

PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ

3.4. GÓC ĐÓNG CẤP

1. TRIỆU CHỨNG

Bệnh khởi phát đột ngột, có thể xảy ra sau một số yếu tố phát động như xúc động mạnh hoặc sau khi dùng một số thuốc có tác dụng lên hệ thần kinh thực vật.

1.1. Chủ quan:

- Đau nhức ở mắt và nửa đầu.
- Nhìn thấy những vòng màu.
- Mắt mờ như có sương mờ che phủ.
- Buồn nôn, ói mửa.

1.2. Khách quan:

- Nhãn áp cao.
- Thị lực giảm.
- Kết mạc cương tụ, giác mạc phù, đồng tử giãn méo, tiền phòng nông, glaucomaflecken (+), gai thị cương tụ, phù hoặc xuất huyết cạnh gai.

2. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Viêm màng bồ đào tăng áp.
- Hội chứng Posner Schlossman.
- Hội chứng chèn ép hốc mắt.

3. NGUYÊN NHÂN

- Nghẽn đồng tử.
- Móng mắt cao nguyên.
- Nghẽn do thể thủy tinh (phacomorphic glaucoma)
- Nguyên nhân sau thể thủy tinh.

4. CẬN LÂM SÀNG: Xét nghiệm tiền phẫu.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Thuốc uống

- Acetazolamide 250 mg: 1 viên dùng 2 - 4 lần/ngày
- Kali chlorid 600mg: 1 viên dùng 1 - 2 lần/ ngày
- Paracetamol 500mg: 1 viên dùng 2 lần

5.2. Thuốc nhỏ

- Timolol 0.5% (Timolol 0.5%) nhỏ 2 lần/ngày hoặc brimonidine 0,015% (Alphagan-P 0.15%) nhỏ 2 lần / ngày.

- Prednisolone acetate 1% (Pred fort 1%) nhỏ 4 lần / ngày.
- Nếu đồng tử còn phản xạ có thể dùng Pilocarpin 2% (Isopto carpine 2%) nhỏ 4 lần/ngày.

5.3. Can thiệp khác:

- Trường hợp nhãn áp quá cao: Truyền Mannitol 20% (Osmofundin 20% 250ml), 1g/1kg cân nặng, truyền nhanh 60-100 giọt / phút.
- Trường hợp quá nhức có thể chọc dò tiền phòng tại phòng điều trị.

6. THEO DÕI

- Thị lực, nhãn áp.
- Nếu giác mạc trong, đánh giá đồng tử có phản xạ, tiến hành soi góc:
 - Góc đóng < 180° : Cắt MMCB bằng laser.
 - Góc đóng > 180° : Phẫu thuật CBCM kết hợp với MMC hoặc Ologen.