

- doi:10.1200/jco.2007.15.0375
4. **Ito M, Horita N.** Carboplatin plus pemetrexed for the elderly incurable chemo-naive nonsquamous non-small cell lung cancer: Meta-analysis. Apr 2019;15(2):e3-e10. doi:10.1111/ajco.12837
 5. **Ardizzoni A, Boni L, Tiseo M, et al.** Cisplatin-versus carboplatin-based chemotherapy in first-line treatment of advanced non-small-cell lung cancer: an individual patient data meta-analysis. Journal of the National Cancer Institute. Jun 6 2007;99(11):847-57. doi:10.1093/jnci/djk196
 6. **Wang W, Shang L, Li X, Li J, Wen F, Liu J.** [Pemetrexed combined with cisplatin or carboplatin regimen in the treatment of advanced recurrent or metastasis non-small cell lung cancer: analysis of 63 cases]. Zhongguo fei ai za zhi = Chinese journal of lung cancer. Jan 2011; 14(1):54-7. doi:10.3779/j.issn.1009-3419.2011.01.11
 7. **Trần Thanh Hà.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV bằng phác đồ pemetrexed – carboplatin tại bệnh viện K. Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
 8. **Katirtzoglou N, Gkiozos I, Makrilia N, et al.** Carboplatin plus pemetrexed as first-line treatment of patients with malignant pleural mesothelioma: a phase II study. Clinical lung cancer. Jan 2010;11(1):30-5. doi:10.3816/CLC.2010.n.005

ĐÁNH GIÁ TÍNH AN TOÀN CỦA PHẪU THUẬT MỞ BÈ TỪ PHÍA TRONG TIỀN PHÒNG ĐIỀU TRỊ GLÔCÔM GÓC MỞ

Đỗ Tấn¹, Bùi Thị Vân Anh¹, Nguyễn Thái Đạt¹

Từ khoá: mở bè, phẫu thuật glôcôm, ab interno

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính an toàn của phẫu thuật mở bè từ phía trong tiền phòng điều trị glôcôm góc mở. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, tiến cứu, không có nhóm chứng được tiến hành trên 32 mắt (29 bệnh nhân) glôcôm góc mở nguyên phát đã phẫu thuật thất bại tại khoa Glôcôm, bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 3 đến tháng 12 năm 2022. Tiêu chuẩn chọn: Glôcôm góc mở nguyên phát đã phẫu thuật lỗ rò nhãn áp không điều chỉnh với ≥ 2 thuốc bổ sung. Các chỉ số thị lực, nhãn áp, số lượng thuốc hạ nhãn áp và các biến chứng được thu thập và xử lý theo thuật toán thống kê y học. Đánh giá tính an toàn của phẫu thuật dựa trên: thị lực, nhãn áp, số lượng thuốc hạ nhãn áp và đặc biệt là biến chứng, tỷ lệ thất bại sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng. **Kết quả nghiên cứu:** Sau phẫu thuật, nhãn áp đã hạ rất tốt. Nhãn áp trung bình trước mổ là $31,69 \pm 9,76$ mmHg đã giảm xuống còn $18,69 \pm 5,57$ mmHg với mức hạ nhãn áp trung bình $37,12\% \pm 23,19\%$ sau 1 tháng. Thị lực được bảo tồn so với trước mổ. Sau mổ, bệnh nhân không còn phụ thuộc nhiều vào thuốc hạ nhãn áp. Số lượng thuốc hạ nhãn áp trước mổ là $3,09 \pm 0,89$ đã giảm xuống chỉ còn là $1,06 \pm 1,34$ sau 1 tháng. Kỹ thuật mở bè từ phía trong tiền phòng ít xâm lấn, không có biến chứng nặng cần phải can thiệp phẫu thuật lại hoặc gây ảnh hưởng tới chức năng thị giác của người bệnh. Biến chứng hay gặp nhất sau phẫu thuật là xuất huyết tiền phòng, chủ yếu ở mức độ nhẹ, tự tiêu sau 1 tháng. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy, phẫu thuật mở bè từ phía trong tiền phòng điều trị glôcôm góc mở là an toàn trong điều trị glôcôm góc mở nguyên phát đã phẫu thuật lỗ rò thất bại.

SUMMARY

SAFETY PROFILE OF AB INTERNO TRABECULOTOMY IN PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA TREATMENT

Objective: To evaluate the safety profile of ab interno trabeculotomy in treating primary open-angle glaucoma (POAG) with previously failed filtering surgery. **Subjects and methods:** Prospective study on the results of ab interno trabeculotomy in 32 eyes (29 patients) diagnosed with POAG with previously failed filtering surgery at the Glaucoma Department, Vietnam National Eye Hospital from March 2022 to December 2022. In the studied eyes, IOP was not controlled with at least two hypotensive drugs. Intraocular pressure, number of medications and complication rate were collected and analysed by the medical statistical algorithms. The safety profile was analysed basing on the result of visual acuity, intraocular pressure, number of hypotensive drugs and especially the complication rate, failure rate at 1 week, 1 month. **Results:** The intraocular pressure reduction was significant after surgery. The mean preoperative IOP was 31.69 ± 9.76 mmHg decreased to 18.69 ± 5.57 mmHg with an average reduction of $37.12\% \pm 23.19\%$ after 1 month. The visual acuity was preserved after 1 month. Ab interno trabeculotomy reduced drug dependence of the study group of patients. The mean preoperative number of medication was 3.09 ± 0.89 reduced to 1.06 ± 1.34 after 1 month. Ab interno trabeculotomy shown to be a minimally invasive glaucoma surgery technique, without vision-threatening complications which require second surgical intervention. Hyphema was the most common complication after surgery. Most of the hyphema cases were mild and nearly all resolved by the first postoperative month. **Conclusion:** The results showed a good safety profile of ab interno trabeculotomy in treating primary open-angle glaucoma with previously failed filtering surgeries.

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tấn

Email: dotan20042005@yahoo.com

Ngày nhận bài: 16.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 11.5.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023

Keywords: trabeculotomy, Glaucoma surgery, ab interno.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cho đến nay, phẫu thuật lỗ rò vẫn là phẫu thuật đầu tay nhằm điều trị bệnh glôcôm góc mở nguyên phát khi laser và thuốc điều trị không đạt hiệu quả. Mặc dù phương pháp này đem lại hiệu quả hạ nhãn áp tốt nhưng tính an toàn của phẫu thuật lỗ rò có thể bị ảnh hưởng bởi tỷ lệ xuất hiện các biến chứng, đặc biệt là các biến chứng liên quan tới sẹo bong. Phẫu thuật mở bè từ phía trong tiền phòng ít xâm hại tổ chức nhãn cầu, đặc biệt không tạo sẹo bong nên có thể ít gây biến chứng hơn. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy phẫu thuật mở bè cho hiệu quả hạ nhãn áp tốt, ổn định và có độ an toàn khá cao và có thể được coi là một loại phẫu thuật Glôcôm xâm lấn tối thiểu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm bước đầu đánh giá độ an toàn của phẫu thuật mở bè từ phía trong tiền phòng trong điều trị bệnh glôcôm góc mở nguyên phát đã phẫu thuật lỗ rò thất bại trước đó.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: là những mắt bị glôcôm góc mở nguyên phát đã phẫu thuật lỗ rò thất bại được điều trị tại khoa Glôcôm, bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 3 đến tháng 12 năm 2022.

+ Tiêu chuẩn chọn:

- Glôcôm góc mở nguyên phát đã phẫu thuật lỗ rò thất bại có nhãn áp > 21 mmHg (Goldmann) với điều trị ≥ 2 loại thuốc hạ nhãn áp.

- Tuổi ≥ 15 tuổi.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Tiêu chuẩn loại trừ:

- Glôcôm góc mở chưa phẫu thuật và glôcôm góc mở thứ phát

- Sẹo đục giác mạc không cho phép quan sát rõ cấu trúc góc tiền phòng trên soi góc.

- Mắt đang viêm nhiễm hay có bệnh lý khác.

- Bệnh nhân phải dùng thuốc chống đông máu và/hoặc mắc bệnh lý rối loạn đông cầm máu.

- Bệnh nhân già yếu hoặc có bệnh toàn thân không phối hợp trong nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: can thiệp lâm sàng, tiến cứu, không có nhóm chứng.

- Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức:

$$n = Z^2_{(1-\frac{\alpha}{2})} \frac{\alpha p.(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

+ $Z_{(1-\frac{\alpha}{2})}$: Hệ số tin cậy, có giá trị là 1,96 (độ tin cậy 95%, $\alpha = 0,05$)

+ p: Tỷ lệ thành công của NC là 0.7

Theo nghiên cứu của Grover DS (2017), tỉ lệ thành công phẫu thuật là 70%¹

+ d = 0,16

Khoảng tin cậy: CI = 95%

+ n: Cỡ mẫu tối thiểu cho nhóm nghiên cứu là 32 mắt.

- Cách chọn mẫu: Chọn liên tục bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn cho đến khi đủ cỡ mẫu.

- Nội dung nghiên cứu:

Khám trước mổ, đo thị lực, nhãn áp (nhãn áp kế Goldmann).

Phương pháp phẫu thuật: tiến hành theo kỹ thuật của Davinder S. Grover²

Bệnh nhân được giải thích, uống Acetazolamide 0.25g × 2 viên, uống kali chloratum 0.5g × 2 viên, tra kháng sinh, isotocarpine 2% trước phẫu thuật.

Tạo 2 đường rạch nhỏ ở rìa giác mạc vào tiền phòng phía mũi và thái dương với dao 15°. Bơm nhầy tiền phòng và đặt kính soi góc (Swan-Jacob hay Mori) quan sát góc tiền phòng. Từ bên trong tiền phòng, rạch từ 1 – 2 mm vào lòng ống Schlemm ở góc phần tư trên ngoài với dao 23G. Đưa đầu dây dẫn sáng iTrack hoặc chỉ 5-0 vào lòng ống Schlemm. Đẩy dây dẫn sáng (chỉ) đi trong lòng ống. Quá trình di chuyển của dây dẫn sáng (chỉ) được theo dõi qua kính soi góc. Sau khi đã đi quãng đường tối đa trong ống Schlemm, dùng dao 23G mở bè bộc lộ đầu dây dẫn sáng. Kẹp 2 đầu dây (chỉ) và dùng lực căng để mở bè từ trong lòng ống Schlemm ra. Dùng kim 2 nòng rửa sạch nhầy và máu sót lại trong tiền phòng. Bơm phù mép mổ. Tiêm kháng sinh, chống viêm steroid cạnh nhãn cầu.

- Các tiêu chí nghiên cứu: Thị lực trước – sau phẫu thuật, nhãn áp trước – sau phẫu thuật, mức hạ nhãn áp trung bình, số lượng thuốc hạ nhãn áp trước – sau phẫu thuật, các biến chứng trong và sau phẫu thuật, tập trung phân tích kỹ tỷ lệ biến chứng, độ nặng của các biến chứng.

- Tiêu chí đánh giá kết quả chung sau phẫu thuật:

+Kết quả thành công tuyệt đối: nhãn áp ≤ 21 mmHg không cần thuốc hạ nhãn áp bổ sung và không có biến chứng

+ Kết quả thành công tương đối: nhãn áp ≤ 21 mmHg với thuốc hạ nhãn áp, số lượng thuốc hạ nhãn áp sau mổ giảm và bệnh nhân có biến chứng nhẹ, tự khỏi hay điều trị khỏi bằng nội khoa.

+ Kết quả thất bại: nhãn áp > 21 mmHg với thuốc hạ nhãn áp, số lượng thuốc hạ nhãn áp sau mổ không giảm và/hoặc bệnh nhân có biến chứng phải can thiệp phẫu thuật điều trị glôcôm bổ sung. Đánh giá sâu tỷ lệ thất bại, thời điểm thất bại, mức độ nhãn áp để lưu ý theo dõi sau mổ đặc biệt là giai đoạn sớm.

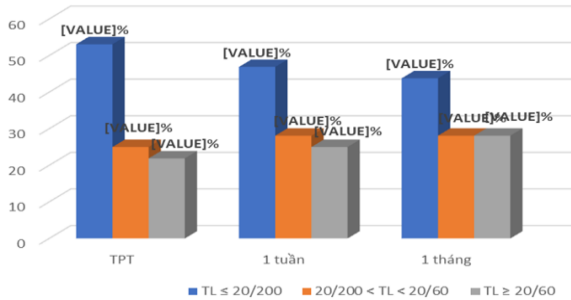
Xử lý số liệu: Số liệu được nhập, phân tích và xử lý trên máy vi tính bằng phương pháp thống kê y học theo chương trình SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phẫu thuật mở bè được tiến hành trên 32 mắt của 29 bệnh nhân đã phẫu thuật lỗ rò thất bại (cắt bè, cắt củng mạc sâu, đặt van dẫn lưu tiền phòng). Nghiên cứu có 20 nam và 9 nữ trong độ tuổi từ 15 đến 78. Độ tuổi trung bình là 50,84 ± 19,9. Đại đa số các mắt (53,1%) có thị lực ≤ 20/200. Mức nhãn áp trung bình trước phẫu thuật là 31,69 ± 9,76 mmHg. Số lượng thuốc trung bình trước mổ là 3,09 ± 0,89.

Tình trạng thị lực trước-sau phẫu thuật

Tình trạng thị lực trước - sau phẫu thuật



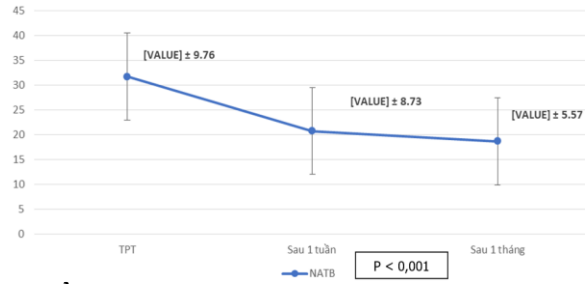
Biểu đồ 1. Tình trạng thị lực trước - sau phẫu thuật

Trước phẫu thuật, nhóm có thị lực thấp (≤ 20/200) có 17 mắt chiếm tỷ lệ cao nhất 53,1%. Sau mổ, số mắt trong nhóm thị lực này đã giảm xuống còn 15 mắt sau 1 tuần và giảm xuống chỉ còn 14 mắt sau 1 tháng. Nhóm thị lực ≥ 20/60 trước mổ là 7 mắt (21,9%). Sau phẫu thuật, nhóm thị lực này đã tăng lên thành 9 mắt (28,1%) sau 1 tháng. Sau phẫu thuật 1 tháng, có 11 mắt tăng thị lực ít nhất ≥ 1 hàng, những trường hợp còn lại thì có mức thị lực không đổi.

Tình trạng nhãn áp trước-sau phẫu thuật

Trước phẫu thuật, nhãn áp trung bình của nhóm nghiên cứu là 31,69 ± 9,76 mmHg. Nhãn áp trung bình đã giảm xuống còn 20,78 ± 8,73 mmHg sau 1 tuần và còn lại 18,69 ± 5,57 mmHg sau 1 tháng. Mức hạ nhãn áp trung bình sau 1 tháng là 37,12% ± 23,19%. Mức độ hạ nhãn áp là rất rõ rệt với mức thống kê p < 0,001.

Sự thay đổi nhãn áp trung bình trước - sau phẫu thuật



Biểu đồ 2. Nhãn áp trung bình tại các thời điểm theo dõi

Số lượng thuốc hạ nhãn áp trước - sau phẫu thuật

Bảng 1. Số lượng thuốc hạ nhãn áp trước - sau phẫu thuật

Số lượng thuốc	Thời điểm theo dõi			p
	Trước PT	1 tuần	1 tháng	
Số lượng thuốc trung bình	3,09 ± 0,89	0,78 ± 1,13	1,06 ± 1,34	< 0,001

Trước phẫu thuật số lượng thuốc hạ nhãn áp trung bình là 3,09 ± 0,89. Sau 1 tuần và 1 tháng, số lượng thuốc đã giảm xuống còn lần lượt là 0,78 ± 1,13 và 1,06 ± 1,34. Sự giảm số lượng thuốc sau phẫu thuật mở bè có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Biến chứng trong phẫu thuật. Trong quá trình phẫu thuật, khi dùng dao rạch vào vùng bè thì tất cả trường hợp đều có xuất huyết mức độ rất nhẹ, khư trú. Phẫu thuật viên bơm nhầy vào tiền phòng và trực tiếp vào vùng chảy máu để đẩy máu và cầm máu. Thường vi xuất huyết tại vị trí này không gây cản trở việc quan sát và luồn thiết bị vào trong lòng ống. Trong một số ít trường hợp dây dẫn (chỉ) có thể đi lạc đường hoặc kẹt tại chỗ hẹp cần phải rạch mở lại điểm tiếp theo có thể gây xuất huyết nhiều hơn. Tuy nhiên trong tất cả các trường hợp chúng tôi đều mở được tối thiểu là 120 độ. Ngoài ra chúng tôi không gặp biến chứng nào khác trong quá trình phẫu thuật như dây dẫn sáng đi lạc đường quá xa vào bán phần sau, hay bong màng Descemet, va chạm vào thể thủy tinh...

Biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 2. Biến chứng sau phẫu thuật

		1 tuần		1 tháng	
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Xuất huyết	Độ 0	18	56,3	0	0
	≥ Độ 1	14	43,7	0	0
Tăng nhãn áp		9	28,1	7	21,9

Biến chứng thường gặp sau mổ bè là xuất huyết tiền phòng. Trong đó có 18 mắt xuất huyết rất nhẹ (độ 0) chiếm tỷ lệ 56,3% và 14 mắt

(43,7%) xuất huyết tiền phòng \geq độ 1. Nhóm nghiên cứu chỉ có 1 trường hợp xuất huyết tiền phòng mức độ nhiều (độ 3), phải can thiệp rửa máu tiền phòng ngay ngày đầu tiên sau phẫu thuật. Xuất huyết đã tiêu hết ở ngày thứ 5 sau phẫu thuật. Tại thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật, tất cả trường hợp đều không còn xuất huyết.

Có 9 mắt (28,1%) bị tăng nhãn áp sau phẫu thuật 1 tuần. Tại thời điểm 1 tháng, vẫn còn 7 mắt (21,9%) có nhãn áp > 21 mmHg.

Bảng 3. Tăng nhãn áp sau phẫu thuật

Mức nhãn áp	Thời gian		
	Ngày 1	1 tuần	1 tháng
22 – 35 mmHg	4	7	7
> 35 mmHg	0	2	0

Ở ngày đầu tiên sau phẫu thuật, có 4 mắt bị tăng nhãn áp ở mức ≤ 35 mmHg, trong đó có 3 mắt nhãn áp đã hạ xuống ở mức ≤ 21 mmHg sau 1 tuần và 1 tháng. Chỉ 1 mắt có tình trạng nhãn áp cao duy trì tới 1 tháng. Một tuần sau phẫu thuật, tổng số tăng nhãn áp là 9 mắt trong đó có 2 mắt nhãn áp ở mức cao > 35 mmHg. Tại thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật, số mắt bị tăng nhãn áp là 7 mắt, không điều chỉnh với thuốc hạ nhãn áp bổ sung.

Bảng 4. Đánh giá kết quả chung sau phẫu thuật

Kết quả PT	n	Tỷ lệ (%)
Thành công tuyệt đối	18	56,2
Thành công tương đối	6	18,8
Thất bại	8	25

Dựa trên các tiêu chuẩn đánh giá kết quả đã đề ra, tỷ lệ thành công của chúng tôi là 75%. Có 8 mắt (25%) bị thất bại trong đó có 7 mắt nhãn áp vẫn cao > 21 mmHg và 1 mắt xuất huyết tiền phòng mức độ nhiều phải can thiệp rửa máu tiền phòng.

IV. BÀN LUẬN

Nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân đã bị glôcôm góc mở giai đoạn muộn đã từng phẫu thuật lỗ rò và điều trị bằng thuốc hạ nhãn áp kéo dài nên thị lực trước mổ rất thấp. Đối với những trường hợp này, chúng tôi chỉ định can thiệp phẫu thuật chủ yếu nhằm mục đích hạ nhãn áp và cố gắng bảo tồn tình trạng chức năng thị giác hiện có. Tuy nhiên sau phẫu thuật vẫn có 11 mắt tăng thị lực ít nhất ≥ 1 hàng. Những trường hợp khác thì giữ ở mức thị lực không đổi. Không có trường hợp nào giảm thị lực liên quan đến các biến chứng.

Phẫu thuật mở bè với cơ chế hạ nhãn áp hoàn toàn khác biệt so với các phẫu thuật lỗ rò trước đây. Trong phẫu thuật cắt bè và cắt củng

mạc sâu, phẫu thuật viên tạo 1 lỗ rò để dẫn lưu thủy dịch từ tiền phòng ra khoang dưới kết mạc tạo nên sẹo bong thắm. Nhưng trong phẫu thuật mở bè, phẫu thuật viên đã phá bỏ thành trong ống Schlemm (trở lưu chính yếu) trên 1 diện rộng theo chu vi góc tiền phòng để khôi phục lại con đường dẫn lưu thủy dịch tự nhiên của nhãn cầu. Sau phẫu thuật mở bè, thủy dịch sẽ thấm trực tiếp từ tiền phòng qua thành ngoài ống Schlemm để vào hệ thống tĩnh mạch chung. Đó là 1 trong những lí do khiến cho nhãn áp hạ được rất tốt sau phẫu thuật mở bè. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau phẫu thuật, số mắt đạt được mức nhãn áp từ 10 đến 18 mmHg sau 1 tháng là 16 mắt (50%). Theo nghiên cứu AGIS (2000), các tổn hại của thị trường glôcôm được thường không tiến triển với mức nhãn áp < 18 mmHg trong tất cả các lần khám theo dõi³. Như vậy, với chất lượng hạ nhãn áp như vậy, phẫu thuật mở bè hoàn toàn có thể có tác dụng hạn chế thậm chí làm dừng lại sự tiến triển của bệnh glôcôm. Các tác giả trên thế giới đều nhận định rằng phẫu thuật mở bè đã phá bỏ sự cản trở tại thành trong ống Schlemm và làm sạch hệ thống lòng ống dẫn lưu vùng bè khỏi các chất lắng đọng. Qua đó làm tăng dẫn lưu thủy dịch và đạt được hiệu quả hạ nhãn áp khá tốt. Song song với chỉ số nhãn áp trung bình, số lượng thuốc hạ nhãn áp cũng đã giảm rất nhiều sau phẫu thuật từ $3,09 \pm 0,89$ thuốc trước mổ xuống còn $1,06 \pm 1,34$ thuốc sau 1 tháng. Điều này giúp bệnh nhân không còn phụ thuộc quá nhiều vào thuốc sau phẫu thuật, làm hạn chế tác dụng phụ của thuốc cũng như chi phí cho người bệnh.

Hơn nữa phẫu thuật mở bè có khá ít biến chứng, nếu có thường là nhẹ. Khi mở vào tiền phòng, phẫu thuật viên chỉ cần tạo 2 đường rạch nhỏ trên giác mạc sát rìa vào tiền phòng mà không phải cắt kết mạc, củng mạc, mỏng mắt như trong các phẫu thuật lỗ rò trước đây. Đây là 1 trong những lí do hạn chế các biến chứng trong mổ như đứt vạt củng mạc, chạm thể mi gây xuất huyết nhiều, bong hắc mạc, xẹp tiền phòng... Trong quá trình phẫu thuật, khi phẫu thuật viên dùng dao 23G đưa vào tiền phòng rạch ống Schlemm thì tất cả trường hợp đều có rò 1 ít máu tại vị trí rạch. Tuy nhiên do việc dùng chất nhầy đặc duy trì tiền phòng và áp lực trong tiền phòng nên máu thường chảy rất ít và đại đa số các trường hợp lượng máu rỉ nhỏ này không gây ảnh hưởng tầm quan sát trong phẫu thuật. Trong phẫu thuật, việc sử dụng kính Mori mặt gương kép đã đem lại nhiều ưu thế: Kính đặt lên giác mạc theo phương thẳng đứng cho

hình ảnh góc tiền phòng rõ ràng. Kính xoay nhẹ nhàng giúp quan sát 360° góc tiền phòng mà không cần nghiêng trục kính hiển vi phẫu thuật hay phẫu thuật viên cũng không phải xoay mắt bệnh nhân. Với kính Mori, phẫu thuật viên quan sát rõ ràng góc tiền phòng cũng như các thao tác dụng cụ trong góc giúp thao tác luôn đầy đủ dây dẫn sáng (chì) đi chính xác trong lòng ống Schlemm mà không bị lạc đường, làm giảm được biến chứng trong mổ. Hơn nữa việc xoay kính dễ dàng cũng giúp quan sát vị trí dừng lại của dây dẫn sáng (chì) – thường ở vị trí đầu tận của vùng cắt bè cũ – giúp bộc lộ đầu tận phía xa này, nắm giữ bằng forcep và mở bè thuận lợi.

Do quá trình phẫu thuật diễn ra thuận lợi, tỷ lệ biến chứng sau mổ cũng khá thấp. Biến chứng xuất huyết tiền phòng là hay gặp nhất. Nhóm nghiên cứu có 18 mắt xuất huyết tiền phòng mức độ nhẹ (độ 0) và 14 mắt xuất huyết tiền phòng \geq độ 1. Có 1 trường hợp xuất huyết tiền phòng độ 3 buộc phải can thiệp rửa máu ngay ngày đầu tiên sau mổ. Sau đó máu tiêu hoàn toàn ở ngày thứ 5 sau phẫu thuật. Tại thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật không còn trường hợp nào bị xuất huyết. Xuất huyết tiền phòng nếu nhẹ có thể không được coi là biến chứng bởi đây là diễn biến tất yếu của quá trình mở bè thành công bởi sau khi lòng ống Schlemm đã được bộc lộ sẽ có sự nối thông trực tiếp của tĩnh mạch góp với tiền phòng, thủy dịch sẽ được dẫn lưu đi mà không có cản trở nào của các lớp bè. Trong giai đoạn sớm, khi thủy dịch được dẫn đi quá nhiều sẽ dẫn đến hiện tượng nhãn áp thấp nhẹ và máu sẽ trào ngược từ tĩnh mạch thượng củng mạc vào tiền phòng. Trường hợp xuất huyết tiền phòng nhiều (độ III) có thể liên quan đến một chấn thương nhẹ của thể mi khi dây dẫn sáng (chì) đi xuyên từ trong lòng ống Schlemm ra và đi vào khoang thượng thể mi. Rất may là sau khi rửa máu tiền phòng, máu đã cầm và không chảy tái phát, nhãn vẫn điều chỉnh.

Tất cả các phẫu thuật điều trị glôcôm đều có tỷ lệ thất bại. Nghiên cứu của Kolker AE báo cáo rằng tỷ lệ thành công của phẫu thuật cắt bè lần đầu đạt tới 90%, nhưng phẫu thuật lần 2 tỷ lệ này chỉ còn là 50%⁴. Nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những mắt đã từng phẫu thuật lỗ rò. Theo tiêu chuẩn đã đề ra, tỷ lệ thất bại của chúng tôi là 8 mắt (25%) trong đó có 7 mắt nhãn áp không điều chỉnh và 1 trường hợp xuất huyết nhiều phải can thiệp phẫu thuật rửa máu tiền phòng. Những trường hợp nhãn áp không điều chỉnh thường bệnh ở giai đoạn nặng và sự xơ hoá rộng của vết mổ khiến cho chu vi độ rộng

đường mở bè bị hạn chế ($<180^\circ$) mặc dù phẫu thuật viên đã cố gắng mở bè trên 1 diện rộng tối đa. Đây thường là những trường hợp lòng ống Schlemm bị hẹp 1 hoặc nhiều chỗ dẫn đến việc mở bè diễn ra rất khó khăn, không liên tục dẫn đến phẫu thuật viên phải rạch bè tại nhiều điểm, tăng nguy cơ chảy máu trong mổ, kéo dài thời gian mổ. Một số tác giả trên thế giới như Simon K Law (2009), Jasper Ka Wai Wong (2008) đã nhận định rằng tiền sử đã từng phẫu thuật và việc phải dùng thuốc hạ nhãn áp kéo dài là 2 yếu tố quan trọng ảnh hưởng tới kết quả của phẫu thuật^{5,6}. Theo tác giả Shinki Chin (2012), độ rộng chu vi đường mở bè hạn chế sẽ làm giảm tỷ lệ thành công của phẫu thuật⁷. Một điểm đáng lưu ý là sự thất bại của điều chỉnh nhãn thường xảy ra rất sớm sau phẫu thuật, thường ngay tại tuần đầu tiên. Những trường hợp này sau khi máu tiêu hết, tiền phòng sạch nhãn áp tạm điều chỉnh và ra viện. Tuy nhiên, ngay khi khám lại sau 1 tuần nhãn áp đã tăng cao trở lại và không điều chỉnh với thuốc hạ nhãn áp bổ sung. Khi soi góc chúng tôi vẫn quan sát thấy rãnh mở bè, không có đọng sắc tố và không có dính góc. Chúng tôi cho rằng nguyên nhân thất bại là có sự hình thành 1 lớp màng tăng sinh dạng nội mô bít kín vào lòng ống Schlemm ngăn cản sự lưu thông của thủy dịch.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu bước đầu của chúng tôi đã cho thấy phẫu thuật mở bè có độ an toàn cao với tỷ lệ thành công là 75%. Sau phẫu thuật, nhãn áp hạ rất tốt góp phần bảo tồn chức năng thị giác cho người bệnh. Trong nhóm nghiên cứu, không có trường hợp nào bị giảm hoặc mất thị lực sau phẫu thuật. Số lượng thuốc hạ nhãn áp giảm nhiều đã giúp người bệnh tránh được tác dụng phụ của thuốc và giảm chi phí điều trị. Kỹ thuật phẫu thuật ít xâm hại tổ chức nhãn cầu đã làm hạn chế được biến chứng trong và sau phẫu thuật. Trong nhóm nghiên cứu không có trường hợp nào có biến chứng nặng gây ảnh hưởng chức năng thị giác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Grover DS, Godfrey DG, Smith O, Shi W, Feuer WJ, Fellman RL.** Outcomes of Gonioscopy-assisted Transluminal Trabeculotomy (GATT) in Eyes With Prior Incisional Glaucoma Surgery. *J Glaucoma.* Jan 2017;26(1):41-45. doi:10.1097/IJG.0000000000000564
2. **Grover DS, Godfrey DG, Smith O, Feuer WJ, Montes de Oca I, Fellman RL.** Gonioscopy-assisted transluminal trabeculotomy, ab interno trabeculotomy: technique report and preliminary results. *Ophthalmology.* Apr 2014;121(4):855-61.

- doi:10.1016/j.opht.2013.11.001
3. **The Advanced Glaucoma Intervention Study (AGIS):** 7. The relationship between control of intraocular pressure and visual field deterioration. The AGIS Investigators. Am J Ophthalmol. Oct 2000;130(4):429-40. doi: 10.1016/s0002-9394(00)00538-9
 4. **Kolker AEJIO, Science V.** Symposium on Glaucoma: Hyperosmotic Agents in Glaucoma. 1970;9(6):418-423.
 5. **Law SK, Shih K, Tran DH, Coleman AL, Caprioli J.** Long-term outcomes of repeat vs initial trabeculectomy in open-angle glaucoma. Am J Ophthalmol. Nov 2009;148(5):685-695 e1. doi:10.1016/j.ajo.2009.05.032
 6. **Wong JKW, Leung TK, Lai JS, Chan JC.** Evaluation of Adverse Effects of Topical Glaucoma Medications on Trabeculectomy Outcomes Using the Glaucoma Medications Intensity Index. Ophthalmol Ther. Feb 2022;11(1):387-401. doi:10.1007/s40123-021-00447-x
 7. **Chin S, Nitta T, Shinmei Y, et al.** Reduction of intraocular pressure using a modified 360-degree suture trabeculectomy technique in primary and secondary open-angle glaucoma: a pilot study. J Glaucoma. Aug 2012;21(6):401-7. doi:10.1097/IJG.0b013e318218240c

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH ECZEMA BÀN TAY ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN, NĂM 2022

Nguyễn Ngọc Hà¹, Lương Thị Hoa¹, Nguyễn Thị Thu Hoài¹

TÓM TẮT

Eczema bàn tay là một bệnh lý viêm da mãn tính, người bệnh thường chịu tác động về mặt kinh tế - xã hội và ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm khảo sát chất lượng cuộc sống người bệnh Eczema bàn tay và một số yếu tố liên quan. Nghiên cứu mô tả cắt ngang đã được tiến hành trên 90 người bệnh Eczema bàn tay điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên đã được lựa chọn tham gia nghiên cứu. Kết quả cho thấy tuổi trung bình của người bệnh là $30,47 \pm 12,96$, nữ/nam = 2,5; thời gian mắc bệnh từ 1-4 năm chiếm tỉ lệ cao nhất (54,5%), người bệnh mắc bệnh ở mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất (83,3%), có 52,2% người bệnh cho rằng bệnh Eczema bàn tay gây ảnh hưởng mức độ vừa đến chất lượng cuộc sống, người bệnh đánh giá bệnh eczema tác động đến chất lượng cuộc sống ở 2 lĩnh vực là nhóm triệu chứng - cảm giác và hoạt động hàng ngày bị ảnh hưởng nhiều hơn. Nghiên cứu cũng chỉ ra có mối tương quan chặt chẽ giữa thời gian mắc bệnh, mức độ nặng của bệnh với chất lượng cuộc sống của người bệnh, với giá trị r lần lượt là $r_1 = 0,57$ và $r_2 = 0,72$. Sự tương quan này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$.

Từ khóa: Eczema bàn tay, chất lượng cuộc sống.

SUMMARY

THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH HAND ECZEMA AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL, IN 2022

Hand eczema is a common chronic disease of the skin. Patients often suffer negative impact on the socio-economic impacts and the disease affects their quality of life. The aims were to investigate the quality

of life of hand eczema patients and some related factors. Methods: A cross-sectional correlational study was conducted on 90 hand eczema patients who had been diagnosed and treated at Thai Nguyen National Hospital. Results: The average age of patients was $30,47 \pm 12,96$ ages, female/male = 2.5; The disease duration from 1-4 years accounted for the highest rate (54.5%); Patients with moderate disease accounted for the highest percentage (83.3%), 52.2% of the patients assessed that hand eczema affects their quality of life moderately, the patients assessed that eczema affects the quality of life in 2 areas: symptom - sensation group and day-to-day activities are more affected. The results also showed a close correlation between the disease duration, severity of disease with patient's quality of life, with r values of $r_1 = 0,57$ and $r_2 = 0,72$. This correlation is statistically significant with p value < 0.05 .

Keywords: Hand eczema, Quality of life.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Eczema bàn tay (Hand Eczema) là bệnh viêm da mạn tính ở bàn tay, dễ tái phát và rất thường gặp, đặc biệt là những người hay phải tiếp xúc với các hóa chất, dị nguyên [5]. Tổn thương da của Eczema bàn tay điển hình là bàn tay đỏ, ngứa, có vảy, đau và khô, ... [5]. Trên thế giới có khoảng 2-10% dân số mắc Eczema bàn tay [2], nghiên cứu tại Châu Âu trên 4000 trường hợp Eczema thì có khoảng 30% ca bệnh liên quan tới Eczema bàn tay [1]. Tại Việt Nam, Eczema bàn tay cũng là một bệnh da khá thường gặp. Theo thống kê ở bệnh viện Da Liễu Tp.HCM, tỉ lệ số bệnh nhân đến khám vì Eczema, bao gồm cả Eczema bàn tay là một trong những bệnh đứng đầu cùng với mụn trứng cá, mề đay [5]. Bệnh Eczema bàn tay không gây tử vong nhưng do tính chất mạn tính, hay tái phát nên thường đòi hỏi điều trị dài hạn, gây ra tác động đáng kể đến

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Hà

Email: nguyenngocha@tnmc.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 9.5.2023

Ngày duyệt bài: 19.5.2023