

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BIẾN CHỨNG XEP TIỀN PHÒNG SAU PHẪU THUẬT CẮT BÈ CÙNG GIÁC MẠC ĐIỀU TRỊ GLÔCÔM

ĐÀO THỊ LÂM HƯỜNG - Bệnh viện Mắt trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị xep TP sau phẫu thuật cắt bè cùng giác mạc (CGM) điều trị bệnh glôcôm. **Đối tượng:** 47 người bệnh (47mắt) điều trị tại khoa Glôcôm bệnh viện Mắt Trung ương từ 01/2008 đến 01/2010 với chẩn đoán xep TP sau mổ cắt bè CGM điều trị glôcôm. **Phương pháp:** Hồi cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tổng số 47 người bệnh trong đó XTP do bong hắc mạc chiếm tỷ lệ cao (40,4%). Thời gian xuất hiện biến chứng thường rất sớm (<7 ngày sau PT chiếm 72,3% trường hợp). Các biện pháp điều trị gồm cả nội, ngoại khoa và phối hợp. Điều trị nội khoa thành công ở 42,6% các trường hợp, còn ngoại khoa thành công ở 57,4%. Sau điều trị và tái khám, có cải thiện rõ về TL và NA, mức NA điều chỉnh ở 95,7% mắt. Tỷ lệ thành công chung là 93,6%, đạt kết quả cao đối với XTP có NA không cao, còn rất khó khăn đối với XTP do glôcôm ác tính. **Kết luận:** Tỷ lệ thành công chung của điều trị là 93,6%, thất bại 6,4%. Kết quả điều trị XTP đạt hiệu quả cao đối với những trường hợp XTP có nhãn áp không cao, còn rất khó khăn đối với XTP do glôcôm ác tính.

Từ khoá: Phẫu thuật cắt bè cùng giác mạc, xep tiền phòng, điều trị.

SUMMARY

Objective: To evaluate results the treatment of flat anterior chamber after trabeculectomy in the treatment of glaucoma. **Subjects:** 47 patients (47eyes) in the Department of Glaucoma, Institute Ophthalmology from 01/2008 to 01/2010 with a diagnosis of flat anterior chamber postop trabeculectomy in the glaucoma treatment. **Methods:** Retrospective cross-sectional descriptive. **Results:** 47 patients in which high proportion of flat anterior chamber due to choroidal burns (40.4%). Complications often occur very early (< 7 days after surgery: 72.3% of cases). The treatments include both surgery medicines and both. Medical treatment success in 42.6% of cases, and surgical success in 57.4%. After treatment and follow-up visits, have improved the vision and intraocular pressure, adjusted intraocular pressure levels in 95.7% eyes. Overall success rate was 93.6%, high results for flat anterior chamber with intraocular pressure is not high, but very difficult for flat anterior due to malignant glaucoma. **Conclusion:** The overall success rate of treatment is 93.6%, 6.4% failed. Flat anterior treatment results effective for cases with intraocular pressure is not high, but very difficult for flat anterior by malignant glaucoma.

Keywords: Trabeculectomie, flat anterior chamber, treatment.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Xep tiền phòng (TP) là tình trạng bệnh lý của mắt trong đó mặt sau giác mạc (GM) lại gần và tiếp xúc với hoặc mông mắt, thể thủy tinh (TTT) hoặc dịch kính (DK) [3]. Đây là một trong những biến chứng nặng nề sau phẫu thuật (PT) nội nhãn nói chung và PT điều trị glôcôm nói riêng, do nhiều nguyên nhân gây nên. Biến chứng này nếu không được điều trị sẽ dẫn đến những hậu quả nặng nề như: đóng, dính góc TP vĩnh viễn gây tăng nhãn áp (NA) tái phát, loạn dưỡng GM, bệnh lý vùng hoàng điểm do NA thấp, đục TTT... gây giảm sút thị lực trầm trọng. Xử trí xep TP đòi hỏi phải phối hợp cả điều trị nội khoa và ngoại khoa, dựa vào cơ chế gây xep TP trên từng mắt người bệnh. Tỷ lệ biến chứng xep XTP sau mổ glôcôm tại Việt Nam dao động từ 5,88% đến 27,03% [2]. Theo báo cáo của các nhà nhãn khoa thế giới tỷ lệ XTP dao động trong khoảng rất rộng từ 2% đến 41% [1]. Sự khác biệt về tần suất xep TP sau PT trên phạm vi quốc tế có thể liên quan tới khả năng sẵn có về trang thiết bị và kỹ thuật vi phẫu [6]. Ở Việt nam các nghiên cứu trước đây chủ yếu là đánh giá nhận xét về tỷ lệ, các hình thái, những phương pháp điều trị riêng lẻ, tuy nhiên chưa có một nghiên cứu nào đề cập một cách toàn diện, có hệ thống về biến chứng này. Với mong muốn xem xét lại quá trình điều trị biến chứng xep TP tại khoa Glôcôm bệnh viện Mắt trung ương chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: **“Đánh giá kết quả điều trị xep tiền phòng sau phẫu thuật cắt bè cùng giác mạc”**.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Là tất cả những người bệnh (NB) glôcôm có mắt bị biến chứng xep TP sau PT cắt bè cùng giác mạc (CGM) đã điều trị tại khoa Glôcôm bệnh viện Mắt Trung ương từ 01/2008 đến 01/2010.

Tiêu chuẩn loại trừ: mắt có kèm viêm mù nội nhãn; NB già yếu, không phối hợp nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu cắt ngang.

Khai thác thông tin từ bệnh án lưu trữ và kết quả khám mắt NB: thị lực (đo bằng TL Landolt) được đánh giá theo Tổ chức Y tế Thế giới WHO (mắt mù nếu TL còn đnt < 3m; mắt TL kém khi TL<3/10). Đo nhãn áp (NA kế Maclakov, 10 g) chia 4 nhóm - NA mềm (< 14 mmHg); NA điều chỉnh (14 ≤NA ≤ 25mmHg); NA không điều chỉnh (> 25 mmHg). Khám đánh giá tình trạng giác mạc (GM), độ sâu tiền phòng (TP), thể thủy tinh (TTT) bằng máy sinh hiển vi Inami. Soi góc TP (kính Goldmann 1 mặt gương) xác định hình thái glôcôm. Soi đáy mắt (kính Volk) ghi

nhận tình trạng võng mạc, đĩa thị giác. Đo siêu âm A đánh giá tình trạng dịch kính, hắc võng mạc. Nguyên nhân gây biến chứng xẹp TP, các phương pháp đã được điều trị (nội khoa, ngoại khoa, phối hợp nội khoa và ngoại khoa).

Đánh giá kết quả: Thời gian xuất hiện biến chứng xẹp TP sau mổ: sớm (≤ 7 ngày), trung bình (8–30 ngày), muộn (>30 ngày). Mức độ xẹp TP chia 3 nhóm: Độ 1- khi có sự áp sát giữa chu biên mỏng mắt và mặt sau giác mạc; Độ 2- khi có sự áp sát giữa bề mặt mỏng mắt và mặt sau GM; Độ 3- khi có sự áp sát giữa bờ đồng tử và TTT hoặc dịch kính với mặt sau GM. Kết quả điều trị: Thành công hoàn toàn (TP tái tạo tốt, tình trạng giác mạc tốt lên hoặc giữ nguyên, thị lực ổn định hoặc tăng), thành công một phần (TP tái tạo, tình trạng giác mạc giữ nguyên hoặc xấu đi, thị lực ổn định hoặc giảm), thất bại (TP không tái tạo, tình trạng giác mạc giữ nguyên hoặc xấu đi, thị lực giữ nguyên hoặc giảm).

Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 19.0.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 47 người bệnh (47 mắt), tuổi từ 18 đến 76, tuổi trung bình là $55,77 \pm 12,97$, 14 nam (29,8%), 33 nữ (70,2%).

Triệu chứng chủ quan của mắt xẹp TP chủ yếu là nhìn mờ (38 mắt - 80,9%), khuyết thị trường (7 mắt -14,9%). Đau nhức chỉ gặp ở 3 mắt glôcôm ác tính do NA tăng rất cao (6,4%).

Biến chứng xẹp TP độ 1 xuất hiện ở 8 mắt (17,0%), xẹp TP độ 2 ở 25 mắt (53,2%), xẹp TP độ 3 ở 14 mắt (29,8%).

Bảng 1. Thời gian và nguyên nhân xuất hiện biến chứng xẹp TP sau mổ (n=47)

Thời gian Nguyên nhân	≤ 7 ngày				8-30 ngày	>30 ngày	n	%
	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3	Ngày 4-7				
Bong hắc mạc	5	1	5	5	2	1	19	40,4
Rò rỉ vết mổ	3	2	2	0	1	1	9	19,1
Viêm màng bồ đào	1	1	0	2	0	1	5	10,6
Glôcôm ác tính	0	0	0	0	2	1	3	6,4
Lỗ rò dẫn lưu quá mức	0	0	0	0	0	1	1	2,1
Đục TTT căng phồng	0	0	0	1	0	0	1	2,1
Không xác định nguyên nhân	0	1	1	4	0	3	9	19,1
Tổng	9	5	8	12	5	8	47	100,0
%	19,1	10,6	17,1	25,5	10,6	17,1		

Bảng 1 cho thấy bong hắc mạc (HM) là nguyên nhân gây xẹp TP nhiều nhất (19 mắt) chiếm tỷ lệ 40,4%, rò rỉ vết mổ, không rõ nguyên nhân đều chiếm 19,1% (9 mắt), viêm màng bồ đào có 5 mắt (10,6%), glôcôm ác tính có 3 mắt (6,4%).

Về thời gian xuất hiện biến chứng xẹp TP: đa số mắt (34 mắt -72,3%) xuất hiện sớm sau PT, trong đó có tới 46,8% mắt được phát hiện trong 3 ngày đầu sau mổ; 5 mắt (10,6%) sau 8–30 ngày và 8 mắt (17,1%) xuất hiện muộn.

Trong số 19 mắt bong HM thì có đến 17 mắt bị xẹp TP độ 2 và độ 3 (89,5%), 11 mắt xuất hiện trong 3 ngày đầu

tiên, chỉ có 1 ca được phát hiện > 30 ngày. Trong mắt rò rỉ vết mổ thì có 7 mắt (77,8%) xuất hiện trong 3 ngày đầu sau mổ. 3 mắt glôcôm ác tính thì ở 2 mắt xuất hiện từ ngày 8- 30 ngày, 1 mắt xuất hiện muộn >30 ngày.

Trong 9 ca không xác định được nguyên nhân thì có tới 7 ca xẹp TP xuất hiện trong 7 ngày đầu tiên sau phẫu thuật, 3 ca còn lại xuất hiện >30 ngày.

Bảng 2. Các phương pháp điều trị biến chứng xẹp TP sau mổ glôcôm(n=47 mắt)

Phương pháp điều trị Nguyên nhân	Nội khoa	Ngoại khoa	Nội khoa + Ngoại khoa	Tổng
Bong hắc mạc	5	4	10	19
Rò rỉ vết mổ	5	2	2	9
Viêm màng bồ đào	5	0	0	5
Glôcôm ác tính	0	2	1	3
Lỗ rò dẫn lưu quá mức	0	0	1	1
Đục TTT căng phồng	0	1	0	1
Không xác định nguyên nhân	5	0	4	10
Tổng	20 (42,6%)	8 (17%)	19 (40,4%)	47 (100%)

Số NB đã điều trị nội khoa là 20 người chiếm tỷ lệ 42,6%, còn điều trị ngoại khoa là 8 người (17,0%), nội khoa kết hợp ngoại khoa 19 người (40,4%).

Ngay sau khi chẩn đoán mắt có biến chứng xẹp TP người bệnh được điều trị nội khoa chống viêm bằng thuốc kháng sinh, corticoid toàn thân và tra tại mắt, phối hợp thuốc dẫn đồng tử (atropin 1%- 4%). Ngoài ra tùy thuộc vào nguyên nhân gây xẹp TP để chỉ định các can thiệp phù hợp. Điều trị ngoại khoa được chỉ định khi điều trị nội khoa thất bại: TP không tái tạo, xẹp ở mức độ 3, có rò rỉ vết mổ, glôcôm ác tính.

Trong 19 mắt bong HM có 4 mắt với tình trạng TP xẹp độ 3, HM bong cao trên diện rộng nên đã được chỉ định điều trị PT ngay sau khi phát hiện biến chứng. 15 mắt khác được điều trị nội khoa, bổ xung thêm thuốc ức chế bài tiết thủy dịch (acetazolamid 0,25g uống 2-4 viên/ngày) nhằm làm giảm dòng thủy dịch đi ra sau tích tụ dưới khoang HM. Tuy nhiên chỉ có 5 mắt (33,3%) trong số đó đáp ứng tốt với điều trị nội khoa là TP được tái tạo, soi đáy mắt và kết quả siêu âm thấy hết bong HM. 10 mắt (66,7%) phải chuyển sang PT chọc tháo dịch bong HM, tái tạo TP. 7/10 mắt thành công sau một lần PT, 3 mắt phải tháo dịch 2 lần. 3 mắt này có NA thấp, bong HM cao và diện bong HM rộng. Tỷ lệ thành công chọc tháo dịch bong dưới HM của chúng tôi khi NB đến khám lại là 14/14 ca (100%), gần giống với kết quả nghiên cứu của Darrell WuDunn và cs (2005) đạt 60/63 ca (95%) [8]. Chúng tôi có đồng quan điểm với các tác giả rằng dẫn lưu dịch dưới màng bong HM kết hợp với tái tạo TP có tác dụng điều chỉnh NA thấp sau PT và phòng ngừa các bệnh do NA thấp gây nên. Theo kết quả của chúng tôi TP do bong HM chỉ đáp ứng điều trị nội khoa trên gần 1/4 các trường hợp bong dẹt ở diện hẹp, còn 3/4 các trường hợp phải can thiệp bằng PT mới đạt hiệu quả cao trong điều trị NA thấp và tái tạo TP.

Trong nghiên cứu này có 9 mắt bị rò rỉ vết mổ, trong đó 2 mắt bị hở mép mổ nhiều, xẹp TP độ 3 nên được chỉ định ngay PT khâu lại mép mổ. 7 mắt còn lại sau khi được điều trị thuốc, băng ép mắt mổ, uống nhiều nước vào buổi sáng để tăng cường bài tiết thủy dịch và tái tạo TP thì 5/7 mắt đã điều trị nội khoa thành công, 2 mắt thất

bại phải chuyển sang điều trị ngoại khoa.

Nghiên cứu có 5 mắt viêm màng bồ đào gây xẹp TP, được điều trị chủ yếu bằng thuốc. Không có mắt nào phải can thiệp PT tái tạo TP.

Glôcôm ác tính xuất hiện ở 3 mắt (3 NB). Mặc dù đã được điều trị tích cực bằng thuốc (chống viêm, dẫn đồng tử, liệt điều tiết, hạ NA bằng thuốc tra mắt, uống acetazolamid 0,25g uống 2-4 viên/ ngày, uống glyxeron 50 ml, truyền tĩnh mạch Manitol 20%/20ml) nhưng cả 3 mắt đều phải can thiệp PT mới điều chỉnh được NA và tái tạo được TP. Trong khi đó theo Simon DM và cs. gần 50% trường hợp glôcôm ác tính đáp ứng với điều trị nội khoa bằng các thuốc liệt cơ thể mi (liệt điều tiết), ức chế bài tiết thủy dịch và tăng áp suất thẩm thấu [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1 mắt đáp ứng điều trị chỉ sau 1 lần PT cắt DK trước và bơm hơi tái tạo TP. 1 mắt phải sau 3 lần PT (PT 1- cắt bệ CGM lần 2, bơm hơi tái tạo TP, PT 2 – cắt DK trước, lấy TTT, đặt TTT nhân tạo, PT 3 - cắt DK trước, quang đồng thể mi nội nhãn) mới điều chỉnh được NA và tái tạo được TP. Tuy nhiên do TP bị xẹp kéo dài và nhiều lần PT nội nhãn nên GM bị loạn dưỡng nặng gây giảm TL và kích thích chảy nước mắt, ảnh hưởng đến sinh hoạt của NB. 1 mắt khác cũng đã trải qua 3 lần PT (PT 1- cắt bệ CGM lần 2, bơm hơi tái tạo TP, PT 2- bơm hơi tái tạo TP, PT 3 - cắt DK trước, quang đồng thể mi nội nhãn) nhưng khi khám lại sau 12 tháng mắt vẫn bị xẹp TP độ 3, GM loạn dưỡng nặng và mất TL hoàn toàn. Tuy glôcôm ác tính trong nghiên cứu của chúng tôi gặp không nhiều nhưng qua kết quả điều trị 3 trường hợp trên chúng tôi nhận thấy việc chỉ định cắt DK trước hoặc chọc hút DK để tạo sự lưu thông giữa buồng DK và TP là một chỉ định cần thiết hơn là cắt bệ CGM lần 2. Nếu PT cắt DK trước đơn thuần thất bại thì việc cắt DK phối hợp với lấy TTT là một chỉ định sẽ được đưa ra tiếp theo. Nếu sau PT cắt DK trước và lấy TTT mà vẫn thất bại thì chỉ định làm laser quang đồng là cần thiết. Nhận định này của chúng tôi cũng phù hợp với ý kiến của nhiều tác giả khác. Theo báo cáo của Byrnes và cs kết quả cắt DK thành công đạt 50% (5/10) ở các mắt còn TTT, so với 90% (9/10) ở các mắt có TTT nhân tạo. Tho báo cáo của Harbour và cs thì tỷ lệ thành công của PT cắt DK trước mà không lấy TTT là 71% (5/7), so với tỷ lệ thành công 100% (7/7) khi cắt DK phối hợp với lấy TTT. Các tác giả đều thống nhất rằng hiện nay mặc dù với những hiểu biết tốt hơn về cơ chế bệnh sinh cũng như những tiến bộ mới về trang thiết bị nhưng điều trị glôcôm ác tính vẫn vô cùng khó khăn, phức tạp với kết quả lâu dài rất hạn chế, là một thách thức lâm sàng đối với các bác sỹ nhãn khoa trên toàn thế giới [4][6].

Chúng tôi gặp 1 mắt bị xẹp TP do lỗ rò dẫn lưu quá mức. Mắt này được điều trị nội khoa 4 ngày đầu bằng băng ép và tra dẫn đồng tử không thành công nên phải chuyển sang điều trị PT khâu lại vết mổ, tái tạo TP bằng dung dịch Ringer lactat. Các tác giả nước ngoài như Geyer O, và cs (2003) đã sử dụng chất nhầy (healon) và chất khí sulfur hexafluorid (SF6) 100% bơm vào TP để điều trị cho 2 trường hợp bị xẹp TP sau PT cắt bệ do lỗ rò dẫn lưu quá mức. Kết quả là TP được phục hồi và bảo tồn được tính toàn vẹn của bọng thủy [5].

Biến chứng đục TTT cũng phòng gây xẹp TP xuất hiện trên 1 mắt ngày thứ 4 sau mổ, TP được tái tạo tốt sau PT lấy TTT đặt TTT nhân tạo hậu phòng.

Trong nhóm không xác định nguyên nhân thì 5 mắt đáp ứng điều trị nội khoa còn 4 mắt phải chuyển sang

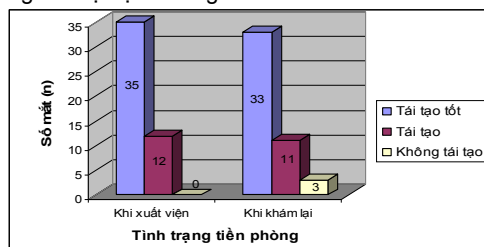
điều trị ngoại khoa mới tái tạo được TP.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi 42,6% mắt xẹp TP đáp ứng tốt bằng điều trị nội khoa, còn 57,4% cần can thiệp ngoại khoa. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự của một số tác giả khác [2][3]. Kết quả nghiên cứu của Daniela S và cs trên 36 mắt bị xẹp TP cho thấy khả năng bị giảm thị lực ở nhóm mắt điều trị bằng thuốc ít hơn so với can thiệp PT. Nhưng về phương diện NA thì ngược lại, tỷ lệ mắt thành công cao hơn ở nhóm điều trị bằng PT [4].

Trong số 47 mắt của nghiên cứu này có 37 mắt đo được TL khi xuất viện. Đa số mắt có TL tăng và không đổi (29/37 mắt- 78,37%), trong đó mắt có TL tăng chiếm 54,05% (20/37mắt) và không đổi là 24,32% (9/37 mắt). Còn lại 8 mắt 21,62% bị giảm TL. Tại thời điểm khám lại số mắt có TL tăng và không đổi là 34/47 mắt (72,3%), 13/47 mắt bị giảm TL chiếm 27,7%. Kết quả nghiên cứu này gần giống kết quả của Nguyễn Thị Nhung [2]. Tỷ lệ mắt nghiên cứu có TL tăng và không đổi trong nghiên cứu của Daniela S và cs (2009) là 55%, thấp hơn của chúng tôi [3]. Tuy nhiên hình thái glôcôm giữa các nghiên cứu là khác nhau nên đặc điểm tiến triển của glôcôm trên những mắt này cũng rất khác nhau.

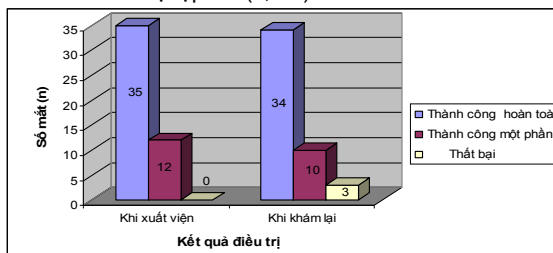
Nguyên nhân TL giảm là do đục TTT sau PT, do tổn thương thị thần kinh tiếp tục tiến triển và do loạn dưỡng GM trên những mắt không tái tạo được TP. Theo các tác giả khác ngoài 3 nguyên nhân trên bệnh lý vùng hoàng điểm do NA mềm cũng gây giảm TL sau PT cắt bệ CGM [3],[6].

Tất cả 47 mắt nghiên cứu có NA điều chỉnh (<25 mmHg) mới được xuất viện. Tại thời điểm khám lại 45/47 mắt (95,7%) có NA điều chỉnh, 1 mắt NA bán điều chỉnh và 1 mắt NA không điều chỉnh. Mắt có NA cao 35 mm Hg là mắt đã mất chức năng, sau 2 lần PT cắt bệ CGM bị biến chứng xẹp TP. Sau điều trị xẹp TP 21 tháng kết quả siêu âm không thấy bong HM, mặc dù TP tái tạo tốt nhưng GM bị loạn dưỡng.



Biểu đồ 1. Tình trạng tiền phòng sau điều trị xẹp tiền phòng (n=47)

Theo kết quả biểu đồ 1 khi ra viện 100% mắt có TP tái tạo và tái tạo tốt, không còn mắt nào bị XTP. Khi khám lại 44 mắt (93,6%) có TP đạt kết quả tái tạo tốt và tái tạo, chỉ còn 3 mắt còn bị xẹp TP (6,4%).



Biểu đồ 2. Kết quả điều trị biến chứng xẹp TP sau mổ glôcôm (n=47)

Biểu đồ 2 cho thấy khi xuất viện kết quả điều trị thành công đạt được trên 100% số mắt nghiên cứu, trong đó thành công hoàn toàn chiếm 74,5% (35 mắt), thành công một phần chiếm 25,5% (12 mắt). Tại thời điểm khám lại tỷ lệ mắt điều trị thành công chiếm 93,6% (44 mắt), trong đó thành công hoàn toàn là 72,3% (34 mắt), thành công một phần là 21,3% (10 mắt), tỷ lệ thất bại chiếm 6,4% (3 mắt). Kết quả điều trị của chúng tôi thành công cao hơn của Nguyễn Thị Nhung [2]. Điều đó có thể giải thích rằng ngày nay sự hiểu biết về cơ chế bệnh sinh cũng như điều kiện phương tiện kỹ thuật chẩn đoán và điều trị biến chứng này đã tiến bộ hơn nhiều so với trước đây.

KẾT LUẬN

Xẹp tiền phòng sau mổ glôcôm tùy thuộc vào nguyên nhân có thể điều trị nội khoa bằng thuốc hoặc phẫu thuật. Tỷ lệ thành công chung của điều trị là 93,6%, thất bại là 6,4%. Kết quả điều trị bằng PT thành công ở 57,4% các trường hợp, còn điều trị nội khoa thành công ở 42,6%. Trong nhiều trường hợp như rò rỉ vết mổ, bong hắc mạc, glôcôm ác tính thì điều trị ngoại khoa chiếm ưu thế hơn. Kết quả điều trị xẹp TP đạt hiệu quả cao đối với những trường hợp có nhãn áp không cao, còn rất khó khăn đối với glôcôm ác tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trọng Nhân và cộng sự (1974), "Kết quả phẫu thuật cắt bè củng giác mạc điều trị Glôcôm"

2. Nguyễn Thị Nhung (1993), "Biến chứng xẹp tiền phòng bong mạch mạc sau phẫu thuật Glôcôm và đục thể thủy tinh", *Luận văn chuyên khoa cấp II chuyên ngành mắt*.

3. Daniela. S. Monteiro de Barros, Julia B.V, Kuntz Navarro (2009), "The early flat anterior chamber after trabeculectomy: A randomized, prospective study of 3 methods of management", *J Glaucoma*; 18(2), pp.13-20

4. De Barross, Navarto JB, Mautravadi AV, Siam GA, Gheith ME (2009), "The early flat anterior chamber after Trabeculectomy, a randomized, prospective study of 3 Methods of Management", *J Glaucoma*, 18 (1); pp.13-20.

5. Geyer. O, Segev. E, Steinberg JM, Buckman G (2003), "Stabilization of post-trabeculectomy flat anterior chamber with Healon and sulfur hexafluoride", *J Cataract Refract Surg.*; 29(10): pp.2026-2028.

6. James V. Aquavella, Gregory J. McCormick (2007). "Postoperative flat anterior chamber: Treatment and medication". *Ophthalmology*; Aug. 3; 2007, pp.10-13

7. Simon Ruben, Jame Tsai, Roger Hitchings (1997), "Malignant glaucoma and its management", *British Journal of Ophthalmology*; 2003, 81: pp.163-167

8. WuDunn. D, Ryser. D, Cantor L.B (2005), "Surgical drainage of choroidal effusion following Glaucoma Surgery", *J Glaucoma* (2005), 14(2), pp.103-108.