

Phẫu thuật nội soi cắt tuyến ức kết hợp đường mổ dưới mũi ức là một phương pháp tiếp cận mới trong bệnh lý nhược cơ không u cũng như có u tuyến ức, giúp cung cấp tầm nhìn tốt ở vùng trung thất trước, quan sát rõ thần kinh hoành 2 bên, tạo điều kiện cho phẫu thuật cắt tuyến ức mở rộng, tăng hiệu quả điều trị ngoại khoa trong bệnh lý nhược cơ cũng như đặt điện cắt rộng trong u tuyến ức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sugarbaker DJ:** Thoracoscopy in the management of anterior mediastinal masses. *Ann Thorac Surg* 1993, 56(3):653-656.
2. **Dunning J:** Video-assisted thoracoscopic microthymectomy. *Annals of Cardiothoracic Surgery* 2015, 4(6):550-555.
3. **Rowse PG, Roden AC, Corl FM, Allen MS, Cassivi SD, Nichols FC, Shen KR, Wigle DA, Blackmon SH:** Minimally invasive thymectomy: the Mayo Clinic experience. *Ann Cardiothorac Surg* 2015, 4(6):519-526.
4. **Jurado J, Javidfar J, Newmark A, Lavelle M, Bacchetta M, Gorenstein L, D'Ovidio F, Ginsburg ME, Sonett JR:** Minimally invasive thymectomy and open thymectomy: outcome analysis of 263 patients. *Ann Thorac Surg* 2012, 94(3):974-981; discussion 981-972.
5. **Aydin Y, Ulas AB, Mutlu V, Colak A, Eroglu A:** Thymectomy in Myasthenia Gravis. *Eurasian J Med* 2017, 49(1):48-52.
6. **Gallego-Poveda J, Guerra NC, Carvalheiro C, Ferreira H, Sena A, Junqueira N, Velho TR, Nobre A:** Use of CO(2) in video assisted thoracic surgery and single-lumen endotracheal tube-a new less invasive approach. *J Thorac Dis* 2017, 9(4):903-906.
7. **Salati M, Cardillo G, Carbone L, Rea F, Marulli G, Brunelli A, Voltolini L, Gotti G, Rocco G:** Iatrogenic phrenic nerve injury during thymectomy: the extent of the problem. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery* 2010, 139(4):e77-78.
8. **Liu Y, Zhang J, Wu W, Zhang H, Zhao C, Zhang M:** Subxiphoid thoracoscopic thymectomy for myasthenia gravis. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 2022, 34(3):482-484.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BONG VỠNG MẠC NGUYÊN PHÁT BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮT DỊCH KÍNH VỚI CAMERA NỘI NHÃN

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bong võng mạc nguyên phát bằng phương pháp cắt dịch kính với camera nội nhãn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 35 bệnh nhân được phẫu thuật cắt dịch kính với camera nội nhãn điều trị bong võng mạc nguyên phát tại khoa Dịch kính- võng mạc Bệnh viện Mắt Trung Ương từ 6/2021 đến 8/2022. **Kết quả:** Nghiên cứu bao gồm 35 mắt của 35 bệnh nhân. Tuổi trung bình bệnh nhân đến khám 60.3 ± 7.0 (46-71 tuổi) với nam 54,3%, nữ 45,7%. Thị lực trung bình trước điều trị 2.09 ± 0.41 logMAR. Trước điều trị 88,6% bệnh nhân còn Thể thủy tinh, 11,4% IOL. Mức độ bong võng mạc toàn bộ chiếm 11,4%, bong võng mạc 1 góc phần tư, 2 góc phần tư và 3 góc phần tư lần lượt 11,4%, 45,7%, 31,4%. Kết quả giải phẫu 94,3% (33/35) thành công sau 1 lần phẫu thuật và 100% (35/35) sau lần phẫu thuật cuối cùng. Kết quả thị lực: Thị lực cải thiện đáng kể tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật 0.86 ± 0.36 logMAR ($p=0.000$). **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy kết quả điều trị bong võng mạc

Vũ Minh Tiến¹, Nguyễn Thị Nhất Châu²

bằng phương pháp cắt dịch kính sử dụng camera nội nhãn là rất khả quan.

Từ khóa: bong võng mạc nguyên phát, cắt dịch kính, camera nội nhãn

SUMMARY

CLINICAL OUTCOMES OF ENDOSCOPE-ASSISTED VITRECTOMY FOR TREATMENT OF RHEGMATOGENOUS RETINAL DETACHEMENT

Purpose: to evaluate the outcome of endoscope-assisted vitrectomy for treatment of rhegmatogenous retinal detachment. **Methods:** this is a randomized uncontrolled interventional study of endoscope-assisted vitrectomy for treatment of rhegmatogenous retinal detachment in VINO from 6/2021 to 8/2022. **Outcomes:** the study include 35 eyes of 35 patients who were operated at vitreo-retinal departement in VINO. Mean age was 60.3 ± 7.0 yrs old, 54,3% male and 45,7% female. Mean baseline VA was 2.05 ± 0.43 logMAR. At baseline, there were 88,6% phakic, 11,4% pseudophakic. Quadrants of RD were 11,4% with 1 quadrant, 45,7% with 2 quadrants, 31,4% with 3 quadrants and 11,4% with 4 quadrants (including total retinal detachment). Single surgery anatomic success rate was 94.3%. The retina was reattached at last followup in 35/35 (100%). The mean postoperative VA was 0.85 ± 0.38 logMAR. **Conclusion:** In the current study of retinal detachment surgery, visual and anatomical outcomes at last followup were generally favorable.

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Tiến

Email: vuminhtien225@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 31.10.2022

Ngày duyệt bài: 4.11.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bong võng mạc nguyên phát có vết rách là một trong những bệnh nặng trong nhãn khoa và một trong những nguyên nhân gây giảm thị lực trầm trọng, thậm chí dẫn đến mù lòa, bệnh nếu được phát hiện và điều trị kịp thời thì khả năng hồi phục là rất khả quan. Ở Mỹ hàng năm tỉ lệ bong võng mạc từ 101 đến 179 người trên một triệu dân¹, bong võng mạc nguyên phát trong cộng đồng 120/1.000.000^{2,3}. Điều trị bong võng mạc gồm đai củng mạc và cắt dịch kính có hoặc không có đai củng mạc. Cùng với sự phát triển của thiết bị phẫu thuật bao gồm đầu silicone, dung dịch perfluorocarbon (PFCL), laser nội nhãn, hệ thống camera nội nhãn tỉ lệ thành công phẫu thuật cắt dịch kính cải thiện trong khi giảm tỉ lệ biến chứng. Trong đó, hệ thống camera nội nhãn có lợi ích quan sát bán phần sau không chịu ảnh hưởng bởi điều kiện bán phần trước như đục thủy tinh thể, sẹo đục giác mạc, chấn thương nhãn cầu, đồng tử co nhỏ,... và tăng tầm nhìn cấu trúc phía trước như chân móng mắt, phía sau thể mi,⁴... Phương tiện đã góp phần cải thiện chứng năng cho mắt có tổn thương nặng mà trước đây không có khả năng điều trị. Ở Việt Nam đã có những nghiên cứu đánh giá phẫu thuật bong võng mạc như nghiên cứu Đỗ Như Hân (2002) trên 292 trường hợp BVM cho thấy tỉ lệ thành công của các phẫu thuật điều trị BVM đạt từ 90-95%⁵, Lương Đại Dương (2016) đánh giá kết quả điều trị bong võng mạc có vết rách khổng lồ⁶. Tuy nhiên tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá một cách tổng thể hiệu quả sử dụng camera nội nhãn trong điều trị bệnh lý này để cho chúng ta thấy bức tranh chung, từ đó giúp các nhà chuyên môn cũng như người bệnh có cái nhìn khái quát về năng lực điều trị. Do vậy, để có cái nhìn tổng quát, đầy đủ hơn về sử dụng camera nội nhãn trong điều trị bong võng mạc nguyên phát, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Đánh giá kết quả điều trị bong võng mạc nguyên phát bằng phương pháp cắt dịch kính với camera nội nhãn"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng. Nghiên cứu được tiến hành trên 35 bệnh nhân được chẩn đoán bong võng mạc có rách đến khám và điều trị tại khoa Dịch kính võng mạc Bệnh viện Mắt Trung Ương và chấp nhận tham gia nghiên cứu từ 6/2021 đến 8/2022

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân trên 45 tuổi, BVM nhiều vết rách các vết rách trên các kính tuyến khác nhau, BVM trên bệnh nhân xuất

huyết dịch kính, BVM không tìm thấy vết rách trên lâm sàng, BVM tăng sinh dịch kính võng mạc mức độ C1,C2, BVM trên mắt đã thay thể thủy tinh hoặc không có thể thủy tinh, BVM rách khổng lồ, bong võng mạc toàn bộ.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân trẻ dưới 45 tuổi, bong võng mạc có tăng sinh dịch kính võng mạc giai đoạn C3,C4 và có tăng sinh dịch kính võng mạc trước xích đạo, bong võng mạc lỗ hoàng điểm, bong võng mạc có các bệnh lý dịch kính võng mạc: thoái hóa hoàng điểm tuổi già, tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc,...

Quy trình nghiên cứu

- Bệnh nhân trong tiêu chuẩn lựa chọn
- Thì 1: tiến hành đặt đai củng mạc
- Thì 2: sau phẫu thuật đặt đai 1 tuần tiến hành phaco+ IOL + CDK có camera nội nhãn
- Theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật tại thời điểm ra viện, 1 tuần, 3 tháng.

Số liệu được xử lý theo phần mềm SPSS 20.0, sử dụng thống kê y học, so sánh có ý nghĩa thống kê với p < 0.05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

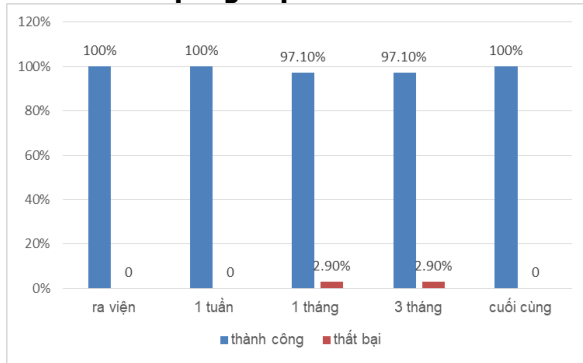
Bảng 1: đặc điểm lâm sàng

Tuổi: - Trung bình - Phân bố	60.3 ±7.0 46 – 71
Giới: - Nam - Nữ	19 (54,3%) 16 (45,7%)
Tình trạng thể thủy tinh - Còn thể thủy tinh - IOL	31 (88.6%) 4 (11.4%)
Tình trạng hoàng điểm - Bong qua hoàng điểm - Bong chưa qua hoàng điểm	30 (85,7%) 5 (14,3%)
Mức độ bong (góc phần tư) - 1 - 2 - 3 - 4 (bong võng mạc toàn bộ)	4 (11.4%) 16 (45.7%) 11 (31.4%) 4 (11.4%)
Số lượng vết rách - 1 - > 1	19 (54,3%) 16 (45,7%)
Chất độ nội nhãn: - SF6 - C3F8 - Dầu silicone	22 (62.9%) 8 (22.9%) 5 (14.3%)

Nghiên cứu gồm 35 mắt của 35 bệnh nhân (19 nam và 16 nữ), với độ tuổi trung bình 60.3 ± 7.0 (phân bố 46-71 tuổi). Tình trạng còn thể thủy tinh là 31 mắt và đã phẫu thuật đặt IOL là 4 mắt. Tình trạng bong có hoặc không bong qua hoàng điểm lần lượt là 31 và 4 mắt. Mức độ bong võng mạc là 4 mắt bong 1 góc phần tư, 16 mắt bong 2 góc phần tư, 11 mắt bong 3 góc

phần tư và 4 mắt bong võng mạc toàn bộ. Trong nghiên cứu có 19 mắt với 1 vết rách và 16 mắt có từ 2 vết rách trở lên. Với chất độn nội nhãn, SF6 dùng trong 22 mắt, 8 mắt dùng khí C3F8 và 5 mắt dùng dầu silicone.

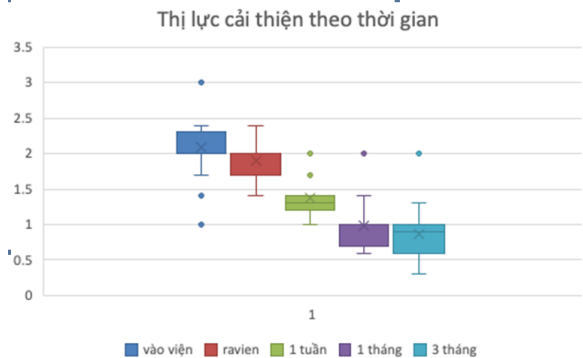
3.3. Kết quả giải phẫu



Biểu đồ 1. Kết quả giải phẫu tại các thời điểm

Tại thời điểm ra viện 100% võng mạc áp tốt. Tại các thời điểm sau phẫu thuật có 2 trường hợp võng mạc không áp, cả 2 bệnh nhân đều được phẫu thuật cắt dịch kính, bóc màng tăng sinh, trong đó có 1 trường hợp trước mổ bệnh nhân có 3 vết rách, kích thước 2 cung giờ, có tăng sinh dưới võng mạc được tiến hành CDK bơm dầu silicone tại thời điểm 3 tháng thấy bong võng mạc dưới dầu tiến hành tháo dầu silicone, cắt và trải phẳng võng mạc, dầu silicone tiếp tục theo dõi sau 3 tháng. Kết quả giải phẫu cuối cùng 100% võng mạc áp tốt.

3.4. Kết quả chức năng



Biểu đồ 2. Kết quả thị lực tại các thời điểm

Thị lực trung bình nhóm bệnh nhân nghiên cứu lúc vào viện là 2.04 ± 0.43 logMAR (thấp nhất là 3 logMAR, cao nhất là 1 logMAR), 1 tuần sau mổ, thị lực trung bình là 1.41 ± 0.30 logMAR. 1 tháng sau phẫu thuật, thị lực trung bình đạt được 1,01 ± 0.39 logMAR. Thị lực trung bình sau khám lại 3 tháng của lần phẫu thuật cuối cùng cũng cho kết quả cải thiện hơn với giá trị 0.85 ± 0.38 logMAR (thấp nhất là 2.0 logMAR, cao nhất

là 0.1 logMAR). Sự chênh lệch thị lực trung bình giữa nhóm thị lực mới vào viện và thị lực bệnh nhân khám lại sau mổ 3 tháng có ý nghĩa thống kê với p=0.000

3.5. Biến chứng phẫu thuật

Biến chứng trong phẫu thuật: 1 mắt vết rách võng mạc.

Biến chứng sau phẫu thuật: 5 mắt tăng nhãn áp, 2 mắt tăng sinh dịch kính võng mạc, 28 mắt không có biến chứng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả giải phẫu. Nghiên cứu cho thấy có sự thay đổi kết quả giải phẫu theo thời gian. Điều này xảy ra do trong những ngày đầu sau phẫu thuật, bóng khí còn tồn tại, võng mạc áp được dưới bóng khí. Theo thời gian, bóng khí tiêu đi những trường hợp không duy trì tư thế tốt sau phẫu thuật, dịch dưới võng mạc xuất hiện trở lại. Theo nghiên cứu có 5 bệnh nhân cần phẫu thuật lần thứ 2 chiếm 14,3% tổng số bệnh nhân, 100% số bệnh nhân có võng mạc áp tốt tại thời điểm thăm khám.

Các tác giả nước ngoài cũng đưa ra tỉ lệ phẫu thuật thành công khá cao. Theo nghiên cứu Yokoyama (2017) trên 127 mắt cho thấy tỉ lệ võng mạc áp sau lần đầu 98.4% (125/127 mắt) và tăng lên 100% lần phẫu thuật cuối cùng⁴. Nghiên cứu của Rezende đưa ra tỉ lệ võng mạc áp tại thời điểm nghiên cứu cắt dịch kính với camera nội nhãn là 94.6% cao hơn nhóm đối chứng 78,9%⁷.

Như vậy có thể thấy, với sự phát triển của kỹ thuật cùng với máy móc hiện đại, cùng với sự hỗ trợ của các vật liệu độn nội nhãn cho phẫu thuật bán phần sau, tỉ lệ thành công về mặt giải phẫu của phẫu thuật bong võng mạc là khá cao.

4.2. Kết quả chức năng. Bong võng mạc là bệnh lý gây mất thị lực trầm trọng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, trước phẫu thuật đa phần đều có thị lực rất thấp dưới DNT 1m (32/35 mắt). Thị lực trung bình trước phẫu thuật theo logMAR là 2.09 ± 0.41 logMAR. Nhìn vào đánh giá kết quả giải phẫu và thị lực theo thời gian theo dõi, chúng ta thấy không có sự tương đương giữa kết quả giải phẫu và thị lực tại thời điểm sau mổ, 1 tuần sau phẫu thuật. Đó là do sau khi cắt dịch kính điều trị bong võng mạc bệnh nhân được bơm khí nở hoặc dầu silicone tạo điều kiện võng mạc áp tốt hơn và quá trình viêm dính sẹo laser vết rách, dầu silicone cũng ảnh hưởng đến thị lực do làm thay đổi khúc xạ của dịch kính nhưng không che lấp hoàn toàn sự nhìn. Bóng khí làm mất thị lực hoàn toàn nếu lấp đầy buồng dịch

kính và với C3F8 cần 4-6 tuần, với SF6 cần 1-2 tuần để tiêu hết, lúc đó thị lực mới phản ánh đúng tình trạng giải phẫu của mắt nên chúng tôi chủ yếu lấy kết quả thị lực tháng thứ 3 để đánh giá cho kết quả phẫu thuật. Tại thời điểm 3 tháng, thị lực bệnh nhân được cải thiện với thị lực trung bình theo logMAR 0.86 ± 0.36 . Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p=0.000$

4.3. Biến chứng phẫu thuật. Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi gặp 1 mắt (2.9%) rách võng mạc do cắt võng mạc trong quá trình cắt dịch kính. Các vết rách này được xử trí bằng laser quang đông quanh vết rách và ấn độn nội nhãn. Chúng tôi không phát hiện biến chứng sau phẫu thuật: xuất huyết dịch kính, bong võng mạc tái phát trên bệnh nhân. Nghiên cứu Sikander tỉ lệ rách võng mạc trong cắt dịch kính chiếm 6,8%. Sikander xử trí bằng laser hoặc lạnh đông vết rách và ấn độn nội nhãn. Tác giả cũng không ghi nhận biến chứng sau phẫu thuật.⁸

Theo kết quả nghiên cứu có 5 trường hợp có biến chứng tăng nhãn áp trong đó 3 mắt xuất hiện ngay sau phẫu thuật, 3 bệnh nhân này trong quá trình phẫu thuật đều diễn ra an toàn, bơm 0.7 ml khí SF6. Tại thời điểm thăm khám nhãn áp đo được lần lượt 25, 27mmHg (đo bằng nhãn áp icare). Khi thăm khám có biểu hiện viêm bán phần trước, võng mạc áp dưới khí, khí nở buồng dịch kính. Nguyên nhân tăng nhãn áp sau mổ có thể phản ứng viêm sau mổ, bệnh nhân không tuân thủ tư thế sau phẫu thuật dẫn đến khí ở ra tiền phòng dẫn đến tắc nghẽn góc tiền phòng gây tăng nhãn áp. Bệnh nhân được điều trị chống viêm tích cực, giãn đồng tử và thuốc hạ nhãn áp (azagar 2l/ ngày). Tại thời điểm khám lại sau 1 tuần, 1 tháng cả 3 bệnh nhân đều có tình trạng võng mạc áp tốt và nhãn áp điều chỉnh. 2 mắt xuất hiện tăng nhãn áp tại thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng. Khi thăm khám có biểu hiện không viêm bán phần trước, mống mắt dính mặt trước thể thủy tinh, trong đó 1 trường hợp dính góc tiền phòng hoàn toàn, mống mắt võng cà chua. Bệnh nhân nhãn áp không điều chỉnh với thuốc áp uống (acetazolamid 0.25g) và tra (azagar 2l/ngày) được tiến hành phẫu thuật cắt bè củng mạc.

Biến chứng thường gặp khác sau phẫu thuật là tăng sinh dịch kính - võng mạc. Đây là tình trạng các dải xơ co kéo trên bề mặt võng mạc gây ra bong võng mạc ở 2 mắt (5,7%) xảy ra từ 1- 3 tháng sau phẫu thuật. Sana Idrees cho rằng sự xuất hiện của tăng sinh dịch kính võng mạc là nguyên nhân chính dẫn đến phẫu thuật thất bại.

Tác giả xác định tăng sinh dịch kính võng mạc sau phẫu thuật liên quan đến các yếu tố: mức độ tăng sinh DK-VM trước phẫu thuật, vết rách to, nhiều vết rách, xuất huyết dịch kính, phẫu thuật nhiều lần⁹.

V. KẾT LUẬN

Bong võng mạc nguyên phát có vết rách là một trong những bệnh cấp trong cứu nhãn và một trong những nguyên nhân gây giảm thị lực trầm trọng, thậm chí dẫn đến mù lòa. Hệ thống camera nội nhãn có lợi ích quan sát cấu trúc dịch kính võng mạc trong điều kiện đục môi trường trong suốt ở phía trước (sẹo đục giác mạc, đục thể thủy tinh hoàn toàn, chấn thương mắt,... và tăng tầm nhìn cấu trúc phía trước như chân mống mắt, phía sau thể mi. Vì vậy, phẫu thuật cắt dịch kính sử dụng camera nội nhãn mang lại kết quả tốt về giải phẫu, chức năng đồng thời tỉ lệ biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Foster WJ. Vitreous Substitutes. Expert Rev Ophthalmol.** 2008;3(2):211-218. doi:10.1586/17469899.3.2.211
- Haimann MH, Burton TC, Brown CK.** Epidemiology of retinal detachment. Arch Ophthalmol. 1982;100(2):289-292. doi:10.1001/archophth.1982.01030030291012
- Wilkes SR, Beard CM, Kurland LT, Robertson DM, O'Fallon WM.** The incidence of retinal detachment in Rochester, Minnesota, 1970-1978. Am J Ophthalmol. 1982;94(5):670-673. doi:10.1016/0002-9394(82)90013-7
- Yokoyama S, Kojima T, Mori T, et al.** Clinical outcomes of endoscope-assisted vitrectomy for treatment of rhegmatogenous retinal detachment. Clin Ophthalmol. 2017;11:2003-2010. doi:10.2147/OPHT.S147690
- Đỗ Như Hôn.** Nghiên cứu điều trị 292 trường hợp bong võng mạc. Nội san nhãn khoa 2002; số 6: tr 71-81.
- Lương Đại Dương.** "Đánh giá kết quả điều trị bong võng mạc có vết rách không lỗ; luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú. Published online 2016.
- Rezende FA, Vila N, Rampakakis E.** Endoscopy-assisted vitrectomy vs. vitrectomy alone: comparative study in complex retinal detachment with proliferative vitreoretinopathy. Int J Retina Vitreous. 2020;6:34. doi: 10.1186/s40942-020-00238-9
- Sikander A. K.** Loh pseudophakic retinal detachment: clinical profile and surgical outcome - Original Article Journal of Research in Ophthalmology and Visual Sciences/Vol. 1/ Issue 1/ July-December 2015
- Idrees S, Sridhar J, Kuriyan AE.** Proliferative Vitreoretinopathy: A Review. Int Ophthalmol Clin. 2019;59(1):221-240. doi:10.1097/IIO.0000000000000258