

vong sau mổ cao hơn mổ mở. Vì vậy tác giả Juo⁸ cho rằng nên mổ đặt tấm lưới nhân tạo ở những bệnh nhân thoát vị rốn có xơ gan cổ trướng kèm theo. Bên cạnh đó việc kiểm soát tình trạng cổ trướng trước mổ cũng đóng vai trò quan trọng trong giảm biến chứng sau phẫu thuật⁹. Tỷ lệ biến chứng sau mổ của chúng tôi là 30,2% và tỷ lệ tử vong trong thời gian nằm viện là 4,7%. Tỷ lệ tử vong này thấp hơn so với nghiên cứu của Salamone khi theo dõi đến 30 ngày sau mổ tử vong lên đến 23%. Những yếu tố góp phần tiên lượng biến chứng và tử vong sau mổ được ghi nhận gồm tri hoãn phẫu thuật, mức độ xơ gan, điểm MELD ≥ 20 , nồng độ natri máu thấp, nồng độ Bilirubin máu tăng. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi với cỡ mẫu nhỏ và tiến hành hồi cứu nên cần thêm những nghiên cứu cỡ mẫu lớn hơn để đưa ra những kết luận trong tương lai.

V. KẾT LUẬN

Thoát vị rốn là một trong những biến chứng thường gặp ở bệnh nhân xơ gan cổ trướng. Triệu chứng lâm sàng điển hình chủ yếu chẩn đoán dựa vào triệu lâm sàng, hình ảnh học được sử dụng trong những trường hợp phức tạp cần đánh giá thêm thành phần và tình trạng bên trong túi thoát vị. Phẫu thuật điều trị trên bệnh nhân này có tỷ lệ biến chứng sau mổ và tử vong cao liên quan đến vấn đề tri hoãn mổ, mức độ xơ gan, điểm MELD ≥ 20 . Vì vậy bệnh nhân nên được chẩn đoán và phẫu thuật sớm để tránh các biến chứng ảnh hưởng đến tính mạng bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hegazy AA. Anatomy and embryology of umbilicus in newborns: a review and clinical correlations. *Front Med.* Sep 2016;10(3):271-7. doi:10.1007/s11684-016-0457-8
2. Muysoms FE, Miserez M, Berrevoet F, et al. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias. *Hernia.* Aug 2009;13(4):407-14. doi:10.1007/s10029-009-0518-x
3. Wang R, Qi X, Peng Y, et al. Association of umbilical hernia with volume of ascites in liver cirrhosis: a retrospective observational study. *J Evid Based Med.* Nov 2016;9(4):170-180. doi:10.1111/jebm.12225
4. Dabbas N, Adams K, Pearson K, Royle G. Frequency of abdominal wall hernias: is classical teaching out of date? *JRSM Short Rep.* Jan 19 2011;2(1):5. doi:10.1258/shorts.2010.010071
5. Salamone G, Licari L, Guercio G, et al. The abdominal wall hernia in cirrhotic patients: a historical challenge. *World J Emerg Surg.* 2018;13:35. doi:10.1186/s13017-018-0196-z
6. Marsman HA, Heisterkamp J, Halm JA, Tilanus HW, Metselaar HJ, Kazemier G. Management in patients with liver cirrhosis and an umbilical hernia. *Surgery.* Sep 2007;142(3):372-5. doi:10.1016/j.surg.2007.05.006
8. Juo YY, Skancke M, Holzmacher J, Amdur RL, Lin PP, Vaziri K. Laparoscopic versus open ventral hernia repair in patients with chronic liver disease. *Surg Endosc.* Feb 2017;31(2):769-777. doi:10.1007/s00464-016-5031-6
9. Bhangui P, Laurent A, Amathieu R, Azoulay D. Assessment of risk for non-hepatic surgery in cirrhotic patients. *J Hepatol.* Oct 2012;57(4):874-84. doi:10.1016/j.jhep.2012.03.037
10. Henriksen NA, Kaufmann R, Simons MP, et al. EHS and AHS guidelines for treatment of primary ventral hernias in rare locations or special circumstances. *BJS Open.* Apr 2020;4(2):342-353. doi:10.1002/bjs5.50252

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH ĐIỂM LỆ 3 ĐƯỜNG CẮT HÌNH CHỮ NHẬT CÓ ÁP 5 FLUOROURACIL TRONG ĐIỀU TRỊ HẸP ĐIỂM LỆ MẮC PHẢI

Nguyễn Thanh Nam¹, Biện Thị Cẩm Vân¹,
Trịnh Xuân Trang², Phùng Mỹ Bảo^{2,3}, Lê Trần Thúy Vy³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình điểm lệ 3 đường cắt có áp 5 fluorouracil (5FU) trong

điều trị hẹp điểm lệ mắc phải sau 6 tháng phẫu thuật.
Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, có so sánh tại khoa Tạo hình thẩm mỹ - Thần kinh nhãn khoa Bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian từ tháng 12/2023 đến tháng 8/2024. Bệnh nhân được chẩn đoán hẹp điểm lệ độ 0 hoặc 1 được chia thành 2 nhóm. Nhóm 1 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật tạo hình điểm lệ 3 đường cắt không áp 5 fluorouracil, nhóm 2 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật tạo hình điểm lệ 3 đường cắt có áp 5 fluorouracil. Phẫu thuật được kết hợp với đặt ống mini-monoka S1.1500 vào lòng lệ quản và rút ra sau 3 tháng. **Kết quả:** Có 60 mắt của 35 bệnh nhân. Tuổi trung bình 52 ± 12 tuổi, hẹp điểm lệ độ 0 chiếm 75%,

¹Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Mỹ Bảo

Email: pmbao@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 9.5.2025

độ 1 chiếm 25%. Sau phẫu thuật 6 tháng, Kết quả điều trị cho thấy tỷ lệ thành công về mặt chức năng đạt 83,3% ở nhóm không áp 5FU và 90% ở nhóm có áp 5FU. Về mặt giải phẫu, tỷ lệ thành công ở nhóm không áp 5FU là 86,7%, so với 93,3% ở nhóm có áp 5FU, tỷ lệ thành công chung ở nhóm không áp 5FU và có áp 5FU lần lượt là 83,3% và 90% cho hai nhóm.

Kết luận: Việc sử dụng 5FU giúp giảm tỷ lệ tái hẹp và tăng tỷ lệ thành công về mặt chức năng và giải phẫu.

Từ khóa: hẹp điểm lệ, 5 fluorouracil, phẫu thuật tạo hình điểm lệ.

SUMMARY

EVALUATION OF THE OUTCOMES OF 3 – SNIP PUNCTOPLASTY WITH 5 – FLUOROURACIL APPLICATION IN THE TREATMENT OF ACQUIRED PUNCTAL STENOSIS

Objective: To evaluate the outcomes of punctoplasty with the 3-snip procedure combined with the application of 5 fluorouracil (5FU) for acquired punctal stenosis after six months post-surgery. **Study Methods:** A prospective, comparative study was conducted from December 2023 to July 2024 at the Ophthalmic Plastic Surgery and Neuro-Ophthalmology Department, Ho Chi Minh City Eye Hospital. Patients diagnosed with grade 0 or 1 acquired punctal stenosis were enrolled and divided into two groups. Group 1 (30 eyes) receiving three-snip punctoplasty with 5FU and group 2 (30 eyes) without 5FU. A mini-Monoka S1.1500 stent was placed in all cases, with removal after three months. Patients were monitored over six months to assess success rates, functional outcomes, and complications. **Results:** The study included 60 eyes from 35 patients with an average age of 52 ± 12 years. Of these, 75% had grade 0 punctal stenosis, and 25% had grade 1 stenosis. After six months of surgery, functional success rates were 83.3% in the non 5FU group and 90% in the 5FU group. Anatomical success rates were 86.7% in the non-5FU group compared to 93.3% in the 5FU group. Overall success rates were 83.3% and 90% for the non 5FU and 5FU groups, respectively. **Conclusion:** The application of 5FU in three-snip punctoplasty significantly improves both functional and anatomical outcomes in treating acquired punctal stenosis.

Keywords: Acquired punctal stenosis, three-snip punctoplasty, 5-fluorouracil

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp điểm lệ là tình trạng thu hẹp hoặc tắc nghẽn điểm lệ, dẫn đến chảy nước mắt kéo dài, gây khó chịu cho người bệnh và ảnh hưởng đến sinh hoạt, được định nghĩa khi đường kính điểm lệ nhỏ hơn 0,3mm hoặc không thể luồn kim 26G vào để thông điểm lệ. Hẹp điểm lệ chiếm tỷ lệ trung bình từ 8% đến 54,3% trong các bệnh lý của hệ thống lệ đạo [1].

Hẹp điểm lệ không có chỉ định điều trị bảo tồn, phẫu thuật được xem là một phương pháp điều trị tối ưu. Hiện nay, trên thế giới có nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị hẹp điểm lệ mắc phải như nút điểm lệ, tạo hình điểm lệ bằng

nhiều đường cắt, tạo hình điểm lệ bằng laser, tạo hình điểm lệ hình nêm bằng bấm Kelly hoặc bấm Reiss... với cùng mục đích là để mở rộng điểm lệ nhưng phải duy trì đúng vị trí giải phẫu, tăng sự dẫn lưu nước mắt và bảo tồn chức năng của bơm lệ. Trong tất cả các phương pháp này thì tạo hình điểm lệ 3 đường cắt hình chữ nhật được cho là hiệu quả nhất trong việc ngăn ngừa tái hẹp và bảo tồn bơm lệ [2]. Tỷ lệ thành công của phương pháp này trong các nghiên cứu lên đến hơn 90% [3]. Mặc dù vậy, cũng có khoảng 10,3% trường hợp tái phát và 5,3% trường hợp bị tái hẹp sau phẫu thuật, tăng sinh mô hạt viêm gây chít hẹp bề mặt điểm lệ [4]. Do đó, cần các phương pháp hỗ trợ giảm thiểu tình trạng tăng sinh xơ sợi trên các đường cắt trong quá trình lành vết thương để hạn chế sự chít hẹp tái phát, góp phần tăng tỷ lệ thành công. Các phương pháp đề xuất bổ sung giúp khắc phục tình trạng trên bao gồm: sử dụng các chất chống chuyển hóa như mitomycin C - MMC hay 5 Fluorouracil - 5FU áp ngay đường cắt đáy hình chữ nhật, nút điểm lệ có lỗ, ống lệ quản đơn, ống lệ quản đôi tự cố định... đã và đang được sử dụng mang lại hiệu quả khá tốt. Nghiên cứu này tập trung vào việc ứng dụng chất chống chuyển hóa 5FU trong phẫu thuật, nhằm hạn chế tăng sinh xơ sợi và viêm, qua đó giảm nguy cơ tái phát hẹp điểm lệ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân từ đủ 18 tuổi

Hẹp điểm lệ độ 0 và 1 theo phân độ Kashkouli
Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật với phương pháp tạo hình điểm lệ 3 đường cắt hình chữ nhật có áp hoặc không áp 5FU

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân có thai

Bệnh nhân hẹp hoặc tắc bất kỳ vị trí khác của hệ thống lệ đạo

Tiền căn phẫu thuật hệ thống lệ đạo trước đó

Có bệnh lý bề mặt nhãn cầu gây chảy nước mắt

Bệnh nhân có bệnh toàn thân không thể tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, có so sánh, bệnh nhân được chia thành hai nhóm không áp 5FU (nhóm 1) và có áp 5FU (nhóm 2)

Cỡ mẫu: Chúng tôi đã tính toán với cỡ mẫu tối thiểu là 30 mắt cho mỗi nhóm.

Quy trình nghiên cứu: Điều tra viên tiến

hành ghi nhận các thông tin bệnh nhân từ hồ sơ bệnh án gồm hành chánh, bệnh sử, khám bệnh và ghi nhận các triệu chứng, mức độ chảy nước mắt, nghiệm pháp thoát fluorescein và chẩn đoán phân độ hẹp điểm lệ độ 0 và 1.

Bảng 1. Phân độ hẹp điểm lệ theo Kashouli

Phân độ	Dấu hiệu lâm sàng
0	Điểm lệ bị bít, không nhìn thấy điểm lệ
1	Nhú được bao phủ bởi một lớp màng
2	Nhỏ hơn bình thường nhưng có thể nhìn thấy được
3	Kích thước điểm lệ bình thường
4	Khe nhỏ (< 2 mm)
5	Khe lớn (≥ 2 mm)

Bảng 2. Mức độ chảy nước mắt theo Munk

Phân độ	Thang điểm Munk
0	Không có chảy nước mắt
1	Chảy nước mắt phải lau < 2 lần/ngày
2	Chảy nước mắt phải lau 2-4 lần/ngày
3	Chảy nước mắt phải lau 5-10 lần/ngày
4	Chảy nước mắt phải lau > 10 lần/ngày
5	Chảy nước mắt sống liên tục

Bảng 3. Phân độ nghiệm pháp thoát fluorescein

Phân độ	Thời gian thoát thuốc nhuộm
0	< 3 phút
1	3 – 5 phút
2	> 5 phút

Bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình điểm lệ 3 đường cắt hình chữ nhật được phân thành 2 nhóm với nhóm 1 không áp 5FU và nhóm 2 có áp 5FU theo quy trình của bệnh viện Mắt TP.HCM và được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm của khoa Tạo hình thẩm mỹ - Thần kinh nhãn khoa với các bước sau:

- Tiêm tê tại chỗ bằng Lidocaine 2%
- Dùng que nong simpson nong điểm lệ
- Dùng que thông Bowman 00 thông lệ quản. Dùng forceps có mẫu 0,3mm giữ thành sau điểm lệ.

- Dùng kéo vannas cắt điểm lệ theo 3 đường cắt: 2 đường cắt dọc 1-2mm thành sau tạo thành vạt có 3 cạnh, đường cắt thứ ba cắt ngang ở đáy 2 đường cắt dọc, lấy bỏ phần đáy của vạt.

- Đối với nhóm 2, dùng spongel có tẩm 5-FU áp vào vị trí vừa tạo hình khoảng 3 phút. Sau đó rửa lại bằng dung dịch Lactate Ringer 20ml đến 30ml.

- Đặt ống mini-monoka® S1.1500 vào điểm lệ, cố định ống. Tiêu chuẩn an toàn là ống không tiếp xúc với giác mạc khi mắt hình hướng vào trong.

Theo dõi, thu thập số liệu kết quả sau phẫu thuật ở các thời điểm: 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng. Thành công về mặt giải phẫu khi điểm lệ từ độ 3 trở lên theo Kashouli. Thành công về

mặt chức năng được đánh giá theo thang điểm Munk và nghiệm pháp thoát fluorescein gồm có thành công 1 phần giảm triệu chứng chảy nước mắt sau phẫu thuật còn độ 1 theo Munk và nghiệm pháp thoát fluorescein ở độ 1; thành công hoàn toàn là không còn triệu chứng chảy nước mắt theo Munk và nghiệm pháp thoát fluorescein ở độ 2. Thành công chung là thành công cả về mặt chức năng và giải phẫu.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập liệu và phân tích bằng phần mềm Excel 2016 và Stata16.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Qua nghiên cứu 60 mắt của 35 bệnh nhân được chia làm 2 nhóm mỗi nhóm 30 mắt. Chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 52 ± 12 tuổi. Nữ giới chiếm 71,4% (25 bệnh nhân). Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Các đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu được trình bày qua bảng 4.

- Vị trí hẹp điểm lệ dưới chiếm tỷ lệ cao hơn hẹp điểm lệ trên ở cả hai nhóm là 56,6% và 60% lần lượt ở nhóm không áp và có áp 5FU.

- Thời gian chảy nước mắt trung bình là $20,4 \pm 7,8$ tháng ở nhóm không áp 5FU và $19,1 \pm 7,6$ tháng ở nhóm có áp 5FU

- Mức độ chảy nước mắt ở độ 4 và 5 theo thang điểm Munk 100% ở nhóm không áp 5FU và 96,7% ở nhóm có áp 5FU.

- Phân độ hẹp điểm lệ trước phẫu thuật độ 0 là 73,3% ở nhóm không áp 5FU và 76,7% ở nhóm có áp 5FU

- Nghiệm pháp thoát fluorescein ở 2 nhóm ở độ 2

- Viêm bờ mi là bệnh lý kèm theo phổ biến nhất, chiếm 23,3% ở nhóm không áp 5FU và 20% ở nhóm có áp 5FU.

Bảng 4. Đặc điểm lâm sàng của 2 nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Không áp 5FU		Có áp 5FU		p
	n	%	n	%	
Vị trí hẹp điểm lệ					
Trên	23	43,4	20	40	0,647*
Dưới	30	56,6	30	60	
Thời gian chảy nước mắt (tháng)					
Trung bình $\pm$ ĐLC	20,4 $\pm$ 7,8		19,1 $\pm$ 7,6		0,525**
Khoảng giá trị	12 – 36		6 – 36		
Bệnh đi kèm					
Viêm bờ mi	7	23,3	6	20	0,754*
Quặm	0	0	0	0	
Mắt hột	0	0	0	0	

Chấn thương	0	0	0	0	-
Viêm kết mạc	0	0	0	0	-
Phân độ điểm lệ					
Độ 0	22	73,3	23	76,7	0,766
Độ 1	8	26,7	7	23,3	*
Mức độ chảy nước mắt					
Độ 3	0	0	1	3,3	0,486
Độ 4	14	46,7	16	53,3	**
Độ 5	16	53,3	13	43,3	
Nghiệm pháp thoát fluorescein					
Độ 0	30	50	30	50	-

*Kiểm định chi bình phương, ** Kiểm định t

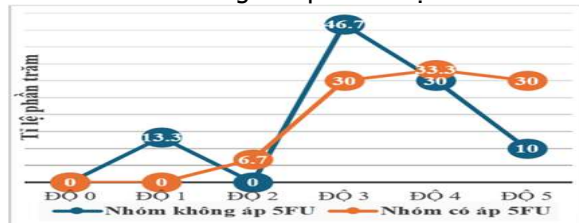
3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Thành công về mặt giải phẫu.

Thành công về mặt giải phẫu ở nhóm có áp 5FU: 93,3% (28 mắt) đạt điểm lệ từ độ 3 trở lên sau 6 tháng. Ở nhóm không áp 5FU là 86,7% (26 mắt), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả được trình bày qua biểu đồ sau.



3 tháng sau phẫu thuật



6 tháng sau phẫu thuật

Biểu đồ 1. Phân độ điểm lệ của hai nhóm ở 3 tháng và 6 tháng

(p = 0,42 sau 3 tháng; p = 0,038 sau 6 tháng - Kiểm định chính xác Fisher)

3.2.2. Thành công về mặt chức năng. Tỷ lệ thành công ở nhóm áp 5FU là 90% (27 mắt), cao hơn so với 83,3% (25 mắt) ở nhóm không áp 5FU cụ thể tỷ lệ thành công hoàn toàn là 53,3% (16 mắt) ở nhóm có áp thuốc cao hơn so với 20% (6 mắt) ở nhóm không áp thuốc. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả được trình bày qua bảng 5.

Bảng 5. Tỷ lệ thành công về mặt chức năng ở 2 nhóm

Thành công về mặt chức năng	Không áp 5FU		Có áp 5FU		P
	n	%	n	%	

Mức độ chảy nước mắt					
Hết chảy nước mắt	6	20	16	53,3	0,027*
Cải thiện 1 phần	20	66,7	12	40	
Còn chảy nước mắt	4	13,3	2	6,7	
Nghiệm pháp thoát fluorescein					
Thông hoàn toàn	6	20	16	53,3	0,028*
Thông không hoàn toàn	19	63,3	11	36,7	
Tắc	5	16,7	3	10	
Kết quả chung					
Thành công	6	20	16	53,3	0,028*
Thành công 1 phần	19	63,3	11	36,7	
Thất bại	5	16,7	3	10	

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của tôi là $51,7 \pm 12$ tuổi, dao động từ 26 đến 74 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Hila [5] năm 2020 là 60 ± 12 tuổi; tác giả Seong [6] năm 2018 là 64,1 tuổi; Ayman [7] năm 2017 là $62,8 \pm 8,3$ tuổi nhưng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Chung Nữ Giang Thanh [8] năm 2016 là $50,9 \pm 3,3$ tuổi. Sự khác biệt này có thể giải thích do khác nhau về tiêu chuẩn chọn mẫu và cỡ mẫu nghiên cứu.

Về giới tính chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nữ giới có nguy cơ mắc bệnh cao hơn nam giới có thể do liên quan đến các yếu tố sinh lý và nội tiết. Ở nữ giới, có sự sụt giảm về nồng độ androgen trong giai đoạn mãn kinh làm giảm lượng mucin trong phim nước mắt, dẫn đến tình trạng khô mắt và viêm kết mạc mãn tính, tăng nguy cơ gây bất tắc điểm lệ về sau.

Hệ thống lệ dưới chiếm tỷ lệ cao hơn là do lệ quản dưới phụ trách đến hơn 70% tải lượng nước mắt của bề mặt nhãn cầu đồng nghĩa với việc điểm lệ dưới thường xuyên tiếp xúc với các tác nhân gây viêm nhiễm bên ngoài và tích tụ các chất cặn bã do đó có xu hướng chít hẹp nhiều hơn so với điểm lệ trên.

Mức độ chảy nước mắt trước phẫu thuật cho thấy phần lớn bệnh nhân chảy nước mắt ở độ 4 và 5 chiếm 98,3% theo Munk. Tỷ lệ này có sự tương đồng giữa hai nhóm nghiên cứu và tương ứng với bất tắc điểm lệ độ 0 và 1.

Thời gian chảy nước mắt phản ánh tình trạng và mức độ bệnh lý trước khi điều trị. Tương tự các nghiên cứu trước đó, người bệnh đã chịu đựng sự chảy nước mắt trong khoảng thời gian khá dài và đã điều trị với nhiều loại thuốc nhỏ tại chỗ với các chẩn đoán khác nhau trước khi phát hiện hẹp điểm lệ và được đề nghị can thiệp phẫu thuật.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 21,7% trường hợp hẹp điểm lệ đi kèm với viêm bờ mi. Điều này phù hợp với các báo cáo trước đây, trong đó viêm bờ mi mãn tính được cho là một yếu tố nguy cơ chính dẫn đến sự phát triển của hẹp điểm lệ do tính chất viêm mãn tính và xơ hóa của bệnh.

4.2. Kết quả điều trị. Ở nghiên cứu này, chúng tôi quan tâm đến cả thành công về mặt giải phẫu lẫn thành công về mặt chức năng và thành công chung. Các quy ước để đánh giá thành công dựa theo tác giả Chalvatzis [9]. Thành công về mặt giải phẫu được đánh ở thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật điểm lệ được đặt từ độ 3 trở lên theo phân độ Kashkouli được tính là thành công. Thành công về mặt chức năng được phân thành thành công hoàn toàn và thành công một phần và được đánh giá ở thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật. Thành công hoàn toàn về chức năng được quy ước khi mức độ chảy nước mắt theo Munk hết hoàn toàn ở mức 0 và nghiệm pháp thoát fluorescein thông thoáng hoàn toàn ở mức độ 0. Thành công một phần về mặt chức năng được quy ước khi mức độ chảy nước mắt ở độ 1 và nghiệm pháp thoát fluorescein ở độ 1. Thành công chung là thành công vừa về mặt giải phẫu và mặt chức năng.

- Tỷ lệ thành công về giải phẫu ở nhóm có áp 5FU là 93,3% so với nhóm không áp 5FU là 86,7%. Đặc biệt, nhóm có áp 5FU tỷ lệ bệnh nhân đạt phân độ 4 và độ 5 trong nhóm áp thuốc là 66,7%, cao hơn đáng kể so với 46,6% ở nhóm không áp thuốc, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Qua đó thấy chúng tôi nhận thấy 5FU có tác dụng trong việc duy trì kết quả điều trị dài hạn và việc sử dụng 5FU đã giúp hạn chế sự hình thành mô sẹo tái hẹp sau phẫu thuật, đặc biệt là sau khi rút ống lệ quản.

- Tỷ lệ thành công hoàn toàn về mặt chức năng ở nhóm có áp 5FU là 53,3% so với 20% ở nhóm không áp 5FU, tỷ lệ thành công 1 phần ở nhóm có áp 5FU là 36,7% so với 63,3% ở nhóm không áp và khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Điều này cho thấy 5FU có vai trò quan trọng trong việc ngăn ngừa tình trạng chảy nước mắt và giảm thiểu tình trạng tắc nghẽn sau phẫu thuật.

- Tỷ lệ thành công chung ở nhóm áp 5FU là 90%, cao hơn so với 83,3% ở nhóm không áp 5FU. Trong đó, Trong nhóm áp 5FU, tỷ lệ bệnh nhân đạt được thành công hoàn toàn là 53,3%, trong khi ở nhóm không áp 5FU chỉ đạt 20%. Điều này cho thấy nhóm áp 5FU có khả năng đạt được kết quả tối ưu cao hơn, cả về mặt cấu trúc giải phẫu và cải thiện triệu chứng chảy nước mắt, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p =$

0,028). Điều này cho thấy việc kết hợp 5FU trong phẫu thuật không chỉ giúp cải thiện kết quả giải phẫu mà còn đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì chức năng lệ đạo sau phẫu thuật, đặc biệt là trong việc ngăn ngừa tình trạng chảy nước mắt kéo dài và tái hẹp điểm lệ.

Nhìn chung, kết quả nghiên cứu khẳng định vai trò quan trọng của 5FU trong việc tối ưu hóa cả chức năng và cấu trúc lệ đạo, từ đó nâng cao tỷ lệ thành công chung và duy trì kết quả lâu dài sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tạo hình điểm lệ 3 đường cắt có áp 5FU cho thấy hiệu quả vượt trội so với nhóm không áp 5FU, với tỷ lệ thành công cao hơn cả về chức năng lẫn giải phẫu. Biến chứng và tỷ lệ tái hẹp cũng thấp hơn đáng kể ở nhóm áp dụng 5FU. Kết quả này chứng minh vai trò quan trọng của 5FU trong việc cải thiện kết quả điều trị và giảm nguy cơ tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Soiberman, Kakizaki, D. Selva, and Leibovitch**, "Punctal stenosis: definition, diagnosis, and treatment," *Clin. Ophthalmol.*, p. 1011, Jul. 2012, doi: 10.2147/OPHTH.S31904.
2. **M. Chak and F. Irvine**, "Rectangular 3-snip Punctoplasty Outcomes: Preservation of the Lacrimal Pump in Punctoplasty Surgery," *Ophthalm. Plast. Reconstr. Surg.*, vol. 25, no. 2, pp. 134–135, Mar. 2009, doi: 10.1097/IOP.0b013e3181994062.
3. **X. Cao, Y. Wu, Y. Song, and Q.-H. Liu**, "Rectangular 3-snip punctoplasty versus punch punctoplasty with silicone intubation for acquired external punctal stenosis: a prospective randomized comparative study," *Int. J. Ophthalmol.*, vol. 14, pp. 849–854, Jun. 2021, doi: 10.18240/ijo.2021.06.09.
4. **M. J. Ali, A. Ayyar, and M. N. Naik**, "Outcomes of rectangular 3-snip punctoplasty in acquired punctal stenosis: is there a need to be minimally invasive?," *Eye*, vol. 29, no. 4, Art. no. 4, Apr. 2015, doi: 10.1038/eye.2014.342.
5. **H. Goldberg, A. Priel, O. Zloto, T. Koval, L. Varkel, and G. J. Ben Simon**, "Kelly punch punctoplasty vs. simple punctal dilation, both with mini-monoka silicone stent intubation, for punctal stenosis related epiphora," *Eye*, vol. 35, no. 2, pp. 532–535, Feb. 2021, doi: 10.1038/s41433-020-0891-3.
6. **S. J. Park, J. H. Noh, K. B. Park, S. Y. Jang, and J. W. Lee**, "A novel surgical technique for punctal stenosis: placement of three interrupted sutures after rectangular three-snip punctoplasty," *BMC Ophthalmol.*, vol. 18, no. 1, p. 70, Dec. 2018, doi: 10.1186/s12886-018-0733-2.
7. **S. Abd El Ghafar, A. M. El-Kannishy, M. M. Elwan, D. Sabry, H. M. Kishk, and E. M. Elhefney**, "Perforated punctal plugs with adjuvant use of mitomycin-C in management of acquired external punctal stenosis grades 0 and

- 1," Can. J. Ophthalmol., vol. 52, no. 6, pp. 606–610, Dec. 2017, doi: 10.1016/j.jco.2017.06.009.
8. **Chung Nữ Giang Thanh**, "Đánh giá kết quả điều trị hẹp điểm lệ mắt phải bằng ống lệ quản đôi tự cố định," Luận án Chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược TP.HCM, 2016.
9. **N. T. Chalvatzis, A. K. Tzamalís, I. Mavrikakis, I. Tsinopoulos, and S.**

Dimitrakos, "Self-retaining bicanaliculus stents as an adjunct to 3-snip punctoplasty in management of upper lacrimal duct stenosis: a comparison to standard 3-snip procedure," Ophthalm. Plast. Reconstr. Surg., vol. 29, no. 2, pp. 123–127, 2013, doi: 10.1097/IOP.0b013e31827f5a10.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHÙ GIÁC MẠC CẤP DO GIÁC MẠC CHÓP BẰNG PHƯƠNG PHÁP KHÂU MỘT PHẦN CHIỀU DÀY GIÁC MẠC KẾT HỢP BƠM C3F8 14% TIỀN PHÒNG

Ngô Việt Quang¹, Lâm Minh Vinh²,
Trịnh Xuân Trang³, Nguyễn Thị Diễm Châu²,
Dương Nguyễn Việt Hương³, Võ Quang Minh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Đánh giá sự thay đổi thị lực và tình trạng phù giác mạc trước và sau phẫu thuật. (2) Xác định tỷ lệ các biến chứng ghi nhận sau phẫu thuật. **Phương pháp:** Nghiên cứu thực hiện trên 20 hồ sơ tương ứng 20 mắt của bệnh nhân. Thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu loạt ca. 20 hồ sơ bệnh án có chẩn đoán phù giác mạc cấp do giác mạc chớp được xử trí khâu một phần chiều dày giác mạc kết hợp bơm C3F8 14% tiền phòng từ 01/2020 đến 03/2024. Thời gian thực hiện từ tháng 05/2024 đến tháng 09/2024. **Kết quả:** Thị lực tối ưu sau chỉnh kính tăng từ 2,2 lên 1,1 logMar ($p = 0,0001$) sau 6 tháng điều trị. Độ trong giác mạc vùng trung tâm cải thiện sau 6 tháng theo dõi. Chiều dày giác mạc trung bình 1138,7 μm trước phẫu thuật, sau 1 tháng giảm còn 624,5 μm ($p = 0,0001$), sau 6 tháng còn 490,7 μm ($p = 0,0001$). Biến chứng ghi nhận là ngứa mắt (5%). **Kết luận:** Khâu một phần chiều dày giác mạc kết hợp bơm C3F8 14% tiền phòng là phương pháp an toàn và hiệu quả điều trị phù giác mạc cấp do giác mạc chớp.

Từ khóa: Phù giác mạc cấp, mũi khâu một phần chiều dày giác mạc, bơm C3F8 14% tiền phòng.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULT OF PARTIAL THICKNESS SUTURES WITH INTRACAMERAL C3F8 14% IN THE MANAGEMENT OF ACUTE CORNEAL HYDROPS IN KERATOCONUS

Objectives: (1) Evaluating the best corrected visual acuity and corneal edema change before and

after surgery. (2) Evaluating the prevalence of complications after treatment. **Materials and Methods:** Retrospective descriptive case series. Twenty medical records of patients with acute corneal hydrops in keratoconus treated with partial thickness corneal sutures and intracameral C3F8 14% at Ho Chi Minh City Eye Hospital from January, 2020 to March, 2024. The implementation period was from May, 2024 to September, 2024. **Results:** The study included 20 eyes of 20 patients. Best corrected visual acuity improved from 2,2 to 1,1 logMar ($p = 0,0001$) 6 months after surgery. Corneal clarity in central zone improved after 6 months follow-up. The mean central corneal thickness decreased from 1138,7 μm before surgery to 624,5 μm after surgery one month ($p = 0,0001$) and to 490,7 μm ($p = 0,0001$) 6 months later. The complication during follow-up was pupillary block (5%). **Conclusion:** Partial thickness corneal sutures and descemetopexy with C3F8 14% is considered as a safe and effective method in the management of acute hydrops. **Keywords:** Acute corneal hydrops, partial thickness sutures, descemetopexy with C3F8 14%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phù giác mạc cấp do giác mạc chớp là tình trạng thủy dịch ngấm vào nhu mô qua vết rách màng Descemet. Bệnh tự giới hạn từ 2 đến 6 tháng nhưng nguy cơ viêm nhiễm và tân mạch giác mạc.¹ Khâu một phần chiều dày giác mạc kết hợp bơm khí tiền phòng của Chérif ghi nhận thời gian giác mạc hết phù rút ngắn trong vòng 15 ngày.² Các nghiên cứu sau đó đã đánh giá mũi khâu một phần chiều dày giác mạc đủ khả năng mang các mép rách màng Descemet đến gần nhau, đảm nhiệm vai trò khép lại khe nút nhu mô.^{4,5} Bên cạnh đó, bóng khí C3F8 14% tồn tại trong nội nhãn dài hơn các khí khác giúp màng Descemet áp vào lớp nhu mô sau, từ đó góp phần điều trị phù giác mạc cấp.¹ Chúng tôi đánh giá kết quả điều trị phù giác mạc cấp do

¹Bệnh viện Nguyễn Trãi

²Bệnh viện Mắt Thành Phố Hồ Chí Minh

³Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Việt Quang

Email: ngovietquang@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 9.5.2025