CÁC BỆNH RIÊNG BIỆT

TÁC GIẢ

Anand Moodley: Khoa thần kinh, Đại học KwaZulu Natal

THẨM ĐỊNH

Leonard Messner: Đại học khúc xạ nhãn khoa khoa Illinois

NỘI DUNG CỦA CHƯƠNG

VIÊM THỊ THẦN KINH 2
TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ VÔ CĂN 6
BỆNH NHƯỢC CƠ 8
BỆNH MẮT DO BASEDOW 10
BỆNH THIẾU MÁU CỤC BỘ ĐẦU THỊ THẦN KINH 10
VIÊM HỐC MẮT VÔ CĂN 11
SONG THỊ 12
XỬ LÍ SONG THỊ 12
HỎI BỆNH SỬ 12
KHÁM MẮT 14
XÉT NGHIỆM 16
ĐIỀU TRỊ 16
TÓM TẮT SONG THỊ 16

VIÊM THỊ THẦN KINH

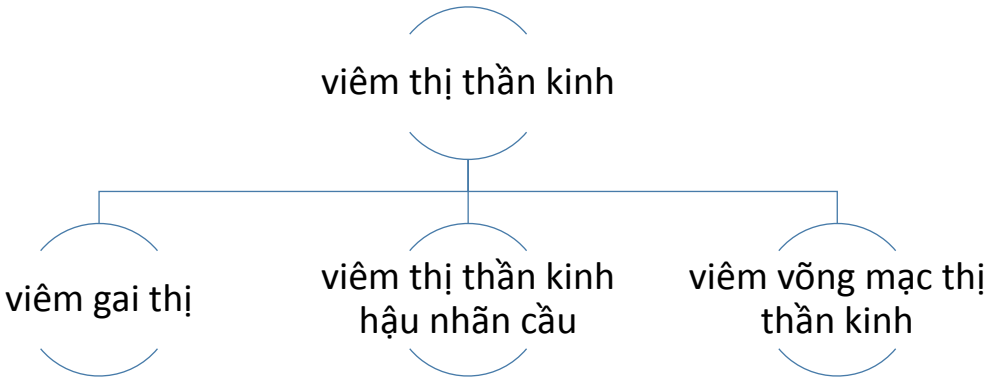
Viêm thị thần kinh là một bệnh tự miễn do hủy myelin của thị thần kinh. Bệnh có thể vô căn, sau nhiễm trùng, hoặc là một thành phần của bệnh xơ cứng rải rác. (Scheifer et al. Clinical Neuro-ophthalmology 2007).

Viêm thị thần kinh bao gồm:

- Viêm gai thị
- Viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu
- Viêm võng mạc thị thần kinh

20% viêm thị thần kinh là viêm gai thị và 80% là hậu nhãn cầu, như vậy viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu thường gặp hơn và có thể dễ bị hơn do độ dài của thị thần kinh.

Bất kì bệnh nhân nào có tổn hại đồng tử hướng tâm tương đối, giảm sắc giác và cảm nhận độ sáng cũng cần được chụp não cộng hưởng từ. Tổn hại thị trường trung tâm kèm theo phù gai (do tăng áp lực nội sọ) xảy ra nếu phù gai mạn tính, phù lan tới vùng hoàng điểm, hoặc kèm theo xuất huyết hoàng điểm. Nếu không, phù gai sẽ kèm theo thị trường thu hẹp và điểm mù to ra.



Hình 7.1: *Viêm thị thần kinh*

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA VIÊM THỊ THẦN KINH

Viêm thị thần kinh có những đặc điểm sau:

- Giảm thị lực cấp hoặc bán cấp.
- Đau khi mắt chuyển động, do viêm đã lan đến bao thị thần kinh. Bệnh thường một mắt ở người lớn và 2 mắt ở trẻ em (bệnh sởi, quai bị).
- Rối loạn sắc giác (test so sánh nắp lọ thuốc màu đỏ)
- Giảm cảm nhận độ sáng (test so sánh độ sáng)
- Triệu chứng Uhthoff là giảm thị lực gắn với tăng nhiệt độ cơ thể, gợi ý bệnh hủy myelin. Xảy ra khi tập thể dục hoặc tắm nước nóng.
- Hầu như không bao giờ mất phân biệt sáng tối, thị lực thường là phân biệt sáng tối hoặc đếm ngón tay
- Hiện tượng Pulfrich xảy ra trong viêm thị thần kinh một mắt. Nó đã được chứng minh trong thực nghiệm trong đó bệnh nhân thấy một quả lắc chuyển động theo một đường vòng hơn là chuyển động ngang do chênh lệch tốc độ dẫn truyền giữa 2 mắt. Bệnh nhân có hiện tượng Pulfrich phàn nàn rằng khi lái xe họ thấy đường thẳng trên đường nhìn cong hơn là đường thẳng. Tổn hại myelin làm cho tốc độ dẫn truyền của bên bất thường giảm so với bên bình thường.
- Dấu hiệu LeHermitt: bệnh nhân gập cổ, cảm giác ngứa ran xuống các chi.

VIÊM GAI THỊ

Bệnh căn:

- Vô căn
- Nhiễm trùng ở trẻ nhỏ
- Bệnh sởi
- Bệnh quai bị
- Bệnh thủy đậu
- Viêm màng não
- Viêm đường hô hấp trên
- Người lớn: nhiễm vi rút, viêm hắc mạc cạnh gai, bệnh toxoplasma, bệnh xơ cứng rải rác

Dấu hiệu:

- Giảm thị lực một mắt đột ngột
- Tổn hại đồng tử hướng tâm tương đối (tổn hại phản xạ ánh sáng trực tiếp cùng bên với tổn hại đường hướng tâm)
- Phù đĩa thị, tế bào trong dịch kính
- Bao trắng quanh mạch máu
- Giảm sắc giác và giảm cảm nhận độ sáng
- Tổn hại thị trường trung tâm, ám điểm trung tâm-điểm mù, hoặc ám điểm hình cung

Điều trị:

- Corticosteroid
- Có thể dùng các thuốc ức chế miễn dịch không corticosteroid nếu bệnh nhân không thích hợp corticosteroid hoặc cần điều tích cực lâu dài
- Kháng sinh nếu có nhiễm trùng

VIÊM THỊ THẦN KINH HẬU NHÃN CẦU

Viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu có đĩa thị biểu hiện bình thường, giảm thị lực cấp tính một mắt và tổn hại đồng tử hướng tâm tương đối.

Bệnh căn:

- Bệnh xơ cứng rải rác (80% viêm thị thần kinh do bệnh xơ cứng rải rác là viêm hậu nhãn cầu)
- Bệnh colagen mạch máu (thí dụ bệnh luput ban đỏ hệ thống)
- Nhiễm vi-rút (Epstein-Barr, thủy đậu-zona)
- Nhiễm trùng u hạt: Lao, giang mai, bệnh sarcoid, Cryptococcus
- Viêm trong mắt (thí dụ viêm màng bồ đào)
- HIV

Dấu hiệu:

- Giảm thị lực
- Đĩa thị bình thường: không có phù (đây là điểm phân biệt giữa viêm thị thần kinh và viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu)
- Viêm thị thần kinh sau nhãn cầu
- Tổn hại đồng tử hướng tâm tương đối
- Đau khi vận động mắt

VIÊM VÕNG MẠC THỊ THẦN KINH

Viêm võng mạc thị thần kinh đặc trưng bởi viêm gai thị và sao hoàng điểm gồm có xuất tiết cứng.

Bệnh căn:

- Nhiễm vi-rút
- Bệnh mèo cào
- Giang mai
- Bệnh Lyme

Dấu hiệu:

- Giảm thị lực
- Giảm sắc giác
- Phù đĩa thị
- Sao hoàng điểm
- Bệnh tự hạn chế, khỏi trong 6 – 12 tháng

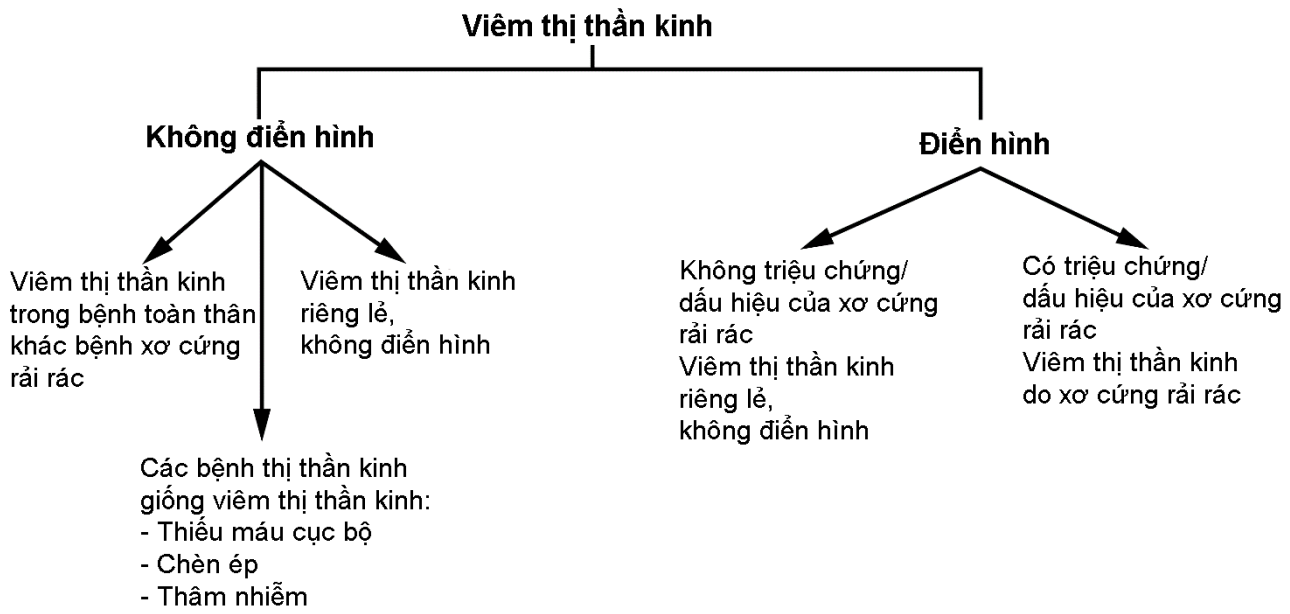
Bảng 7.1: *Tóm tắt những đặc điểm lâm sàng của viêm thị thần kinh*

	Viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu	**Viêm võng mạc thị thần kinh**	**Viêm gai thị**
Đĩa thị	bình thường	phù	phù
Thị lực	giảm	giảm	giảm
Đồng tử	tổn hại đồng tử hướng tâm tương đối	bình thường	tổn hại đồng tử hướng tâm tương đối

ĐIỀU TRỊ VIÊM THỊ THẦN KINH

Trước khi bắt đầu điều trị, cần phải loại trừ bệnh nhiễm trùng hoặc bệnh suy giảm miễn dịch. Không nên dùng steroid đường uống trong các trường hợp điển hình. Methylprednisolone truyền tĩnh mạch 250mg/ 6 giờ một lần x 3 ngày, sau đó là Prednisone 1mg/kg trong 11 ngày (khuyến cáo của Nghiên cứu ONTT = Optic Neuritis Treatment Trial). Nếu điều trị sớm và tích cực, thị lực phục hồi rất tốt.

VIÊM THỊ THẦN KINH ĐIỂN HÌNH VÀ KHÔNG ĐIỂN HÌNH



Hình 7.2: *Viêm thị thần kinh điển hình và không điển hình*

Viêm thị thần kinh có thể được chia thành

- Viêm thị thần kinh điển hình
- Viêm thị thần kinh không điển hình

Viêm thị thần kinh điển hình

Viêm thị thần kinh điển hình đặc trưng bằng giảm thị lực một mắt cấp tính hoặc bán cấp do tổn hại myelin nguyên phát của thị thần kinh. Nó kèm theo đau ở quanh mắt, đau tăng lên khi mắt vận động. Có tổn hại đồng tử hướng tâm, giảm thị lực và tổn hại thị trường ở mắt bị bệnh. Đĩa thị biểu hiện bình thường trong phần lớn các trường hợp. Viêm thị thần kinh điển hình có thể là một bệnh vô căn đơn độc hoặc một phần của bệnh xơ cứng rải rác. Chức năng thị giác phục hồi gần như hoàn toàn trong vòng 6 tháng ở khoảng 85% các trường hợp.

Viêm thị thần kinh không điển hình

Viêm thị thần kinh không điển hình đặc trưng bằng giảm thị lực do tổn hại myelin thứ phát của thị thần kinh. Các nguyên nhân thường gặp gồm:

- Bệnh sarcoid
- Các bệnh tự miễn không có xơ cứng rải rác
- Viêm màng bồ đào
- Viêm võng mạc nhiễm trùng và viêm màng não
- Các bệnh vô căn

Các dấu hiệu lâm sàng của viêm thị thần kinh không điển hình:

- Giảm thị lực
- Tổn hại thị trường dạng bó sợi thần kinh
- Tổn hại đồng tử hướng tâm
- Phù đĩa thị
- Các dấu hiệu của viêm màng bồ đào sau gồm: thâm nhiễm hắc mạc, tế bào trong dịch kính

- Bệnh võng mạc bao gồm thâm nhiễm, bong thanh dịch và xuất tiết hoàng điểm hình sao
- Có thể có viêm màng bồ đào trước

Cần điều trị căn nguyên. Thị lực cải thiện với điều trị corticosteroid (đáp ứng corticosteroid) và xấu đi khi giảm hoặc ngừng corticosteroid (phụ thuộc corticosteroid).

VIÊM MẮT-TỦY-THẦN KINH (HỘI CHỨNG DEVIC)

Viêm mắt-tủy-thần kinh đặc trưng bằng viêm thị thần kinh một mắt hoặc 2 mắt, tiếp theo là viêm tủy ngang và liệt lên. Những đặc điểm để phân biệt với viêm thị thần kinh điển hình gồm:

- Thường xuất hiện ở tuổi lớn (cuối những năm tuổi 30)
- Giảm thị lực nặng ở 2 mắt, khả năng phục hồi hạn chế.
- Chụp não cộng hưởng từ thường bình thường.
- Tổn thương nhiều đoạn rời rạc hoặc liên tục của tủy sống.
- Hiệu giá kháng thể IgG viêm mắt-tủy-thần kinh dương tính.

TĂNG ÁP LỰC NỘI SỌ VÔ CĂN

CÁC TỪ ĐỒNG NGHĨA

- **Giả u não**: bệnh nhân biểu hiện như là có khối u ở não
- **Tăng áp lực nội sọ lành tính**: khi nó có thể gây ra giảm thị lực/mù thì không còn được coi là lành tính
- **Tràn dịch não do viêm tai**: bệnh nhân có những tiếng ồn trong đầu, tiếng vo vo, tiếng rít

ĐỊNH NGHĨA

Tăng áp lực nội sọ vô căn là một hội chứng đặc trưng bằng tăng áp lực nội sọ mà không có bằng chứng của tổn thương choán chỗ, tràn dịch não, hoặc huyết khối xoang tĩnh mạch (chụp cắt lớp não bình thường). Tăng áp lực nội sọ có thể gây ra mờ mắt thoáng qua. Nguyên nhân là do trở ngại dẫn lưu dịch não tủy ở các hạt màng nhện (arachnoid granulations).

BỆNH CĂN

- Chưa biết rõ
- Nhiều bệnh có liên quan
    - Béo phì (hoặc mới tăng cân). Có hạn chế máu chảy vào ngực từ não và bụng, do đó tăng áp lực ở các chi trên và đầu.
    - Thừa/thiếu vitamin A
    - Nội tiết: có thai, kinh nguyệt không đều (2 ngày, hoặc đôi khi kéo dài 8-10 ngày), bệnh Addison (giảm chức năng tuyến thượng thận), buồng trứng đa nang
    - Bệnh huyết học: thiếu máu do thiếu sắt, bệnh tăng hồng cầu
    - Thuốc: thuốc tránh thai đường uống, ngừng steroid, tetracycline, axit nalidixic, kem trị mụn trứng cá

CƠ CHẾ

- Có phù não và tăng áp lực dịch não tủy do giảm hấp thụ dịch não tủy. Dịch não tủy được hấp thụ bởi các hạt màng nhện và obscuration gây tăng áp lực dịch não tủy.
- Tăng áp lực nội sọ cũng có thể do tăng sản xuất dịch não tủy.
- Hẹp xoang tĩnh mạch
- Có nhiều nghiên cứu xác nhận các cơ chế khác nhau này. (cơ chế phổ biến nhất: giảm hấp thụ dịch não tủy)

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

Tăng áp lực nội sọ vô căn xảy ra ở bệnh nhân mọi lứa tuổi nhưng thường gặp hơn ở khoảng tuổi 30 đến 40. Bệnh thường xảy ra ở nữ nhiều hơn so với nam giới (tỉ lệ 8:1), đặc biệt ở nhóm vô căn.

TRIỆU CHỨNG

Bệnh nhân bị tăng áp lực nội sọ vô căn có các triệu chứng:

- Đau đầu
- Mờ mắt thoáng qua
- Giảm thị lực
- Ù tai (thường có tiếng gió rít trong đầu)
- Song thị

Đặc điểm của đau đầu là khiến cho bệnh nhân phải thức dậy vào các giờ sớm của buổi sáng, đau nặng hơn khi cúi về phía trước, khi ho hoặc căng thẳng, kèm theo nôn và đau đầu nặng hơn khi nằm.

Mờ mắt thoáng qua có thể tồn tại trong vài giây. Ù tai và song thị do tăng áp lực dịch não tủy. Có thể có liệt dây thần kinh số VI không đúng vị trí tổn thương. Ở nữ giới, cần nghĩ đến tăng áp lực nội sọ vô căn nếu có sút cân, giữ nước, và rối loạn kinh nguyệt. Nó cũng có thể xảy ra trong 3 tháng đầu của thai kì hoặc giai đoạn sau khi sinh.
Mờ mắt thoáng qua tồn tại trong vài giây → khi di chuyển đầu thì mất thị lực.

DẤU HIỆU

Các dấu hiệu chính của tăng áp lực nội sọ vô căn gồm có:

- Béo phì
- Phù gai
- Liệt dây thần kinh số VI

THĂM KHÁM

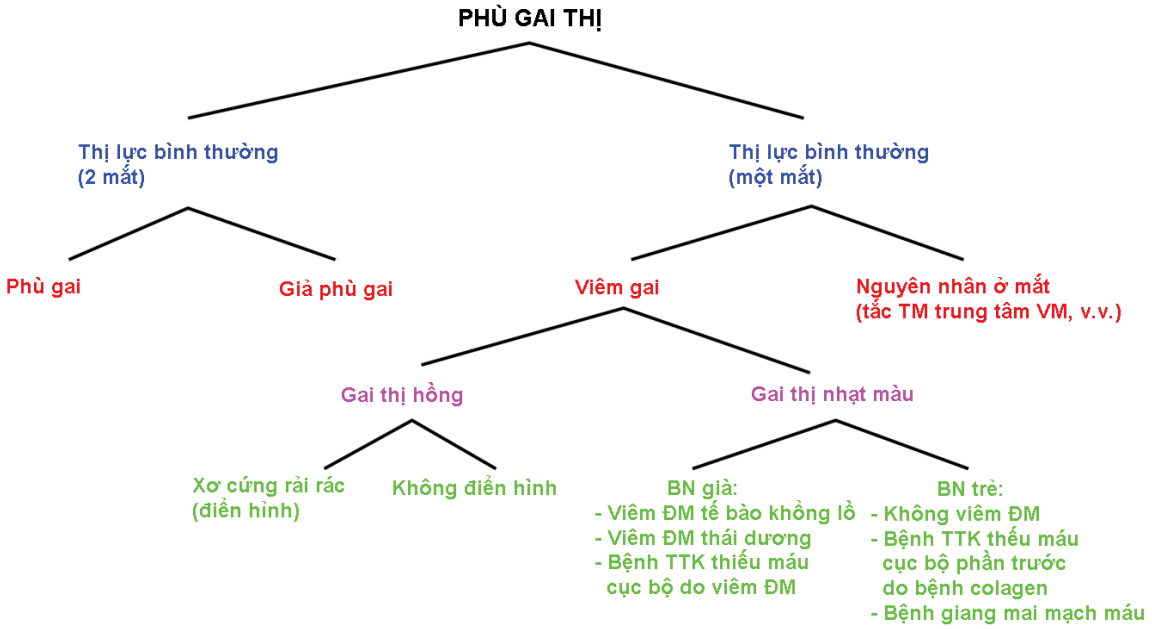
- Chụp não: các não thất thường nhỏ. Có thể có dấu hiệu yên bướm trống rỗng
- Thị trường: nếu điểm mù to ra thì theo dõi thu hẹp thị trường ngoại vi
- Chọc đốt sống thắt lưng: áp lực dịch não tủy > 25cm (bình thường là 10-20cm nước)
- Theo dõi áp lực nội sọ: nếu chẩn đoán còn chưa rõ ràng
- Chụp tĩnh mạch cộng hưởng từ: sẽ thấy huyết khối xoang tĩnh mạch do cản trở hấp thụ dịch não tủy.

ĐIỀU TRỊ

- Điều trị căn nguyên nếu biết, thí dụ nếu do thuốc hoặc thuốc tránh thai thì phải ngừng ngay.
- Giảm cân nếu nguyên nhân là béo phì.
- Thuốc: - Acetazolamide (Diamox), Topiramate (giảm sản xuất dịch não tủy). Topiramate cũng gây sút cân
  - Các thuốc lợi tiểu thiazide
- Nếu điều trị như trên không kết quả: dẫn lưu thắt lưng-phúc mạc (lumboperitoneal shunt) hoặc dẫn lưu não thất-phúc mạc (ventriculoperitoneal shunt)
- Phẫu thuật mở bao thị thần kinh (sheath fenestration)

TIÊN LƯỢNG

Hầu hết bệnh nhân đáp ứng nhanh với điều trị ngắn hạn, nhưng có tới 1/3 các trường hợp bị tái phát. 10% các trường hợp bị giảm thị lực lâu dài.



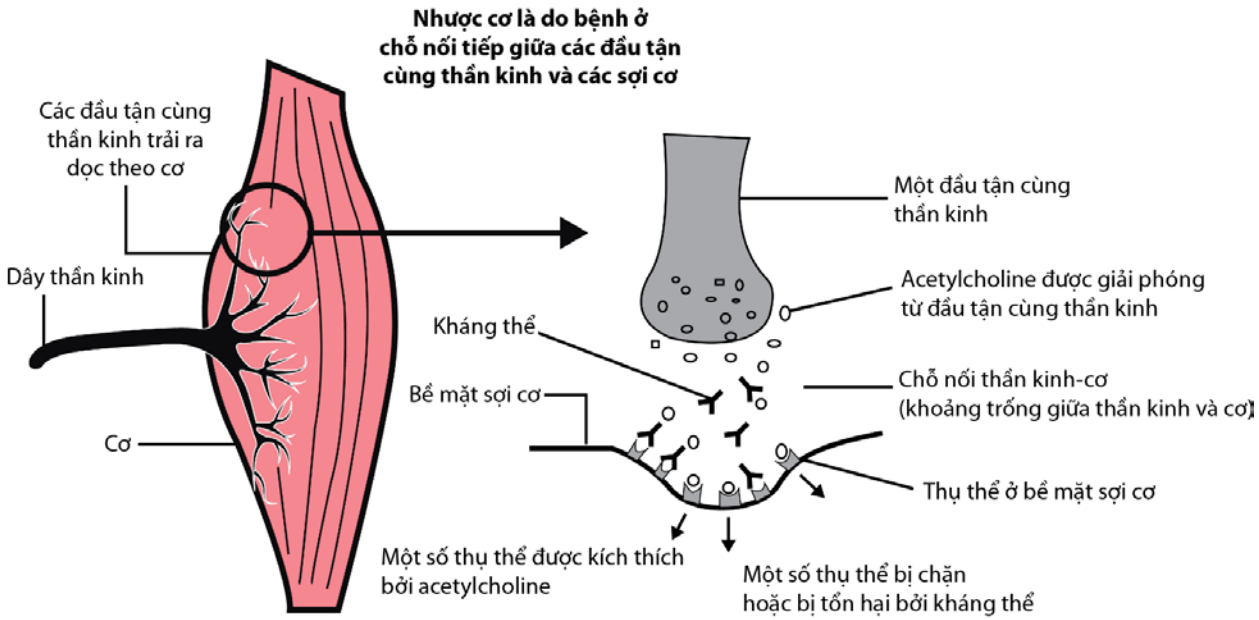
Hình 7.3: *Sơ đồ chẩn đoán phù gai*

BỆNH NHƯỢC CƠ

Bệnh nhược cơ là một bệnh tự miễn đặc trưng bằng sự mỏi và yếu các cơ chủ ý do bệnh của chỗ nối tiếp thần kinh-cơ (Hình 7.4). Các cơ của mắt là cơ xương hoạt động nhiều nhất của cơ thể (thường 1 sợi trục/200 sợi cơ, nhưng ở mắt, tỉ số này là1/1, do đó hoạt động nhiều hơn).

Sự yếu cơ là do tiêu hủy các màng hậu synap ở chỗ nối tiếp thần kinh-cơ gây ức chế tác dụng kích thích của acetylcholine dẫn truyền thần kinh.

- Bệnh nhược cơ thường gặp hơn ở nữ giới tuổi trẻ (15-20 tuổi) và nam giới tuổi lớn hơn (50-60 tuổi).
- 90% số bệnh nhân có biểu hiện ở mắt, gồm sụp mi và song thị.
- 60% số bệnh nhân nhược cơ có biểu hiện đầu tiên ở mắt.
- 80% các trường hợp có dấu hiệu mắt xuất hiện bệnh ở nhóm cơ khác trong vòng 2 năm.
- Sụp mi và song thị từng lúc, nặng hơn vào cuối ngày.
- Các dấu hiệu thay đổi, xuất hiện khi mệt mỏi.



Hình 7.4: *Bệnh nhược cơ*

KHÁM NGHIỆM

Sụp mi là một trong các dấu hiệu ở mắt của bệnh nhược cơ. Khi nhìn lên trên một lúc lâu, bệnh nhân sẽ thấy mỏi. Khi làm test chườm lạnh thì sẽ thấy mi nâng cao hơn 2mm sau 2 phút chườm lạnh. Nếu mắt nhìn lên mà có biểu hiện mi bị kéo lên thì đó là dấu hiệu giật mi Cogan. Lạnh ức chế hoạt động của acetylcholinesterase, do đó tăng sự tập trung acetylcholine ở synap. Do đó, chườm lạnh 2 phút mà thấy sụp mi thay đổi trên 2mm thì chứng tỏ đó là bệnh nhược cơ. Nó là một test rất nhạy.

Test Tensilon (Edrophonium) bao gồm tiêm tĩnh mạch 10mg Edrophonium và đánh giá sự cải thiện sụp mi hoặc vận nhãn sau vài phút. Test Neostigmine được làm tương tự nhưng đáp ứng được đo sau 15 phút do thuốc tác dụng chậm hơn. Cả test Tensilon và Neostigmine đều cần atropine để giảm những tác dụng phụ muscarinic.

Thường có song thị đứng, tuy nhiên bất kì hoặc tất cả các cơ ngoại nhãn đều có thể bị ảnh hưởng.

Các xét nghiệm bao gồm kháng thể thụ thể acetylcholine, xét nghiệm này dương tính ở 85% số bệnh nhân (50% số bệnh nhân có bệnh mắt đơn thuần), các test chức năng tuyến giáp và yếu tố khác nhân do gắn với các bệnh tự miễn khác.

Các khám nghiệm khác gồm chụp x quang, chụp cắt lớp ngực để phát hiện u tuyến ức và ghi điện sợi cơ

ĐIỀU TRỊ

- Pyridostigmine
- Steroid
- Cắt tuyến ức
- Liệu pháp điều chỉnh miễn dịch

TIÊN LƯỢNG

- Sụp mi và song thị thường có thể giảm với prednisone liều thấp, có thể kèm theo pyridostigmine hoặc một thuốc ức chế miễn dịch không corticosteroid.
- Bệnh có thể tự thuyên giảm ở 20% số bệnh nhân

BỆNH MẮT DO BASEDOW

Bệnh mắt do Basedow là biểu biện ở mắt của bệnh tuyến giáp.

Bệnh có thể xảy ra ở những bệnh nhân:

- Bình năng tuyến giáp (5%),
- Tăng năng tuyến giáp (90%)
- Giảm năng tuyến giáp (5%).

Tăng năng tuyến giáp là một bệnh tự miễn trong đó các kháng thể IgG gắn vào các thụ thể hormone kích thích tuyến giáp (TSH) và kích thích tiết hormone tuyến giáp (Clinical Ophthalmology, 2003).

Bệnh mắt do Basedow có những đặc điểm sau:

- Lồi mắt và liệt mắt
- Phù hốc mắt
- Thâm nhiễm tế bào viêm làm cho hốc mắt đầy lên
- Phù kết mạc
- Sung huyết
- Lồi mắt
- Hạn chế vận nhãn
- Co rút mi
- Bệnh thị thần kinh

Năm 1969, Hiệp hội Tuyến giáp Hoa kì đã chấp nhận phân loại chính thức bệnh mắt do Basedow. Quá trình bệnh qua 6 giai đoạn. Tuy nhiên, do bệnh được nhận thấy là có nhiều mức độ khác nhau nên phân loại chính thức đã được xem xét lại vào năm 1974 với các mức từ không có biểu hiện đến biểu hiện nhẹ, trung bình hoặc nặng.

ĐIỀU TRỊ

- Corticosteroid
- Liệu pháp tia xạ (mặc dù còn chưa thống nhất)
- Giảm áp hốc mắt.

BỆNH THIẾU MÁU CỤC BỘ ĐẦU THỊ THẦN KINH

Bệnh thiếu máu cục bộ đầu thị thần kinh biểu hiện bằng giảm thị lực cấp tính một mắt và phù gai. Trong 25% các trường hợp, bệnh thiếu máu cục bộ đầu thị thần kinh ảnh hưởng đến 2 mắt liên tiếp.

- Nếu nó xảy ra sau 60 tuổi thì cần nghĩ đến viêm động mạch tế bào khổng lồ dẫn đến **thiếu máu cục bộ đầu thị thần kinh**. Triệu chứng ở bệnh thiếu máu cục bộ đầu thị thần kinh do viêm động mạch thường gồm đau cơ hàm khi nhai, tăng cảm giác da đầu và sút cân. Giảm thị lực nặng trong trường hợp này, và thường kéo theo giảm thị lực ở mắt kia.

Nếu bệnh thiếu máu cục bộ đầu thị thần kinh xảy ra ở bệnh nhân dưới 60 tuổi thì thường do xơ vữa động mạch ảnh hưởng đến vi tuần hoàn của đĩa thị, cho thấy **bệnh thiếu máu cục bộ đầu thị thần kinh không viêm động mạch** (thường gặp hơn bệnh thiếu máu cục bộ đầu thị thần kinh do viêm động mạch).

TRIỆU CHỨNG CỦA BỆNH THIẾU MÁU CỤC BỘ ĐẦU THỊ THẦN KINH DO VIÊM ĐỘNG MẠCH

- Đau đầu
- Đau cơ hàm khi nhai
- Tăng cảm giác da đầu
- Đau cơ và khớp
- Sút cân
- Sốt

CÁC DẤU HIỆU

- Tổn hại đồng tử hướng tâm
- Giảm thị lực
- Đĩa thị phù và nhạt màu
- Phù
- Xuất huyết
- Tổn hại thị trường nửa trên/dưới
- Đau khi chạm vào động mạch thái dương
- Tốc độ lắng máu cao (viêm động mạch tế bào khổng lồ).

ĐIỀU TRỊ

Bệnh thiếu máu cục bộ đầu thị thần kinh do viêm động mạch cần được can thiệp cấp cứu: chẩn đoán sớm rất quan trọng. Điều trị thường dùng steroid liều cao theo đường toàn thân. Chẩn đoán cần được xác định bằng sinh thiết động mạch thái dương và tốc độ lắng máu cao.

Bệnh thiếu máu cục bộ đầu thị thần kinh không viêm động mạch có tốc độ lắng máu bình thường và không cần dùng steroid. Các yếu tố nguy cơ gồm tuổi, tăng huyết áp, đái tháo đường, tăng cholesterol huyết và nghiện thuốc lá.

VIÊM HỐC MẮT VÔ CĂN

Đây là một bệnh thông qua miễn dịch của hốc mắt gây ra bởi thâm nhiễm u hạt tỏa lan bao gồm các lympho bào và các tương bào ở mỡ hốc mắt và các cơ ngoại nhãn. Bệnh thường gặp ở tuổi trung niên và ít khi ở 2 mắt.

ĐẶC ĐIỂM

- Đau hốc mắt đột ngột kèm theo phù mi
- Lồi mắt
- Phù kết mạc
- Liệt mắt
- Chụp cắp lớp cho thấy tổn thương hốc mắt tỏa lan, có thể khẳng định bằng sinh thiết

ĐIỀU TRỊ

Viêm hốc mắt vô căn thường được điều trị ban đầu bằng steroid thí dụ prednisolone. Nếu không kết quả thì có thể dùng thuốc điều chỉnh miễn dịch hoặc liệu pháp tia xạ.

SONG THỊ

Song thị có thể xảy ra do bệnh của các cấu trúc sau

- Vỏ não
- Chất trắng ở sâu
- Đồi thị
- Cuống não
- Bộ máy tiền đình
- Tiểu não
- Các dây thần kinh số III, IV, và VI
- Chỗ nối thần kinh-cơ
- Các cơ ngoại nhãn
- Mắt

XỬ LÍ SONG THỊ

Ở một bệnh nhân song thị, cần thực hiện những công việc sau:

- Hỏi bệnh sử
- Khám mắt
- Xét nghiệm
- Điều trị

HỎI BỆNH SỬ

Khi hỏi bệnh sử song thị, cần khai thác các chi tiết sau:

- Song thị một mắt hay 2 mắt
- 2 hình có ngang nhau không
- Hướng 2 hình cách nhau nhiều nhất
- Thời điểm xuất hiện và tiến triển triệu chứng
- Triệu chứng tăng lên và giảm đi
- Các triệu chứng kèm theo
- Tiền sử bệnh và tiền sử gia đình

NGUYÊN NHÂN CỦA SONG THỊ MỘT MẮT

Song thị một mắt có thể do một trong các nguyên nhân sau:

- Tật khúc xạ
- Bệnh giác mạc (loạn thị không đều)
- Tổn thương mống mắt
- Đục thể thủy tinh
- Đục môi trường trong suốt

- Bệnh hoàng điểm
- Bệnh vỏ não thị giác thứ nhất hoặc thứ hai (monocular polyopia)

CÁC NGUYÊN NHÂN CỦA SONG THỊ 2 MẮT

Song thị 2 mắt mất đi khi che một mắt. Song thị được gây ra bởi 2 ảnh lệch nhau do nhiều nguyên nhân khác nhau được liệt kê dưới đây:

A. LÁC/LÉ ĐỒNG HÀNH

Lác/lé đồng hành thường do một bệnh đã lâu và đặc trưng bằng mắt lác/lé trong đó góc lác/lé bằng nhau ở mọi hướng nhìn. Thường xảy ra khi lác/lé có từ sớm hoặc là bệnh mắc phải (liệt động tác phân-tụ, lác/lé đứng)

B. LÁC/LÉ BẤT ĐỒNG HÀNH

Lác/lé bất đồng hành thường do một bệnh mới mắc và có đặc điểm là góc lác/lé thay đổi ở các hướng nhìn khác nhau. Góc lác/lé thay đổi tùy theo mắt định thị. Nguyên nhân có thể do :

- Bệnh thần kinh sọ
- Bệnh trên nhân
- Bệnh cơ mắt
- Bệnh chỗ nối tiếp thần kinh-cơ

C. KHÔNG CÓ LÁC/LÉ

Khi làm test che mắt không thấy chuyển động và vẫn có song thị 2 mắt. Hai ảnh có thể giống nhau hoặc khác nhau. Song thị ở 2 ảnh giống nhau ở 2 mắt có thể do bệnh hoàng điểm hoặc khúc xạ 2 mắt chênh lệch nhiều. Ảnh 2 mắt khác nhau có thể:

- Từng lúc
- Thường xuyên

Song thị từng lúc có thể do :

- Bệnh xơ cứng rải rác
- Bệnh nhược cơ
- Lác/lé ẩn mất bù trừ

Song thị thường xuyên có thể do:

- Sinh lí
- Các bệnh không thực thể

SỰ THẲNG HÀNG CỦA 2 ẢNH

Song thị có thể xảy ra khi 2 ảnh lệch nhau ở mặt phẳng ngang, dọc, hoặc chéo.

SONG THỊ NGANG

Song thị ngang có thể xảy ra nếu có tổn hại thần kinh điều khiển hoặc tổn hại chức năng của cơ thẳng trong hoặc cơ thẳng ngoài, trong một số trường hợp do tổn hại cả 2 cơ.

SONG THỊ ĐỨNG

Song thị đứng có thể xảy ra nếu có:

- Liệt các cơ đưa mắt lên trên: cơ chéo bé hoặc cơ thẳng trên
- Liệt các cơ đưa mắt xuống dưới: cơ chéo lớn hoặc cơ thẳng dưới

SONG THỊ CHÉO

Song thị chéo có thể có khi một ảnh bị nghiêng, xảy ra khi liệt cơ chéo lớn hoặc cơ chéo bé.

KHÁM MẮT

Khi khám, cần đánh giá các vấn đề sau:

- Nhận biết cơ liệt
- Song thị là do cản trở cơ học hay là liệt thần kinh
- Song thị là do liệt thần kinh ngoại vi hay liệt thần kinh trung ương

PHÁT HIỆN CƠ LIỆT

Làm test che một mắt và test che mắt luân phiên có thể phát hiện cơ liệt. Nó có thể cho biết bệnh nhân có lác/lé ngoài, lác/lé trong, lác/lé trên, lác/lé dưới hoặc lác/lé kết hợp các loại. Có thể đánh giá vận nhãn khi làm test che mắt ở 9 hướng nhìn. Khám động tác dõi theo để đánh giá biên độ vận động mắt và xác định điểm hạn chế vận nhãn. Nếu có song thị đứng thì dùng test 3 bước Parks để phát hiện cơ liệt. Một số bệnh nhân có tư thế lệch đầu để tránh song thị.

Các khám nghiệm khác:

- Dấu hiệu lồi mắt
- Đo thị trường
- Chức năng mi mắt
    - Sụp mi
    - Mi trên không hạ khi mắt nhìn xuống
    - Co rút mi
- Khám đồng tử
- Sự mỏi cơ vận nhãn

CẢN TRỞ CƠ HỌC VÀ LIỆT THẦN KINH

Song thị có thể xảy ra do cản trở cơ học hoặc do liệt thần kinh. Cản trở cơ học có thể xảy ra do:

- Yếu cơ chủ vận hoặc hạn chế cơ đối vận

- Hội chứng Brown trong đó có tổn thương bao gân cơ chéo lớn

Cản trở gây ra hạn chế vận nhãn.

Các nguyên nhân thần kinh gồm tổn thương hệ thần kinh, có thể trên nhân, gian nhân, dưới nhân, tùy theo vị trí tổn thương.

Có thể làm test kéo cơ cưỡng bức để đánh giá hạn chế là do cản trở cơ học hay là do liệt thần kinh. Sau khi nhỏ thuốc tê mắt, dùng panh để kéo nhãn cầu về hướng hạn chế vận động và về hướng ngược lại. Nếu có cản trở cơ học thì vận nhãn sẽ bị hạn chế. Nếu không có hạn chế vận nhãn thì đó là liệt thần kinh.

LIỆT THẦN KINH TRUNG ƯƠNG HOẶC LIỆT THẦN KINH NGOẠI VI

Liệt thần kinh có thể ở trung ương hoặc ngoại vi.

Liệt trung ương gồm:

- Tổn thương cuống não
- Rối loạn động tác nhìn trên nhân

Các tổn thương này có thể phát hiện được bằng cách khám:

- Động tác định thị
- Động tác giật
  - Động tác giật chủ ý
  - Động tác giật phản xạ
- Động tác dõi theo chậm
- Động tác phân-tụ
- Rung giật nhãn cầu thị-động
- Phản xạ mắt-tiền đình

Liệt ngoại vi gồm:

- Liệt dây thần kinh số III
- Liệt dây thần kinh số IV
- Liệt dây thần kinh số VI
- Liệt thần kinh vận nhãn hỗn hợp

Các liệt này được phát hiện bằng lác/lé bất đồng hành và tổn hại vận nhãn đặc trưng. Bảng Hess được dùng để đánh giá liệt vận nhãn. Không có bệnh hốc mắt, bệnh cơ, nhược cơ và cản trở cơ học.

LIỆT MẮT GIAN NHÂN

Liệt mắt gian nhân xảy ra do tổn thương ở bó dọc trong. Nó có đặc điểm là 2 mắt không qui tụ được khi thay đổi hướng nhìn. Tuy nhiên mắt có đưa vào trong qui tụ do điều tiết. Liệt mắt gian nhân có thể được phân chia thành liệt mắt gian nhân trước và liệt mắt gian nhân sau.

Liệt mắt gian nhân trước do một tổn thương ở phía trước. Nó có các đặc điểm sau:

- 2 mắt không qui tụ được
- Liệt cả 2 cơ thẳng

Liệt mắt gian nhân sau do một tổn thương ở phía sau. Nó có các đặc điểm sau:

- Có các hình thái kinh điển
- Tổn hại bó dọc trong (giữa nhân dây III và VI)
- Mắt không đưa vào được: cùng bên
- Có rung giật nhãn cầu của mắt đưa ra: đối bên
- Các nguyên nhân gồm bệnh xơ cứng rải rác, đột quị, khối u, nhiễm độc Phenytoin, Tegretol

XÉT NGHIỆM

- Chụp cắt lớp não và hốc mắt
- Chụp cộng hưởng từ não và hốc mắt
- Đo dẫn truyền thần kinh / ghi điện cơ
- Các test Tensilon, Neostigmine, chườm lạnh
- Xét nghiệm máu: TFT, kháng thể thụ thể acetylcholine

ĐIỀU TRỊ

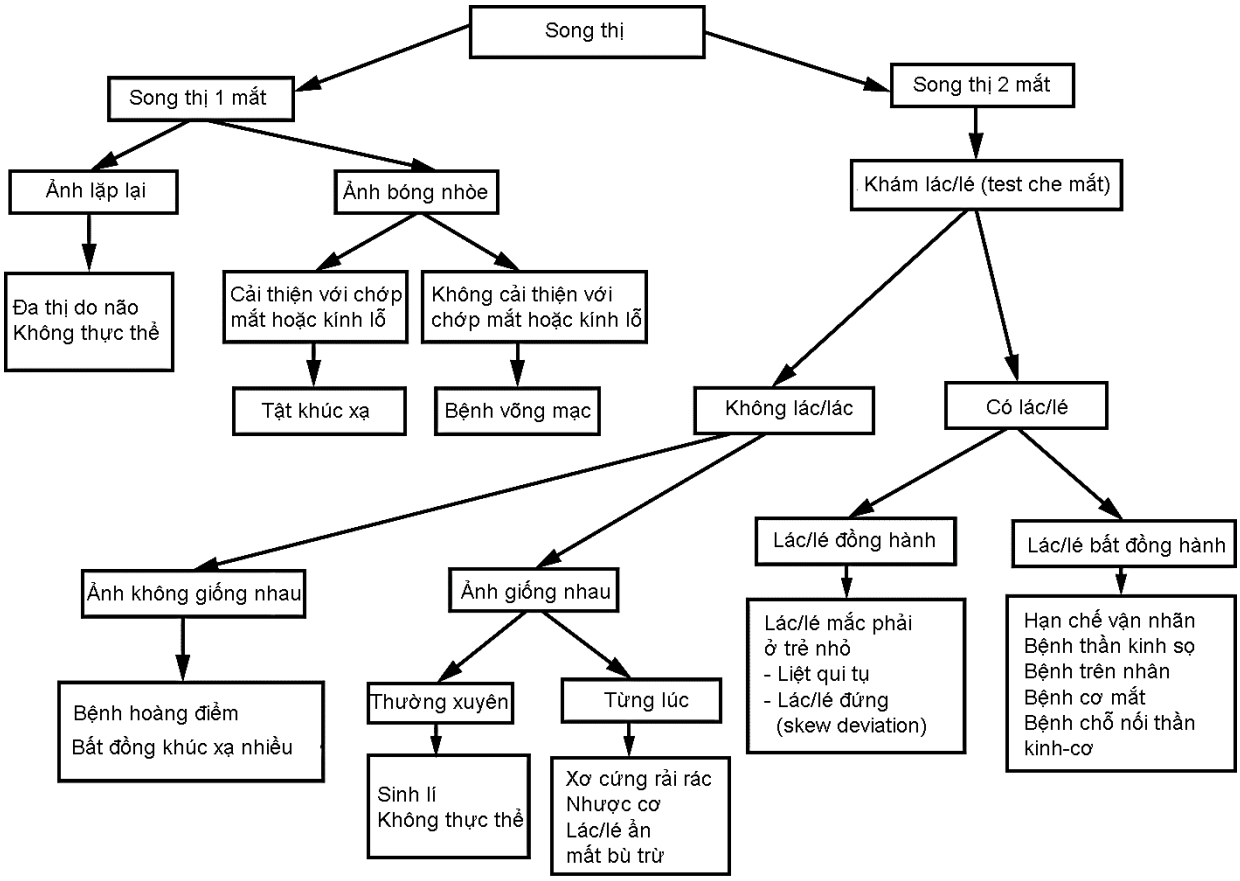
Cần điều trị nguyên nhân song thị. Điều trị triệu chứng song thị gồm:

- Che một mắt
- Bịt mắt
- Dán băng dính mờ trên mắt kính
- Lăng kính Fresnel

Cần điều trị phẫu thuật nếu không phục hồi hoàn toàn trong 6-12 tháng. Có thể tiêm độc tố Botulin vào cơ đối vận của cơ liệt.

TÓM TẮT SONG THỊ

- Hỏi bệnh sử
- Phân biệt song thị một mắt với song thị 2 mắt
- Tổn thương cơ đứng, cơ ngang, và cơ chéo
- Các triệu chứng kèm theo
- Khám mắt
- Nhận biết cơ liệt
- Cản trở cơ học và liệt thần kinh
- Liệt thần kinh trung ương và liệt thần kinh ngoại vi
- Liệt các dây thần kinh II, IV, và VI
- Động tác giật, động tác dõi theo, động tác phân-tụ
- Các dấu hiệu kèm theo



***Hình 7.5**: Sơ đồ chẩn đoán song thị*

Trích từ:J Neurol Neurosurg Psychiatry 2004,75:iv24-iv31