

4.9. GLAUCOMA GÓC MỞ THỨ PHÁT DO VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Cơ năng

- Đau
- Sợ ánh sáng
- Giảm thị lực
- Triệu chứng có thể rất ít

1.2. Thực thể

- Tăng nhãn áp
- Phản ứng tiền phòng: cell và flare
- Soi góc tiền phòng: góc mở, có thể thấy lắng đọng tại vùng bè (tuy nhiên, tương đối khó quan sát). Sau một thời gian có thể diễn tiến đến dính góc hoặc dính mỏng sau, mỏng mắt cả chưa gây đóng góc.
- Giai đoạn muộn có tổn thương đĩa thị dạng glaucoma.
- Triệu chứng khác: co đồng tử, lắng đọng sau giác mạc, cương tụ kết mạc, cương tụ rìa, dính mỏng sau, tăng sắc tố vùng bè, đặc biệt là phía dưới. Dính mỏng chu biên tiến triển có thể gây góc đóng.

2. Nguyên nhân

- Glaucoma do viêm màng bồ đào thường kết hợp các tính chất của góc đóng và góc mở. Bệnh nhân viêm màng bồ đào có thể tăng nhãn áp do nhiều cơ chế khác nhau như
 - + Phù nề vùng bè
 - + Rối loạn chức năng tế bào nội mô vùng bè
 - + Fibrins và tế bào viêm làm nghẽn đường thoát thủy dịch qua vùng bè hoặc ống Schlemm
 - + Giảm thoát thủy dịch qua vùng bè do corticosteroids
 - + Dính mỏng trước ở chu biên gây nghẽn đường thoát lưu
 - + Các chất trung gian Prostaglandin gây mất cân bằng hàng rào máu – thủy dịch
- Hầu hết các trường hợp viêm màng bồ đào trước thường vô căn, nhưng glaucoma góc mở do viêm màng bồ đào thường liên quan đến các tình trạng như viêm màng bồ đào Fuchs, viêm mỏng mắt thể mi do Herpes Zoster, viêm giác mạc – màng bồ đào do Herpes Simplex, toxoplasmosis, viêm khớp dạng thấp vô căn ở thiếu niên, và viêm vùng pars plana.

3. Chẩn đoán phân biệt

- Glaucoma thể mi (Hội chứng Posner – Schlossman)
- Glaucoma do steroid

- Glaucoma sắc tố
- Glaucoma tân mạch
- Viêm màng mắt thể mi dị sắc Fuchs
- Hội chứng giả tróc bao.

4. Cận lâm sàng

- Tương tự bilan viêm màng bồ đào
- OCT, thị trường: khi có chỉ định

5. Chỉ định nhập viện

5.1. Chỉ định điều trị ngoại trú

- Tăng nhãn áp kéo dài
- Viêm màng bồ đào đáp ứng kém với điều trị thuốc

5.2. Chỉ định điều trị nội trú

- Tăng nhãn áp không đáp ứng với điều trị nội khoa

6. Điều trị

6.1. Nội khoa

- Thuốc steroid nhỏ (vd: prednisolone acetate 1%) mỗi 1 – 6 giờ, tùy thuộc vào mức độ tế bào viêm trong tiền phòng
 - Lưu ý: thuốc steroid nhỏ không được dùng, hoặc dùng hết sức thận trọng ở bệnh nhân đang có tình trạng nhiễm trùng tiến triển, đặc biệt là có nhiễm nấm hoặc herpes simplex.
- Liệt thể mi (scopolamine 0,25%, atropin 1%): 2 -4 lần/ ngày
- Hạ nhãn áp:
 - Thuốc nhỏ mắt Beta – blocker (timolol maleate 0.5% 2 lần/ngày) nếu không có chống chỉ định (vd: hen suyễn, COPD...)
 - Thuốc nhỏ mắt đồng vận α_2 (vd: brimonidine 0,1% đến 0.2% 2-3 lần/ngày)
 - Thuốc nhỏ mắt CAI (brinzolamide 1% 2 - 4 lần/ngày) hoặc uống CAI (acetazolamide 250 mg 2 - 4 viên/ngày)
 - Thuốc nhỏ mắt đồng vận Prostaglandin (travoprost 0,04%, bimatoprost 0,1%, bimatoprost 0,3%, tafluprost 0,0015%, latanoprost 0,005%...): có thể làm kích thích phản ứng viêm trên mắt viêm màng bồ đào trước và viêm giác mạc do Herpes; tuy nhiên, mối tương quan này không rõ ràng và vẫn có một số bệnh nhân có đáp ứng hạ nhãn áp với PGAs mà không đi kèm tình trạng tăng phản ứng viêm: thuốc nhỏ 1 lần/ngày. Cần thận trọng khi sử dụng.
 - Thuốc tăng áp lực thẩm thấu (mannitol 20% 1-2g/kg truyền tĩnh mạch trong 45 phút).
- Điều trị nguyên nhân gây viêm màng bồ đào (xem bài viêm màng bồ đào)

Lưu ý: Thuốc co đồng tử (pilocarpine) cần thận trọng khi sử dụng trong lúc tình trạng viêm đang tiến triển do có thể kích thích phản ứng viêm thêm và hình thành dính mống sau ở vùng trung tâm.

6.2. Phẫu thuật:

- Chỉ định phẫu thuật khi điều trị nội thất bại gồm: CBCM kèm chất chống chuyển hoá, đặt van Ahmed, phẫu thuật góc kèm tách dính góc. Cắt bẻ củng mạc có tỉ lệ thất bại cao trong các trường hợp này.

7. Theo dõi

- Thăm khám mỗi 1-7 ngày trong giai đoạn đầu. Nhãn áp cao hoặc lõm gai dạng glaucoma tiến triển cần theo dõi thường xuyên hơn.
- Có thể ngưng thuốc hạ nhãn áp khi nhãn áp trở về bình thường. Cần cân nhắc chẩn đoán Glaucoma do steroid khi nhãn áp vẫn cao mặc dù tình trạng viêm đã lắng xuống. Nhãn áp tăng kèm viêm màng bồ đào đáng kể cần tăng liều steroids kèm liệu pháp hạ nhãn áp.

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: Glaucoma, ấn bản năm 2022 – 2023.

