

3.1. GLAUCOMA GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT

1. Triệu chứng cơ năng



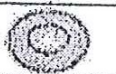







- Giai đoạn sớm: thường không có triệu chứng
- Giai đoạn muộn: thị trường thu hẹp hình ống và mất định thị trung tâm

2. Triệu chứng thực thể

- Nhãn áp: đa số có tăng nhãn áp, tuy nhiên khoảng 50% trường hợp nhãn áp ≤ 21 mmHg tại thời điểm thăm khám.
- Nhãn áp dao động lớn, nhãn áp hai mắt chênh nhau > 5 mmHg
- Soi góc: góc mở, không có dính mỏng chu biên và không có lắng đọng sắc tố vùng bè
- Thị thần kinh: tổn thương đặc trưng gồm mỏng viền thần kinh (dấu hiệu notching, không tuân theo quy luật ISNT), xuất huyết cạnh đĩa thị (xuất huyết Drance), C/D bất tương xứng giữa 2 mắt trên 0.2, mạch máu lưới lê, tỉ lệ C/D lớn > 0.6 , điểm tỉ lệ khả năng xảy ra tổn thương đĩa thị cao hơn 5 (hình 1)
- Thị trường: Tổn thương đặc trưng bao gồm khuyết thị trường bậc mũ, ám điểm cạnh trung tâm, ám điểm dạng vòng cung.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Tăng nhãn áp: không có tổn thương thị trường và gai thị
- Glaucoma nhãn áp không cao: giống như glaucoma góc mở nguyên phát nhưng mức nhãn áp bình thường.
- Lõm gai rộng sinh lý
- Glaucoma góc mở thứ phát: do viêm, lắng đọng sắc tố vùng bè, hội chứng giả tróc bao, do steroid, lùi góc, do tăng áp lực tĩnh mạch thượng cùng mạc (hội chứng Sturge-Weber, dò động mạch cảnh - xoang hang), do thủy tinh thể.
- Teo gai do bệnh lý thần kinh thị: đặc trưng bởi tình trạng bạc màu gai thị hơn là lõm gai.

	Điểm	Tỉ lệ viền thần kinh mỏng nhất trên đĩa thị (rim/disc ratio) (Đĩa thị trung bình 1.5-2 mm)	Hình minh họa
Nguy cơ glaucoma	1	≥ 0.4	
	2	0.3 tới 0.39	
	3	0.2 tới 0.29	
	4	0.1 tới 0.19	
Tổn thương glaucoma	5	< 0.1	
	6	0 ($< 45^\circ$)	
	7	0 ($46^\circ - 90^\circ$)	
Glaucoma tuyệt đối	8	0 ($91^\circ - 180^\circ$)	
	9	0 ($181^\circ - 270^\circ$)	
	10	0 ($> 270^\circ$)	

Hình 1: Thang điểm tổn thương gai thị (DDLS)

4. Cận lâm sàng

- Chụp hình màu gai thị
- Chụp OCT gai thị - hoàng điểm: độ nhạy, độ đặc hiệu cao (khoảng 90%)
- Đo thị trường: thị trường kế Humphrey với test trung tâm 24-2 hoặc 10-2 (trên trường hợp glaucoma tiến triển nặng).
- Đo độ dày giác mạc trung tâm (CCT)

5. Điều trị (sơ đồ 1)

5.1. Nội khoa:

- Bắt đầu bằng một loại thuốc nhỏ mắt đơn trị liệu
- **Nhóm đồng vận prostaglandin là thuốc điều trị đầu tay:** travoprost 0.004% (Travatan 0.004%) 1 giọt x 1 lần/ngày, tafluprost 0.0015% (Taflotan 0.0015%) 1 giọt x 1 lần/ngày, bimatoprost 0.03% (Lumigan 0.03% và Lumigan 0.01%) 1 giọt x 1 lần/ngày (nếu không có chống chỉ

định).

- **Chẹn beta:** Timolol 0.5% (Timolol Maleate Eye Drops 0.5%) 1 giọt x 2 lần/ngày (nếu không có chống chỉ định).
- **Nhóm đồng vận Alpha-2:** Brimonidine tartrate 0,15% (Alphagan P 0.15%) 1 giọt x 2 – 3 lần/ngày (nếu không có chống chỉ định).
- **Thuốc ức chế men carbonic anhydrase:** Brinzolamide 1% (Azopt 1%) 1 giọt x 2 – 4 lần/ngày.
- Nếu nhãn áp không hạ tới mức cần thiết cần thử một loại thuốc khác hoặc chuyển sang loại khác cùng nhóm.
- Phối hợp nhiều loại thuốc khi nhãn áp không hạ tới mức mong muốn, có thể sử dụng các hợp chất có nồng độ cố định như:
 - **Chẹn beta phối hợp đồng vận prostaglandin:** travoprost 0.004% phối hợp timolol 0.5% (Duotrav) 1 giọt x 1 lần/ngày; bimatoprost 0.3% phối hợp timolol 0.5% (Ganfort) 1 giọt x 1 lần/ngày; tafluprost 0.0015% phối hợp timolol 0.5% (Taptiqom) 1 giọt x 1 lần/ngày.
 - **Chẹn beta phối hợp đồng vận alpha 2:** brimonidine tartrate 0.15% phối hợp timolol 0.5% (Combigan) 1 giọt x 2 lần/ngày.
 - **Chẹn beta phối hợp ức chế men carbonic anhydrase:** brinzolamide 1% phối hợp timolol 0.5% (Azarga) 1 giọt x 2 lần/ngày.

5.2. Ngoại khoa

- Khi sử dụng thuốc nhỏ tối đa mà nhãn áp không đạt tới mức mong muốn.
- Tổn thương thị trường nặng.
- Bệnh nhân không thích dùng thuốc nhỏ mắt (do không có điều kiện để nhỏ thuốc lâu dài, hoặc bệnh nhân bị tác dụng phụ của thuốc,...)

(a) Laser

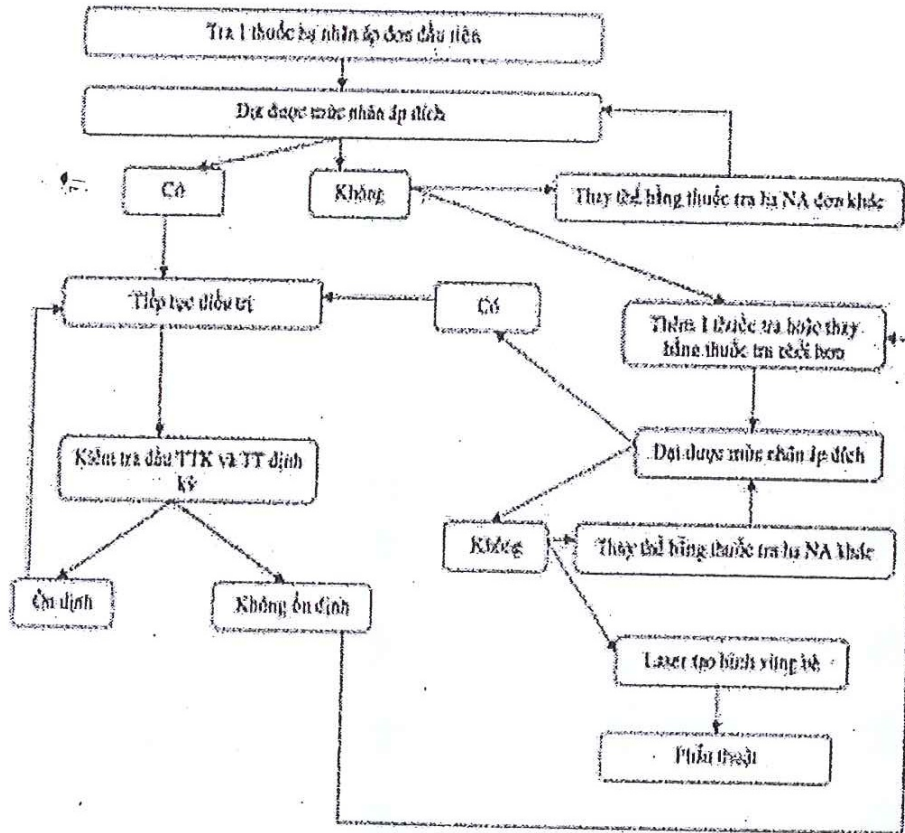
- Áp dụng trong các trường hợp glaucoma góc mở
- **Tạo hình vùng bè bằng laser argon:** có thể được sử dụng đầu tay ở một số bệnh nhân, tỷ lệ thành công ban đầu từ 70% - 80%, giảm xuống 50% sau 2 - 5 năm.
- **Tạo hình vùng bè bằng laser có chọn lọc:** hạ nhãn áp tương đương tạo hình vùng bè, sử dụng năng lượng thấp hơn, ít tổn thương mô hơn.

(b) Phẫu thuật

- Chọn lựa CBCM + Fluorouracil 5-FU (Biluracil 500), MMC hoặc Ologen, hoặc chọn lựa phẫu thuật Glaucoma ít xâm lấn như ABiC, Istent,

dao Kahook

- **Cắt bè cứng mạc:** có thể kèm sử dụng các chất chống chuyển hóa (mitomycin-C, 5-fluorouracil) hoặc mô sinh học (Ologen).
- Đặt van Ahmed: dùng khi sẹo kết mạc nhiều, khi glaucoma không kiểm soát sau phẫu thuật cắt bè cứng mạc, glaucoma thứ phát mà cắt bè cứng mạc thường sẽ thất bại, glaucoma bẩm sinh thất bại với các điều trị trước đó.
- Phẫu thuật glaucoma ít xâm lấn (MIGs): gồm AbiC, Istent, dao Kahook... được áp dụng trên bệnh nhân glaucoma giai đoạn nhẹ - trung bình và có thể cho giai đoạn nặng.



Sơ đồ 1: Hướng dẫn điều trị glaucoma góc mở

6. Theo dõi

- Khám định kỳ mỗi 1, 3, 6 tháng đối với các trường hợp nhãn áp điều chỉnh.
- Đo lại OCT, thị trường mỗi 6 hoặc 12 tháng
- Nếu nhãn áp không điều chỉnh, cần theo dõi thời gian ngắn hơn, kết hợp thuốc. Nhãn áp không hạ có chỉ định phẫu thuật chọn lựa phẫu thuật tùy

theo từng trường hợp)

- Trường hợp nhãn áp điều chỉnh nhưng thị trường vẫn tiến triển xấu phải bổ sung thuốc nhỏ hoặc chỉ định phẫu thuật.

Tài liệu tham khảo

- (1) The Wills Eye Manual, ấn bản lần thứ 7, năm 2017.
- (2) Kanski's Clinical Ophthalmology, ấn bản lần thứ 9, năm 2019.
- (3) Shields' Textbook of Glaucoma, ấn bản lần thứ 7, năm 2020.