

Biến chứng phẫu thuật phaco phối hợp cắt bè trong điều trị glôcôm góc đóng cấp có kèm đục thể thủy tinh

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

Nguyễn Văn Cường*,
Đỗ Tấn**,

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

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá biến chứng của phẫu thuật phaco phối hợp cắt bè 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:** 41 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:** 41 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 (3/41 - 7,31%) chủ yếu là xuất huyết tiền phòng. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 31,71% tuy nhiên thường nhẹ không để lại di chứng. Nhóm mắt glôcôm trên bệnh nhân nữ, lớn tuổi, cơn cấp kéo dài, tiền phòng nông có nguy cơ xảy ra biến chứng cao hơn nhóm còn lại ($p < 0,001$). Biến chứng sau mổ làm giảm chất lượng kiểm soát nhãn áp sau mổ ($p = 0,02$). **Kết luận:** Phẫu thuật phaco phối hợp cắt bè 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 phacotrabeculectomy for unresponsive acute primary angle closure glaucoma (PACG) with cataract. **Subject and method:** 41 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 phacotrabeculectomy and followed for 1 year. **Result:** General result was relatively good with IOP complete success of 100%. Intraoperative incidents rate was low (3/41 - 7.31%) mainly hyphema. The rate of postoperative complications was 31.71% which was usually transient without significant sequelae. Female and old patients, patients with longer preoperative acute attack or very shallow AC tended to get more complications ($p < 0.001$). Uncomplicated group

Ngày nhận bài: 10/7/2021, ngày chấp nhận đăng: 03/8/2021

Người phản hồi: Nguyễn Văn Cường, Email: cuongbm4@ymmu.edu.vn - Bệnh viện Quân y 103

seemed to have better quality of IOP control ($p=0.02$). *Conclusion:* Phacotrabeculectomy proved to be relatively safe in treating unresponsive acute PACG with cataract.

Keywords: Acute PACG, phacotrabeculectomy, complications.

1. Đặt vấn đề

Glôcôm góc đóng cấp là một cấp cứu trong nhãn khoa do sự nguy hiểm đe dọa thị thần kinh và chức năng thị giác. Theo như kết quả nghiên cứu trên cộng đồng tại 2 tỉnh Nam Định và Thái Bình glôcôm góc đóng chiếm 60% các trường hợp glôcôm (đề tài nghiên cứu cấp Bộ Y tế - 2008). Có tỷ lệ đáng kể mắt bị glôcôm góc đóng cấp không đáp ứng với điều trị nội khoa và nhãn áp không thể kiểm soát với thuốc điều trị tối đa. Đối với các trường hợp không đáp ứng với điều trị nội khoa này thì chỉ định phẫu thuật buộc phải đưa ra - phẫu thuật phaco kết hợp cắt bè hay được chỉ định khi có đục thể thủy tinh kèm theo. Tuy nhiên phẫu thuật trên những mắt "nóng" này có thể gây ra tỷ lệ biến chứng đáng kể và hiệu quả của bệnh thối sau phẫu thuật có thể bị giảm nhanh chóng do phản ứng viêm, quá trình hình thành sẹo xơ [1], [4].

Phẫu thuật phối hợp phaco cắt bè có những ưu điểm hơn phẫu thuật cắt bè và phaco 2 thì như: Phẫu thuật 1 lần, giảm nguy cơ xơ hóa sẹo bệnh do phẫu thuật phaco trên mắt đã mổ cắt bè trước đó. Tuy nhiên, các loại biến chứng, tỷ lệ, sự hồi phục, di chứng lên thị lực và thành công của phẫu thuật phaco cắt bè còn chưa được đề cập nhiều trên y văn [2], [6]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá các tai biến trong và biến chứng sau mổ phaco phối hợp cắt bè trên các mắt glôcôm góc đóng cấp có đục thể thủy tinh kèm theo không đáp ứng 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

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 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 [7].

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 với cắt bè giác củng mạc.

Thực hiện các bước như phẫu thuật cắt bè thông thường cho đến khi tạo xong giác mạc trong điểm 10 giờ vào tiền phòng. Dùng dao 15 độ chọc tiền phòng điểm 2 giờ. 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), rửa sạch nhầy tiền phòng. Tiếp tục thực hiện các bước còn lại như phẫu thuật cắt bè thông thường.

Tất cả các bệnh nhân được theo dõi sau 1 năm, đánh giá kết quả theo các tiêu chí: Tỷ lệ nhãn áp điều chỉnh, số thuốc hạ nhãn áp bổ sung, thủ thuật bổ sung sau mổ, biến chứng liên quan đến phẫu thuật.

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, các biến chứng sẹo bong (rò, xẹp,...).

2.3. Xử lý số liệu

Sử dụng các thuật toán thống kê theo phần mềm SPSS 16.

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 nghiên cứu trên 41 mắt của 41 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. Bệnh nhân có tuổi trung bình là $67,82 \pm 15,5$ tuổi (từ 38 -89 tuổi), trong đó nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm chủ yếu 24/41 (chiếm 58,56%), từ 40 - 60 tuổi 14/41 (chiếm 34,14%) và thấp nhất là nhóm dưới 40 tuổi 3/41 (chiếm 7,31%). Số bệnh nhân nam 12, nữ 29, tỷ lệ nữ/nam: 2,4/1.

Thời gian tiến triển của bệnh cho đến khi vào viện: $3,33 \pm 0,61$ ngày (từ 1 đến 5 ngày).

3.2. Đặc điểm tại mắt và kết quả phẫu thuật

Trước phẫu thuật, thị lực bị ảnh hưởng nặng nề. Nhóm có thị lực dưới ĐNT 3m có 6/41 mắt chiếm 14,6%, nhóm có thị lực ĐNT 3m - 20/80 có 26/41 mắt chiếm chủ yếu 63,41%, nhóm có thị lực 20/80 - 20/30 có 9/41 mắt chỉ chiếm 21,9%. Thị lực theo đơn vị LogMAR trung bình là $1,39 \pm 0,33$ logMAR (từ 1,8 LogMAR đến 0,5 LogMAR). 12 tháng sau phẫu thuật, thị lực cải thiện rõ, thị lực trung bình là $0,43 \pm 0,23$ logMAR (từ 1,0 LogMAR đến 0,2 LogMAR), so với trước phẫu thuật khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,02$, test T student.

Nhãn áp trung bình trước phẫu thuật sau khi đã dùng thuốc hạ nhãn áp là $33,16 \pm 8,9$ mmHg (từ 27 đến 50mmHg). Nhãn áp

từ trên 40mmHg 13 mắt (chiếm 31,7%), nhãn áp dưới 40mmHg 28 mắt (chiếm 68,3%). 12 tháng sau phẫu thuật, nhãn áp duy trì ổn định trong giới hạn bình thường trung bình là $14,8 \pm 3,45$ mmHg (từ 12mmHg 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 $0,37 \pm 0,25$ (theo phân độ của Shaffer). Trong đó góc tiền phòng độ 0 chiếm chủ yếu chiếm 78,5%, nhóm độ 1 chiếm 17,1%, và nhóm độ 2 xuất hiện ở một số góc phần tư trên một số mắt chiếm 4,4%. 12 tháng sau phẫu thuật, góc tiền phòng mở rộng hơn, độ mở góc trung bình là $1,6 \pm 0,94$ 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 $1,86 \pm 0,29$ mm (từ 1,25 đến 2,09mm). Độ sâu tiền phòng từ trên 1,5mm 19 mắt (chiếm 46,3%), dưới 1,5mm

(chiếm 53,6%). 12 tháng sau phẫu thuật, tiền phòng sâu hơn, độ sâu trung bình là $2,43 \pm 1,91$ mm (từ 1,5mm đến 2,6mm), so với trước phẫu thuật khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,03$, test T student.

3.3. Các tai biến và biến chứng

Tất cả 41 mắt của nghiên cứu đều có kết quả chức năng và nhãn áp tương đối tốt. Toàn bộ mắt trong nghiên cứu có mức nhãn điều chỉnh không bổ sung thuốc hạ nhãn áp tại thời điểm 1 năm sau phẫu thuật.

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 tống khứ. Tỷ lệ tai biến trong phẫu thuật được ghi nhận thấp chiếm 7,31% và chỉ xảy ra trên 2 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	2 (4,87%)	Rửa tiền phòng - dung dịch adrenaline pha loãng bơm vào tiền phòng
Xuất huyết dịch kính	1 (2,43%)	Kết thúc phẫu thuật điều trị nội khoa

3.4. Các biến chứng và xử trí

Sau phẫu thuật và theo dõi phát hiện có 13/41 mắt (chiếm 31,71%) xảy ra 1 hoặc nhiều các biến chứng sau:

Bảng 2. Phân bố các biến chứng sau mổ

Biến chứng	Sớm (< 2 tuần) (n = 41)	Muộn (> 2 tuần) (n = 41)
Rò sẹo bọt	3 (7,31%)	0
Tiền phòng nông	5 (12,19%)	0
Bong hắc mạc	2 (4,87%)	0
Sẹo bọt dẹt	7 (17,07%)	0
Viêm màng bồ đào trước	6 (14,6%)	2 (4,87%)
Phù giác mạc	5 (12,19%)	2 (4,87%)

Dẫn đồng tử	7 (17,07%)	7 (17,07%)
-------------	------------	------------

Rò sẹo bong xuất hiện ngay sau phẫu thuật trên 5/41 mắt (chiếm 7,31%), nguyên nhân là do mép kết mạc chưa kín, đã tiến hành đặt kính tiếp xúc 2 mắt, băng ép 1 mắt. Sau xử trí 2 ngày, kiểm tra Seidel âm tính.

Tiền phòng nông xuất hiện trong 2 tuần đầu trên 5/41 mắt (chiếm 12,19%) nguyên nhân 3/5 mắt do rò sẹo bong sau xử trí điều trị rò tiền phòng ổn định trở lại, 2/5 mắt do bong hắc mạc được điều trị nội khoa, sau điều trị cải thiện độ sâu tiền phòng.

Sẹo bong dẹt chiếm tỷ lệ biến chứng cao 7/41 mắt (chiếm 17,07%) nguyên nhân gồm 3/7 do rò sẹo bong, còn 4/7 là do mép vật củng mạc bị khâu chặt. Các mắt rò sẹo bong đã được xử lý bằng điều trị bảo tồn như băng ép và kính tiếp xúc. Trên 4 mắt do vật củng mạc khâu quá kín đã được tiến hành xử trí với 2/4 mắt được sửa sẹo bong

bằng kim (needling), 2/4 mắt được hướng dẫn matxa nhãn cầu. Sau 1 tuần, còn một trong hai mắt đã được hướng dẫn matxa vẫn có sẹo bong dẹt được tiến hành điều chỉnh bằng kim. Đến tuần thứ 3 không còn xuất hiện sẹo bong dẹt.

Viêm màng bồ đào trước xảy ra ngay sau phẫu thuật chiếm 6/41 (14,6%) 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 tra 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 4,87%.

Dẫn đồng tử xuất hiện sau phẫu thuật chiếm 7/41 mắt (17,07%), 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 17 mắt này vẫn còn giãn đồng tử.

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

Kết quả phẫu thuật (tháng thứ 12)		Nhóm có biến chứng (n = 13)	Nhóm không có biến chứng (n = 28)	p
Nhãn áp	Nhãn áp chung (mmHg)	15,67 ± 4,12	15,33 ± 5,79	0,12
	Từ 18 - 21mmHg (n = 6)	3 (23,07%)	3 (10,71%)	0,02
	Từ 15 - 18mmHg (n = 27)	7 (53,83%)	20 (71,42%)	0,06
	Dưới 15mmHg (n = 8)	3 (23,07%)	5 (17,85%)	0,08
Thị lực	Thị lực trung bình (logMAR)	0,58 ± 0,28	0,54 ± 0,43	0,06
	Nhóm < 20/200 (n = 5)	3 (23,07%)	2 (7,14%)	<0,001

Theo Bảng 3, kết quả về nhãn áp và thị lực sau phẫu thuật 1 năm có ảnh hưởng bởi biến chứng sau phẫu thuật ở một số điểm sau:

Nhóm có biến chứng có tỷ lệ cao hơn ở nhóm có nhãn áp cao hơn (từ 18 - 21mmHg) so với nhóm không có biến chứng (p=0,02, test Chi-square).

Nhóm có biến chứng cũng có tỷ lệ thị lực thấp trầm trọng (< 20/200) cao hơn nhóm không có biến chứng. Cụ thể trong

nhóm này, 2/3 mắt giác mạc phù do tổn thương nội mô trên bệnh nhân già yếu hồi phục rất kém và chậm dẫn tới thị lực giảm trầm trọng, 1/3 mắt có biến chứng xẹp tiền phòng kèm theo viêm màng bồ đào kéo dài.

3.6. Một số yếu tố liên quan tới tai biến và biến chứng

Tỷ lệ tai biến trong lúc phẫu thuật thấp do vậy không đánh giá được mối

tương quan rõ rệt với các yếu tố liên quan trước phẫu thuật trên các mắt có tai biến xảy ra. Tuy nhiên, chúng tôi quan sát thấy tai biến như xuất huyết tiền phòng xảy ra cao hơn trên mắt có nhãn áp cao trên 40mmHg trước phẫu thuật, hay trên mắt có tiền phòng nông (< 1,5mm).

Bảng 4. Các yếu tố ảnh hưởng tới biến chứng

Các yếu tố ảnh hưởng		Rò sẹ bọng (n = 3)	Tiền phòn g nông (n = 5)	Bong hắc mạc (n = 2)	Sẹ bọng đẹt (n = 7)	Viêm MBĐ (n = 6)	Phù giác mạc (n = 7)	Dẫn đồng tử (n = 7)	Tổng (tỷ lệ %)	p
Tuổi	Dưới 40 tuổi (n = 3)	0	0	0	1	1	0	0	2 (9,7%)	
	Từ 40 - 60 tuổi (n = 14)	0	1	1	1	2	1	2	8 (8,1%)	
	Trên 60 tuổi (n = 24)	3	4	1	5	3	6	5	37 (22,1%)	<0,0 01
Giới	Nam (n = 12)	1	0	0	1	2	1	1	6 (7,1%)	<0,0 01
	Nữ (n = 29)	2	5	2	4	4	6	6	29 (14,2%)	
Nhãn áp	Trên 40 (n = 13)	1	2	0	5	3	2	4	17 (18,6%)	0,06
	Dưới 40 (n = 28)	2	3	2	2	3	5	3	20 (10,2%)	
Thời gian	1 - 3 ngày (n = 24)	2	1	0	3	2	1	2	11 (6,5%)	<0,0 01
	Trên 3 ngày (n = 17)	1	4	2	4	4	6	5	26 (4,2%)	
Độ sâu TP	Dưới 1,5mm (n = 22)	2	2	1	2	4	2	2	15 (9,7%)	<0,0 01
	Trên 1,5mm (n = 19)	1	3	1	5	2	5	5	32 (24,1%)	

Theo Bảng 4, cho thấy tỷ lệ biến chứng xuất hiện cao hơn trên nhóm bệnh nhân có tuổi cao trên 60 tuổi ($p < 0,001$, test Chi-square), nữ giới ($p < 0,001$, test Chi-square), thời gian tiến triển bệnh kéo dài trên 3 ngày ($p < 0,001$, test Chi-square), và độ sâu tiền phòng dưới 1,5mm ($p < 0,001$, test Chi-square).

4. Bàn luận

Phẫu thuật phaco phối hợp cắt bè 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 phẫu thuật trên 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. Phẫu thuật sẽ gặp nhiều khó khăn do giác mạc phù, tiền phòng nông và đồng tử giãn kém. Trong 1 số trường hợp có thể gặp dây zin yếu, đứt do ảnh hưởng của cơn tăng nhãn áp cấp. Diễn biến sau mổ cũng có thể gặp bất lợi do phản ứng viêm màng bồ đào tăng lên hoặc kéo dài, tạo màng xuất tiết ở tiền phòng - diện đồng tử ảnh hưởng đến quá trình hồi phục thị lực và kiểm soát nhãn áp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tai biến trong lúc phẫu thuật rất ít chiếm 7,31% bao gồm 2 trường hợp xuất huyết tiền phòng và 1 trường hợp xuất huyết dịch kính nhẹ liên quan đến thì cắt mống mắt chu biên. Không có biến chứng nào liên quan đến phẫu thuật phaco như rách bao, lệch IOL hay rơi mảnh nhân. Tương tự như vậy theo báo cáo của Chen 2015 tỷ lệ biến chứng cũng chỉ 6% trong đó 4,8% là các biến chứng liên quan đến phẫu thuật phaco như rách bao sau, rách bao trước. 1,8% còn lại là các biến chứng liên quan đến rách thủng vạt củng mạc, kết mạc [2].

Biến chứng sớm sau mổ (trong vòng 2 tuần đầu) chủ yếu liên quan đến dẫn lưu sẹo bong (dò sẹo bong, không có sẹo, sẹo bong dẹt, tiền phòng nông). Các biến

chứng này đáp ứng khá tốt với điều trị nội khoa hoặc sửa sẹo bong bằng kim và khối không để lại di chứng. Trong một tổng kết hồi cứu các trường hợp cắt bè tại Anh tỷ lệ phải can thiệp trên chỉ củng mạc là 43%, khâu lại vết mổ là 7% và sửa sẹo bong bằng kim là 17%. Các tỷ lệ này cũng tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi. Khâu củng mạc trong phẫu thuật cắt bè là 1 kỹ thuật hết sức quan trọng thường yêu cầu kết hợp các mũi chỉ cố định và chỉ có thể điều chỉnh được (chỉ rút, chỉnh chỉ). Các bệnh nhân trong nghiên cứu này đều được sử dụng 1 đến 2 mũi chỉ rút do vậy giúp kiểm soát tốt hơn nhãn áp [3].

Biến chứng muộn trong nghiên cứu này bao gồm phản ứng viêm màng bồ đào trước, phù giác mạc kéo dài và giãn liệt đồng tử. Tuy nhiên giãn liệt đồng tử nhiều khả năng do di chứng của cơn góc đóng cấp, không thật sự là biến chứng của phẫu thuật. Phù giác mạc kéo dài sau 2 tuần có 2 trường hợp và chỉ có 1 trường hợp phù còn tồn tại đến thời điểm theo dõi cuối cùng báo hiệu mất bù không hồi phục của nội mô giác mạc. Tuy nhiên trường hợp này thị lực vẫn duy trì ở mức 20/200 nên chúng tôi vẫn theo dõi mà chưa chỉ định ghép nội mô giác mạc. Trong nghiên cứu của Chen tỷ lệ biến chứng giác mạc cũng chiếm tỷ lệ thấp 1,1% trên tổng kết hồi cứu 95 ca phẫu thuật phaco phối hợp cắt bè. Tỷ lệ mất bù nội mô sau mổ thấp trong nghiên cứu của chúng tôi đến từ phẫu thuật được tiến hành một cách suôn sẻ đặc biệt là thì phẫu thuật phaco, không có trường hợp nào rách bao sau thoát dịch kính, rơi mảnh nhân. Phẫu thuật phaco phối hợp cắt bè trên những mắt điều trị nội khoa thất bại là một phẫu thuật khó cần những phẫu thuật viên thật sự có kinh nghiệm để giảm thiểu nguy cơ biến chứng trong và sau mổ. Tương tự như vậy trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ viêm màng bồ đào trước kéo dài sau 2 tuần chiếm 4,87%. Cả 2 trường này sau đó tiến triển tốt dần, màng xuất tiết tiêu hết sau 1

tháng điều trị. Sau cơn cấp được điều trị bằng phẫu thuật, nhãn áp điều chỉnh, tuy nhiên sự phá vỡ hàng rào máu thủy dịch cần thời gian dài hơn để hồi phục trong 1 số trường hợp đặc biệt là các trường hợp có nhãn áp kéo dài sau mổ. Nhãn áp thấp kéo dài kèm theo phản ứng viêm dai dẳng là một tiên lượng rất xấu cho việc kiểm soát nhãn áp lâu dài do làm tăng nguy cơ xơ hóa bong thẩm. Do vậy sau phẫu thuật cắt bè nói chung và phaco cắt bè nói riêng cần điều trị chống viêm kéo dài và giảm dần trên 2 tháng [5], [6].

Tỷ lệ biến chứng xuất hiện nhiều hơn trên nhóm bệnh lớn tuổi (> 60 tuổi) và nhóm bệnh nhân nữ ($p < 0,001$). Ở các bệnh nhân lớn tuổi thể thủy tinh thường cứng hơn nhóm trẻ tuổi hơn đồng thời các tổ chức có thể mỏng dễ rách thủng hơn nhóm bệnh nhân trẻ nên biến chứng có thể dễ xảy ra hơn trong và sau mổ. Các biến chứng còn dễ xảy ra hơn ở những bệnh nhân bị cơn cấp kéo dài (trên 3 ngày), có tiền phòng rất nông trước mổ ($< 1,5\text{mm}$). Điều này khá dễ hiểu cơn cấp càng kéo dài các tổn thương tổ chức càng nặng, như mống mắt, nội mô giác mạc, vùng bè. Do vậy biến chứng sau mổ càng dễ xuất hiện như giãn liệt đồng tử, mất bù nội mô, phản ứng viêm màng bồ đào kéo dài. Tương tự như vậy, tiền phòng càng nông thì các thao tác nội nhãn trong quá trình phẫu thuật phaco càng khó khăn và càng dễ gây sang chấn đến tổ chức tiền phòng như nội mô, mống mắt dẫn đến tăng tỷ lệ biến chứng trong và sau mổ.

Mặc dù các biến chứng trong nghiên cứu này đều đáp ứng khá tốt với điều trị nội khoa, không để di chứng đáng kể lên thị lực nhưng nhóm có biến chứng có tỷ lệ tổn hại thị lực nặng ($< 20/200$) cao hơn rõ rệt và biến chứng cũng ảnh hưởng đến chất lượng kiểm soát nhãn áp. Khi phân tích các giá trị nhãn áp khác nhau theo các mức 21, 18, 15mmHg chúng tôi thấy tỷ lệ hạ nhãn áp dưới 18mmHg của nhóm không có biến chứng cao hơn nhóm có biến chứng

($p=0,02$). Theo nghiên cứu AGIS, nhãn áp ổn định dưới 18mmHg là một tiêu chí đảm bảo cho sự ổn định lâu dài của chức năng thị giác đặc biệt là trên những bệnh nhân đã có tổn thương chức năng thị giác nặng [7]. Như vậy, mặc dù với các biện pháp điều trị bổ sung kịp thời và có hiệu quả thì các biến chứng sau phẫu thuật phaco phối hợp cắt bè vẫn để lại ảnh hưởng tới kết quả điều chỉnh nhãn áp và chức năng thị giác nói chung. Do vậy kiểm soát tình trạng tại mắt trước khi phẫu thuật bao gồm: Nhãn áp, tình trạng viêm sẽ là yếu tố có ảnh hưởng lớn tới kết quả phẫu thuật lâu dài.

5. Kết luận

Phẫu thuật phaco phối hợp cắt bè khá an toàn trong điều trị bệnh glôcôm góc đóng cấp có đục thể thủy tinh kèm theo. Các biến cố trong mổ 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. Bệnh nhân nữ, lớn tuổi, bị cơn cấp kéo dài, tiền phòng rất nông trước mổ có nguy cơ cao hơn xuất hiện biến chứng trong và sau mổ. Nhóm có biến chứng có chất lượng kiểm soát nhãn áp kém hơn đáng kể nhóm diễn biến thuận lợi trong thời kỳ hậu phẫu.

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 CJ, Zeyen T (2012) *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 320: 51-66.

2. Chen DZ, Koh V, Sng C, Aquino MC, Chew P (2015) *Complications and outcomes of primary phacotrabeculectomy with mitomycin C in a multi-ethnic asian population*. PLoS One 10(3): 0118852. doi: 10.1371/journal.pone.0118852.
3. Kirwan JF, Lockwood AJ, Shah P, Macleod A, Broadway DC, King AJ, McNaught AI, Agrawal P (2013) *Trabeculectomy Outcomes Group Audit Study Group. Trabeculectomy in the 21st century: A multicenter analysis*. Ophthalmology 120(12): 2532-2539. doi: 10.1016/j.ophtha.2013.07.049.
4. Lochhead J, Casson RJ, Salmon JF (2003) *Long term effect on intraocular pressure of phacotrabeculectomy compared to trabeculectomy*. Br J Ophthalmol 87(7): 850-852.
5. Murthy SK, Damji KF, Pan Y, Hodge WG (2006) *Trabeculectomy and phacotrabeculectomy, with mitomycin-C, show similar two-year target IOP outcomes*. Can J Ophthalmol 41(1): 51-59. doi: 10.1016/S0008-4182(06)80067-0.
6. Tan YL, Tsou PF, Tan GS, Perera SA, Ho CL, Wong TT, Aung T (2011) *Postoperative complications after glaucoma surgery for primary angle-closure glaucoma vs primary open-angle glaucoma*. Arch Ophthalmol 129(8): 987-992. doi: 10.1001/archophthalmol.2011.71.
7. The Advanced Glaucoma Intervention Study (AGIS) (2000) *The relationship between control of intraocular pressure and visual field deterioration. The AGIS Investigators*. Am J Ophthalmol 130(4): 429-440. doi: 10.1016/s0002-9394(00)00538-9.