

SO SÁNH MỨC ĐỘ AN TOÀN GIỮA PHẪU THUẬT PHACO ĐẶT THỦY TINH THỂ NHÂN TẠO PHỐI HỢP CẮT BÈ CÙNG GIÁC MẠC VỚI PHỐI HỢP TÁCH DÍNH GÓC TIỀN PHÒNG TRONG ĐIỀU TRỊ GLÔCÔM GÓC ĐÓNG CẤP TÍNH KÈM THEO ĐỤC THỦY TINH THỂ

Nguyễn Văn Cường¹, Đỗ Tấn², Nguyễn Đình Ngân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh mức độ an toàn của phẫu thuật Phaco đặt thủy tinh thể nhân tạo (IOL) phối hợp cắt bè cùng giác mạc với mức độ an toàn của phẫu thuật Phaco đặt IOL phối hợp tách dính góc tiền phòng điều trị glôcôm góc đóng cấp tính kèm theo đục thể thủy tinh không đáp ứng với điều trị nội khoa. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên 86 mắt (86 bệnh nhân - BN) của 3 bệnh viện: Bệnh viện Mắt Trung ương, Bệnh viện Mắt Hà Đông và Khoa Mắt, Bệnh viện Quân y 103 trong thời gian từ 01/2018 - 11/2019. Các BN này được phân bố ngẫu nhiên điều trị bằng phẫu thuật Phaco đặt IOL phối hợp cắt bè hoặc phẫu thuật Phaco đặt IOL tách dính góc tiền phòng. **Kết quả:** 86 mắt đều đạt kết quả khá tốt với tỷ lệ kiểm soát nhãn áp 100% sau 1 năm theo dõi. Về tai biến trong mổ, xuất huyết tiền phòng (XHTP) ở nhóm phối hợp cắt bè ít hơn nhóm phối hợp tách dính góc (7,13% và 11,11%), xuất huyết dịch kính (XHDK) trong mổ là 2,43% và chỉ gặp ở nhóm phối hợp cắt bè. Về biến chứng sau mổ, nhóm Phaco cắt bè có tỷ lệ cao hơn nhóm Phaco tách dính (31,7% và 26,67%) nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,07$, test Fisher exact). Nhóm này cũng gặp nhiều loại biến chứng hơn nhóm phối hợp tách dính góc (7 loại so với 3 loại). Một số yếu tố cho thấy làm tăng nguy cơ tai biến, biến chứng của cả 2 nhóm gồm: thời gian tiến triển, nhãn áp cao > 40mmHg, tiền phòng nông, hay mức độ đóng góc và dính góc tiền phòng. **Kết luận:** Phẫu thuật Phaco đặt IOL phối hợp tách dính góc tiền phòng và Phaco đặt IOL phối hợp cắt bè tương đối an toàn, chỉ gặp một số tai biến và biến chứng nhẹ, hầu hết có thể phục hồi không ảnh hưởng tới kết quả thị lực và nhãn áp nói chung. Tuy nhiên, phẫu thuật Phaco tách dính có ưu thế hơn do hạn chế một số biến chứng so với Phaco cắt bè.

* Từ khóa: Glôcôm góc đóng cấp; Phaco phối hợp cắt bè; Phaco phối hợp tách dính; Biến chứng.

Comparing the Safety of Phacogoniosynechialysis with Phacotrabeculectomy in Management of Refractory Acute Primary Closure Angle Glaucoma with Cataract

Summary

Objectives: To compare the safety of phacotrabeculectomy with those of phacogoniosynechialysis in patients with angle-closure glaucoma (PACG) and cataract. **Subjects and methods:** A randomised control clinical trial was carried on 86 eyes (86 patients) in 3 centers

¹Bộ môn - Khoa Mắt, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Người phản hồi: Nguyễn Đình Ngân (ngan.opthal@gmail.com)

Ngày nhận bài: 28/6/2021

Ngày được chấp nhận đăng: 12/7/2021

(Vietnam National Eye Hospital, Ha Dong Eye Hospital, and Department of Ophthalmology, Military Hospital 103) from 1/2018 to 11/2019. All eyes were randomly treated with either phacotrabeculectomy or phacogoniosynechialysis and were followed for 1 year. **Results:** All 86 eyes achieved good results with 100% IOP control after 1 year of follow-up. Regarding intraoperative complications, hyphema happened less in the phacotrabeculectomy group than that in the phacogoniosynechialysis group (7.13% vs. 11.11%). However, vitreous hemorrhage was only seen in the phacotrabeculectomy group (2.43%). Regarding postoperative complications, the incidence of both groups was similar (31.7% in phacotrabeculectomy, 26.67% in phacogoniosynechialysis) ($p = 0.07$, Fisher exact test). Nevertheless, the types of complications in the phacotrabeculectomy group were more than those of the phacogoniosynechialysis group (7 types vs 3 types). Some factors increased the risk of complications in both groups, including progression time, high IOP (> 40 mmHg), shallow anterior chamber, degree of angle closure and adhesion of anterior chamber angle. **Conclusion:** Phacotrabeculectomy and phacogoniosynechialysis are relatively safe procedures with only a few minor complications, most of which are reversible without affecting intraocular pressure and visual acuity. However, phacogoniosynechialysis seems to have some advantages due to its limited complications.

* **Keywords:** Acute primary angle-closure glaucoma; Phacotrabeculectomy; Phacogoniosynechialysis; Complications

ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là một trong những nguyên nhân chủ yếu gây mù lòa không hồi phục trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Đáng chú ý, khoảng 50 - 90% người mắc bệnh glôcôm không biết là họ có bệnh [4]. Trong nhóm bệnh lý glôcôm nói chung, glôcôm góc đóng nói riêng, glôcôm góc đóng nguyên phát cấp tính là dạng phá hủy thị lực nhiều nhất của bệnh. Đây là một tình trạng cấp cứu trong nhãn khoa, việc điều trị hạ nhãn áp sớm có ý nghĩa hết sức quan trọng để bảo tồn thị lực cũng như hạn chế các biến chứng có thể xảy ra do nhãn áp cao [7].

Với các trường hợp glôcôm góc đóng cơn cấp không cắt cơn bằng thuốc không thành công, phẫu thuật là giải pháp được lựa chọn giúp hạ và duy trì nhãn áp. Khi mắt có đục thể thủy tinh kèm phẫu thuật thay thể thủy tinh phối hợp với phẫu thuật lỗ rò (phẫu thuật cắt bè củng giác mạc)

hay phẫu thuật tách dính góc tiền phòng đều cho thấy hiệu quả rõ rệt [6, 7]. Theo các nghiên cứu trên thế giới cũng như một số công bố gần đây ở Việt Nam, cả hai phẫu thuật Phaco phối hợp tách dính và Phaco phối hợp cắt bè đều có hiệu quả duy trì nhãn áp đích ổn định và cải thiện rõ ràng về mặt thị lực tốt trong thời gian theo dõi ít nhất 12 tháng [2]. Trong hai phẫu thuật này, cắt bè củng giác mạc phổ biến hơn nhưng dễ có nguy cơ tai biến, biến chứng, đặc biệt là các biến chứng về sẹo bong, lỗ rò [5]. Phẫu thuật tách dính góc tiền phòng là phương pháp mới, có hiệu quả rõ rệt với các trường hợp glôcôm cấp không cắt cơn (thường kèm theo dính góc tiền phòng), ít xâm lấn tới nhãn cầu nên một số tác giả cho rằng ít gây các tai biến và biến chứng hơn cắt bè củng giác mạc [5, 6, 10]. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: *So sánh mức độ an toàn của phẫu*

thuật Phaco đặt IOL kết hợp tách dính góc tiền phòng và phẫu thuật Phaco đặt IOL phối hợp cắt bè củng giác mạc trong điều trị glôcôm góc đóng nguyên phát kèm theo đục thể thủy tinh không cắt cơn với điều trị nội khoa.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là glôcôm góc đóng nguyên phát cấp tính cắt cơn không thành công có kèm đục thể thủy tinh được thu nhận tại Bệnh viện Mắt Trung ương, Bệnh viện Mắt Hà Đông và Khoa Mắt, Bệnh viện Quân y 103 trong thời gian từ 01/2018 - 11/2019.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: BN được chẩn đoán góc đóng nguyên phát cơn cấp kèm đục thể thủy tinh, được xử trí hạ nhãn áp bằng các biện pháp nội khoa, không có biểu hiện cắt cơn: Nhãn áp không hạ, góc mở < 180° chu biên, đồng tử giãn, giác mạc phù bóng. BN chấp nhận tham gia nghiên cứu.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN có mắt glôcôm cơn cấp kèm các bệnh viêm nhiễm ở bán phần trước (viêm kết mạc, viêm loét giác mạc, viêm màng bồ đào (VMBĐ), bệnh nội mô giác mạc mỏng mắt, nang thể mi). BN có tiền sử chấn thương, phẫu thuật nội nhãn, bệnh lý dịch kính võng mạc. BN không đủ điều kiện sức khỏe, hoặc không theo dõi đủ sau nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên. BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu ở cả 3 trung tâm (Khoa Mắt, Bệnh viện Quân y 103;

Bệnh viện Mắt Trung ương; Bệnh viện Mắt Hà Đông) được phân bố ngẫu nhiên điều trị bằng phẫu thuật Phaco đặt IOL phối hợp tách dính hoặc Phaco đặt IOL phối hợp cắt bè củng giác mạc.

* *Phương pháp tiến hành*:

- Ghi chép thông tin của BN về các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước phẫu thuật vào bệnh án. BN được thực hiện ngẫu nhiên 1 trong 2 phẫu thuật sau:

+ *Phaco kết hợp với cắt bè củng giác mạc*: Thực hiện các bước như phẫu thuật cắt bè thông thường, sau khi tạo xong vạt củng mạc, tiến hành phẫu thuật Phaco đặt IOL với đường rạch giác mạc trong. Sau khi rửa nhày tiền phòng bơm phù mép mổ, tiếp tục cắt mẩu bè và các bước như phẫu thuật cắt bè thông thường.

+ *Phaco kết hợp tách dính góc tiền phòng*: Thực hiện các bước phẫu thuật Phaco đặt IOL, đến bước đặt xong IOL vào túi bao. Bơm bỏ sung nhày vào tiền phòng, đặt kính soi góc trong mổ (Ocular Mori Gonio Lens), quan sát góc tiền phòng, dùng dụng cụ tách dính mở góc tiền phòng. Rửa sạch nhày tiền phòng, bơm phù mép mổ.

- Ghi các tai biến trong phẫu thuật, biến chứng sớm (< 2 tuần), biến chứng muộn (> 2 tuần), kết quả sau 12 tháng phẫu thuật.

* *Xử lý số liệu*: Sử dụng các thuật toán thống kê theo phần mềm SPSS 16.

* *Đạo đức nghiên cứu*: Đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng Khoa học của Sở Khoa học và Công nghệ Hà Nội. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của cả 3 bệnh viện thông qua.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung

Nghiên cứu được tiến hành trên 86 mắt của 86 BN glôcôm góc đóng cơn cấp kèm theo đục thể thủy tinh thất bại sau điều trị nội khoa tối đa có chỉ định điều trị phẫu thuật bằng phẫu thuật Phaco kết hợp với cắt bè cùng giác mạc (41 mắt), và phẫu thuật Phaco phối hợp tách dính góc tiền phòng (45 mắt).

Bảng 1: Đặc điểm chung của BN.

Đặc điểm	Phân nhóm	Phương pháp phẫu thuật		P	
		Phaco phối hợp cắt bè (n = 41, %)	Phaco phối hợp tách dính (n = 45, %)		
Tuổi (năm)	Trung bình	67,82 ± 15,5 (38 - 89)	64,56 ± 17,5 (36 - 90)	0,09	
	< 40	3 (7,31)	4 (8,89)		
	40 - 60	14 (34,14)	13 (38,89)		
	> 60	24 (58,56)	28 (62,22)		
Giới tính	Nam	12	13		
	Nữ	29	32		
	Tỷ lệ nữ/nam	2,42/1	2,46/1		
Thị lực	Trung bình (LogMAR)	1,39 ± 0,33 (1,8 - 0,5)	1,45 ± 0,53 (2,0 - 0,5)	0,07	
	< ĐNT 3m	6 (14,6)	10 (22,22)		
	ĐNT 3m - 20/80	26 (63,41)	32 (71,1)		
	20/80 - 20/30	9 (21,9)	3 (6,67)		
	> 20/30	0	0		
Nhãn áp trước phẫu thuật (mmHg)	Trung bình	33,16 ± 8,9 (27 - 50)	34,52 ± 9,41 (26 - 45)	0,13	
	> 40	13 (31,67)	15 (33,33)		
	< 40	28 (68,33)	30 (66,67)		
Thời gian bị bệnh (ngày)	Trung bình	3,33 ± 0,61 (1 - 5)	3,52 ± 0,84 (1 - 6)	0,11	
	1 - 3	24 (58,53)	35 (77,78)		
	> 3	17 (41,46)	10 (22,22)		
Độ sâu tiền phòng	Trung bình (mm)	1,86 ± 0,29 (1,25 - 2,09)	1,95 ± 0,41	0,08	
	< 1,5 mm	19 (46,34)	21 (46,67)		
	> 1,5 mm	22 (53,66)	24 (53,33)		
Độ mở góc tiền phòng (góc phần tư)	Trung bình (độ Shaffer)	0,37 ± 0,25	0,41 ± 0,42	0,06	
	Góc độ 0	Dính góc	38	46	
		Không dính	78	76	
	Góc độ 1	Dính góc	10	12	
		Không dính	26	30	
	Góc độ 2	Dính góc	0	0	
Không dính		24	30		

Như vậy, không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm của 2 nhóm BN được chỉ định phẫu thuật Phaco cắt bè và Phaco tách dính góc tiền phòng ($p > 0,05$, test T-student).

2. Tai biến và biến chứng

Trong nghiên cứu này, tất cả 86 mắt đều có kết quả chức năng và nhãn áp tương đối tốt. Toàn bộ mắt có mức nhãn điều chỉnh không thuốc sau 1 năm theo dõi.

** Các tai biến trong mổ và cách xử trí:*

Các phẫu thuật trong nghiên cứu đều được thực hiện bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Chúng tôi không gặp các biến chứng nặng như rách bao sau, thoát dịch kính, rơi mảnh nhân hoặc xuất huyết tổng khứ. Tỷ lệ tai biến trong phẫu thuật được ghi nhận thấp; trong đó, 3 mắt (7,31%) ở nhóm phối hợp với cắt bè và 11,11% (trên 5 mắt) ở nhóm phối hợp tách dính và đều không để lại hậu quả nghiêm trọng.

Bảng 2: Các tai biến trong mổ và cách xử trí.

Tai biến	Phương pháp phẫu thuật		Xử trí
	Phaco + cắt bè (n = 41, %)	Phaco + tách dính (n = 45, %)	
XHTP	2 (4,87)	5 (11,11)	Rửa tiền phòng - dùng adrenaline pha loãng bơm vào tiền phòng
XHDK	1 (2,43)	0	Kết thúc phẫu thuật điều trị nội khoa

** Các biến chứng sau mổ:*

Biến chứng sau phẫu thuật gặp ở 13/41 mắt (31,71%) ở nhóm Phaco phối hợp cắt bè và 12/45 mắt (26,67%) ở nhóm Phaco phối hợp tách dính góc tiền phòng. Các biến chứng nặng như nhãn áp (< 6 mmHg), XHTP, viêm sẹo bong, bong dịch kính sau, lỗ hoàng điểm, thủy dịch ngược dòng, bong màng Descemet, lệch IOL, viêm mủ nội nhãn, nang kết mạc không gặp ở cả 2 nhóm BN trong nghiên cứu.

Bảng 3: Phân bố các biến chứng sau mổ.

Biến chứng	Phương pháp phẫu thuật			
	Phaco + cắt bè (n = 41, %)		Phaco + tách dính góc tiền phòng (n = 45, %)	
	Sớm (< 2 tuần)	Muộn (> 2 tuần)	Sớm (< 2 tuần)	Muộn (> 2 tuần)
Rò sẹo bong	3 (7,31)	0	-	-
Tiền phòng nông	5 (12,19)	0	0	0
Bong hắc mạc	2 (4,87)	0	0	0
Sẹo bong dẹt	7 (17,07)	0	-	-
VMBĐ trước	6 (14,6)	2 (4,87)	8 (17,78)	2 (4,44)
Phù giác mạc	5 (12,19)	2 (4,87)	6 (13,33)	2 (4,44)
Giãn đồng tử	7 (17,07)	7 (17,07)	4 (8,87)	4 (8,87)

(-): Không có biến chứng này do đặc điểm phẫu thuật.

Mặc dù tỷ lệ biến chứng sau mổ của 2 nhóm là tương đương, nhưng nhóm phối hợp cắt bè gặp nhiều loại biến chứng hơn, trong đó có 3 biến chứng liên quan trực tiếp tới phẫu thuật cắt bè. Không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ viêm màng bồ đào, phù giác mạc giữa 2 nhóm ($p > 0,05$, test Chi-square).

* Một số yếu tố liên quan đến tai biến, biến chứng của phẫu thuật:

Bảng 4: Mối liên quan giữa một số đặc điểm trước phẫu thuật và tai biến, biến chứng.

Đặc điểm	Phân nhóm	XHTP		Rò sẹo bong	Tiền phòng nông	Bong hắc mạc	Sẹo bong dẹt	VMBĐ		Phù giác mạc		Giãn đồng tử	
		(1)	(2)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	(2)
Nhãn áp	> 40 mmHg	2	4	1	2	0	2	4	5	2	2	5	3
	< 40 mmHg	0	1	2	3	2	5	2	1	5	4	2	1
p		-		0,17	0,08	-	0,17	0,04	< 0,01	0,17	0,09	0,02	< 0,01
Thời gian bị bệnh	1 - 3 ngày	1	2	2	3	0	3	2	2	1	2	2	1
	> 3 ngày	1	3	1	1	2	4	4	6	6	4	5	3
p		0,06	0,07	0,1	0,08	-	0,07	0,04	0,02	< 0,01	0,04	0,04	0,02
Độ sâu tiền phòng	< 1,5mm	2	3	2	4	1	2	4	4	5	5	2	2
	> 1,5mm	0	2	1	1	1	5	2	4	2	1	5	2
p		-	0,06	0,12	0,03	0,09	0,06	0,07	0,12	0,03	0,02	0,06	0,13

(1): Nhóm Phaco phối hợp cắt bè; (2): Nhóm Phaco phối hợp tách dính góc tiền phòng.

Theo bảng 4, có một số yếu tố ảnh hưởng tới nguy cơ xảy ra tai biến, biến chứng như sau:

Nhãn áp cao > 40 mmHg, làm gia tăng tỷ lệ VMBĐ trước và giãn đồng tử sau phẫu thuật ở cả 2 nhóm ($p < 0,05$, test Chi-square).

Thời gian bị bệnh (thời gian duy trì nhãn áp cao không điều chỉnh) > 3 ngày làm tăng tỷ lệ VMBĐ trước, phù giác mạc và giãn đồng tử trên cả 2 nhóm ($p < 0,05$, test Chi-square).

Độ sâu tiền phòng thấp < 1,5 mm làm tăng tỷ lệ biến chứng tiền phòng nông trên nhóm phối hợp cắt bè ($p = 0,03$, test Chi-square), và biến chứng phù giác mạc ở cả 2 nhóm ($p < 0,05$, test Chi-square).

Bảng 5: Mối liên quan kết quả phẫu thuật và biến chứng.

Kết quả phẫu thuật (tháng thứ 12)		Nhóm Phaco phối hợp cắt bè		Nhóm Phaco phối hợp tách dính	
		Biến chứng (n = 13)	Không biến chứng (n = 28)	Biến chứng (n = 12)	Không biến chứng (n = 33)
Nhãn áp	Nhãn áp chung (mmHg)	15,67 ± 4,12	15,33 ± 5,79	15,77 ± 6,74	15,32 ± 8,97
	p	0,12		0,16	
	18 - 21 mmHg (%)	3 (23,07)	3 (10,71)	1 (8,33)	3 (9,09)
	p	0,04		0,21	
	Từ 15 - 18 mmHg (%)	8 (61,53)	21 (75,0)	9 (75,0)	21 (63,63)
	p	0,06		0,11	
	Dưới 15 mmHg (%)	2 (15,38)	5 (17,85)	2 (25,0)	6 (18,18)
p	0,08		0,09		
Thị lực	Thị lực trung bình (LogMAR)	0,58 ± 0,28	0,54 ± 0,43	0,57 ± 0,32	0,53 ± 0,77
	p	0,06		0,07	
	Nhóm < 20/200 (%)	3 (23,07)	2 (7,14)	3 (25,0)	1 (3,03)
	p	< 0,01		< 0,01	

Từ bảng 5, chúng tôi thấy kết quả về nhãn áp và thị lực sau 12 tháng phẫu thuật bị ảnh hưởng bởi biến chứng sau phẫu thuật ở một số điểm sau:

Về nhãn áp: Các biến chứng xảy ra ở nhóm phẫu thuật cắt bè đã ảnh hưởng đến tỷ lệ xuất hiện trên nhóm nhãn áp cao từ 18 - 21 mmHg nhiều hơn ($p = 0,04$, test Chi-square). Ngược lại, đối với nhóm phối hợp tách dính, các biến chứng đã không ảnh hưởng đến các phương diện của nhãn áp ở tháng thứ 12 sau phẫu thuật.

Về thị lực: Các biến chứng ở cả 2 nhóm đều ảnh hưởng rõ rệt đến thị lực (nhóm < 20/200) với $p < 0,001$, test Chi-square. Các biến chứng ở cả 2 nhóm đều liên quan đến môi trường trong suốt gồm VMBĐ kéo dài, phù giác mạc do tổn thương nội mô không hồi phục.

BÀN LUẬN

Phẫu thuật Phaco phối hợp tách dính góc tiền phòng hoặc cắt bè củng giác mạc thường được chỉ định khi cơn góc đóng cấp không đáp ứng với điều trị nội khoa thông thường và BN có đục thể thủy tinh đáng kể ảnh hưởng đến thị lực. Kết quả phẫu thuật được theo dõi trong 1 năm,

cho thấy tất cả trường hợp trong nghiên cứu đều cải thiện về thị lực và duy trì ổn định được nhãn áp trong giới hạn bình thường. Tuy nhiên, so sánh về tai biến và biến chứng cũng như ảnh hưởng một số yếu tố đến nguy cơ xảy ra tai biến trên, chúng tôi thấy có một số khác biệt giữa 2 nhóm này.

Về tai biến xảy ra trong phẫu thuật, các phẫu thuật trong nghiên cứu đều được thực hiện bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm, do đó các biến chứng nặng như rách bao sau, thoát dịch kính, rơi mảnh nhân hoặc xuất huyết tống khứ không xảy ra. Các tai biến xảy ra gồm XHTP và XHDK đều ở mức độ nhẹ và được xử trí ổn định ngay trong phẫu thuật hoặc điều trị nội khoa sau mổ. Tuy nhiên, phẫu thuật phối hợp cắt bè gập cả XHTP và XHDK trong khi phẫu thuật phối hợp tách dính góc tiền phòng chỉ gập XHTP. Đặc điểm này chủ yếu liên quan đến kỹ thuật phẫu thuật. Trong phẫu thuật cắt bè, bước tạo vạt củng mạc, cắt bè củng giác mạc nếu thực hiện lùi ra sau sẽ gây ra XHDK, đặc biệt trên BN đã lên cơn cấp tính, nhãn áp chưa được điều chỉnh tốt bằng điều trị nội khoa dẫn tới tình trạng viêm, chảy máu nhiều trong lúc phẫu thuật sẽ gây khó khăn cho phẫu thuật viên và dẫn tới tai biến [4, 8]. XHTP trong phẫu thuật này thường là do thao tác cắt mỏng mắt chu biên chạm vào vòng động mạch lớn ở chân mỏng mắt, tuy nhiên tỷ lệ không cao (7,38%). Nguy cơ tai biến này dễ xảy ra khi mỏng viêm, cương tụ. Do vậy, việc điều trị chống viêm trước phẫu thuật cũng như tích cực tưới rửa máu chảy ra từ vị trí cắt mỏng mắt trước khi đưa trở lại tiền phòng để hạn chế tai biến này. Ngược lại, XHTP được ghi nhận với tỷ lệ cao hơn ở nhóm phối hợp tách dính góc tiền phòng (11,11%) do kỹ thuật này tác động trực tiếp lên chân mỏng mắt trên diện tích lớn. Để xử trí chúng tôi sẽ ngừng tách dính, bơm dung dịch adrenaline pha loãng và bơm khí để tạo áp lực cao trong tiền phòng giúp cầm máu. Tuy nhiên, trên thực tế, để hạn chế

tai biến này, chúng tôi thường thực hiện 2 bước trong quy trình kỹ thuật tách dính. Bước 1: Bơm nhầy tiền phòng sau khi đặt IOL vào trong bao, giúp tạo áp lực làm góc mở ra. Bước 2: Đặt kính tiếp xúc, dùng dụng cụ mở góc. XHTP khi tách dính góc có mối liên quan tới mức độ đóng góc và dính góc. Cả 5 trường hợp có tai biến XHTP trên nhóm phối hợp tách dính đều xảy ra trên góc phần tư đóng góc độ 0 và có dính góc.

Về biến chứng sau phẫu thuật, nhóm phối hợp cắt bè gập nhiều loại biến chứng hơn (7 biến chứng, trong đó 3 biến chứng liên quan trực tiếp tới phẫu thuật cắt bè). 3 biến chứng còn lại thì phù giác mạc thường liên quan đến phẫu thuật Phaco, giãn đồng tử do tình trạng nhãn áp cao trước và trong mổ. VMBĐ là do cắt bè và tách dính góc đều tác động vào mỏng mắt, đồng thời cũng một phần do tác động của đầu Phaco khi mỏng mắt đang viêm, thiếu máu.

Viêm màng bồ đào trước xảy ra ngay sau phẫu thuật gập ở 8/45 mắt (17,78%) ở nhóm Phaco tách dính và 6/41 (14,6%) ở nhóm Phaco cắt bè với các hình thái từ xuất hiện dấu hiệu Tyndal dương tính, đến màng xuất tiết diện đồng tử. BN được điều trị bằng chống viêm tra tại chỗ và toàn thân, phối hợp chống dính đồng tử, nhưng sau 2 tuần vẫn có 2/45 mắt Tyndal (+) (4,44%) ở nhóm Phaco tách dính và 2/41 mắt (4,87%) ở nhóm Phaco cắt bè. Cơ chế gây VMBĐ là do thiếu máu đột ngột tại bán phần trước (mỏng mắt, thể mi) khi nhãn áp tăng cao trong cơn, khi hạ được nhãn áp tình trạng viêm này vẫn chưa giảm ngay. Các mắt được đưa vào nghiên cứu không đáp ứng với điều trị nội khoa để cắt cơn hoàn toàn.

Do vậy, trên thực tế chúng tôi đang phẫu thuật trên mắt còn viêm chưa được kiểm soát. Để hạn chế tình trạng viêm, trước và sau phẫu thuật chúng tôi đều điều trị chống viêm tích cực tại chỗ và toàn thân bằng corticoid. Bảng 4 cho thấy VMBĐ xuất hiện nhiều hơn trên mắt có tăng nhãn áp cao (nhãn áp > 40 mmHg) ở hai nhóm phương pháp phẫu thuật ($p < 0,05$). Theo chúng tôi, nhãn áp cao làm tình trạng thiếu máu mống mắt, thể mi trầm trọng hơn và có thể là yếu tố gây VMBĐ nặng hơn. Ở những trường hợp này, các biện pháp điều trị chống viêm hiệu quả thường chậm và kém. Do vậy, cần tiếp cận thận trọng khi BN glôcôm góc đóng vào viện có nhãn áp cao (> 40mmHg), lựa chọn thời điểm phẫu thuật phù hợp, tích cực điều trị viêm trước và sau mổ hơn các trường hợp khác [8]. Nghiên cứu Chen D.Z. (2015) với phẫu thuật Phaco phối hợp cắt bè trên nhóm BN glôcôm góc đóng nói chung cho thấy tỷ lệ VMBĐ sau phẫu thuật khá thấp (2,1%) và đều kéo dài trên 2 tuần, chứng tỏ vai trò của cơn cấp trong cơ chế gây viêm trước và sau phẫu thuật [4].

Phù giác mạc xảy ra sau phẫu thuật gặp ở 6/45 mắt (13,33%) ở nhóm Phaco tách dính và 5/41 mắt (12,19%) ở nhóm Phaco cắt bè, tuy nhiên không có trường hợp nào phù do bong màng Descemet (được xác định bằng chụp OCT bán phần trước. Sau 2 tuần, tỷ lệ phù giác mạc chỉ gặp ở 2/45 mắt (4,44%) ở nhóm Phaco tách dính và 2/41 mắt (4,87%) ở nhóm Phaco cắt bè. Nguyên nhân phù giác mạc sau mổ thường do năng lượng Phaco gây tổn thương nội mô giác mạc, đồng thời tình trạng nhãn áp cao trước mổ cũng làm các tế bào nội mô bị tổn thương nặng

thêm. Các nghiên cứu khác nhau đều chỉ rõ sự giảm tế bào nội mô giác mạc khi mắt đã có cơn glôcôm cấp tính [8]. Yếu tố nguy cơ rõ nhất của biến chứng này là độ sâu tiền phòng, nhóm phù giác mạc có độ sâu tiền phòng < 1,5 mm cao hơn có ý nghĩa thống kê ở cả 2 phương pháp phẫu thuật ($p = 0,02, 0,03$ test Chi-square) (Bảng 4). Điều này có thể được giải thích do các tế bào nội mô (đã bị tổn thương do tăng nhãn áp) bị tác động của năng lượng siêu âm do phẫu thuật Phaco tán nhuyễn thể thủy tinh. Tác động này trở nên rõ ràng hơn khi khoảng cách của đầu tip Phaco gần giác mạc hơn trong trường hợp tiền phòng nông. Augustinus (2012) nghiên cứu kết quả phẫu thuật Phaco có hoặc không phối hợp phẫu thuật điều trị glôcôm trên nhóm glôcôm góc mở, tiền phòng sâu thì tỷ lệ biến chứng phù giác mạc là 5,23% [3]. Để hạn chế biến chứng này, các tác giả đều nhận thấy vai trò của hạ nhãn áp và chống viêm trước phẫu thuật [2, 10].

Giãn đồng tử xuất hiện sau phẫu thuật chiếm 4/45 mắt (8,87%), là một biến chứng không chỉ liên quan đến phẫu thuật mà còn do liệt cơ đồng tử không hồi phục từ trước phẫu thuật. Sau 2 tuần, 4 mắt này vẫn còn giãn đồng tử. BN được điều trị bằng chống viêm tra tại chỗ và toàn thân, phối hợp chống dính đồng tử. Giãn đồng tử thực tế đã diễn ra từ trước phẫu thuật do tác động của việc tăng nhãn áp đột ngột làm liệt các cơ trên mống mắt. Việc phẫu thuật hầu như không ảnh hưởng đến chức phận này, trừ trường hợp phẫu thuật làm tổn thương cơ vòng đồng tử, rách bờ đồng tử, nhưng trong nghiên cứu này không có trường hợp nào như vậy [7].

Các biến chứng sớm sau mổ chỉ gặp ở nhóm phối hợp cắt bè (như rò sẹo bong, sẹo bong dẹt, tiền phòng nông, bong hắc mạc) đều liên quan đến đường dẫn lưu dịch ra ngoài của kỹ thuật này (Bảng 4). Các biến chứng này đáp ứng khá tốt với điều trị nội khoa và sửa sẹo bong bằng kim. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với các tác giả khác. Trong tổng kết hồi cứu các trường hợp cắt bè phối hợp với Phaco tại Anh, tỷ lệ phải can thiệp trên chỉ cứng mạc là 43%, khâu lại vết mổ là 7% và sửa sẹo bong bằng kim là 17% [3].

Đánh giá mối liên quan giữa kết quả phẫu thuật sau 1 năm và các biến chứng, chúng tôi thấy hầu như không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có và không có biến chứng (Bảng 5). Chỉ có tỷ lệ thị lực thấp (< 20/200) ở nhóm có biến chứng của cả 2 loại phẫu thuật đều cao hơn nhóm không biến chứng, các trường hợp này là do tổn thương nội mô, phù giác mạc, VMBĐ và tổn thương thị thần kinh do cơ cấp (nhãn áp tăng quá cao kéo dài). Ở các đối tượng này, mặc dù nhãn áp đã được điều chỉnh nhưng tổn thương giác mạc làm ảnh hưởng trầm trọng đến chức năng thị giác, ảnh hưởng lớn đến sinh hoạt của BN. Do vậy, việc hạ nhãn áp sớm, hạn chế biến chứng sau mổ là yếu tố quan trọng giúp phục hồi thị lực lâu dài của BN [8, 9, 10].

Tỷ lệ nhãn áp nằm trong giới hạn cao (18 - 21 mmHg) của nhóm có biến chứng ở phẫu thuật Phaco cắt bè cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm còn lại ($p < 0,05$), trong khi ở nhóm Phaco tách dính là tương đương nhau (Bảng 5). Điều này có thể lý giải là do hơn một nửa biến chứng trong phẫu thuật Phaco cắt

bè liên quan đến đường dẫn lưu thủy dịch qua lỗ rò. Vì vậy các biến chứng này sẽ ảnh hưởng đến sẹo bong và sự thoát thủy dịch lâu dài sau này. Điều này khác rõ rệt với phương pháp phẫu thuật tách dính, các biến chứng chủ yếu là biến chứng của phẫu thuật Phaco nên không gây ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả nhãn áp. Tuy nhiên, nhìn chung nhãn áp trung bình của cả 2 nhóm phẫu thuật là tương đương dù biến chứng của nhóm Phaco cắt bè nhiều hơn về thể loại.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật Phaco đặt IOL phối hợp tách dính góc tiền phòng và Phaco đặt IOL phối hợp cắt bè tương đối an toàn, chỉ có một số tai biến và biến chứng nhẹ, hầu hết có thể phục hồi không ảnh hưởng tới kết quả thị lực và nhãn áp nói chung. Tuy nhiên, phẫu thuật Phaco đặt IOL tách dính có ưu thế hơn do hạn chế được một số biến chứng so với Phaco đặt IOL phối hợp cắt bè.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quốc Đạt. Nghiên cứu các biến chứng trong phẫu thuật Phaco phối hợp cắt bè cứng mạc giác mạc. Tạp chí Y học Việt Nam 2017; 391(5):275-284.
2. Nguyễn Đình Ngân, Nguyễn Thị Thu Hương. So sánh phẫu thuật Phaco phối hợp tách dính góc tiền phòng với Phaco phối hợp cắt bè điều trị glôcôm góc đóng nguyên phát cấp tính có đục thể thủy tinh. Tạp chí Y học Thực hành 2020; 5(1133):100-104.
3. Augustinus C.J., Zeyen T. The effect of phacoemulsification and combined phaco/glaucoma procedures on the intraocular pressure in open-angle glaucoma. A review of the literature. Bull Soc Belge Ophtalmol 2012; 78(320):51-66.

4. Chen D.Z., Koh V., Sng C., Aquino M.C., Chew P. Complications and outcomes of primary phacotrabeculectomy with mitomycin C in a multi-ethnic asian population. *PLoS One* 2015; 16;10(3):e0118852.
5. Husain R. et al. Efficacy of phacoemulsification alone vs. phacoemulsification with goniosynechialysis in patients with primary angle-closure disease: A randomized clinical trial. *JAMA Ophthalmol* 2019; 137(10):1107-1113.
6. Kameda T. et al. Long-term efficacy of goniosynechialysis combined with phacoemulsification for primary angle closure. *Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology* 2013; 251(3):825-830.
7. Nguyen N. et al. A high prevalence of occludable angles in a Vietnamese population. *Ophthalmology*. *Ophthalmology* 1996; 103(9):1426-1431.
8. Tan Y.L., Tsou P.F., Tan G.S., Perera S.A., Ho C.L., Wong T.T., Aung T. Postoperative complications after glaucoma surgery for primary angle-closure glaucoma vs. primary open-angle glaucoma. *Arch Ophthalmol* 2011 Aug; 129(8):987-92.
9. Tanihara H. et al. Surgical results and complications of goniosynechialysis. *Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology* 1992; 230(4):309-313.
10. Wang N. et al. Phacoemulsification with or without goniosynechialysis for angle-closure glaucoma: a global Meta-analysis based on randomized controlled trials. *Int J Ophthalmol* 2019; 12(5):826-833.