BrienHoldenVisionInstitute

LÁC/LÉ TRONG

TÁC GIẢ

Tim Fricke

THẨM ĐỊNH

Shrikant Bharadwaj: Viện mắt LV Prasad

NỘI DUNG CỦA CHƯƠNG

CHẨN ĐOÁN LÁC/LÉ TRONG 1
ĐIỀU TRỊ LÁC/LÉ TRONG ĐIỀU TIẾT 5
TÀI LIỆU THAM KHẢO ..... **Error! Bookmark not defined.**

CHẨN ĐOÁN LÁC/LÉ TRONG

Lác/lé trong xảy ra khi có qui tụ quá mức không kiểm soát được bằng phân kì hợp thị. "Lỗi" có thể do yêu cầu hợp thị hoặc chất lượng hợp thị. 6 nguyên nhân thường gặp nhất của lác/lé trong là (các tỉ lệ lấy từ Mohney, 2001)[1]:

- Lác/lé trong điều tiết (53%)
- Lác/lé trong do bất thường thần kinh trung ương (17%)
- Lác/lé trong không điều tiết (10%)
- Lác/lé trong do giảm thị lực (7%)
- Lác/lé trong ở trẻ sơ sinh (5%)
- Lác/lé trong do thần kinh (2% liệt dây thần kinh số VI và 1% hội chứng co rút Duane)

[1]Cần chú ý rằng quần thể của Mohney là trẻ em có lác/lé trong đến khám mắt ở tuyến ba ở một vùng đa số là người châu Âu. Nó có thể thiên về những bất thường của hệ thần kinh trung ương hơn là một quần thể khám lâm sàng khúc xạ nhãn khoa bình thường.

Xác định nguyên nhân đặc biệt quan trọng đối với lác/lé trong, bởi vì nó ảnh hưởng trực tiếp đến điều trị. Thí dụ, *lác/lé trong điều tiết* thường điều trị tốt nhất bằng kính và điều trị nhược thị, trong khi điều trị *lác/lé trong ở trẻ sơ sinh* thường bao gồm phẫu thuật. Xác định nguyên nhân của lác/lé trong bao gồm mô tả hướng, tính thường xuyên, độ lác/lé, bên mắt, tính đồng hành hướng và tính đồng hành khoảng cách, cùng với (ít nhất):

1) Hỏi bệnh sử thích hợp xác định bản chất của quá trình xuất hiện bệnh và tìm các triệu chứng liên quan
    - Các triệu chứng bất thường giúp phân biệt các loại lác trong nguy hiểm (và chuyển đi điều trị thích hợp): Buồn nôn và/hoặc nôn, đau đầu khác thường, vụng về, suy nhược toàn thân, chấn thương, thay đổi cân nặng gần đây, thay đổi nội tiết, kém phát triển
2) Đo hiệu quả của kính cộng (thí dụ bằng test +3D Raab hoặc test tương tự)
3) Test chiếu sáng luân phiên để kiểm tra đường đồng tử hướng tâm
4) Tìm thích ứng thần kinh-cơ gắn với lác/lé trong ở trẻ sơ sinh (thí dụ rung giật nhãn cầu ẩn)
5) Đo khúc xạ liệt điều tiết
6) Quan sát bên ngoài mắt với chú ý đặc biệt đến sự lồi mắt
    - Lồi mắt cho biết lác/lé trong có thể nguy hiểm, do đó cần chuyển đi điều trị thích hợp
7) Khám mắt
    - Soi đáy mắt có giãn đồng tử: rất quan trọng
    - Kiểm tra sự trong suốt của các môi trường mắt
8) Kiểm tra các dấu hiệu bất thường
    - Rung giật nhãn cầu, tư thế lệch đầu, sụp mi, bất đồng hành, lồi mắt, bất thường đồng tử

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

1) LÁC/LÉ TRONG ĐIỀU TIẾT

Thường có góc lác/lé trung bình (10-50Δ), xuất hiện trong thời gian từ 1 đến 4 tuổi. Thường có viễn thị cao, và chỉnh viễn thị làm giảm đáng kể độ lác/lé. Tuy nhiên, nếu lác/lé trong điều tiết không được điều trị thì bệnh sẽ nặng hơn (một quá trình trong đó có thay đổi kích thước và số lượng đơn vị co sợi cơ [sarcomere] ở các cơ ngoại nhãn, làm cho cơ thẳng trong ngắn hơn và cơ thẳng ngoài dài hơn, dẫn đến mất đáp ứng với điều chỉnh viễn thị). Điều trị sẽ được đề cập chi tiết ở phần sau.

***Hình 13.1**: Lác/lé trong điều tiết không được điều trị (A) và điều trị bằng kính cộng (B)*

LÁC/LÉ TRONG ĐIỀU TIẾT THƯỜNG ĐƯỢC CHIA THÀNH 3 LOẠI:

- Lác/lé trong điều tiết do khúc xạ có viễn thị cao là nguyên nhân chính, mặc dù tỉ số AC/A ít khi bình thường
- Lác/lé trong điều tiết không do khúc xạ có tỉ số AC/A cao là nguyên nhân chính: có thể có bất kì tật khúc xạ nào (bao gồm cận thị), nhưng hầu hết thường có viễn thị phù hợp với tuổi
- Lác/lé trong điều tiết hỗn hợp có cả viễn thị cao và tỉ số AC/A cao

2) LÁC/LÉ TRONG DO BỆNH THẦN KINH TRUNG ƯƠNG

Các lác/lé này có thể các bệnh bẩm sinh như liệt não, chậm phát triển, tự kỉ, rung giật nhãn cầu lắc lư đầu, hội chứng Down, chứng co thắt ở trẻ sơ sinh, tràn dịch não. Hoặc có thể các bệnh mắc phải như xuất huyết não, tai nạn giao thông, viêm màng não. Các bệnh mắc phải có thể là những bệnh cấp cứu ảnh hưởng đến sinh mạng: do đó cần phải chuyển đi ngay nếu có những triệu chứng bất thường được mô tả ở trên.

3) LÁC/LÉ TRONG KHÔNG ĐIỀU TIẾT

Tuổi trung bình ở thời điểm chẩn đoán là 4 tuổi, với khoảng tuổi từ 10 tháng đến 18 tuổi (Jacobs và cs 2011). Nguyên nhân của lác/lé trong không điều tiết còn chưa rõ ràng:

- Có phải là lác/lé trong điều tiết thoái hóa chưa được điều trị thích hợp không? (Fawcett và Birch, 2003)
- Hoặc có bệnh cơ nguyên phát chỉ có thể điều trị bằng phẫu thuật? (Gobin, 2001)

Có thể là một phần của mỗi dạng này. Dù sao đi nữa, cần chỉnh viễn thị nếu có, cùng với tập mắt để giảm ức chế và cải thiện hợp thị. Nhưng đừng ngạc nhiên nếu họ cần phẫu thuật, và không chờ đợi quá lâu (Mohney 2001b). Jacobs và cs (2011) thấy rằng trong 73% được phẫu thuật, hầu hết đạt được thị lực lập thể thô sơ, và 6% đạt thị lực lập thể 50” hoặc tốt hơn.

4) LÁC/LÉ TRONG DO THỊ LỰC KÉM

Mù hai mắt không thể hợp thị. Mù 2 mắt thường dẫn đến rung giật nhãn cầu tìm kiếm, nhưng mù một mắt thường dẫn đến lác/lé: có thể lác/lé trong hoặc lác/lé ngoài tùy theo xu hướng bẩm sinh. Tìm nguyên nhân, và chuyển bác sĩ hoặc điều trị thích hợp.

5) PHỨC HỢP LÁC/LÉ TRONG Ở TRẺ SƠ SINH

Lác/lé trong ở trẻ sơ sinh biểu hiện bằng một tập hợp các dấu hiệu thần kinh-cơ, do đó có thể được xếp loại là một "phức hợp". Các dấu hiệu này bao gồm lác/lé, hợp thị kém, rung giật nhãn cầu ẩn, động tác dõi theo một mắt chậm về phía mũi và phía thái dương bất cân đối. Lác/lé đứng phân li, và rối loạn chức năng cơ chéo. Những trẻ em bị các tổn thương não trong thời kì chu sinh có nguy cơ phức hợp lác/lé trong sơ sinh cao gấp 30-60 lần (Tyschen, Arch Ophthalmol 2012).

Lác/lé có thể là bất kì độ nào, PEDIG (AM J Ophthalmol 2002) thấy chỉ 49% có góc lác lớn hơn 40Δ. Lác/lé thường thường xuất hiện rõ ở khoảng 3 đến 9 tháng tuổi, và không thay đổi với kính cộng.

Những bệnh nhân lác/lé trong ở trẻ sơ sinh thường không có thị giác lập thể suốt đời. Tuy nhiên, thường không có nhược thị bởi vì 50% các trường hợp là luân phiên, sử dụng định thị chéo để định thị ổn định.

Lác/lé trong ở trẻ sơ sinh có thể tự khỏi, nhất là nếu lác/lé dưới 40Δ, và từng lúc hoặc thay đổi. Khả năng tự khỏi cũng thường gặp hơn ở trẻ em dưới 20 tuần tuổi. Nếu không thì thường cần phẫu thuật. Tyschen (2005) và Costenbader (1961) thấy rằng 1 trong 5 trẻ em có thể có thị lực lập thể thô sơ nếu được phẫu thuật lúc 1 tuổi. Thời gian lác/lé ngắn hơn liên quan với thị lực lập thể tốt hơn (dự định trong vòng 60 ngày hoặc ít hơn): do đó cần chuyển đi điều trị ngay.

6) LIỆT DÂY THẦN KINH SỐ VI

Biểu hiện bằng lác/lé trong độ lớn ở tư thế nhìn nguyên phát với 3 đặc điểm riêng biệt:

- Độ lác lớn hơn khi nhìn xa, nhỏ hơn khi nhìn gần
- Lác/lé trong tăng khi nhìn sang bên liệt (có thể có lệch đầu để tránh điều này)
- Mắt liệt không đưa được ra ngoài

Liệt thần kinh VI có thể là bẩm sinh hoặc mắc phải. Nguyên nhân có thể là vô căn, do mạch máu, chấn thương hoặc khối u: cần chuyển khám phát hiện nguyên nhân (cần xét nghiệm máu và chụp cắt lớp).

***Hình 13.2**: Liệt dây thần kinh số VI*

7) LÁC/LÉ TRONG Ở HỘI CHỨNG DUANE

Hội chứng Duane có 3 typ, trong đó typ 1 thường gặp nhất. Typ 1 của hội chứng Duane có hạn chế vận nhãn ra ngoài ở 1 hoặc cả 2 mắt, gây ra lác/lé trong bất đồng hành có thể gây nhầm lẫn với liệt dây thần kinh số VI. Đặc điểm để phân biệt typ 1 Duane với liệt dây thần kinh số VI là typ 1 Duane có nhãn cầu thụt vào (và/hoặc sụp mi) khi mắt đưa vào trong.

15% có ở 2 mắt. Hội chứng Duane thường gặp hơn ở nữ (4/1). Một số người có bệnh bẩm sinh kèm theo: cần chuyển khám bác sĩ nhi khoa.

Quyết định điều trị dựa vào tư thế mắt ở hướng nhìn nguyên phát:

- Bệnh nhân có 2 mắt thẳng ở tư thế nguyên phát có thể không cần điều trị
- Bệnh nhân có lác/lé đáng kể ở tư thế nguyên phát, hoặc lệch đầu nhiều để đạt được 2 mắt thẳng sẽ cần điều trị bằng lăng kính hoặc phẫu thuật

***Hình 13.3**: Một cháu bé có hội chứng Duane typ 1: chú ý là mắt trái thụt vào khi nhìn sang phải, và mắt trái không nhìn được sang trái.*

8) CÁC LÁC/LÉ TRONG KHÁC

Lác/lé trong đôi khi là biểu hiện của một bệnh khác. Những bệnh chính đe dọa thị lực và sinh mạng là các tổn thương hốc mắt như sacôm cơ vân và u thần kinh đệm cua đường thị giác. Chi tiết về các bệnh này nằm ngoài phạm vi của khóa học, nhưng cần chú ý phát hiện lồi mắt và chuyển đi chẩn đoán hình ảnh nếu thấy.

ĐIỀU TRỊ LÁC/LÉ TRONG ĐIỀU TIẾT

Nên phân chia điều trị lác/lé trong điều tiết thành 4 giai đoạn.

GIAI ĐOẠN 1: NGĂN CHẶN CÁC THÍCH ỨNG VẬN ĐỘNG TĂNG THÊM

Kê đơn kính để cho 2 mắt thẳng nhất có thể. Bất kể lác/lé trong là do điều tiết, không điều tiết hoặc loại hỗn hợp, điều này được thực hiện bằng cách giảm điều tiết dựa vào các nguyên tắc kê đơn kính như sau (trích từ Berk và cs (JAAPOS 2004) và Ludwig và cs inc Parks (JAAPOS 2005)):

- Chỉnh toàn bộ khúc xạ liệt điều tiết nếu cần, nhưng đôi khi chỉ cần một độ kính cộng hơi thấp hơn cũng đạt được 2 mắt thẳng *ổn định*

- Chỉnh khúc xạ ở mắt tốt hơn sẽ làm hết lác/lé
- Chỉnh khúc xạ ở mắt lác/lé cho phép điều trị nhược thị (giai đoạn 2)

***Hình 13.4**: Ảnh trái: MP lác/lé trong, MT định thị (do đó điều khiển điều tiết).*
Ảnh phải: 2 mắt thẳng khi giảm điều tiết ở mắt (trái) định thị

GIAI ĐOẠN 2: ĐIỀU TRỊ CÁC THÍCH ỨNG THỊ GIÁC MỘT MẮT

Điều trị nhược thị để đạt được thị lực tốt nhất ở mỗi mắt: xem chi tiết ở chương Nhược thị.

GIAI ĐOẠN 3: ĐIỀU TRỊ CÁC THÍCH ỨNG VẬN ĐỘNG VÀ THÍCH ỨNG THỊ GIÁC 2 MẮT

Phục hồi sự thẳng hàng 2 mắt tốt nhất có thể. Có thể cần chỉnh viễn thị cao hơn, hoặc một công suất nhìn gần ở kính 2 tròng (tròng đọc hình chữ D, 35mm, đặt cao tới bờ đồng tử), tập mắt (cải thiện biên độ phân-tụ hợp thị), và/hoặc phẫu thuật.

- Thường cần kính 2 tròng khi tỉ số AC/A cao, tức là ở loại lác/lé trong điều tiết không do khúc xạ hoặc loại hỗn hợp

Đạt được thị giác 2 mắt tốt nhất có thể. Birch và cs (JAAPOS 2004) xác định rằng điều này cần thiết cho sự ổn định lâu dài của thẳng hàng 2 mắt. Việc này thường đòi hỏi tập mắt (bịt mắt, gia phạt, các bài tập chống ức chế).

GIAI ĐOẠN 4: THÚC ĐẨY SỰ CHÍNH THỊ HÓA

Nhiều nghiên cứu đã xác định rằng có một cách và thời gian thích hợp để cho bệnh nhân bỏ kính viễn thị (Lambert và cs 2003, Hutcheson và cs 2003, Lambert & Lynn 2006). Tức là khi đạt được 2 mắt thẳng ổn định, thường là trong thời gian học cấp 1, bắt đầu giảm kính cộng mỗi lần 0.50D (ở 2 mắt).

- Đây là một loại tập mắt thụ động: khả năng hợp thị được cải thiện dần mỗi lần giảm độ kính cộng.
- Đây là một công việc lâu dài: chỉ 8% trẻ em lác/lé trong điều tiết có thể đạt được sự thẳng hàng 2 mắt mà không cần kính 5 năm sau chẩn đoán
- Lambert và cs (2003) đã giúp được 60% trẻ em lác/lé trong điều tiết bỏ dùng kính 10 năm sau chẩn đoán (các tác giả khác đã cố gắng thúc đẩy quá trình này chỉ đạt 20%: thí dụ Mohney và cs 2011)
- Những trẻ đẻ non hoặc có viễn thị ban đầu cao thì khả năng bỏ kính ít hơn nhiều

- Những trẻ có điều tiết tốt hơn có thể giảm kính cộng thành công hơn (Somer và cs trong Am J Ophthalmol 2006): cần nhớ rằng soi bóng đồng tử MEM là cách tốt nhất để củng cố khả năng điều tiết (Hunter trong Surv Ophthalmol 2001)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Donnelly UM. Horizontal strabismus worldwide--what are the risk factors? Ophthalmic Epi 2012;19(3):117-9

McKean-Cowdin R, et al. Prevalence of amblyopia or strabismus in asian and non-Hispanic white preschool children: multi-ethnic pediatric eye disease study. Ophthalmol 2013;120(10):2117-24

Yu CB, Fan DS, Wong VW, Wong CY, Lam DS. Changing patterns of strabismus: a decade of experience in Hong Kong. British J Ophthalmol 2002;86(8):854-6

Ntim-Amponsah CT, Ofosu-Amaah S. Prevalence of refractive error and other eye diseases in schoolchildren in the Greater Accra region of Ghana. J Ped Ophthal Strab 2007;44(5):294-7

Tinley C, Grotte R. Comitant horizontal strabismus in South African black and mixed race children - a clinic-based study. Ophthalmic Epi 2012;19(2):89-94

Mohney. Common forms of childhood esotropia. Ophthalmol 2001;108:805-09

PEDIG. The Clinical Spectrum of Early-onset Esotropia. Am J Ophthalmol 2002;133:102-8

Tychsen, L. The Cause of Infantile Strabismus Lies Upstairs in the Cerebral Cortex, Not Downstairs in the Brainstem. Editorial in Arch Ophthal 2012;130(8):1060-1061

Tychsen L. Can ophthalmologists repair the brain in infantile esotropia? Early surgery, stereopsis, monofixation syndrome, and the legacy of Marshall Parks. Journal of AAPOS 2005;9(6):510-21

Jacobs SM, Green-Simms A, Diehl NN, Mohney BG. Long-term follow-up of acquired nonaccommodative esotropia in a population-based cohort. Ophthalmol 2011;118(6):1170-4

Fawcett SL, Birch EE: Risk factors for abnormal binocular vision after successful alignment of accommodative esotropia. Journal of AAPOS 2003;7:256-62

Birch, Stager, Berry and Leffler. Stereopsis and long-term stability of alignment in esotropia. Journal of AAPOS 2004;8:146-150

Gobin MH. Surgery for fully accommodative esotropia. Binocul Vis Strabismus Q 2001;16:81-2

Berk, Kocak and Ellidokuz. Treatment outcomes in refractive accommodative esotropia. JAAPOS 2004;8:384-88

Ludwig, Imberman, Thompson and Parks. Long-term study of accommodative esotropia. JAAPOS 2005;9:522-26

Lambert SR, Lynn M, Sramek J, Hutcheson KA. Clinical features predictive of successfully weaning from spectacles those children with accommodative esotropia. J AAPOS 2003; 7: 7-13

Hutcheson KA, Ellish NJ, Lambert SR. Weaning children with accommodative esotropia out of spectacles: a pilot study. Br J Ophthalmology 2003; 87: 4-7

Lambert SR, Lynn MJ. Longitudinal changes in the spherical equivalent refractive error of children with accommodative esotropia. British J Ophthalmol 2006;90(3):357-61

Somer D, Cinar FG, Duman S. The accommodative element in accommodative esotropia. Am J Ophthalmology 2006; 141: 819-826

Hunter DG. Dynamic retinoscopy: the missing data. Surv Ophthalmol 2001;46:269-274

Mohney BG, et al. The long-term follow-up of accommodative esotropia in a population-based cohort of children. Ophthalmology 2011;118(3):581-5

Liang S LH, Fricke TR. Diagnosis and Management of Accommodative Esotropia. Clin Exp Optom 2006;89(5): 325-331