

4.6. GLAUCOMA THỂ MI

(HỘI CHỨNG POSNER SCHLOSSMAN)

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Cơ năng

- Đau nhẹ, giảm thị lực, nhìn đèn có quang xanh đỏ.
- Thường có tiền sử các cơn trước đó. Cơn kéo dài vài ngày đến vài tuần.
- Hoặc có thể lặp lại vài lần trong năm
- Thường ở một mắt, nữ nhiều hơn nam, tuổi từ trẻ đến trung niên.

1.2. Thực thể

- Nhãn áp tăng rất cao (từ 40-60mmHg), góc mở và không có dính góc, cương tụ KM ít, phản ứng tiền phòng ít cells và flare.
- Triệu chứng khác: phù biểu mô GM, co đồng tử, cương tụ rìa, móng mắt nhạt màu, lắng đọng tủa ở nội mô giác mạc hoặc vùng bè.
- Soi góc tiền phòng: góc mở, lắng đọng tủa.

2. Phân độ: Không có

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán: Đây là chẩn đoán loại trừ.

4. Nguyên nhân: Không rõ

Các yếu tố nguy cơ: Có thể liên quan đến nhiễm trùng (vd. Herpes simplex virus, cytomegalovirus [CMV], Helicobacter pylori..) và bệnh tự miễn.

5. Chẩn đoán phân biệt

- Glaucoma góc mở do viêm màng bồ đào: Nhiều cells và flare tiền phòng, dính góc có thể xuất hiện.
- Góc đóng cấp.
- Glaucoma sắc tố: tăng nhãn áp cấp tính, thường sau tập thể dục hoặc dẫn đồng tử với tế bào sắc tố trong tiền phòng.
- Glaucoma tân mạch: mạch máu bất thường ở vùng bè, rìa đồng tử hoặc cả hai.
- Viêm móng mắt thể mi dị sắc Fuchs: bất tương đồng màu sắc móng mắt, viêm móng mắt nhẹ thường xảy ra ở mắt có móng mắt sáng hơn. Nhãn áp hiếm khi tăng cấp tính.
- Các bệnh khác: Herpes simples, viêm giác mạc-màng bồ đào do zona, bệnh toxoplasma ...

6. Cận lâm sàng

- Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh và thăm dò chức năng: thị trường, OCT khảo sát lớp sợi thần kinh (khi có chỉ định)
- Xét nghiệm dịch tiền phòng tìm tác nhân vi sinh (khi có chỉ định)

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

- Nhỏ ngăn ngày (1 tuần) prednisolone acetate 1% (Pred forte 1%) 1 giọt x 4 - 6 lần/ ngày (có thể tăng liều tùy trường hợp), giảm liều khi có đáp ứng. Thuốc nhỏ NSAIDs cũng có thể hiệu quả.
- Thuốc nhỏ hạ nhãn áp: chẹn beta như timolol 0.5% (Timolol Maleate Eye Drops 0.5%) 1 giọt x 2 lần/ngày, đồng vận alpha-2 như brimonidine tartrate 0.15% (Alphagan P 0.15%) 1 giọt x 2 – 3 lần/ngày, ức chế men carbonic anhydrase như brinzolamide 1% (Azopt 1%) 1 giọt x 2 – 4 lần/ngày nếu không có chống chỉ định. Hoặc các loại thuốc hạ nhãn áp kết hợp. Nhóm prostaglandin có thể làm trầm trọng thêm bệnh.
- Thuốc ức chế men chuyển CAIs đường uống (vd Acetazolamide 250mg uống 4v/ngày, chia 2-4 lần/ ngày) nếu nhãn áp cao nhiều và không đáp ứng với thuốc nhỏ mắt, phối hợp bù Kali chloride phòng mất cân bằng điện giải.
- Thuốc tăng thẩm thấu (vd Mannitol 20% 1-2g/kg TTM C giọt/phút, lưu ý theo dõi sinh hiệu) hoặc chọc tiền phòng nếu nhãn áp cao đến mức có thể gây tổn hại đĩa thị.
- Xem xét sử dụng thuốc liệt thể mi atropin 1% 2 lần/ ngày nếu bệnh nhân đau nhức nhiều.

8.2. Laser: Nên tránh

8.3. Phẫu thuật:

8.3.1 Cắt bề cứng 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.
- 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 cứng mạc (tân mạch tiền phòng, viêm màng bồ đào trước đang hoạt động)
 - + Cứng mạc mỏng, bất thường (do phẫu thuật, viêm cứng mạc hoại tử, cận thị bệnh lý)
- Thuốc hậu phẫu:
 - + Thuốc nhỏ mắt kháng sinh: Quinolone (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 500mg 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

- Khi bệnh nhân có nhãn áp cao, cần theo dõi cẩn thận và thường xuyên từ vài ngày đến vài tuần cho đến khi nhãn áp ổn định trở lại và giảm liều dần thích hợp.
- Giảm nhanh liều steroid nếu sử dụng 1 tuần, giảm chậm hơn nếu dùng lâu hơn.
- Cả 2 mắt đều có nguy cơ glaucoma góc mở mạn tính. Bệnh nhân cần được theo dõi giống như chẩn đoán glaucoma góc mở nguyên phát (xem phác đồ glaucoma góc mở nguyên phát).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. The Wills Eye Manual, ấn bản lần thứ 8, năm 2022.
2. Kanski's Clinical Ophthalmology, ấn bản lần thứ 9, năm 2020.
3. Shields' Textbook of Glaucoma, ấn bản lần thứ 7, năm 2020.
4. Terminology and Guidelines for Glaucoma, ấn bản lần thứ 5, năm 2020
5. Basic and Clinical Science Course, Section 10: Glaucoma, năm 2023.

BỆNH VIỆN MẮT TP. HCM