

Biến chứng phẫu thuật phaco phối hợp tách dính góc tiền phòng điều trị glôcôm góc đóng cấp có kèm đục thể thủy tinh

Complications of phacotrabeculectomy for unresponsive acute primary angle closure glaucoma with cataract

Đỗ Tấn*,
Nguyễn Văn Cường**

*Bệnh viện Mắt Trung ương,
**Bệnh viện Quân y 103

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá biến chứng của phẫu thuật phaco phối hợp tách dính góc tiền phòng điều trị glôcôm góc đóng cấp kèm theo đục thể thủy tinh không đáp ứng với điều trị nội khoa. **Đối tượng và phương pháp:** 45 mắt thỏa mãn điều kiện được đưa vào nghiên cứu từ Bệnh viện Mắt Trung ương, Bệnh viện Mắt Hà Đông và Khoa Mắt, Bệnh viện Quân y 103 trong thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 11/2019. Nghiên cứu can thiệp theo dõi dọc theo thời gian, tất cả các bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật phaco phối hợp cắt bè, thời gian theo dõi 1 năm. **Kết quả:** 45 mắt đều đạt kết quả khá tốt với tỷ lệ kiểm soát nhãn áp 100% sau 1 năm theo dõi. Tỷ lệ tai biến trong mổ thấp (5/45 - 11,11%) duy nhất xuất huyết tiền phòng. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 12/45 mắt (chiếm 26,67%) tuy nhiên thường nhẹ không để lại di chứng. Tỷ lệ viêm màng bồ đào trước xảy ra nhiều hơn trên nhóm có nhãn áp tăng cao trên 40mmHg ($p < 0,001$, test Chi-square). Phù giác mạc xảy ra nhiều hơn trên nhóm độ sâu tiền phòng thấp hơn ($p = 0,02$, test Chi-square), thời gian tiến triển bệnh dài ($p = 0,04$, test Chi-square). Giãn đồng tử cũng xảy ra không hồi phục nhiều hơn trên nhóm bệnh nhân có tăng nhãn áp trên 40mmHg ($p < 0,001$, test Chi-square). **Kết luận:** Phẫu thuật phaco phối hợp tách dính góc tiền phòng tương đối an toàn trong điều trị glôcôm góc đóng cấp kèm đục thể thủy tinh không đáp ứng với điều trị nội khoa.

Từ khóa: Glôcôm góc đóng cấp, phaco phối hợp cắt bè, biến chứng.

Summary

Objective: To evaluate the complications of phacoemulsification-goniosynechialysis for unresponsive acute PACG with cataract. **Subject and method:** 45 eligible eyes were recruited into the study from 3 centers Vietnam National Eye Hospital, Ha Dong Eye Hospital and Eye Department of 103 Military Hospital from 1/2018 to 11/2019. In this prospective interventional study, all eyes were treated with phacoemulsification-goniosynechialysis and followed for 1 year. **Result:** General result was relatively good

Ngày nhận bài: 10/7/2021, ngày chấp nhận đăng: 28/7/2021

Người phản hồi: Đỗ Tấn, Email: dotan20042005@gmail.com - Bệnh viện Mắt Trung ương

with IOP complete success of 100%. Intraoperative incidents rate was low (5/45 - 11.11%) only hyphema. The rate of postoperative complications was 12/45 cases (26.67%) which was usually transient without significant sequelae. Anterior uveitis rate was higher in group of high IOP ($> 40\text{mmHg}$) ($p<0.001$, test Chi-square). Corneal edema rate was higher in group of shallow anterior chamber depth ($p=0.02$, test Chi-square), time of process ($p=0.04$, test Chi-square). Miotic was more frequent in group of high IOP ($> 40\text{mmHg}$) ($p<0.001$, test Chi-square). *Conclusion:* Phacoemulsification-goniosynechialysis proved to be relatively safe in treating unresponsive acute PACG with cataract.

Keywords: Acute PACG, phacotrabeculectomy, complications.

1. Đặt vấn đề

Glôcôm là nguyên nhân gây mù lòa không phục hồi trên toàn thế giới. Tuổi càng cao bệnh glôcôm càng tăng, làm tăng giá thành chăm sóc sức khỏe và là gánh nặng kinh tế cho xã hội. Đáng chú ý là 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 thì glôcôm góc đóng nguyên phát cấp tính là dạng phá hủy thị lực nhiều nhất của bệnh. Đây là hình thái xúng đáng được quan tâm đặc biệt bởi vì nó là một tình trạng cấp cứu trong nhãn khoa, có thể dẫn đến suy giảm thị lực trầm trọng hoặc mù lòa nếu không được cấp cứu, điều trị kịp thời [8].

Điều trị glôcôm góc đóng cơn cấp tập trung ngoài việc cắt cơn cấp đã được hết sức quan tâm thì yêu cầu quan trọng nữa đó là duy trì được nhãn áp đích ổn định và hạn chế các biến chứng do thuốc và phẫu thuật. Một số nghiên cứu cho thấy ảnh hưởng của thể thủy tinh đối với bệnh lý này, cụ thể là sự thay đổi của thể thủy tinh có độ dày lớn hơn sang thể thủy tinh nhân tạo mỏng hơn, sẽ giúp cho tiền phòng trở lên sâu hơn. Khi tiền phòng sâu hơn, khoảng cách từ mống mắt đến mặt sau giác mạc ở chu biên mở rộng ra, góc tiền phòng mở rộng, thoát lưu thủy dịch tốt, ở

mặt khác, khoảng cách thể thủy tinh đến mống mắt cũng rộng hơn, nghẽn đồng tử không xảy ra, lưu thông thủy dịch qua lỗ đồng tử tốt hơn. Từ đó, phẫu thuật thể thủy tinh có thể được coi như phẫu thuật lựa chọn hàng đầu [2], [5]. Việc phối hợp phẫu thuật thay thể thủy tinh 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. Tuy nhiên về tính an toàn, và hiệu quả lâu dài thì còn có nhiều tranh cãi, phẫu thuật phối hợp cắt bè củng giác mạc mặc dù là phẫu thuật quen thuộc song dễ gặp phải tai biến, biến chứng hơn đặc biệt là các biến chứng về sẹo bọc, lỗ rò. Phẫu thuật tách dính góc tiền phòng có hiệu quả rõ rệt với các trường hợp glôcôm cấp không cắt cơn (thường kèm theo dính góc tiền phòng), phẫu thuật này hạn chế được xâm lấn tới nhãn cầu, theo các nghiên cứu là hạn chế được các tai biến và biến chứng hơn phẫu thuật phối hợp với cắt bè củng giác mạc [1], [2], [3]. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá tai biến, biến chứng của phẫu thuật phaco đặt IOL kết hợp tách dính góc tiền phòng trong điều trị glôcôm góc đóng nguyên phát kèm theo đục thể thủy tinh không cắt cơn với điều trị nội khoa.*

2. Đối tượng và phương pháp

Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là glôcôm góc đóng nguyên phát cấp tính cấp tính 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 tháng 01/2018 đến tháng 11/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Tuổi > 18.

Được chẩn đoán là glôcôm góc đóng nguyên phát cấp tính [2].

Giảm thị lực.

Nhãn áp cao (> 21mmHg).

Có 3 trong 4 triệu chứng sau: Đau nhức mắt, nôn và hoặc đau đầu, cương tụ kết mạc, phù biểu mô giác mạc.

Khám sinh hiển vi thấy tiền phòng nông hoặc soi góc thấy góc đóng (không quan sát được vùng bè từ 180 độ trở lên).

Không đáp ứng với điều trị nội khoa là khi nhãn áp không điều chỉnh và/hoặc góc tiền phòng vẫn đóng > 180 độ sau 3 ngày điều trị nội khoa tích cực.

Bệnh nhân được chẩn đoán đục thủy tinh thể từ độ II trở lên theo phân loại LOCS III.

Không dị ứng với các thuốc điều trị nội khoa hạ nhãn áp.

Tiêu chuẩn loại trừ

Phụ nữ có thai hoặc cho con bú.

Các bệnh nhân có cơn tăng nhãn áp cấp tính nhưng không phải là glôcôm góc đóng nguyên phát.

Bệnh nhân có viêm nhiễm cấp tính tại mắt hoặc mắc bệnh toàn thân không đảm bảo cho phẫu thuật.

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, hoặc không đồng ý chấp nhận sự ngẫu nhiên trong nghiên cứu, hoặc không thể khám lại theo hẹn.

Thị lực sáng tối âm tính.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp theo dõi dọc theo thời gian.

Quy trình phẫu thuật phaco kết hợp tách dính góc tiền phòng:

Dùng dao 2,8mm rạch giác mạc trong điểm 10h vào tiền phòng. Dùng dao 15 độ chọc tiền phòng điểm 2h. Bơm nhầy vào tiền phòng, xé bao trước vòng tròn liên tục bằng pince. Bơm nước tách nhân khỏi bao, xoay nhân bằng bơm tiêm 5ml gắn kim đầu tù 27G. Tán nhuyễn và hút nhân đục bằng đầu tip phaco. Rửa hút sạch chất nhân bằng đầu tip I/A. Bơm nhầy, đặt thể thủy tinh nhân tạo (IOL). 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 nhầy tiền phòng, bơm phù mép mổ. Tiêm 20mg gentamycin và 2mg dexamethasone dưới kết mạc phía cùng đồ dưới.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Tuổi, giới, thời gian tiến triển.

Đặc điểm tại mắt: Thị lực, nhãn áp, độ sâu tiền phòng.

Các tai biến, biến chứng của phẫu thuật: Xuất huyết tiền phòng, xuất huyết dịch kính, viêm màng bồ đào trước, phù giác mạc, ...

2.3. Xử lý số liệu

Sử dụng các thuật toán thống kê theo phần mềm SPSS 16.0.

2.4. 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.

3. Kết quả

3.1. Các đặc điểm chung

Nghiên cứu được tiến hành trên 45 mắt của 45 bệnh nhân 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 củng giác mạc. Tuổi trung bình là $64,56 \pm 17,5$ tuổi (từ 36 - 90 tuổi), trong đó nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm chủ yếu 28/45 (chiếm 62,22%), từ 40 - 60 tuổi 13/45 (chiếm 38,89%) và thấp nhất là nhóm dưới 40 tuổi 4/45 (chiếm 8,89%). Số bệnh nhân nam 13, nữ 32, tỷ lệ nữ/nam: 2,46/1. Thời gian tiến triển của bệnh cho đến khi vào viện: $3,52 \pm 0,84$ ngày (từ 1 đến 6 ngày). Trong đó nhóm từ 1 - 3 ngày chiếm chủ yếu 35/45 (chiếm 77,78%), nhóm từ trên 3 ngày 10/45 (chiếm 22,22%).

3.2. Đặc điểm tại mắt và kết quả phẫu thuật

Nhóm thị lực < DNT 3m có 10/45 mắt chiếm 22,22%, nhóm DNT 3m - 20/80 có 32/45 mắt chiếm chủ yếu 71,11%, nhóm 20/80 - 20/30 có 3/45 mắt chiếm 6,67%. Thị lực theo đơn vị LogMAR trung bình là $1,45 \pm 0,53$ logMAR (từ 2,0 LogMAR đến 0,5 LogMAR). 12 tháng sau phẫu thuật, thị lực cải thiện rõ, thị lực trung bình là $0,38 \pm 0,18$ logMAR (từ 1,0 LogMAR đến 0,2 LogMAR), so với trước phẫu thuật khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,01$, test T Student.

Nhấn áp trung bình trước phẫu thuật $34,52 \pm 9,41$ mmHg (từ 26 đến 45mmHg). Nhấn áp từ trên 40mmHg 15/45 mắt (chiếm 33,33%), nhấn áp dưới 40mmHg 30/45 mắt (chiếm 66,67%). 12 tháng sau

phẫu thuật, nhấn áp duy trì ổn định trong giới hạn bình thường trung bình là $18,1 \pm 4,56$ mmHg (từ 14mmHg đến 21mmHg), so với trước phẫu thuật khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$, test T Student.

Độ mở góc tiền phòng trước phẫu thuật $0,41 \pm 0,42$ (phân độ Shaffer). Trong đó, góc tiền phòng độ 0 chiếm chủ yếu 33/45 (73,33%), nhóm độ 1 chiếm 8/45 (chiếm 17,78%), và nhóm độ 2 xuất hiện ở một số góc phần tư trên một số mắt chiếm 4/45 mắt (4,4%). 12 tháng sau phẫu thuật, góc tiền phòng mở rộng hơn, độ mở góc trung bình là $2,24 \pm 1,25$ độ (từ độ 1 đến độ 4), so với trước phẫu thuật khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$, test T Student.

Độ sâu tiền phòng trung bình trước phẫu thuật là $1,95 \pm 0,41$ mm (từ 1,19 đến 2,31mm). Độ sâu tiền phòng từ trên 1,5mm 21/45 mắt (chiếm 46,67%), dưới 1,5mm là 24/45 mắt (chiếm 53,33%). 12 tháng sau phẫu thuật, tiền phòng sâu hơn, độ sâu trung bình là $2,71 \pm 1,52$ mm (từ 1,62mm đến 2,95mm), so với trước phẫu thuật khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,01$, test T Student.

3.4. Các tai biến và biến chứng

Tất cả 45 mắt của nghiên cứu đều có kết quả chức năng và nhấn áp tương đối tốt. Toàn bộ mắt trong nghiên cứu có mức nhãn điều chỉnh không thuốc sau 1 năm theo dõi.

Các phẫu thuật trong nghiên cứu đều được thực hiện bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Chúng tôi không gặp các tai biến 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 chiếm 11,11% và xảy ra trên 5 mắt, các tai biến này không để lại hậu quả gì nghiêm trọng Bảng 1 dưới đây

thống kê các biến chứng gặp phải và các xử trí tương ứng.

Bảng 1. Phân bố các tai biến trong mổ

Tai biến	Số ca (Tỷ lệ %)	Xử trí
Xuất huyết tiền phòng	5 (11,11%)	Rửa tiền phòng - dung dịch adrenaline pha loãng bơm vào tiền phòng, bơm khí tiền phòng

Sau phẫu thuật và theo dõi phát hiện có 12/45 mắt (chiếm 26,67%) xảy ra 1 hoặc nhiều các biến chứng sau:

Bảng 2. Phân bố các biến chứng sau mổ

Biến chứng	Sớm (< 2 tuần) (n = 45)	Muộn (> 2 tuần) (n = 45)
Hạ nhãn áp (< 6mmHg)	0	0
Xuất huyết tiền phòng	0	0
Tiền phòng nông	0	0
Bong hắc mạc	0	0
Viêm sẹo bong	0	0
Viêm màng bồ đào trước	8 (17,78%)	2 (4,44%)
Bong dịch kính sau	0	0
Lỗ hoàng điểm	0	0
Thủy dịch ngược dòng	0	0
Bong màng Descemet	0	0

Bảng 3. Mối liên quan kết quả phẫu thuật và biến chứng

Kết quả phẫu thuật		Nhóm có biến chứng (n = 12)	Nhóm không có biến chứng (n = 33)	p
Nhãn	Nhãn áp chung	15,77 ±	15,32 ± 8,97mmHg	0,16

Lệch IOL	0	0
Viêm màng bồ đào tái phát	0	0
Xuất huyết dịch kính	0	0
Phù giác mạc	6 (13,33%)	2 (4,44%)
Dẫn đồng tử	4 (8,87%)	4 (8,87%)
Viêm mủ nội nhãn	0	0
Nang kết mạc	0	0

Viêm màng bồ đào trước xảy ra ngay sau phẫu thuật chiếm 8/45 mắt (17,78%) với các hình thái từ xuất hiện dấu hiệu Tyndal dương tính, đến màng xuất tiết diện đồng tử. Được điều trị bằng chống viêm tại chỗ cũng như toàn thân, phối hợp chống dính đồng tử. Tuy nhiên, sau 2 tuần vẫn còn 2/41 mắt còn biểu hiện Tyndal (+) chiếm 2/45 mắt (4,44%).

Phù giác mạc xảy ra sau phẫu thuật chiếm 6/45 mắt (13,33%), tuy nhiên không có trường hợp nào phù do bong màng Descemet (chụp OCT bán phần trước để xác định), được điều trị với chống viêm, hạ nhãn áp. Sau 2 tuần tỷ lệ phù giác mạc giảm xuống 2/45 mắt (4,44%), với 2 mắt còn phù này, tổn thương nội mô giác mạc do nhãn áp cao và kéo dài đã gây ra loạn dưỡng, và kết quả là thị lực không cải thiện so với trước phẫu thuật.

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 thì 4 mắt này vẫn còn giãn đồng tử.

áp		6,74mmHg		
	Từ 18 - 21mmHg (n = 5)	2 (16,67%)	3 (9,1%)	0,07
	Từ 15 -18mmHg (n = 31)	8 (66,67%)	23 (69,69%)	0,11
	Dưới 15mmHg (n = 9)	2 (16,67%)	7 (21,21%)	0,09
Thị lực	Thị lực trung bình	0,57 ± 0,32 logMAR	0,53 ± 0,77 logMAR	0,07
	Nhóm < 20/200 (n = 4)	3 (25%)	1 (3,03%)	<0,0 01

Theo Bảng 3, kết quả về nhãn áp và thị lực sau 12 tháng phẫu thuật có ảnh hưởng bởi biến chứng sau phẫu thuật ở một số điểm sau:

Nhóm có biến chứng không cho thấy ảnh hưởng tới nhãn áp sau phẫu thuật ở tháng thứ 12 cũng như trên các phân nhóm nhãn áp.

Nhóm có biến chứng cũng có tỷ lệ thị lực thấp trầm trọng (< 20/200) cao hơn nhóm không có biến chứng 3/4 mắt. Cụ thể trong nhóm này, 2/3 mắt giác mạc phù do tổn thương nội mô (liên quan tới tiền phòng nông và thời gian tiến triển bệnh kéo dài không hồi phục dẫn tới thị lực giảm trầm trọng, 1/3 mắt do viêm màng bồ đào kéo dài.

3.5. Một số yếu tố liên quan đến tai biến, biến chứng của phẫu thuật

Bảng 4. Các yếu tố ảnh hưởng tới biến chứng

Các yếu tố ảnh hưởng		Xuất huyết tiền phòng (n = 5)	p
Tuổi	Dưới 40 tuổi (n = 4)	0	0,07
	Từ 40 - 60 tuổi (n = 13)	2	
	Trên 60 tuổi (n = 28)	3	
Giới	Nam (n = 13)	1	0,06
	Nữ (n = 32)	4	
Nhãn áp trước PT	Trên 40 (n = 15)	2	0,07
	Dưới 40 (n = 30)	3	
Thời gian bị bệnh	1 - 3 ngày (n = 35)	3	0,07
	Trên 3 ngày (n = 10)	2	
Độ sâu tiền phòng	Dưới 1,5mm (n = 21)	3	0,06
	Trên 1,5mm (n = 24)	2	

Tỷ lệ tai biến thấp đồng thời không cho thấy mối tương quan rõ rệt với các yếu tố liên quan trước phẫu thuật trên các mắt có tai biến xảy ra. Các xuất huyết này thường liên quan đến mức độ dính góc tiền phòng hơn, ghi nhận các điểm chảy máu trong quá trình tách dính xảy ra chủ yếu trên các góc phần tư dính góc (góc độ 0) (Bảng 5).

Bảng 5. Liên quan giữa độ mở góc và tai biến

Yếu tố ảnh hưởng	Tính chất	Xuất huyết tiền phòng (n = 5)
Góc độ 0 (n = 132)	Dính góc (n = 46)	5
	Không dính (n = 76)	0
Góc độ 1 (n = 32)	Dính góc (n = 12)	0
	Không dính (n = 30)	0
Góc độ 2 (n = 12)	Dính góc (n = 0)	0
	Không dính (n = 12)	0

Bảng 6. Mối liên quan kết quả phẫu thuật và biến chứng

Các yếu tố ảnh hưởng		Viêm MBĐ (n = 8)	Phù giác mạc (n = 6)	Dẫn đồng tử (n = 4)
Tuổi	Dưới 40 tuổi (n = 4)	1	0	1
	Từ 40 - 60 tuổi (n = 13)	2	1	1
	Trên 60 tuổi (n = 28)	5	5	2
<i>p</i>		0,21	0,08	0,07
Giới	Nam (n = 13)	2	2	1
	Nữ (n = 32)	6	4	3
<i>p</i>		0,11	0,08	0,1
Nhấn áp	Trên 40 (n = 15)	5	2	3
	Dưới 40 (n = 30)	3	4	1
<i>p</i>		<0,001	0,09	<0,001
Thời gian	1 - 3 ngày (n = 35)	5	2	3
	Trên 3 ngày (n = 10)	3	4	1
<i>p</i>		0,06	0,04	0,15
Độ sâu TP	Dưới 1,5mm (n = 21)	4	5	2
	Trên 1,5mm (n = 24)	4	1	2
<i>p</i>		0,12	0,02	0,13

Theo Bảng 6, cho thấy tỷ lệ biến chứng viêm màng bồ đào trước xảy ra nhiều hơn trên nhóm có nhãn áp tăng cao hơn ($p < 0,001$, test Chi-square). Phù giác mạc xảy ra nhiều hơn trên nhóm độ sâu tiền phòng thấp hơn ($p = 0,02$, test Chi-square), thời gian tiến triển bệnh dài ($p = 0,04$, test Chi-square). Dẫn đồng tử cũng xảy ra

không hồi phục nhiều hơn trên nhóm bệnh nhân có tăng nhãn áp trên 40mmHg ($p < 0,001$, test Chi-square).

4. Bàn luận

Phẫu thuật phaco đặt IOL phối hợp tách dính góc tiền phòng thường được chỉ định khi cơn góc đóng cấp không đáp ứng với

điều trị nội khoa thông thường và bệnh nhân có đục thể thủy tinh đáng kể ảnh hưởng đến thị lực. Tuy nhiên, hầu hết các trường hợp phẫu thuật trên bệnh nhân lớn tuổi (trung bình $64,56 \pm 17,5$ tuổi), tại thời điểm phẫu thuật mắt còn viêm, các môi trường trong suốt còn phù nề nhiều, nhãn áp chưa được kiểm soát có thể gây tăng tỷ lệ biến chứng trong và sau 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. Tỷ lệ tai biến trong phẫu thuật được ghi nhận thấp chiếm 11,11% và xảy ra trên 5 mắt, các tai biến này không để lại hậu quả gì nghiêm trọng (Bảng 1). Tai biến trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có tai biến xuất huyết tiền phòng là duy nhất. Trong quá trình tách dính góc tiền phòng, ở một số trường hợp làm tổn thương chân móng mắt và gây xuất huyết. Khi có biểu hiện xuất huyết, ngay từ đầu, chúng tôi dùng tách dính và dùng các biện pháp để ngăn xuất huyết tiếp theo gồm: Bơm dung dịch adrenaline pha loãng bơm vào tiền phòng, bơm khí tiền phòng, và tách dính tiếp tục khi tình trạng xuất huyết được giải quyết. Thực tế, tách dính gồm 2 phần, sau khi đặt IOL vào trong bao, tiến hành bơm nhầy tiền phòng tách dính góc tiền phòng trước, sau đó khi tiền phòng sâu mới tiến hành đặt kính tiếp xúc để tách dính mở góc bằng dụng cụ, do vậy cũng hạn chế được một phần tai biến này. Trong quá trình tìm hiểu về các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ tai biến xuất huyết này, chúng tôi thấy xuất huyết tiền phòng khi tách dính góc có mối liên quan tới mức độ đóng góc và dính góc (Bảng 4). Cả 5 trường hợp có tai biến xuất huyết tiền phòng đều xảy ra trên góc phần tư đóng góc độ 0, và dính góc (5/46). Trên các trường hợp này, góc

đóng, dính góc sẽ gây khó khăn hơn cho phẫu thuật viên hơn các trường hợp đóng độ 0 nhưng không có dính góc. Do vậy, trong các trường hợp này cần được tách dính tốt hơn bằng nhầy trước, sử dụng các nhầy có trọng lượng phân tử cao hơn tăng hiệu quả trong kỹ thuật này, và sẵn sàng chuẩn bị các biện pháp để xử lý khi tai biến xảy ra.

Biến chứng (sớm và muộn) trong nghiên cứu này bao gồm phản ứng viêm màng bồ đào trước, phù giác mạc kéo dài và giãn liệt đồng tử (Bảng 2). Viêm màng bồ đào trước xảy ra ngay sau phẫu thuật chiếm 8/45 mắt (17,78%) với các hình thái từ xuất hiện dấu hiệu Tyndal dương tính, đến màng xuất tiết diện đồng tử. Được điều trị bằng chống viêm tại chỗ cũng như toàn thân, phối hợp chống dính đồng tử. Tuy nhiên, sau 2 tuần vẫn còn 2/41 mắt còn biểu hiện Tyndal (+) chiếm 2/45 mắt (4,44%). Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên mắt có cơn glaucoma cấp tính, nhãn áp tăng cao gây ra tình trạng thiếu máu đột ngột tại bán phần trước, đặc biệt là móng mắt, thể mi dẫn tới tình trạng viêm màng bồ đào ngay cả trước khi phẫu thuật. 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 hoàn toàn. Quá trình phẫu thuật phối hợp giữa phẫu thuật phaco và tách dính mở góc, cả 2 phẫu thuật đơn lẻ đều có thể gây ra viêm màng bồ đào trước do phản ứng chất thể thủy tinh, sắc tố móng mắt..., do vậy viêm màng bồ đào trước là không thể tránh khỏi. Trong nghiên cứu này, để hạn chế tình trạng viêm này, trước phẫu thuật chúng tôi đã tiến hành điều trị chống viêm tại chỗ và toàn thân cho bệnh nhân bằng corticoid, và tương tự sau mổ cũng điều trị hết sức tích cực cả đường tra tại mắt và đường tĩnh mạch. Tìm

hiểu về các yếu tố liên quan tới biến chứng VMBĐ này chúng tôi thấy rằng chúng xuất hiện nhiều hơn trên mắt có tăng nhãn áp cao hơn (nhãn áp > 40mmHg) (Bảng 6). Tăng nhãn áp cao làm tình trạng thiếu máu bán phần trước trầm trọng hơn, và đó chính là cơ chế bệnh sinh dẫn tới VMBĐ trước xảy ra nhiều hơn, trầm trọng hơn, các biện pháp điều trị chống viêm sẽ không mang lại kết quả tốt. Do vậy, với các trường hợp có nhãn áp tăng cao trên 40mmHg, cần có cách tiếp cận thận trọng, lựa chọn thời điểm phẫu thuật phù hợp, tích cực điều trị viêm cả trước và sau mổ hơn các trường hợp khác [7].

Phù giác mạc xảy ra sau phẫu thuật chiếm 6/45 mắt (13,33%), tuy nhiên không có trường hợp nào phù do bong màng Descemet (chụp OCT bán phần trước để xác định), được điều trị với chống viêm, hạ nhãn áp. Sau 2 tuần tỷ lệ phù giác mạc giảm xuống 2/45 mắt (4,44%). Phù giác mạc là một biến chứng cũng thường gặp không chỉ trên phẫu thuật phối hợp mà xảy ra ngay trên phẫu thuật phaco đơn thuần do tổn thương nội mô, bong màng Descemet [1]. Trên nghiên cứu này, các mắt có phù giác mạc hầu hết là do tổn thương nhiệt do Phaco kết hợp với tình trạng tổn thương chức năng nội mô do tăng nhãn áp cấp tính, sau 2 tuần điều trị chống viêm, nhãn áp được điều chỉnh vẫn còn 2 mắt phù giác mạc. Tiến hành đánh giá tế bào nội mô giác mạc thấy có sự giảm trầm trọng số lượng tế bào nội mô, và đây là trường hợp tổn thương nội mô không hồi phục. Đánh giá lại các yếu tố nguy cơ gây tổn thương phù giác mạc cho thấy phù giác mạc xảy ra nhiều hơn trên nhóm độ sâu tiền phòng thấp hơn ($p=0,02$, test Chi-square) (Bảng 6). Điều này được giải thích rằng các tế bào nội mô dễ bị tổn thương do tăng nhãn áp đã bị tổn thương nặng nề hơn do tác động của năng lượng siêu âm do

phẫu thuật phaco tán nhuyễn thể thủy tinh, và 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 hơn. Do vậy, trong các trường hợp tiền phòng nông, chúng tôi thường sử dụng kỹ thuật bơm nhầy có trọng lượng phân tử nhỏ để tạo màng bảo vệ (Soft -shield) nội mô giác mạc trước khi thực hiện các kỹ thuật chế nhân hay tán nhuyễn nhân, do vậy hạn chế được phần nào đó phù giác mạc sau phẫu thuật [3].

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 thì 4 mắt này vẫn còn giãn đồng tử. Được điều trị bằng chống viêm tra tại chỗ cũng như 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 móng mắt. Việc phẫu thuật hầu như không ảnh hưởng tới 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.

Nhóm có biến chứng cũng có tỷ lệ thị lực thấp trầm trọng (< 20/200) cao hơn nhóm không có biến chứng 3/4 mắt. Cụ thể trong nhóm này, 2/3 ca giác mạc phù do tổn thương nội mô (liên quan tới tiền phòng nông và thời gian tiến triển bệnh kéo dài không hồi phục dẫn tới thị lực giảm trầm trọng, 1/3 ca do viêm màng bồ đào kéo dài. Như đã phân tích ở trên, tổn thương nội mô giác mạc gây ra giảm thị lực hết sức trầm trọng, mặc dù đã ổn định được nhãn áp ở nhãn áp đích. Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy cần hạn chế biến chứng này bằng cách điều trị nội khoa tích cực để hạ nhãn áp nhanh nhất có thể, chống viêm trước khi phẫu thuật cùng

với các biện pháp bảo vệ nội mô trong phẫu thuật và tính đến phẫu thuật ghép nội mô sau phẫu thuật [3], [6], [7].

5. Kết luận

Phẫu thuật phaco phối hợp tách dính góc tiền phòng khá an toàn trong điều trị bệnh glôcôm góc đóng cấp có đục thể thủy tinh kèm theo. Các tai biến và biến chứng sau mổ thường đáp ứng tốt với điều trị và thường không để lại di chứng lên chức năng thị giác và tỷ lệ kiểm soát nhãn áp. Một số yếu tố như nhãn áp cao, thời gian cơn cấp kéo dài, tiền phòng rất nông, mức độ đóng góc và dính góc trước mổ có nguy cơ dẫn tới tai biến và biến chứng sau phẫu thuật.

Lời cảm ơn

Các tác giả xin cảm ơn các đồng nghiệp tại Khoa Glôcôm - Bệnh viện Mắt Trung ương, Bệnh viện Mắt Hà Đông và Khoa Mắt - Bệnh viện Quân y 103 đã đóng góp vào việc tham gia điều trị và theo dõi bệnh nhân trong nghiên cứu.

Tài liệu tham khảo

1. Augustinus C et al (2012) *The effect of phacoemulsification and combined phaco/ glaucoma procedures on the intraocular pressure in closure-angle glaucoma. A review of the literature.* Bull Soc Belge Ophtalmol 320(6): 51-66.
2. Husain R et al (2019) *Efficacy of phacoemulsification alone vs phacoemulsification with goniosynechialysis in patients with primary angle-closure disease: A randomized clinical trial.* JAMA Ophthalmol 137(10): 1107-1113.
3. Kameda T et al (2013) *Long-term efficacy of goniosynechialysis combined with phacoemulsification for primary angle closure.* Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology 251(3): 825-830.
4. Nguyen N et al (2011) *A high prevalence of occludable angles in a Vietnamese population.* Ophthalmology. Ophthalmology 103(9): 1426-1431.
5. Nongpiur ME, Ku JY, Aung T (2011) *Angle closure glaucoma: A mechanistic review.* Curr Opin Ophthalmol 22: 96-101.
6. Tanihara H et al (1992) *Surgical results and complications of goniosynechialysis.* Graefe's archive for clinical and experimental ophthalmology 230(4): 309-313.
7. Wang N et al (2019) *Phacoemulsification with or without goniosynechialysis for angle-closure glaucoma: A global Meta-analysis based on randomized controlled trials.* Int J Ophthalmol 12(5): 826-833.
8. Wang N, Ouyang J, Zhou W, Lai M, Ye T, et al (2000) *Multiple patterns of angle closure mechanisms in primary angle closure glaucoma in Chinese.* Zhonghua Yan Ke Za Zhi 36: 46-51.