



**BỆNH GLÔCÔM GÓC ĐÓNG NGUYÊN PHÁT CẤP TÍNH  
(BỆNH CUỒM NƯỚC CẤP TÍNH HAY THIÊN ĐÀU THỐNG)**

<b>Bệnh Glôcôm góc đóng nguyên phát cấp tính là gì?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Glôcôm góc đóng nguyên phát là tình trạng ứ trệ lưu thông thủy dịch do góc tiền phòng bị đóng với nhiều nguyên nhân, là một cấp cứu nhãn khoa cần được điều trị tích cực.</li></ul>
<b>Nguyên nhân gây bệnh</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Glôcôm góc đóng nguyên phát có nghẽn đồng tử: Đồng tử dẫn, mặt trước thủy tinh thể tiếp xúc với mặt sau mống mắt gây nghẽn đồng tử. Thủy dịch bị ứ lại ở hậu phòng, gây chênh lệch áp lực giữa hậu phòng và tiền phòng, đẩy chân mống mắt ra trước tạo nên nghẽn vùng bè, thủy dịch không qua được, đưa đến tăng nhãn áp.</li><li>- Glôcôm góc đóng nguyên phát không có nghẽn đồng tử: Mống mắt phẳng do vị trí bám không điển hình của chu vi mống vào thể mi. Khi đồng tử dẫn, chu vi mống dồn lên gây bít vùng bè.</li><li>- Những biến đổi thực thể thứ phát: Trong cơn nhãn áp cao chân mống mắt đè ép vào thành trước của góc tiền phòng gây kích thích thụ cảm thể đau, từ đó tiếp tục gây tăng nhãn áp phản ứng, dẫn mạch máu, tăng độ thấm thấu của thành mạch. Tổn thương mống mắt, mạch máu gây nên các quá trình viêm tạo dính góc, dính bờ đồng tử, thoái hóa mống mắt, đục rải rác dưới bao trước của thể thủy tinh.</li></ul>
<b>Những yếu tố nguy cơ của bệnh</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Người châu Á có nguy cơ mắc bệnh cao hơn người da trắng.</li><li>- Lớn tuổi.</li><li>- Mắt viễn thị, tiền phòng nông, góc tiền phòng hẹp.</li><li>- Tiền căn gia đình có người mắc bệnh Glôcôm.</li><li>- Các bệnh mạn tính: đái tháo đường hoặc cao huyết áp.</li><li>- Sử dụng corticosteroid kéo dài.</li></ul>
<b>Biểu hiện thường gặp của bệnh</b>	<p>Triệu chứng chủ quan:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Đau nhức mắt, đau nửa đầu cùng bên.</li><li>- Nhìn mờ nhanh, đột ngột, như qua màn sương mù.</li><li>- Nhìn nguồn đèn thấy có quầng xanh đỏ.</li><li>- Sợ ánh sáng, chảy nước mắt.</li><li>- Toàn thân: mệt mỏi, buồn nôn, nôn khan hoặc nôn vọt, đau bụng, chậm nhịp tim, vã mồ hôi...</li></ul> <p>Dấu hiệu thực thể:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Mi mắt phù nề.</li><li>- Kết mạc cương tụ rìa hoặc cương tụ toàn bộ.</li><li>- Giác mạc phù, mất bóng, có bong biểu mô, nếp gấp màng Descemet, sắc tố mắt sau giác mạc, mặt trước thể thủy tinh.</li><li>- Tiền phòng nông, nghiệm pháp Van Herrick &lt; ¼ bề dày giác mạc hoặc áp sát mặt sau giác mạc.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Đồng tử dẫn vừa hoặc dẫn tối đa, có thể méo, biến dạng, mất phản xạ ánh sáng, có thể mất viền sắc tố bờ đồng tử, dính bờ đồng tử với mặt trước thể thủy tinh.</li> <li>- Thể thủy tinh đục, có thể có rạn bao trước tạo thành đám đục nhỏ dưới bao trước thể thủy tinh.</li> <li>- Dịch kính có thể vẩn đục, khó soi đáy mắt.</li> <li>- Đáy mắt: gai thị phù, xuất huyết nhỏ cạnh đĩa thị, có thể thấy động mạch trung tâm võng mạc đập, teo lõm đĩa thị các mức độ, mạch máu dạt về phía mũi. Trong nhiều trường hợp không soi rõ đáy mắt do các môi trường trong suốt bị phù nề nhiều.</li> <li>- Nhãn áp tăng rất cao.</li> <li>- Soi góc tiền phòng: góc tiền phòng đóng kín, cần làm nghiệm pháp Forbes với kính Zeiss hoặc soi động với kính Goldman nhằm phân biệt đóng góc cơ năng hay dính góc thực thể để quyết định phương pháp điều trị.</li> <li>- Thị trường không thể đo được trong con glôcôm cấp do các môi trường trong suốt phù nề nhiều, mắt kích thích, chảy nước mắt.</li> </ul>
<b>Biến chứng</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nếu không được điều trị ngay thì trong một thời gian ngắn có thể dẫn đến tổn thương mắt vĩnh viễn gây mù loà.</li> </ul>
<b>Các xét nghiệm cần làm</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Xét nghiệm tiền phẫu (tổng phân tích tế bào máu; TQ, TCK; định lượng glucose, ure, creatinine, SGOT-SGPT máu; XQ tim phổi thẳng, điện tâm đồ...</li> <li>- Điện giải đồ 3 thông số.</li> <li>- Đo nhãn áp.</li> <li>- Thị lực.</li> </ul>
<b>Hướng điều trị</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Xử trí cấp cứu: bằng thuốc hạ nhãn áp ngay sau khi chẩn đoán bệnh.</li> <li>- Giảm đau.</li> <li>- An thần.</li> <li>- Trong trường hợp nhãn áp tăng quá cao: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Có thể phối hợp tiêm tĩnh mạch Acetazolamid</li> <li>• Thuốc tăng thẩm thấu</li> <li>• Chọc tiền phòng.</li> </ul> </li> </ul> <p>Điều trị sau cấp cứu: Tùy vào tình trạng góc tiền phòng để chỉ định điều trị laser hay phẫu thuật.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Các phương pháp phẫu thuật: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Phẫu thuật cắt bè củng mạc (phẫu thuật lỗ dò).</li> <li>• Phẫu thuật cắt củng mạc sâu không xuyên thủng.</li> <li>• Phẫu thuật đặt van dẫn lưu tiền phòng</li> <li>• Laser quang đông thể mi, điện đông-lạnh đông thể mi: mắt mù, đau nhức.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Chế độ theo dõi và phòng ngừa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tái khám sau 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng, mỗi 3 tháng sau mổ.</li> <li>- Theo dõi: Thị lực, nhãn áp, thị trường; giác mạc, vạt củng mạc, bong dò kết mạc, thể thủy tinh; màng bồ đào.</li> <li>- Soi hoặc chụp đáy mắt không huỳnh quang, chụp cắt lớp quang học (OCT) đánh giá tình trạng gai thị.</li> </ul>