lé PHẢI bao gồm đánh giá đầu đủ phần sau nhãn cầu bởi chuyên gia khúc xạ hoặc bác sĩ nhãn khoa**
- Bạn phải trả lời được câu hỏi sau ở tất cả các bệnh nhân lác/lé:
    - TẠI SAO BỆNH NHÂN NÀY CÓ LÁC/LÉ Ở THỜI GIAN NÀY?
        - Lác/lé mới xuất hiện có thể làm một cấp cứu, không bao giờ bắt đầu điều trị hoặc cho bệnh nhân ra về mà không tìm nguyên nhân
        - Có thể tự tìm nguyên nhân, hoặc chuyển cho bác sĩ để chẩn đoán
        - Luôn nhớ bạn ở đâu trong quá trình khám

CÁC LỰA CHỌN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO LÁC/LÉ BẤT ĐỒNG HÀNH

- Ngoài yêu cầu chẩn đoán nguyên nhân, lác/lé bất đồng hành thường cũng đòi hỏi chăm sóc phục hồi chức năng
    - Để giảm song thị
    - Để có tư thế đầu dễ chịu
    - Để cải thiện thẩm mĩ
- Các lựa chọn gồm lăng kính, bịt mắt, gia phạt, phẫu thuật
    - Các liệt mới thường bất đồng hành và thay đổi theo thời gian
    - Có thể bịt mắt để tránh song thị
    - Việc này có thể trì hoãn hoặc tránh được các biện pháp điều trị tốn kém (một số lác/lé bất đồng hành sẽ tự khỏi)
    - Gia phạt quang học và/hoặc băng dính trong mờ, nhưng thường cần dùng băng mờ đục hơn

- Lăng kính
  - Dùng lăng kính làm cho hướng nhìn nguyên phát lệch đi để chỉnh tư thế đầu
  - Dùng cặp lăng kính để đưa 2 mắt về vị trí giảm lác/lé xoáy
- Phẫu thuật lác/lé bất đồng hành là một lĩnh vực chuyên khoa sâu: hãy giúp bệnh nhân tìm một chuyên gia thích hợp

VI LÁC/LÉ

ĐẶC ĐIỂM

- Lác/lé một mắt <10 điốp
- Ám điểm ức chế hoàng điểm ở mắt lác/lé
- Thị giác 2 mắt bất thường
- Giảm thị lực ở mắt lác/lé: 6/9?
- Thường có bất đồng khúc xạ
- Định thị cạnh trung tâm hoàng điểm/ tương ứng võng mạc bất thường
- Giảm thị lực lập thể

PHÂN LOẠI

- Vi lác/lé nguyên phát
  - Có nhận dạng (with identity)
    - Lác/lé không thấy được với test che mắt
  - Không có nhận dạng (without identity)
    - Lác/lé thấy được khi làm test che mắt
- Vi lác/lé thứ phát
  - Lác/lé còn lại sau chỉnh kính hoặc phẫu thuật lác/lé độ lớn

NGUYÊN NHÂN VÀ KHÁM

- Bất đồng khúc xạ: ảnh lệch tiêu ở mắt tật khúc xạ cao hơn
  - Ám điểm ức chế hoàng điểm
- Mục tiêu là chẩn đoán vi lác/lé và đánh giá chất lượng thị giác 2 mắt dựa vào biên độ hợp thị và thị lực lập thể
- Thị lực: thường giảm một dòng so với mắt tốt hơn
- Test che mắt: vi lác/lé khó nhận thấy động tác trả
  - Lác/lé ẩn, kiểm tra tốc độ động tác trả để đánh giá bù trừ
- Định thị: lệch tâm? phía mũi và phía trên trong lác/lé trong
- Test 4Δ đáy ngoài: kiểm tra ám điểm ức chế trung tâm
- Kính Bagolini, test 4 điểm Worth

- Biên độ hợp thị: có thể cho thấy lác/lé ẩn bù trừ
- Các test thị giác lập thể
- Đo bằng test che mắt với lăng kính (đặt lăng kính trước mắt có vi lác/lé, che mắt bình thường sau đó bỏ che, làm đến khi hết động tác trả)

ĐIỀU TRỊ

- Chỉnh tật khúc xạ, đeo kính liên tục
- Đạt được và duy trì thị lực tốt nhất: bịt mắt một phần thời gian
- Phục hồi thị giác 2 mắt
- Có thể gắn với lác/lé trong điều tiết toàn phần