

4.8. HỘI CHỨNG PHÂN TÁN SẮC TỐ (GLAUCOMA SẮC TỐ)

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Cơ năng

- Đa số không có triệu chứng.
- Có thể nhìn mờ, đau mắt và quang sáng màu quanh đèn sau hoạt động mạnh hoặc dẫn đồng tử.
- Phổ biến ở người trẻ, nam giới cận thị (20-45 tuổi).
- Thường ở 2 mắt với mức độ khác nhau.
- Có thể có thoái hóa dầu và tăng nguy cơ bong võng mạc.

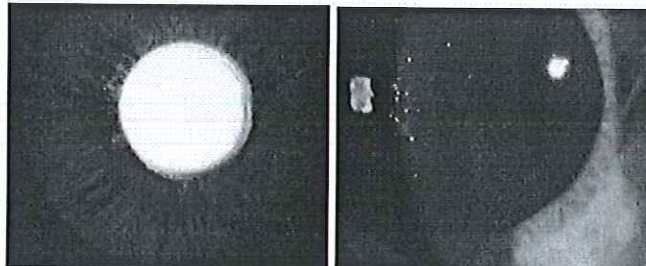
1.2. Thực thể

Đặc trưng:

- Tổn thương thoái hoá mỏng mắt hình nan hoa (spoke-like iris transillumination defects), do tiếp xúc mỏng – Zinn.
- Soi góc: lắng đọng sắc tố dày đặc, đồng nhất vùng bờ 360°, không do chấn thương hoặc viêm.

Khác:

- Dải sắc tố trên nội mô giác mạc dạng thẳng đứng, thường ở dưới trục thị giác (thời Krukenberg).
- Lắng đọng sắc tố ở các vị trí:
 - Trên bề mặt thủy tinh thể sau xích đạo,
 - Phía trước đường Schwalbe (đường Sampaolesi),
 - Đôi khi dọc theo mỏng mắt (dị sắc tố mỏng mắt).
- Sắc tố giữa mặt sau thủy tinh thể và bề mặt dịch kính là dấu hiệu đặc trưng của bệnh (đường Zentmayer / đường Scheie).
- Soi góc: dải thể mi rộng, sắc tố vùng bờ sau 3+ đến 4+, đồng nhất 360°.
- Glaucoma sắc tố: hội chứng phân tán sắc tố kèm bệnh lý thần kinh thị dạng glaucoma.
- Nhấn áp dao động lớn trong ngày, có thể thấy sắc tố trôi nổi trong tiền phòng.



Hình: Thoái hóa mỏng hình nan hoa – chiếu sáng ngược (trái),
thoi Krukenberg (phải)

2. Phân độ/ phân loại bệnh lý.

Phân độ mức độ nặng tương tự glaucoma góc mở nguyên phát.

	Điểm	Tỉ lệ viền thần kinh mỏng nhất trên đĩa thị (rim/disc ratio) (Đĩa thị trung bình 1.5-2 mm)	Hình minh hoạ
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 ($> 270^\circ$)	

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán

Chẩn đoán chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng.

- Bệnh nhân được chẩn đoán Glaucoma góc mở.
- Kèm theo các triệu chứng lâm sàng của hội chứng phân tán sắc tố.

4. Nguyên nhân

Phân tán sắc tố là sự giải phóng các hạt sắc tố vào tiền phòng. Nguyên nhân do sự vỡ ra sau của mống mắt chu biên (nghẽn đồng tử đảo nghịch) làm cho lớp biểu mô sắc tố mặt sau mống mắt cọ xát với dây chằng Zinn. Sắc tố có thể làm tắc nghẽn vùng bề, dẫn đến tăng nhãn áp và glaucoma góc mở thứ phát.

5. Chẩn đoán phân biệt

- Glaucoma giả trúc bao: có thể có thoái hóa mống, ở gần bờ đồng tử, không có hình nan hoa. Thường có chất giả trúc trên bờ đồng tử, mặt trước thủy tinh thể và nội mô giác mạc. Vùng bề tăng lắng đọng sắc tố không đồng nhất, thường có đường Sampaulesi.
- Glaucoma góc mở do viêm: cell tiền phòng là tế bào bạch cầu, không có thoái hóa mống, soi góc thường có dính góc tiền phòng, lắng đọng sắc tố vùng bề tập trung ở phía dưới.
- Melanoma mống mắt: lắng đọng sắc tố góc tiền phòng với tổn thương sắc tố gồ trên mống mắt hoặc mống mắt sẫm màu lan tỏa, không có thoái hóa mống.
- Chiếu xạ: teo và giảm sắc tố của tua thể mi với tăng lắng đọng sắc tố vùng bề.

- Giải phóng sắc tố hậu phẫu sau khi đặt kính nội nhãn hậu phòng.
- Bệnh thừa sắt.
- Mống mắt cọ xát với kính nội nhãn đặt sulcus: thoái hoá mống gần vị trí haptic.

6. Cận lâm sàng

- 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).
- Siêu âm UBM

7. Chỉ định nhập viện

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

7.2. Chỉ định điều trị nội trú

- Nhãn áp cao, hoặc tổn thương tiến triển gai thị/ thị trường khi đã phối hợp tất cả các loại thuốc nhỏ mắt, cần nhập viện để cân nhắc phẫu thuật.

8. Điều trị

8.1. Nội khoa

- Giảm tiếp xúc mống – Zinn: các chất đồng vận cholinergic (vd: Isopto Carpine 2% nhỏ 2-4 lần/ngày).
 - + Chống chỉ định khi có lỗ rách võng mạc.
 - + Thận trọng khi sử dụng do tăng nguy cơ bong võng mạc.
- Thuốc hạ nhãn áp: bắt đầu bằng 1 loại thuốc nhỏ đơn trị, phối hợp thuốc tương tự glaucoma góc mở nguyên phát.
 - + 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:

- + Chọn 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.
- + Chọn beta phối hợp đồng vận alpha-2: brimonidine tartrate 0.15% phối hợp timolol 0.5% (Combigan) 1 giọt x 2 lần/ngày.
- + Chọn beta phối hợp ức chế men carbonic anhydrase: brinzolamide 1% phối hợp timolol 0.5% (Azarga) 1 giọt x 2 lần/ngày.

8.2. Laser

- Laser cắt mỏng mắt chu biên (LPI): còn tranh cãi, nên thực hiện ở giai đoạn sớm.
- Laser tạo hình vùng bè: nên sử dụng năng lượng thấp, chỉ tiến hành 180° do nguy cơ tăng vọt nhãn áp do giải phóng nhiều sắc tố sau laser.

8.3. Phẫu thuật

- Xem xét thực hiện phẫu thuật tối thiểu (MIGS), cắt bè cùng mạc, đặt van dẫn lưu khi điều trị nội khoa và laser thất bại. Phẫu thuật cắt bè cùng mạc thường được chỉ định nhiều hơn so với glaucoma góc mở nguyên phát (POAG). Sử dụng chất chống chuyển hóa kèm theo có thể cải thiện kết quả phẫu thuật, đặc biệt là ở bệnh nhân trẻ có nguy cơ thất bại cao.
- Thận trọng khi thực hiện phẫu thuật cắt bè cùng mạc ở bệnh nhân trẻ, cận thị do nguy cơ mắc bệnh hoàng điểm do nhãn áp thấp.

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 lõm gai, chụp hình màu gai thị
 - + Đo thị trường và chụp OCT
 - + Siêu âm B khi không thể soi đáy mắt được

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.