

Kết quả lâm sàng kỹ thuật khâu nắp củng mạc tăng cường trong phẫu thuật cắt bè

Clinical outcomes of the enhanced scleral flap suture technique in trabeculectomy surgery

Vũ Anh Tuấn¹, Phí Thuỳ Linh^{2*}, Nguyễn Đức Quang¹,
Phạm Tuệ Liên¹ và Phạm Thu Trang¹

¹Bệnh viện mắt quốc tế Nhật Bản

²Bệnh viện đa khoa Phương Đông

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của mũi khâu nắp củng mạc tăng cường trong phẫu thuật cắt bè và mô tả các biến chứng sau phẫu thuật gặp phải trong nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến hành trên 30 mắt của 28 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật lỗ rò khi nhãn áp không điều chỉnh với thuốc với nhiều hình thái glôcôm khác nhau. Sau phẫu thuật cắt bè thường qui nắp củng mạc sẽ được đóng chặt lại bằng mũi chỉ 10/0 chữ U. Mũi chỉ này sẽ được cắt bỏ trong giai đoạn hậu phẫu tùy thuộc diễn biến nhãn áp. Kết quả về thị lực, nhãn áp và các biến chứng sau phẫu thuật được ghi nhận ở thời điểm 1 ngày, 3 ngày, 1 tuần, 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật. **Kết quả:** Thị lực trung bình trước mổ $0,39 \pm 0,48$ logMAR; sau 1 tuần $0,51 \pm 0,49$; 1 tháng $0,41 \pm 0,45$; 3 tháng $0,36 \pm 0,41$; 6 tháng $0,38 \pm 0,45$ logMAR. Nhãn áp trung bình trước mổ $28,8 \pm 9,1$ mmHg, sau mổ 1 ngày $24,5 \pm 13,5$; 3 ngày $18,5 \pm 7,6$; 7 ngày $14,4 \pm 3,6$; 2 tuần ; 1 tháng $14,9 \pm 4,7$; 3 tháng $16,5 \pm 6,4$; 6 tháng $15,7 \pm 3,9$ mmHg. Biến chứng sớm trong vòng 1 tháng sau phẫu thuật bao gồm 1 mắt tiền phòng nông, 1 mắt bong hắc mạc, 4 mắt nhãn áp thấp, 1 mắt rò vết mổ. Không gặp các biến chứng hội chứng thủy dịch lạc hướng, xuất huyết thượng hắc mạc, phù hoàng điểm dạng nang, mất thị lực. Lượng thuốc hạ nhãn áp trung bình trước mổ là $3,9 \pm 0,8$; 6 tháng sau mổ là $0,8 \pm 0,6$ loại thuốc. Tỷ lệ thành công là 70%, thành công tương đối là 23,3% và tỷ lệ thất bại phải phẫu thuật tiếp tục là 6,7%. **Kết luận:** Phương pháp khâu nắp củng mạc bổ xung bằng mũi khâu chữ U làm giảm đáng kể biến chứng sớm của phẫu thuật cắt bè và không ảnh hưởng đến kết quả cuối cùng của phẫu thuật.

Từ khóa: Phẫu thuật cắt bè, glôcôm, khâu nắp củng mạc.

Summary

Objective: To evaluate the effectiveness of enhanced scleral flap sutures in trabeculectomy and describing the postoperative complications encountered in the study. **Subject and method:** A total of 30 eyes (28 patients) with indications for trabeculectomy surgery when intraocular pressure is not controlled with medication with various glaucoma forms. After routine trabeculectomy, the scleral flap will be closed tightly with a 10/0 U-shaped suture. This suture will be removed in the postoperative period depending on the development of intraocular pressure. The results of visual acuity, intraocular pressure and postoperative complications were recorded at 1 day, 3 days, 1 week, 2 weeks, 1 month, 3 months and 6 months after surgery. **Result:** Average visual acuity before surgery 0.39 ± 0.48 logMAR; after 1 week 0.51 ± 0.49 ; 1 month 0.41 ± 0.45 ; 3 months 0.36 ± 0.41 ; 6 months 0.38 ± 0.45 logMAR.

Ngày nhận bài: 23/4/2026, ngày chấp nhận đăng: 5/5/2026

* Tác giả liên hệ: Ptlinhopthal@gmail.com - Bệnh viện đa khoa Phương Đông

Average intraocular pressure before surgery 28.8 ± 9.1 mmHg, after surgery 1 day 24.5 ± 13.5 ; 3 days 18.5 ± 7.6 ; 7 days 14.4 ± 3.6 ; 2 weeks; 1 month 14.9 ± 4.7 ; 3 months 16.5 ± 6.4 ; 6 months 15.7 ± 3.9 mmHg. Early complications within 1 month after surgery included 1 shallow anterior chamber, 1 choroidal effusion, 4 low intraocular pressure, and 1 wound leak. There were no complications of aqueous misdirection syndrome, suprachoroidal hemorrhage, cystoid macular edema, vision loss. The mean preoperative medication use was 3.9 ± 0.8 ; 6 months after surgery, it was 0.8 ± 0.6 . The success rate was 70%, the relative success rate was 23.3%, and the failure rate requiring further surgery was 6.7%. *Conclusion:* Additional scleral flap suturing technique with U-shaped suture significantly reduces early complications of trabeculectomy and does not affect the final outcome of surgery.

Keywords: Trabeculectomy, Glaucoma, scleral flap suture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là một bệnh phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Ở hầu hết các nước, glôcôm là nguyên nhân thứ 2 gây mù lòa và cũng là mối đe dọa nguy hiểm đối với sức khỏe cộng đồng. Theo Tổ chức Y tế Thế giới dự tính đến năm 2020 có khoảng 80 triệu người mắc bệnh Glôcôm, chiếm 2,86% dân số trên 40 tuổi, trong đó có 11,2 triệu người bị mù do bệnh này¹.

Phẫu thuật Cắt bè củng giác mạc (Trabeculectomy) là phẫu thuật glôcôm được thực hiện phổ biến nhất trên thế giới. Cho đến nay cắt bè củng giác mạc vẫn là phương pháp phẫu thuật chính trong điều trị glôcôm. Trong phẫu thuật này thủy dịch sẽ lưu thông từ hậu phòng ra tiền phòng rồi qua lỗ cắt bè ra khoang dưới kết mạc tạo thành một bong thấm (seo bong). Mặc dù tác dụng hạ nhãn áp của phẫu thuật cắt bè đã được chứng minh qua rất nhiều nghiên cứu lâm sàng nhưng phẫu thuật này có thể gây nhiều biến chứng như xuất huyết, bong hắc mạc, xẹp tiền phòng ở ngay trong thời gian hậu phẫu do sự thay đổi nhãn áp đột ngột sau mổ hoặc ở những giai đoạn muộn do seo bong quá phát. Do đó, việc kiểm soát dòng thủy dịch và hạn chế thay đổi nhãn áp quá đột ngột là yếu tố quan trọng nhằm giảm biến chứng.

Nhiều kỹ thuật đã được phát triển để giúp hạ nhãn áp và tránh các biến chứng sau phẫu thuật. Các phương pháp này bao gồm băng ép bằng kính áp tròng, sử dụng vỏ ép Simmons, tiêm máu tự thân vào seo bong, dùng acid trichloroacetic, liệu pháp lạnh (cryotherapy), điều trị bằng laser (argon, Nd:YAG), khâu ép dạng đệm (compression mattress sutures) và phẫu thuật chỉnh sửa lại cắt bè củng giác [2-4]. Tuy nhiên, các can thiệp này cho thấy hiệu quả

không đồng nhất trong việc hạ nhãn áp và cải thiện thị lực. Kỹ thuật khâu xuyên kết mạc vạt củng mạc gần đây đã được Shirato và cộng sự mô tả là một phương pháp an toàn và hiệu quả để điều trị tình trạng thoát dịch quá mức [5]. Từ các nghiên cứu trên, chúng tôi nhận định kỹ thuật khâu nắp củng mạc tăng cường bằng mũi chỉ chữ U nhằm điều chỉnh dòng thoát thủy dịch một cách linh hoạt sẽ góp phần cải thiện kết quả phẫu thuật. Chính vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *"Đánh giá hiệu quả của mũi khâu nắp củng mạc tăng cường trong phẫu thuật cắt bè và mô tả các biến chứng sau phẫu thuật gặp phải trong nghiên cứu"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Bao gồm các bệnh nhân glôcôm có chỉ định phẫu thuật cắt bè độ tuổi > 18, không phân biệt hình thái và giai đoạn bệnh.

Tiêu chuẩn loại trừ

Những bệnh nhân có biến chứng trong quá trình phẫu thuật hoặc không theo dõi đủ 6 tháng sẽ bị loại ra khỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng đơn trung tâm được tiến hành từ tháng 12/2023 đến tháng 6/2025 tại bệnh viện mắt quốc tế Nhật Bản (Hà Nội).

Mọi bệnh nhân đều được cung cấp đầy đủ thông tin về nghiên cứu, được giải thích kỹ lưỡng về các lợi ích và rủi ro liên quan đến việc phẫu thuật, tuân thủ các nguyên tắc của tuyên bố Helsinki.

Toàn bộ mắt nghiên cứu được phẫu thuật bởi 1 phẫu thuật viên duy nhất theo một qui trình bao gồm:

Cắt bề tiêu chuẩn có thể kèm theo áp Mitomycin C hoặc không tùy theo hình thái và độ tuổi người bệnh.

Khâu nắp củng mạc tăng cường bằng mũi chỉ chữ U ngang qua phần giữa nắp với mục đích ép chặt nắp xuống sàn củng mạc không cho thủy dịch thoát ra trong những ngày hậu phẫu đầu tiên. Mũi chỉ này sẽ được cắt vào ngày thứ 3 – 15 sau phẫu thuật tùy diễn biến nhãn áp.

- Đóng kết mạc.

Điều trị sau mổ

Sau phẫu thuật bệnh nhân sẽ được tra mắt thuốc kháng sinh + corticoid, NSAID, nước mắt nhân tạo và toàn thân với kháng sinh đường uống theo phác đồ của Bộ Y tế.

Theo dõi

Bệnh nhân được đánh giá tại các thời điểm sau phẫu thuật 1, 2, 3 ngày; 1 tuần; 1 tháng; 3 tháng; 6 tháng. Các chỉ số theo dõi gồm: Thị lực, nhãn áp, số thuốc hạ nhãn áp cần dùng và các biến chứng.

2.3. Phân tích số liệu

Nhập số liệu bằng Microsoft Exel. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS ver.20. Các biến định

lượng và định tính được mô tả theo trung bình, độ lệch chuẩn. Kiểm định T-test độc lập để so sánh hai giá trị trung bình. Kiểm định Wilcoxin để so sánh dữ liệu liên tục. Kết quả được coi là có ý nghĩa thống kê nếu $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Trong thời gian từ tháng 12/2023 đến tháng 6/2025, chúng tôi đã lựa chọn 30 mắt của 28 người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, trong đó 12 nam (42,8%) và 16 nữ (57,2%); 26 bệnh nhân 1 mắt, 2 bệnh nhân 2 mắt. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $63,2 \pm 9,3$ tuổi (40 - 80 tuổi). Nhãn áp trước mổ trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $28,8 \pm 9,1$ mmHg. Nhãn áp thời điểm cao nhất đo được trong quá trình điều trị trước mổ trung bình là $35,7 \pm 9,3$ mmHg.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 9 bệnh nhân được điều trị 3 thuốc, 10 bệnh nhân được điều trị 4 thuốc và 9 bệnh nhân còn lại được điều trị bằng 5 loại thuốc, trung bình là $4,0 \pm 0,8$ thuốc/bệnh nhân.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân trước mổ

Tuổi	(40 – 80)	Trung bình ($63,2 \pm 9,3$)
Giới	Nam	12 (42,8%)
	Nữ	16 (57,2%)
Số mắt phẫu thuật	1 mắt	26 (%)
	2 mắt	2 (%)
Hình thái Glôcôm	POAG	14 (%)
	PACG	7 (%)
	HC GBB	1 (%)
	HC ICE	1 (%)
	Glôcôm tân mạch	1 (%)
	Glôcôm bẩm sinh	1 (%)
	Glôcôm do viêm	5 (%)
Số thuốc sử dụng	3 thuốc	9 (%)
	4 thuốc	10 (%)
	5 thuốc	9 (%)
	Trung bình	$4,0 \pm 0,8$
Nhãn áp trung bình trước mổ		$28,8 \pm 9,1$ mmHg
Nhãn áp cao nhất		$35,7 \pm 9,3$ mmHg.
Thị lực trung bình		$0,39 \pm 0,48$ logMAR

Thị lực trung bình sau mổ

Kết quả thị lực trung bình sau phẫu thuật giảm chỉ có $0,55 \pm 0,52$ logMAR sau 1 tuần. Sau 1 tháng thị lực mới phục hồi và sau 3 tháng mới trở lại tương đương trước mổ, thị lực này tiếp tục duy trì thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật.

Bảng 2. Thị lực trung bình trước và sau mổ

Thời điểm	Thị lực
Trước mổ	$0,39 \pm 0,48$
Sau 3 ngày	$0,55 \pm 0,52$
Sau 1 tuần	$0,55 \pm 0,52$
Sau 1 tháng	$0,41 \pm 0,45$
Sau 3 tháng	$0,36 \pm 0,41$
Sau 6 tháng	$0,38 \pm 0,45$

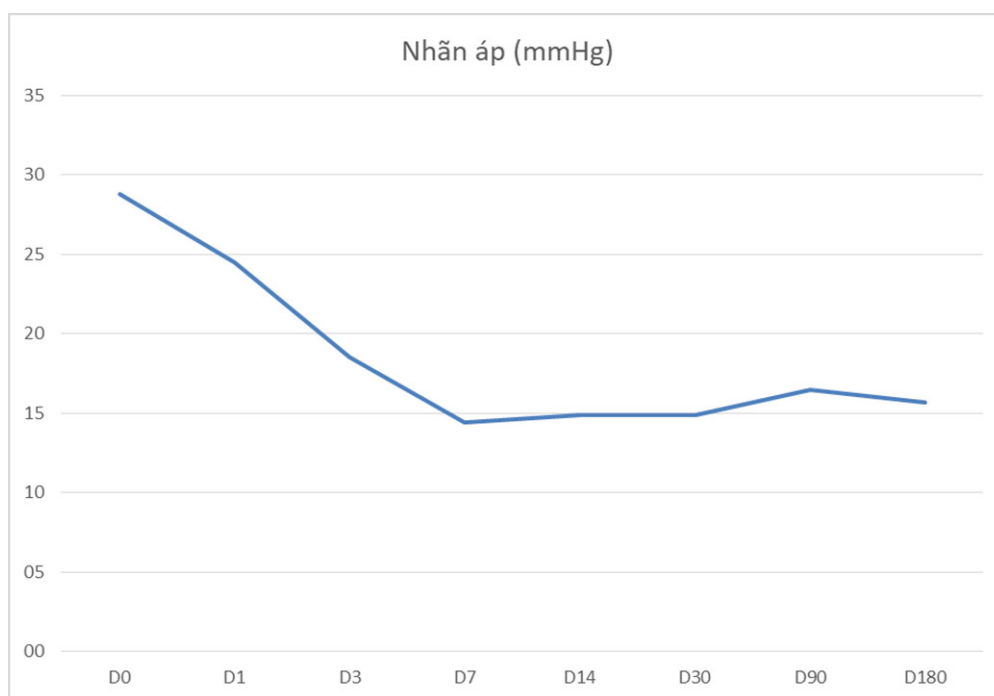
Nhãn áp trung bình sau mổ

Nhãn áp trung bình là chỉ số quan trọng đánh giá kết quả sau phẫu thuật cắt bè. Ở thời điểm trước

phẫu thuật nhãn áp trung bình là $28,8 \pm 9,1$ mmHg, vẫn còn khá cao tại thời điểm 1 ngày sau phẫu thuật và chỉ bắt đầu giảm ngày thứ 3 sau phẫu thuật. Nhãn áp thấp nhất là thời điểm 1 tuần sau phẫu thuật, sau đó có xu hướng tăng nhẹ ở các thời điểm thăm khám tiếp theo. Sau 6 tháng giá trị nhãn áp trung bình thu được là $15,7 \pm 3,9$ mmHg.

Bảng 3. Nhãn áp trung bình sau mổ

Thời điểm	Nhãn áp mmHg
Trước mổ	$28,8 \pm 9,1$
Sau 1 ngày	$24,5 \pm 13,5$
Sau 3 ngày	$18,5 \pm 7,6$
Sau 1 tuần	$14,4 \pm 3,6$
Sau 1 tháng	$14,9 \pm 4,2$
Sau 3 tháng	$16,5 \pm 6,4$
Sau 6 tháng	$15,7 \pm 3,9$

**Biểu đồ 1. Nhãn áp trung bình sau mổ**

Kết quả nhãn áp chi tiết ghi nhận tại các thời điểm tại bảng 4 cho thấy ngày đầu tiên sau mổ vẫn có 9 mắt (30%) nhãn áp trên 30 mmHg và 4 mắt (13,3%) có nhãn áp dưới 10 mmHg nhưng ở ngày thứ 7 sau mổ hầu hết nhãn áp đã trở về mức bình thường (96,7%) chỉ còn 1 mắt nhãn áp trên 21 mmHg. Sau 6 tháng vẫn còn 28 mắt (93,3%) duy trì được nhãn áp trong giới hạn bình thường và 2 mắt (6,7%) nhãn áp chưa điều chỉnh.

Bảng 4. Nhãn áp ghi nhận tại các thời điểm

NA mmHg	Trước mổ	Ngày 1	Ngày 3	Ngày 7	1 tháng	6 tháng
< 10	0	4 (13,3%)	0	0	0	0
10 - 21	6(20%)	13 (43,4%)	21 (70%)	29 (96,7%)	28 (93,3%)	28 (93,3%)
21,1 - 30	17 (76,7%)	4 (13,3%)	7 (23,3%)	1 (3,3%)	2 (6,7%)	2 (6,7%)
> 30	7 (23,3%)	9 (30%)	2 (6,7%)	0	0	0
Trung bình	28,8 ± 9,1	24,5 ± 13,5	18,5 ± 7,6	14,4 ± 3,6	14,9 ± 4,7	15,7 ± 3,9

Biến chứng sớm sau phẫu thuật

Trong nghiên cứu có 4 bệnh nhân bị nhãn áp thấp và 1 bệnh nhân bị bong hắc mạc xảy ra 3 ngày sau khi cắt mũi chỉ chữ U. Ngoài ra chúng tôi đã ghi nhận 1 trường hợp tiền phòng rất nông và 1 trường hợp rò vết mổ có Seidel (+).

Bảng 5. Biến chứng sớm

	Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Bong hắc mạc	1	3,3
2	Tiền phòng nông	1	3,3
3	Nhãn áp thấp	4	13,3
4	Rò vết mổ	1	3,3
	Tổng số	7	23,3

IV. BÀN LUẬN

Cho đến nay Cắt bè củng giác mạc vẫn là phẫu thuật điều trị glôcôm được ưa thích trên thế giới. Hiệu quả của phẫu thuật Cắt bè đã được khẳng định qua rất nhiều các nghiên cứu, với nhiều hình thái glôcôm khác nhau ^{6,7}. Kết quả hạ nhãn áp lâu dài và ổn định của phẫu thuật Cắt bè, có hoặc không kèm theo chất chống chuyển hoá, đã khiến phẫu thuật này trở thành “tiêu chuẩn vàng” trong phẫu thuật điều trị glôcôm. Tuy nhiên việc tạo ra một dòng chảy phi tự nhiên và hình thành một bọt thấm bất thường trên kết mạc cũng có những mặt trái. Tỷ lệ biến chứng của Cắt bè khá cao, có thể gặp ngay từ những ngày đầu hậu phẫu cho đến hàng chục năm về sau, trong đó có cả những biến chứng nguy hiểm

có nguy cơ làm mất thị lực trên những bệnh nhân glôcôm giai đoạn cuối. Nghiên cứu AGIS có tỷ lệ biến chứng là 53,3% sau 3 tháng. Nghiên cứu TVT có tỷ lệ biến chứng sau 5 năm là 60% ⁸.

Từ khoảng 10 năm nay, trào lưu phẫu thuật vi xâm lấn (Micro Invasive Glaucoma Surgery, MIGS), sử dụng những thiết bị dẫn lưu siêu nhỏ với mục tiêu hạ nhãn áp và hạn chế được những biến chứng của phẫu thuật tạo lỗ rò đã dần chiếm ưu thế, thay thế cho phẫu thuật Cắt bè trong nhiều trường hợp khiến tỷ trọng của những ca mổ Cắt bè có xu hướng giảm dần. Điều tra của hội Nhãn khoa Mỹ năm 2018 (American Glaucoma Society survey) cho thấy năm 2008 tỷ lệ Cắt bè là 74%, năm 2016 chỉ còn chiếm 59% tổng số ca phẫu thuật glôcôm ở Hoa Kỳ.

Bảng 6. Tỷ lệ biến chứng sau Cắt bè của một số nghiên cứu đa trung tâm

	TVT Study ^a (n = 105)	CIGTS ^b (n = 465)	AGIS ^c (n = 509)	FFSS ^a (n = 213)
Shallow or flat anterior chamber	10%	13%	17.3%	NR
Wound leak	11%	6%	6.5%	20% without 5-FU 32% with 5-FU
Choroidal effusion	17%	11%	7.9%	NR
Anterior chamber bleeding	8%	10%	11.4%	NR
Encapsulated bleb	6%	12%	14.1%	NR
Bleb leak	6%	NR	NR	2% without 5-FU 9% with 5-FU
Suprachoroidal hemorrhage	3%	0.7%	NR	6.2% without 5-FU 6.2% with 5-FU
Endophthalmitis/blebitis	5%	0%	NR	.9% without 5-FU 1.9% with 5-FU
Cystoid macular edema	3%	.2%	NR	NR
Aqueous misdirection	1%	.4%	NR	NR
Overall rate ^d /follow-up	37%/1 month 63%/5 years	50%/1 month	53.6%/>3 months	NR

AGIS = Advanced Glaucoma Intervention Study; CIGTS = Collaborative Initial Glaucoma Treatment Study; FFSS = Fluorouracil Filtering Surgery Study; 5-FU = 5-fluorouracil; NR = not reported; TVT = Tube Versus Trabeculectomy.

Trở ngại lớn nhất là chi phí cho 1 ca phẫu thuật MIGS rất lớn, gấp 8 - 10 lần chi phí 1 ca Cắt bè tiêu chuẩn, do vậy ở các nước đang phát triển Cắt bè vẫn là phẫu thuật đầu tay được ưa chuộng với đa số các bác sỹ Nhân khoa. Tuy nhiên để tiếp tục được duy trì trong kỷ nguyên mới bản thân phẫu thuật Cắt bè cũng cần phải thay đổi, phải có những cải tiến làm tăng thêm độ tin cậy, giảm thiểu những biến chứng nguy hiểm như rò vết mổ, xẹp tiền phòng, nhãn áp thấp, bong hắc mạc, phù hoàng điểm và đặc biệt là biến chứng mất thị lực ở những mắt glôcôm giai đoạn cuối.

Những biến chứng sớm nguy hiểm của phẫu thuật Cắt bè có nguyên nhân từ sự thay đổi đột ngột của nhãn áp sau phẫu thuật dẫn đến rối loạn vận mạch gây giãn mạch, tăng tính thấm mao mạch. Đồng thời bản thân lỗ rò cũng là một cấu trúc bất thường gây rối loạn dòng chảy thủy dịch dẫn đến xẹp tiền phòng, rò vết mổ và nhãn áp quá thấp. Từ lập luận đó chúng tôi đi đến nhận định cần đóng chặt lỗ rò sau khi cắt bè để thủy dịch không thể thoát ra khỏi mắt trong những ngày đầu sau phẫu thuật. Trong những ngày tiếp theo, khi vết mổ đã

tương đối ổn định, vật kết mạc phía trên cũng đã được biểu mô liền kín (48 - 72 giờ sau phẫu thuật) lúc đó mới cắt hoặc rút mũi chỉ khâu đóng nắp củng mạc để thủy dịch từ từ thoát ra tránh được sự thay đổi nhãn áp một cách đột ngột.

Kết quả cho thấy ngày đầu tiên sau phẫu thuật nhãn áp trung bình vẫn khá cao ở mức $24,5 \pm 13,5$ mmHg, trong đó có 13 mắt (43,4%) có nhãn áp trên 21 mmHg. Đây là hệ quả tất yếu của việc khâu chặt vết mổ nhưng có thể dễ dàng khắc phục bằng các loại thuốc hạ nhãn áp phù hợp. Đối lại những bệnh nhân này đều có tiền phòng ổn định tương đương như trước mổ, tránh được hoàn toàn nguy cơ bong hắc mạc và, một biến chứng nguy hiểm khác ảnh hưởng đến kết quả lâu dài của phẫu thuật lỗ rò. Ở ngày thứ 3 sau mổ khi vết mổ đã được biểu mô phủ kín ở bên ngoài chúng tôi mới tiến hành cắt và rút mũi chỉ chữ U tăng cường. Sau động tác này sẽ quan sát thấy một dòng thủy dịch tràn vào khoang dưới kết mạc và seo bọng bắt đầu hình thành. Những trường hợp thủy dịch vẫn khó thoát, thể hiện nhãn áp vẫn không thay đổi, chúng tôi tiếp tục rút hoặc cắt bằng laser 1 trong 2 mũi chỉ khâu ở 2 bên góc

vật cứng mạc. Nhờ vậy tại thời điểm này nhãn áp trung bình đã giảm xuống chỉ còn $18,5 \pm 7,6$ mmHg, sau 7 ngày nhãn áp trung bình chỉ còn $14,4 \pm 3,6$ mmHg đạt mức sụt giảm 50% so với nhãn áp trung bình trước mổ. Kết quả này vẫn được duy trì ở những lần tái khám tiếp theo.

Mặc dù vật cứng mạc đã được khâu mũi tăng cường để hạn chế thoát dịch nhưng trong ngày đầu sau phẫu thuật vẫn có 13 mắt (43,4%) đạt nhãn áp ở mức bình thường từ 10 đến 21 mmHg. Điều này cho thấy lợi ích to lớn của việc khâu chặt nắp cứng mạc. Nếu không có mũi khâu tăng cường khả năng cao là những mắt này sẽ có nhãn áp thấp thậm chí rất thấp do thoát dịch quá mức và từ đó sẽ dẫn đến những biến chứng nguy hiểm khác. Trong những ngày hậu phẫu tiếp theo nếu nhãn áp vẫn ổn định, sẹo bong dần hình thành chúng tôi sẽ cắt mũi chỉ tăng cường sau 2 tuần khi vết mổ đã chắc chắn. Nếu nhãn áp có xu hướng tăng dần chúng tôi sẽ cắt chỉ khi nhãn áp vượt quá 18mmHg.

Bên cạnh đó tại thời điểm 1 ngày sau phẫu thuật vẫn có 4 mắt nhãn áp dưới 10 mmHg nhưng hoàn toàn không có hiện tượng rò rỉ từ vết mổ. Theo phân tích của chúng tôi hiện tượng này là hậu quả của việc dùng quá nhiều thuốc chế ức chế thủy dịch trước mổ vì vậy sau mổ thủy dịch mới không được tạo ra nên sức căng nội nhãn không được duy trì. Sau 48 – 72h các thuốc hạ nhãn áp sẽ được đào thải hết lúc này thủy dịch mới được tái sản xuất và tiền phòng mới được tái tạo. Trong thời gian chờ đợi này, nếu tiền phòng xẹp đến mức mỏng mắt áp sát nội mô giác mạc có thể thực hiện thủ thuật bơm hơi tiền phòng qua đường mổ phụ để duy trì tiền phòng chờ thủy dịch mới được sản xuất.

Nhờ mũi chỉ chữ U đóng nắp cứng mạc tăng cường, hạn chế thoát dịch quá mức trong những ngày đầu sau phẫu thuật mà biến chứng sớm sau mổ của chúng tôi giảm rõ rệt khi so sánh với những nghiên cứu khác về phẫu thuật Cắt bè.

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn gặp 1 số biến chứng, trong đó có 1 trường hợp rò vết mổ và 1 trường hợp bong hắc mạc. Những biến chứng này chỉ gặp sau khi đã cắt mũi chỉ khâu tăng cường sớm hơn dự kiến vì tình trạng nhãn áp cao sau mổ. Từ đó

chúng tôi rút ra kinh nghiệm phải cố gắng duy trì mũi chỉ này tối thiểu 3 ngày khi vết mổ đã biểu mô hoá mới được cắt bỏ. Trong thời gian đó cố gắng điều chỉnh nhãn áp bằng nhiều loại thuốc phối hợp. Không chỉ dùng thuốc tra mà phải dùng thêm cả thuốc uống và truyền tĩnh mạch nếu cần thiết. Đồng thời có thể mát-xa nhẹ trên nắp cứng mạc cho thủy dịch nội nhãn thoát ra.

So với nhóm mổ Cắt bè trong nghiên cứu TVT của Gedde (2007) tỷ lệ biến chứng của chúng tôi thấp hơn một cách có ý nghĩa với $p < 0,001$ và tương đương với tỷ lệ biến chứng của nhóm đặt ống dẫn lưu tiền phòng. Trong nghiên cứu TVT tỷ lệ biến chứng của nhóm đặt van thấp hơn nhóm Cắt bè được giải thích rằng van dẫn lưu có kích thước đường ống phù hợp với lượng dịch được tiết ra theo lý thuyết và điều quyết định nhất là ống van này được thắt chặt bằng chỉ vicryl khi đặt vào mắt để ngăn thủy dịch thoát trong những ngày đầu [9]. Chỉ từ ngày thứ 3 trở đi khi sợi chỉ ngấm nước nở ra ống van mới được giải phóng cho dịch lưu thông. Cách làm này cũng tương đồng với việc khâu đóng vết mổ bằng mũi chỉ tăng cường của chúng tôi khẳng định việc hạn chế dòng thủy dịch lưu thoát trong những ngày đầu hậu phẫu có tác dụng hạn chế được những biến chứng sớm nguy hiểm ảnh hưởng không tốt lên kết quả về sau.

Kết quả cuối cùng cho thấy tỷ lệ thành công hoàn toàn của nghiên cứu là 70%, thành công tương đối vẫn cần dùng thêm thuốc hạ nhãn áp là 23,3%, thất bại 6,7% phải chuyển mổ đặt van dẫn lưu. Kết quả này có thể cao hơn so với một số nghiên cứu khác, trong đó tỷ lệ thành công hoàn toàn khoảng 46% và thất bại có thể lên tới 30–50% trong thời gian theo dõi dài hơn [8, 10]. Sự khác biệt này có thể do thời gian theo dõi ngắn hơn và nghiên cứu được thực hiện bởi một phẫu thuật viên duy nhất, giúp giảm sai số kỹ thuật.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp khâu nắp cứng mạc bổ xung bằng mũi khâu chữ U làm giảm đáng kể biến chứng sớm của phẫu thuật cắt bè, việc cắt bỏ mũi chỉ khâu rất dễ dàng trong giai đoạn hậu phẫu không ảnh hưởng đến kết quả cuối cùng của phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thanh Thuỷ (2015) *Đánh giá tình trạng sẹo bong của phẫu thuật cắt bè có ghép màng ối và cắt bè áp Mitomycin C điều trị tăng nhãn áp tái phát sau mổ lỗ rò*, in *Nhãn khoa*. Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Nuyts RM et al (1994) *Treatment of hypotonous maculopathy after trabeculectomy with mitomycin C*. Am J Ophthalmol, 1994. 118(3): p. 322-31.
3. Sugar HS (1971) *Treatment of hypotony following filtering surgery for glaucoma*. Am J Ophthalmol 71(5): 1023-1033.
4. Schwartz GF et al (1996) *Resuturing the scleral flap leads to resolution of hypotony maculopathy*. J Glaucoma, 1996. 5(4): 246-251.
5. Shirato S, K Maruyama, and Haneda M (2004) *Resuturing the scleral flap through conjunctiva for treatment of excess filtration*. Am J Ophthalmol 137(1): 173-174.
6. Musch DC et al (1999) *The Collaborative Initial Glaucoma Treatment Study: study design, methods, and baseline characteristics of enrolled patients*. Ophthalmology 106(4): 653-662.
7. Lai C et al (2022) *Trabeculectomy With Antimetabolite Agents for Normal Tension Glaucoma: A Systematic Review and Meta-Analysis*. Front Med (Lausanne) 9: 932232.
8. Gedde SJ et al (2007) *Treatment outcomes in the tube versus trabeculectomy study after one year of follow-up*. Am J Ophthalmol, 2007. 143(1): p. 9-22.
9. Gedde SJ et al (2012) *Postoperative complications in the Tube Versus Trabeculectomy (TVT) study during five years of follow-up*. Am J Ophthalmol 153(5): 804-814.
10. Mamidipaka A et al (2025) *Outcomes of Trabeculectomy and Predictors of Success in Patients of African Ancestry With Primary Open Angle Glaucoma*. J Glaucoma 34(2): 127-135.