

# NGHIÊN CỨU PHẪU THUẬT SỬA SỌ BỌNG TRÊN BỆNH NHÂN ĐÃ MỔ LỖ RÒ ĐIỀU TRỊ GLÔCÔM

VŨ THỊ THÁI, NGUYỄN THỊ HÀ THANH - *Bệnh viện Mắt TW*  
NGUYỄN THỊ XUÂN LOAN - *Bệnh viện Bộ Giao thông vận tải*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả và nhận xét các đặc điểm kỹ thuật của PT sửa sọ bong sau mổ lỗ rò điều trị glôcôm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Những bệnh nhân trước đây đã mổ lỗ rò điều trị glôcôm nay có những biến chứng liên quan đến sọ bong cần phải PT sửa sọ bong. Nghiên cứu tiến cứu, không đối chứng. PT được đánh giá thành công khi sọ bong tốt, nhãn áp điều chỉnh. **Kết quả:** nghiên cứu trên 35 mắt của 33 bệnh nhân. Tỷ lệ thành công sau PT 6 tháng là 91%. Các kỹ thuật bao gồm: cắt bỏ sọ xơ kết hợp có hoặc không khâu nắp CM, cắt bỏ sọ xơ kết hợp với ghép CM, trượt KM hoặc ghép CM, ghép KM. **Kết luận:** Tất cả các trường hợp sửa lại sọ bong đều cho kết quả tốt với 91% thành công sau 6 tháng theo dõi. Tùy từng trường hợp mà có phương pháp PT cụ thể.

**Từ khóa:** sọ bong, glôcôm

## SUMMARY

**Objective:** To determine the outcome and surgical steps of revised bleb surgery. **Patients and Method:** Patients underwent filtering surgery to treatment glaucoma and suffered from bleb related complication that had surgical indication. Non-control prospective study. Success of surgery was defined having function bleb and control intraocular pressure (IOP). **Result:** 35 eyes of 33 patients. 6 months postoperation success was 91%. Surgical step include: ablate failure bleb, suture scleral flap or graft scleral, graft conjunctival. **Conclusion:** success surgery was high (91%). Depend on cases had special technic.

**Keywords:** outcome, glaucoma.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt bè vẫn là phương pháp chủ yếu để điều trị glôcôm bởi tính an toàn và hiệu quả của PT. Tuy nhiên sau PT vẫn có một số biến chứng, trong đó biến chứng liên quan đến sọ bong rất thường gặp và nếu không được điều trị kịp thời có thể sẽ dẫn đến

hậu quả nặng nề nhất là viêm nội nhãn với nguy cơ phải khoét bỏ nhãn cầu. Vì vậy sửa sọ bong là việc làm cần thiết để hạn chế nguy cơ này. Để nghiên cứu một cách đầy đủ về vấn đề này chúng tôi tiến hành đề tài nhằm đánh giá kết quả và nhận xét các đặc điểm kỹ thuật của PT sửa sọ bong sau mổ lỗ rò điều trị glôcôm.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhân trước đây đã mổ lỗ rò điều trị glôcôm nay có những biến chứng liên quan đến sọ bong cần phải PT sửa sọ bong tại khoa Glôcôm từ tháng 9/2007 đến tháng 10/2008.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, tiến cứu, không đối chứng với cỡ mẫu được tính là 35 mắt.

#### 2.2. Tiến hành nghiên cứu

##### 2.2.1. Khám đánh giá trước PT

Thử thị lực, đo NA, đánh giá tình trạng sọ bong theo các hình thái: sọ quá phát đơn thuần, sọ quá phát mỏng dọa thủng hoặc thủng có hoặc không kèm theo NA thấp, nang bao Tenon. Đánh giá sọ rò hay không bằng test Seidel. Đánh giá tình trạng mống mắt, đồng tử, thể thủy tinh, đáy mắt.

##### 2.2.2. Phương pháp điều trị

Tùy từng trường hợp cụ thể trong lúc PT mà chúng tôi quyết định phương pháp PT. Trong nghiên cứu này chúng tôi chủ yếu sử dụng kỹ thuật trượt vạt KM ra trước có hoặc không khâu bổ sung nắp CM và kỹ thuật sửa sọ bong có ghép tổ chức (CM, KM).

##### 2.2.3. Đánh giá kết quả sau điều trị

#### \* Kết quả giải phẫu

##### ❖ Tình trạng về sọ bong sau điều trị:

Chia sọ bong sau mổ làm 3 mức theo phân loại của Buskirk: sọ bong tốt, khá, xấu

❖ Test Seidel: đánh giá tình trạng rò của thủy dịch sau mổ.

**\* Kết quả chức năng.**

❖ *Các triệu chứng chủ quan:* đánh giá ở 3 mức độ: hết, giảm, vẫn như trước.

❖ *Kết quả thị lực, nhãn áp::*

**\* Biến chứng trong và sau mổ.**

\* **Đánh giá kết quả chung sau điều trị:** đánh giá theo 3 mức: thành công, đạt yêu cầu, thất bại. PT được đánh giá là thành công khi hết các triệu chứng khó chịu, sẹo tốt, NA trong giới hạn bình thường, không có biến chứng.

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu.**

**1.1. Đặc điểm bệnh nhân theo tuổi và giới**

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 61,5 tuổi, người cao tuổi nhất là 78 tuổi và người thấp tuổi nhất là 12 tuổi. Có 19 nữ chiếm tỷ lệ 60% và 14 nam chiếm tỷ lệ 40%.

**1.2. Tình trạng sẹo bong trước phẫu thuật.**

Bảng 1. Tỷ lệ sẹo bong trước phẫu thuật.

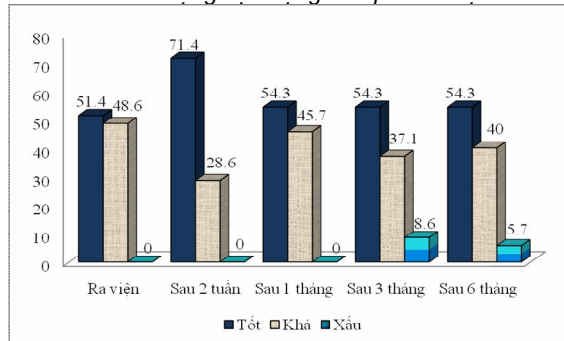
Tình trạng sẹo	Số mắt	Tỷ lệ %
Sẹo bong quá phát đơn thuần	5	14,28
Sẹo bong quá phát mỏng, doạ thủng hoặc đã thủng có hoặc không kèm theo NA thấp	24	68,57
Nang bao Tenon	6	17,5
Tổng	35	100

Nhóm sẹo bong quá phát kèm mỏng doạ thủng hoặc đã thủng có hoặc không kèm theo NA thấp gặp nhiều nhất chiếm tỷ lệ 68,57%. Trong đó có 4 mắt sẹo quá phát kèm NA thấp, 4 mắt Seidel (+).

**2. Kết quả sau phẫu thuật.**

**2.1. Kết quả giải phẫu.**

**2.1.1. Tình trạng sẹo bong sau phẫu thuật.**



**Biểu đồ 1. Tỷ lệ các loại sẹo bong sau phẫu thuật**

Tỷ lệ sẹo bong tốt sau mổ 2 tuần là cao nhất (71,4%). Ở các thời điểm 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng các trường hợp sẹo bong tốt vẫn giữ được tình trạng như trước và có tỷ lệ gần như không thay đổi, tuy nhiên một số mắt từ sẹo khá đã chuyển sang sẹo xấu.

Bảng 2. Liên quan giữa hình thái sẹo bong trước PT và sẹo bong sau PT.

Hình thái sẹo bong trước PT		Sẹo bong sau PT			
		Tốt	Khá	Xấu	Tổng
Sẹo bong quá phát đơn thuần	N	2	3	0	5
	%	40	60	0	100
Sẹo bong quá phát mỏng doạ thủng hoặc đã thủng có hoặc không kèm theo NA thấp	N	11	11	2	24
	%	45,8	45,8	8,4	100

Nang bao Tenon	N	4	2	0	6
	%	66,7	33,3	0	100
Tổng	N	17	16	2	35
	%	48,7	45,6	5,7	100

Nhóm nang bao Tenon có tỷ lệ sẹo tốt cao nhất chiếm 66,7%. Tỷ lệ sẹo xấu cao ở nhóm sẹo bong quá phát mỏng doạ thủng hoặc đã thủng có hoặc không kèm theo NA thấp với tỷ lệ (8,4%).

**2.1.2. Tình trạng test Seidel sau phẫu thuật**

Bảng 3. Test Seidel sau phẫu thuật.

Seidel Thời gian	Seidel (+)		Seidel (-)	
	Số mắt	%	Số mắt	%
Trước mổ	4	11,64	31	88,6
Ngay sau mổ	5	14,28	30	85,71
Ra viện	4	11,4	31	88,6
Sau 2 tuần	0	0	35	100
Sau 1 tháng	0	0	35	100
Sau 3 tháng	0	0	35	100
Sau 6 tháng	0	0	35	100

Kết quả cho thấy trước mổ có 4 mắt có test Seidel (+). Ở những thời điểm khám lại tất cả các trường hợp đều có Seidel (-).

**2.2. Kết quả chức năng**

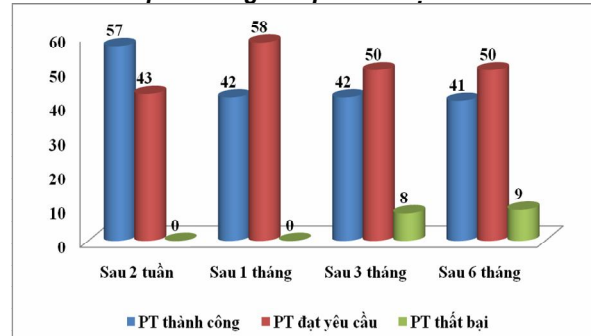
*Kết quả về nhãn áp*

Bảng 4. Sự thay đổi nhãn áp trung bình trước và sau phẫu thuật ở các thời điểm theo dõi

NA	Thời gian	N	$\bar{X} \pm SD$	P
				[95% CI]
Cặp 1	Trước PT	35	17,6 ± 3,3	0,62 [(-1,3) - 0,8]
	2 tuần	35	17,9 ± 2,7	
Cặp 2	Trước PT	35	17,6 ± 3,3	0,42 [(-1,6) - 0,7]
	3 tháng	35	18,1 ± 2,3	
Cặp 3	Trước PT	35	17,6 ± 3,3	1 [(-1,3) - 1,1]
	6 tháng	35	17,9 ± 2,1	

NA trung bình trước PT và sau PT không có sự khác nhau: 2 tuần (p = 0,62), 3 tháng (p = 0,42) và 6 tháng (p = 1).

**2.3. Kết quả chung của phẫu thuật**



**Biểu đồ 2. Kết quả chung của phẫu thuật**

Tỷ lệ PT thành công sau 2 tuần chiếm 57%, tỷ lệ này tăng giảm qua các thời điểm theo dõi, đến 6 tháng sau phẫu thuật thì còn lại 41%.

Tỷ lệ PT đạt yêu cầu sau 2 tuần chiếm 43% và tăng dần qua các thời điểm theo dõi, cao nhất là sau khi ra viện 1 tháng là 58%.

Có 2 trường hợp thất bại (8%) bắt đầu từ 3 tháng và 9% ở 6 tháng do sẹo tái lại như trước mổ.

### 3. Kỹ thuật sửa sẹo bong

Các xử trí trong phẫu thuật.

Bảng 5. Các xử trí trong phẫu thuật.

Các xử trí trong phẫu thuật	Số mắt	Tỷ lệ %
Cắt bỏ sẹo xơ + Không khâu nắp CM	17	48,7
Cắt bỏ sẹo xơ + Khâu bổ sung nắp CM	13	37,1
Cắt bỏ sẹo xơ + Ghép CM + Trượt KM	3	8,6
Cắt bỏ sẹo xơ + Ghép CM + Ghép KM	2	5,7

Cách xử trí nhiều nhất ở các mắt sửa sẹo bong là cắt bỏ sẹo xơ không khâu bổ sung nắp CM (17 mắt chiếm tỷ lệ 48,7%), 2 mắt (5,7%) vừa ghép CM vừa ghép KM.

### BÀN LUẬN

#### 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trước phẫu thuật

##### 1.1. Tuổi và giới

Tuổi từ 12 –78, trung bình là 61,5 tuổi. Trong đó độ tuổi  $\geq 50$  chiếm tỷ lệ cao nhất là 88,6%. Số nữ chiếm tỷ lệ 60% cao hơn nam. Điều đó cũng phù hợp với đặc điểm của bệnh nhân glôcôm là thường xảy ra ở lứa tuổi  $\geq 50$  và hay gặp hơn ở nữ.

##### 1.2. Tình trạng sẹo bong trước phẫu thuật

Nhóm sẹo quá phát mỏng dọa thủng hoặc đã thủng có hoặc không kèm theo NA thấp chiếm tỷ lệ 68,57%, nhóm này có khoảng thời gian từ lúc mổ điều trị glôcôm đến lúc sửa sẹo bong rất dài, trong khi đó nhóm nang bao Tenon lại xuất hiện sớm sau mổ glôcôm ( $< 1$  năm).

#### 2. Kết quả của phẫu thuật

##### 2.1. Kết quả về giải phẫu

###### 2.1.1. Tình trạng sẹo bong sau phẫu thuật

Đa số các mắt sau sửa sẹo bong đã đạt được thành công với các mức sẹo tốt và sẹo khá. Ngay ở những thời điểm sau mổ 2 tuần, 1 tháng số lượng mắt có sẹo tốt khá cao (71,4%) và có NA nằm trong giới hạn bình thường. Sau mổ 3 tháng và 5 tháng số sẹo xấu đã xuất hiện (5,7%) mắt có biểu hiện sẹo xấu. Cả 2 trường hợp sẹo bong tái phát phải xử lý lần 2 BN đều còn rất trẻ (12 tuổi và 40 tuổi). Phải chăng tuổi trẻ, cơ địa BN cũng là 1 yếu tố cần phải được xem xét theo dõi lâu dài.

Nhóm sẹo quá phát mỏng dọa thủng hoặc đã thủng có hoặc không kèm theo NA thấp chiếm tỷ lệ nhiều nhất đến 68,57% (24 mắt), trong đó nắp CM mỏng chiếm tỷ lệ 79,2%. Có 2 mắt phải ghép KM tự thân. Kết quả sau 6 tháng đại đa số là sẹo tốt và sẹo khá với tỷ lệ bằng nhau và bằng 45,8%, có 2 sẹo xấu tái phát sau 3 tháng và đã được sửa lại lần 2 trong thời kỳ theo dõi.

###### 2.1.2. Seidel sau phẫu thuật

Trước mổ chúng tôi thấy có 4 mắt Seidel (+) đây là những trường hợp thủng nắp CM trong đó có 1 mắt thủng cả KM. Sau mổ có 5 mắt Seidel (+) do thủy dịch rò ít qua mép KM gặp ở những mắt có ghép CM (4 mắt) và ở 1 mắt không khâu bổ sung nắp CM. Test Seidel nhanh chóng trở lại âm tính sau 2 tuần và ở tất cả các thời điểm theo dõi tiếp theo. Như vậy là sau

khi khâu bổ sung nắp CM hoặc ghép mảnh CM, vị trí thủy dịch rò nhiều đã được hàn gắn khá tốt.

#### 2.2. Kết quả về chức năng

Kết quả về nhãn áp.

NA trung bình trước và sau PT ở các thời điểm chúng tôi không thấy khác biệt có ý nghĩa với  $P > 0,05$ . Nhóm sẹo quá phát đơn thuần và nang bao Tenon dường như không có sự thay đổi về NA trước và sau mổ.

#### 2.3. Kết quả chung của phẫu thuật.

Sau 6 tháng theo dõi kết quả thành công và đạt yêu cầu chiếm 91%, trong đó tỷ lệ sẹo bong tốt và khá chiếm 94,3%. Sau PT, sự kiểm soát NA của sẹo bong được đảm bảo và làm mất đi các triệu chứng chủ quan khó chịu cho BN.

#### 3. Bàn luận các đặc điểm kỹ thuật.

Nhóm sẹo quá to, quá bong xâm lấn GM nhiều, nắp CM thường mỏng nhưng chưa thủng nên chúng tôi tiến hành trượt vat KM (hoặc ghép KM tự thân), có hoặc không khâu bổ sung nắp CM tùy mức độ rò thủy dịch. Kết quả cho thấy tất cả đều sẹo tốt và sẹo khá.

Đối với nhóm sẹo mỏng dọa thủng hoặc thủng có hoặc không kèm NA thấp, tùy tình trạng của nắp CM mà chúng tôi tiến hành các kỹ thuật khác nhau, thường chúng tôi cố gắng bảo tồn nắp CM, nếu nắp CM thủng hoặc quá mỏng không còn khả năng che phủ lỗ rò bên dưới thì chỉ định ghép CM của người cho. Kết quả tương đối khả quan với tỷ lệ sẹo tốt và khá chiếm ưu thế với tỷ lệ 94,3%.

### KẾT LUẬN

- Tất cả các trường hợp sửa lại sẹo bong thủng đều cho kết quả tốt với 91% thành công sau 6 tháng theo dõi.

- Kỹ thuật tùy thuộc vào từng trường hợp bao gồm tách lớp KM xơ dính trên vùng sẹo bong, có hoặc không khâu bổ sung nắp CM, có hoặc không ghép CM, cần thiết có thể ghép KM.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Thị Vân Anh (1998), *Nghiên cứu sử dụng áp 5 Fluorouracil lên nắp cứng mạc trong phẫu thuật lỗ rò điều trị glôcôm người trẻ và glôcôm tái phát*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú các bệnh viện, Trường đại học Y Hà Nội, tr 57

2. Trịnh Bạch Tuyết (2002), “ Tần suất các biến chứng liên quan đến bong nước giai đoạn trẻ sau phẫu thuật cắt bè cứng mạc với mitomycin C”, *Bản tin nhãn khoa (số 6)*, Hội nhãn khoa thành phố Hồ Chí Minh, tr 29.

3. Al-Shahwan S (2006), “ Long-term follow up of surgical repair of late bleb leaks after glaucoma filtering surgery”, *J Glaucoma 15(5)*, pp 432-436.

4. Azuara- Blanco A, Bond JB, Wilson RP, et al (1997), “ Encapsulated filtering blebs after trabeculectomy with mitomycin C”, *Ophthalm Surg Lasers 28*, pp 805-809.

5. Bashford KP, Shafranov G, Shields MB (2004), “ Bleb revision for hypotony maculopathy after trabeculectomy”, *J. Glaucoma 13(3)*, pp 256-260.