

4.12. GLAUCOMA THỨ PHÁT DO THỂ THỦY TINH

A. GLAUCOMA DO TIÊU THỂ THỦY TINH

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Cơ năng

- Đau nhức một mắt
- Nhìn mờ
- Chảy nước mắt
- Sợ ánh sáng

1.2 Thực thể

- Nhãn áp tăng cao, kèm theo những mảnh óng ánh trong tiền phòng hoặc mặt trước của bao thể thủy tinh.
- Thị lực giảm nhiều.
- Phù giác mạc
- Giả mủ tiền phòng
- Soi góc tiền phòng thấy góc mở, có thể thấy chất lắng đọng màu trắng ở góc dưới (nếu được).

2. Phân độ: Không

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán: Gồm cả 3 tiêu chuẩn

- Tăng nhãn áp cấp tính
- Đục thể thủy tinh tiêu nhân.
- Viêm màng bồ đào.

4. Nguyên nhân

- Chất thể thủy tinh rò qua bao thể thủy tinh còn nguyên vẹn, dẫn đến tắc nghẽn lưu thông thủy dịch qua vùng bè.

5. Chẩn đoán phân biệt

- Glaucoma do viêm màng bồ đào: Nhiều cells và flare tiền phòng, dính góc có thể xuất hiện
- Cận glaucoma do viêm thể mi / Hội chứng Posner-Schlossman.
- Góc đóng cấp
- Glaucoma do chất thể thủy tinh
- U nội nhãn, viêm mủ nội nhãn, hoặc bong võng mạc (Siêu âm B để chẩn đoán phân biệt)
- Các bệnh khác: glaucoma do chấn thương, glaucoma do tế bào ma, glaucoma do hình dạng thể thủy tinh, glaucoma tân mạch...

6. Cận lâm sàng

- Siêu âm A,B 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.

8. Điều trị

8.1 Điều trị nội khoa

- Nhỏ ngăn ngày (1 tuần) prednisolone acetate 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% 1 giọt x 2 lần/ngày, đồng vận alpha-2 như brimonidine tartrate 0.15%-0.2% 1 giọt x 2 - 3 lần/ngày, ức chế men carbonic anhydrase như brinzolamide 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.
- 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 Điều trị ngoại khoa

- Phẫu thuật lấy thể thủy tinh cần được thực hiện sớm.
- Có thể chọn phương pháp phẫu thuật lấy thể thủy tinh như Phaco, lấy thể thủy tinh trong bao hoặc ngoài bao và có thể đặt thể thủy tinh nhân tạo thì 1 hoặc thì 2 tùy thuộc vào tình trạng mắt của bệnh nhân, tình trạng toàn thân bệnh nhân, điều kiện phẫu thuật và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.
- Nếu thể thủy tinh lệch nhiều hơn nửa chu vi hoặc sa trong dịch kính thì cần chuyển khoa dịch kính võng mạc.

8.3 Chăm sóc 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, có thể kết hợp kháng viêm corticoid uống (liều 0,5mg/kg) cũng tùy theo đánh giá tình trạng mắt hậu phẫu.
- 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

- Đánh giá nhãn áp, thị lực, tình trạng viêm của mắt ngày đầu sau hậu phẫu.

- Nếu nhãn áp trở lại bình thường thì bệnh nhân cần được tái khám trong vòng 1 tuần, 1 tháng.
- Tái khám nếu có 1 trong các triệu chứng: đau nhức mắt, đỏ mắt, mắt giảm thị lực.

B. GLAUCOMA DO CHẤT THUỶ TINH THỂ

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1 Cơ năng

- Đau nhức một mắt
- Nhìn mờ
- Chảy nước mắt
- Sợ ánh sáng
- Tiền sử chấn thương mắt hoặc phẫu thuật nội nhãn.

1.1 Thực thể

- Kết mạc cương tụ
- Giác mạc phù
- Những mảnh chất nhân thủy tinh thể trong tiền phòng, kết hợp với nhãn áp cao.
- Tế bào viêm ở trong tiền phòng.
- Soi góc tiền phòng thấy góc tiền phòng mở.

2. Phân độ: Không

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- Tiền sử chấn thương mắt hoặc phẫu thuật nội nhãn.
- Tăng nhãn áp
- Những mảnh chất nhân thủy tinh thể trong tiền phòng hoặc dịch kính.

4. Nguyên nhân

- Chất thể thủy tinh được giải phóng ra do chấn thương hoặc phẫu thuật làm tắc nghẽn các kênh lưu thông thủy dịch.

5. Chẩn đoán phân biệt

- Glaucoma do tiêu thể thủy tinh
- Viêm mủ nội nhãn: (siêu âm B) để chẩn đoán phân biệt.

6. Cận lâm sàng

- Siêu âm B: đánh giá nhân thủy tinh thể trong dịch kính và tình trạng bán phần sau.

7. Chỉ định điều trị

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

7.2 Điều trị nội trú: khi có chỉ định phẫu thuật.

8. Điều trị

8.1 Điều trị nội khoa: xem phác đồ glaucoma do tiêu thể thủy tinh.

8.2 Điều trị ngoại khoa

- Phẫu thuật loại bỏ chất thủy tinh còn sót (xem phác đồ glaucoma do tiêu thể thủy tinh).
- Phẫu thuật cắt dịch kính (nếu cần).

9. Theo dõi: xem phác đồ Glaucoma do tiêu thể thủy tinh.

C. GLAUCOMA DO HÌNH DẠNG THỂ THỦY TINH (DO ĐỤC THỂ THỦY TINH PHÒNG)

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1 Cơ năng

- Đau
- Nhìn mờ, mắt đỏ
- Chảy nước mắt
- Sợ ánh sáng

1.2 Thực thể

- Thể thủy tinh phòng gây đóng góc.
- Soi góc tiền phòng: Góc đóng.

2. Phân độ: Không

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- Tăng nhãn áp
- Thể thủy tinh đục phòng gây đóng góc

4. Nguyên nhân

- Đóng góc tiền phòng do thể thủy tinh đục phòng.

5. Chẩn đoán phân biệt

- Glaucoma góc đóng do nghẽn đồng tử.
- Glaucoma tân mạch: kèm tân mạch mỏng và/ hoặc tân mạch góc

6. Cận lâm sàng

- Siêu âm A,B 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 Điều trị nội trú: khi có chỉ định phẫu thuật

8. Điều trị

8.1 Điều trị nội khoa (xem phác đồ glaucoma do tiêu thể thủy tinh)

8.2 Điều trị ngoại khoa (xem xem phác đồ glaucoma do tiêu thể thủy tinh)

9. Theo dõi: Xem phác đồ glaucoma do tiêu thể thủy tinh.

D. GLAUCOMA DO LỆCH HOẶC SA THỂ THỦY TINH

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1 Cơ năng

- Đau
- Nhìn mờ, mắt đỏ
- Chảy nước mắt
- Sợ ánh sáng
- Tiền sử: chấn thương mắt, hội chứng giả tróc bao, bẩm sinh (Hội chứng Marfan, thể thủy tinh hình cầu).

1.2 Thực thể

- Thể thủy tinh lệch/ bán lệch.
- Có thể có dịch kính tiền phòng.
- Soi góc tiền phòng: có thể tổn thương cấu trúc góc tiền phòng do chấn thương.
- Tăng nhãn áp và/ hoặc tổn thương đĩa thị và thị trường dạng glaucoma.

2. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- Tiền sử: chấn thương mắt, hội chứng giả tróc bao, bẩm sinh (Hội chứng Marfan, thể thủy tinh hình cầu).
- Thể thủy tinh lệch/ bán lệch

3. Nguyên nhân

- hội chứng giả tróc bao hoặc do bất thường bẩm sinh dây chằng Zinn (hội chứng Marfan, thể thủy tinh hình cầu).
- Tổn thương góc tiền phòng do chấn thương.
 - Thể thủy tinh lệch có thể trở thành quá chín và gây ra glaucoma do tiêu thể thủy tinh.
- Nghẽn đồng tử có thể do thể thủy tinh lệch về phía trước hoặc do dịch kính bít tắc đồng tử.

4. Chẩn đoán phân biệt

- Glaucoma tân mạch: kèm tân mạch mỏng và/ hoặc tân mạch góc
- Góc đóng cấp

5. Cận lâm sàng

- Siêu âm A,B khi có chỉ định đánh giá tình trạng có tổn thương bán phần sau nhãn cầu.

6. Chỉ định điều trị

6.1 Chỉ định điều trị ngoại trú: khi bệnh điều trị nội khoa

6.2 Chỉ định điều trị nội trú: khi có chỉ định phẫu thuật

7. Điều trị

7.1. Điều trị nội khoa (xem “phác đồ Glaucoma do tiêu thể thủy tinh”)

7.2. Điều trị ngoại khoa

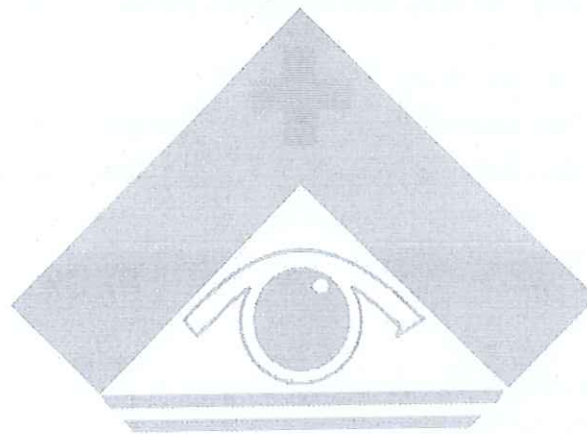
- Cắt mỏng mắt chu biên bằng Laser Yag: được chọn lựa ưu tiên cho các trường hợp tăng áp nghẽn đồng tử với thủy tinh thể bán lệch ít và thị lực bệnh nhân còn cao.

- Phẫu thuật lấy thể thủy tinh: Phẫu thuật Phaco (có thể phối hợp vòng căng bao) và đặt thể thủy tinh nhân tạo trong bao nếu bán lệch thể thủy tinh dưới nửa chu vi.
- Thể thủy tinh lệch nhiều hơn nửa chu vi hoặc sa buồng dịch kính thì cần chuyển khoa dịch kính võng mạc.

8. Theo dõi: Xem phác đồ Glaucoma do tiêu thể thủy tinh.

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.



BỆNH VIỆN MẮT TP. HCM