

- 6(6), e2255-e2258.
4. **Andrea Grasso, Giuseppe Milano, Matteo Salvatore, et al. (2009).** Single-Row Versus Double-Row Arthroscopic Rotator Cuff Repair: A Prospective Randomized Clinical Study. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic and Related Surgery*, 25(1), 4-12.
  5. **Gerhardt et al (2012).** Arthroscopic Single-Row Modified Mason-Allen Repair Versus Double-Row Suture Bridge Reconstruction for Supraspinatus Tendon Tears. *The American Journal of Sports Medicine*, 40, No12, 2777-2785.
  6. **Stephan Pauly, Christian Gerhardt, Jianhai Chen, et al. (2010).** Single versus double-row repair of the rotator cuff: does double-row repair with improved anatomical and biomechanical characteristics lead to better clinical outcome? *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc*, 18(12), 1718-1729.
  7. **Shane J Nho, Mark A Slabaugh, Shane T Seroyer, et al. (2009).** Does the Literature Support Double-Row Suture Anchor Fixation for Arthroscopic Rotator Cuff Repair? A Systematic Review Comparing Double-Row and Single-Row Suture Anchor configuration. *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic and Related Surgery*, 25(11), 1319-1320.
  8. **C Benjamin MA, John D Macgillivray, Jonathan Clabeaux, et al. (2004).** Biomechanical Evaluation of Arthroscopic Rotator Cuff Stitches. *THE JOURNAL OF BONE & JOINT SURGERY*, 86-A 1211-1216.
  9. **Markus Thomas Scheibel and Peter Habermeyer (2003).** *Arthroscopy: The Journal of Arthroscopic and Related Surgery. A Modified Mason-Allen Technique for Rotator Cuff Repair Using Suture Anchors*, Vol 19, No3, 330-333.

## BIẾN CHỨNG CỦA PHẪU THUẬT CẮT BÈ CỬNG GIÁC MẠC TRONG ĐIỀU TRỊ GLÔCÔM GÓC ĐÓNG CƠN CẤP KHÔNG CẮT CƠN KHÔNG KÈM THEO ĐỤC THỂ THỦY TINH

Đỗ Tấn<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Cường<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá biến chứng của phẫu thuật cắt bè trong điều trị glôcôm góc đóng cấp không kèm theo đục thể thủy tinh không đáp ứng với điều trị nội khoa. **Đôi tượng và phương pháp:** 31 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 01/2018 đến 11/2019. Nghiên cứu can thiệp theo dõi dọc theo thời gian, tất cả các bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật cắt bè cứng giác mạc, thời gian theo dõi ít nhất 1 năm. **Kết quả:** 31 mắt đều đạt kết quả khá tốt với tỷ lệ kiểm soát nhãn áp 100% sau 1 năm theo dõi. Tuy nhiên, còn một tỷ lệ nhất định tai biến, và biến chứng xảy ra. Tỷ lệ tai biến 29,03% gồm xuất huyết tiền phòng (XHTP) 25,81%, xuất huyết dịch kính (XHDK) 3,22%, các tai biến đều được xử lý ổn định ngay trong mổ (66,67%), bằng nội khoa sau mổ (33,33%). Tỷ lệ biến chứng sớm (<2 tuần) 67,74% gồm bong hắc mạc 12,9%, rò sẹo bong (12,9%), sẹo bong det 19,35%, viêm màng bồ đào trước 22,58%, các biến chứng giảm nhanh sau 2 tuần (trừ đục thể thủy tinh đục thể thủy tinh 6,44%) (từ 67,74% xuống còn 19,35%). Nhãn áp cao trước mổ làm tăng tỷ lệ XHTP và bong hắc mạc (<0,001, test Chi square), thời gian nhãn áp cao kéo dài làm tăng tỷ lệ bong hắc mạc (<0,001, test Chi square) viêm màng bồ đào (0,03,

test Chi square). Các tai biến, biến chứng hầu hết được kiểm soát tốt bằng các điều trị bổ sung, không ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật sau 12 tháng. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt bè vẫn là phẫu thuật có ý nghĩa trong kiểm soát nhãn áp trong điều trị glôcôm góc đóng cơn cấp không cắt cơn không kèm theo đục thể thủy tinh, tuy nhiên tỷ lệ tai biến, biến chứng cao cần theo dõi phát hiện và phối hợp với các biện pháp điều trị bổ sung kịp thời.

**Từ khóa:** Glôcôm góc đóng cấp, phẫu thuật cắt bè, tai biến, biến chứng

**Lời cảm ơn:** Chúng tôi xin chân thành cảm ơn nhóm nghiên cứu tại khoa Glôcôm, Bệnh Viện Mắt Trung Ương, Khoa Mắt, Quân Y 103 và Bệnh Viện Mắt Hà Đông đã tham gia vào việc điều trị và theo dõi bệnh nhân trong nghiên cứu.

### SUMMARY COMPLICATIONS OF TRABECULECTOMY IN TREATMENT OF UNRESPONSIVE ACUTE PRIMARY ANGLE CLOSURE GLAUCOMA WITHOUT CATARACT

**Objectives:** To evaluate the complications of trabeculectomy for unresponsive acute PACG without cataract. **Patients and Methods:** 31 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 January 2018 to November 2019. **Results:** All of 31 eyes achieved good results with 100% IOP control after 1 year of follow-up. However, there was a certain number of complications occurred. Intraoperatively, the rate of complications was 29.03% including hyphema (25.81%), vitreous hemorrhage (3.22%), two third of which were managed successfully during the surgery (66.67%) and the remaining one third by medical

<sup>1</sup>Bệnh viện Mắt Trung ương

<sup>2</sup>Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y  
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Cường  
Email: cuongbm4@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2021

Ngày duyệt bài: 2.7.2021

treatment after surgery (33.33%). Post operation, the complication rate was 74.19%, including choroidal detachment 12.9%, bleb leaking 12.9%, flattened bleb 19.35%, anterior uveitis 22.58%, cataract 6.44%; Most of them self-limited rapidly after 2 weeks (except cataract) (from 67.74% to 19.35%). Preoperative very high intraocular pressure (IOP) possibly increased the rate of hyphema and choroidal detachment ( $<0.001$ , Chi square test), prolonged attack duration might increase the rate of choroidal detachment ( $<0.001$ , Chi square test), uveitis (0.03, Chi square test). Complications are mostly well controlled with medical treatments, and do not affect surgical results after 12 months. **Conclusion:** Trabeculectomy is still a significant surgery in controlling IOP in the treatment of acute angle-closure glaucoma (ACAG) without cataracts, however, the high rate of complications should be followed. detected and treated timely.

**Key words:** ACAG, trabeculectomy, complications

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là nguyên nhân hàng đầu 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 [1]. 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 một tình trạng cấp cứu trong nhãn khoa, việc điều trị hạ nhãn áp sớm có ý nghĩa hết sức quan trọng để bảo tồn thị lực cũng như hạn chế các biến chứng có thể xảy ra do nhãn áp cao [2].

Điều trị glôcôm góc đóng cơn cấp không chỉ dừng ở chỗ hạ được nhãn áp mà còn phải duy trì được nhãn áp đích ổn định và hạn chế các biến chứng do thuốc (đặc biệt là thuốc toàn thân) và phẫu thuật [2]. Phẫu thuật cắt bè củng giác mạc là phẫu thuật được sử dụng rộng rãi, các nghiên cứu cũng đã cho thấy được hiệu quả rõ rệt của phẫu thuật này trên nhóm bệnh glôcôm góc đóng cơn cấp nguyên phát, song còn nhiều hạn chế dễ gặp phải tai biến, biến chứng hơn đặc biệt là các biến chứng về sẹo bong, đường dẫn lưu [3],[5],[6]. Hiện nay, các nghiên cứu tập trung nhiều vào hiệu quả lâu dài về nhãn áp, thị lực, về tỷ lệ các biến chứng, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào mô tả nguyên nhân, cách xử trí và ảnh hưởng của tai biến, biến chứng đến kết quả phẫu thuật [4],[6],[8]. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để đánh giá các tai biến, biến chứng của phẫu thuật cắt bè và một số yếu tố liên quan.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là glôcôm góc đóng nguyên phát cấp tính cắt cơn không thành công không 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 01/2018 đến 11/2019.

### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán là glôcôm góc đóng nguyên phát cấp tính, không đáp ứng với điều trị nội khoa là khi nhãn áp không điều chỉnh và/hoặc góc tiền phòng vẫn đóng  $> 180^\circ$  sau 3 ngày điều trị nội khoa tích cực [2].

- Bệnh nhân được chẩn đoán đục thủy tinh thể từ độ I trở xuống theo phân loại LOCS III

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

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và ký cam kết

**Tiêu chuẩn loại trừ:** - 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.

### Phương pháp nghiên cứu:

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

### Phương pháp tiến hành:

Các bệnh nhân được ghi chép thông tin, đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật vào bệnh án

Quy trình phẫu thuật cắt bè củng giác mạc

+ Bộc lộ vùng phẫu thuật: đặt chỉ cơ trực trên hoặc chỉ giác mạc để bộc lộ vùng rìa trên.

+ Mở kết mạc, tạo vạt củng mạc: có thể tạo vạt củng mạc hình chữ nhật hoặc hình tam giác. Vạt hình chữ nhật 3mm x 4mm, chiều sâu bằng 1/2 - 3/4 chiều dày củng mạc.

+ Chọc tiền phòng giúp hạ nhãn áp từ từ.

+ Cắt bè củng mạc kích thước 1mm x 2 mm: rạch 2 đường song song, cách nhau 1 mm. Cắt mỏng mắt chu biên

+ Khâu nắp củng mạc bằng nylon 10/0. Khâu kết mạc bằng chỉ nylon 10/0

+ Tái tạo tiền phòng bằng dung dịch Ringer Lactat hoặc bằng hơi qua đường chọc tiền phòng.

+ Tiêm 20mg Gentamycin và 2 mg Dexametasone dưới kết mạc phía củng đồ dưới.

### Các chỉ tiêu nghiên cứu

+ Đặc điểm chung bệnh nhân

+ Hiệu quả điều chỉnh nhãn áp, cải thiện thị lực ở tháng 12

+ Các tai biến, biến chứng (sớm và muộn)

+ Mỗi liên quan giữa tai biến, biến chứng với hiệu quả điều trị

**Phân tích số liệu:** sử dụng các thuật toán thống kê theo phần mềm SPSS 16.

**Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của cả 3 Bệnh viện thông qua.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Các đặc điểm chung.** Nghiên cứu được tiến hành nghiên cứu trên 31 mắt của 31 bệnh nhân glacom góc đóng cơn cấp không 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 cắt bè cùng giác mạc

**Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân**

Đặc điểm	Phân nhóm	Kết quả	
Tuổi	Trung bình (tuổi)	57.56±7.82 (32 -75)	
	Dưới 40 tuổi	5 (16,13%)	
	Từ 40 – 60 tuổi	8 (25,8%)	
	Trên 60 tuổi	18 (58,07%)	
Giới	Nam	8 (25,8%)	
	Nữ	23 (74,2%)	
	Tỷ lệ nữ/nam	2,87/1	
Thị lực	Trung bình (LogMAR)	0.98 ± 0.61 (2 - 0,5)	
	<ĐNT 3m	10 (32,25%)	
	ĐNT 3m -20/80	15 (48,38%)	
	20/80 – 20/30	6 (19,35%)	
	>20/30	0	
Nhãn áp trước phẫu thuật	Trung bình (mmHg)	31.94±7.82 (25 - 41)	
	Trên 35 mmHg	13 (41,93%)	
	Dưới 35 mmHg	18 (58,06%)	
Thời gian bị bệnh	Trung bình (ngày)	3,48±0,57(1-5)	
	Trên 3 ngày	14 (45,16%)	
	Từ 1- 3 ngày	17 (54,83%)	
Độ sâu tiền phòng	Trung bình (mm)	1.79 ± 0.23 (1,18-2,22)	
	Dưới 1,5mm	19 (61,29%)	
	Trên 1,5mm	12 (38,71%)	
Độ mở góc tiền phòng (góc phân tư)	Trung bình(độ Shaffer)	0,45 ± 0,69	
	Góc độ 0	Dính góc	28
		Không dính	44
	Góc độ 1	Dính góc	9
Không dính		31	

**Bảng 3. Phân bố các biến chứng sau mổ**

Biến chứng	Tỷ lệ		Điều trị/nguyên nhân	Số ca (n)	Thời gian tiến triển
	Sớm (<2 tuần)	Muộn (>2 tuần)			
Bong hắc mạc	4 (12,9%)	0	Liệt thể mi, chống viêm bằng ép	4	7,24±2,12 (6-8 ngày)
Rò sẹo bong	4 (12,9%)	0	Khâu lại mép kết mạc	1	1 ngày

Góc độ	Dính góc	0
	2	Không dính

Theo bảng 1, bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt bè trong nghiên cứu này chủ yếu ở nhóm tuổi trên 40, ở nữ giới, độ sâu tiền phòng thấp, thị lực thấp (chủ yếu dưới 20/80).

Tất cả 31 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 thuốc sau 1 năm theo dõi.

**Các tai biến và biến chứng.** 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: thoát dịch kính, xuất huyết tổng khứ, rách vạt kết mạc, rách vạt cùng mạc nhưng còn gặp phải tỷ lệ nhất định xuất huyết tiền phòng (XHTP) và xuất huyết dịch kính (XHDK)

**Bảng 2. Phân bố các tai biến trong mổ**

Tai biến	Tỷ lệ	Xử trí	Thời gian tiến triển
Xuất huyết tiền phòng	8 (25,81%)	Rửa tiền phòng kết hợp sử dụng Adrenaline pha loãng bơm vào tiền phòng	1±1,29 (0-4 ngày)
Xuất huyết dịch kính	1 (3,22%)	Điều trị nội khoa sau phẫu thuật	7 ngày

Theo bảng 2, XHTP xảy ra trên 8 ca (25,81%) nguyên nhân xuất huyết đều do bước cắt mỏng mắt chu biên. Mức độ XHTP từ độ 1 đến độ 2, trong đó: 6/8 ca (75%) được xử lý hoàn toàn ngay trong phẫu thuật với rửa tiền phòng với dung dịch Adrenalin 0,5%, 2/8 ca (25%) sau khi rửa tiền phòng vẫn còn dài xuất huyết. XHDK xảy ra trên 1 ca (3,22%) nguyên nhân do bước cắt mẫu bè, trường hợp này được điều trị nội khoa và hết hoàn toàn sau 7 ngày.

Sau phẫu thuật và theo dõi, các biến chứng như: hạ nhãn áp (< 6mmHg), xuất huyết tiền phòng (2 ca do tai biến), viêm sẹo bong, bong dịch kính sau, lỗ hoàng điểm, thủy dịch ngược dòng, bong màng Descemet, viêm mù nội nhãn, nang kết mạc không xuất hiện trong nghiên cứu của chúng tôi trên. Các biến chứng còn lại phân bố theo bảng 3 sau đây:

			Băng ép	3	1,98±1,2(2-4 ngày)
Sẹo bong đẹt	6(19,35%)	0	Massage sẹo bong	4	12,54±4,32 (10-18 ngày)
			Cắt chỉ vật cứng mạc	2	3 ngày
Viêm màng bồ đào trước	7(22,58%)	4(12,88%)	Chống viêm tại chỗ, toàn thân	7	21,73±11,46 (12-38 ngày)
Đục thủy tinh thể	0	2 (6,44%)	Phẫu thuật thay thể thủy tinh	2	12 tháng
<b>Tổng</b>	<b>67,74 %</b>	<b>19,35%</b>			

Theo bảng 3, các biến chứng đã giảm nhanh thông qua các điều trị bổ sung (không ca nào phẫu thuật cắt bè lại lần 2), tỷ lệ biến chứng tại thời điểm trước 2 tuần và sau 2 tuần (67,74% và 19,35%), khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$  (test Fischer exact).

Hầu hết các biến chứng 21/23 (91,30%) đã

được điều trị ổn định bằng nội khoa, 2/23 (8,69%) được điều trị bằng phẫu thuật (phẫu thuật đục thể thủy tinh).

Đánh giá các tai biến, biến chứng theo các đặc điểm trước phẫu thuật (**bảng 1**), thấy có một số yếu tố có ảnh hưởng tới nguy cơ xảy ra tai biến, biến chứng như **bảng 4** sau:

**Bảng 4. Môi liên quan biến chứng và một số đặc điểm**

Đặc điểm	Phân nhóm	XHTP (n=8)	Rò sẹo bong (n=4)	Bong hắc mạc (n=4)	Sẹo bong đẹt (n=6)	Viêm MBD (n=7)
Nhãn áp	Trên 35mmHg (n=13)	7(53,8%)	2(15,38%)	3 (23,07%)	2(15,38%)	3(23,07%)
	Dưới 35mmHg (n=18)	1(5,55%)	2(11,11%)	1(5,55%)	4(22,22%)	4(22,22%)
	p	<0,001	0,09	<0,001	0,08	0,23
Thời gian bị bệnh	Trên 3 ngày (n=14)	4(28,57%)	2(14,28%)	3(21,42%)	3(21,42%)	2(14,28%)
	Từ 1-3 ngày (n=17)	4(23,53%)	2(11,76%)	1(5,88%)	3(17,64%)	5(29,41%)
	p	0,08	0,15	<0,001	0,06	0,03

Theo bảng 4, nhãn áp tăng cao trên 35 mmHg đã làm gia tăng nguy cơ xảy ra XHTP (<0,001, test Chi square), bong hắc mạc (<0,001, test Chi square) so với nhóm nhãn áp thấp dưới 35mmHg.

Thời gian bị bệnh (thời gian nhãn áp cao không điều chỉnh) kéo dài trên 3 ngày cũng làm tăng nguy cơ bong hắc mạc (<0,001, test Chi square), viêm màng bồ đào (0,03, test Chi square) so với nhóm kéo dài dưới 3 ngày

#### Ảnh hưởng của biến chứng đến kết quả phẫu thuật sau 12 tháng

**Bảng 5. Môi liên quan kết quả phẫu thuật và biến chứng**

Kết quả phẫu thuật		Có biến chứng (n=14)	Không biến chứng (n=17)	p
Nhãn áp	Nhãn áp chung (mmHg)	16,67 ± 4,12	16,33 ± 5,79	0,16
	Từ 18-21 mmHg (n=3)	1 (7,14%)	2 (11,76%)	0,06
	Từ 15 -18 mmHg (n=18)	9 (64,28%)	9 (52,94%)	0,13
	Dưới 15 mmHg (n=10)	4 (28,57%)	6 (35,29%)	0,08
Thị lực	Thị lực trung bình (LogMAR)	0,62±0,45 (0,2-0,9)	0,49±0,33 (0,2-0,7)	0,06
	Nhóm <20/200 (n=0)	0	0	

Theo bảng 6, kết quả về nhãn áp và thị lực sau 12 tháng phẫu thuật đều cải thiện và duy trì ổn định, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có biến chứng và nhóm không có biến chứng. Trên nhóm có biến chứng, có 2 trường hợp đục thể thủy tinh sau phẫu thuật 12 tháng làm cho cải thiện thị lực của cả nhóm bị giảm xuống tuy nhiên mức độ thị lực chưa gây ra sự khác biệt giữa 2 nhóm (0,06, test T Student).

#### IV. BÀN LUẬN

Về tai biến xảy ra trong 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 tổng khứ không xảy ra. Tuy nhiên tỷ lệ tai biến xảy ra còn cao (29,03%) gồm: xuất huyết tiền phòng (XHTP) 25,81% và xuất huyết dịch kính (XHDK) 3,22% đều ở mức độ nhẹ và được xử trí ổn định ngay trong phẫu thuật hoặc điều trị nội khoa sau mổ.

XHTP là một biến chứng được nhắc đến nhiều trong phẫu thuật cắt bè cứng giác mạc nói chung và đặc biệt trên nhóm ACAG chưa cắt cơn trên nội khoa. XHTP xảy ra với nguyên nhân chủ yếu là khi cắt mỏng mắt chu biến đã lùi sâu ra

sau chạm vào vòng động mạch chân mống mắt. Hơn nữa, trong nghiên cứu cũng cho thấy ảnh hưởng của nhãn áp cao trước phẫu thuật làm tăng tỷ lệ XHTP bảng 4, điều này được giải thích bởi nhãn áp tăng cao sẽ ảnh hưởng trực tiếp tới áp lực trong lòng mạch, khi phẫu thuật có thể chạm vào các mạch máu đang cương tụ của mống mắt cũng gây ra tình trạng xuất huyết rõ ràng hơn. Để xử trí với XHTP, ngay trong phẫu thuật cần dừng lại, bơm dung dịch Adrenaline pha loãng (0,5%) bơm vào tiền phòng gây co mạch, bơm khí tiền phòng để ép mạch máu cầm máu. Một số nghiên cứu, cũng đã sử dụng các hoạt chất gây co mạch để xử trí biến chứng XHTP và cho thấy hiệu quả rõ rệt cũng như tính an toàn với nội mô giác mạc và các kết quả phẫu thuật [2]. Với nghiên cứu này, chỉ có 2/8 trường hợp do xuất huyết nhanh nên tạo ra dải máu đông không được rửa hết trong phẫu thuật mà tiêu dần theo thời gian. Các bệnh nhân có tai biến XHTP đều được bổ sung thuốc cầm máu (transamin), corticoid đường tĩnh mạch để hạn chế xuất huyết tái phát. Như vậy, để hạn chế biến chứng XHTP cần hạ nhãn áp tốt trước phẫu thuật kèm theo các biện pháp chống viêm làm giảm cương tụ mạch máu trên mống mắt, và bổ sung điều trị nội khoa và theo dõi kỹ sau phẫu thuật.

Tỷ lệ biến chứng sớm (<2 tuần) 67,74% trong đó bao gồm bong hắc mạc 12,9%, rò sẹo bong 12,9%, sẹo bong det 19,35%, viêm màng bồ đào trước 22,58%; biến chứng muộn gồm đục thể thủy tinh 6,44%. Theo tác giả Nguyễn Quốc Đạt (2017), phẫu thuật Phaco phối hợp cắt bè cho hiệu quả cải thiện thị lực và ổn định nhãn áp trong thời gian theo dõi 1 năm tốt, tuy nhiên có một số biến chứng cần phải xử trí sau mổ như: rò sẹo bong (13,14%), sẹo bong det (17,12%)[4]. Tuy nhiên, các biến chứng này đều ở mức độ nhẹ, đáp ứng tốt với điều trị bổ sung. Kết quả là sau 2 tuần, tỷ lệ biến chứng giảm rõ rệt, (trừ trường hợp biến chứng muộn đục thể thủy tinh).

Bong hắc mạc là biến chứng được mô tả nhiều trong các nghiên cứu về phẫu thuật cắt bè nói riêng, hay các phẫu thuật, thủ thuật thực hiện trên mắt tăng nhãn áp cấp tính. Về bản chất, bong hắc mạc xảy ra do thay đổi nhãn áp nhanh chóng trước và sau phẫu thuật, biến chứng này được phát hiện với các triệu chứng lâm sàng như tiền phòng nông, nhãn áp thấp, nhãn cầu sờ mềm, soi đáy mắt hoặc siêu âm thấy bong hắc mạc [5]. Với tỷ lệ 12,9%, bong hắc mạc được điều trị với băng ép sẹo bong để điều trị dò sẹo bong, kết hợp với chống viêm

corticoid toàn thân, liệt thể mi sau 7,24±2,12 (6-8 ngày). Như vậy, bong hắc mạc có thể điều trị hoàn toàn bằng nội khoa, chỉ theo dõi trong thời gian ngắn.

Rò sẹo bong là một biến chứng thường gặp hàng đầu với phẫu thuật lỗ rò, nguyên nhân gây rò có thể liên quan tới kết mạc (thiếu hụt kết mạc, phẫu thuật lần 2, xơ hóa kết mạc, rách vạt kết mạc), do khâu chưa kín mép (mũi khâu lỏng, mũi chỉ bị đứt). Biểu hiện trên lâm sàng là sẹo bong det, tiền phòng nông, nhãn áp thấp, dấu hiệu Seidel (+) [6]. Trên nghiên cứu của chúng tôi, có 3 trường hợp chỉ cần băng ép lại vị trí sẹo bong và sau 1,98 ±1,2 ngày (2-4 ngày) thì ổn định, 1 trường hợp phải khâu lại mép kết mạc. Như vậy, rò sẹo bong không gây ra nhiều khó khăn trong điều trị, tuy nhiên cần giải quyết tình trạng này sớm, do một số nghiên cứu cho thấy việc tiền phòng nông kéo dài trên mắt glacom góc đóng có nguy cơ cao làm cho góc tiền phòng dính lại ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng kiểm soát nhãn áp.

Sẹo bong det đồng nghĩa với hiệu quả dẫn lưu thấp, nguyên nhân có thể do rò sẹo bong hay do vạt củng mạc được khâu quá kín. Với nguyên nhân rò sẹo bong thực hiện các bước điều trị rò như trên. Trong nghiên cứu này, nguyên nhân làm sẹo bong det lại đến từ việc củng mạc chặt (6/6 trường hợp). Với các trường hợp này, đều được hướng dẫn massage (dùng ngón tay ấn nhãn cầu đối diện với vị trí tạo vạt củng mạc trong thời gian 10 giây) nhằm tạo áp lực mở rộng đường dẫn lưu thủy dịch qua vạt củng mạc [7], [8]. Tuy nhiên, biện pháp này chỉ có ý nghĩa với nhóm bệnh nhân nhân còn tuân thủ tốt với hướng dẫn, và vạt củng mạc không quá chặt. Chúng tôi thành công với 4/6 trường hợp, 2 trường hợp còn lại phải thực hiện cắt chỉ vạt củng mạc bằng kim qua kết mạc, không trường hợp nào phải phẫu thuật lại. Sẹo bong det cũng cần phát hiện và xử trí kịp thời, nếu không quá trình viêm dính sẽ dính chặt vạt củng mạc, và sẹo bong khó có thể hình thành về sau, dẫn đến hiệu quả điều chỉnh nhãn áp không còn.

Viêm màng bồ đào trước xảy ra ngay sau phẫu thuật chiếm 22,58%, với 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. Sau 2 tuần tỷ lệ này giảm chậm xuống còn 12,88%. Về cơ chế gây VMBĐ có thể thấy rằng nhãn áp tăng cao gây ra tình trạng thiếu máu đột ngột tại bán phần trước, đặc biệt là mống 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. 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 kéo dài hơn (trên 3 ngày). Hơn nữa, trong phẫu thuật này có tác động vào mống mắt do vậy, nguyên nhân gây VMBĐ lại được cộng hợp. Việc điều trị gặp nhiều khó khăn, cần điều trị lâu dài, thời gian điều trị trung bình đến khi hết dấu hiệu viêm (cương tụ rìa, phản ứng thể mi, tyndal -) trong nghiên cứu của chúng tôi là  $21,73 \pm 11,46$  (12-38 ngày). Do vậy, cần theo dõi bệnh nhân chu đáo để giải quyết triệt để biến chứng này

Ngoài ra, khi đánh giá ảnh hưởng của tai biến, biến chứng lên kết quả phẫu thuật, chúng tôi không thấy sự khác biệt giữa nhóm có biến chứng và nhóm không có biến chứng, điều này cho thấy hiệu quả của việc phát hiện và xử lý biến chứng sớm có ý nghĩa hết sức quan trọng đến kết quả phẫu thuật cuối cùng

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt bè vẫn là phẫu thuật có ý nghĩa trong kiểm soát nhãn áp trong điều trị glôcôm góc đóng cơn cấp không cắt cơn không kèm theo đục thể thủy tinh, tuy nhiên tỷ lệ tai biến, biến chứng cao cần theo dõi phát hiện và phối hợp với các biện pháp điều trị bổ sung kịp thời.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Foster, Paul J.** The epidemiology of primary angle closure and associated glaucomatous optic neuropathy. *Seminars in ophthalmology*. Vol. 17. No. 2. Taylor & Francis, 2002
2. **Nongpiur ME, Ku JY, Aung T.** Angle closure glaucoma: a mechanistic review. *Curr Opin Ophthalmol*; 22:96-101. 2011
3. **Edmunds, B., et al.** The national survey of trabeculectomy. III. Early and late complications. *Eye* 16:3: 297-303. 2003
4. **Nguyễn Quốc Đạt,** Nghiên cứu các biến chứng trong phẫu thuật Phaco phối hợp cắt bè cùng mạc giác mạc. *Tạp chí y học Việt Nam*, 1859 - 1868, 391, 5, 275 - 284. 2017
5. **Aung T, Tow SL, Yap EY, et al.** Trabeculectomy for acute primary angle closure. *Ophthalmology*.107(7):1298-302. 2000
6. **Tan AM, Loon SC, Chew PT.** "Outcomes following acute primary angle closure in an Asian population". *Clin Exp Ophthalmol*. 37(5):467-72. 2009
7. **G L Spaeth.** Trabeculectomy for acute primary angle closure. *Ophthalmology*;108(6):1008. 2001
8. **Sousa, David Cordeiro,** and Luís Abegão Pinto. Trabeculectomy-Prevention and Management of Complications. *Journal-Trabeculectomy-Prevention and Management of Complications*. 2018

## THỰC HÀNH XỬ TRÍ CỦA ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG SAU PHƠI NHIỄM VỚI MÁU, DỊCH CƠ THỂ, 2020

Nguyễn Ngọc Bích<sup>1</sup>, Phạm Hữu Kiệt<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Nguy cơ nhiễm vi rút viêm gan B ở nhân viên y tế luôn mức cao do thường xuyên phải tiếp xúc với máu, dịch tiết của người bệnh bị nhiễm vi rút viêm gan B. Để giảm tỷ lệ mắc bệnh viêm gan vi rút B nghề nghiệp, bên cạnh tiêm phòng vắc xin, các biện pháp dự phòng lây nhiễm đóng vai trò rất quan trọng. Nghiên cứu thực hành xử trí của điều dưỡng lâm sàng sau phơi nhiễm với máu, dịch cơ thể được thực hiện tại Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2020. Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng phương pháp định lượng trên 385 điều dưỡng lâm sàng của bệnh

viện. Kết quả nghiên cứu cho thấy 64,6% điều dưỡng thực hành đúng xử trí sau phơi nhiễm với vật sắc nhọn hoặc máu, dịch cơ thể. Tăng cường kiểm tra giám sát thường xuyên về các quy trình kỹ thuật điều dưỡng, quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn và các quy trình phòng ngừa chuẩn trong bệnh viện, nhất là những trường hợp bị tai nạn nghề nghiệp thì cần phải báo cáo ngay và đúng quy trình để có hướng xử trí kịp thời. **Từ khoá:** xử trí sau phơi nhiễm, điều dưỡng, bệnh viện, viêm gan B nghề nghiệp

### SUMMARY

#### PRACTICE AFTER EXPOSURE TO BLOOD AND OTHER PATIENT'S MUCUS AMONG NURSES AT AN GIANG HOSPITAL, 2020

Health workers are at high risk of having Hepatitis B as they expose to blood and other patient's mucus. To reduce the risk of Hepatitis B and other occupational blood - borne diseases, beside vaccination, applying different preventive measures

<sup>1</sup>Trường Đại học Y tế công cộng

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Bích

Email: nnb@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.5.2021

Ngày phản biện khoa học: 25.6.2021

Ngày duyệt bài: 5.7.2021