ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT GLÔCÔM GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT

TÁC GIẢ

Jeff Miller: Đại học Northeastern State

THẨM ĐỊNH

Jane-Ann Grogg: Đại học Indiana

NỘI DUNG CỦA CHƯƠNG

GIỚI THIỆU 1
CÁC PHẪU THUẬT CHO GLÔCÔM GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT 2
TẠO HÌNH VÙNG BÈ BẰNG LASER 2
CÁC PHẪU THUẬT CẮT RẠCH 5
PHẪU THUẬT GLÔCÔM KHÔNG XUYÊN THỦNG 6
QUANG ĐÔNG THỂ MI 9
PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GLÔCÔM GÓC ĐÓNG 9
TÓM TẮT 10
TÀI LIỆU THAM KHẢO 10

GIỚI THIỆU

Trong hầu hết các trường hợp, điều trị glôcôm bắt đầu bằng thuốc, sau đó đến điều trị laser, cuối cùng là phẫu thuật nếu cần.

Laser và phẫu thuật được chỉ định khi điều trị nội khoa không thể giảm nhãn áp cao và tổn hại thị thần kinh tiến triển và/hoặc có tổn hại thị trường. Trong một số trường hợp, phẫu thuật laser là lựa chọn đầu tiên, đặc biệt là trong trường hợp bệnh nhân kém tuân thủ việc điều trị thuốc.

Các lựa chọn điều trị glôcôm không dùng thuốc được chia thành các loại sau:

- Phẫu thuật laser
- Phẫu thuật cắt rạch
- Phẫu thuật đặt van

Mục đích chính của điều trị laser và phẫu thuật là tác động chọn lọc vào một hoặc nhiều cấu trúc của mắt để giảm nhãn áp.

Thời gian duy trì hạ nhãn áp điều trị laser phụ thuộc vào nhiều yếu tố, bao gồm:

- Loại phẫu thuật laser
- Loại glôcôm được điều trị
- Tuổi
- Chủng tộc

Quyết định chọn can thiệp laser và phẫu thuật dựa vào:

- Khả năng đạt được và duy trì nhãn áp thấp được dùng trong laser trước và sau phẫu thuật như mở mống mắt chu vi bằng laser và tạo hình vùng bè chọn lọc bằng laser
- Giữ được góc mở với vùng bè có chức năng
- Giảm sử dụng các thuốc điều trị glôcôm hoặc để điều trị bổ sung cho những bệnh nhân đã dùng các thuốc nhỏ mắt điều trị glôcôm nhưng không đạt được nhãn áp mục tiêu.
- Giảm thiểu tổn hại thị trường
- Giảm sự cần thiết phẫu thuật bổ sung
- Giảm các phản ứng phụ của thuốc glôcôm, chẳng hạn khô mắt mạn tính.

Khi lựa chọn một dạng điều trị cụ thể hoặc quyết định thay đổi điều trị, cần phải xem xét để giảm thiểu nguy cơ và tăng tối đa lợi ích cho bệnh nhân .

Tất cả các dạng điều trị glôcôm đều có nguy cơ tác dụng phụ hoặc biến chứng. Cần đánh giá ảnh hưởng của điều trị ngoài tác dụng hạ nhãn áp.

CÁC PHẪU THUẬT CHO GLÔCÔM GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT

Điều trị laser và phẫu thuật chủ yếu cho glôcôm góc mở nguyên phát là:

- Tạo hình vùng bè bằng laser
  - Tạo hình vùng bè bằng laser argon
  - Tạo hình vùng bè chọn lọc bằng laser
  - Tạo hình vùng bè bằng laser vi xung

- Các phương pháp phẫu thuật
  - Phẫu thuật cắt bè
  - Phẫu thuật đặt van

- Các phẫu thuật tiêu hủy thể mi

TẠO HÌNH VÙNG BÈ BẰNG LASER

Tạo hình vùng bè là một thủ thuật làm biến đổi vùng bè và sử dụng laser tạo ra một chùm sáng hội tụ vào mô mục tiêu, trong trường hợp này là vùng bè. Trong glôcôm, điều trị tác động vào hệ thống dẫn lưu thủy dịch để tăng lưu thông và hạ nhãn áp. Tùy thuộc loại glôcôm được điều trị, tạo hình vùng bè bằng laser thường được thực hiện trước khi làm các phẫu thuật khác.

Các thủ thuật được thực hiện ở phòng khám bệnh, trung tâm phẫu thuật ngoại trú, hoặc ở bệnh viện.

- Các thủ thuật bao gồm tạo hình vùng bè bằng laser argon và tạo hình vùng bè chọn lọc bằng laser
- Các thủ thuật này dùng để điều trị glôcôm góc mở
- Laser được chiếu vào vùng bè. Nhãn áp thường giảm 20-25% nhưng bệnh nhân có thể vẫn cần thuốc

TẠO HÌNH VÙNG BÈ BẰNG LASER ARGON (ARGON LASER TRABECULOPLASTY)

Chùm tia laser được chiếu về phía vùng bè với kính soi góc trong khi bệnh nhân ngồi ở đèn khe. Trong thủ thuật tạo hình vùng bè bằng laser argon, chùm tia laser được chiếu vào chỗ tiếp nối giữa phần có sắc tố và không có sắc tố của vùng bè.

Trong tạo hình vùng bè bằng laser argon, đầu tiên thường điều trị một nửa vùng bè. Nếu cần, có thể điều trị nửa còn lại cua vùng bè vào một lần sau. Tạo hình vùng bè bằng laser argon làm hạ nhãn áp khoảng 75% số lần nhưng vẫn cần thuốc glôcôm trong hầu hết các trường hợp.

Sự điều chỉnh nhãn áp sau tạo hình vùng bè bằng laser argon có thể giảm theo thời gian, do đó có thể cần làm lại ở các lần khám sau. Hiệu quả khi làm lại có thể kém hơn bởi vì các phẫu thuật sau khó dự đoán hơn phẫu thuật lần đầu.

Cơ chế của tạo hình vùng bè bằng laser argon?

Có 2 giả thuyết chính về hiệu quả của tạo hình vùng bè bằng laser argon.

- Giả thuyết cơ học: quá trình liền sẹo sẽ kéo căng khung colagen và tăng lưu thông thủy dịch
- Giả thuyết sinh hóa: laser hoạt hóa các đại thực bào để dọn sạch vùng bè, giúp cho sự lưu thông thủy dịch
- Hoặc kết hợp cả 2 thuyết

Tạo hình vùng bè bằng laser argon

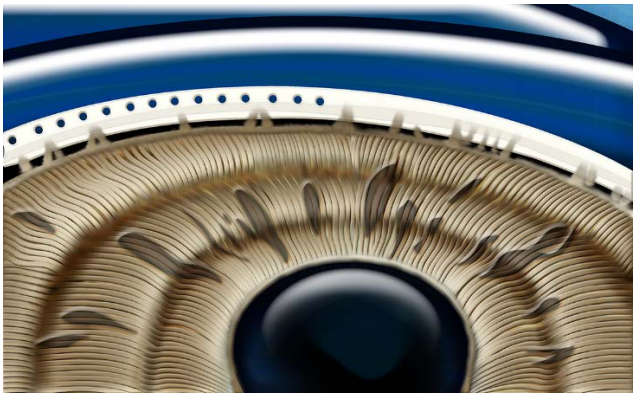
Qui trình dùng laser argon để tạo hình vùng bè như sau:

- Đốt vết kích thước 50 micron giữa vùng bè có sắc tố và không sắc tố (Hình 18.1)
- Các vết đốt cách nhau từ 2 đường kính vết đốt trở lên
- Đốt khoảng 50-80 vết cho mỗi 180 độ
- Mỗi lần điều trị 180 độ
- Sử dụng năng lượng 300-1000 mW tùy theo mức độ sắc tố

Chống chỉ định của tạo hình vùng bè bằng laser argon

Tạo hình vùng bè bằng laser argon chống chỉ định ở những bệnh nhân có các bệnh sau:

- Glôcôm do viêm
- Hội chứng nội mô giác mạc-mống mắt
- Glôcôm tân mạch
- Đóng góc do dính
- Glôcôm do rối loạn phát triển
- Lùi góc



Hình 18.1: *Các lỗ đốt laser ở vùng bè*

TẠO HÌNH VÙNG BÈ CHỌN LỌC BẰNG LASER (SELECTIVE LASER TRABECULOPLASTY)

Tạo hình vùng bè chọn lọc bằng laser được thực hiện bằng laser Nd:YAG Q-switched 532 nm hoạt động ở mức năng lượng rất thấp với kích thước vết đốt lớn.

Laser này tác động chọn lọc vào các tế bào sắc tố (hắc tố bào) của vùng bè, chừa lại phần vùng bè không được điều trị. Chế độ laser gây tổn hại các tế bào vùng bè lân cận ít hơn, nhưng tạo hình vùng bè chọn lọc bằng laser có thể giảm nhãn áp tới mức độ giống như tạo hình vùng bè bằng laser argon.

Tạo hình vùng bè chọn lọc bằng laser không ảnh hưởng nhiều đến cấu trúc của vùng bè như tạo hình vùng bè bằng laser argon, do đó có thể làm lại thủ thuật này một cách an toàn và hiệu quả. Tạo hình vùng bè chọn lọc bằng laser có thể là một lựa chọn thích hợp để điều trị bổ sung cho những người đang điều trị glôcôm bằng thuốc nhỏ mắt, những người kém tuân thủ điều trị thuốc, những người đã điều trị thuốc không thành công hoặc đã được tạo hình vùng bè bằng laser argon không thành công.

Qui trình tạo hình vùng bè chọn lọc bằng laser

Qui trình tạo hình vùng bè chọn lọc bằng laser như sau:

- Dùng laser Nd:YAG Q-switched
- Kích thước vết đốt nhỏ (400 micron)
- Các vết đốt sát nhau
- Tập trung ở bờ trước và sau của vùng bè
- Sử dụng năng lượng 0,4-1,0 mJ trong thời gian 3-4 nanogiây

Kết quả

Những kết quả chính của tạo hình vùng bè chọn lọc bằng laser là:

- Ít đau và viêm sau phẫu thuật
  - Ít tổn hại mô ở vùng bè và ít tăng nhãn áp
- Kết quả ngắn hạn tốt: giảm 6 đến 9 mm Hg
- Nhãn áp có thể tăng cao vài giờ sau phẫu thuật
- Có thể cần thuốc trước và sau phẫu thuật để hạ nhãn áp
- Có thể vẫn cần thuốc hạ nhãn áp, nhưng ít hơn trước phẫu thuật
- Có thể xảy ra viêm mống mắt sau phẫu thuật

Các vấn đề khác của tạo hình vùng bè bằng laser

Một số vấn đề khác của tạo hình vùng bè bằng laser là:

- Kết quả lâu dài không đảm bảo
- Khoảng 30% không điều chỉnh được nhãn áp trong năm đầu tiên của tạo hình vùng bè bằng laser argon
- Tỉ lệ thất bại 5-10% mỗi năm
- 66% không đạt mức nhãn áp yêu cầu sau 5-10 năm
- Tạo hình vùng bè bằng laser argon làm lại thường không thành công
  - 35% trong 6 tháng
  - 5% trong 2 năm
- Nếu tạo hình vùng bè chọn lọc bằng laser có tác dụng hạ nhãn áp, thì phẫu thuật này thường có thể làm lại nếu về sau này nhãn áp bắt đầu tăng.
- Nếu mô sẹo được tạo thành quá mức, có thể cần phẫu thuật
- Nếu tổn hại thị thần kinh do glôcôm vẫn tiếp tục sau tạo hình bằng laser, có thể cần các phẫu thuật khác

Tạo hình vùng bè bằng laser vi xung

TẠO HÌNH VÙNG BÈ BẰNG LASER VI XUNG (MICROPULSE LASER TRABECULOPLASTY)

Phương pháp tạo hình vùng bè bằng laser vi xung sử dụng một laser điốt đặc trưng để phát ra năng lượng dưới dạng các vi xung ngắn. Tạo hình vùng bè bằng laser vi xung có tác dụng hạ nhãn áp tương tự tạo hình vùng bè chọn lọc bằng laser và tạo hình vùng bè bằng laser argon.

CÁC PHẪU THUẬT CẮT RẠCH

PHẪU THUẬT LỖ RÒ

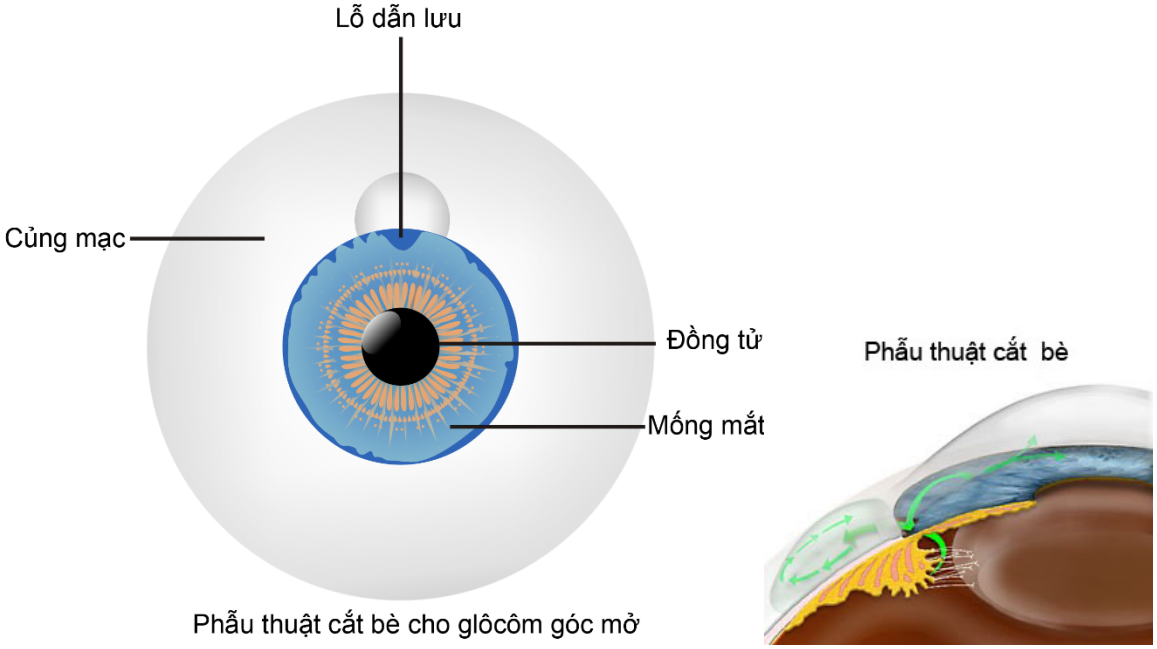
Trong phẫu thuật lỗ rò, người ta tạo ra một đường lưu thông từ tiền phòng đến củng mạc để cho phép thủy dịch đi qua phần vùng bè được cắt bỏ (Hình 18.2) vào một túi dưới kết được tạo ra ở vùng lân cận. Thủy dịch chảy qua lỗ được tạo ra và tạo thành một bọng nhỏ gọi là bọng thấm. Bọng thấm, thường ở bề mặt nhãn cầu phía trên, được che bởi mi trên và thường không nhìn thấy. Từ bọng thấm, thủy dịch đi vào tuần hoàn của cơ thể.

Phương pháp này còn được gọi là phẫu thuật lỗ rò. Phẫu thuật thường được thực hiện với gây tê tại mắt và thuốc an thần. Tiêm hậu nhãn cầu để hạn chế chuyển động mắt. Phẫu thuật viên thường khám lại sau 1 ngày và 1 tuần để theo dõi cẩn thận những biến chứng hậu phẫu của bệnh nhân.

Ở những bệnh nhân già, glôcôm phẫu thuật lỗ rò thành công ở khoảng 70-90% các trường hợp, trong thời gian ít nhất 1 năm.

Đôi khi, đường dẫn tạo ra bị tắc và nhãn áp tăng trở lại, do cơ thể cố gắng lấp kín lỗ mới được tạo ra mắt, giống như lỗ do chấn thương. Sự liền sẹo nhanh này thường xảy ra nhất ở những người trẻ, bởi vì họ có hệ thống liền vết thương mạnh hơn so với những bệnh nhân già. Trong quá trình phẫu thuật, nhiều bệnh nhân được dùng thêm thuốc chống chuyển hóa để ngăn chặn sự xơ hóa bọng thấm.

Phẫu thật lỗ rò có thể được làm lại nếu cần, nhưng cần xem xét các nguy cơ, lợi ích và tình trạng kết mạc.



Hình 18.2: *Phẫu thuật cắt bè cho glôcôm góc mở*

BIẾN CHỨNG CỦA PHẪU THUẬT CẮT BÈ

Phẫu thuật cắt bè là một phương pháp kinh điển, nhưng nó cũng có nhiều nguy cơ biến chứng hậu phẫu như sau:

- Biến chứng sớm
  - Nhiễm trùng
  - Nhãn áp thấp
  - Xẹp tiền phòng
  - Thủy dịch lạc đường
  - Xuất huyết tiền phòng
  - Đục thể thủy tinh
  - Tăng nhãn áp nhất thời
  - Phù hoàng điểm dạng nang
  - Bệnh hoàng điểm nhãn áp thấp
  - Tràn dịch hắc mạc
  - Xuất huyết thượng hắc mạc
  - Viêm màng bồ đào dai dẳng
  - Xuất hiện vết khô trũng giác mạc vùng rìa (dellen)
  - Giảm thị lực

- Biến chứng muộn
  - Rò bọng thấm hoặc không có bọng thấm
  - Đục thể thủy tinh
  - Viêm bọng thấm
  - Viêm nội nhãn/nhiễm trùng bọng thấm
  - Bọng có triệu chứng
  - Bọng thấm không đúng vị trí
  - Nhãn áp thấp

Dùng thuốc chống chuyển hóa, như 5-fluorouracil (5-FU) và mitomycin-C (MMC), làm giảm nguy cơ không tạo thành bọng thấm bằng cách kiểm soát mô sẹo ở vị trí mổ.

Thuốc chống chuyển hóa được chỉ định cho những bệnh nhân có nguy cơ cao như:

- Bệnh nhân trẻ
- Tiền sử phẫu thuật lỗ rò thất bại
- Người Mĩ gốc Phi
- Các trường hợp glôcôm ở mắt không còn thể thủy tinh, glôcôm do viêm màng bồ đào, glôcôm tân mạch hoặc glôcôm góc đóng thứ phát

GIẢM THỊ LỰC DO PHẪU THUẬT CẮT BÈ

Ảnh hưởng của phẫu thuật cắt bè đối với thị lực như sau:

- Tỉ lệ giảm thị lực là 6-20%
- Giảm thị lực thường do:
  - Nhãn áp thấp
  - Tăng nhãn áp đột ngột
  - Viêm

PHẪU THUẬT GLÔCÔM KHÔNG XUYÊN THỦNG

Phẫu thuật glôcôm không xuyên thủng tạo ra một đường lưu thông mà không xuyên qua tiền phòng như là phẫu thuật cắt bè. Phương pháp này giảm nguy cơ xẹp tiền phòng trong thời kì hậu phẫu sớm.

Các phẫu thuật này được coi là khó đào tạo hơn và phẫu thuật viên phải học rất tích cực.

Phẫu thuật không xuyên thủng thường không tạo ra bọng thấm, do đó làm cho bệnh nhân dễ chịu hơn. Tuy nhiên, các nghiên cứu đánh giá phẫu thuật glôcôm không xuyên thủng cho thấy mức giảm nhãn áp thường ít hơn so với phẫu thuật cắt bè.

THIẾT BỊ DẪN LƯU GLÔCÔM (GLAUCOMA TUBE SHUNT)

Thiết bị dẫn lưu glôcôm gồm một đĩa có diện tích bề mặt khác nhau và được đặt ở dưới kết mạc. Đĩa được gắn với một ống dẫn lưu luồn vào tiền phòng hoặc hậu phòng qua pars plana.

Ống dẫn lưu này làm giảm cản trở lưu thông thủy dịch (thí dụ Baerveldt, Molteno) hoặc có thể được thiết kế với van một chiều (thí dụ Ahmed, Krupin).

Thiết bị dẫn lưu không có van đòi hỏi phải đặt một stent có thể tháo bỏ ở trong ống hoặc một dây buộc ở quanh ống để ngăn nhãn áp thấp ngay sau mổ. Thiết bị dẫn lưu có thể giảm nhãn áp 50% dưới mức trước mổ. Tuy nhiên, phẫu thuật này cũng có một số biến chứng sau:

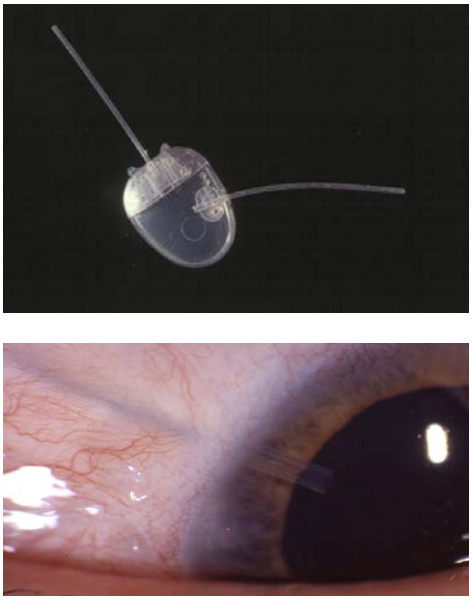
- Nhãn áp thấp
- Mất bù trừ giác mạc
- Đĩa bị bọc kín
- Ống bị ăn mòn
- Xuất huyết thượng hắc mạc
- Song thị

Thiết bị dẫn lưu trước đây thường dành cho những bệnh nhân có nhãn áp không điều chỉnh và phẫu thuật lỗ rò thất bại, phẫu thuật đai củng mạc, sẹo kết mạc rộng hoặc phản ứng viêm quá mức (glôcôm tân mạch hoặc viêm màng bồ đào).

Thiết bị dẫn lưu để điều trị glôcôm hiện nay được dùng phổ biến hơn, và trong một số trường hợp được dùng như là một phương thức phẫu thuật lỗ rò đầu tiên. Kết quả của Nghiên cứu đặt ống so với phẫu thuật cắt bè cho thấy là cả 2 phương pháp cho kết quả hạ nhãn áp xấp xỉ nhau ở cuối năm đầu tiên, nhưng bệnh nhân thường cần dùng thêm thuốc để đạt nhãn áp chấp nhận được sau khi đặt một thiết bị dẫn lưu glôcôm không có van.

Các thiết bị có thể dùng cho các phẫu thuật glôcôm này gồm có:

- Van Molteno và van Baerveldt
- Van Krupin và van Ahmed (Hình 18.3)



Hình 18.3: *Van Ahmed*

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ỐNG SCHLEMM (CANALOPLASTY)

Đây là một phẫu thuật không xuyên thủng sử dụng ống thông nhỏ (micro-catheter).

Trong phẫu thuật tạo hình ống Schlemm bằng sợi chỉ kéo căng, ống Schlemm được làm giãn quanh chu vi bằng Healon GV (sodium hyaluronate) với ống thông nhỏ (đường kính 200 micron). Một sợi quang cho phép quan sát ống thông qua củng mạc. Khi ống Schlemm đã được làm giãn bằng chất nhầy, dùng một sợi chỉ 10-0 Prolene gắn với ống thông và đưa vào ống Schlemm trong khi rút ống thông ra. Sợi chỉ này kéo căng vùng bè, đưa nó về phía trước để giảm cản trở lưu thông thủy dịch, do đó giảm nhãn áp.

Những ưu điểm của phẫu thuật tạo hình ống Schlemm gồm:

- An toàn hơn so với phẫu thuật cắt bè.
- Có thể kết hợp với phẫu thuật đục thể thủy tinh để giảm nhãn áp nhiều hơn
- Kết quả nghiên cứu cho thấy sự giảm lâu dài cả nhãn áp và số thuốc cần thiết để kiểm soát glôcôm.

PHẪU THUẬT MỞ BÈ (TRABECTOME SURGERY)

Dao mở bè (trabectome) (NeoMedix, Tustin CA) tiếp cận đường dẫn lưu thủy dịch bằng cách tạo ra một đường giao thông trực tiếp giữa tiền phòng và ống Schlemm.

Phẫu thuật mở bè này sử dụng một dụng cụ phẫu thuật điện kết hợp các tác dụng rửa, hút và có đầu an toàn để cắt và loại bỏ mô vùng bè và thành trong của ống Schlemm.
Phẫu thuật này có lẽ làm sạch các mảnh vụn và kích thích các đại thực bào đi vào.

Xuất huyết tiền phòng nhất thời trong phẫu thuật do máu tràn ngược vào ống Schlemm là biến chứng thường gặp nhất của phẫu thuật này.

Những kết quả ban đầu đầy hứa hẹn, nhãn áp được điều chỉnh trong khoảng 15 đến 16 mm Hg. Không tạo ra bọng thấm hoặc nguy cơ xẹp tiền phòng, và kết mạc quanh rìa được bảo tồn cho phẫu thuật bổ sung nếu cần.

PHẪU THUẬT ĐẶT ISTENT

Là một phẫu thuật phục hồi đường lưu thông thủy dịch bằng cách tạo đường tắt để tránh sự cản trở vùng bè bằng iStent (Glaukos Corp., Laguna Hills, CA). Stent dùng trong phẫu thuật này là một ống titan hình chữ L có đường kính 120 micron được đặt vào trong ống Schlemm qua một lỗ nhỏ ở vùng bè.

Ống stent phục hồi đường lưu thông từ tiền phòng vào ống Schlemm. Các nghiên cứu lâm sàng cho thấy nhãn áp sau mổ trong khoảng 15-16 mm Hg ở thời điểm 12 tháng.

Không tạo thành bọng thấm và phẫu thuật iStent giữ lại được tất cả các lựa chọn glôcôm phẫu thuật lỗ rò trong tương lai. Có thể dùng nhiều stent để giảm nhãn áp hơn nữa và để đạt được mức giảm nhãn áp dựa vào nhãn áp mục tiêu của bệnh nhân.

THIẾT BỊ DẪN LƯU SOLX (SOLX GOLD SHUNT)

Thiết bị dẫn lưu Solx là một tấm nhiều lỗ kích thước 60 micron gồm 2 lá vàng để tăng lưu thông qua đường màng bồ đào-củng mạc bằng cách chỉnh lại đường đi của thủy dịch từ tiền phòng vào khoang thượng hắc mạc.

Thiết bị sử dụng chênh lệch áp lực âm giữa 2 vùng này và tìm một đường khác để tăng lưu thông thủy dịch.

QUANG ĐÔNG THỂ MI

Có thể làm chậm khả năng sản xuất thủy dịch của thể mi, do đó hạ nhãn áp. Quang đông thể mi thường được dùng để điều trị glôcôm góc mở giai đoạn trầm trọng. Nó thường chỉ được sử dụng khi các biện pháp điều trị khác không thành công.

Quang đông thể mi qua củng mạc là một dạng laser điều trị glôcôm bằng cách gây tổn hại thể mi để giảm sản xuất thủy dịch.

Hiện nay, các phẫu thuật tiêu hủy thể mi thường được thực hiện bằng một hệ thống laser xuyên củng mạc, tuy nhiên cũng có thể thực hiện bằng nội soi (Pastor và cs 2001, trích từ American Academy of Ophthalmology [AAO] 2005b).

Các phẫu thuật này có thể cần làm nhắc lại để điều chỉnh glôcôm một cách thích hợp.

Nguy cơ của phẫu thuật quang đông thể mi

Những bệnh nhân cần quang đông thể mi phẫu thuật có nguy cơ nhãn áp hạ quá thấp không duy trì được chuyển hóa và hình dạng nhãn cầu.

Quang đông thể mi nội soi

Những đặc điểm chính của quang đông thể mi nội soi là:

- Đốt một phần thể mi bằng đầu quang đông
- Thường phối hợp với phẫu thuật đục thể thủy tinh
- Bệnh nhân gồm có:
    - Những người kém tuân thủ điều trị (sa sút trí tuệ, v.v.)
    - Các trường hợp glôcôm tân mạch
    - Những bệnh nhân góc đóng mạn tính

Phẫu thuật làm teo thể mi

Khi mắt đã mù và nhãn áp của bệnh nhân quá cao, có thể gây teo thể mi bằng lạnh đông thể mi qua củng mạc cách rìa khoảng 1-2 mm.

Đây là một phẫu thuật rất đau và thường là biện pháp cuối cùng trong điều trị glôcôm.

Các phẫu thuật phối hợp

Các phẫu thuật như tạo lỗ rò, đặt van và quang đông thể mi nội soi thường được phối hợp với phẫu thuật đục thể thủy tinh. Điều này hạn chế số lượng phẫu thuật nội nhãn mà bệnh nhân phải chịu đựng.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GLÔCÔM GÓC ĐÓNG

Phương pháp phẫu thuật chính cho glôcôm góc đóng là mở mống mắt chu vi bằng laser.

Mở mống mắt chu vi bằng laser là một điều trị glôcôm góc hẹp hoặc góc đóng.

Mở mống mắt chu vi bằng laser được thực hiện với laser argon hoặc Nd:YAG. Laser tạo ra một lỗ nhỏ ở mống mắt, cho phép mống mắt lùi ra xa vùng bè, đường lưu thông thủy dịch được mở ra, do đó giảm nhãn áp.

TÓM TẮT

Có nhiều lựa chọn phẫu thuật trong điều trị glôcôm và phẫu thuật sẽ tiếp tục phát triển cùng với các phương pháp và phương tiện chẩn đoán hình ảnh mới. Mục đích cuối cùng của can thiệp phẫu thuật là để điều chỉnh nhãn áp lâu dài với ít nguy cơ biến chứng phẫu thuật và ảnh hưởng có hại khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Shields' Textbook of Glaucoma, 5th ed. Allingham RR, et al.
- Medical Management of Glaucoma , 3rd ed. Tsai JC, Forbes M