

chúng tôi đạt 80%, trong đó tái thông tốt đạt 60% (TICI 2b 17.14%, TICI 3 42.86%). Tỷ lệ tái thông tốt của chúng tôi thấp hơn so với các thử nghiệm ngẫu nhiên: MR CLEAN (75.4%) [1], ESCAPE (72.4%) [2], EXTENDED IA (86%) [3], SWIFT – PRIME (88%) [4] và Vũ Đăng Lưu 71.9% [6]. Theo chúng tôi, lí do chính dẫn tới sự khác biệt này, đó là kinh nghiệm can thiệp của chúng tôi còn chưa nhiều bằng các trung tâm lớn khác.

Về biến chứng sau can thiệp, chúng tôi có 3 trường hợp xuất huyết não có triệu chứng, chiếm tỷ lệ khá cao (8.57%). Trong khi đó, xuất huyết não có triệu chứng ở nghiên cứu MR CLEAN là 7.7% [1], ESCAPE là 3.6% [2], và EXTENDED IA là 6% [3]. Nguyên nhân có thể là do yếu tố chủng tộc, bệnh mạn tính kèm theo. Mặt khác, yếu tố kinh nghiệm can thiệp cũng cần phải tính đến.

Về mức độ phục hồi chức năng thần kinh theo thang điểm Rankin sửa đổi, tỷ lệ phục hồi tốt tại thời điểm 3 tháng chiếm 34.29%. Kết quả này tương tự nghiên cứu MR CLEAN (33%), nhưng thấp hơn các nghiên cứu REVASCAT (43,7%), EXTENDED IA (72%), SWIFT - PRIME (60%) và Vũ Đăng Lưu (58,2%). Sự khác biệt này có thể phần lớn là do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân ở mỗi nghiên cứu khác nhau. Trong nghiên cứu này, tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân của chúng tôi tương tự thử nghiệm MR CLEAN.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp lấy huyết khối đường động mạch bằng dụng cụ cơ học Solitaire cho loạt 35 bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não tối cấp cửa sổ điều

trị dưới 6 giờ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa cho thấy thành công về mặt kỹ thuật. Tỷ lệ có tái thông cao (94.29%), trong đó tái thông hoàn toàn đạt 42.86%. Tỷ lệ xuất huyết não có triệu chứng chiếm 8.57%. Mức độ hồi phục chức năng thần kinh tốt (mRS 0 – 2) tại thời điểm 3 tháng đạt 34.29%. Tử vong sau 3 tháng chiếm 14.29%. Cần tiếp tục nghiên cứu để có số liệu đầy đủ hơn trong những năm tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Olvert A., Berkhemer, Puck S.S.** Fransen, Debbie Beumer, et al., for the MR CLEAN Investigators (2015): A Randomized Trial of Intraarterial Treatment for Acute Ischemic Stroke. *N Engl J Med* 2015; 372:11-20.
- Mayank Goyal, Andrew M. Demchuk, Bijoy K. Menon, et al.**, for the ESCAPE Trial Investigators (2015): Randomized Assessment of Rapid Endovascular Treatment of Ischemic Stroke *N Engl J Med* 2015; 372:1019-1030
- Bruce C.V. Campbell, Peter J. Mitchell, Timothy J. Kleinig, et al.**, for the EXTEND-IA Investigators Endovascular (2015): Therapy for Ischemic Stroke with Perfusion-Imaging Selection *N Engl J Med* 2015; 372:1009-1018
- Jeffrey L. Saver, Mayank Goyal, Alain Bonafe, et al.**, for the SWIFT PRIME Investigators (2015): Stent-Retriever Thrombectomy after Intravenous t-PA vs. t-PA Alone in Stroke *N Engl J Med* 2015; 372:2285-2295
- Tudor G. Jovin, Angel Chamorro, Erik Cobo, et al.**, for the REVASCAT Trial Investigators (2015): Thrombectomy within 8 Hours after Symptom Onset in Ischemic *N Engl J Med* 2015; 372:2296-2306
- Vũ Đăng Lưu, Nguyễn Quang Anh (2016):** Kết quả của phương pháp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học Stent Solitaire trong điều trị nhồi máu não tối cấp. *Tạp chí nghiên cứu Y học.* 94(2), 35 – 39.

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT GLÔCÔM ÁC TÍNH

Đỗ Tấn¹, Phạm Thị Thu Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả và các yếu tố ảnh hưởng đến điều trị phẫu thuật Glôcôm ác tính. **Bệnh nhân và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp theo dõi dọc theo thời gian được tiến hành tại khoa Glôcôm bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 10 năm

2012 đến tháng 10 năm 2017 trên 53 mắt với thời gian theo dõi tối thiểu 6 tháng. **Kết quả:** 39 mắt (73,6%) được phẫu thuật lấy TTT/IOL kết hợp cắt DK cắt màng hyaloid- dây chằng Zinn - mống mắt chu biên (HZV), 14 mắt có IOL được phẫu thuật CDK + HZV. Thị lực cải thiện rõ rệt sau mổ, tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật 51/53 mắt chiếm 96,4% thị lực tăng, chỉ có 2 mắt thị lực không tăng so với trước phẫu thuật (3,8%). Nhãn áp sau phẫu thuật giảm rõ rệt. 36 mắt thành công hoàn toàn (67,9%), 16 mắt thành công 1 phần, chiếm 30,3% (chủ yếu do những mắt này phải dùng thuốc hạ nhãn áp bổ sung), 1 mắt thất bại (1,8%) và đã được phẫu thuật cắt bè cùng giác mạc. Thị lực trước điều trị liên quan có ý nghĩa

**Bệnh Viện Mắt Trung Ương.*

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thu Hà

Email: haptt321@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 23.4.2021

Ngày duyệt bài: 5.5.2021

đến kết quả thị lực sau phẫu thuật. Hình thái sẹo bong trước phẫu thuật ảnh hưởng đến nhãn áp sau phẫu thuật. Độ sâu tiền phòng trước phẫu thuật có ảnh hưởng đến tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật như viêm màng bồ đào, phù giác mạc. **Kết luận:** Điều trị phẫu thuật cắt dịch kính tái tạo tiền phòng là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả. Thị lực, hình thái sẹo bong, độ sâu tiền phòng trước mổ là các yếu tố tiên lượng có ý nghĩa đến kết quả phẫu thuật.

Từ khóa: Glôcôm ác tính, cắt dịch kính, lấy thể thủy tinh

SUMMARY

AFFECTING FACTORS FOR SURGICAL TREATMENT OF MALIGNANT GLAUCOMA

Objectives: To evaluate the outcome and affecting factors of surgical treatment for malignant Glaucoma. **Patients and Methods:** Interventional, prospective study on 53 malignant Glaucoma eyes at Glaucoma department, VNEH from 10/2012 to 10/2017 with minimum follow-up of 6 months. 39 (73.6%) eyes were operated with lens removal/ IOL and vitrectomy + hyalo-zonulo-iridectomy (HZV), the remaining 14 pseudophakic eyes were treated with vitrectomy + HZV only. VA was significantly improved postoperatively, at 6 months, 51/53 eyes (96.4%) got some VA increase, while VA remained unchanged in only 2 eyes (3.8%). IOP was remarkably reduced after the surgery. The complete success rate was 67.9%, partial success rate was 30.3% and only 1 failure that needed trabeculectomy to control IOP. Preoperative VA proportionately affected visual outcome. The preoperative filtration bleb status significantly influenced the IOP results. AC depth before treatment was related with the rate of postoperative complications. **Conclusion:** surgical treatment including vitrectomy + HVZ (+/- lens removal) was safe and effective for malignant Glaucoma. Preoperative VA, filtration bleb and AC depth were significant prognostic factors for surgical outcome.

Key words: Malignant Glaucoma, vitrectomy, lens removal

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh glôcôm ác tính hay còn gọi là hội chứng thủy dịch lạc đường được được mô tả lần đầu bởi Graefe (1869). Đây là bệnh lý gây ra bởi sự lưu thông lạc đường của thủy dịch ra bán phần sau gây ra bệnh cảnh lâm sàng điển hình: tiền phòng nông cả ở trung tâm và ngoại vi do màn mỏng mắt – thể thủy tinh bị đẩy ra trước, thường kèm theo tình trạng nhãn áp tăng cao. Bệnh hay xuất hiện thứ phát sau một can thiệp nội nhãn nhưng cũng có thể xuất hiện nguyên phát. Glôcôm ác tính tuy là bệnh lý hiếm gặp với tỷ lệ 2-4% sau các phẫu thuật nội nhãn nói chung nhưng được coi là bệnh lý nguy hiểm với bệnh cảnh lâm sàng nặng nề, diễn biến cấp tính, rầm rộ. Bệnh có tiên lượng rất nặng, không đáp ứng với các phương pháp điều trị glôcôm thông

thường, có thể dẫn đến mù lòa nhanh chóng nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Các phương pháp điều trị glôcôm ác tính đã trải qua nhiều thay đổi có tính chất cách mạng dựa trên những hiểu biết ngày càng toàn diện và sâu sắc về cơ chế bệnh sinh của bệnh. Điều trị glôcôm ác tính bao gồm điều trị nội khoa với mục đích hạ nhãn áp, đưa các cấu trúc giải phẫu về vị trí sinh lý bình thường. Nhưng theo các nghiên cứu, điều trị nội khoa chỉ có tác dụng cải thiện bệnh cảnh của glôcôm ác tính trong thời gian đầu, tỷ lệ thất bại và tái phát của điều trị bảo tồn rất cao (80-100%) [1]. Điều trị laser được áp dụng trên những mắt điều trị nội khoa thất bại và có đủ điều kiện có thể thực hiện được thủ thuật. Tuy vậy, điều trị laser có tỷ lệ tái phát rất cao theo thời gian (90-100%) [2], điều này cho thấy phương pháp này tuy có thể điều trị bệnh trên một số trường hợp chọn lọc nhưng kết quả không ổn định và bền vững. Điều trị ngoại khoa là lựa chọn cuối cùng trên những mắt không đáp ứng với điều trị nội khoa và laser. Ngày nay, dựa trên những kiến thức mới về cơ chế bệnh, nhiều tác giả áp dụng phương pháp lấy thể thủy tinh, cắt dịch kính – tạo đường thông nối giữa buồng dịch kính và tiền phòng – tái tạo tiền phòng đã cho kết quả rất khả quan, tỷ lệ thành công cao (80-100%), hồi phục chức năng thị giác cho bệnh nhân, cải thiện đáng kể tiên lượng bệnh. Năm 2014, Trần.T.Nguyệt Thanh, Đỗ Tấn, Đào Thị Lâm Hương và cộng sự báo cáo kết quả điều trị glôcôm ác tính bằng phương pháp phẫu thuật cắt dịch kính trước/màng hyaloids trước – cắt dây chằng Zinn - cắt mỏng mắt chu biên qua đường pars plana có sử dụng camera nội nhãn trên 24 mắt. Nghiên cứu có tỷ lệ thành công về giải phẫu 100% với thời gian theo dõi 6 tháng, không có trường hợp nào có biến chứng nghiêm trọng trong và sau phẫu thuật [3]. Tiếp nối thành công của nghiên cứu trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng điều trị của phương pháp điều trị này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Địa điểm và đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Glôcôm bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 10 năm 2012 đến tháng 10 năm 2017. Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân có mắt được chẩn đoán xác định glôcôm ác tính.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định glôcôm ác tính với các tiêu chuẩn sau:

+ Tiền phòng xẹp hoặc nông cả ở trung tâm và ngoại vi, tiền phòng nông từ độ 1 trở lên (theo phân độ tiền phòng nông của Spaeth) [4]

+ Nhãn áp cao (> 21mmHg trước điều trị).

+ Khởi phát sau các phẫu thuật nội nhãn hoặc thủ thuật trước đó, loại trừ các nguyên nhân khác gây tiền phòng nông sau phẫu thuật: bong hắc mạc, tăng thoát thủy dịch, xuất huyết thượng hắc mạc chủ yếu dựa trên kết quả siêu âm B.

+ Kết quả siêu âm bán phần trước (UBM): tiền phòng nông ở cả trung tâm và ngoại vi, thể mi dẹt, quay trước...

+ Điều trị nội khoa và/ hoặc laser thất bại.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Mắt mất chức năng
- Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu và bệnh nhân không đủ điều kiện sức khỏe để theo dõi điều trị và khám lại theo quy trình.

Phương pháp phẫu thuật:

- Trên mắt còn thể thủy tinh: thực hiện phẫu thuật 3 bước

- Cắt dịch kính trung tâm
- Tán nhuyễn thể thủy tinh đặt thể thủy tinh nhân tạo (Phaco/IOL)
- Cắt dịch kính trước - cắt màng hyaloid trước - cắt dây chằng Zinn - cắt mống mắt chu biên (HZV)

- Trên mắt đã đặt thể thủy tinh nhân tạo: thực hiện một bước

- Cắt dịch kính trước - cắt màng hyaloid trước - cắt dây chằng Zinn - cắt mống mắt chu biên có sử dụng camera nội nhãn

Đánh giá kết quả thành công chung của phẫu thuật:

- Thành công hoàn toàn: Tiền phòng tái tạo tốt, nhãn áp điều chỉnh không cần dùng thuốc hạ nhãn áp, thị lực bằng hoặc tăng sau điều trị

- Thành công một phần: tiền phòng tái tạo tốt, nhãn áp điều chỉnh với thuốc tra hạ nhãn áp, thị lực bằng hoặc tăng sau điều trị.

- Thất bại: gồm ít nhất một trong hai tiêu chuẩn sau: Tiền phòng không tái tạo và/hoặc nhãn áp không điều chỉnh với chế độ thuốc hạ nhãn áp tối đa.

Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị sau phẫu thuật

- Các yếu tố liên quan đến kết quả thị lực
- Các yếu tố liên quan đến kết quả nhãn áp
- Các yếu tố liên quan đến biến chứng trong và sau phẫu thuật

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, 53 mắt được chẩn đoán Glôcôm ác tính, điều trị nội khoa

(và/hoặc laser) thất bại đã được phẫu thuật tái tạo tiền phòng với thời gian theo dõi tối thiểu 6 tháng. Có 73,6% số mắt (39/53 mắt) còn thể thủy tinh được phẫu thuật cắt dịch kính phối hợp phaco/IOL và cắt màng hyaloid trước + cắt dây chằng Zinn + cắt mống mắt chu biên. 26,4% số mắt (14/53 mắt) đã đặt thể thủy tinh nhân tạo rồi được phẫu thuật cắt dịch kính trước và cắt màng hyaloid trước + cắt dây chằng Zinn + cắt mống mắt chu biên.

Bảng 1: Loại phẫu thuật được thực hiện điều trị glôcôm ác tính

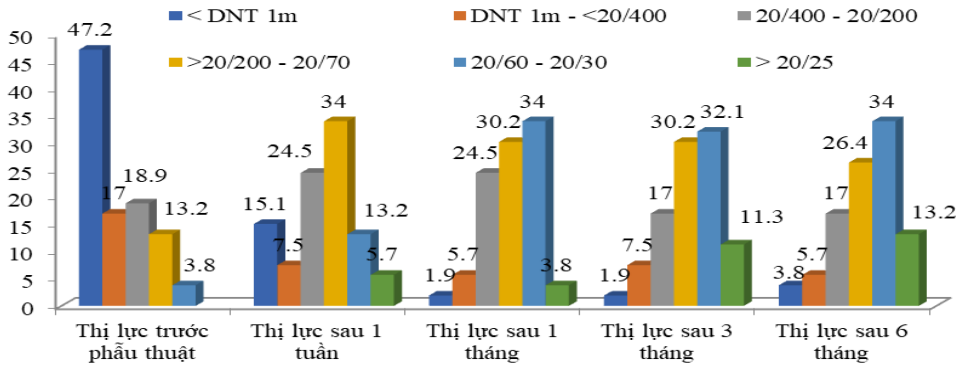
Loại phẫu thuật	Số mắt	Tỷ lệ %
Cắt dịch kính+phaco/IOL + HCI	39	73,6
Cắt dịch kính + HCI	14	26,4
Tổng	53	100

IOL: thể thủy tinh nhân tạo; HZV: cắt màng Hyaloid-dây zinn-mống mắt chu biên

Thị lực tăng rõ rệt sau điều trị phẫu thuật. Trước phẫu thuật có 47,2% số mắt có thị lực dưới ĐNT 1m; 64,2% số mắt có thị lực dưới 20/400. Mắt có thị lực từ 20/60 trở lên chỉ có 2 mắt, chiếm 3,8%. Ngay sau phẫu thuật 1 tuần, số mắt có thị lực dưới 20/400 giảm xuống còn 22,6%; 10/53 mắt (18,9%) có thị lực tốt hơn 20/70. Ở thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật, số mắt có thị lực dưới ĐNT 3m chỉ còn 5 mắt, chiếm 9,5%. 25/53 mắt (47,2%) có thị lực từ 20/60 trở lên, trong đó 7 mắt có thị lực ≥ 20/25 (chiếm 13,2%). Sự khác biệt giữa các thời điểm có ý nghĩa thống kê với p < 0,001. Sau phẫu thuật 1 tuần 42 mắt thị lực tăng chiếm 81,2%. 9 mắt (17%) thị lực không cải thiện so với thị lực trước phẫu thuật, 1 mắt có thị lực giảm. Tuy nhiên sau phẫu thuật 1 tháng 52/53 mắt thị lực tăng so với trước mổ chiếm 98,2%, chỉ còn 1 mắt thị lực không thay đổi. Ở thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật 51/53 mắt chiếm 96,4% thị lực tăng, 2 mắt thị lực không tăng so với trước phẫu thuật (3,8%).

Nhãn áp sau phẫu thuật giảm rõ rệt. Ngay sau phẫu thuật 1 tuần, 39 mắt (73,6%) có nhãn áp điều chỉnh < 21mmHg. Sau 1 tháng, số mắt có nhãn áp điều chỉnh tăng lên 46 mắt. Ở thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật có 47 mắt (88,7%) số mắt có nhãn áp dưới 21mmHg, 4 mắt nhãn áp cao trên 25 mmHg (7,5%), không có mắt nào có mức nhãn áp cao trên 35 mmHg sau phẫu thuật. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001. Nhãn áp trung bình trước điều trị phẫu thuật là 34,52 mmHg, ngay sau phẫu thuật 1 tuần, nhãn áp trung bình giảm xuống 18,8mmHg, sau 6 tháng theo dõi, nhãn áp trung

bình của nhóm điều trị phẫu thuật duy trì ổn định là 17,17mmHg. Sự khác biệt mức nhãn áp trung bình trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.



Biểu đồ 1. Kết quả thị lực sau phẫu thuật

Bảng 2: Nhãn áp ở các thời điểm theo dõi

Thời điểm Mức NA (mmHg)	Trước PT		1 tuần		1 tháng		3 tháng		6 tháng	
	Số mắt	Tỷ lệ %	Số mắt	Tỷ lệ %	Số mắt	Tỷ lệ %	Số mắt	Tỷ lệ %	Số mắt	Tỷ lệ %
≤ 21	7	11,3	39	73,6	46	86,8	50	94,3	47	88,7
22-25	2	3,2	5	9,4	5	9,4	1	1,9	2	3,8
>25-35	33	53,2	9	17,0	2	3,8	2	3,8	4	7,5
> 35	20	32,3	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	62	100.0	53	100.0	53	100.0	53	100.0	53	100.0

Ngay sau phẫu thuật 1 tuần, có 9 mắt tăng nhãn áp, được dùng thuốc hạ nhãn áp tại chỗ. Sau phẫu thuật 1 tháng, số mắt dùng thuốc hạ nhãn áp bổ sung là 10 mắt (18,9%). Ở thời điểm theo dõi 6 tháng, 17 mắt dùng thuốc hạ nhãn áp (7 mắt dùng 1 thuốc, 9 mắt dùng 2 thuốc, 1 mắt dùng 3 thuốc), chiếm 32,1%. Số mắt dùng thuốc hạ nhãn áp bổ sung tăng dần theo thời

gian ($p < 0,05$).

Trên 53 mắt được phẫu thuật can thiệp dịch kính, 36 mắt thành công hoàn toàn (67,9%), 16 mắt thành công 1 phần, chiếm 30,3% (chủ yếu do những mắt này phải dùng thuốc hạ nhãn áp bổ sung), 1 mắt thất bại (1,8%) do nhãn áp không điều chỉnh với chế độ thuốc hạ nhãn áp tối đa và cần phẫu thuật cắt bè củng giác mạc.

Bảng 3: Liên quan giữa thị lực trước điều trị và sau phẫu thuật

TL trước điều trị \ TL sau phẫu thuật	TL logMAR sau PT 1 tháng	TL logMAR sau PT 3 tháng	TL logMAR sau 6 tháng
< DNT 1m	0,99 ± 0,41	0,88 ± 0,40	0,82 ± 0,45
DNT 1m - <20/400	0,85 ± 0,43	0,79 ± 0,47	0,75 ± 0,45
20/400 - 20/200	0,73 ± 0,38	0,61 ± 0,38	0,58 ± 0,44
>20/200 - 20/70	0,42 ± 0,27	0,37 ± 0,38	0,37 ± 0,37
20/60 - 20/30	0,22 ± 0	0,00 ± 0	0,00 ± 0
P*	0,005	0,011	0,048

*Kiểm định ANOVA

Nhóm có thị lực khi trước điều trị thấp (< ĐNT 1m, ĐNT 1m – < 20/400) thì có kết quả thị lực sau phẫu thuật tương ứng ở thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật là 0,82; 0,75, thấp hơn rõ rệt thị lực sau phẫu thuật của nhóm có thị lực vào viện cao hơn (> 20/200 - 20/70; 20/60 - 20/30) là 0,37 và 0,00. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy thị lực khi vào viện có liên quan rõ rệt đến kết quả thị lực sau phẫu thuật ở tất cả các thời điểm theo dõi.

Bảng 4: Liên quan giữa hình thái sẹo bong và nhãn áp sau phẫu thuật

Tình trạng sẹo bong		Mức nhãn áp (mmHg)		≤ 21		22 – 25		> 25 – 35		P **
		Số mắt	%	Số mắt	%	Số mắt	%			
Seo bong sau PT 1 tháng	Tốt	37	94,7%			1	2,6%	0,000		
	Xơ đệt	8	80%	1	10%	1	10%			
	Khu trú + quá phát	2	100%							
Seo bong sau PT 3 tháng	Tốt	37	100%					0,039		
	Xơ đệt	10	90,9%	1	9,1%					
	Khu trú + quá phát	0				2	100%			
Seo bong sau PT 6 tháng	Tốt	32	97%			1	3%	0,021		
	Xơ đệt	12	70,6%	2	11,8%	3	17,6%			
	Khu trú + quá phát									

** Kiểm định χ^2

Nhóm có sẹo bong xấu (xơ đệt và khu trú) có mức nhãn áp sau phẫu thuật cao hơn nhóm có sẹo bong tốt ở cả 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng sau phẫu thuật. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy, tình trạng sẹo bong có ảnh hưởng rõ rệt đến chỉ số nhãn áp sau phẫu thuật. Tương tự, nhóm có sẹo bong xơ đệt và sẹo bong khu trú có nhãn áp trung bình cao hơn nhóm có sẹo bong tốt với $p < 0,05$. Như vậy hình thái sẹo bong ảnh hưởng đến giá trị nhãn áp sau phẫu thuật.

Bảng 5: Liên quan giữa độ sâu tiền phòng trước phẫu thuật và biến chứng sớm sau phẫu thuật

Biến chứng	Độ sâu TP (mm)	< 0,5 mm	0,5-1 mm	> 1mm	Tổng
Không BC		3 (23,1%)	15 (50%)	9 (90%)	27 (50,9%)
Viêm MBD trước		9 (69,2%)	13 (43,3%)	1 (10%)	23 (43,3%)
Bong HM		0 (0%)	2 (6,7%)	0 (0%)	2 (3,8%)
Bong Descemet		1 (7,7%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,9%)
Tổng		13 (100%)	30 (100%)	10 (100%)	53 (100%)

Khi phân tích mối liên quan giữa độ sâu tiền phòng trung tâm trước phẫu thuật với các biến chứng sớm sau phẫu thuật nhận thấy nhóm có độ sâu tiền phòng 0,5 - 1mm gặp biến chứng sớm sau phẫu thuật nhiều hơn hai nhóm còn lại với $p = 0,028$ (kiểm định χ^2). Như vậy độ sâu tiền phòng trung tâm trước phẫu thuật liên quan đến biến chứng sớm sau phẫu thuật.

Ngược lại, tỷ lệ gặp biến chứng sớm sau phẫu thuật ở 3 nhóm nhãn áp vào viện (≤ 21 mmHg, 22-25 mmHg, > 25 mmHg) không có sự khác biệt với $p > 0,05$ (kiểm định χ^2). Như vậy, mức nhãn áp trước phẫu thuật không liên quan đến biến chứng sớm sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Phân tích sự thay đổi thị lực ở các thời điểm sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật nhận thấy thị lực sau can thiệp phẫu thuật được cải thiện rõ rệt. Sau phẫu thuật 1 tuần có 42 mắt, chiếm 79,2% số mắt thị lực tăng, 9 mắt (17%) thị lực không cải thiện, 2 mắt có thị lực giảm so với trước phẫu thuật. Nguyên nhân của giảm thị lực sớm ở 1 số trường hợp là do quá trình phẫu thuật đòi hỏi thao tác tách dính mống mắt - giác mạc khôi phục tiền phòng để thực hiện bước phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh đặt thể

thủy tinh nhân tạo, thao tác này là nguyên nhân làm khởi phát phản ứng viêm bán phần trước. Ngoài ra bước cắt mống mắt chu biên ở cuối thì phẫu thuật cũng làm tăng nguy cơ gây phản ứng viêm màng bồ đào trước ở giai đoạn hậu phẫu sớm. Trong số những mắt thị lực không tăng có 5 mắt có màng xuất tiết trong tiền phòng, diện đồng tử gây hạn chế thị lực, một mắt bong màng descemet, cần được bơm hơi tiền phòng để điều trị. Đây cũng là những nguyên nhân gây hạn chế thị lực trong những ngày đầu sau phẫu thuật. Hơn nữa, trên những mắt phẫu thuật cắt dịch kính tái tạo tiền phòng kết hợp với phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh đặt thể thủy tinh nhân tạo thì giác mạc ở những ngày đầu sau phẫu thuật bị phù ở nhiều mức độ khác nhau (chiếm 84,9%), cũng làm hạn chế sự phục hồi thị lực. Sau khi điều trị chống viêm, giảm phù tích cực, phản ứng viêm màng bồ đào giảm, xuất tiết tiêu dần, giác mạc giảm phù, trong hơn thì thị lực cải thiện rõ ràng. Sau phẫu thuật 1 tháng, chỉ còn 1 mắt có thị lực không tăng so với trước phẫu thuật do mắt này có tổn hại gai thị nặng do glôcôm (lỗm/đĩa = 0,9), kết hợp với tổn thương võng mạc cũ do tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc từ trước, 52/53 mắt (98,2%) thị lực tăng so

với trước mổ. Sau phẫu thuật 6 tháng, 2 mắt thị lực không cải thiện, một mắt do lõm đĩa hoàn toàn, đĩa thị bạc màu, một mắt tiến triển thành glôcôm tân mạch sau tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc cũ. Trường hợp này sau đó đã được laser quang đông võng mạc và làm laser quang đông thể mi để điều chỉnh nhãn áp. Ở thời điểm theo dõi cuối 96,2% số mắt trong nhóm điều trị phẫu thuật có thị lực cải thiện tốt. Tác dụng của phẫu thuật cắt dịch kính tái tạo tiền phòng điều trị glôcôm ác tính lên chức năng thị giác của bệnh nhân cũng được khẳng định ở nhiều nghiên cứu của các tác giả khác nhau [5], [6],[7].

Kết quả trong nghiên cứu cho thấy nhãn áp sau phẫu thuật giảm rõ rệt. Nếu trước khi phẫu thuật có 88,7% số mắt có nhãn áp cao trên 21mmHg, thì ở thời điểm ngay sau phẫu thuật 1 tuần, số mắt có nhãn áp không điều chỉnh giảm xuống còn 14 mắt (26,4%), 39 mắt (73,6%) có nhãn áp điều chỉnh < 21mmHg. Sau 1 tháng, số mắt có nhãn áp điều chỉnh tăng lên 46 mắt (86,8%). Sau phẫu thuật 3 tháng, số mắt có nhãn áp điều chỉnh tăng lên 50 mắt (94,3%). Tuy vậy, ở thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật, số mắt có nhãn áp điều chỉnh giảm nhẹ xuống 47 mắt (88,7%), 4 mắt nhãn áp cao trên 25 mmHg (7,5%) (bảng 2). Nhãn áp cao là hiện tượng thứ phát do màn mỏng mắt – thể thủy tinh bị đẩy ra phía trước gây che lấp vùng dẫn lưu thủy dịch. Sau khi tiền phòng được tái tạo sau phẫu thuật cắt dịch kính có hoặc không thay thể thủy tinh, màn mỏng mắt - thể thủy tinh lui ra sau, giải phóng vùng bệ bị che lấp, khôi phục lưu thông bình thường của thủy dịch, vì vậy nhãn áp trở về giá trị bình thường. Như vậy có thể thấy phẫu thuật cắt dịch kính đã tác động đúng cơ chế của glôcôm ác tính, không chỉ cải thiện thị lực, phục hồi giải phẫu mà còn hạ nhãn áp hiệu quả, giúp phục hồi chức năng thị giác cho người bệnh. Phẫu thuật cắt dịch kính đã được chứng minh tác dụng hạ nhãn áp rất hiệu quả ở nhiều nghiên cứu khác nhau [5], [6].

Mức thị lực vào viện có ảnh hưởng rõ rệt lên kết quả thị lực sau phẫu thuật ở tất cả các thời điểm sau phẫu thuật (1 tháng, 3 tháng, 6 tháng) với $p < 0,05$ (kiểm định ANOVA). Thị lực vào viện càng thấp thì mức thị lực đạt được sau phẫu thuật càng thấp và ngược lại. Thị lực vào viện phản ánh khá trung thực mức độ nặng của bệnh nhân khi vào viện. Thị lực vào viện thấp thể hiện tình trạng xẹp tiền phòng trầm trọng và kéo dài, nhãn áp tăng cao, có thể kèm theo giác mạc phù và đục thể thủy tinh ở nhiều mức độ khác nhau. Với tình trạng vào viện nặng nề như

vậy thì khả năng phục hồi thị lực sau phẫu thuật sẽ không hoàn toàn. Ngoài ra trong nhóm mắt được điều trị phẫu thuật cắt dịch kính, có 5 mắt có kèm theo các bệnh khác phối hợp: 2 mắt bị bệnh võng mạc sắc tố, 3 mắt bị tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc trước đó. Chính vì vậy trên những mắt này thị lực không phục hồi nhiều sau phẫu thuật dù tiền phòng tái tạo tốt và nhãn áp điều chỉnh trong giới hạn bình thường.

Trên những mắt đã được phẫu thuật cắt bệ củng giác mạc, chúng tôi phân tích chỉ số nhãn áp sau phẫu thuật và hình thái sẹo bong ở các thời điểm hậu phẫu khác nhau. Nhận thấy hình thái sẹo bong có ảnh hưởng rõ rệt đến chỉ số nhãn áp ở các thời điểm với $p < 0,005$. Sẹo bong thể hiện chức năng dẫn lưu thủy dịch qua vị trí lỗ dò. Những mắt có sẹo bong tốt có nhãn áp điều chỉnh tốt. Ngược lại nếu sẹo bong xấu (đẹt, khu trú...) thể hiện suy giảm hoặc mất chức năng dẫn lưu thủy dịch, lúc này nhãn áp sẽ tăng cao trở lại.

Độ sâu tiền phòng trước phẫu thuật liên quan đến biến chứng sau phẫu thuật với $p < 0,05$. Nhóm mắt có độ sâu tiền phòng dưới 0,5mm có tỷ lệ biến chứng sớm sau phẫu thuật (chủ yếu phản ứng viêm màng bồ đào) lên đến 76,9%, cao hơn rõ rệt tỷ lệ biến chứng của nhóm có độ sâu tiền phòng 0,5-1mm (50%) và trên 1mm (10%). Khi tiền phòng rất nông hoặc xẹp hoàn toàn dẫn đến hiện tượng tiếp xúc giữa mỏng mắt – giác mạc hoặc hình thành cầu dính thực sự. Thao tác tách dính trong phẫu thuật sẽ gây phân tán sắc tố mỏng mắt và/hoặc tổn thương nội mô giác mạc, dẫn đến tỷ lệ phản ứng viêm màng bồ đào cao trong nhóm này. Ngoài ra nhóm này có tỷ lệ phù giác mạc ở nhiều mức độ sau phẫu thuật trên 22,6% số mắt (Bảng 5).

V. KẾT LUẬN

Điều trị phẫu thuật cắt dịch kính tái tạo tiền phòng là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả. Yếu tố liên quan đến kết quả thị lực sau phẫu thuật là thị lực trước điều trị. Yếu tố liên quan đến nhãn áp sau phẫu thuật bao gồm: hình thái sẹo bong ở các thời điểm. Độ sâu tiền phòng trước phẫu thuật có ảnh hưởng đến tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật như viêm màng bồ đào, phù giác mạc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Debrouwere V and S. P**, Outcomes of different management options for malignant glaucoma: A retrospective study. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol, 2012. **250**: p. 131-141.
2. **Pasaoglu IB and A. C**, Surgical management of pseudophakic malignant glaucoma via anterior

- segment-peripheral iridectomy capsule-hyaloidectomy and anterior vitrectomy. Case Rep Ophthalmol Med, 2012: p. 25-32.
3. **Phạm Thị Thu Hà and Trần T Nguyệt Thanh**, Kết quả bước đầu điều trị glôcôm ác tính bằng phẫu thuật cắt dịch kính trước tái tạo tiền phòng. Tạp chí Nhân khoa Việt Nam, 2014. **42**: p. 3-11.
 4. **Spaeth GL and A. S**, Comparison of the configuration of the human anterior chamber angle, as determined by the Spaeth gonioscopic grading system and ultrasound biomicroscopy. Trans Am Acad Ophthalmol Soc., 1995. **93**: p. 337-347.
 5. **Xing Liu and M. Li**, Phacoemulsification combined with posterior capsulorhexis and anterior vitrectomy in the management of malignant glaucoma in phakic eyes Acta Ophthalmologica, 2013. **91**: p. 660-665.
 6. **Karolina Krix-Jachym and M. Rekas**, Evaluation of the Effectiveness of Surgical Treatment of Malignant Glaucoma in Pseudophakic Eyes through Partial PPV with Establishment of Communication between the Anterior Chamber and the Vitreous Cavity. Journal of Ophthalmology, 2015: p. 21-27.
 7. **Juliane Matlach and J. Slobodda**, Pars plana vitrectomy for malignant glaucoma in nonglaucomatous and in filtered glaucomatous eyes. Clinical ophthalmology, 2012. **6**: p. 1959-1966.

ẢNH HƯỞNG CỦA MỘT SỐ YẾU TỐ ĐẾN SẴN SÀNG CHI TRẢ ĐỐI VỚI XÉT NGHIỆM SÀNG LỌC UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG SỬ DỤNG XÉT NGHIỆM TÌM MÁU ẨN TRONG PHÂN (FOBT) TẠI VIỆT NAM

Nguyễn Quỳnh Anh*, Nguyễn Thu Hà*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến sẵn sàng chi trả (WTP) đối với xét nghiệm tìm máu ẩn trong phân (FOBT) để sàng lọc ung thư đại trực tràng tại Việt Nam. **Phương pháp:** Sử dụng mô hình hồi quy đa biến phân tích mối liên quan giữa WTP với các biến số độc lập (nhân khẩu – xã hội học, yếu tố nguy cơ của ung thư đại trực tràng và kiến thức-thái độ về ung thư đại trực tràng) từ bộ số liệu thu thập trên 402 đối tượng 50-75 tuổi đến khám bệnh thông thường tại các phòng khám ngoại trú thuộc Trung tâm y tế quận Hoàn Kiếm từ tháng 1 đến tháng 3/2019. **Kết quả và kết luận:** Lựa chọn sẵn sàng chi trả đối với FOBT được chỉ ra là có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng làm việc, số thành viên hộ gia đình, lo lắng bản thân sẽ mắc ung thư đại trực tràng, đánh giá bản thân có nguy cơ mắc ung thư đại trực tràng bằng hoặc cao hơn người khác, người thân trực hệ có ít nhất 1 yếu tố nguy cơ ung thư đại trực tràng, có bảo hiểm y tế. Khi hiệu chỉnh WTP theo các yếu tố liên quan thì trung bình và trung vị WTP ước tính là 373.780 đồng (95%KTC: 326.680; 438.490) và 309.970 đồng (95%KTC: 278.710; 349.520).

Từ khóa: Sẵn sàng chi trả, đo lường sự ưa thích lý thuyết, phương pháp lượng giá ngẫu nhiên phụ thuộc, yếu tố liên quan, FOBT

SUMMARY

DRIVING FACTORS OF WILLINGNESS TO PAY FOR COLORECTAL CANCER SCREENING USING FECAL OCCULT BLOOD TEST (FOBT) IN VIETNAM

*Trường Đại học Y tế Công Cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quỳnh Anh

Email: nga@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 27.4.2021

Ngày duyệt bài: 7.5.2021

Objective: To analyze the driving factors of willingness to pay (WTP) for Fecal Occult Blood Test (FOBT) for colorectal cancer screening in Vietnam. **Method:** Employing logistic regression to analyze associated factors of WTP. We used the data from a cross-sectional survey employing contingent valuation method with double-bounded question design to estimate willingness to pay for FOBT. Survey was conducted on 402 patients aged 50-75 years old who went to the outpatient clinics of Hoan Kiem District Medical Center from January to March 2019. **Results and conclusion:** The choice of WTP was shown to be significantly related to variables including current working status, number of household members, The concern about himself will get colorectal cancer, assessing himself as having the same or higher risk of colorectal cancer than others, his relatives have at least one risks for developing colorectal cancer, having health insurance. When adjusting the value of WTP for those related factors, the mean and median WTP are 373,780 VND (95%CI: 326,680; 438,490) and 309,970 VND (95%CI: 278,710; 349,520).

Keywords: Willingness to pay, stated preference, contingent valuation, WTP, CV, driving factors, FOBT

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhằm cung cấp các bằng chứng hữu ích để xây dựng chương trình sàng lọc ung thư đại trực tràng (UTĐTT) một cách hiệu quả, y văn trên thế giới đã khẳng định vai trò của nghiên cứu ước tính sẵn sàng chi trả (WTP, willingness-to-pay) trong xác định mức đồng chi trả phù hợp khi người dân sử dụng dịch vụ để vừa có thể đảm bảo nguồn tài chính cho các cơ sở cung ứng dịch vụ nhưng đồng thời cũng đảm bảo ở mức đồng chi trả như vậy, tỷ lệ tiếp cận và sử dụng dịch vụ sàng lọc là tối ưu [1]. Bằng chứng từ một nghiên cứu về WTP chuẩn mực cũng có