

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GLÔCÔM BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐẶT VAN AHMED DẪN LƯU TIỀN PHÒNG

Phạm Như Vinh Tuyên¹, Phan Nhã Uyên², Hà Giang¹, Hồ Nhật Quang², Bạch Trọng Hoàng²

¹Trung tâm Mắt - Bệnh viện Trung ương Huế

²Khoa Mắt - Bệnh viện Trung ương Huế Cơ sở 2

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá, phân tích các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng của các hình thái glôcôm và hiệu quả điều trị của đặt van dẫn lưu tiền phòng.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu không đối chứng trên 12 mắt được chẩn đoán là glôcôm nhãn áp không điều chỉnh với thuốc hạ nhãn áp bổ sung hoặc sau phẫu thuật cắt bè kém hiệu quả được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 01/11/2021 đến 30/07/2022.

Kết quả: Các bệnh nhân tham gia có độ tuổi trung bình là $41,83 \pm 23,10$. 1 tuần sau phẫu thuật, 91,7% mắt có thị lực tăng so với trước phẫu thuật và ổn định đến 3 tháng sau phẫu thuật. Nhãn áp sau phẫu thuật 1 tuần giảm từ 33 - 42% và có xu hướng giảm dần cho đến thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật. Không thấy sự khác biệt tổn thương thị trường trước giữa trước và sau phẫu thuật ở tất cả các thời điểm theo dõi. Có 1 mắt lệch trục ống dẫn lưu chiếm 8,3%. 1 trường hợp biến chứng xuất huyết tiền phòng chiếm tỉ lệ 8,3%. Tỷ lệ thành công tuyệt đối vào thời điểm theo dõi cuối cùng là 25%; 17% thành công tương đối và 58% thất bại.

Kết luận: Phẫu thuật đặt van dẫn lưu tiền phòng có hiệu quả hạ nhãn áp tương đối, ít biến chứng trong điều trị một số hình thái glôcôm khó điều chỉnh nhãn áp trên người Việt Nam.

Từ khóa: Glôcôm, tăng nhãn áp, van Ahmed.

ABSTRACT

EVALUATION OF GLAUCOMA TREATMENT USING ANTERIOR CHAMBER AHMED VALVE IMPLANT

Phạm Như Vinh Tuyên¹, Phan Nha Uyên², Hà Giang¹, Hồ Nhật Quang², Bạch Trọng Hoàng²

Objectives: To describe clinical and paraclinical signs of glaucoma types and treatment effectiveness of anterior chamber valve implantation.

Methods: Prospective descriptive study with clinical intervention in 12 eyes diagnosed with uncorrected glaucoma with IOP-lowering medication or after ineffective trabeculectomy in Hue Central Hospital from November 2021 to July 2022.

Results: The mean age of patients was 41.83 ± 23.10 . 1 week after surgery, 91.7% of eyes had increased vision compared to before surgery and remained stable until 3 months after surgery. IOP 1 week after surgery decreased by 33 - 42% and continued to decrease gradually until 3 months after surgery. No difference in visual field damage between before and after surgery during at all follow-up time points. There was 1 eye with drainage tube deviation, accounting for 8.3%. 1 case of anterior chamber bleeding complications accounted for 8.3%. The absolute success rate at the last exam was 25%; 17% were moderately successful and 58% were failures.

Ngày nhận bài: 16/02/2024. Ngày chỉnh sửa: 13/5/2024. Chấp thuận đăng: 17/5/2024

Tác giả liên hệ: Hồ Nhật Quang. Email: honhatquangho@gmail.com. ĐT: 0796619609

Đánh giá kết quả điều trị glôcôm bằng phương pháp đặt van Ahmed...

Conclusions: Surgical placement of an anterior chamber drainage valve is moderately effective in lowering intraocular pressure with few complications in the treatment of some types of glaucoma (which are difficult to control IOP) in Vietnamese people.

Keywords: Glaucoma, intraocular hypertension, Ahmed valve implant.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là nguyên nhân hàng đầu gây mù hoàn toàn và không hồi phục được, dự kiến sẽ ảnh hưởng đến tới 111 triệu người trên toàn thế giới vào năm 2040 và người châu Á chiếm khoảng 60% [1]. Bệnh được biểu hiện bằng sự tổn thương gai thị tiến triển không hồi phục và liên quan đến nhãn áp [2].

Hiện có ba phương pháp làm hạ nhãn áp chính: sử dụng thuốc, laser, phẫu thuật. Trong đó, phẫu thuật cắt bè củng - giác mạc vẫn đang là phương pháp phổ biến và hiệu quả để điều trị các hình thái Glôcôm. Tuy nhiên, hiệu quả của phẫu thuật này giảm đi theo thời gian. Theo Ignacio Rodriguez-Una và cộng sự, sau 5 năm tỷ lệ thành công hoàn toàn của phẫu thuật cắt bè chỉ đạt 56,1% và giảm dần theo thời gian [3].

Có rất nhiều phương pháp được đề cập tới như kết hợp phẫu thuật lỗ rò với thuốc chống chuyển hóa và các phương pháp phá hủy thể mi (điện đông, lạnh đông,...). Tuy nhiên, các phương pháp này thường có kết quả tốt trong thời gian đầu, nhưng sau đó thời gian tái phát nhanh.

Theo nghiên cứu của Bùi Thị Vân Anh vào năm 2011, phẫu thuật đặt van dẫn lưu thủy dịch tiền phòng có hiệu quả và tương đối an toàn trong điều trị một số hình thái glôcôm khó điều chỉnh nhãn áp trên người Việt Nam, tỷ lệ thành công chung (gồm cả thành công hoàn toàn và một phần) của phương pháp này đạt 98,6% sau 6 tháng, 85,1% sau 12 tháng, 82,6% sau 18 tháng và sau 24 tháng là 71,2% [4]. Ở Huế lượng bệnh nhân glôcôm hiện nay số lượng tăng cao và đã sử dụng nhiều phương pháp rất hiệu quả trong thời gian đầu điều trị, nhưng sau 5 năm tỷ lệ tái phát cao. Việc đặt van là cơ hội để bệnh nhân tiếp xúc với phương pháp điều trị mới.

Do đó nhóm nghiên cứu quyết định thực hiện đề tài “Đánh giá kết quả điều trị glôcôm bằng phương

pháp đặt van Ahmed dẫn lưu tiền phòng” nhằm đánh giá, phân tích các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng của các hình thái glôcôm và hiệu quả điều trị của đặt van dẫn lưu tiền phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

12 mắt trên 11 bệnh nhân được chẩn đoán là glôcôm nhãn áp không điều chỉnh với thuốc hạ nhãn áp bổ sung hoặc sau phẫu thuật cắt bè nhãn áp không điều chỉnh được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 01/11/2021 đến 30/07/2022.

Tiêu chuẩn loại trừ: Mắt có tiền phòng quá hẹp (dưới 1mm) không thể đặt được ống dẫn lưu vào tiền phòng; Mắt có kết mạc quá xơ sẹo không thể che phủ được đĩa van; Glôcôm trên mắt viêm nhiễm, khô mắt nặng; Bệnh nhân không theo dõi được quá trình nghiên cứu; Bệnh nhân quá già yếu, bệnh nhân có bệnh toàn thân nặng, bệnh nhân không phối hợp trong quá trình nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế dưới dạng nghiên cứu can thiệp lâm sàng, nghiên cứu hồi cứu và tiền cứu.

Quy trình nghiên cứu: Đủ tiêu chuẩn nghiên cứu → Đo thị lực, nhãn áp → Khám sinh hiển vi → Soi đáy mắt → Khám toàn thân và làm các xét nghiệm cơ bản → Tiến hành phẫu thuật → Chăm sóc hậu phẫu → Theo dõi sau điều trị → Đánh giá kết quả → Thu thập số liệu → Xử lý số liệu.

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả chung phẫu thuật: Thành công tuyệt đối: Nhãn áp sau phẫu thuật đạt nhãn áp đích. Tình trạng ống dẫn lưu tốt. Thành công tương đối: Nhãn áp sau phẫu thuật đạt nhãn áp đích. Tình trạng ống dẫn lưu trung bình. Thất bại: Nhãn áp sau phẫu thuật không đạt mức nhãn áp đích. Tình trạng ống dẫn lưu xấu.

Trong đó nhãn áp đích được tính theo công thức của Jampel (AAO 1995):

Đánh giá kết quả điều trị glôcôm bằng phương pháp đặt van Ahmed...

$TP = IP * (1 - TP/100) - Z \pm 2$. Trong đó: TP: nhãn áp đích; IP: nhãn áp ban đầu

Z: Giai đoạn bệnh (mức độ tổn thương thị trường và đĩa thị); Z-0: nghi ngờ glôcôm; Z-1: glôcôm giai đoạn sớm; Z-3: glôcôm giai đoạn trung bình; Z-5: glôcôm giai đoạn trầm trọng; Z-7: glôcôm giai đoạn cuối

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê bằng chương trình SPSS 18.0. Kết quả điều trị được tính dưới dạng tỷ lệ %, chọn mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Đánh giá sự thay đổi các biến định lượng sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật, thay đổi theo thời gian tại các thời điểm theo dõi sử dụng đo lường lặp lại.

2.4. Vấn đề y đức

Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật đặt van dẫn lưu được thực hiện dựa trên cơ sở tham khảo rất nhiều nghiên cứu khác đã được thực hiện trên thế giới. Các số liệu được thu thập và xử lý trung thực.

Trong quá trình tham gia đề tài, bệnh nhân có quyền như nhau (tất cả những bệnh nhân có đủ chỉ định đều được thông báo về phương pháp điều trị) và được tự quyết định tham gia hoặc từ bỏ nghiên cứu. Bệnh nhân cũng được giải thích đầy đủ về phương pháp phẫu thuật, các biến chứng có thể xảy ra và các điều trị có thể lựa chọn. Khi có biến chứng, bệnh nhân được giải thích đầy đủ và được điều trị một cách hiệu quả nhất có thể được và được hội chẩn theo đúng quy định.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

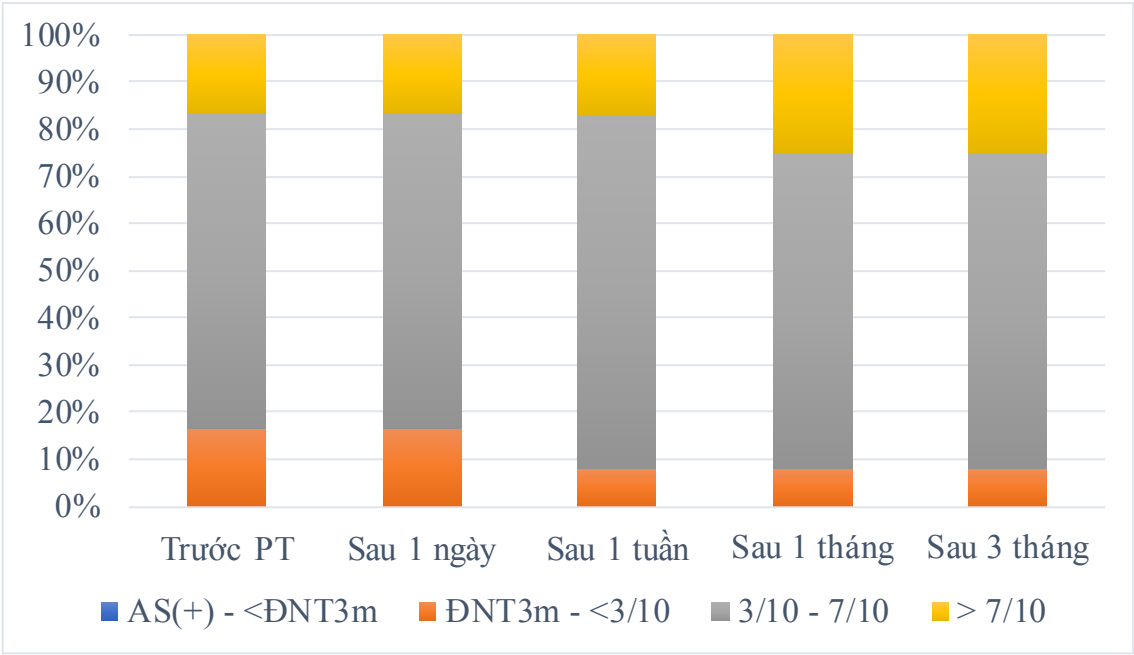
Nghiên cứu này được thực hiện trên 12 mắt của 11 bệnh nhân trong đó có 7 nam và 4 nữ, tỷ lệ giữa bệnh nhân nam gần gấp đôi so với nữ. Độ tuổi trung bình là $41,83 \pm 23,10$. Số lượng bệnh phân bố nhiều nhất ở nhóm tuổi trên 60 tuổi (4 mắt chiếm 33,3%). 2 nhóm tuổi dưới 16 tuổi và 16 - 35 tuổi cùng chiếm tỉ lệ 25% và thấp nhất là nhóm 36-60 tuổi với 2 mắt chiếm 16,7%.

3.2. Tình trạng trước điều trị

Nghiên cứu tiến hành trên 12 mắt của 11 bệnh nhân glôcôm; trong đó, 9 mắt glôcôm góc đóng (chiếm 75%), 3 mắt glôcôm bẩm sinh (chiếm 25%). Thị lực trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $0,43 \pm 0,14$, trong đó thấp nhất là 0,06 (ĐNT 3m) và cao nhất là 9/10 (0,90). Không có mắt nào có thị lực trước phẫu thuật $< \text{ĐNT} 3\text{m}$. Số lượng mắt có thị lực từ 3/10 đến 7/10 chiếm tỉ lệ cao nhất (66,6%). Nhãn áp trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $37,33 \pm 3,84$, trong đó thấp nhất là 29 và cao nhất là 45. Không có mắt nào có nhãn áp trước phẫu thuật $< 26\text{mmHg}$. Số lượng mắt có nhãn áp $> 35\text{mmHg}$ chiếm gấp 3 lần so với số mắt có nhãn áp ≤ 35 . Số lượng thuốc tra hạ nhãn áp trung bình là $2,08 \pm 0,515$ thuốc, tương đương với một bệnh nhân phải dùng 2 - 3 loại thuốc tra phối hợp thêm thuốc uống hạ nhãn áp. Số lượng thuốc tra trung bình ở hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,78 > 0,05$).

Theo số liệu thống kê, 10 trong số 12 mắt đã phẫu thuật cắt bè trước điều trị; trong đó 1 mắt đã phẫu thuật 4 lần chiếm 7,7%. Trong nghiên cứu, tình trạng lõm gai từ $< 0,7$ chiếm 66,7%, gấp đôi so với số mắt có lõm gai từ 0,7 - 0,9. Không có mắt nào lõm gai hoàn toàn (C/D = 1). Chủ yếu là các mắt glôcôm ở giai đoạn 2 (chiếm một nửa số mắt nghiên cứu), có 3 mắt ở giai đoạn sớm chiếm 25%, có 2 mắt thị trường chỉ còn hình ống (giai đoạn 3) chiếm 64,4%. Chiều dày lớp sợi thần kinh trung bình trước phẫu thuật của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $45,50 \pm 10,92 \mu\text{m}$. Chủ yếu là các mắt glôcôm ở giai đoạn 2 (chiếm một nửa số mắt nghiên cứu), có 3 mắt ở giai đoạn sớm chiếm 25%, có 2 mắt thị trường chỉ còn hình ống (giai đoạn 3) chiếm 64,4%. Số lượng thuốc tra hạ nhãn áp trung bình là $2,08 \pm 0,515$ thuốc, tương đương với một bệnh nhân phải dùng 2-3 loại thuốc tra phối hợp thêm thuốc uống hạ nhãn áp. Số lượng thuốc tra trung bình ở hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,78 > 0,05$).

3.3. Kết quả phẫu thuật



Biểu đồ 1: Tình hình thị lực sau phẫu thuật

Ở thời điểm sau phẫu thuật 1 tuần, nhóm thị lực 3/10 - 7/10 tăng 66.7% lên 75%. Sau 1 tháng, nhóm thị lực 7/10 tăng từ 16.7% lên 25% và ổn định đến 3 tháng sau phẫu thuật.

Bảng 1: Nhãn áp trung bình theo thời gian điều trị

	Trước PT	Sau 1 ngày	Sau 1 tuần	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng
NA TB	37,33 ± 3,84	26,17 ± 4,17	23,00 ± 2,99	23,42 ± 3,60	23,17 ± 4,28
Mức hạ NA		11,17 ± 1,95	13,92 ± 3,40	13,92 ± 3,40	14,17 ± 4,06
%NA hạ		30,18 ± 5,75	38,35 ± 5,55	37,23 ± 7,76	37,92 ± 9,77

Nhãn áp trung bình sau phẫu thuật 1 ngày thấp hơn nhiều so với trước phẫu thuật (26,17 ± 4,17 mmHg so với 37,33 ± 3,84 mmHg). Nhãn áp sau phẫu thuật 1 tuần giảm từ 33 - 42%. Các thời điểm theo dõi sau đó nhãn áp trung bình có xu hướng giảm dần cho đến thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật.

Bảng 2: Chiều dày lớp sợi thần kinh qua các thời điểm theo dõi

Thời gian	Chiều dày lớp sợi TK (µm)	n	p
Trước PT	45,50 ± 10,92	12	
Sau PT 1 tháng	57,50 ± 12,14	12	0,002
Sau PT 3 tháng	60,58 ± 10,47	12	0,002

Chiều dày lớp sợi thần kinh trung bình trước điều trị là 45,50 ± 10,92 µm. Tại các thời điểm theo dõi sau 1 tháng và 3 tháng, chiều dày tăng lên lần lượt 57,50 ± 12,14 và 60,58 ± 10,47, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Đánh giá kết quả điều trị glôcôm bằng phương pháp đặt van Ahmed...

Bảng 3: Tiêu chuẩn đánh giá ống dẫn lưu

Tiêu chuẩn	Tốt	Trung bình	Xấu
Đầu ống	Nằm trong tiền phòng 1-2 mống mắt không bít bởi mống mắt, giác mạc, xuất tiết, xuất huyết.	Chạm nhẹ vào mống mắt, mặt sau giác mạc, không cần can thiệp	Bít bởi mống mắt, mặt sau giác mạc gây phù giác mạc, tăng na cần can thiệp lại
Trục ống	Song song bề mặt mống mắt, không tắc bởi xuất tiết, xuất huyết (giác mạc trong, bong tốt, tiền phòng ổn định)	Tiền phòng sâu đột ngột, bong thấm xẹp, na cao, thấy xuất huyết, xuất tiết trong tiền phòng, cần bơm thông lòng ống.	
Đĩa ống	Cố định tốt dưới vạt củn mạc không có tổ chức xơ bao bọc	Xơ bao bọc đĩa ống gây tăng na, đáp ứng với thủ thuật phá bao xơ bằng kim kết hợp tiêm 5 FU	Bao xơ dày, tái tạo lại ngay sau phá bao xơ bằng kim.

Bảng 4: Đánh giá tình trạng ống dẫn lưu theo tiền sử phẫu thuật

Tình trạng ODL Tiền sử PT	Tốt	Trung bình	Xấu	Tổng	p
Đã phẫu thuật	7 (70,0)	2 (20,0)	1 (10,0)	10 (100,0)	0,67
Chưa phẫu thuật	2 (100,0)	0	0	2 (100,0)	
Tổng	9 (75,0)	2 (16,7)	1 (8,3)	12	

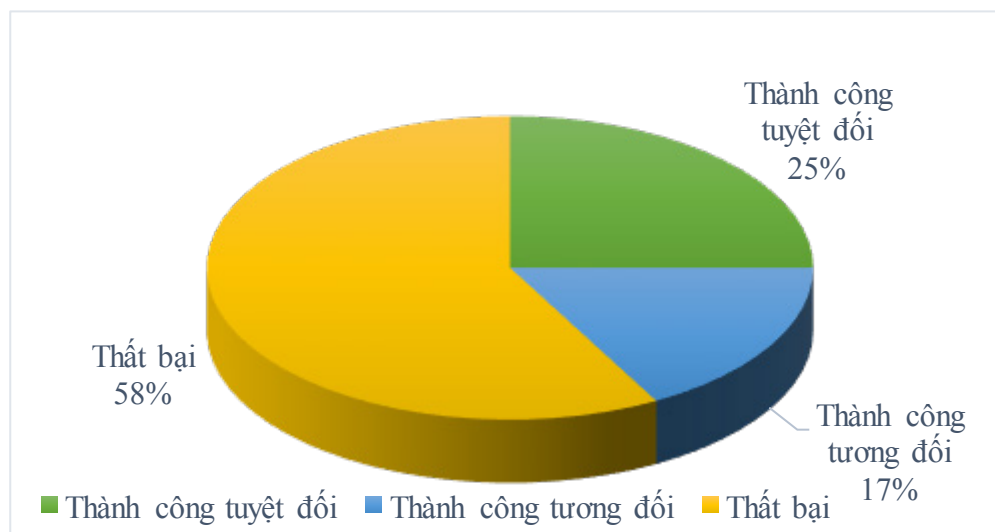
Trong số 12 mắt nghiên cứu có 75% số mắt ống dẫn lưu tốt; 16,7% ống ở tình trạng trung bình và 1 mắt (8,3%) tình trạng xấu. Không có sự khác biệt giữa nhóm đã phẫu thuật cắt bè với nhóm chưa phẫu thuật ($p > 0,05$).

Bảng 5: Biến chứng trong phẫu thuật

Biến chứng trong PT	n	%
Thủng kết mạc	0	0
Xẹp tiền phòng	0	0
Xuất huyết tiền phòng	1	8,3
Khác	0	0

Chỉ có 1 trường hợp xuất huyết tiền phòng trong quá trình phẫu thuật chiếm 8,3%. Không có biến chứng hậu phẫu nào được ghi nhận sau 3 tháng theo dõi.

3.2.2. Kết quả chung



Biểu đồ 2: Tỷ lệ thành công

Vào thời điểm theo dõi cuối cùng, tỷ lệ thành công tuyệt đối là 25%, thành công tương đối là 17% và thất bại 58%. Tỷ lệ thành công chung bao gồm thành công tuyệt đối và tương đối là 42%.

III. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân

Nghiên cứu được thực hiện trên 12 mắt của 11 bệnh nhân, tuổi trung

binh là $41,83 \pm 23,10$. Tuổi cao nhất là 70 tuổi và thấp nhất chỉ có 15 tuổi. Có thể thấy bệnh chủ yếu gặp ở tuổi trung niên và cao tuổi, điều này giống nhận xét của nhiều tác giả: glôcôm thường gặp ở người > 40 tuổi [5].

Khi tiến hành phân tích tuổi của bệnh nhân theo nhóm tuổi, chúng tôi nhận thấy độ tuổi từ 16 - 35 chiếm 25%. Đây là độ tuổi các tế bào xơ phát triển mạnh nên nguy cơ thất bại khá cao. Nhóm tuổi >60 tuổi chiếm 33,3%, tỷ lệ này gần giống nghiên cứu của Bùi Thị Vân Anh, độ tuổi > 60 chiếm 34,3% [4].

Tỷ lệ bệnh nhân nam nhiều hơn bệnh nhân nữ (chiếm 75%). Sahyoun (2017) cũng thấy tỷ lệ nam > nữ (58,9/ 41,1). Tác giả này cho rằng thể tích tiền phòng của nữ nhỏ hơn nam khoảng 4%, có lẽ đây là lý do tỉ lệ glôcôm gặp ở nam cao hơn nữ [6].

Chức năng thị giác chính như thị lực và thị trường của nhóm nghiên cứu đều ở mức độ trung bình. Với tỉ lệ thị lực từ 3/10 đến 7/10 chiếm 66,6%. Có 1 mắt thị lực < ĐNT 3m do bệnh nhân bị Glôcôm bẩm sinh với tổn thương thị trường ở giai đoạn tầm

trọng. Các tổn thương chức năng này hoàn toàn phù hợp với giai đoạn tổn thương thị trường của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu.

Nhãn áp trung bình trước phẫu thuật là $37,33 \pm 3,84$ mmHg, tương đương nghiên cứu của một số tác giả như: Simsek T (2019) là $36,2 \pm 10,54$ mmHg [7]; Geun Young Lee (2017): $37,0 \pm 10,9$ mmHg [8].

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu này đều có nhãn áp không điều chỉnh với 2 - 3 loại thuốc tra hạ nhãn áp. Chúng tôi đều cho bổ sung thêm thuốc hạ nhãn áp dạng uống (Acetazolamid).

Trên OCT, chiều dày lớp sợi thần kinh trung bình là $45,50 \pm 10,92$ μ m. Chiều dày lớp sợi này thể hiện tình trạng bệnh của các bệnh nhân đã ở giai đoạn tiến triển. Kết quả này cũng phù hợp với biểu hiện tổn hại chức năng thị giác như thị lực và thị trường.

4.2. Bàn luận về kết quả phẫu thuật

Có 4 mắt thị lực < 3/10 trước phẫu thuật. Đây là mức thị lực thấp, chiếm 17,8%. Mặc dù sự phân nhóm thị lực ít có ý nghĩa nhưng sự biến đổi thị lực sau phẫu thuật lại hết sức quan trọng. Thị lực không thay đổi sau phẫu thuật 1 ngày, tăng dần sau 1 tuần do cải thiện môi trường trong suốt và không có sự thay đổi nhiều vào các thời điểm theo dõi sau đó.

Nhãn áp trung bình tại tất cả các thời điểm theo dõi đều thấp hơn so với trước phẫu thuật. Tại thời

Đánh giá kết quả điều trị glôcôm bằng phương pháp đặt van Ahmed...

điểm sau phẫu thuật 1 tuần, nhãn áp trung bình là $23,00 \pm 2,99$ mmHg, giảm khoảng 38% so với trước phẫu thuật tương đương $13,92 \pm 3,40$ mmHg. Kết quả của chúng tôi tương đương Simsek T. (2019) có mức hạ 37,6% [7]. Một số nghiên cứu có mức hạ nhãn áp cao hơn chúng tôi: Lee G.Y (2017) cho rằng mức hạ nhãn áp là 53% [8]. Nhưng một số nghiên cứu mức hạ nhãn áp thấp hơn chúng tôi: Jo J. (2018) ghi nhận mức hạ nhãn áp 25% [9]; Kang (2022) là 31% sau 3 tháng [10]. Như vậy, các tác giả ghi nhận mức hạ nhãn áp khác nhau, dao động từ 25% đến 50% tùy theo từng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi tương đương với đa phần các tác giả.

Kết quả đánh giá tình trạng lõm đĩa theo chiều dọc cũng tương ứng với chiều dày lớp sợi thần kinh trên OCT. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không thấy sự khác biệt tổn thương thị trường trước giữa trước và sau phẫu thuật ở tất cả các thời điểm theo dõi. Kang (2022) nhận thấy không có sự thay đổi chỉ số MD (mean deviation) trước và sau điều trị 12 tháng ($-14,4 \pm 14,4$ và $-14,8 \pm 8,9$). Đồng thời tác giả nhận định có 89,7% số mắt giữ nguyên giai đoạn thị trường sau điều trị [10].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi không thấy sự khác biệt tổn thương thị trường trước giữa trước và sau phẫu thuật ở tất cả các thời điểm theo dõi. Jo J. (2018) và Lee YG (2017) đều nhận xét không có sự thay đổi về thị trường sau phẫu thuật đặt ống [8, 9]. Kang (2022) nhận thấy không có sự thay đổi chỉ số MD (mean deviation) trước và sau điều trị 12 tháng ($-14,4 \pm 14,4$ và $-14,8 \pm 8,9$). Đồng thời tác giả nhận định có 89,7% số mắt giữ nguyên giai đoạn thị trường sau điều trị [10].

Kết quả nghiên cứu có 1 mắt (8,3%) lệch trục ống dẫn lưu, đầu hơi chạm vào bề mặt mỏng mắt nhưng không bị bít bởi mỏng mắt nên không cần can thiệp lại. Một số nghiên cứu ghi nhận tình trạng kẹt mỏng mắt vào đầu ống dẫn. Đa số các tác giả đã dùng laser YAG bắn thủng mỏng mắt để giải phóng đầu ống dẫn lưu [8, 9].

4.3. Đánh giá biến chứng trong và sau phẫu thuật

Nhóm nghiên cứu chỉ ghi nhận 1 trường hợp biến chứng sớm xuất huyết tiền phòng chiếm tỉ lệ 8,3%. Tuy nhiên, biến chứng này không nặng nề và đáp ứng tốt với điều trị nội khoa sau vài ngày. Mutsch (2000) thấy tỷ lệ xuất huyết tiền phòng trong phẫu

thuật cắt bè áp MMC lên đến 38% [11]. Lee G.Y (2017) nhận định nhóm cắt bè có 8,7% trong khi nhóm đặt van không gặp mắt nào (0%) [8]. Jo J. (2018), cũng thấy tỷ lệ xuất huyết tiền phòng ở nhóm cắt bè là 12% và 0% ở nhóm đặt van [9]. Các tác giả giải thích rằng do không cần cắt mảnh mỏng mắt như trong phẫu thuật cắt bè nên phẫu thuật đặt van dẫn lưu hầu như ít gặp tình trạng xuất huyết tiền phòng trong và sau mổ.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hoàng Thảo (2021), biến chứng muộn có thể gặp trên các bệnh nhân đặt van dẫn lưu đó là tỷ lệ đục thể thủy tinh sau phẫu thuật tăng lên. Nguyên nhân do sự thay đổi của môi trường trong suốt sau phẫu thuật làm quá trình đục tiến triển nhanh chóng [12].

4.4. Đánh giá chung kết quả phẫu thuật

Tỷ lệ thành công tuyệt đối vào thời điểm theo dõi cuối cùng là 25%; 17% thành công tương đối và 58% thất bại. Như vậy, tỷ lệ thành công chung bao gồm thành công tuyệt đối và tương đối là 42%. Tỷ lệ thành công thấp do bệnh nhân đã có tiền sử phẫu thuật cắt bè trước điều trị, mức nhãn áp trước phẫu thuật cao, mức độ tổn thương thị trường trầm trọng chiếm phần lớn. Mặt khác, do số lượng bệnh của ca nghiên cứu chưa nhiều (số lượng van để phẫu thuật giới hạn), thời gian nghiên cứu chưa đủ dài để theo dõi lâu dài sau phẫu thuật. Nhóm nghiên cứu ghi nhận phương pháp đặt van dẫn lưu tiền phòng có mức hạ nhãn áp tương đối (~37%), ít biến chứng. Tuy nhiên nhãn áp sau phẫu thuật vẫn chưa đạt đến được dưới 21mmHg. Chính yếu tố này dẫn đến tỉ lệ thất bại cao của nghiên cứu.

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật đặt van dẫn lưu thủy dịch tiền phòng là phẫu thuật có hiệu quả hạ nhãn áp tương đối, ít biến chứng trong điều trị một số hình thái glôcôm khó điều chỉnh nhãn áp hoặc có nguy cơ thất bại rất cao như: glôcôm tân mạch, glôcôm trên mắt đã mổ ghép giác mạc, glôcôm sau phẫu thuật dịch kính – võng mạc, glôcôm trong hội chứng nội mô giác mạc - mỏng mắt, glôcôm chấn thương, glôcôm do viêm màng bồ đào,... Chỉ định đặt van dẫn lưu là thích hợp cho các trường hợp glôcôm khó điều chỉnh nhãn áp nhưng vẫn cần hết sức thận trọng. Biến chứng gặp trong và sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là xuất huyết tiền phòng tuy nhiên đáp ứng tốt với điều trị nội khoa chỉ sau vài ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tham Y-C, Li X, Wong TY, Quigley HA, Aung T, Cheng C-Y. Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology*. 2014;121(11):2081-2090.
2. Schuster AK, Erb C, Hoffmann EM, Dietlein T, Pfeiffer N. The diagnosis and treatment of glaucoma. *Deutsches Ärzteblatt International*. 2020;117(13):225.
3. Rodriguez-Una I, Rotchford AP, King AJ. Outcome of repeat trabeculectomies: long-term follow-up. *British Journal of Ophthalmology*. 2017;101(9):1269-1274.
4. Bùi Thị Vân Anh, Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật đặt van dẫn lưu thủy dịch tiền phòng điều trị một số hình thái glôcôm, in Trường đại học Y Hà Nội. 2011.
5. Dreyer EB. Shields Textbook of Glaucoma. *JAMA*. 2011;306(7):769-770.
6. Sahyoun M, Farhat R, Nehme J, Jalkh A, Azar G. Ahmed glaucoma valve in various etiologies of refractory glaucoma: surgical outcomes and success factors. *Journal Français d'Ophthalmologie*. 2017;40(9):770-776.
7. Simsek T, Bilgeç MD. Ahmed glaucoma valve implantation versus suprachoroidal silicone tube implantation following the injection of bevacizumab into the anterior chamber in patients with neovascular glaucoma. *Graefe's Archive for Clinical Experimental Ophthalmology*. 2019;257:799-804.
8. Lee GY, Lee CE, Lee KW, Seo S. Long-term efficacy and safety of ExPress implantation for treatment of open angle glaucoma. *International journal of ophthalmology*. 2017;10(9):1379.
9. Jo J, Sung KR, Kim YJ. Influence of vitrectomy-related factors on the outcome of Ahmed glaucoma valve implantation. *Korean Journal of Ophthalmology*. 2018;32(5):400-408.
10. Kang YK, Shin JP, Kim DW. Long-term surgical outcomes of Ahmed valve implantation in refractory glaucoma according to the type of glaucoma. *BMC ophthalmology*. 2022;22(1):270.
11. Mutsch YA, Grehn F. Success criteria and success rates in trabeculectomy with and without intraoperative antimetabolites using intensified postoperative care (IPC). *Graefe's archive for clinical experimental ophthalmology*. 2000;238:884-891.
12. Nguyễn Thị Hoàng Thảo, Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật đặt ống dẫn lưu tiền phòng mini-express điều trị glôcôm. 2021, Trường Đại học Y Hà Nội. 115.