

được ứng dụng trong lâm sàng để chỉ định chọc dò dịch ổ bụng sớm khi chưa có biểu hiện rõ ràng [1]. Thật vậy, nghiên cứu của Huỳnh Cao Ngọc và cộng sự tại Bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy hệ thống tính điểm Wehmeyer có giá trị tiên đoán dương trong chẩn đoán VPMNKNP là 100% (khoảng tin cậy 95%: 73,5% - 100%) tại điểm cắt ≥ 3 điểm [1].

Qua đó cho thấy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi một lần nữa khẳng định giá trị của các thang điểm Wehmeyer và Mansoura trong phân tầng nguy cơ VPMNKNP. Đặc biệt, điểm mạnh của hai thang điểm là dễ áp dụng, sử dụng các thông số thường quy sẵn có (tuổi, CRP, MPV, NLR, tiểu cầu) mà không cần chọc dò dịch ổ bụng ngay từ đầu [5]. Trong đó, thang điểm Mansoura bao gồm 4 yếu tố: tuổi ≥ 55 tuổi, thể tích trung bình tiểu cầu (MPV) $\geq 8,5$ fl, tỷ lệ bạch cầu trung tính/lympho (NLR) $\geq 2,5$ và CRP ≥ 40 mg/l, đã được chứng minh có hiệu quả tốt trong dự đoán VPMNKNP với diện tích dưới đường cong ROC là 0,89 [5], [7]. Tuy nhiên, cũng cần lưu ý rằng những bệnh nhân có điểm thấp vẫn có thể mắc bệnh, do đó không thể thay thế hoàn toàn chỉ định chọc dò trong một số trường hợp lâm sàng nghi ngờ [1], [7].

V. KẾT LUẬN

Thang điểm Wehmeyer và Mansoura cho thấy khả năng phân định cao trong dự báo viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát ở bệnh nhân xơ gan mất bù có cổ trướng, với độ chính xác lần lượt 97% và 96% tại điểm cắt ≥ 3 . Cả hai thang điểm đều dễ áp dụng và có thể hỗ trợ sàng lọc sớm bệnh nhân nguy cơ cao trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huỳnh Cao Ngọc, Bùi Hữu Hoàng, Hồ Tấn Phát, Võ Duy Thông** (2022), "Dự đoán viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát ở bệnh nhân xơ gan ổ bụng bằng hệ thống tính điểm đơn giản WEHMEYER", Tạp chí Y học Việt Nam, 516(1), tr. 338–342. <https://doi.org/10.51298/vmj.v516i1.3016>.
2. **Trần Đăng Khoa, Cao Ngọc Nga, Phạm Thị Lệ Hoa, Nguyễn Văn Hào, Phạm Trần Diệu Hiền** (2015), "Lựa chọn kháng sinh trong điều trị viêm phúc mạc nhiễm khuẩn nguyên phát trên bệnh nhân người lớn xơ gan", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 19(1), tr. 432. <https://tapchihocphcm.vn/articles/13430>.
3. **Nguyễn LC, Lo TT, La HD, Doan HT, Le NT** (2022), "Clinical, Laboratory and Bacterial Profile of Spontaneous Bacterial Peritonitis in Vietnamese Patients with Liver Cirrhosis", Hepatic Medicine: Evidence and Research, 14, tr. 101–109. doi:10.2147/HMER.S369966.
4. **Phạm Cẩm Phương, Võ Thị Thúy Quỳnh, Phạm Văn Thái, Lê Việt Nam, Đoàn Thu Trà, Nguyễn Văn Dũng và cộng sự** (2021), "Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân xơ gan", Tạp chí Y học Việt Nam, 508(1), tr. 204–208. <https://doi.org/10.51298/vmj.v508i1.1542>.
5. **Huỳnh NC, Vo TD** (2023), "Validation of a new simple scoring system to predict spontaneous bacterial peritonitis in patients with cirrhosis and ascites", BMC Gastroenterology, 23(1):272. Published 2023 Aug 9. doi:10.1186/s12876-023-02919-9.
6. **Strauss E, Caly WR** (2006), "Spontaneous bacterial peritonitis: a therapeutic update", Expert Review of Anti-infective Therapy, 4(2), tr. 249–260. doi:10.1586/14787210.4.2.249.
7. **Abdel-Razik A, Mousa N, Abdel-Aziz M, et al.** (2019), "Mansoura simple scoring system for prediction of spontaneous bacterial peritonitis: lesson learnt", European Journal of Gastroenterology & Hepatology, 31(8), tr. 1017–1024. doi:10.1097/MEG.0000000000001364.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TẠO BỌNG THẨM VÀ HIỆU QUẢ HẠ NHÃN ÁP SAU KHI SỬA SẸO BỌNG TRÊN BỆNH NHÂN GLÔCÔM ĐÃ MỔ CẮT BÈ THẤT BẠI

Trần Tiến Đạt¹, Giang Lan Anh¹

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá kết quả tạo bóng thẩm và hiệu quả hạ nhãn áp của kỹ thuật sửa sẹo bóng bằng

kim kết hợp tiêm 5Fluorouracil dưới kết mạc trên nhóm bệnh nhân Glôcôm đã mổ cắt bè thất bại. **Đối tượng:** 13 mắt Glôcôm bao gồm 8 mắt glôcôm góc đóng và 5 mắt glôcôm góc mở đã mổ cắt bè thất bại được đưa vào nghiên cứu. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu. **Kết quả:** Nhãn áp trung bình giảm từ 29.69 ± 4.37 mmHg trước điều trị xuống 18.94 ± 1.05 mmHg, số lượng thuốc hạ nhãn áp giảm từ trung bình 2.46 thuốc trước điều trị xuống còn 0.39 thuốc sau 3 tháng điều trị. Hình thái sẹo bóng cải thiện ở 86.7% các trường hợp. Biến chứng chủ yếu hay gặp là xuất huyết dưới kết mạc và xuất huyết tiền

¹Bệnh viện Mắt Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Tiến Đạt

Email: datbacsy@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025

Ngày duyệt bài: 19.6.2025

phòng. **Kết luận:** Phương pháp sửa sẹo bong bằng kim kết hợp tiêm 5-Fluorouracil dưới kết mạc là phương pháp can thiệp đơn giản, an toàn và hiệu quả trong những trường hợp glôcôm đã mổ cắt bề thất bại. **Từ khóa:** Sửa sẹo bong bằng kim, tiêm 5-Fluorouracil dưới kết mạc.

SUMMARY

EVALUATION OF NEEDLE REVISION COMBINED WITH ANTIMETABOLITE INJECTION IN PATIENTS WITH FAILED TRABECULECTOMY SURGERY

Purpose: To evaluate the outcomes of bleb formation and intraocular pressure (IOP) reduction using the technique of bleb scar revision with needling combined with subconjunctival 5-fluorouracil (5FU) injection in patients with glaucoma who had failed trabeculectomy. **Subjects:** A total of 13 glaucomatous eyes, including 8 eyes with angle-closure glaucoma and 5 eyes with open-angle glaucoma, all of which had previously undergone failed trabeculectomy surgery. **Methods:** A prospective descriptive study. **Results:** The mean IOP decreased from 29.69 ± 4.37 mmHg before treatment to 18.94 ± 1.05 mmHg after treatment. The average number of antiglaucoma medications was reduced from 2.46 before treatment to 0.39 at three months post-treatment. Bleb morphology improved in 86.7% of cases. The most common complications were subconjunctival hemorrhage and hyphema; no serious complications were observed. **Conclusion:** Needling combined with subconjunctival 5-Fluorouracil injection is a simple, safe, and effective method for bleb revision in cases of failed trabeculectomy in glaucoma patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là một bệnh gây mù phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Nhằm hạn chế tối đa những hậu quả của bệnh Glôcôm, nhiều phương pháp điều trị khác nhau đã được sử dụng như thuốc, laser và phẫu thuật. Trong đó phẫu thuật cắt bề là phương pháp thường xuyên được sử dụng khi việc điều trị bằng thuốc và laser không có hiệu quả. Mục đích của phẫu thuật là tạo con đường lưu thông thủy dịch từ tiền phòng tới khoang dưới kết mạc và tạo thành một bong thấm, từ đó thủy dịch sẽ được hấp thu vào hệ thống mao mạch kết mạc giúp hạ nhãn áp. Hiệu quả của phương pháp phẫu thuật cắt bề củng giác mạc đã được nhiều tác giả trên thế giới cũng như tại Việt Nam khẳng định^{1, 2}.

Tuy nhiên sau phẫu thuật một thời gian, có tỷ lệ đáng kể bệnh nhân vẫn bị tăng nhãn áp trở lại, hoặc nhãn áp chưa đạt mức yêu cầu cần phải phối hợp thêm các thuốc điều trị. Trong trường hợp này nguyên nhân phẫu thuật cắt bề củng giác mạc thất bại chủ yếu là do tình trạng xơ hoá sẹo bong làm cản trở sự lưu thông của thủy dịch ra ngoài gây tăng nhãn áp trở lại.

Việc tiến hành sửa sẹo xơ được cân nhắc để tái lập lại nhãn áp bình ổn, tránh tổn thương thêm thần kinh do glôcôm. Với mục đích làm tách phần xơ dính, tạo đường thoát cho thủy dịch, phương pháp tách dính sẹo xơ lần đầu được thực hiện bởi Ewing và Stamper vào năm 1990. Các tác giả đã công bố tỷ lệ thành công của phương pháp này lên tới 91,6%. Đây cũng là một phương pháp đơn giản có thể thực hiện trên máy sinh hiển vi khám bệnh. Vì vậy, nghiên cứu của Ewing và Stamper đã trở thành bước đệm cho nhiều nghiên cứu khác về phương pháp tách dính sẹo xơ để cải thiện kết quả của phẫu thuật cắt bề như việc kết hợp của các thuốc chống chuyển hóa nhằm tạo được 1 sẹo bong đẹp và duy trì thời gian kéo dài hơn¹.

Ở Việt Nam hiện nay, phẫu thuật cắt bề vẫn là một phẫu thuật được sử dụng rộng rãi trong điều trị bệnh Glôcôm, tình trạng sẹo bong bị xơ hóa mất dần tác dụng theo thời gian là một vấn đề nan giải và thường gặp. Phương pháp sửa sẹo bong bằng kim kết hợp với tiêm thuốc chống chuyển hóa 5-Fluorouracil vẫn chưa được nhiều bác sĩ ứng dụng rộng rãi và cũng chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả của cụ thể của phương pháp này trên đối tượng bệnh nhân Glôcôm đã mổ cắt bề thất bại tại Việt nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành tại BV Mắt Hà Nội từ tháng 3 năm 2024 đến tháng 11 năm 2024.

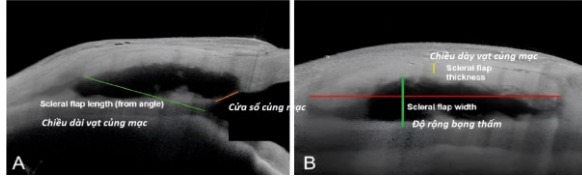
Đối tượng: 13 mắt của 13 bệnh nhân Glôcôm đã được mổ cắt bề nhưng nhãn áp không điều chỉnh, quan sát được sẹo bong và vạt củng mạc. Loại trừ các trường hợp sẹo bong không đủ điều kiện can thiệp: sẹo bong xơ dính không quan sát rõ vạt củng mạc, tăng sinh mạch máu sẹo bong mức độ nặng, có bít tắc miệng trong lỗ rò sẹo bong. Hoặc các trường hợp mắt độc nhất, mắt kèm theo các bệnh lý viêm màng bồ đào, glôcôm tân mạch, hội chứng ICE hoặc các bệnh lý dịch kính vồng mạc khác.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiến cứu tình trạng sẹo bong, nhãn áp, các thuốc điều trị trước và sau khi điều trị

Cách thức tiến hành nghiên cứu: Bệnh nhân được khám, thu thập các số liệu như thị lực, nhãn áp, số thuốc hạ nhãn áp đang sử dụng trước điều trị. Khám đánh giá tình trạng sẹo bong dựa trên thang đo MBGS, theo các tiêu chí: chiều cao bong thấm (H1-H4), độ rộng của bong tối đa (M1-M5), độ rộng của bong trung tâm (C1-C5), tình trạng mạch máu (V1-V5).

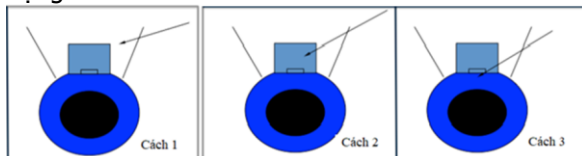
Đặc điểm của sẹo bong trên máy chụp bán phần trước: Đo chiều rộng, chiều cao và số

lượng của bong thắm. Đặc biệt đánh giá tình trạng dính của vật cứng mạc, đo độ cao khe dịch dưới vật cứng mạc. Đánh giá tình trạng cửa sổ cứng mạc còn mở hay đóng.



Hình 1: Khảo sát sẹo bong trên chụp OCT bán phần trước

Kỹ thuật sửa sẹo bong bằng kim kết hợp tiêm 5-Fluorouracil: Chuẩn bị trước khi làm thủ thuật, mắt được tra Alkain 0,5% 3 lần cách 5 phút và 1 lần Povidone Iodine 5% trước làm thủ thuật 5 phút. Thủ thuật được thực hiện trên sinh hiển vi khám, bệnh nhân ở tư thế ngồi. Mắt được đặt vành mi, hướng dẫn liếc xuống dưới. Dùng kim 30G bẻ gấp góc 70° đưa vào vùng dưới kết mạc cách rìa sẹo bong ít nhất 5mm, đưa kim đi sát theo bề mặt nhãn cầu, trên nắp cứng mạc, thực hiện động tác quét mũi kim trong sẹo để xé phần xơ dưới kết mạc và trên nắp cứng mạc. Nếu xơ dưới nắp cứng mạc, đưa kim luồn xuống tách xơ dưới nắp cứng mạc, nâng nắp cứng mạc lên và cắt chỉ khâu nắp cứng mạc. Nếu vẫn chưa thấy dịch thoát ra ngoài thì luồn sâu đầu kim xuyên qua cửa sổ cứng mạc vào tiền phòng để mở lại lối thông qua cửa sổ cứng mạc. Ấn nhẹ vào nhãn cầu thấy có dịch thoát ra làm sẹo bong căng phồng là thành công. Tiêm dưới kết mạc dung dịch 5-Fluorouracil 0.1ml (50mg/ml) cách vùng sẹo bong ít nhất 10mm.



Hình 2: Kỹ thuật sửa sẹo bong bằng kim

Sau thủ thuật, bệnh nhân được theo dõi nhãn áp. Tra kháng sinh Levofloxacin 4 lần/ngày, predforte 4 lần/ngày trong 2 tuần. Kết hợp massage sẹo bong hàng ngày nếu nhãn áp còn cao >22 mmHg và sẹo bong dẹt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

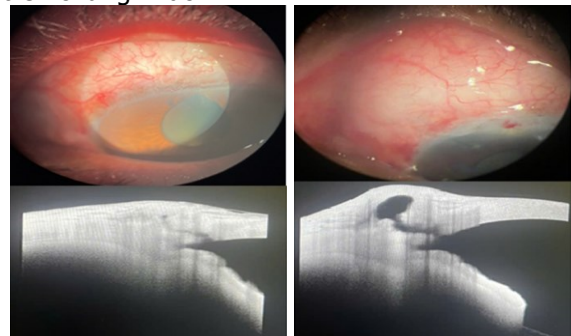
Nghiên cứu được thực hiện trên 13 mắt của 13 bệnh nhân bao gồm 8 mắt glôcôm góc đóng và 5 mắt glôcôm góc mở. Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 69 ± 7.3 , tỷ lệ nam là 46.2% và nữ là 53.8%. Thời gian cắt bẻ trung bình là 25.84 ± 7.68 tuần. Nhãn áp trung bình mắt nghiên cứu trước khi sửa sẹo bong là 29.69

± 4.37 mmHg. Số thuốc hạ nhãn áp sử dụng trung bình trước phẫu thuật là 2.46 ± 1 thuốc. Sau khi thực hiện sửa sẹo bong và tiêm 5 FU dưới kết mạc 3 tháng, nhãn áp trung bình của bệnh nhân giảm xuống còn $18,94 \pm 1,05$ mmHg với mức độ hạ nhãn áp trung bình là 10.75 mmHg. Số thuốc hạ nhãn áp trung bình 2,46 thuốc trước điều trị xuống còn 0,39 thuốc sau 3 tháng điều trị.

Bảng 1: Đánh giá tình trạng sẹo bong trên AS-OCT chúng tôi thu được bằng kết quả sau

Thông số	Trước tách dính (mm)	Sau tách dính 3 tháng (mm)	P
Chiều cao sẹo bong	0.94 ± 0.18	1.36 ± 0.16	< 0.05
Diện tích sẹo bong	4.46 ± 0.27	$6,14 \pm 0.2$	< 0.05
Độ dày thành sẹo bong	0.197 ± 0.023	0.188 ± 0.188	> 0.05
Quan sát được lỗ cắt bẻ	61.5%	100%	
Đường thông dưới nắp Cứng mạc	- Nhìn thấy 84,6% - Không thấy 15,4%	- Nhìn thấy 92,3% - Không thấy 7,67%	

Các biến chứng sau sửa sẹo bong chủ yếu gặp là xuất huyết dưới kết mạc chiếm tỷ lệ 61.5%, xuất huyết tiền phòng 7.7%, tổn thương biểu mô giác mạc 7.7%. Không gặp trường hợp nào viêm màng bồ đào, rò sẹo bong hay các biến chứng khác.



Trước sửa

Sau sửa

Hình 3: Hình ảnh mắt trước và sau sửa sẹo bong

Đánh giá kết quả chung sau 3 tháng sửa sẹo bong kết hợp tiêm 5-Fluorouracil dưới kết mạc, có 54% số mắt đạt kết quả điều trị tốt, 38% mắt đạt kết quả điều trị từng bình và chỉ có 8% (1 mắt) có kết quả điều trị kém phải chuyển sang phẫu thuật cắt bẻ lần 2 để hạ nhãn áp.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy kỹ thuật sửa sẹo bằng kim giúp phục hồi hình thái và chức năng bong

thẩm tốt từ đó giúp hạ nhãn áp hiệu quả trên những bệnh nhân đã mổ cắt bè thất bại. Lợi ích kỹ thuật nằm ở tính đơn giản, thực hiện được tại bàn khám, không yêu cầu phòng mổ. Việc tiêm 5-Fluorouracil hỗ trợ ức chế xơ hóa góp phần duy trì kết quả dài hạn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, việc sử dụng OCT bán phần trước đóng một vai trò rất quan trọng trong việc đánh giá tình trạng sẹo bong trước khi can thiệp. Hình ảnh sẹo bong độ phân giải cao cho phép phát hiện được nguyên nhân chính xác gây thất bại trong việc lưu thông thủy dịch từ trong tiền phòng ra ngoài là do tình trạng xơ hóa của bao tenon gây hạn chế sẹo bong, hoặc tình trạng xơ dính của vạt củng mạc hoặc do các nguyên nhân gây bít tắc cửa sổ củng mạc làm thủy dịch không thoát được ra ngoài. Từ đó chúng tôi có thể lựa chọn phương án tách dính sẹo bong một cách phù hợp nhất với từng bệnh nhân.

Dựa trên OCT bán phần trước cũng giúp chúng tôi theo dõi và đánh giá được hiệu quả của sửa sẹo bong. Sự thay đổi chiều cao và diện rộng của khoang dịch dưới kết mạc, số lượng khoang dịch của bong thẩm, đặc biệt việc mở rộng khoang dịch dưới vạt củng mạc và cửa sổ củng mạc là yếu tố quan trọng thể hiện hiệu quả của sửa sẹo bong. Khác với siêu âm UBM là một khám nghiệm cận lâm sàng có tiếp xúc nên có hạn chế trong việc thực hiện trên những mắt mới có can thiệp phẫu thuật hoặc thủ thuật, OCT bán phần trước không tiếp xúc nên có thể làm ngay sau khi sửa sẹo bong, từ đó giúp chúng tôi xác định được việc sửa sẹo bong đã đủ hiệu quả chưa và những trường hợp cần bổ sung thêm được chúng tôi làm ngay lúc đó đảm bảo cho kết quả sửa sẹo bong thành công ở mức độ cao nhất.

Về kết quả điều trị, trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi trong thời gian 3 tháng có 54% mắt nghiên cứu đạt kết quả tốt, và 38% đạt kết quả trung bình. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Zheng (2016)³ cho tỷ lệ thành công 68%, hay nghiên cứu của Than 2018⁴ cho tỷ lệ thành công tại thời điểm 6 tháng là 77.1%. Mặc dù được kết hợp với tiêm thuốc chống chuyển hoá, tỷ lệ thành công của tách dính sẹo vẫn giảm dần theo thời gian. Một số nghiên cứu có thời gian dài đã chỉ ra nhãn áp tăng dần theo thời gian song hành với tỷ lệ thành công giảm dần. Có nhiều trường hợp bệnh nhân cần phải sử dụng thêm thuốc hạ nhãn áp hoặc phẫu thuật để duy trì được mức nhãn áp phù hợp^{5,6}. Trong nghiên

cứu của Than và cộng sự, tỷ lệ mắt có nhãn áp dưới 21 mmHg sau 1 năm là 77,1%, sau 2 năm là 74,8% và sau 3 năm là 73,1%⁴. Theo Tsai và cộng sự, mặc dù nhãn áp duy trì tương đối ổn định sau tách dính, tỷ lệ bệnh nhân cần phải sử dụng thuốc hạ nhãn áp sau tách dính tăng từ 10,7% tại thời điểm 1 tháng lên 17,9% vào tháng thứ 3, 29% vào tháng thứ 6, 35,1% vào tháng thứ 12 và 38,3% vào tháng thứ 24⁷.

Biến chứng gặp phải trong và sau khi thực hiện sửa sẹo bong bao gồm tổn thương biểu mô giác mạc, xuất huyết dưới kết mạc và xuất huyết tiền phòng đều là các biến chứng nhẹ. Và dù là mắt có biến chứng xuất huyết dưới kết mạc hay xuất huyết tiền phòng thì máu cũng tiêu hoàn toàn sau 2 tuần, không để lại di chứng. Trong loạt ca lâm sàng này chúng tôi không gặp những biến chứng nặng như rò sẹo bong, viêm màng bồ đào, bong hắc mạc.

V. KẾT LUẬN

Sửa sẹo bong bằng kim kết hợp với tiêm 5-Fluorouracil dưới kết mạc là một kỹ thuật có hiệu quả rất cao trong việc điều trị bổ sung cho những trường hợp glôcôm đã mổ cắt bè thất bại. Phương pháp này giúp hạ nhãn áp hiệu quả và giảm được đáng kể thuốc hạ nhãn áp cho bệnh nhân. Kỹ thuật tiến hành đơn giản, có độ an toàn cao, ít có nguy cơ biến chứng, có khả năng ứng dụng và triển khai rộng ở các cơ sở y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Razeghinejad M.R. và Spaeth G.L.** (2011). A history of the surgical management of glaucoma. *Optom Vis Sci Off Publ Am Acad Optom*, 88(1), E39-47.
2. **Phan Dẫn** (2004), Nhãn khoa giản yếu, Nhà xuất bản y học.
3. **Zheng L, Arvind H, Wechsler D** (2016). Outcomes: Trabeculectomy Bleb Needle Revision With 5-Fluorouracil. *J Glaucoma*, 25(3), 317-323,.
4. **Than J.Y.-X.L., Al-Mugheiry T.S., Gale J. và cộng sự.** (2018). Factors predicting the success of trabeculectomy bleb enhancement with needling. *Br J Ophthalmol*, 102(12), 1667-1671.
5. **Rotchford A.P. và King A.J.W.** (2008). Needling revision of trabeculectomies bleb morphology and long-term survival. *Ophthalmology*, 115(7), 1148-1153.e4.
6. **Shin D.H., Kim Y.Y., Ginde S.Y. và cộng sự.** (2001). Risk factors for failure of 5-fluorouracil needling revision for failed conjunctival filtration blebs. *Am J Ophthalmol*, 132(6), 875-880.
7. **Tsai A.S.H., Boey P.Y., Htoon H.M. và cộng sự.** (2015). Bleb needling outcomes for failed trabeculectomy blebs in Asian eyes: a 2-year follow up. *Int J Ophthalmol*, 8(4), 748-753.