

4. KHOA GLAUCOMA

4.1. GLAUCOMA GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Cơ năng

- Giai đoạn nhẹ và trung bình: thường không có triệu chứng.
- Giai đoạn tiến triển: thị trường thu hẹp hình ống và mất định thị trung tâm.

1.2. Thực thể

- Nhãn áp: > 21 mmHg hoặc 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 bờ.
- Đĩa thị: tổn thương đặc trưng gồm mỏng viền thần kinh (dấu hiệu khuyết rìa, không tuân theo quy luật ISNT), xuất huyết cạnh đĩa thị, C/D bất tương xứng giữa 2 mắt trên 0.2, mạch máu lưới lê, tỉ lệ C/D lớn > 0.6 [2]
- Thị trường: Tổn thương khuyết thị trường dạng Glôcôm

2. Phân độ bệnh lý

	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)

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Dựa vào các yếu tố: [4]

- Nhãn áp.
- Góc mở khi soi góc tiền phòng.
- Tổn thương gai thị dạng glôcôm.
- Tổn thương thị trường dạng glôcôm.

Đôi khi bệnh nhân chỉ có một vài các tiêu chuẩn trên, kèm theo một số yếu tố nguy cơ của glôcôm góc mở nguyên phát. Trong những trường hợp đó, bệnh nhân được chẩn đoán nghi ngờ glôcôm. Những bệnh nhân nghi ngờ glôcôm cần được hẹn tái khám thường xuyên để được theo dõi diễn tiến, thời gian tái khám phụ thuộc vào mức độ nghi ngờ glôcôm của bệnh nhân.

4. Nguyên nhân: vô căn

Các yếu tố nguy cơ:

- Nhãn áp cao là yếu tố quan trọng
- Chủng tộc: da đen hoặc Mỹ La Tinh
- Độ dày giác mạc trung tâm mỏng
- Tiền sử gia đình có người mắc glôcôm góc mở nguyên phát
- Cận thị

5. Chẩn đoán phân biệt

- Tăng nhãn áp: không có tổn thương thị trường và gai thị.
- Glôcôm nhãn áp không cao: giống như glôcôm góc mở nguyên phát nhưng mức nhãn áp bình thường.
- Lõm gai rộng sinh lý.
- Glôcôm góc mở thứ phát: do viêm, lắng đọng sắc tố vùng bè, hội chứng giả tróc bao, do steroid, lùì góc, do tăng áp lực tĩnh mạch thượng củng mạc (hội chứng Sturge-Weber, dò động mạch cánh – 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.

6. Cận lâm sàng

Tùy theo từng trường hợp mà thực hiện một trong các cận lâm sàng sau đây:

- Chụp hình màu gai thị
- Chụp OCT gai thị - hoàng điểm, lớp sợi thần kinh.
- Đo thị trường.
- Đo độ dày giác mạc trung tâm (CCT).

7. Chỉ định điều trị

7.1. *Chỉ định điều trị ngoại trú:* khi bệnh điều trị nội khoa.

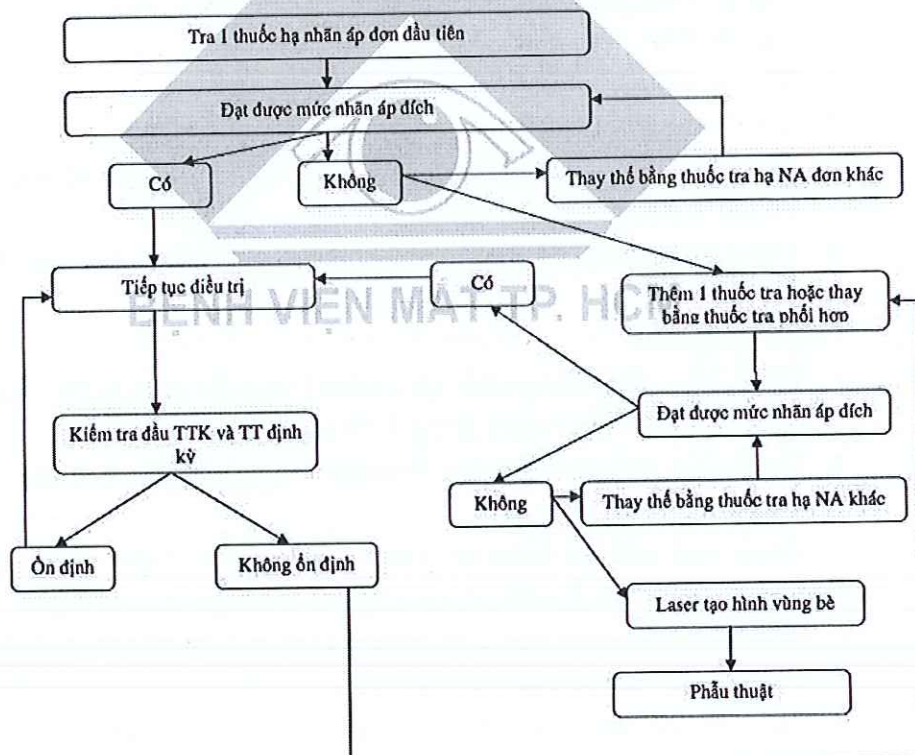
7.2. *Chỉ định điều trị nội trú:* khi có chỉ định phẫu thuật hoặc cần theo dõi nhãn áp 24 giờ.

8. Điều trị

8.1. 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. Acetazolamide 250mg uống 4 viên/ngày, 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.



Sơ đồ 1: Hướng dẫn điều trị glaucoma góc mở

8.2. Laser

- Tạo hình vùng bẻ 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 bề bằng laser có chọn lọc: hạ nhãn áp tương đương tạo hình vùng bề, sử dụng năng lượng thấp hơn, ít tổn thương mô hơn.
 - Chỉ định: trong các trường hợp glaucoma góc mở
 - Chống chỉ định: Sẹo giác mạc, giác mạc phù, bệnh lý viêm nhiễm bề mặt nhãn cầu, viêm màng bồ đào...
 - Thuốc hậu phẫu:
 - + Thuốc nhỏ mắt NSAID: Indomethacin 0,1% / Bromfenac 0,1% / Nepafenac 0,1% 2-3 lần/ ngày, trong 7-14 ngày.
 - + Thuốc nhỏ nước mắt nhân tạo 4-6 lần/ngày.

8.3. Phẫu thuật

8.3.1. Cắt bề củng mạc: có thể kèm sử dụng các chất chống chuyển hóa (mitomycin-C, 5-fluorouracil) hoặc mô sinh học (Ologen).

- Chỉ định:
 - + Không đạt được nhãn áp đích dù điều trị nội tối đa.
 - + Không dung nạp thuốc, bị tác dụng phụ của thuốc, dị ứng thuốc.
 - + Bệnh nhân không tuân thủ điều trị thuốc.
 - + Các phương pháp điều trị khác thất bại.
- *Chống chỉ định: tương đối*
 - + Thị lực sáng tối âm
 - + Tổn thương kết mạc (do chấn thương cũ, phẫu thuật cũ)
 - + Tình trạng gây thất bại cắt bề củng mạc (tân mạch tiền phòng, viêm màng bồ đào trước đang hoạt động)
 - + Củng mạc mỏng, bất thường (do phẫu thuật, viêm củng mạc hoại tử, cận thị bệnh lý)
- *Thuốc hậu phẫu:*
 - + Thuốc nhỏ mắt kháng sinh: Quinolon (Moxifloxacin 0,5% / Levofloxacin 0,5%,...), 4- 6 lần / ngày trong 7-14 ngày
 - + Thuốc nhỏ mắt kháng viêm: Prednisolon acetat 1%, 4- 6 lần / ngày trong 4-6 tuần.
 - + Thuốc nhỏ mắt liệt đồng tử: Atropin Sulfate 1% 2 lần/ ngày x 3 ngày.
 - + Thuốc giảm đau: Paracetamol 0,5g x 3 lần /ngày x 1 - 3 ngày.
 - + Băng mắt mở ngày đầu, sau đó đeo kính bảo vệ mắt trong tuần lễ đầu để tránh nhiễm trùng, bụi, chấn thương.

8.3.2. Đặt thiết bị dẫn lưu (van Ahmed, Paul Shunt, Baerveldt,...)

- *Chỉ định:*
 - + Sẹo kết mạc nhiều.
 - + Glôcôm không kiểm soát sau phẫu thuật cắt bề củng mạc.
 - + Glôcôm thứ phát mà cắt bề củng mạc thường sẽ thất bại.

- *Chống chỉ định tương đối:* Sẹo giác mạc nhiều, giảm tế bào nội mô nhiều với mật độ < 1000 tế bào/ mm^2 .
- *Thuốc hậu phẫu:*
 - + Thuốc nhỏ mắt kháng sinh: Moxifloxacin 0,5% / Levofloxacin 0,5%, 4- 6 lần / ngày trong 7-14 ngày.
 - + Thuốc nhỏ mắt kháng viêm: Prednisolon acetat 1%, 4- 6 lần / ngày trong 4-6 tuần.
 - + Thuốc giảm đau: Paracetamol 0,5g x 3 lần /ngày x 1 - 3 ngày.
 - + Băng mắt mở ngày đầu, sau đó đeo kính bảo vệ mắt trong tuần lễ đầu để tránh nhiễm trùng, bụi, chấn thương.

8.3.2. Phẫu thuật Glôcôm ít xâm lấn (MIGs): gồm AbiC, Istent, dao Kahook, mở góc bằng kim 25G, ECP (hủy thể mi qua nội soi),...

- *Chỉ định:* bệnh nhân glôcôm giai đoạn nhẹ - trung bình và có thể cho giai đoạn nặng.
- *Chống chỉ định tương đối:* Sẹo giác mạc nhiều, giảm tế bào nội mô nhiều với mật độ < 1000 tế bào/ mm^2
- *Thuốc hậu phẫu:*
 - + Thuốc nhỏ mắt kháng sinh: Moxifloxacin 0,5% / Levofloxacin 0,5%, 4- 6 lần / ngày trong 7-14 ngày.
 - + Thuốc nhỏ mắt kháng viêm: Prednisolon acetat 1%, 4- 6 lần / ngày trong 4-6 tuần.
 - + Thuốc giảm đau: Paracetamol 0,5g x 3 lần /ngày x 1 - 3 ngày.
 - + Băng mắt mở ngày đầu, sau đó đeo kính bảo vệ mắt trong tuần lễ đầu để tránh nhiễm trùng, bụi, chấn thương.

9. Theo dõi

- Tái khám sau mổ:
 - + Khi nằm viện: khám mỗi ngày
 - + Sau xuất viện: tái khám sau 1 tuần, 1 tháng, 3-6 tháng tùy tình trạng mắt
- Theo dõi ngoại trú, lịch tái khám tùy theo tiến triển của bệnh.
- Kiểm tra khi tái khám: Dựa trên các dữ liệu đã được ghi nhận trong lần thăm khám đầu tiên để so sánh với các lần thăm khám sau, từ đó có thể xác định Glôcôm và sự tiến triển của bệnh
 - + Đo thị lực, nhãn áp
 - + Tình trạng khúc xạ
 - + Đánh giá lổm gai, chụp hình màu gai thị
 - + Đo thị trường và chụp OCT
 - + Siêu âm B khi không thể soi đáy mắt được
- Hướng dẫn chăm sóc sau phẫu thuật
 - + Băng mắt bảo vệ trong một ngày đầu sau phẫu thuật

- + Đeo kính bảo hộ tránh gió bụi
- + Dùng nước mắt nhân tạo và thuốc nhỏ mắt theo toa của bác sĩ
- + Tránh để nước trực tiếp vào mắt trong vòng hai tuần
- + Tránh đi bơi trong vòng ba tuần
- + Tránh dụi mắt và gây áp lực lên mắt trong bốn đến sáu tuần
- + Hạn chế trang điểm trong hai tuần
- + Giảm thời gian sử dụng thiết bị điện tử
- + Tránh tiếp xúc với khói bụi

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.
4. Basic and Clinical Science Course, Section 10: Glaucoma, năm 2023.
5. Basic and Clinical Science Course, Section 8: External Disease and Cornea, năm 2020

