

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO **BỘ Y TẾ**
ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

PHẠM THỊ THỦY TIÊN

NGHIÊN CỨU PHẪU THUẬT
ĐẶT VAN DẪN LƯU AHMED
TRONG GLÔCÔM TRẺ EM TÁI PHÁT

CHUYÊN NGÀNH: NHÃN KHOA

MÃ SỐ: 62720157

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

TP. HỒ CHÍ MINH – NĂM 2016

Công trình được hoàn thành tại :

ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Người hướng dẫn khoa học:

PGS. TS. LÊ MINH TUẤN

Phản biện 1: PGS.TS. Trần Thị Nguyệt Thanh

Phản biện 2: PGS.TS. Lê Đỗ Thùy Lan

Phản biện 3: PGS.TS. Đỗ Như Hôn

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp Trường tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Vào hồi:giờ.....ngày.....tháng.....năm.....

Có thể tìm hiểu luận án tại:

- Thư viện Quốc gia Việt Nam
- Thư viện Khoa học Tổng hợp TP. Hồ Chí Minh
- Thư viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU

1. Phạm Thị Thủy Tiên (2008), "Các van dẫn lưu trong phẫu thuật glôcôm." *Tạp chí Y học thực hành*, 12, tr.65-67.
2. Phạm Thị Thủy Tiên (2008), "Glôcôm trẻ em - Thách thức khó khăn " *Tạp chí Y học thực hành*, 12, tr.77-79.
3. Phạm Thị Thủy Tiên, Trang Thanh Nghiệp, Mai Đăng Tâm, (2010), "Đánh giá hiệu quả phẫu thuật cắt bè củng mạc trong glôcôm trẻ em", *Tạp chí Nhân khoa Việt Nam*, 7, tr.35-42.
4. Phạm Thị Thủy Tiên, Trang Thanh Nghiệp, Trần Công Toại, (2012), "Đánh giá hiệu quả ứng dụng ghép củng mạc đông khô trong phẫu thuật đặt van Ahmed", *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 16(1), tr.69-76.

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

1. Đặt vấn đề

Glôcôm trẻ em là một bệnh hiếm gặp nhưng thường để lại hậu quả nặng nề cho bệnh nhân. Phẫu thuật cắt bè củng mạc (CBCM) với chất chống tăng sinh sợi Mitomycin C (MMC) kinh điển cho tỉ lệ thất bại khá cao và tăng dần theo thời gian do quá trình lành sẹo và xơ hoá tiến triển nhanh. Phẫu thuật đặt van dẫn lưu Ahmed ở glôcôm trẻ em tái phát được tiến hành nhằm giải quyết những hạn chế của phẫu thuật CBCM với các mục tiêu nghiên cứu sau:

- Mô tả đặc điểm dịch tễ và đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu glôcôm trẻ em tái phát.
- Đánh giá tính hiệu quả và tính an toàn của phẫu thuật đặt van Ahmed so với phẫu thuật CBCM có áp MMC trong điều trị glôcôm trẻ em tái phát.
- Phân tích các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến thành công của phẫu thuật đặt van dẫn lưu Ahmed ở trẻ em.

2. Tính cấp thiết của đề tài

Phương pháp phẫu thuật được lựa chọn đầu tiên trong glôcôm trẻ em là phẫu thuật CBCM với MMC cho tỉ lệ thất thành công 37–50% trong năm đầu và giảm dần theo thời gian. Đồng thời, tác dụng của chất chống tăng sinh sợi gây ra bong mông, vô mạch, dò tại bong gây xẹp tiền phòng, viêm mủ nội nhãn lên tới 17%.

Các thiết bị dẫn lưu ra đời để khắc phục các biến chứng trên. Van dẫn lưu có kháng lực Ahmed được đánh giá cao về khả năng điều chỉnh dòng thoát lưu của thủy dịch từ tiền phòng ra khoang dưới kết mạc. Tuy nhiên, việc áp dụng đặt van dẫn lưu Ahmed cho glôcôm trẻ em tái phát có thật sự đem lại hiệu quả lâu dài hay không? Các lợi điểm của phẫu thuật đặt van như thế nào so với những biến chứng của

CBCM với MMC trên mắt trẻ em? Phẫu thuật viên sẽ lựa chọn phẫu thuật nào tiếp theo cho glôcôm tái phát sau phẫu thuật tại góc hoặc CBCM thất bại: CBCM với chất chống chuyển hóa MMC hoặc phẫu thuật đặt van dẫn lưu? Vì vậy, đề tài mang tính cấp thiết, thời sự nhằm trả lời các câu hỏi trên.

3. Những đóng góp mới của luận án

Lần đầu tiên tại Việt Nam, phẫu thuật đặt van dẫn lưu Ahmed có nhóm chứng cho bệnh nhân glôcôm trẻ em khó điều trị được đánh giá có hệ thống, đưa ra các khuyến cáo các chỉ định phù hợp là một đóng góp mới có giá trị thực tiễn. Bên cạnh đó, sử dụng sản phẩm sinh học mới cùng mạc đông khô phủ lên ống dẫn lưu là một sáng kiến cải tiến; có thể ứng dụng sản phẩm này cho những phẫu thuật ghép mô khác trong nhãn khoa.

4. Bố cục luận án

Luận án gồm 134 trang: đặt vấn đề và mục tiêu nghiên cứu 4 trang, tổng quan tài liệu 37 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 25 trang, kết quả nghiên cứu 28 trang, bàn luận 37 trang, kết luận và kiến nghị 3 trang. Luận án có 31 bảng, 8 biểu đồ, 1 sơ đồ, 25 hình, 120 tài liệu tham khảo.

CHƯƠNG 1 TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. GLÔCÔM TRẺ EM

Glôcôm trẻ em được giả thuyết là do sự dừng phát triển phần trước nhãn cầu trong giai đoạn tam cá nguyệt thứ ba của các tế bào mào thần kinh làm cho thay đổi vị trí và cấu trúc lưới bè đưa đến quá trình hình thành vùng bè không hoàn chỉnh.

Glôcôm trẻ em bao gồm glôcôm bẩm sinh nguyên phát chiếm đa số (trên 50%) và các dạng glôcôm trẻ em khác (hội chứng Axenfeld Reiger, bất thường Peters,...) và glôcôm thứ phát (sau lấy thể thủy tinh, glôcôm corticoid).

Glôcôm trẻ em thường có tam chứng chảy nước mắt, sợ ánh sáng và co quắp mi. Những biểu hiện lâm sàng bao gồm sự thay đổi về giác mạc (giác mạc to, phù đục, có đường Haab do rạn màng Descemet), dẫn rìa giác-củng mạc, nhãn áp cao, tiền phòng sâu, lõm gai đặc trưng của bệnh glôcôm.

1.2. ĐIỀU TRỊ GLÔCÔM TRẺ EM VÀ GLÔCÔM TÁI PHÁT

1.2.1. Thuốc hạ nhãn áp

Thuốc hạ nhãn áp dùng trong glôcôm trẻ em có tác dụng hạ nhãn áp tạm thời chờ can thiệp phẫu thuật hoặc hỗ trợ giảm nhãn áp khi phẫu thuật không đủ kiểm soát nhãn áp. Thuốc hạ nhãn áp thường dùng cho trẻ em là nhóm thuốc chẹn beta (Timolol 0,5%), thuốc ức chế men carbonic anhydrase (Azopt 1%, Acetazolamide 0,25g), thuốc đồng đẳng Prostaglandin (Lantanoprost 0,005%).

1.2.2. Phẫu thuật

- **Phẫu thuật tại góc:** bao gồm mở góc tiền phòng và mở bè củng mạc, được chỉ định trong glôcôm bẩm sinh nguyên phát. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật 64-77%.
- **Phẫu thuật CBCM với MMC:** là phẫu thuật tạo một lỗ dò ở rìa giác-củng mạc ở cùng đồ trên để thủy dịch từ tiền phòng thoát qua nắp củng mạc vào khoang dưới kết mạc và dưới bao tenon; từ đó hấp thu vào hệ thống tuần hoàn chung bởi tĩnh mạch nước. Thuốc chống tăng sinh sợi (MMC) nhằm làm tăng tỷ lệ thành công của phẫu thuật CBCM lên 59% đặc biệt trong trường hợp glôcôm tái phát.

- **Phẫu thuật đặt thiết bị dẫn lưu:** là sử dụng một dụng cụ giúp thoát lưu thủy dịch từ tiền phòng ra khoang chứa thủy dịch dưới kết mạc. Các thiết bị dẫn lưu chia thành hai nhóm: loại không có kháng lực (đĩa Baerveldt) hoặc loại có kháng lực (van Ahmed).

- **Phẫu thuật hủy thể mi:** là phương pháp nhằm hạ nhãn áp dành cho glôcôm giai đoạn cuối hoặc trong những trường hợp glôcôm phức tạp đã điều trị bằng nhiều phương pháp khác nhau không có hiệu quả.

1.3. Phương pháp phẫu thuật đặt van Ahmed

- Chỉ định đặt van dẫn lưu: Sau phẫu thuật tại góc hoặc sau phẫu thuật CBCM thất bại. Được chọn lựa như phẫu thuật đầu tay khi phẫu thuật viên ít kinh nghiệm về phẫu thuật góc và/ hoặc CBCM. Bệnh nhân ít khả năng thành công với phẫu thuật góc. Glôcôm trong hội chứng Sturge–Weber, tật không móng mắt; đặc biệt glôcôm không có thể thủy tinh và do viêm màng bồ đào. Dành cho phẫu thuật nội nhãn về sau, đặc biệt là phẫu thuật đục thể thủy tinh vì thường kiểm soát nhãn áp sau phẫu thuật tốt hơn phẫu thuật CBCM.

- Chống chỉ định: kết mạc quá xơ sẹo không có khả năng che phủ van dẫn lưu, vùng góc tiền phòng quá hẹp không đủ để đặt được đầu ống dẫn lưu, tất cả các trường hợp không có khả năng theo dõi, chăm sóc sau mổ,

- Các bước phẫu thuật bao gồm: phẫu tích kết mạc và tenon tạo túi cùng đồ thái dương trên, đặt van vào túi cùng đồ, cố định van vào nền củng mạc, đưa ống dẫn lưu vào tiền phòng, che phủ ống dẫn lưu bằng mảnh ghép củng mạc đồng khô, khâu kết mạc.

- Các biến chứng phẫu thuật đặt van bao gồm của cuộc phẫu thuật nội nhãn và biến chứng của bản thân van. Các biến chứng do van xảy ra sớm và muộn bao gồm tăng nhãn áp, hạ nhãn áp, hở vết mổ, co kéo kết mạc, chạm ống dẫn lưu, co rút ống, dỏ ống dẫn lưu, co rút ống.

1.4. TÌNH HÌNH NGHIÊN CỨU

1.4.1. Các nghiên cứu trên thế giới

- Năm 1973, thiết bị dẫn lưu đầu tiên cho sử dụng glôcôm trẻ em là đĩa Molteno do chính tác giả tiến hành. Từ đó tới nay, rất nhiều báo cáo của các tác giả khác nhau trên thế giới sử dụng thiết bị dẫn lưu để điều trị glôcôm trẻ em với tỉ lệ thành công từ 44,00% đến 95,00% với nhãn áp dưới 21mmHg.
- Theo Beck, tác giả dùng cả hai loại van Ahmed và đĩa Baerveldt cho thấy không có sự khác biệt về tỉ lệ thành công giữa hai loại. Những nghiên cứu đặt đĩa Baerveldt trên glôcôm trẻ em cho kết quả tương đương như van Ahmed nhưng biến chứng nhãn áp thấp thường xảy ra hơn.
- Coleman (1997) nghiên cứu đặt van Ahmed cho trẻ bị glôcôm dưới 18 tuổi cho tỉ lệ thành công 77,90% trong năm đầu và 60,60% năm thứ hai. Tỉ lệ thành công của phẫu thuật đặt van dẫn lưu Ahmed ở trẻ em trên thế giới rất đáng khích lệ. Morad (Mỹ) đặt cho trẻ em bị glôcôm dưới 16 tuổi cho kết quả thành công 93,00% trong năm đầu và 86,00% trong năm thứ hai.
- Nghiên cứu đặt van Ahmed (loại S2 và FP7) cho trẻ bị glôcôm khó điều trị dưới 15 tuổi của Schotthoefler và cộng sự cho tỉ lệ thành công là 92,20% sau 2 năm và giảm dần còn 42,00% sau 10 năm theo dõi. Điều này cho thấy hiệu quả thành công của phẫu thuật đặt van cao và ổn định hơn so với phẫu thuật CBCM.
- Tại Hàn Quốc (châu Á), Yang và cộng sự đặt van Ahmed cho trẻ em bị glôcôm dưới 16 tuổi với thời gian theo dõi trung bình là 19 tháng cho kết quả thành công trung bình 68,60%. Trong khi đó ở châu Âu (Tây Ban Nha), Ou tiến hành đặt van cho Ahmed trẻ glôcôm bẩm sinh nguyên phát dưới 10 tuổi cho tỉ lệ thành công trung bình 53,30%

sau 5 năm theo dõi. Nhìn chung, tỉ lệ thành công của phẫu thuật đặt van Ahmed khoảng 54–95% và giảm dần theo thời gian.

1.4.2. Tình hình nghiên cứu trong nước

Cho tới nay, việc áp dụng phẫu thuật đặt thiết bị dẫn lưu được tiến hành chủ yếu cho mắt người lớn, chưa có nghiên cứu nào tiến hành cho mắt trẻ em Việt Nam. Năm 2002, Trần Nguyệt Thanh, Đỗ Như Hơn và Chu Thị Vân đã tiến hành đặt ống dẫn lưu tự tạo theo nguyên tắc của Molteno cho 37 mắt người lớn, kết quả sau 6 tháng nhãn áp trung bình là 22,86 mmHg, thị lực 100% bảo tồn so với trước phẫu thuật. Tuy nhiên, các tác giả cũng nhận thấy rằng đây là phương pháp phẫu thuật gây nhiều biến chứng nên cần hết sức thận trọng. Năm 2009, Bùi Thị Vân Anh báo cáo kết quả nghiên cứu thực hiện đặt van Ahmed cho 74 mắt glôcôm khó điều trị; trong đó có 2 mắt trẻ em, sau 12 tháng khả năng thành công là 85,10%; sau 18 tháng là 82,60% và sau 24 tháng là 71,20%.

CHƯƠNG 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu:

Dân số mục tiêu: là tất cả bệnh nhân bị glôcôm tái phát điều trị tại khoa Mắt Nhi, Bệnh viện Mắt Thành Phố Hồ Chí Minh từ tháng 03 năm 2009 đến tháng 03 năm 2012.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu

Bệnh glôcôm trẻ em (1 tháng tuổi – 15 tuổi) đã phẫu thuật tại góc (mở góc tiền phòng hoặc mở bè củng mạc) hoặc CBCM trước đó, nhưng nhãn áp cao không đáp ứng với thuốc điều trị hạ nhãn áp. Mỗi

bệnh nhân chỉ chọn một mắt bị glôcôm tái phát. Trong trường hợp hai mắt cùng bị glôcôm tái phát, mắt có thị lực tốt hơn sẽ được chọn để nghiên cứu (mắt còn lại sẽ tiếp tục điều trị theo phác đồ điều trị glôcôm của khoa Mắt Nhi).

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

Các trường hợp loại trừ: không còn thị lực. Cha mẹ bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân không đi tái khám theo dõi bệnh hoặc không tuân thủ nhỏ thuốc sau phẫu thuật.

2.2. PHƯƠNG PHÁP VÀ PHƯƠNG TIỆN NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu được thiết kế dưới dạng nghiên cứu can thiệp lâm sàng, tiến cứu, ngẫu nhiên, có nhóm chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu: Số lượng bệnh nhân cần cho nghiên cứu là 24 mắt.

2.2.3. Các bước thực hiện nghiên cứu

Phụ huynh tiến hành bốc thăm chọn nhóm nghiên cứu, đồng ý và ký vào biên bản cam kết phẫu thuật. Dựa vào kết quả bốc thăm, bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật đặt van dẫn lưu Ahmed hoặc CBCM có áp chất chống tăng sinh sợi MMC. Đối với bệnh nhân phẫu thuật đặt van Ahmed thì phải ký thêm cam kết đồng ý ghép mô đồng loại, Ngoài trừ trẻ < 1 tháng tuổi sẽ được chọn van FP8, số mắt còn lại đều sử dụng van FP7. Tiến hành khai thác tiền sử, bệnh sử. Bệnh nhân được khám lấy các biến số nghiên cứu trước phẫu thuật (lúc thức cho những trẻ hợp tác hoặc dưới khám mê cho những trẻ không hợp tác). Ghi nhận vào phiếu theo dõi.

2.2.4. Theo dõi sau phẫu thuật

Bệnh nhân sẽ được ghi nhận kết quả hậu phẫu mỗi ngày trong 5–7 ngày và hẹn tái khám 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, mỗi 6 tháng nếu

tình trạng mắt ổn định. Nếu nhãn áp cao hoặc có biến chứng thì bệnh nhân sẽ tái khám gần hơn.

2.2.5. Đánh giá sau phẫu thuật

Sự biến đổi nhãn áp, các thuốc hạ nhãn áp sử dụng bổ sung. Biến đổi thị lực. Tình trạng tiến triển bệnh glôcôm: đường kính giác mạc, tỉ lệ lõm đĩa. Tình trạng van dẫn lưu, ống dẫn lưu. Tình trạng bong dò của phẫu thuật CBCM Đánh giá biến chứng.

2.2.6. Các biến số nghiên cứu

- Các biến số độc lập: giới tính, tuổi lúc tiến hành nghiên cứu, lý do nhập viện, phân loại glôcôm, số lần phẫu thuật trước, loại phẫu thuật, số loại thuốc điều trị glôcôm đang sử dụng, mức độ nặng của bệnh, đường kính ngang giác mạc, nhãn áp, thị lực.
- Các biến số phụ thuộc: bao gồm hiệu quả và an toàn phẫu thuật:
 - + Thành công hoàn toàn: khi nhãn áp điều chỉnh không dùng thuốc bổ sung và thị lực không giảm.
 - + Thành công một phần: khi nhãn áp điều chỉnh với thuốc, hoặc thị lực có thể giảm nhưng không mất hoàn toàn. Không bị các biến chứng nặng nề như nhãn áp thấp <6mmHg gây teo nhãn, bong võng mạc, viêm nội nhãn.
 - + Thất bại: khi có một trong các điều kiện sau: nhãn áp không điều chỉnh hoặc nhãn áp thấp kéo dài hơn 3 tháng trở lên, mất thị lực, biến chứng nặng nề, phải phẫu thuật glôcôm lại, phải tháo bỏ van dẫn lưu.
 - + An toàn phẫu thuật: được đánh giá dựa trên biến chứng nặng gây mất thị lực vĩnh viễn như là nhãn áp thấp <6mmHg gây teo nhãn, bong võng mạc, viêm nội nhãn.

2.3. Phân tích thống kê

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Kết quả được trình bày dạng bảng và biểu đồ. Biến số định lượng được trình

bày bằng số trung bình \pm độ lệch chuẩn. Biến số định tính được trình bày bằng tỉ lệ % với khoảng tin cậy 95%. Mọi liên quan giữa hai biến định tính được kiểm định bằng phép kiểm Chi bình phương (χ^2) hoặc Fisher exact. Mọi liên quan giữa hai biến định lượng được kiểm định bằng phép kiểm t cho mẫu có phân phối chuẩn hoặc phép kiểm phi tham số Mann-Whitney cho mẫu không theo phân phối chuẩn. Các phép kiểm có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Phân tích Kaplan-Meier được sử dụng để xác định tỉ lệ thành công tích lũy của phẫu thuật đặt van Ahmed và CBCM với MMC theo thời gian. Đánh giá khuynh hướng của thuốc sử dụng theo thời gian bằng phép kiểm Cochran-Armitage. Đánh giá liên quan của các yếu tố nguy cơ được kiểm định bằng phương trình hồi quy đa biến Cox nhằm kiểm soát tốt các sai số, yếu tố gây nhiễu.

CHƯƠNG 3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 03/2009 đến 03/2012, có 50 mắt được chọn vào nghiên cứu: 25 mắt (25 bệnh nhân) đã tiến hành phẫu thuật đặt van Ahmed và 25 mắt (25 bệnh nhân) phẫu thuật CBCM với MMC.

3.1. ĐẶC ĐIỂM NHÓM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

- Có 25 nam và 25 nữ tham gia nghiên cứu (tỉ lệ nam:nữ là 1:1).
- Tuổi trung bình tiến hành nghiên cứu là $90,48 \pm 59,46$ tháng (1–193 tháng); sự khác biệt về tuổi giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p=0,53$). Chúng tôi lấy 60 tháng (5 tuổi) làm mốc để chia thành hai phân nhóm tuổi để tính toán thống kê.

- Lý do nhập viện chủ yếu do mắt to 19/50 trẻ (38%) và trẻ than mờ mắt 18/50 trẻ (36%). Các triệu chứng khác như chảy nước mắt có 7 trẻ (14%), mắt bị đục có 5 trẻ (10%) và nhức mắt có 1 trẻ (2%).
- Nhãn áp trung bình trước khi điều trị của cả nhóm nghiên cứu là $31,42 \pm 9,42$ mmHg; nhãn áp giữa hai nhóm nghiên cứu không khác nhau có ý nghĩa ($p > 0,05$).
- Thuốc hạ nhãn áp được sử dụng trung bình $2,66 \pm 0,59$ loại thuốc (1-3 loại); không có sự khác biệt về số loại thuốc hạ nhãn áp dùng giữa hai nhóm nghiên cứu ($p = 0,48$).
- Thị lực ở mắt trẻ thuộc nhóm nghiên cứu từ thị lực thấp đến gần mù 87,50% cho nhóm đặt van và 77,80% cho nhóm CBCM. ($p = 0,77$). Chỉ có 6/34 (17,65%) mắt ở cả hai nhóm có thị lực trên 3/10 trước mổ.
- Nhóm bệnh glôcôm nặng chiếm đa số 38/50 mắt (76%). Tỷ lệ lõm đĩa trung bình của hai nhóm nghiên cứu đều ở mức độ nặng với $0,85 \pm 0,17$ cho nhóm đặt van và $0,89 \pm 0,19$ cho nhóm CBCM ($p = 0,21$).
- Đường kính giác mạc trung bình trên 12,00mm và không khác nhau có ý nghĩa ở hai nhóm nghiên cứu.
- Tất cả các mắt đều được phẫu thuật hạ nhãn áp; thấp nhất là 1 lần và nhiều nhất là 3 lần. Trung bình số lần phẫu thuật trước đó của cả nhóm nghiên cứu là 1,46 lần, không có sự khác biệt giữa hai phân nhóm ($p = 0,08$). Phẫu thuật tạo lỗ dò chiếm đa số 63/74 (85,14%) lần can thiệp phẫu thuật.

3.2. KẾT QUẢ PHẪU THUẬT

3.2.1. Nhãn áp hậu phẫu

- So với trước phẫu thuật, nhãn áp trung bình sau phẫu thuật tại lần khám cuối cùng của mắt đặt van Ahmed còn $20,24 \pm 5,84$ mmHg; giảm

44,00% ($p=0,00$); trong khi ở nhóm CBCM với MMC nhãn áp còn $23,42\pm 9,65\text{mmHg}$; giảm 49,00% ($p=0,00$). Sự chênh lệch nhãn áp so sánh giữa hai nhóm phẫu thuật tại từng thời điểm trong quá trình theo dõi cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa ($p>0,05$), ngoại trừ thời điểm 2–3 tháng ($p=0,02$). Sau phẫu thuật đặt van, nhãn áp giảm nhanh trong 1 tháng đầu từ $31,20\text{mmHg}$ còn $16,00\text{mmHg}$ (còn được gọi là pha hạ nhãn áp); rồi tăng dần từ tuần thứ 5 đến tuần thứ 10 với nhãn áp lên đến đỉnh $22,40\text{ mmHg}$ (pha tăng nhãn áp). Tại thời điểm này, có sự khác biệt giữa nhãn áp của nhóm đặt van $22,40\pm 7,18\text{mmHg}$ so với $17,88\pm 6,37\text{ mmHg}$ của nhóm CBCM ($p=0,02$). Sau đó, nhãn áp giảm dần và ổn định vào tháng thứ sáu khoảng 18mmHg .

- Kết quả nghiên cứu ghi nhận 14 mắt (56%) đặt van Ahmed xuất hiện pha tăng nhãn áp với nhãn áp trung bình $27,79\pm 3,95\text{mmHg}$ Thời gian tăng nhãn áp xuất hiện sớm nhất sau 4 tuần, muộn nhất sau 12 tuần, trung bình sau phẫu thuật là $7,29\pm 2,89$ tuần. Thời gian kéo dài của pha tăng nhãn áp là $11,43\pm 7,21$ tuần (từ tuần 2 đến tuần 24). Tất cả các mắt có pha tăng nhãn áp đều được dùng thuốc hạ nhãn áp. Dù điều trị thuốc, có 3 mắt (21,42%) nhãn áp trên 30mmHg được rạch bao xơ bằng kim đều giúp hạ nhãn áp.

3.2.2. Kết quả thị lực sau hậu phẫu

Sau phẫu thuật đặt van mắt có thị lực tốt được 4 mắt (25,00%), thị lực thấp 3 mắt (18,80%) và gần mù 9 mắt (56,20%); mắt CBCM với MMC thì 6 (31,60%) mắt có thị lực tốt, 2 mắt (10,50%) có thị lực thấp, 8 mắt (42,10%) thị lực gần mù và 3 mắt (15,80%) sáng tối âm tính. Không có sự khác nhau về thị lực giữa hai nhóm đặt van và CBCM sau phẫu thuật với $p_{\text{sau mổ}}= 0,50$.

3.2.3. Kết quả về đường kính giác mạc

Khi so sánh sự thay đổi đường kính giác mạc sau phẫu thuật của hai nhóm nghiên cứu thì không thấy sự khác biệt có nghĩa với $p=0,25$. Đồng thời, đường kính giác mạc không thay đổi trước và sau phẫu thuật ở cả hai nhóm với $p>0,05$.

3.2.4. Kết quả về tỉ lệ lõm đĩa

Không có sự thay đổi về tỉ lệ lõm đĩa giữa hai nhóm nghiên cứu có ý nghĩa thống kê ($p=0,05$ cho nhóm đặt van và $p=0,32$ cho nhóm CBCM).

3.2.5. Kết quả về mức độ bệnh

Gần như không có sự thay đổi nào đáng kể về mức độ bệnh ở cả hai nhóm phẫu thuật, chỉ có một mắt ở mức độ bệnh trung bình cải thiện sang mức độ nhẹ; còn lại tất cả mắt có mức độ bệnh nặng thì không thay đổi trước và sau phẫu thuật.

3.2.6. Kết quả về thuốc hạ nhãn áp

Số loại thuốc dùng sau phẫu thuật theo từng thời gian giảm rõ rệt so với thuốc dùng trước phẫu thuật ở tất cả các giai đoạn với $p<0,05$. Số loại thuốc dùng trước phẫu thuật của nhóm đặt van là $2,60\pm 0,65$ và sau phẫu thuật là $1,28\pm 1,10$ ($p=0,00$); tương tự cho nhóm CBCM. So sánh số loại thuốc dùng sau phẫu thuật giữa hai nhóm nghiên cứu theo thời gian thì hoàn toàn không có sự khác biệt với $p>0,05$.

Ở cả hai nhóm, tỉ lệ mắt cần thuốc hạ nhãn áp tăng dần theo thời gian. Nhóm đặt van có 72,00% mắt không dùng thuốc hạ nhãn áp lúc 1 tháng chỉ còn 47,10% mắt không cần thuốc hạ nhãn áp lúc 36 tháng, tương ứng với tỉ lệ mắt cần dùng thuốc bổ sung tăng dần ($p=0,00$).

3.2.7. Biến chứng phẫu thuật

Biến chứng sau phẫu thuật đặt van nhiều hơn (12/25) so với CBCM (6/25), tuy nhiên biến chứng của phẫu thuật CBCM nặng nề hơn bao gồm bong hắc mạc và bong võng mạc.

- Biến chứng xẹp tiền phòng gặp ở phẫu thuật CBCM ghi nhận ở nhóm CBCM nhiều hơn (66,70%). Xảy ra ngay sau phẫu thuật 1 ngày và được tái tạo tiền phòng bằng hơi hoặc chất nhầy tại phòng mổ.
- Biến chứng xuất huyết tiền phòng gặp trong phẫu thuật đặt van do ống dẫn lưu chạm móng, gây xuất huyết. Máu trong tiền phòng tự tan sau khi theo dõi 3–4 ngày.
- Bao hóa bong là biến chứng muộn tại van gây tăng áp tái phát được ghi nhận ở 3 mắt (12,00%). Thời gian xảy ra trung bình là 10 tháng. Một mắt được kiểm soát bằng thuốc, 2 mắt còn lại cần phải chọc dò bao xơ bằng kim. Một mắt thành công và một mắt thất bại.
- Đục thể thủy tinh gặp chủ yếu trong phẫu thuật đặt van (3 mắt, 12,00%). Thời gian xuất hiện trung bình 27 tháng trong đó hai mắt cần phải lấy thể thủy tinh và đặt kính nội nhãn nhân tạo.
- Một trường hợp bong hắc mạc nhiều sau CBCM 7 ngày có dấu hiệu chạm các múi bong (kissing) trên siêu âm nên chúng tôi tiến hành rạch thoát lưu dịch dưới hắc mạc. Thủ thuật rạch thoát lưu dịch thành công; nhưng phẫu thuật CBCM trên mắt này thất bại 6 tháng sau đó.
- Ghi nhận một mắt bị bong võng mạc toàn bộ sau phẫu thuật CBCM 18 tháng, mắt bị teo nhãn và mất thị lực hoàn toàn.
- Ngoài ra, các biến chứng liên quan tới bong như bong dò, nhiễm trùng bong không ghi nhận được do thời gian theo dõi còn ngắn.

3.2.8. Mức độ thành công

Tại thời điểm theo dõi cuối cùng, tỉ lệ kiểm soát nhãn áp hoặc tỉ lệ thành công chung của nhóm đặt van Ahmed là 76,00% so với nhóm CBCM với MMC 48,00% với $p=0,04$.

Phân tích tỉ lệ thành công tích tụ của phẫu thuật đặt van Ahmed cho thấy là 92,00% lúc 6 tháng; 84,00% lúc 12 tháng; 76,00% lúc 18 tháng và giữ nguyên tỉ lệ này cho đến 36 tháng. Trong khi phẫu thuật

CBCM với MMC, tỉ lệ thành công tích tụ là 72,00% tại thời điểm 6 tháng; 68,00% lúc 12 tháng; 56,00% lúc 18 tháng; 51,33% lúc 24 tháng và giữ nguyên cho đến 36 tháng.

Thời gian nhãn áp kiểm soát trung bình của phẫu thuật đặt van là 30,24 tháng so với 23,20 tháng của phẫu thuật CBCM với MMC; sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p=0,04$.

3.2.9. Nguyên nhân thất bại

Sáu mắt đặt van thất bại là do xơ sẹo bong quá dày gây tăng nhãn áp tái phát mà không kiểm soát được bằng thuốc. Hai mắt được chỉ định cắt bỏ bao xơ quanh van và 4 mắt có thị lực quá thấp được hủy thể mi.

Nhóm CBCM ghi nhận 13 mắt thất bại; trong đó, do xơ sẹo bong dò gây tăng nhãn áp tái phát (12 mắt, 92,30%) và bong võng mạc (1 mắt, 7,70%). Có hai mắt bị tăng nhãn áp tái phát làm mất thị lực hoàn toàn (15,40%). Bốn mắt bị tăng nhãn áp tái phát được tiến hành chọc dò bong (needling) và không có mắt nào thành công. Trong 10 mắt tăng nhãn áp tái phát, 4 mắt được đặt van Ahmed (có 3 mắt được chọn vào nhóm nghiên cứu đặt van), 1 mắt tiến hành CBCM với MMC và 5 mắt hủy thể mi.

3.3. Các yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật

3.3.1. Pha tăng nhãn áp

Có 14/25 mắt bị pha tăng nhãn áp trong đó có 5 mắt (35,70%) cho kết quả cuối cùng thất bại. Tương quan giữa pha tăng nhãn áp với mức thành công của phẫu thuật được xác định với mức thống kê $p=0,10$. Thời gian thành công trung bình của 11 mắt không có tăng nhãn áp là 34,36 tháng và của 14 mắt có pha tăng nhãn áp là 27,00 tháng; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p=0,11$.

3.3.2. Biến chứng phẫu thuật

Tương quan giữa biến chứng với thành công phẫu thuật được xác định với mức thống kê $p=0,55$ cho nhóm đặt van và $p=0,60$ cho nhóm CBCM.

3.3.3. Yếu tố nguy cơ

Các yếu tố nguy cơ bao gồm giới tính, nhóm tuổi, loại bệnh, số lần phẫu thuật trước đây không ảnh hưởng đến tỉ lệ thành công của cả hai phẫu thuật với $p>0,05$. Bằng cách sử dụng phân tích hồi quy Cox, nguy cơ thất bại nhóm phẫu thuật đặt van Ahmed giảm 3,7 lần so với nhóm phẫu thuật CBCM với MMC C ($p=0,03$).

CHƯƠNG 4

BÀN LUẬN

4.1. VỀ ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN NGHIÊN CỨU

4.1.1. Đặc điểm bệnh nhân

- **Giới tính:** bệnh nhân cả hai nhóm nghiên cứu thì tỉ lệ mắc bệnh glôcôm ở trẻ em ở nữ cao hơn không nhiều so với nam, tỉ lệ 1,12: 1. Theo y văn, tỉ lệ nam mắc bệnh nhiều hơn nữ khoảng 65,00%. Sự khác biệt này có thể do mẫu nghiên cứu nhỏ.

- **Tuổi:** Do trẻ ở nghiên cứu phải qua nhiều phẫu thuật glôcôm trước đó nên tuổi của nhóm nghiên cứu là 90,48 tháng cao hơn các tác giả khác như của Badeeb (Ả-rập) 16 tháng, Ehrlich (Israel) <12 tháng, Mandal (Ấn độ) 35 tháng, Ou (Mỹ) 21 tháng.

4.1.2. Đặc điểm mắt bệnh lý trước phẫu thuật

- **Hình thái glôcôm:** tỉ lệ trẻ bị glôcôm bẩm sinh ở nghiên cứu hiện tại của cả hai nhóm lên tới 34/50 (68,00%) cao hơn hẳn các nghiên cứu khác (38–67%) do vào thời điểm trước năm 2007 tại Bệnh viện Mắt TPHCM, phẫu thuật mở góc tiền phòng hoặc mở bè chưa được

triển khai nên gần như tất cả glôcôm trẻ em nguyên phát lần thứ phát chỉ tiến hành một loại phẫu thuật CBCM.

- **Nhãn áp và thuốc hạ nhãn áp:** Nhãn áp trung bình trước phẫu thuật và số lượng thuốc hạ nhãn áp dùng là $31,42 \pm 9,42$ mmHg; $2,66 \pm 0,59$ (2,6 loại thuốc cho nhóm đặt van và 2,7 loại thuốc cho nhóm CBCM); không khác biệt với nghiên cứu đặt van Ahmed của Englert ($32,8 \pm 7,5$ mmHg, 2,7 \pm 1,0 thuốc) và nghiên cứu CBCM của Sidoti PA. ($35,1 \pm 6,6$ mmHg, 2,4 \pm 0,8 thuốc).

- **Thị lực:** nghiên cứu ghi nhận có 6/34 (17,65%) mắt có thị lực trên 3/10. Trong khi đó, nghiên cứu của Zhang (2009) tại Trung Quốc cho thấy tỉ lệ thị lực tốt trên 3/10 là 71,43%. Điều này chứng tỏ rằng tình trạng thị lực của bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu rất thấp.

- **Mức độ nặng của bệnh:** Do đây là nghiên cứu trên bệnh nhân glôcôm tái phát phải trải qua một thời gian dài theo dõi với nhãn áp cao mà không kiểm soát được bằng thuốc nên tình trạng bệnh nặng thêm đưa đến lõm gai tiến triển. Theo nghiên cứu của Zhang, thì tỉ lệ lõm đĩa trung bình là 0,74, còn trong nghiên cứu này là 0,85 (nhóm đặt van) và 0,89 (nhóm CBCM).

- **Đường kính giác mạc:** Đường kính giác mạc trong nghiên cứu của Zhang [118] là 12,60mm so với 13,11mm của nhóm đặt van và 12,79mm của nhóm CBCM của nghiên cứu hiện tại, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt.

- **Can thiệp phẫu thuật hạ nhãn áp:** do không có nhiều lựa chọn trong điều trị nên bệnh nhân vẫn thường được can thiệp phẫu thuật lỗ dò nhiều lần để hạ nhãn áp. Điều này giúp lý giải trong 74 lần can thiệp phẫu thuật phẫu thuật tạo lỗ dò chiếm đa số 63 lần (85,14%).

4.2. VỀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

4.2.1. Kết quả nhãn áp

- **Đặc điểm kết quả hạ nhãn áp:** nghiên cứu hiện tại cho thấy nhãn áp lần khám cuối cùng so với nhãn áp trước phẫu thuật giảm là 44% ở nhóm đặt van và 49% ở nhóm CBCM; tương tự phẫu thuật đặt van của Englert giảm 47,30% và phẫu thuật CBCM với MMC trong nghiên cứu của Sidoti là 48,30%.

- **Đặc điểm pha tăng nhãn áp phẫu thuật đặt van Ahmed:** So sánh với nghiên cứu của Chen trên 52 mắt trẻ em cho thấy pha tăng nhãn áp chỉ có 25% nhưng tỉ lệ này không chính xác do trẻ có nhãn áp trên 21mmHg đều được cho dùng thuốc hạ nhãn áp ngay nên không thể đánh giá được thời điểm xuất hiện pha tăng nhãn áp cũng như tỉ lệ mắt có pha tăng nhãn áp.

Chen cho rằng ảnh hưởng của pha tăng nhãn áp đi kèm với tăng tỉ lệ thất bại với $p=0,00$. Đa số những mắt có pha tăng nhãn áp thường không cải thiện kiểm soát nhãn áp sau này và phải tiếp tục một số loại thuốc tương đương với số loại thuốc mắt đã dùng trong giai đoạn tăng nhãn áp.

- **Kết quả thị lực:** Không có sự cải thiện thị lực trước và sau phẫu thuật ở hai nhóm nghiên cứu nhưng nhóm đặt van không xảy ra trường hợp mất thị lực nào; trong khi nhóm CBCM có 3 trường hợp mất thị lực (15,80%). Nghiên cứu của Schotthoefer cho 79 mắt đặt van Ahmed cũng cho thấy tỉ lệ mất thị lực hoàn toàn là 4,00% (3/79 mắt). Nghiên cứu của Mandal cho 624 mắt glôcôm được phẫu thuật mở-cắt bè phối hợp ghi nhận thị lực hậu phẫu có chỉnh kính cho 100 mắt; trong đó 42% có thị lực tốt ($>3/10$), 31% có thị lực thấp và 27% có thị lực gần mù.

- **Kết quả về đường kính giác mạc:** Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu này là >7 tuổi nên đường kính giác mạc thường không thay đổi; điều này giải thích cho kết quả nghiên cứu

không thấy có sự thay đổi có ý nghĩa của đường kính giác mạc trước và sau phẫu thuật.

- **Kết quả về tỉ lệ lõm đĩa:** Lõm đĩa có thể phục hồi ở glôcôm giai đoạn sớm sau khi kiểm soát nhãn áp thành công. Nếu lớp sợi thần kinh tổn thương quá nặng, tỉ lệ lõm đĩa gần toàn bộ thì không thể phục hồi được cho dù nhãn áp kiểm soát tốt sau mổ đi chăng nữa. Nghiên cứu ghi nhận nhóm đặt van cũng như nhóm CBCM sau phẫu thuật không có sự thay đổi tỉ lệ lõm đĩa có ý nghĩa.

- **Kết quả về thuốc hạ nhãn áp sau phẫu thuật:** Thuốc hạ nhãn áp được sử dụng sau phẫu thuật trong hai trường hợp: pha tăng nhãn áp sau khi đặt van và nhãn áp chưa đạt đến tiêu chuẩn thành công hoàn toàn. Thuốc hạ nhãn áp được sử dụng có thể một loại cho đến ba loại. Khuynh hướng sử dụng thuốc tăng dần tương ứng với khuynh hướng thành công của phẫu thuật giảm dần theo thời gian.

4.2.2. Về biến chứng phẫu thuật

- **Tiền phòng nông và xẹp tiền phòng:** Với nghiên cứu hiện tại, tỉ lệ xẹp tiền phòng ngay sau mổ 2 mắt (8%) của phẫu thuật đặt van và 4 mắt (16%) của phẫu thuật CBCM. Trong y văn, tần xuất xẹp tiền phòng trong phẫu thuật đặt van dao động từ 7–26% và 1–48% cho phẫu thuật CBCM với MMC.

- **Xuất huyết tiền phòng:** Tần xuất sau khi đặt van trong nghiên cứu hiện tại là 12% so với báo cáo trong y văn lên đến 20% chủ yếu vào những ngày đầu sau phẫu thuật. Nguyên nhân là do xuất huyết tại lỗ mở củng mạc, ống dẫn lưu đọng chạm móng mắt, hoặc do thay đổi nhãn áp quá nhanh.

- **Bao hóa bong:** là tình trạng bao xơ dày bao bọc đĩa van hoặc lỗ dò CBCM làm cho thủy dịch không thoát lưu được ra ngoài. Tần xuất bao hóa bong khoảng 40–80% cho van dẫn lưu Ahmed. Bao hóa bong

xảy ra ở van Ahmed cao hơn do sự thoát thủy dịch kèm các yếu tố viêm ngay sau phẫu thuật kích thích phản ứng tạo xơ khoang dưới kết mạc, do chất liệu, hình dáng và tính ổn định của thân van.

- **Đục thể thủy tinh:** Tần xuất đục thể thủy tinh sau phẫu thuật đặt van Ahmed của y văn từ 2–26%. Mặc dầu căn nguyên đục thể thủy tinh do nhiều yếu tố nhưng vị trí ống dẫn lưu cũng đóng vai trò quan trọng trong sự tiến triển đục thể thủy tinh; trẻ thường hay đục mắt có thể làm ống dẫn lưu tiếp xúc tạm thời với thể thủy tinh.

- **Bong hắc mạc:** là biến chứng đi kèm với nhãn áp thấp được điều trị nội khoa với thuốc kháng viêm corticosteroid và liệt điều tiết. Dẫn lưu dịch hắc mạc tiến hành khi bong hắc mạc lớn và kéo dài.

- **Bong võng mạc:** là một trong những biến chứng nặng nề của phẫu thuật điều trị glôcôm. Nghiên cứu của các tác giả khác cho biết biến chứng bong võng mạc có tần xuất 0–7% đều gây mất thị lực.

- **Lộ ống dẫn lưu:** Nghiên cứu của Phạm Thị Thủy Tiên (2010) sử dụng củng mạc đông khô cho 72 mắt đặt van (36 trẻ em và 40 người lớn) cho kết quả tỉ lệ tiêu củng mạc gây lộ ống dẫn lưu ở nhóm trẻ em là 6/36 mắt (16,70%) xấp xỉ với nghiên cứu này. Những trường hợp tiêu lớp củng mạc đông khô đang được theo dõi sát, nếu có khả năng dò ống dẫn lưu thì sẽ tiến hành phẫu thuật ghép phủ lại củng mạc đông khô.

- **Ống dẫn lưu chạm giác mạc:** một trong những biến chứng phổ biến nhất sau đặt van ở trẻ em là ống dẫn lưu chạm giác mạc, tần xuất 6–20%, do thay đổi cấu trúc mắt trẻ sau phẫu thuật và mắt trẻ củng mạc còn mềm, các mô nhãn cầu còn di chuyển. Để hạn chế biến chứng này, một đường hầm được tạo ra 1–2mm cách rìa và ống dẫn lưu sẽ đặt nằm trong đường hầm trước khi đi vào tiền phòng. Việc ứng dụng

cải tiến tạo đường hầm này làm cho biến chứng chàm giác mạc do ống dẫn lưu giảm đi đáng kể 1/25 ca (4%).

4.2.3. Đặc điểm kết quả phẫu thuật

- **Mức độ thành công của phẫu thuật:** theo nghiên cứu hiện tại, tỉ lệ thành công chung tại thời điểm cuối cùng của phẫu thuật đặt van Ahmed là 76% cao hơn nhiều so với tỉ lệ 48% của phẫu thuật CBCM với MMC sau 3 năm theo dõi. Trong y văn, tỉ lệ thành công của phẫu thuật đặt van dao động trong khoảng từ 54–85%.

- Tỉ lệ thành công của đặt van Ahmed giảm dần theo thời gian ở trẻ em. Nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỉ lệ thành công khoảng 63–93% lúc một năm, 45,70–92,20% lúc hai năm, 51,70–71,00% lúc ba năm; tương tự như kết quả nghiên cứu hiện tại.

- Theo y văn thì kết quả phẫu thuật CBCM với MMC cho kết quả thành công từ 60–90% trong năm đầu giảm dần 50–78% trong năm thứ hai và còn 50–64% trong năm thứ 3. Kết quả nghiên cứu hiện tại cho thấy tỉ lệ thành công tích lũy lúc 12, 24 và 36 tháng là 68,00%, 56,00% và 51,33%. Lý giải tỉ lệ thất bại của trong năm đầu cao vì những mắt glôcôm trong nhóm nghiên cứu này đều đã trải qua 1–3 cuộc phẫu thuật glôcôm trước đó. Bao tenon dày và quá trình lành sẹo nhanh làm hạ thấp tỉ lệ thành công của phẫu thuật khi nghiên cứu trong thời gian dài. Hơn thế nữa, sẹo kết mạc của những cuộc phẫu thuật trước làm tăng biến chứng và thất bại các phẫu thuật kế tiếp. Vì thế, CBCM lần thứ hai thường cho kết quả thất bại nhanh hơn CBCM lần đầu.

4.3. VỀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN

- Ou cho rằng giới tính nam ít nguy cơ thất bại cho phẫu thuật đặt van hơn nữ ($p=0,00$) tuy nhiên có sự bất cân xứng trong mẫu nghiên cứu của ông với tỉ lệ nam là 63% so với nữ chỉ 37%. Các tác giả khác

nhu Budenz, Coleman [hông chứng minh được giới tính là yếu tố nguy cơ.

- Hầu hết các tác giả đều cho rằng yếu tố tuổi ảnh hưởng đến thành công của phẫu thuật CBCM; tuổi càng nhỏ (< 2 tuổi) phẫu thuật thất bại càng cao. Tuy nhiên, sự khác nhau về tuổi lúc phẫu thuật không liên quan đến sự thành công của phẫu thuật đặt van Ahmed.
- Djodeyre cho rằng loại bệnh glôcôm bẩm sinh là yếu tố tiên lượng thất bại cao cho phẫu thuật đặt van hơn hẳn các loại glôcôm trẻ em khác ($p=0,01$). Trong nghiên cứu hiện tại, loại bệnh glôcôm không là yếu tố tiên lượng thất bại cho phẫu thuật đặt van.
- Hai nghiên cứu của Beck và Giampani kết luận rằng nhóm có phẫu thuật glôcôm trước đây một lần cho tỉ lệ thành công cao hơn nhóm phẫu thuật hơn 1 lần; nhưng kết luận này lại không có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu hiện tại cũng không chứng minh được số lần phẫu thuật trước đây là yếu tố nguy cơ cho sự thành công của phẫu thuật đặt van cũng như CBCM.
- Bảng phương pháp phân tích hồi quy Cox giúp loại trừ các yếu tố có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị, khả năng thất bại của phẫu thuật đặt van giảm 3,7 lần so với phẫu thuật CBCM với MMC trong những trường hợp glôcôm trẻ em tái phát.

4.3. KINH NGHIỆM PHẪU THUẬT ĐẶT VAN AHMED

So với người lớn, kỹ thuật đặt van Ahmed ở trẻ em tuy không thay đổi nhiều nhưng cần lưu tâm đến những vấn đề sau đây:

- Vị trí đặt van nên chọn đặt ở một góc tư thái dương trên. Tại vị trí này tạo thuận lợi phẫu trường đủ rộng, diện tích kết mạc và tenon có thể bao phủ tối đa phần trước của ống dẫn lưu, mảnh ghép và lỗ chọc dò được che ở mi trên. Vị trí này tránh được cơ chéo dưới, nhằm hạn chế rối loạn vận nhãn sau khi đặt van.

- Mở kết mạc: có thể mở kết mạc rìa hoặc cùng đồ. Mở kết mạc nên lấy hết cả chiều dày kết mạc và tenon cho phép đóng vết thương an toàn hơn và ngừa những biến chứng sau mổ như hở vết thương, co kéo vết thương, lộ ống dẫn lưu, lộ van, trôi van đặc biệt là những mắt có nhiều sẹo co kéo. Nếu mở kết mạc vùng rìa cần nên mở rộng hai bên cho phép thấy được phẫu trường phía sau hơn giúp đặt van dễ dàng hơn. Mở kết mạc đủ rộng giúp ích trong những bệnh nhân có nhiều sẹo, nó ngăn ngừa rách kết mạc ít đàn hồi trong quá trình đặt van và đóng vết thương.
- Nếu mở kết mạc rìa thì cần phải khâu thật kỹ vết mổ bằng mũi chỉ liên tục tránh biến biến chứng hở kết mạc; do trẻ em thường dụi mắt khó tuân thủ hướng dẫn của phẫu thuật viên.
- Tạo đường hầm củng mạc: giúp cho ống dẫn lưu không bị xoay ra trước chạm nội mô giác mạc; qua đó đưa ống dẫn lưu vào tiền phòng sẽ tránh rò rỉ thủy dịch hạn chế biến chứng xẹp tiền phòng.
- Chiều dài ống dẫn lưu trong tiền phòng ở trẻ em nên dài hơn người lớn 1–2mm nhằm tránh co rút ống dẫn lưu khi mắt trẻ phát triển.
- Ở những mắt bị glôcôm thứ phát do lấy thể thủy tinh và cắt dịch kính trước (không đặt kính nội nhãn), phẫu thuật viên cần cắt sạch dịch kính quanh ống dẫn lưu bằng đầu cắt dịch kính (vitrectomy) giúp tránh nghẽn ống dẫn lưu do dịch kính chui vào.

KẾT LUẬN

Đây là nghiên cứu tiền cứu can thiệp lâm sàng được tiến hành tại Bệnh viện Mắt TP.HCM trong 3 năm (từ 3/2009 đến 3/2012) trên 50 mắt (50 bệnh nhân) bị glôcôm tái phát sau phẫu thuật tại góc hoặc phẫu thuật tạo lỗ dò thất bại. Mẫu được chọn ngẫu nhiên chia thành hai nhóm: nhóm đặt van Ahmed và nhóm phẫu thuật CBCM+ MMC. Với các mục tiêu chuyên biệt đề ra, tôi rút ra được các kết luận sau đây:

1. Mô tả đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của glôcôm trẻ em tái phát.

Tỉ lệ glôcôm trẻ em tương đương ở giới nam và nữ. Tuổi lúc phát hiện bệnh thường muộn, trung bình 90,48 tháng. Glôcôm bẩm sinh chiếm hơn một nửa (68%) so với các loại glôcôm kèm với bệnh lý tại mắt và glôcôm thứ phát. Thị lực chung của nhóm nghiên cứu thấp; đa số nằm trong nhóm gần mù. Nhãn áp trung bình trước phẫu thuật là 31,42mmHg với số loại thuốc hạ nhãn áp 2,66. Tình trạng glôcôm giai đoạn nặng với tỉ lệ lõm đĩa > 7/10 chiếm 76%. Số lần phẫu thuật trước đó 1,46 lần trong đó phẫu thuật CBCM chiếm đa số 85,14%. Sự chọn phân nhóm ngẫu nhiên cho hai nhóm có số mắt, độ tuổi và các đặc điểm bệnh lý tương đương nhau.

2. Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phẫu thuật đặt van Ahmed so với phẫu thuật CBCM + MMC trong điều trị glôcôm trẻ em tái phát.

Phẫu thuật đặt van dẫn lưu Ahmed cho kết quả hạ nhãn áp so với nhãn áp trước phẫu thuật là 44%; trong khi CBCM+MMC là 49%. Kết quả thành công toàn thể của đặt van là 76%; trong đó thành công hoàn toàn và thành công một phần là 40% và 36%. Với phẫu thuật CBCM+MMC thì tỉ lệ thành công là 48%; trong đó thành công hoàn toàn 40% và thành công một phần 8%. Tỉ lệ thành công của đặt van Ahmed là 84% lúc 12 tháng, 76% lúc 24 tháng và 76% lúc 36 tháng. Tỉ lệ

thành công của CBCM+MMC là 68% lúc 12 tháng; 51,33% lúc 24 tháng và giữ nguyên cho đến 36 tháng. Thời gian thành công trung bình của đặt van là 30,24 tháng so với 23,20 tháng của CBCM+MMC.

Tần xuất biến chứng của phẫu thuật đặt van Ahmed bao gồm: xẹp tiền phòng (8%), xuất huyết tiền phòng (12%), bao hóa bong (12%), đục thể thủy tinh (16%) và ống dẫn lưu chặm giác mạc (4%). Trong phẫu thuật CBCM+MMC, tần xuất biến chứng xẹp tiền phòng (16%), bong hắc mạc (4%) và bong võng mạc (4%). Các biến chứng của phẫu thuật đặt van Ahmed không gây tổn hại trầm trọng làm mất thị lực và có thể can thiệp thành công; trong khi đó phẫu thuật CBCM+MMC tuy tần xuất biến chứng ít hơn nhưng khả năng gây mất thị lực cao hơn (12%).

3. Phân tích các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến thành công của phẫu thuật đặt van Ahmed ở trẻ em.

Phẫu thuật đặt van Ahmed giảm nguy cơ thất bại 3,7 lần so với phẫu thuật CBCM+MMC trong glôcôm trẻ em tái phát. Các yếu tố như giới tính, độ tuổi lúc phẫu thuật, loại bệnh glôcôm, mức độ bệnh, số lần phẫu thuật trước đó chưa chứng minh được là yếu tố nguy cơ thất bại của phẫu thuật đặt van Ahmed ở trẻ em glôcôm tái phát do mẫu nghiên cứu còn nhỏ.

KIẾN NGHỊ

- Trong những trường hợp glôcôm trẻ em tái phát sau phẫu thuật tại góc hoặc CBCM thất bại cần nên xem xét tiến hành phẫu thuật đặt van dẫn lưu ngay nhất là trẻ em nhỏ.
- Cần tiến hành đặt van dẫn lưu nguyên phát trong những glôcôm phát triển kèm theo các dị tật tại mắt.
- Xem xét chỉ định đặt van Ahmed trong những trường hợp glôcôm tái phát sau phẫu thuật lấy đục thể thủy tinh bẩm sinh.