

NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG KỸ THUẬT CẮT DỊCH KÍNH TẠI MỘT SỐ TỈNH, THÀNH PHỐ

ĐỖ NHƯ HỒN - Bệnh viện Mắt TW

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật cắt dịch kính (CDK) tại số tỉnh, thành phố. Đánh giá hiệu quả của việc chuyển giao kỹ thuật CDK tại các địa phương này.

Đối tượng phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu trên 6 cơ sở nhãn: Hà Nội, 108, Hải Phòng, Thanh Hóa, Nam định, Phú Thọ với 7 học viên. Thời gian đào tạo tại Bệnh viện Mắt TW 3 tháng gồm giảng lý thuyết, thực hành Wetlab, kèm cặp trên bệnh nhân sau đó sẽ kiểm tra cấp chứng chỉ. Học viên trở về nơi công tác bắt đầu triển khai kỹ thuật cắt dịch kính với sự giúp đỡ của giáo viên đến từ cơ sở đào tạo. Đánh giá kết quả phẫu thuật của học viên thời gian 2 năm.

Kết quả nghiên cứu: cả 7 học viên đều đạt kết quả học tập tốt đạt loại giỏi khi kiểm tra cuối kỳ. Khi về địa phương có 5 cơ sở đã triển khai mổ thành công kết quả tốt gần như kết quả mổ tại cơ sở đào tạo, tỷ lệ biến chứng thấp, riêng Nam định chưa triển khai mổ được. Như vậy đã chuyển giao thành công hoàn toàn cho 5 cơ sở nhãn khoa và 6 bác sĩ chuyên khoa về kỹ thuật dịch kính võng mạc.

Kết luận: kỹ thuật dịch kính võng mạc có thể chuyển giao thành công cho các cơ sở nhãn khoa lớn có tính chất vùng, có điều kiện về con người và cơ sở vật chất.

Từ khóa: ứng dụng kỹ thuật cắt dịch kính.

SUMMARY

Objectives: To evaluate the possibility and effectiveness of transferring the vitrectomy in some cities and provinces.

Subjects and methods: the study was conducted in 6 ophthalmic institutions with 7 trainees: Ha Noi eye hospital; 108 hospital, Hai Phong eye hospital, Thanh Hoa eye hospital, Nam Dinh eye hospital, Phu Tho eye department. After the 3 month training course at VNIO (including lectures, wet lab practice, hand-on training) all trainees returned to their home hospital to complement the trained technique under the supervision of qualified surgeons from VNIO. The result was evaluated after 2 years.

Result: all 7 students have successfully completed the course (with first-class honors). 5 over 6 provinces (except Nam Dinh) have successfully complemented the vitrectomy technique with good result, low complication rate. So that the transferring has been done to 5 ophthalmic facilities with 6 well trained vitreo-retinal surgeons.

Conclusion: The vitrectomy technique is transferable to some regional ophthalmic facilities with sufficient human and infrastructure resource

Keywords: vitrectomy

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, bệnh lý dịch kính (DK) võng mạc (VM)

đang là nguyên nhân gây mù đứng hàng thứ hai (chiếm 10,1%) ở Việt Nam sau bệnh đục thể thủy tinh. Cùng với sự phát triển của xã hội là sự gia tăng của bệnh lý dịch kính võng mạc như bệnh võng mạc đái tháo đường, bệnh võng mạc do cao huyết áp, thoái hoá hoàng điểm tuổi già v.v... Ở Việt Nam, phẫu thuật cắt dịch kính (CDK) lần đầu tiên được đưa vào áp dụng vào năm 1991. Sau đó, phẫu thuật ngày càng được củng cố, hoàn thiện và mở rộng chỉ định. Do phẫu thuật CDK đòi hỏi nhiều trang thiết bị phức tạp và trình độ vi phẫu của phẫu thuật viên nên phẫu thuật này mới chỉ được áp dụng tại một số bệnh viện lớn trên toàn quốc. Chính vì vậy, nhu cầu phát triển mở rộng kỹ thuật CDK về các cơ sở nhãn khoa lớn khác, các cơ sở nhãn khoa đã được trang bị phẫu thuật cắt dịch kính. Mặt khác, sự phát triển kỹ thuật CDK lại bao gồm rất nhiều cấp độ khác nhau từ thấp đến cao tùy điều kiện cơ sở vật chất và con người mà sự đầu tư kỹ thuật cũng ở nhiều mức độ khác nhau. Với sự ra đời của một số Bệnh viện Mắt tại các địa phương có nguồn nhân lực là các bác sĩ nhãn khoa đã được đào tạo cơ bản về vi phẫu thuật, cũng như được trang bị máy móc dụng cụ phẫu thuật cho phép triển khai một số kỹ thuật mới chuyên sâu hơn; Đây là cơ sở để chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật CDK tại một số tỉnh, thành phố". Mục tiêu: nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật CDK tại số tỉnh, thành phố. Đánh giá hiệu quả của việc chuyển giao kỹ thuật CDK tại các địa phương này.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Mắt Trung ương và các địa phương được chọn thời gian nghiên cứu 3 năm (2008-2010). Tỉnh được chọn vào nghiên cứu là những nơi cơ sở nhãn khoa đáp ứng các yêu cầu về nhân lực và vật lực: triển khai tại 6 cơ sở nhãn khoa, mỗi cơ sở 1-2 học viên. Tiêu chuẩn chọn lựa học viên: các bác sĩ nhãn khoa ít nhất đã tốt nghiệp bác sĩ CK cấp 1 hoặc thạc sĩ đã có kinh nghiệm mổ vi phẫu thuật. Tiêu chuẩn chọn giáo viên hướng dẫn. Là các bác sĩ: trình độ từ thạc sĩ trở lên, đó được đào tạo cơ bản về lĩnh vực DKVM. Đã làm việc trong chuyên ngành dịch kính võng mạc từ 5 năm trở lên. Đã mổ thành công ít nhất 200 ca CDK. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân phục vụ nghiên cứu: phân thành 4 nhóm theo mức độ phức tạp của cấp độ CDK (Nhóm 1 tương đương phức tạp độ 1(CDK phần trước, bao gồm những bệnh nhân bị một số bệnh lý ở phần trước nhãn cầu như) nhóm 2 tương đương độ 2 (CDK phần sau đơn thuần (có đục dịch kính có chỉ định CDK). nhóm 3 phức tạp độ 3 (đục DK có chỉ định CDK phần sau kèm theo có bong võng mạc (BVM) đơn giản (xuất huyết DK có BVM đơn giản không có tăng sinh...), nhóm 4 phức tạp độ 4 (CDK phần sau kèm theo có BVM phức tạp (BVM có rách to, BVM có tăng sinh DKVM, BVM mổ thất bại...)). Tiêu chuẩn lựa chọn và cách chọn: nghiên cứu ở Bệnh viện Mắt Trung ương chọn bệnh nhân ở tất cả các nhóm. Nghiên cứu ở địa phương chỉ chọn bệnh nhân từ nhóm 1,2,3. Những bệnh nhân nhóm 4 không mổ ở địa phương mà gửi về Bệnh viện Mắt Trung

ương. Tiêu chuẩn loại trừ: đang có các viêm nhiễm cấp tính ở mắt. Bệnh nhân quá già yếu hoặc có bệnh toàn thân nặng chưa ổn định. Cơ mẫu nghiên cứu ở địa phương được sẽ là 195 bệnh nhân. Dự kiến trong nhóm nghiên cứu tại các địa phương sẽ khám, phẫu thuật và đánh giá kết quả cho khoảng 220 bệnh nhân.

2. Phương pháp nghiên cứu.

* Thiết kế nghiên cứu: phương pháp mô tả lâm sàng tiến cứu, không đối chứng.

* Các bước tiến hành nghiên cứu: Tại Bệnh viện Mắt Trung ương: xây dựng giáo trình và chương trình đào tạo. Hoàn thiện qui trình kỹ thuật phẫu thuật cắt dịch kính. Mở lớp đào tạo DKVM tại Bệnh viện Mắt Trung ương (thời gian ba tháng). Đào tạo lý thuyết: học viên phải nắm được nguyên lý cơ bản của phẫu thuật, chỉ định và chống chỉ định của phẫu thuật cho từng mắt bệnh, cách chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật, kỹ thuật mổ, các biến chứng có thể xảy ra và cách xử trí các biến chứng. Thực hành ở Wetlab: 1-2 tuần đối với từng học viên. Nội dung: Làm quen với máy móc, cách vận hành máy. Hướng dẫn các thao tác của phẫu thuật trên mắt lợn. Yêu cầu: hoàn thiện được năm ca CDK trước và hai ca CDK sau đơn thuần. Thực hành tại Bệnh viện Mắt Trung ương: 3 tháng, học viên được phân công đi theo các bác sĩ chuyên sâu về dịch kính võng mạc kèm cặp, phụ mổ và từng bước được thực hành từng thao tác từ dễ đến khó, được thực hiện các ca mổ từ CDK đơn giản đến phức tạp dần. Kiểm tra cấp chứng chỉ: kiểm tra thực hành trên bệnh nhân là test cuối cùng của khoá 3 tháng đào tạo. Thống nhất kiểm tra học viên thực hiện CDK ở cấp độ 2 (CDK sau đơn thuần). Sau khi kết thúc khoá đào tạo tại Bệnh viện Mắt Trung ương học viên sẽ có 4 tiêu chí đánh giá, nếu đạt tất cả sẽ được cấp chứng chỉ chứng nhận đào tạo. Thực hành tại địa phương(thời gian hai năm). Học viên sẽ trở lại địa phương mình công tác sau khóa đào tạo. Các phẫu thuật viên trực tiếp chuyển giao kỹ thuật mổ cho các học viên ở các tỉnh bằng phương pháp cầm tay chỉ việc trong giai đoạn đầu, sau khi đã thực hiện được từ 3-5 ca mổ trọn vẹn với sự có mặt của giáo viên, học viên sẽ tự mổ, tự theo dõi đánh giá với sự theo dõi và giám sát của nhóm nghiên cứu. Yêu cầu: có thể chọn lựa đúng các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật, phẫu thuật hoàn thiện CDK đơn thuần và xử trí được các biến chứng, chăm sóc hậu phẫu và ghi chép đầy đủ diễn biến bệnh theo mẫu hồ sơ đã được nhóm nghiên cứu xây dựng.

3. Các tiêu chí đánh giá.

* Đánh giá kỹ năng của học viên tại Bệnh viện Mắt Trung ương: gồm lý thuyết và lâm sàng. Về lý thuyết được chia làm 2 bước: đánh giá học viên trước đào tạo và sau đào tạo.

Về thực hành chia làm 2 bước. Trên Wetlab: phẫu thuật trên mắt lợn. Thực hành trên bệnh nhân: chỉ tiêu mổ được trọn vẹn 3-5 ca CDK đơn giản, CDK trước [cấp độ 1] và 2-3 ca CDK sau đơn thuần [cấp độ 2] trong thời gian thực hành. Cuối đợt Hội đồng sẽ chấm điểm thực hành trên bệnh nhân, bằng cách đánh giá cụ thể khi học viên mổ với người phụ là giáo viên trong nhóm đào tạo, chấm điểm theo thang điểm. Tiêu

chuẩn chấm điểm cho tất cả học viên là học viên thực hiện ca CDK sau đơn thuần [cấp độ 2].

* Tiêu chuẩn đánh giá kết quả phẫu thuật ở địa phương.

- Đánh giá kết quả giải phẫu: đối với nhóm bệnh nhân được mổ CDK đơn thuần: tốt DK sạch hoàn toàn, DK trong, quan sát rõ được đáy mắt, VM áp tốt. Trung bình: DK chưa sạch hoàn toàn nhưng giải phóng được trục thị giác, DK đục, khó quan sát chi tiết đáy mắt, VM áp. Xấu: DK được cắt chưa hoàn toàn, không giải phóng được trục thị giác, DK đục không quan sát được đáy mắt, có BVM. Đối với bệnh nhân có kết hợp mổ BVM: Tốt: VM áp tốt trên mọi hướng, rách VM nằm đúng đỉnh độn, đã được lạnh đông bao xung quanh, không có các biến chứng khác kèm theo. Trung bình: VM áp tốt các hướng, rách VM chưa nằm đúng đỉnh độn, hoặc rách VM chưa được lạnh đông bao hết cần bổ sung lạnh đông hoặc laser hoặc có các biến chứng như xuất huyết DKVM, tăng nhãn áp... Xấu: còn BVM ở các mức độ khác nhau, có biến chứng nặng.

- Đánh giá về chức năng theo các mức độ (dựa theo cách phân loại thị lực của WHO, có vận dụng vào điều kiện cụ thể của nghiên cứu): Thị lực ST(-) bệnh nhân không còn cảm giác có ánh sáng. Thị lực ST (+) bệnh nhân chỉ có cảm giác sáng tối. ĐNT < 1 m (đếm được ngón tay dưới 1 mét). ĐNT 1mét - < ĐNT 3mét. ĐNT 3mét - < 1/10. 1/10 - < 3/10. > 3/10.

2.4. Xử lý số liệu: tất cả các số liệu nghiên cứu được xử lý thống kê: tính các tỷ lệ, xử lý các sự khác biệt qua phần mềm thống kê Y học Epi – DATA.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu đã được đồng ý của Bộ Y tế, Bệnh viện Mắt Trung ương cùng các địa phương nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức cho phép tiến hành.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm địa phương nghiên cứu: các địa phương có điều kiện cơ sở vật chất khá đầy đủ phục vụ cho khám chẩn đoán các bệnh lý DK VM, tuy nhiên những trang bị cần cho chẩn đoán chuyên sâu như máy chụp mạch huỳnh quang chỉ có ở một số cơ sở, những cơ sở khác mới chỉ có kế hoạch mua sắm. Về các phương tiện phục vụ phẫu thuật tình trạng cũng tương tự, các cơ sở đều có máy phako và có bộ phận có thể cắt dịch kính, có 3 cơ sở là Mắt Hà Nội, Hải Phòng và 108 có dụng cụ chuyên dụng cho CDK phân sau là máy CDK với các phụ kiện kèm theo, máy laser quang đông, laser nội nhãn... Khi đặt vấn đề đào tạo về CDK các cơ sở khác tuy hiện tại chưa có nhưng cũng có kế hoạch mua sắm như Thanh Hóa, Phú Thọ. Về cán bộ ở các cơ sở tham gia đào tạo là tương đối tốt, 4 Bệnh viện Mắt số cán bộ rất tốt như Hà Nội có tới 28 bác sỹ, Thanh Hóa có 18 bác sỹ, Hải Phòng 16 bác sỹ, Nam Định 13 bác sỹ. Riêng 2 cơ sở khoa mắt trong bệnh viện đa khoa số bác sỹ tối thiểu là 6 và trình độ số bác sỹ có đào tạo từ chuyên khoa 1 trở lên chiếm đa số.

2. Kết quả đào tạo, chuyển giao kỹ thuật mổ: đã đào tạo được 7 học viên phẫu thuật DKVM tại năm tỉnh thành khu vực phía bắc. Tất cả các học viên đều đạt được yêu cầu để chấp nhận vào đào tạo theo tiêu

chuẩn. Tuổi trung bình 40, thấp nhất là 30, cao nhất là 47.

Bảng 1. Kết quả điểm của học viên khoá học

Họ và tên	Điểm LT (pre-test)	Điểm LT (post-test)	Điểm TH	Wetlab	Điểm trung bình
Bùi Kim O.	7,0	9,0	10,0	đạt	9,5
Nguyễn Phước H.	6,5	8,5	8,5	đạt	8,5
Đặng Hồng S.	7,5	9,0	8,5	đạt	8,75
Phạm Thị Ph. A.	7,5	9,0	10,0	đạt	9,5
Phạm Văn D.	5,0	8,0	8,5	đạt	8,25
Đặng Thị Bích Th.	6,5	8,5	9,0	đạt	8,75
Nguyễn Thị Th.	6,0	8,0	9,0	đạt	8,5

Kết quả điểm kiểm tra lý thuyết pre-test và điểm post-test, kiểm định với test T-ghép cặp, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,0001$. Điểm tổng kết chung cả nhóm trung bình là 8,75 đạt loại giỏi. Có 2 học viên đạt suất sắc: 9,5; 1 học viên đạt loại khá; 4 học viên đạt loại giỏi.

3. Đánh giá kết quả phẫu thuật DKVM tại các tỉnh sau chuyển giao.

Tổng số bệnh nhân được phẫu thuật là 321 bệnh nhân. Nam định chưa tiến hành phẫu thuật được. Số bệnh nhân nam chiếm 54,3%, nữ 45,7%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, đa số ở độ tuổi trên 50 (69,3%) trên 60 tuổi đã chiếm gần một nửa (48,9%).

Bảng 2. Phân bố số ca mổ theo cơ sở đào tạo chuyển giao.

Tên tỉnh	Chẩn đoán					Tổng
	Xuất huyết DK	BVM	Viêm mô nội nhãn	TTT biến chứng	Khác	
BV Mắt Hà Nội	55 (19,6%)	34 (12,1%)	5 (1,8%)	5 (1,8%)	1(0,4%)	100 (35,7%)
Bệnh viện 108	20 (7,1%)	10 (3,6%)	2 (0,7%)	2 (0,7%)	6 (2,2%)	40 (14,3%)
Phú Thọ	5 (1,8%)	1 (0,4%)	1 (0,4%)	3 (1,1%)	0	10 (3,6%)
Thanh Hoá	7 (2,5%)	20 (7,1%)	0	1 (0,4%)	7 (2,5%)	35 (12,5%)
Hải Phòng	14 (5%)	10 (3,6%)	0	42 (15%)	29 (10,3%)	95 (33,9%)
Tổng số	101 (36,1%)	75 (26,8%)	8 (2,9%)	53 (18,8%)	43 (15,4%)	280 (100%)

Số phẫu thuật có CDK chiếm khá cao 280 /321 ca (87,23%). Số phẫu thuật bong không CDK chiếm 41 ca (12,77%). Trong nhóm CDK có BVM, đây là những BVM đơn giản có rách chưa có tăng sinh, có đục dịch kính, sau khi cắt sạch DK chỉ cần phối hợp phẫu thuật đơn giản ngoài củng mạc [CDK cấp độ 3].

Bảng 3. Kết quả giải phẫu đánh giá ở các thời điểm theo dõi (nhóm có cắt dịch kính)

Kết quả	1 tuần		1 tháng		3 tháng	
	n	%	n	%	n	%
Tốt	162	57,9	243	86,8	256	91,4
Trung bình	45	16	14	5	8	2,9
Xấu	73	26,1	23	8,2	17	5,7
Tổng số	280	100	280	100	280	100

Tỷ lệ kết quả tốt theo tiêu chuẩn: sau ra viện 1

tuần chỉ có 57,9% và tăng dần theo thời gian và cuối cùng đạt khá cao 86,8% sau một tháng và 91,4% sau ba tháng.

Bảng 4. Tình trạng thị lực ở các thời điểm theo dõi

Thị lực	ST(+) BBT	< đnt 1m	Đnt 1m-3m	ĐNT 3m-0,1	1/10- 3/10	>3/10	Tổng số
Trước mổ	77 (27,5%)	94 (33,6%)	66 (23,6%)	21 (7,5%)	13 (4,6%)	9 (3,2%)	280 (100%)
1 tuần	29 10,4%	42 (15%)	74 (26,4%)	92 32,8%	29 10,4%	14 (5%)	280 (100%)
1 tháng	18 (6,4%)	7 (2,5%)	57 20,4%	85 30,4%	70 (25%)	43 (15,3%)	280 (100%)
3 tháng	22 (7,8%)	6 (2,2%)	62 (22,2%)	53 (18,9%)	81 28,9%	56 (20%)	280 (100%)

Vào viện, trước mổ số mắt có thị lực ST+ chiếm 27,5% đa số có thị lực rất thấp dưới ĐNT 3mét là 237 bệnh nhân (84,6%). Sau mổ sau số mắt có thị lực từ ĐNT 3 mét trở lên đạt 135 ca (48,2%) sau 1 tuần. Sau 1 tháng là 190 bệnh nhân (67,9%) và sau ba tháng là 190 ca (67,8%). Khi kiểm định thống kê cho thấy có khác biệt so với trước mổ với $p < 0,01$.

Bảng 5. Các biến chứng của phẫu thuật CDK phân bố theo tình

Biến chứng		Mắt Hà Nội (n:100)	Hải Phòng (n:95)	Thanh Hoá (n:35)	BV 108 (n:40)	Phú Thọ (n:10)	Tổng số n: 280
Trong mổ	Phù GM	21 (21%)	5 (5,26%)	7 (20%)	0	0	33 11,79%
	Chạm VM, cắt VM	1 (1%)	9 (9,47%)	3 (8,5%)	6 (15%)	0	19 (6,79%)
	Bong hắc mạc	2 (2%)	0	0	1 (2,5%)	1 (10%)	4 (1,43%)
	Chạm TTT	1 (1%)	0	2 (5,7%)	2 (5%)	0	5 (1,8%)
Sớm sau mổ	Tăng NA	2 (2%)	7 (7,37%)	1 (2,86%)	0	0	10 (3,6%)
	XHTP	6 (6%)	5 (5,26%)	4 (11,43)	1 (2,5%)	1 (10%)	17 (6,1%)
Muộn	Đục TTT	0	0	2 (5,7%)	5 (12,5%)	0	7 (2,5%)
	Loạn dưỡng GM	0	1 (1,05%)	0	0	0	1 (0,4%)
	BVM tái phát	4 (4%)	0	2 (5,7%)	1 (2,5%)	2 (20%)	9 (3,21%)

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của đối tượng trước nghiên cứu:

gồm Hà Nội, Hải Phòng, 108, Nam Định, Thanh Hoá, Phú Thọ. Đây là những địa phương có tính chất đại diện cho vùng, do nhu cầu của người bệnh về bệnh lý DKVM ở những địa phương này lớn, số dân đông, trình độ dân trí khá, tình hình không quá nghèo, cơ sở vật chất của bộ phận chăm sóc mắt tương đối khá, tốt nhất là có Bệnh viện Mắt hoặc là cơ sở khoa Mắt có đủ cán bộ, có nhiều hoạt động khám chữa bệnh, đào tạo, nghiên cứu cũng như sẵn sàng nhận chuyển giao kỹ thuật từ các tuyến. Thực tế số địa phương tham gia nghiên cứu có 6 cơ sở trong đó 2 cơ sở lớn là Hà Nội và Hải Phòng là nơi nhu cầu khám chữa bệnh DKVM rất lớn. Trong 6 cơ sở có 4 bệnh viện Mắt, 2 khoa mắt

bệnh viện tỉnh. 4 Bệnh viện Mắt là những bệnh viện có cơ sở vật chất, con người khá tốt, 2 khoa mắt cũng là những nơi hoạt động rất hiệu quả: khoa Mắt Bệnh viện 108 là nơi chuyên khoa mắt đầu ngành Quân đội đã nhiều năm đảm nhận việc chăm sóc mắt cho quân, dân y và tham gia các hoạt động ngành Nhân khoa có hiệu quả tốt. Khoa Mắt Bệnh viện đa khoa Phú Thọ là nơi có đội ngũ khá tốt có nhu cầu phát triển chuyên sâu DKVM.

2. Kết quả ứng dụng đào tạo chuyên giao kỹ thuật cắt dịch kính:

Đầu vào tất cả học viên đều đạt với mức trung bình khá trở lên. Cần làm test đầu vào chuẩn bị đào tạo chuyển giao về DKVM là cần thiết. Tuy nhiên có nên đặt đây là tiêu chuẩn để chấp nhận học viên vào để đào tạo hay không? do thời gian đào tạo tại cơ sở đào tạo ngắn, nếu không có những hiểu biết cơ bản về lĩnh vực đào tạo sẽ gặp nhiều khó khăn. Chúng tôi đề xuất đây là tiêu chuẩn bắt buộc để được chấp nhận tham gia khóa đào tạo. Đào tạo qua thực hành tại Wetlab đã giúp học viên làm quen và thao tác với máy CDK và dụng cụ CDK với sự phối hợp giữa hai tay và hai chân. Đánh giá kết quả chung 7 học viên đều đạt kết quả tốt. Học viên rất hài lòng và tự tin khi kiểm tra sau đợt thực hành. Về lý thuyết tất cả học viên đều đạt kết quả khá giỏi, điểm cao nhất là 9, thấp nhất là 7,5, trung bình điểm của 7 học viên là 8,44, tăng gần 2 điểm so với đầu vào. Rõ ràng với thời gian học lý thuyết chuyên sâu DKVM đã cải thiện đáng kể sự hiểu biết của học viên về lĩnh vực này. Kết quả này cũng cho thấy chương trình lý thuyết của chúng tôi soạn đáp ứng được nhu cầu về đào tạo và phù hợp với nhóm học viên được lựa chọn, điều này cũng gợi ý cho chúng tôi cần hoàn thiện trong các khóa đào tạo tiếp theo. Về thực hành: tất cả học viên đều đạt mức giỏi, điểm trung bình cả nhóm là: 9,02, rất cao. Có 2 người đạt điểm tuyệt đối 10. Qui định chấm điểm theo từng thao tác, nếu học viên thực hiện tốt tất cả các thao tác không có sai sót, biến chứng sẽ đạt tối đa 10 điểm. Kết quả đầu ra tất cả nhóm đều đạt loại giỏi đều có thể mổ hoàn chỉnh từ 3-5 bệnh nhân. Có 1 số học viên còn vấp vấp, cắt gần VM chưa tốt, còn lại phần DK cần cắt. Ở các thì khác thao tác chưa dứt khoát, mép mổ chưa phẳng, còn nham nhở, đặt kim truyền nước chưa gọn, thao tác ấn kim nước nhằm kiểm tra sự thông thoát của dịch chưa tốt. Sau phẫu thuật đóng vết mổ chưa tốt, chưa đẹp,... Một số học viên chỉ thực hành được CDK đơn thuần trên mắt có đục DK và không có BVM, khi gặp bệnh nhân có BVM luôn cần sự hỗ trợ. Đánh giá chung quá trình đào tạo: lý thuyết đầu ra trung bình là 8,57, thực hành là 9,02 và tổng kết chung cả nhóm trung bình là 8,82 đạt loại giỏi. Có 2 học viên đạt suất sắc: 9,5; 1 học viên đạt loại khá; 4 học viên đạt loại giỏi. Từ kết quả chung của cả nhóm nghiên cứu cho phép chúng tôi khẳng định chương trình đào tạo như vậy là có hiệu quả, sát thực tế và có thể làm cơ sở cho những khóa đào tạo tiếp theo về DKVM trong tương lai.

3. Đánh giá kết quả hoạt động chuyển giao tại địa phương.

3.1. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân được mổ tại địa phương: về tuổi, giới thấy > 50 chiếm: 69,6%, nhóm

60 tuổi chiếm gần 50% số bệnh nhân, nhóm <18 tuổi chỉ có 1,8%. Như vậy bệnh nhân được can thiệp mổ DKVM đa số tuổi cao. Điều này phù hợp với các nghiên cứu khác và cũng do xu hướng ở người già dễ mắc các bệnh về DKVM. Nam cao hơn nữ, khác với đặc điểm một số bệnh lý khác như đục thể thủy tinh tuổi già. Về nguyên nhân bệnh lý: hàng đầu là xuất huyết DK(34,1%) sau đó là BVM (28,9%) và tỷ lệ khá cao của biến chứng do thể thủy tinh (19,0%) chấn thương, phẫu thuật (28,9%) theo từng địa phương có thể thấy rằng những nơi đã phát triển tốt kỹ thuật nhóm bệnh nhân được xử lý nhiều là BVM như Hà Nội, sau đó là giải quyết những xuất huyết DK do các nguyên nhân khác nhau. Đây cũng là chỉ định thường xuyên của phẫu thuật DKVM.

3.2. Về kết quả sau mổ của nhóm nghiên cứu: về mặt giải phẫu tỉ lệ kết quả tốt ngay sau mổ 1 tuần là 62,9%. Tăng dần sau thời gian: 1 tháng là 88,1%, 3 tháng là 92,2%. Kết quả xấu giảm dần theo thời gian sau 1tuần theo dõi tỷ lệ này là 22,7%, 1 tháng tỷ lệ 7,2% và sau 3 tháng 5,3%. Biến chứng BVM tái phát thường xảy ra sau một tháng khi bóng khí nội nhãn tiêu hết, từ tháng thứ ba sau mổ kết quả ổn định hơn. Theo nhiều nghiên cứu tại Bệnh viện Mắt Trung ương kết quả giải phẫu cũng rất thay đổi. Nghiên cứu của nhóm tác giả Phạm Ngọc Dung, CDK trên nhóm 54 bệnh nhân bị xuất huyết DK do chấn thương năm 2009. Thành công về mặt giải phẫu: ra viện 85,7% sau 1 tháng là 83,92% và sau 2 tháng là 83,92%, sau 3 tháng là 80,76%. Thất bại lúc ra viện là 14,28%. 1 tháng là 16,07%. 2 tháng là 16,07% và 3 tháng là 19,23%. Ngô Văn Thắng (2010) trên 85 bệnh nhân có đục DK và đục thể thủy tinh đã phẫu thuật cắt TTT CDK phối hợp đặt TTT nhân tạo. Kết quả cho thấy như sau: DK trong VM áp ở thời điểm ngay sau mổ 1 ngày còn chiếm một tỷ lệ thấp chỉ với 31,8%, đã tăng lên nhanh chóng ở các thời điểm liền sau và đạt khá cao ở thời điểm 12 tháng với: 78,8%. Trái lại CDK đục khu trú lại giảm dần theo thời gian: từ 68,2% ngay ngày đầu sau mổ đã giảm xuống còn 12,9% ở thời điểm 12 tháng. Về kết quả thị lực trước mổ số mắt có thị lực rất từ ST+ đến dưới ĐNT 3mét là 86,27% nói lên tính chất trầm trọng của nhóm nghiên cứu điều này. Thị lực sau mổ ở các thời điểm theo dõi có đã có sự cải thiện đáng kể sau số mắt có thị lực từ ĐNT 3 mét trở lên đạt 46,7% sau 1 tuần. Sau 1 tháng tỷ lệ này là 69,78% và sau ba tháng là 67,29%. Như vậy sự cải thiện thị lực sau phẫu thuật ở các nhóm nghiên cứu khá tốt đã tạo nên niềm tin của cán bộ được đào tạo và bệnh nhân. Tuy nhiên qua nhóm nghiên cứu cũng chỉ ra rằng vào giai đoạn mới các học viên đã chọn lựa chỉ định cho những hình thái tổn thương đơn giản hơn chủ yếu là xuất huyết dịch kính, ít chỉ định chọn những ca có BVM nặng, thường kết quả chức năng tồi. Kết quả của một số nghiên cứu tại Bệnh viện Mắt Trung ương của ngay những tác giả này cũng chỉ ra điều đó: Ngô Văn Thắng (2010) coi thị lực nhìn xa sau mổ là một chỉ tiêu đánh giá quan trọng trong nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu đã cho thấy trước mổ mức từ ST (+) - < 0,02 (ĐNT 1 m) chiếm một tỷ lệ khá cao 78,8%, đã giảm xuống chỉ còn

43,7% ngay một tuần sau mổ và ở thời điểm 12 tháng chỉ còn 5,9%. Tại thời điểm 2 tháng, mức thị lực $\geq 0,05$ chiếm 81,0% và cũng xấp xỉ bằng mức thị lực ở thời điểm 12 tháng là 83,4%. Tuy nhiên tại 2 thời điểm này mức đạt thị lực cao ($\geq 5/10$) tại thời điểm 2 tháng chỉ có 36,5%, thấp hơn nhiều so với thời điểm 12 tháng là 52,9%. Nguyễn Thu Yên và cs 2001: DK trong 33,3%, đục nhẹ 39,4% và đục nhiều 19,2% có 9,1% phải bỏ mắt. Thị lực ST + - ĐNT 0,02 ở 33,3%. 0,02- 0,1 21,3%, từ 0,1 trở lên đạt 36,4%. Biến chứng tỷ lệ cắt vào VM khá cao trong lúc mổ của nhóm CDK 6,8%. Chạm vào TTT trong lúc thao tác cũng là tai biến có thể gặp. Sau mổ xuất huyết tiền phòng gặp khá nhiều 6,07%.

KẾT LUẬN

Sau 3 năm tiến hành đề tài nghiên cứu chuyển giao phẫu thuật CDK tại 5 cơ sở nhãn khoa, chúng tôi rút ra những kết luận sau:

- Phẫu thuật CDKVM hoàn toàn có thể được chuyển giao cho một số trung tâm nhãn khoa lớn, những nơi có thể đại diện cho vùng, những nơi có bác sỹ chuyên khoa mắt được đào tạo chuyên sâu và đầu tư đủ các trang thiết bị cần thiết cho phẫu thuật. Đã chuyển giao thành công cho 5/6 cơ sở Nhãn khoa tuyến tỉnh, cho 6/7 bác sỹ chuyên khoa Mắt công tác tại cơ sở nhãn khoa của tuyến tỉnh, thành phố góp phần tạo tiềm năng cho phát triển kỹ thuật DKVM. Để chuyển giao kỹ thuật thành công cần: chọn lựa học viên đúng tiêu chuẩn, thống nhất về lý thuyết, thực hành theo đúng qui trình, từ đơn giản đến phức tạp, giảng viên theo sát học viên. Vai trò của địa phương được chuyển giao rất quan trọng.

- Kết quả phẫu thuật tại 5 cơ sở cho thấy tỷ lệ thành công tương đương như mổ tại bệnh viện trung ương với tỷ lệ 88,1% đến 92%. Biến chứng trong và sau mổ thấp, tỷ lệ BVM chung chiếm 4,3%. Theo dõi chăm sóc sau mổ là rất quan trọng để đạt tỷ lệ thành công cao với kết quả thị lực cao giảm biến chứng. Khi chuyển giao thành công kỹ thuật CDK đồng thời tạo động lực cho việc thúc đẩy các hoạt động liên quan đến chuyên sâu DKVM cùng phát triển.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Academy of Ophthalmology. Retina and Vitreous. 655 Beache Street Box 7424 San Francisco, CA 94120-7424. 2010-2011.
2. Larry Schwab. Eye care in Developing nationals. The Foundation the Academy of Ophthalmology. 1999.
3. Michael H. Grodin, DO,T. Mark Johnson, MD, FRCS,J. Lance Acree, MSE, Bertm. Glaser, MD. Ophthalmic Surgical Training: A Curriculum To Enhence Surgical Simulation. The Journal Of Retinal and Vitreous Diseases. 2008. Vol 28. No 10.
4. Meredith Weiss, B.A., A.A., Simeon A. Lauer, M.D., Marvin P. Fried, M.D., Jose Uribe, M.D., and Babak Sadoughi, M.D. Endoscopic Endonasal Surgery Simulator as training tool for Ophthalmology Residents. Ophthal Plast Reconstr Surg, Vol. 24, No. 6, 2008.
5. IAPB. World Blindness and its Prevention. WHO. Vol 7 2005.
6. Juliana V. Rossi, MD, Dinesh Verma, MD, FRCS, Frcophth, Gildo Y. Fujii, MD, Rohit R. Lakhnpal, MD, Sue Lynn Wu, Mark S. Humayun, MD, PhD. Virtual

Vitreoretinal Surgical Simulator as a training tool. RETINA, 24;231-236, 2004

7. Richard P. Golden, MD, Rohit Krishna, MD, and Peter W. DeBry, MD. Resident Glaucoma Surgical Training in United States. Journal of The Royal Society of Medicine. Volume 14, Number 3, June 2005.

8. Simon K. Law, MD, Diana A. Tamboli, BS, Yvonne Ou, MD, JoAnn A. Giaconi, MD and Joseph Caprioli, MD. Development of a Resident Training Module for Systematic Optic Disc Evaluation in Glaucoma. Journal of Glaucoma, vol 00; No 00, 2011.