

4.17. GLAUCOMA THỨ PHÁT SAU PHẪU THUẬT

Các thể lâm sàng:

- Tăng áp cấp sau phẫu thuật đục thủy tinh thể
- Nghẽn đồng tử sau phẫu thuật.
- Hội chứng xuất huyết tiền phòng – glaucoma – viêm màng bồ đào.
- Glaucoma tế bào ma.

A. TĂNG NHẢN ÁP CẤP SAU PHẪU THUẬT ĐỤC THỦY TINH THỂ

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1 Cơ năng

- Mắt mờ, đau nhức xuất hiện sớm sau phẫu thuật (thường là sau 1 giờ).

1.2 Thực thể

- Giảm thị lực
- Tăng nhãn áp ngay sau phẫu thuật đục thủy tinh thể
- Giác mạc có thể phù
- Phản ứng viêm tiền phòng
- Tùy theo nguyên nhân có thể khám thấy: Sốt nhầy, sốt nhân, sốt vỏ nhân, nghẽn đồng tử...

2. Phân độ: không

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Tăng nhãn áp sớm sau phẫu thuật đục thủy tinh thể

1. Nguyên nhân

- Sốt chất nhầy
- Sốt nhân
- Nghẽn đồng tử
- Xuất huyết tiền phòng
- Phóng thích sắc tố
- Phản ứng viêm lan tỏa,...

5. Chẩn đoán phân biệt: không

6. Cận lâm sàng

- Đo nhãn áp theo dõi nhiều lần trong ngày.
- Siêu âm B khảo sát bán phần sau, OCT: đánh giá lớp sợi thần kinh, tỷ lệ lõm gai khi có chỉ định

7. Chỉ định điều trị:

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

- Điều trị khi nhãn áp > 30mmHg hoặc có dấu hiệu tổn thương thần kinh thị.
- Hạ áp tránh sử dụng nhóm PGs do tác dụng phụ gây viêm của thuốc
- Điều trị hạ áp tương tự glaucoma góc mở do viêm (xem phác đồ glaucoma thể mi).
- Kháng viêm:
- Viêm nặng: steroid (prednisolone acetat 1%) nhỏ mỗi 30 đến 60 phút/lần trong ngày
- Viêm giảm có thể dùng NSAIDs: (bromfenac 0,1 % 2 lần/ngày hoặc nepafenac 0,1% 3 lần/ngày).

8.2. Laser: thường không chỉ định

8.3. Phẫu thuật: chỉ định để điều trị nguyên nhân (hút rửa nhầy, nhân sót, máu TP...)

9. Theo dõi

- Theo dõi NA và tình trạng viêm từ vài ngày đến vài tuần cho đến khi nhãn áp ổn định trở lại và giảm liều corticoid.

B. NGHẼN ĐỒNG TỬ SAU PHẪU THUẬT

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Cơ năng

- Nhìn mờ, đau nhức sau phẫu thuật đặt IOL

1.2. Thực thể

- Tăng nhãn áp
- Tiền phòng nông hoặc nông sâu không đều, móng mắt vồng lên, không thấy lỗ LPI
- Dính móng vào IOL, hoặc bao trước.

2. Phân độ: không

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Tăng nhãn áp cấp tính sau phẫu thuật đặt IOL kèm triệu chứng nghẽn đồng tử

4. Nguyên nhân

- Thường trên mắt đã mổ lấy thể thủy tinh ngoài bao không kèm cắt móng mắt chu biên tạo nút nghẽn đồng tử
- Xảy ra trên mắt IOL tiền phòng, IOL trên mắt còn thể thủy tinh, lệch IOL

5. Chẩn đoán phân biệt

5.1. Giai đoạn sớm (sau mổ < 2 tuần)

- Viêm thứ phát giải phóng prostaglandin, máu, fibrin...

- Xuất huyết tiền phòng
- ☐ hất bại sau phẫu thuật lỗ dò: khâu vạt chặt, nghiền lỗ cắt bè củng mạc
- Hội chứng thủy dịch lạc hướng
- Xuất huyết dưới hắc mạc
- IOL tiền phòng, thoát lưu pha lê thể: pha lê thể bít diện đồng tử, có thể xuất hiện trên bệnh nhân đã lấy thủy tinh thể
- Dầu hoặc gas nội nhãn sau phẫu thuật bong võng mạc
- Đóng góc sau phẫu thuật đai củng mạc

5.2. Giai đoạn muộn (sau mổ > 2 tuần)

- Glaucoma nghiền đồng tử
- Bọng thất bại
- Xuất huyết dưới hắc mạc
- Hội chứng xuất huyết tiền phòng, glaucoma, viêm màng bồ đào
- Hội chứng thủy dịch lạc hướng
- Glaucoma do corticoid

6. Cận lâm sàng

- Siêu âm B: loại trừ bong hắc mạc, xuất huyết thượng hắc mạc

7. Chỉ định điều trị: điều trị nội trú

8. Điều trị:

8.1. Nội khoa:

- Nhỏ dẫn đồng tử (Atropin 1% hoặc Mydrin P 0,5 %)
- Hạ áp:
- Beta-blocker (2 lần/ngày); nếu không có chống chỉ định
- Alpha2-agonist (2-3 lần/ngày); nếu không có chống chỉ định
- CAIs (2-3 lần/ngày); tránh dùng ở BN dị ứng sulfamid
- Nếu không có chống chỉ định, có thể phối hợp các loại thuốc hạ nhãn áp
- CAIs toàn thân: Acetazolamide 250 mg uống 4 v/ngày chia 2-4 lần, có thể dùng kèm Kaleorid tránh mất cân bằng điện giải
- Corticoide nhỏ: prednisolone acetate 1% mỗi 15 – 30 phút ☐ sau đó giảm xuống 6 - 10 lần/ngày

8.2. Laser: Cắt mỏng chu biên bằng laser YAG: điều kiện giác mạc trong, mắt không viêm nhiều, và nên làm trên 2 lỗ.

8.3. Phẫu thuật: CBCM, đặt van hoặc chuyển hội chẩn khoa DKVM nếu NA không kiểm soát được: giác mạc phù, viêm, không thể LPI ngay.

9. Theo dõi:

Theo dõi nhãn áp và tình trạng viêm cho đến khi ổn định, giảm liều corticoid

C. HỘI CHỨNG XUẤT HUYẾT TIỀN PHÒNG – GLAUCOMA – VIÊM MÀNG BỎ ĐÀO

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Cơ năng

- Nhìn mờ, đau nhức sau phẫu thuật

1.2. Thực thể

- Cell, flare tiền phòng
- Tăng nhãn áp
- Xuất huyết tiền phòng
- Thử phát sau lệch IOL tiền phòng hoặc ra hậu phòng, với thoát pha lê thể

2. Phân độ: không

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Tăng nhãn áp cấp tính sau phẫu thuật, kèm phản ứng viêm, XHTP...

4. Nguyên nhân

- Glaucoma xuất hiện sau xuất huyết lần đầu và thường gặp hơn là sau xuất huyết tái phát (xuất hiện sau xuất huyết lần đầu khoảng 5 – 10 ngày)
- Tình trạng tắc nghẽn vùng bè bởi hồng cầu, kết hợp với tế bào viêm, huyết tương, cục máu đông...

5. Chẩn đoán phân biệt:

- Glaucoma do nguyên nhân khác...

6. Cận lâm sàng

Siêu âm B loại trừ bong hắc mạc, XH PLT...

7. Chỉ định điều trị:

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

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

- Atropine 1% 3 lần/ngày
- Corticoide nhỏ: prednisolone acetate 1% x 4-8 lần/ngày, NSAIDs (bromfenac x 2 lần/ngày, nepafenac x 3 lần/ngày)
- CAIs toàn thân: Acetazolamide 250mg 4v, chia 2-4 lần/ngày, nên dùng kèm Kaleorid tránh mất cân bằng điện giải.
- Tại chỗ: CAIs (3 lần/ngày), beta-blocker (2 lần/ngày), alpha2-agonist (2-3 lần/ngày).

8.2. Laser

- Laser thể mi nếu xuất huyết tiếp diễn.
- Laser cắt dải PLT nếu có co kéo.

8.3. Phẫu thuật

- Phẫu thuật chỉnh IOL, thay IOL, hoặc lấy IOL nếu cần.

9. Theo dõi: theo dõi nhãn áp và tình trạng viêm cho đến khi ổn định, giảm liều corticoid

D. GLAUCOMA TẾ BÀO MA

1. Triệu chứng lâm sàng

1.1. Cơ năng

- Nhìn mờ, đau nhức hoặc không, xuất hiện sau từ 1 – 3 tháng, sau xuất huyết PLT

1.2. Thực thể

- Nhãn áp ≥ 21 mmHg (nhãn áp Goldmann).
- Soi đáy mắt thấy tỷ lệ C/D > 0.3 hoặc có những tổn thương đĩa thị nghi ngờ glaucoma

2. Phân độ: không

3. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Nghĩ đến khi có tổn thương glaucoma xuất hiện sau từ 1 – 3 tháng, sau xuất huyết PLT

4. Nguyên nhân

- Thoát hồng cầu từ PLT ra tiền phòng gây bít tắc vùng bè. Các tế bào này màu vàng nhạt.
- Thường xuất hiện sau xuất huyết PLT nhiều, có rách bao sau, cũng có thể gặp trên những trường hợp không có phẫu thuật trước đó.

5. Chẩn đoán phân biệt:

- Glaucoma góc mở nguyên phát
- Glaucoma do nguyên nhân khác...

6. Cận lâm sàng

- Soi góc: những tế bào màu đỏ góc tiền phòng, hoặc nâu đỏ ở vùng bè, tế bào chết có thể có hình ảnh giả mù ở góc tiền phòng
- OCT: giảm lớp sợi thần kinh, tỷ lệ lõm gai tăng
- Thị trường: tổn thương dạng glaucoma
- Siêu âm B có thể chỉ định khảo sát bán phần sau

7. Chỉ định điều trị:

- Chỉ định điều trị ngoại trú: khi bệnh điều trị nội khoa.
- 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*: thuốc như glaucoma góc mở (xem phác đồ glaucoma góc mở nguyên phát)

8.2. *Ngoại khoa*:

- Rửa tiền phòng, cắt dịch kính để làm sạch máu, nếu thuốc nhỏ không có hiệu quả
- Phẫu thuật CBCM hoặc đặt van nếu tăng nhãn áp không điều chỉnh với điều trị nội tối đa.

9. Theo dõi:

- Như glaucoma góc mở (xem phác đồ glaucoma góc mở nguyên phát)

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.

