

4.3. GÓC ĐÓNG CẤP

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1 Cơ năng

- Đau mắt
- Nhìn mờ, nhìn quầng xanh đỏ
- Đau đầu vùng trán
- Buồn nôn, nôn

1.2 Thực thể

- Nhãn áp cao khác nhau trên 21mmHg, tùy vào mức độ dính mống mắt-vùng bè.
- Cương tụ kết mạc
- Giác mạc phù, bong biểu mô giác mạc, $\pm$ lắng đọng sau giác mạc
- Đồng tử dẫn, giảm hoặc mất phản xạ
- Mống mắt bình thường hoặc có teo mống
- Tiền phòng nông, tyndall tiền phòng
- Thể thủy tinh thường đục, có thể phòng, hoặc có những đám đục dưới bao trước (glaukomflecken)
- Soi góc: góc đóng toàn bộ. Mắt còn lại có thể có góc hẹp hoặc góc đóng.

2. Nguyên nhân

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

3. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm màng bồ đào tăng áp.
- Hội chứng Posner Schlossman.
- Glaucoma góc đóng thứ phát: glaucoma tân mạch, do u, viêm màng bồ đào...
- Glaucoma ác tính.
- Nhiễm trùng hốc mắt, quanh hốc mắt, hội chứng chèn ép hốc mắt.

4. Cận lâm sàng

- Soi góc tiền phòng 2 mắt. Soi góc mắt bệnh sau khi hạ nhãn áp, đánh giá độ đóng của góc tiền phòng, PAS, tân mạch góc.
- Siêu âm B và UBM khi nghi ngờ góc đóng thứ phát.
- Các test chẩn đoán hình ảnh: thị trường, OCT khảo sát lớp sợi thần kinh (khi có chỉ định).

5. Điều trị

5.1 Điều trị nội

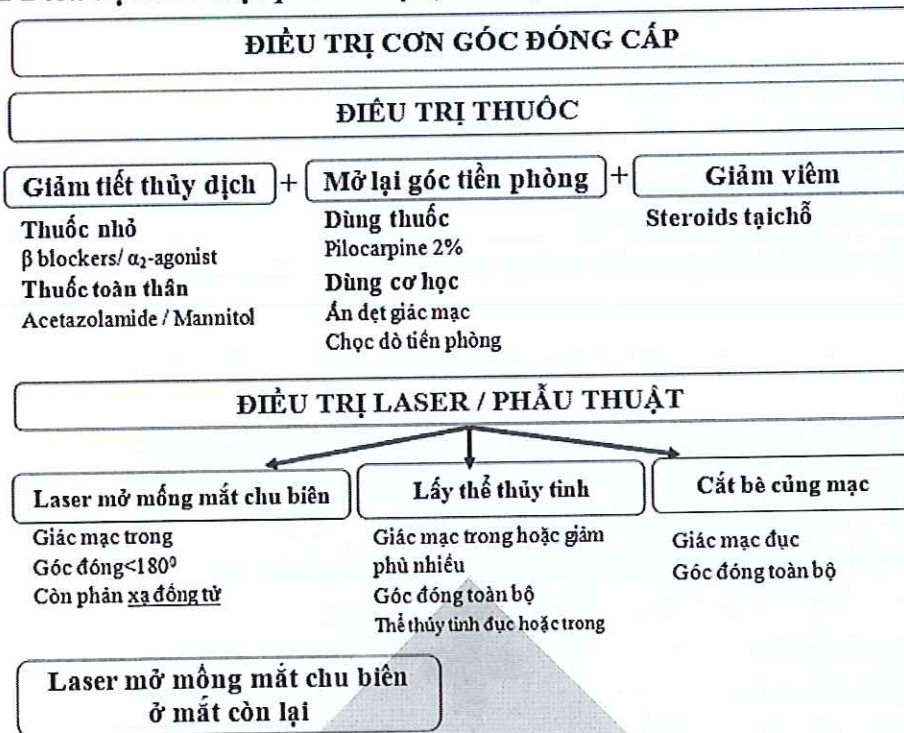
- Thuốc uống

- + Thuốc ức chế men chuyển CAIs đường uống (vd Acetazolamide 250mg uống 4 viên/ngày, chia 2-4 lần/ ngày) nếu nhãn áp cao nhiều và không đáp ứng với thuốc nhỏ mắt.
- + Kali clorid 600mg (Kaldyum 600mg): 1 viên uống 1-2 lần/ ngày
- + Acetaminophen 500mg (Paracetamol 500mg): 1 viên uống 2 – 3 lần/ngày
- Thuốc nhỏ
 - + Thuốc nhỏ hạ nhãn áp: chẹn beta như timolol 0.5% (Timolol Maleate Eye Drops 0.5%) 1 giọt nhỏ 2 lần/ngày, đồng vận alpha-2 như brimonidine tartrate 0.15% 1 giọt nhỏ 2 – 3 lần/ngày, nếu không có chống chỉ định, ức chế men carbonic anhydrase như brinzolamide 1% (Azopt 1%) 1 giọt nhỏ 2 – 4 lần/ngày . Hoặc các phối hợp các loại thuốc hạ nhãn áp.
 - + Nhỏ Prednisolone acetate 1% (Pred Forte 1%): 1 giọt nhỏ 4 - 6 lần/ngày.
- Nếu đồng tử còn phản xạ có thể nhỏ Pilocarpin 2%: 1 giọt nhỏ 4 lần/ngày.
- Can thiệp khác:
 - + Trường hợp nhãn áp quá cao: Truyền mannitol 20% (Osmofundin 20%), 1g/1kg cân nặng, truyền nhanh 60-100 giọt/phút; trường hợp quá nhức có thể chọc tiền phòng.

Lưu ý:

- Nghiến đồng tử ở mắt không có thủy tinh thể hoặc có kính nội nhãn hoặc góc đóng thứ phát: Không dùng pilocarpine. Cân nhắc dùng một thuốc giãn đồng tử và một thuốc liệt thể mi (ví dụ cyclopentolate 1 – 2%, và phenylephrine 2.5% mỗi 15 phút, 4 lần) khi không laser hoặc phẫu thuật được do phù giác mạc, viêm, hoặc cả hai.
- Góc đóng thứ phát do topiramate hoặc sulfonamide:
 - + Không dùng các thuốc ức chế men Carbonic Anhydrase.
 - + Ngưng ngay lập tức thuốc căn nguyên.
 - + Dùng thuốc liệt thể mi (ví dụ atropine 1% 2-3 lần/ngày).
 - + Nếu không đáp ứng: nhập viện, truyền tĩnh mạch thuốc tăng thẩm thấu, steroid (methylprednisolone 250mg truyền tĩnh mạch mỗi 6 giờ) để giảm phản ứng tụ dịch ở thể mi và hắc mạc.
 - + Cắt mộng mắt chu biên và thuốc co đồng tử không được chỉ định.
- Điều trị triệu chứng toàn thân như đau và nôn: thuốc giảm đau, chống nôn khi cần.

5.2 Điều trị laser hoặc phẫu thuật (sơ đồ 1)



Sơ đồ 1: Phác đồ điều trị góc đóng cấp

6. Theo dõi

- Theo dõi nhãn áp hằng ngày.
- Bệnh nhân xuất viện, tái khám mỗi 1, 3 hoặc 6 tháng. Đánh giá thị lực, nhãn áp, tình trạng bệnh glaucoma.
- Đo thị trường, OCT và chụp hình gai thị mỗi 6 đến 12 tháng.

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.