

thuật kết hợp xương nẹp khóa là phương pháp điều trị gãy ĐTXCT đảm bảo cho xương được cung cấp máu đầy đủ và cố định vững chắc ổ gãy, kể cả những trường hợp gãy phức tạp, thưa xương nặng. Nhờ cố định vững ổ gãy cho BN tập vận động sớm nên kết quả liền xương và phục hồi chức năng tốt chiếm tỷ lệ cao.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Nhật Anh**, Đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay ở người lớn bằng nẹp vít khóa tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp. Luận văn thạc sĩ y học, 2018.
2. **Nguyễn Đức Vương**, Nghiên cứu đặc điểm tổn thương giải phẫu và kết quả điều trị gãy đầu trên xương cánh tay bằng nẹp khóa, Luận án Tiến sĩ y học, Học viện quân y, 2021.
3. **Phạm Đức Tú, Nguyễn Mạnh Khánh**, Kết quả điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay bằng kết xương nẹp vít khóa tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Tạp chí y học Việt Nam, 2023; 529(8): 349-353
4. **Trần Sang**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị gãy kín đầu trên xương cánh tay bằng kết hợp xương nẹp khóa tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y dược Cần Thơ, 2020.
5. **Kiran Kumar, Sharma Gaurav, Sharma Vijay, Jain Vaibhav, Farooque Kamran, and Morey Vivek**, Surgical treatment of proximal humerus fractures using PHILOS plate, J Chinese journal of traumatology, 014, 17(5): p. 279-28.
6. **Kumar Anshuman and Patnaik Gourishankar**, A comparative study of closed reduction and fixation with percutaneous k-wires versus open reduction and internal fixation with philos plate for proximal humerus fractures in the elderly, J International Journal of Orthopaedics, 2018, 4(3): p.398-407.
7. **Neer C. S**, Displaced proximal humeral fractures. I. Classification and evaluation. The Journal of bone and joint surgery. American volume, 1970, 52(6): 1077-89

## KẾT QUẢ XỬ TRÍ Ở THAI PHỤ ĐỦ THÁNG CÓ VẾT MỔ LẤY THAI CŨ TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH HẬU GIANG

Đào Thuý Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Diễm Thuý<sup>2</sup>,  
Lý Phạm Vân Linh<sup>1</sup>, Hoàng Phạm Quỳnh Như<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** (1) Khảo sát tình trạng sau sinh của trẻ đủ tháng với mẹ từng có vết mổ lấy thai cũ tại Bệnh viện Sản Nhi Hậu Giang. (2) Khảo sát thời gian nằm viện trung bình của mẹ và bé với từng phương pháp mổ lấy thai hay sinh thường. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 100 thai phụ có vết mổ lấy thai cũ điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Hậu Giang. **Kết quả:** Có 2 trường hợp trẻ nhập hồi sức sơ sinh sau mổ cấp cứu. Tất cả các trường hợp sinh thường trẻ đều không nhập HSSS, đều có Apgar  $\geq 7$  điểm từ phút thứ nhất. Thời gian nằm viện trung bình của thai phụ có vết mổ lấy thai cũ là  $(6,16 \pm 0,8)$  ngày. Sinh đường âm đạo có thời gian ngắn nhất  $(5 \pm 1,4)$  ngày, tiếp theo đến nhóm mổ cấp cứu  $(6,05 \pm 0,75)$  ngày và nhóm mổ chủ động  $(6,34 \pm 0,71)$  ngày. Phương pháp sinh có liên quan đến số ngày nằm viện ( $p=002$ , KTC 95%). **Kết luận:** Thời gian nằm viện trung bình của thai phụ có vết mổ lấy thai cũ là  $(6,16 \pm 0,8)$  ngày. Sinh đường âm đạo có thời gian ngắn nhất  $(5 \pm 1,4)$  ngày, tiếp theo đến nhóm mổ cấp cứu  $(6,05 \pm 0,75)$  ngày và nhóm mổ chủ động  $(6,34 \pm 0,71)$  ngày. Phương pháp

sinh có liên quan đến số ngày nằm viện. Số ngày điều trị nhóm mổ cấp cứu cao hơn nhóm sinh thường 1,05 ngày và nhóm mổ chủ động cao hơn 1,35 ngày. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa quá trình thai kỳ bất thường và tình trạng trẻ nhập HSSS sau sinh.

**Từ khóa:** vết mổ lấy thai cũ, tình trạng trẻ sau sinh, Apgar, ngày nằm viện sau sinh, sanh đường âm đạo sau mổ lấy thai.

### SUMMARY

#### RESULTS OF TREATMENT IN FULL-TERM PREGNANT WOMEN WITH OLD CAESAR SECTION SCARS AT HAU GIANG PROVINCE'S OBSTETRICS AND PEDIATRIC HOSPITAL

**Objectives:** (1) Survey the postpartum condition of full-term neonate whose mothers had a previous cesarean section at Hau Giang Provincial Obstetrics and Pediatrics Hospital (2) Survey the average hospital stay of mother and baby with each birth methods. **Research subjects and methods:** cross-sectional descriptive study on 100 pregnant women with old cesarean section treated at Hau Giang Provincial Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Results:** There were 2 cases of children admitted to neonatal intensive care after emergency surgery. All cases of normal birth were not admitted to the neonatal intensive care unit and had Apgar  $\geq 7$  points from the first minute. The average hospital stay of pregnant women with old cesarean section is  $(6.16 \pm 0.8)$  days. Vaginal birth had the shortest time  $(5 \pm 1.4)$  days, followed by the emergency surgery group  $(6.05 \pm$

<sup>1</sup>Trường Đại học Võ Trường Toản

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diễm Thuý

Email: ntdthuy@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 30.10.2024

0.75 days) and the proactive surgery group (6.34 ± 0.71 days). Method of delivery is related to the number of days in hospital (p=002, 95% CI). **Conclusion:** The average hospital stay of pregnant women with old cesarean section is (6.16 ± 0.8 days). Vaginal birth had the shortest time (5 ± 1.4 days), followed by the emergency surgery group (6.05 ± 0.75 days) and the proactive surgery group (6.34 ± 0.71 days). The method of birth is related to the number of days in the hospital. The number of days of treatment in the emergency surgery group was 1.05 days higher than the normal delivery group and 1.35 days higher than the proactive surgery group. This difference is statistically significant. There is a statistically significant relationship between abnormal pregnancy and the condition of the baby admitted to the neonatal intensive care unit after birth.

**Keywords:** Old cesarean section wound, neonate's condition after birth, Apgar, days of hospital stay after birth, vaginal birth after cesarean section.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Đa phần phụ nữ mang thai từng có vết mổ lấy thai cũ sẽ được tiếp tục sinh mổ vì liên quan đến nhiều nguy cơ, đặc biệt là nguy cơ nứt vết mổ cũ với tỷ lệ 5-7/1000 [4], đây được xem là thai kỳ có nguy cơ cao, và khó khăn trong việc theo dõi và xử trí tại bệnh sản khoa với những ca được theo dõi sinh ngã âm đạo. Cùng đó, những biến chứng đi kèm cuộc mổ lấy thai có thể xảy ra cho mẹ và con, như tỷ lệ suy hô hấp của trẻ tăng lên so với trẻ được sinh thường [3], nguy cơ nhiễm trùng vết mổ sau sinh, thời gian hồi phục chậm hơn và số ngày nằm viện dài hơn, đồng thời chi phí điều trị cao hơn. Để có cái nhìn tổng quan và so sánh về tình trạng của trẻ sau sinh và thời gian nằm viện sau sinh của phụ nữ từng có vết mổ cũ với từng phương pháp sinh, chúng tôi tiến hành một cuộc khảo sát với hai mục tiêu chính: (1) Khảo sát tình trạng sau sinh của trẻ đủ tháng với mẹ từng có vết mổ lấy thai cũ tại Bệnh viện Sản Nhi Hậu Giang. (2) Khảo sát thời gian nằm viện trung bình của mẹ và bé với từng phương pháp sinh.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Thai phụ có vết mổ lấy thai cũ điều trị tại bệnh viện Sản Nhi tỉnh Hậu Giang.

**Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2023 tại Bệnh Sản Nhi tỉnh Hậu Giang.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** cắt ngang mô tả

**Cỡ mẫu:** tính theo công thức ước tính cỡ mẫu 1 tỷ lệ



**Trong đó:** - p: tỉ lệ mổ lấy thai ở thai phụ có vết mổ lấy thai 1 lần theo kết quả nghiên cứu của Hoàng Xuân Toàn (2016), do đó chúng tôi lấy p = 0,935 [1]

- α: xác suất sai lầm loại 1. α chọn là 0,05 cho nghiên cứu có là 95%.

- Z: hệ số tin cậy. Với độ tin cậy là 95% thì Z = 1,96; d: sai số cho phép chọn d = 5%.

Cỡ mẫu tối thiểu tính được là 93. Thực tế, nghiên cứu lấy được 100 mẫu.

**Phương pháp chọn mẫu:** Chúng tôi tiến hành chọn mẫu toàn bộ tất cả hồ sơ bệnh án thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu tại bệnh viện đến khi đủ số lượng mẫu.

**Nội dung nghiên cứu:**

1. Khảo sát tình trạng sau sinh của trẻ đủ tháng của 100 thai phụ có vết mổ lấy thai cũ điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Hậu Giang từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2023.

2. Khảo sát thời gian nằm viện trung bình của mẹ và bé với từng phương pháp sinh.

**Phương pháp xử lý số liệu:** Các số liệu được ghi nhận và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng phép kiểm χ<sup>2</sup> để đánh giá mối liên hệ giữa các yếu tố trong quá trình điều trị.

**2.3. Ý đứcc:** Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng khoa học & đào tạo của trường Đại học Võ Trường Toản. Nghiên cứu chỉ nhằm phục vụ nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh cho bệnh nhân, thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật tuyệt đối.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Phân nhóm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	<18	0	0
	18-34	76	76%
	≥ 35	24	24%
Chiều cao	< 150cm	5	5%
	≥ 150 cm	95	95%
Nghề nghiệp	Cán bộ công chức	5	5%
	Công nhân	19	19%
	Nông dân	21	21%
	Nghề khác	55	55%
Tiền sử sanh đường âm đạo	Không có	85	85%
	Trước khi MLT	9	9%
	Sau khi MLT	6	6%
Số lần mổ lấy thai	1 lần	90	90%
	> 1lần	10	10%
Bệnh lý nội	Không có	93	93%

khoa mẹ	Hen	1	1%
	Thiếu máu mãn	1	1%
	U tuyến thượng thận	1	1%
	Bướu giáp không điều trị	1	1%
	Bệnh tim không điều trị	1	1%
	Di chứng sốt bại liệt	1	1%
	Viêm gan B đang điều trị	1	1%
Khoảng cách giữa 2 lần sinh > 24 tháng	Không	13	13%
	Có	87	87%
Thai kỳ lần này	Bình thường	96	96%
	Tăng huyết áp	2	2%
	Di chứng sốt bại liệt	1	1%
	Viêm gan B đang điều trị	1	1%
	Tổng	100	100%

**Nhận xét:** Đa số thai phụ trong độ tuổi sinh sản 18-34 tuổi (76%), với chiều cao  $\geq 150$ cm chiếm 95% và không có tiền sử sinh đường âm đạo trước đó chiếm 85%. Những thai phụ từng mổ lấy thai 1 lần chiếm 90% và những thai phụ

**Bảng 3. Apgar của trẻ**

Apgar (điểm)		Mổ cấp cứu		MLT chủ động		Sinh thường		Tổng
		n	%	n	%	n	%	
1 phút	0-3 điểm	1	1%	0	0%	0	0%	1
	4-7 điểm	1	1%	0	0%	0	0%	1
	$\geq 7$ điểm	42	42%	52	52%	4	4%	98
5 phút	0-3 điểm	0	0%	0	0%	0	0%	0
	4-7 điểm	1	1%	0	0%	0	0%	1
	$\geq 7$ điểm	43	43%	52	52%	4	4%	99
<b>Tổng</b>		<b>44</b>	<b>44%</b>	<b>52</b>	<b>52%</b>	<b>4</b>	<b>4%</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Vào phút thứ nhất, có 98% trẻ có Apgar  $\geq 7$  điểm, có 1% trẻ có Apgar 0-3 điểm và 1% trẻ có Apgar 4-7 điểm. Ở phút thứ 5, có duy nhất 1% (1 trẻ) có Apgar 4-7 điểm, tất cả còn lại đều có Apgar  $\geq 7$  điểm. Tất cả trẻ sinh thường đều có Apgar  $\geq 7$  điểm từ phút thứ nhất.

**Bảng 4. Quá trình thai kỳ và tình trạng trẻ cần hồi sức sau sanh**

Trẻ nhập HSSS	Bình thường		THA		Di chứng sốt bại liệt		Viêm gan B đang điều trị		Tổng	P
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Có	0	0%	1	1%	1	1%	0	0%	2	0,001
Không	96	96%	1	1%	0	0%	1	1%	98	

**Nhận xét:** Quá trình thai kỳ có liên quan đến số tình trạng trẻ cần hồi sức sau sinh ( $p < 0,05$ )

**3.3. Thời gian nằm viện:**

**Bảng 5. Thời gian nằm viện**

Xử trí	Số ngày nằm viện trung bình	Đối tượng nghiên cứu		P so với nhóm sanh thường	P
		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)		
Mổ cấp cứu	6,05 $\pm$ 0,75	44	44%	0,026	0,002
Mổ chủ động	6,34 $\pm$ 0,71	52	52%	0,03	
Sanh thường	5 $\pm$ 1,4	4	4%	-	
Tổng	6,16 $\pm$ 0,8	100	100%		

**Nhận xét:** Số ngày điều trị của nhóm mổ cấp cứu và mổ chủ động cao hơn nhóm sinh thường, cụ thể nhóm mổ cấp cứu cao hơn 1,05 ngày và nhóm mổ chủ động cao hơn 1,35 ngày. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với nhóm

mổ lấy thai 2 lần trở lên chiếm 10%. Khoảng cách giữa lần sinh trước so với thai kỳ lần này > 24 tháng chiếm 87%. Đa phần thai phụ không có bệnh lý nội khoa ảnh hưởng đến thai kỳ.

**Bảng 2. Đặc điểm thai kỳ lần này**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Quá trình thai kỳ	Bình thường	96	96%
	Tăng huyết áp	2	2%
	Di chứng sốt bại liệt	1	1%
	Viêm gan B đang điều trị	1	1%
Tuổi thai	37 0/7 - 38 6/7 tuần	26	26%
	39 0/7 - 40 6/7 tuần	74	74%
Trọng lượng thai qua siêu âm	< 2500g	3	3%
	2500g-3000g	40	40%
	3100g-3400g	41	41%
	$\geq 3500$ g	16	16%

**Nhận xét:** Quá trình thai kỳ của đa số sản phụ bình thường (96%), tuổi thai đủ tháng chiếm 74%. Thai đủ cân 2500-3000g chiếm 40% và nhóm 3100-3400g chiếm 41%.

**3.2. Tình trạng trẻ sau sinh**

mổ cấp cứu ( $p=0,026$ ) và nhóm mổ chủ động ( $p=0,03$ ) với độ tin cậy 95%.

**IV. BÀN LUẬN**

**Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:** Đa số

thai phụ trong độ tuổi sinh sản 18-34 tuổi (76%), với chiều cao  $\geq 150$ cm chiếm 95% và không có tiền sử sinh đường âm đạo trước đó chiếm 85%. Những thai phụ từng mổ lấy thai 1 lần chiếm 90% và những thai phụ mổ lấy thai 2 lần trở lên chiếm 10%. Khoảng cách giữa lần sinh trước so với thai kỳ lần này  $> 24$  tháng chiếm 87%. Khoảng cách giữa hai lần càng xa, tiên lượng cho cuộc chuyển dạ càng tốt [6]. Đa phần thai phụ không có bệnh lý nội khoa ảnh hưởng đến thai kỳ.

**Tình trạng trẻ sau sinh:** Vào phút thứ nhất, có 98% trẻ có Apgar  $\geq 7$  điểm, có 1% trẻ có Apgar 0-3 điểm và 1% trẻ có Apgar 4-7 điểm. Ở phút thứ 5, có duy nhất 1% (1 trẻ) có Apgar 4-7 điểm, tất cả còn lại đều có Apgar  $\geq 7$  điểm. Tất cả trẻ sinh thường đều có Apgar  $\geq 7$  điểm từ phút thứ nhất. Trẻ có Apgar phút thứ nhất 3-5 điểm và phút thứ 5 4-7 điểm, mẹ được chẩn đoán tiền sản giật nặng (huyết áp 170/110; protein niệu +++), sau sinh trẻ được chuyển đơn vị hồi sức sơ sinh. Không có trẻ tử vong trong nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu ghi nhận sự khác biệt giữa phương pháp sinh và tình trạng trẻ sau sinh không có ý nghĩa thống kê với Apgar phút thứ nhất ( $p=0,270$ , KTC 95%), Apgar phút thứ 5 ( $p=0,480$ , KTC 95%). Nghiên cứu của tôi tương đồng với tác giả Hoàng Xuân Toàn (2016), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p>0,05$  [1], và tác giả Klaus Bodner, Biển chứng ở trẻ sơ sinh nhìn chung thấp ở cả hai nhóm mà không thấy có sự khác biệt đáng kể nào ( $p > 0,05$ ) [7].

**Số ngày điều trị:** Thời gian nằm viện trung bình của thai phụ có vết mổ lấy thai cũ là ( $6,16 \pm 0,8$  ngày). Sinh đường âm đạo có thời gian ngắn nhất ( $5 \pm 1,4$  ngày), tiếp theo đến nhóm mổ cấp cứu ( $6,05 \pm 0,75$  ngày) và nhóm mổ chủ động ( $6,34 \pm 0,71$  ngày). Phương pháp sanh có liên quan đến số ngày nằm viện ( $p=0,002$ , KTC 95%). Số ngày điều trị nhóm mổ cấp cứu cao hơn nhóm sanh thường 1,05 ngày và nhóm mổ chủ động cao hơn 1,35 ngày. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với nhóm mổ cấp cứu ( $p=0,026$ ) và nhóm mổ chủ động ( $p=0,03$ ) với độ tin cậy 95%. So với nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang (2021), thời gian điều trị trung bình của thai phụ có vết mổ cũ là ( $4,6 \pm 1,7$  ngày). Sinh đường âm đạo có thời gian điều trị ( $3,29 \pm 1,4$  ngày) và mổ lấy thai là ( $4,71 \pm 1,7$  ngày). Từ đó cho thấy số ngày nằm viện của nhóm sanh thường ngắn hơn, hồi phục nhanh

hơn cũng như chi phí điều trị thấp hơn. Theo nghiên cứu của tác giả Negrini, nghiên cứu nhằm đánh giá loại hình sinh nào có liên quan đến giá trị chăm sóc sức khỏe cao hơn ở những thai kỳ có nguy cơ thấp, cho kết quả tỷ lệ nhập viện chăm sóc đặc biệt (ICU) cao hơn đối với cả mẹ và trẻ sơ sinh (0,8% so với 0,3%,  $p = 0,001$ ; 6,7% so với 4,5%,  $p = 0,0078$  tương ứng) và chi phí nằm viện trung bình cao hơn [8].

## V. KẾT LUẬN

Thời gian nằm viện trung bình của thai phụ có vết mổ lấy thai cũ là ( $6,16 \pm 0,8$  ngày). Sinh đường âm đạo có thời gian ngắn nhất ( $5 \pm 1,4$  ngày), tiếp theo đến nhóm mổ cấp cứu ( $6,05 \pm 0,75$  ngày) và nhóm mổ chủ động ( $6,34 \pm 0,71$  ngày). Phương pháp sinh có liên quan đến số ngày nằm viện. Số ngày điều trị nhóm mổ cấp cứu cao hơn nhóm sinh thường 1,05 ngày và nhóm mổ chủ động cao hơn 1,35 ngày. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa quá trình thai kỳ bất thường và tình trạng trẻ nhập HSSS sau sinh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Xuân Toàn** (2016), "Nghiên cứu thái độ xử trí trong chuyển dạ ở sản phụ có sẹo mổ lấy thai một lần tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương".
2. **Trương Thị Linh Giang** (2021), "Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và kết quả điều trị ở sản phụ có vết mổ lấy thai cũ tại Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế", Tạp chí Y Dược học-DHYD Huế, 3.
3. **Nguyễn Duy Linh** (2016), "Mổ lấy thai chủ động khi thai đủ tháng sớm và các biến chứng trên trẻ sơ sinh", Tạp Chí Phụ sản, 13.
4. **Tạp chí phụ sản** (2020), "Sinh đường âm đạo trên sản phụ có vết mổ cũ lấy thai", Tạp chí phụ sản.
5. **Bộ Y tế** (2019), "Thai nghén có nguy cơ cao", Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, Nhà xuất bản Y Hà Nội, 93.
6. **Nguyễn Văn Đạo** (2019), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá chi định, kết quả mổ lấy thai ở sản phụ có sẹo mổ lấy thai cũ tại bệnh viện Lương Tài tỉnh Bắc Ninh", Tạp chí Y Học Việt Nam, 483.
7. **K. Bodner, F. Wierrani, W. Grunberger, B. Bodner-Adler** (2011), "Influence of the mode of delivery on maternal and neonatal outcomes: a comparison between elective cesarean section and planned vaginal delivery in a low-risk obstetric population", Arch Gynecol Obstet, 283, (6), 1193-8.
8. **R. Negrini, R. D. da Silva Ferreira, D. Z. Guimaraes** (2021), "Value-based care in obstetrics: comparison between vaginal birth and caesarean section", BMC Pregnancy Childbirth, 21, (1), 333.

# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT DỊCH KÍNH PHỐI HỢP CỔ ĐỊNH THỂ THỦY TINH NHÂN TẠO KHÔNG DÙNG CHỈ KHÂU

Ninh Quang Hưng<sup>1</sup>, Cung Hồng Sơn<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá bước đầu kết quả phẫu thuật cắt dịch kính phối hợp cố định thể thủy tinh (TTT) nhân tạo không dùng chỉ khâu tại một số Bệnh viện Mắt ở Hà Nội. Đối tượng và phương pháp: 32 mắt có chỉ định cắt dịch kính phối hợp cố định thể thủy tinh nhân tạo không dùng chỉ khâu của 29 bệnh nhân đến khám bệnh trong thời gian từ tháng 08/2021 đến tháng 08/2022. Nghiên cứu lâm sàng mô tả tiến cứu tất cả các bệnh nhân cắt dịch kính phối hợp cố định thể thủy tinh nhân tạo không dùng chỉ khâu trong thời gian ít nhất 1 tháng. **Kết quả:** Tỷ lệ giới nam/ nữ trong nghiên cứu xấp xỉ 5,4/1. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là  $54,72 \pm 14,2$  tuổi (nhỏ tuổi nhất là 20 tuổi và lớn tuổi nhất là 72 tuổi). Đa số các trường hợp có hoàn cảnh chấn thương chiếm tỷ lệ 71,86%, chấn thương nhãn cầu kín (62,5%), chấn thương nhãn cầu hở (9,38%), bệnh lý TTT (15,63%), phaco biến chứng (12,50%). Tỷ lệ mắt phải/ mắt trái là tương đương nhau (43,75%/ 56,25%). Sau phẫu thuật và thời gian theo dõi 01 tháng, không phát hiện các biến chứng nặng như: bong võng mạc, viêm mủ nội nhãn, xuất huyết dịch kính, phù hoàng điểm dạng nang. Các biến chứng xảy ra với tỉ lệ rất nhỏ: tăng nhãn áp 1/32 (3,13%). Tất cả các mắt cắt dịch kính phối hợp cố định TTT nhân tạo không dùng chỉ khâu đều cải thiện thị lực sau phẫu thuật. Kết quả thị lực LogMAR chỉnh kính tối đa trung bình sau phẫu thuật 1 tháng là  $0,36 \pm 0,13$  (mức thị lực thấp nhất là 20/60, cao nhất là 20/25). Nhãn áp trung bình giảm nhẹ từ  $17,97 \pm 7,66$  mmHg đến sau phẫu thuật một tháng là  $15,03 \pm 5,55$  mmHg. **Kết luận:** Kỹ thuật cắt dịch kính phối hợp cố định thể thủy tinh nhân tạo không dùng chỉ khâu khá an toàn, mặc dù có một tỷ lệ tai biến, biến chứng nhất định nhưng ở mức độ nhẹ, có thể can thiệp dễ dàng không ảnh hưởng đến kết quả cuối cùng. **Từ khóa:** Cố định thể thủy tinh nhân tạo, không dùng chỉ khâu, cắt dịch kính, tai biến, biến chứng.

## SUMMARY

### THE OUTCOMES OF COMBINING VITRECTOMY WITH INTRAOCULAR LENS FIXATION WITHOUT SUTURES

**Objective:** To evaluate initially the results of combining vitrectomy with Intraocular Lens(IOLs) Fixation without sutures at some Eye Hospitals in Hanoi. **Subjects and research methods:** Descriptive study without a control group on 32 eyes, which were indicated for combining vitrectomy with

IOLs Fixation of 29 patients from 8/2021 to 8/2022. A prospective descriptive clinical study of all patients with vitrectomy combined with IOLs Fixation without sutures for 1 month. **Results:** The male/female ratio in the study was approximately 5.4/1. The mean age was  $54.72 \pm 14.2$  years old (the youngest was 20 years old and the oldest was 72 years old). Most cases had traumatic causes, accounting for 71.86%, closed globe injury (62.5%), open globe injury (9.38%), lens pathology (15.63%), complication of phacoemulsification (12.50%). The ratio of right eye/left eye is similar (43.75%/56.25%). After surgery and follow-up time after 1 month, no serious complications were detected such as: retinal detachment, endophthalmitis, vitreous hemorrhage, cystic macular edema. Complications occur at a small rate: increased intraocular pressure 1/32 eyes (3,13%). All vitrectomy combined with IOLs Fixation eyes improved visual acuity after surgery. The LogMAR average maximum corrected visual acuity 1 month after surgery was  $0.36 \pm 0.13$  (the lowest acuity level was 20/60, the highest was 20/25). The mean intraocular pressure decreased slightly from  $17.97 \pm 7.66$  mmHg to one month after surgery to  $15.03 \pm 5.55$  mmHg. **Conclusion:** The technique of combining vitrectomy with IOLs Fixation without sutures is quite safe, although there is a certain rate of complications, but at a mild level, it can be easily intervened without affecting the final results.

**Keywords:** Intraocular Lens(IOLs) Fixation, without sutures, vitrectomy, complications, accident.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thông thường TTT nhân tạo được đặt cân đối trong bao của TTT sau phẫu thuật đặt kính nội nhãn. Nhưng khi cấu trúc bao TTT hay hệ thống dây chằng Zinn không còn khả năng nâng đỡ TTT sẽ dẫn tới không đặt được TTT nhân tạo vào bao sau. Khi đó, các phương pháp: đeo kính gọng, cố định TTT nhân tạo tiền phòng, cố định TTT nhân tạo hậu phòng vào móng mắt hoặc củng mạc được nghĩ tới để khôi phục lại cấu trúc quang học của nhãn cầu.

Gần đây, một số tác giả đã giới thiệu kỹ thuật mới, vừa không dùng chỉ, lại không cần tạo vạt. Trong đó, phương pháp cố định TTT nhân tạo hậu phòng vào củng mạc do Shin Yamane đề xuất lần đầu vào năm 2014 sử dụng kim 27G để cố định TTT nhân tạo được rất nhiều phẫu thuật viên sử dụng do có nhiều ưu điểm nổi bật như: không cần mở kết mạc, không cần chỉ khâu, kim có kích thước nhỏ, ít gây tổn thương nội nhãn, trong khi kim có thể xoay và thao tác dễ dàng. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá bước đầu kết quả phẫu thuật cắt dịch

<sup>1</sup>Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Quang Hưng  
Email: ninhquanghung.bacsimat@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024

Ngày duyệt bài: 28.10.2024