

BỆNH GLÔCÔM

Bs. Cao Ngọc Diễm
Khoa Mắt

GLÔCÔM NGUYÊN PHÁT GÓC ĐÓNG

Glôcôm góc đóng nguyên phát có nghẽn đồng tử:

Đồng tử giãn, mặt sau mống mắt tiếp xúc với mặt trước thủy tinh thể gây nghẽn đồng tử. Thủy dịch bị ứ lại ở hậu phòng, gây chênh lệch áp lực giữa hậu phòng và tiền phòng, đẩy chân mống mắt ra trước tạo nên nghẽn vùng bè, thủy dịch không qua được, đưa đến tăng nhãn áp.

Glôcôm góc đóng nguyên phát không có nghẽn đồng tử:

Mống mắt phẳng do vị trí bám không điển hình của chu vi mống vào thể mi. Khi đồng tử giãn, chu vi mống dồn lên gây bít vùng bè.

1. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

Tăng nhanh chóng do mống mắt làm tắc nghẽn vùng bè tương đối đột ngột.

➤ Biểu hiện cơ năng:

- Đau nhức: nhức đầu, nhức mắt, cùng bên mắt bị Glôcôm.
- Nhìn mờ
- Thấy quầng nhiều màu sắc quanh nguồn sáng.
- Buồn nôn và nôn do dây thần kinh X bị kích thích.

➤ Biểu hiện thực thể:

- Nhãn áp tăng cao, ước lượng nhãn áp bằng tay thấy mắt căng cứng như hòn bi.
- Nhãn áp cao gây phù giác mạc. Giác mạc mờ, mất bóng, thị lực giảm.
- Cương tụ rìa.
- Đồng tử giãn méo và mất phản xạ ánh sáng.
- Tiền phòng nông, thủy dịch vẩn đục nhẹ (Tyndall +).
- Có thể có phù gai thị.
- Soi góc tiền phòng: đóng góc, dính góc.
- Đo nhãn áp: nhãn áp cao, có thể trên 35mmHg.
- Soi góc thấy đóng góc.

2. ĐIỀU TRỊ: Nhằm 3 mục đích

- ✓ Cắt con cấp, bảo vệ thị thần kinh và vùng bè.
- ✓ Bảo vệ mắt còn lại.
- ✓ Điều trị dứt điểm.

2.1. Điều trị nội khoa: chỉ là tạm thời, chủ yếu là phẫu thuật.

Mannitol 5-25%: 2g/kg (TTM nhanh hoặc bơm chậm vào tĩnh mạch).

Ức chế Anhydrase carbonic: Acetazolamide (Diamox) 250mg/viên, ngày uống 1gram. Chú ý bồi hoàn Kali.

Co đồng tử = pilocarpin 1- 2%.

Ức chế bêta: Timoptol 0,5% nhỏ mắt ngày 2 lần.

Giảm đau, an thần.

2.2. Điều trị ngoại khoa:

Cắt mỏng mắt chu biên nếu dính góc ít.

Cắt bè củng mạc nếu dính góc nhiều.

2.3. Điều trị dự phòng mắt phía bên kia:

40-50% có khả năng xuất hiện cơn cấp sau 5-10 năm, do đó cần cắt mỏng chu biên dự phòng. Cắt mỏng bằng Laser là phương pháp lựa chọn. Cắt mỏng bằng phẫu thuật chỉ áp dụng khi Laser không có kết quả.

GLAUCOME NGUYÊN PHÁT GÓC MỞ:

1. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG:

1.1. Cơ năng:

Xuất hiện âm thầm, tiến triển chậm, không đau.

Thường xảy ra ở 2 mắt.

1.2. Thực thể:

- Nhãn áp: Dường như là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất.

Nhãn áp dao động, có thể tăng từng lúc.

Một số bệnh nhân có thể chịu được nhãn áp cao mà thị giác không bị tổn hại.

Một số khác có thị giác bị tổn hại trong khi nhãn áp bình thường (Glôcôm có nhãn áp thấp).

- Soi đáy mắt và đo thị trường: rất quan trọng để chẩn đoán và theo dõi bệnh.

Tổn hại gai thị: Lõm teo gai, mạch máu dạt về phía mũi. Tỷ lệ C/D \geq 4/10

- Soi góc tiền phòng: góc mở.

2. ĐIỀU TRỊ GLÔCÔM GÓC MỞ:

Nguyên tắc điều trị: Điều trị nội khoa là chủ yếu. Chỉ điều trị ngoại khoa khi điều trị nội khoa không có kết quả hoặc không có điều kiện theo dõi điều trị.

2.1. Nội khoa:

Giảm tiết thủy dịch:

Ức chế bêta: Timoptol, Betoptic, Timolol...

Nhỏ mắt ngày 2 lần

Chống chỉ định: bệnh nhân hen suyễn, tim mạch, bệnh phổi...

Ức chế anhydrase carbonic: Dorzolamide (Trusopt) nhỏ mắt ngày 3 lần.

Tăng thoát lưu thủy dịch:

Qua đường màng bồ đào – củng mạc: Xalatan, Travatan

Qua vùng bè: Pilocarpine

2.2. Ngoại khoa:

Áp dụng khi:

Điều trị nội khoa không có kết quả.

Bệnh nhân không có chỉ định dùng thuốc: bệnh tim, hen suyễn, lý do kinh tế.

Bệnh nhân ở xa, không có điều kiện đi tái khám.

Các phương pháp điều trị ngoại khoa:

Phẫu thuật cắt bè cứng mạc (Trabeculectomy).

Phẫu thuật laser: tạo hình vùng bè bằng laser Argon.

3. PHÒNG BỆNH:

Phát hiện bệnh sớm bằng cách:

- ✓ Đo nhãn áp và soi đáy mắt cho tất cả bệnh nhân trên 40 tuổi đến khám mắt để phát hiện bệnh sớm.
- ✓ Khám và theo dõi cho những người có nguy cơ mắc bệnh: gia đình có người mắc bệnh.
- ✓ Soi đáy mắt, nhãn áp, đo thị trường định kỳ cho tất cả các bệnh nhân mắc bệnh Glaucoma góc mở.