

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CỦA PHẪU THUẬT MỞ BÈ TỪ BÊN TRONG (AB INTERNO)

Đỗ Tấn¹, Bùi Thị Vân Anh¹, Nguyễn Thái Đạt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật mở bè từ bên trong tiền phòng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Cận thiệp lâm sàng, tiền cứu, không có nhóm chứng. Phẫu thuật tiến hành trên 32 mắt (29 bệnh nhân) bị glôcôm góc mở tại khoa Glôcôm, bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 3 đến tháng 12 năm 2022. Tiêu chuẩn chọn: Glôcôm góc mở nguyên phát đã phẫu thuật lỗ rò nhãn áp không điều chỉnh với ≥ 2 thuốc bổ sung. Các chỉ số nhãn áp, số lượng thuốc hạ nhãn áp được thu thập và xử lý theo thuật toán thống kê y học. Đánh giá kết quả dựa trên 3 tiêu chí: nhãn áp, số lượng thuốc và biến chứng ở các thời điểm 1 tuần, 1 tháng. **Kết quả nghiên cứu:** Nhãn áp trung bình trước mổ là $31,69 \pm 9,76$ mmHg đã hạ xuống còn $20,78 \pm 8,73$ mmHg sau 1 tuần, tương đương với mức hạ nhãn áp là $28,84 \pm 41,13\%$. Sau phẫu thuật 1 tháng, nhãn áp hạ xuống còn $18,69 \pm 5,57$ mmHg, tương đương với mức hạ nhãn áp là $37,12 \pm 23,19\%$. Sau mổ 1 tháng, số mắt đạt NA ≤ 18 mmHg là 16 mắt (50%) trong đó có 13 mắt (40,6%) không cần dùng thuốc bổ sung. Số mắt đạt mức nhãn áp ≤ 21 mmHg là 24 mắt (75%), trong đó có 17 mắt (53,1%) không cần dùng thuốc. Số lượng thuốc hạ nhãn áp đã giảm từ $3,09 \pm 0,89$ xuống còn $0,78 \pm 1,13$ thuốc sau 1 tuần và $1,06 \pm 1,34$ sau 1 tháng. Sau phẫu thuật 1 tuần có 9 mắt tăng nhãn áp (28,1%) và sau 1 tháng là 7 mắt (21,9%). Biến chứng xuất huyết tiền phòng hay gặp nhưng nhẹ, tự khỏi. **Kết luận:** Phẫu thuật mở bè (ab interno) từ bên trong trên mắt glôcôm góc mở nguyên phát đã phẫu thuật thất bại cho kết quả bước đầu hạ nhãn áp tốt, giảm rõ rệt số lượng thuốc hạ nhãn áp.

Từ khoá: mở bè, ab interno.

SUMMARY

PRELIMINARY RESULTS OF AB INTERNO TRABECULOTOMY

Objective: To evaluate the initial results of ab interno trabeculotomy. **Subjects and methods:** Prospective descriptive study on the results of ab interno trabeculotomy in 32 eyes (29 patients) diagnosed with open-angle glaucoma at the Glaucoma Department, Vietnam National Eye Hospital from March 2022 to December 2022. Selective criteria included: Uncontrolled primary open-angle glaucoma eyes with filtering surgery beside using ≥ 2 glaucoma drugs. Intraocular pressure, number of medication were collected and processed according to the medical

statistical algorithm. The success was determined with on 3 criterias: The intraocular pressure, number of drugs and complication at 1 week and 1 month. **Results:** The mean preoperative IOP was 31.69 ± 9.76 mmHg reduced to 20.78 ± 8.73 mmHg ($28.84 \pm 41.13\%$) after 1 week. 1 month after surgery, the IOP decreased to 18.69 ± 5.57 mmHg ($37.12 \pm 23.19\%$). The number of eyes with IOP ≤ 18 mmHg was 16 eyes (50%) of which 13 eyes (40.6%) didn't require additional medication after surgery 1 month. At this time, the number of eyes with IOP ≤ 21 mmHg was 24 eyes (75%) of which 17 eyes (53.1%) didn't need additional medication. The number of hypotensive drugs dropped from 3.09 ± 0.89 to 0.78 ± 1.13 after 1 week and continued to drop to 1.06 ± 1.34 after 1 month. 1 week after surgery, there were 9 eyes with glaucoma (28.1%) and after 1 month, there were 7 eyes with glaucoma (21.9%). The most common complication was hyphema however most of the cases with hyphema were mild and self-limited. **Conclusion:** The outcomes of ab interno trabeculotomy appears to be successful in treating uncontrolled primary open-angle glaucoma eyes with prior incisional glaucoma surgery beside using ≥ 2 different hypotensive drugs. The surgery reduced both IOP and the number of medication significantly.

Keywords: trabeculotomy, ab interno.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đối với glôcôm góc mở, phẫu thuật được chỉ định khi điều trị bằng thuốc và laser không đạt hiệu quả. Các phẫu thuật truyền thống (cắt bè, cắt cứng mạc sâu, đặt van...) cho tác dụng hạ nhãn áp tốt. Tuy nhiên, hiệu quả hạ nhãn áp giảm dần theo thời gian và kèm theo nhiều biến chứng liên quan đến bong thẫm. Phẫu thuật mở bè làm giảm nhãn áp theo cơ chế khác biệt đó là khơi thông lại con đường thoát lưu thủy dịch tự nhiên của nhãn cầu. Phẫu thuật ít xâm hại, có tác dụng hạ nhãn áp tốt, đặc biệt không tạo sẹo bong nên tránh được các biến chứng liên quan đến sẹo. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật mở bè từ bên trong (ab interno) để điều trị glôcôm góc mở nguyên phát đã thất bại.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: là những mắt bị glôcôm góc mở nguyên phát đã phẫu thuật lỗ rò thất bại được điều trị tại khoa Glôcôm, bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 3 đến tháng 12 năm 2022.

+ Tiêu chuẩn chọn: - Nhãn áp không điều chỉnh với ≥ 2 loại thuốc hạ nhãn áp.

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tấn

Email: dotan20042005@yahoo.com

Ngày nhận bài: 8.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2022

Ngày duyệt bài: 6.01.2023

- Tuổi ≥ 15 tuổi.
- + **Tiêu chuẩn loại trừ:**
- Glôcôm góc mở thứ phát
- Seo đục giác mạc
- Mắt đang viêm nhiễm hay có bệnh lý khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: can thiệp lâm sàng, tiến cứu, không có nhóm chứng.
- n: Cỡ mẫu tối thiểu cho nhóm nghiên cứu là 32 mắt.
- Cách chọn mẫu: Chọn liên tục bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn cho đến khi đủ cỡ mẫu.
- Nội dung nghiên cứu: Khám trước mổ, đo thị lực, nhãn áp (nhãn áp kế Goldmann).

Phương pháp phẫu thuật: tiến hành theo kĩ thuật của Davinder S. Grover¹

Bệnh nhân được giải thích, uống Acetazolamide 0.25g x 2viên, uống kali chloratum 0.5g x 2viên, tra kháng sinh, isotocarpine 2% trước phẫu thuật.

Tạo 2 đường rạch nhỏ ở rìa giác mạc vào tiền phòng phía mũi và thái dương với dao 15°. Bơm nhầy tiền phòng và đặt kính soi góc (Swan-Jacob hay Mori) quan sát góc tiền phòng. Từ bên trong tiền phòng, rạch từ 1 – 2 mm vào lòng ống Schlemm ở góc phần tư trên ngoài với dao 23G. Đưa đầu dây dẫn sáng iTrack hoặc chỉ 5-0 vào lòng ống Schlemm. Đẩy dây dẫn sáng (chỉ) đi trong lòng ống. Quá trình di chuyển của dây dẫn sáng (chỉ) được theo dõi qua kính soi góc. Sau khi đã đi quãng đường tối đa trong ống Schlemm, kẹp 2 đầu dây (chỉ) và dùng lực căng

để mở bè từ trong lòng ống Schlemm ra. Dùng kim 2 nòng rửa sạch nhầy và máu sót lại trong tiền phòng. Bơm phù mép mổ. Tiêm kháng sinh, chống viêm steroid cạnh nhãn cầu.

- Tiêu chí đánh giá kết quả phẫu thuật

+ Kết quả thành công tuyệt đối: nhãn áp ≤ 21 mmHg không cần thuốc hạ nhãn áp bổ sung và không có biến chứng

+ Kết quả thành công tương đối: nhãn áp ≤ 21 mmHg với thuốc hạ nhãn áp, số lượng thuốc hạ nhãn áp sau mổ giảm và bệnh nhân có biến chứng nhẹ, tự khỏi hay điều trị khỏi bằng nội khoa.

+ Kết quả thất bại: nhãn áp ≥ 22 mmHg với thuốc hạ nhãn áp, số lượng thuốc hạ nhãn áp sau mổ không giảm và/hoặc bệnh nhân có biến chứng phải can thiệp phẫu thuật điều trị glôcôm bổ sung.

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập, phân tích và xử lý trên máy vi tính bằng phương pháp thống kê y học theo chương trình SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mở bè được tiến hành trên 32 mắt của 29 bệnh nhân đã phẫu thuật thất bại (cắt bè, cắt củng mạc sâu, đặt van dẫn lưu tiền phòng). Trong đó có 20 nam và 9 nữ. Tuổi từ 15 đến 78 với độ tuổi trung bình là $50,84 \pm 19,9$. Mức nhãn áp trung bình trước mổ là $31,69 \pm 9,76$ mmHg. Số lượng thuốc trung bình trước mổ là $3,09 \pm 0,89$. Độ rộng đường mở bè $< 180^\circ$ là 7 mắt (21,9%), chu vi đường mở bè từ 180° đến nhỏ hơn 270° là 6 mắt (18,8%) và $\geq 270^\circ$ là 19 mắt (59,4%).

Bảng 1: Kết quả thị lực trước-sau phẫu thuật

Thị lực	TL $\leq 20/200$		20/60 $>$ TL $> 20/200$		TL $\geq 20/60$	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Trước PT	17	53,1	8	25,0	7	21,9
Sau PT 1 tuần	15	46,9	9	28,1	8	25,0
Sau PT 1 tháng	14	43,8	9	28,1	9	28,1

Thị lực trước mổ rất kém 17 mắt (53,1%) có thị lực $\leq 20/200$. Trong đó có 11 mắt (34,4%) thị lực \leq ĐNT 1m. Thị lực trước và sau phẫu thuật không có sự thay đổi ở cả 3 mức thị lực.

Bảng 2: Kết quả nhãn áp trước-sau phẫu thuật

Nhãn áp trung bình	Thời điểm theo dõi			p (trước – 1 tuần)	p (trước – 1 tháng)
	Trước PT	1 Tuần	1 tháng		
NATB	$31,69 \pm 9,76$	$20,78 \pm 8,73$	$18,69 \pm 5,57$	$< 0,001$	$< 0,001$
Mức hạ NATB		$10,91 \pm 12,76$	$13,0 \pm 10,23$		
% hạ NA		$28,84 \pm 41,13$	$37,12 \pm 23,19$		

Tại thời điểm 1 tuần sau mổ, nhãn áp trung bình đã giảm từ $31,69 \pm 9,76$ mmHg xuống còn $20,78 \pm 8,73$ mmHg tương đương với mức hạ nhãn áp là $28,84 \pm 41,13\%$. Ở thời điểm 1 tháng sau mổ, mức hạ nhãn áp trung bình là $37,12 \pm 23,19\%$. Sự khác biệt trước – sau phẫu thuật này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3: Sự thay đổi số lượng thuốc hạ nhãn áp trước-sau phẫu thuật

Số lượng thuốc	Thời điểm theo dõi			p (trước – 1 tuần)	p (trước – 1 tháng)
	Trước PT	1 Tuần	1 tháng		
Số lượng thuốc trung bình	$3,09 \pm 0,89$	$0,78 \pm 1,13$	$1,06 \pm 1,34$	$< 0,001$	$< 0,001$

Mức giảm số lượng thuốc		2,31 ± 1,20	2,03 ± 1,64		
% giảm số lượng thuốc		62,24 ± 53,38	76,3 ± 33,41		

Số lượng thuốc hạ nhãn áp trung bình trước mổ là 3,09 ± 0,89 thuốc đã giảm xuống còn 0,78 ± 1,13mmHg tương đương với mức giảm là 62,24 ± 53,38. Sau 1 tháng, số lượng thuốc chỉ còn là 1,06 ± 1,34mmHg, tương đương với mức giảm 76,3 ± 33,41. Sự thay đổi số lượng thuốc trước – sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 4: Tình trạng nhãn áp sau phẫu thuật 1 tuần và 1 tháng (n=32)

Số mắt (n=32)	Thời điểm theo dõi	1 tuần				1 tháng			
		Không thuốc		Có thuốc		Không thuốc		Có thuốc	
		n	%	n	%	n	%	n	%
	NA ≤ 18mmHg	15	46,9	1	3,1	13	40,6	3	9,4
	NA ≤ 21 mmHg	18	56,2	4	12,5	17	53,1	7	21,9
	NA ≥ 22 mmHg	2	6,2	8	25,0	1	3,1	7	21,9
		Thành công tương đối		6	18,8				
		Thất bại		8	25,0				

Sau mổ 1 tuần, số mắt đạt mức nhãn áp ≤ 18mmHg là 16 mắt chiếm tỷ lệ 50%. Trong đó có tới 15 mắt không phải dùng thuốc hạ nhãn áp bổ sung. Nếu xét ở mức nhãn áp điều chỉnh ≤ 21 mmHg thì tổng cộng có 22 mắt chiếm tỷ lệ 68,7%, trong đó có 18 mắt không phải dùng thuốc tại thời điểm này. Vẫn có 10 mắt nhãn áp ≥ 22 mmHg, trong đó có tới 8 mắt phải dùng thuốc. Sau phẫu thuật 1 tháng, số mắt đạt mức nhãn áp ≤ 18mmHg là 16 mắt chiếm tỷ lệ 50%. Trong đó có tới 13 mắt không phải dùng thuốc hạ nhãn áp bổ sung. Có 24 mắt đạt mức nhãn áp ≤ 21 mmHg trong đó có 17 mắt không phải dùng thuốc. Số mắt ở mức nhãn áp ≥ 22 mmHg là 8 mắt, trong đó 7 mắt đã dùng thuốc.

Bảng 5: Độ rộng chu vi đường mở bè

Chu vi mở bè	n	Tỷ lệ (%)
Chu vi < 180°	7	21,9
180° ≤ chu vi < 270°	6	18,8
Chu vi ≥ 270°	19	59,4

Số mắt có độ rộng đường mở bè ≥ 270° là 19 mắt, chiếm tỷ lệ cao nhất 59,4%. Chu vi từ 180° đến nhỏ hơn 270° gặp ở 6 mắt (18,8%) và chu vi < 180° xuất hiện ở 7 mắt (21,9%).

Bảng 6: Biến chứng sau phẫu thuật

	1 Tuần		1 tháng	
	n	%	n	%
Xuất huyết TP	14	43,7	0	0,0
Tăng nhãn áp	9	28,1	7	21,9

Biến chứng thường gặp sau mổ bè là xuất huyết tiền phòng (14 mắt; 43,7%). Xuất huyết thường nhẹ, tự tiêu. Sau 1 tháng không còn trường hợp nào còn xuất huyết. Chỉ có 1 trường hợp xuất huyết nhiều phải can thiệp rửa máu tiền phòng ngay ở ngày đầu tiên sau phẫu thuật.

Tăng nhãn áp sau phẫu thuật 1 tuần có 9 mắt (21,9%) và sau 1 tháng 7 mắt (21,9%).

Bảng 7: Kết quả chung sau phẫu thuật 1 tháng (n=32)

Kết quả PT	n	Tỷ lệ (%)
Thành công tuyệt đối	18	56,2

Thành công tương đối	6	18,8
Thất bại	8	25,0

Dựa trên các tiêu chuẩn đánh giá kết quả đã đề ra sau 1 tháng có 18 mắt đạt kết quả thành công tuyệt đối (56,2%) đạt mức nhãn áp ≤ 21mmHg và không có biến chứng. Có 6 mắt đạt kết quả thành công tương đối mặc dù đạt mức nhãn áp ≤ 21mmHg nhưng vẫn dùng thuốc bổ sung. Kết quả thất bại ở 8 mắt (25%), nhãn áp cao ≥ 22mmHg.

IV. BÀN LUẬN

Trên những mắt glôcôm góc mở đã phẫu thuật thất bại, phẫu thuật mở bè từ bên trong cho tác dụng hạ nhãn áp tốt và giảm số lượng thuốc sau mổ.

- Nhãn áp: Làm hạ nhãn áp là mục tiêu chính của phẫu thuật mở bè. Kết quả nghiên cứu cho thấy trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù nhãn áp trước mổ rất cao nhưng phẫu thuật mở bè đã cho tác dụng hạ nhãn áp tốt. Ngay từ tuần đầu tiên sau phẫu thuật, nhãn áp đã hạ từ 31,69 ± 9,76mmHg xuống còn 20,78 ± 8,73mmHg với mức nhãn áp trung bình là 28,84% ± 41,13%. Sau 1 tháng nhãn áp trung bình giảm được 37,12% ± 23,19% và đạt mức nhãn áp là 18,69 ± 5,57mmHg. Sau 1 tháng, có 75% mắt đạt mức nhãn áp ≤ 21 mmHg. Tỷ lệ này tương đương với kết quả phẫu thuật cắt bè lần 2 có áp Mitomycin (76%) trong nghiên cứu của Olali năm 2011³. Đặc biệt trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 16 mắt (50%) đạt mức nhãn áp ≤ 18mmHg. Kết quả này cho thấy mở bè đã đưa đến chất lượng hạ nhãn áp rất tốt giúp tỷ lệ thành công tuyệt đối của phẫu thuật đạt 56,2%.

- Nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của Grover (2017)⁴ có điểm chung là đều tiến hành mở bè trên mắt đã từng phẫu thuật. Phương pháp phẫu thuật lỗ rò truyền thống làm hạ nhãn áp thông qua lỗ cắt bè củng giác mạc

và dẫn lưu thủy dịch từ tiền phòng xuống khoang dưới kết mạc tạo nên sẹo bong thẫm. Các phẫu thuật này có tác dụng hạ nhãn áp tốt nhưng hiệu quả vẫn mất dần theo thời gian đưa tới thất bại của phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của Olali năm 2011 cho thấy tỷ lệ thành công của phẫu thuật cắt bè lần 2 có áp Mitomycin chỉ đạt 41,3% thấp hơn so với phẫu thuật trên mắt chưa mổ (61,3%). Theo tác giả 1 số lượng đáng kể các trường hợp này đã phải can thiệp sửa sẹo bong gây ảnh hưởng kết quả sau mổ. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng nguyên nhân chính của thất

bại phẫu thuật lỗ rò là sự xơ hoá sẹo bong thẫm. Ngoài ra các phẫu thuật truyền thống còn kèm theo nhiều biến chứng khác như rò vỡ sẹo bong, nhiễm trùng sẹo bong, sẹo bong quá phát, bong hắc mạc, xẹp tiền phòng... Vì vậy trên những mắt đã phẫu thuật lỗ rò truyền thống thất bại chúng ta có thể lựa chọn giải pháp khác với cơ chế làm hạ nhãn áp khác. Phẫu thuật mở bè có cơ chế hạ nhãn áp khác biệt đó là khơi thông con đường dẫn lưu thủy dịch tự nhiên trên 1 độ dài chu vi vùng bè lớn chứ không tạo 1 con đường thoát lưu thủy dịch mới tại 1 vị trí như phẫu thuật lỗ rò.

Bảng 9: Mức độ hạ nhãn áp của các nghiên cứu

Tác giả	Năm	Số mắt	NA trước mổ	Thời gian theo dõi	NA sau mổ	% hạ NA
Grover DS ¹	2011	25	25,6 ± 6,1	12 tháng	15,7 ± 4,5	39,8%
Grover DS ⁴	2017	35	25,7 ± 6,5	24 tháng	15,4 ± 4,9	
Sato T ⁵	2018	17	19,1 ± 2,2	24 tháng	14,6 ± 2,9	23,0%±14,7%
Faria BM ⁶	2020	51	26,25 ± 8,34	1 tháng	16,07 ± 7,81	
Đ.Tấn, B.T.V.Anh, N.T.Đạt	2022	32	31,69 ± 9,76	1 tháng	18,69 ± 5,57	37,12%±23,19%

Faria (2020) đã tiến hành mở bè trên 51 mắt bị glôcôm góc mở chưa phẫu thuật lần nào. Sau phẫu thuật 1 tháng, nghiên cứu đã đạt mức nhãn áp trung bình là 16,07 ± 7,81mmHg, thấp hơn mức nhãn áp của nhóm chúng tôi⁶. Một trong số các lí do có thể là đối tượng nghiên cứu

của Faria chưa phẫu thuật lần nào và mức nhãn áp trước mổ cũng thấp hơn.

Các nghiên cứu khác của Grover (2017) và Sato (2018) Với thời gian theo dõi dài hơn (12 tháng, thậm chí là 24 tháng) cũng cho thấy mức nhãn áp đạt được là rất tốt (14-15mmHg)^{4,5}.

Bảng 10: mức độ giảm số lượng thuốc sau mổ với các nghiên cứu.

Tác giả	Năm	Số mắt	Số lượng thuốc trước mổ	Thời gian theo dõi	Số thuốc sau mổ
Grover DS ¹	2011	25	3,2 ± 0,9	12 tháng	1,5 ± 1,2
Sato T ⁵	2018	17	3,3 ± 0,8	24 tháng	2,2 ± 1,4
Faria BM ⁶	2020	51	3,9 ± 0,61	1 tháng	1,16 ± 1,19
Đ.Tấn, B.T.V.Anh, N.T.Đạt	2022	32	3,09 ± 0,89	1 tháng	1,06 ± 1,34

Nhóm nghiên cứu của chúng tôi là những mắt có tiên lượng sau phẫu thuật khá hạn chế do đã từng phẫu thuật nhưng thất bại. Không những thế, lượng thuốc hạ nhãn áp đang phải sử dụng bổ sung khá nhiều (trung bình là 3,09 ± 0,89). Thậm chí có 21 mắt đang phải dùng từ 3 đến 4 loại thuốc hạ nhãn áp bổ sung. Kết quả sau mổ cho thấy lượng thuốc hạ nhãn áp sau mổ đã hạ xuống chỉ còn là 1,06 ± 1,34. Điều này chứng tỏ hiệu quả hạ nhãn áp rất tốt của phẫu thuật mở bè. Nghiên cứu của các tác giả trên thế giới cũng cho kết quả tương tự với sự giảm số lượng thuốc rất tốt sau phẫu thuật.

- Thị lực: Đối với glôcôm góc mở, phẫu thuật là lựa chọn cuối cùng, nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi lại là những mắt đã phẫu thuật nhưng thất bại đang phải điều trị bổ sung ≥ 2 loại thuốc hạ nhãn áp nên thường là những mắt ở giai đoạn bệnh nặng, thị lực kém. Trong nhóm có tới 53,1% các trường hợp thị lực

chỉ còn là ≤ 20/200. Đối với những trường hợp này, can thiệp phẫu thuật nhằm mục đích chính yếu là làm hạ nhãn áp và cố gắng giữ bảo tồn được tình trạng chức năng thị giác hiện có. Vì vậy sau phẫu thuật thị lực hầu như không có sự biến đổi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Kamran năm 2017 cho thấy sự thay đổi thị lực từ 0,2 ± 0,4 tăng lên 0,3 ± 0,5 sau 12 tháng nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05².

- Biến chứng hay gặp nhất của phẫu thuật là xuất huyết tiền phòng xuất hiện ở 14 mắt (43,7%) nhưng đa phần là độ 1 và tự khỏi. Nhóm nghiên cứu chỉ có 1 bệnh nhân có xuất huyết tiền phòng sau mổ độ 3 và phải rửa máu tiền phòng. Nghiên cứu không ghi nhận biến chứng nặng nề sau phẫu thuật. Không có mắt nào mắc các biến chứng hờ mếp mổ, xẹp tiền phòng, tổn hại nội mô giác mạc, bong màng Descemet và phù hoàng điểm. Kết quả này phù

hợp với nghiên cứu tương tự của Grover (2017), Kamran (2017) và Faria (2021)^{2,4,6}.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật mở bè từ bên trong có tác dụng hạ nhãn áp tốt, làm giảm đáng kể số lượng thuốc hạ nhãn áp trên mắt bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát đã phẫu thuật thất bại. Biến chứng hay gặp nhất của kĩ thuật là xuất huyết tiền phòng nhưng hầu hết tự khỏi hoặc ổn định với điều trị nội khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Grover DS, Godfrey DG, Smith O, Feuer WJ, Montes de Oca I, Fellman RL.** Gonioscopy-assisted transluminal trabeculotomy, ab interno trabeculotomy: technique report and preliminary results. *Ophthalmology*. Apr 2014;121(4):855-61. doi:10.1016/j.ophtha.2013.11.001
2. **Rahmatnejad K, Pruzan NL, Amanullah S, et al.** Surgical Outcomes of Gonioscopy-assisted Transluminal Trabeculotomy (GATT) in Patients With Open-angle Glaucoma. *J Glaucoma*. Dec 2017;26(12):1137-1143. doi:10.1097/IJG.0000000000000802
3. **Olali C, Rotchford AP, King AJ.** Outcome of repeat trabeculectomies. *Clin Exp Ophthalmol*. Sep-Oct 2011;39(7):658-64. doi:10.1111/j.1442-9071.2011.02519.x
4. **Grover DS, Godfrey DG, Smith O, Shi W, Feuer WJ, Fellman RL.** Outcomes of Gonioscopy-assisted Transluminal Trabeculotomy (GATT) in Eyes With Prior Incisional Glaucoma Surgery. *J Glaucoma*. Jan 2017;26(1):41-45. doi:10.1097/IJG.0000000000000564
5. **Sato T, Kawaji T, Hirata A, Mizoguchi T.** 360-degree suture trabeculotomy ab interno to treat open-angle glaucoma: 2-year outcomes. *Clin Ophthalmol*. 2018;12:915-923. doi:10.2147/OPHTH.S161238
6. **Faria BM, Daga FB, Reboucas-Santos V, et al.** Gonioscopy-assisted transluminal trabeculotomy (GATT) outcomes in eyes with open-angle glaucoma resistant to maximum treatment. *Arq Bras Oftalmol*. Nov-Dec 2021; 84(6):587-593. doi:10.5935/0004-2749.20210083

VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ 1.5 TESLA CHẨN ĐOÁN RAU CÀI RĂNG LƯỢC TRÊN THAI PHỤ CÓ Sẹo MỔ ĐỂ CỬ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Khắc Hưng¹, Vũ Đăng Lưu²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rau cài răng lược (RCRL) là một bệnh lý sản khoa gây bằng huyết trầm trọng và nguyên nhân hàng đầu dẫn đến cắt tử cung. Chẩn đoán và đánh giá độ sâu xâm lấn của bánh nhau giúp giảm thiểu biến chứng cho thai phụ. **Mục tiêu:** Nghiên cứu giá trị của cộng hưởng từ (CHT) trong chẩn đoán RCRL trên sẹo mổ đẻ cũ. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu & tiền cứu 62 hồ sơ. Mẫu là các thai phụ chụp CHT về RCRL từ tháng 1/2021 – 10/2022; được mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội có kết quả phẫu thuật và giải phẫu bệnh trong trường hợp cắt tử cung. **Kết quả:** CHT chẩn đoán đúng 55 trường hợp trong tổng số 62 trường hợp nghiên cứu với 50 trường hợp có RCRL, 5 trường hợp không có NCRL. Độ chính xác của 5 dấu hiệu CHT: gián đoạn hay mỏng khu trú lớp cơ tử cung (61.8%), lõi bờ tử cung (45.4%), dải băng tối trong nhau trên hình T2W (63.6%), tín hiệu bánh nhau không đồng nhất (69%), khối lõi khu trú & gián đoạn thành bàng quang (10.9%). Khối lõi khu trú & gián đoạn thành

bàng quang (OR: 6.833; CI 95%; 1.343 – 38. 670) là chỉ số có giá trị cao nhất trong tiền lượng xâm lấn của RCRL. **Kết luận:** CHT có giá trị cao trong chẩn đoán NCRL (90.9%) và phân loại được RCRL.

Từ khóa: CHT, RCRL, rau dính cơ, rau xâm lấn cơ, rau xuyên cơ.

SUMMARY

DIAGNOSTIC VALUE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN GRAVID WOMEN FOR PLACENTA ACCRETA IN PREGNANT WOMAN HAVE CESAREAN SCAR AT HANOI OBSTETRICS & GYNECOLOGY

Introduction: Placenta accreta is an obstetric condition associated with life-threatening hemorrhage, the main cause of postpartum hysterectomy. Its diagnosis and evaluation of degree of invasiveness can help to reduce maternal mortality and morbidity. **Objectives:** Study on the value of magnetic resonance imaging in the diagnosis of placenta accreta on cesarean scar. **Materials and methods:** retrospective & prospective describe study. Gravid women at high risk of placenta accreta (previous placental and/or uterine scarring) underwent MRI between 1/2021 and 10/2022. The MRI findings were compared with the final pathologic or operative findings as a gold standard at Hanoi obstetrics & Gynecology Hospital. **Results:** 55 of 62 patients who had MRI prenatally to evaluate for placenta accreta

¹Bệnh viện phụ sản Hà Nội

²Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Khắc Hưng

Email: khachungbvps@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.11.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2022

Ngày duyệt bài: 5.01.2023