

KPCD (quá ngày, thiếu ối, TSG), và mức Bishop; (iii) chuẩn hóa tiêu chí tachysystole và quy trình dùng oxytocin để giảm dị biệt giữa cơ sở.

Tóm lại, kết quả của chúng tôi củng cố bằng chứng rằng Propess và Foley bóng đôi cải tiến là hai lựa chọn hiệu quả tương đương cho KPCD ở thai đủ tháng với khác biệt có ý nghĩa lâm sàng về an toàn và nhu cầu oxytocin. Cá thể hóa theo tiền sản và nguồn lực là chìa khóa để tối ưu hóa lựa chọn phương pháp trong bối cảnh bệnh viện tuyến tính, phù hợp với xu hướng y văn hiện hành [1–8].

V. KẾT LUẬN

Hai phương pháp tương đương về tỉ lệ sinh ngã âm đạo ≤ 48 giờ. Foley bóng đôi cải tiến đòi hỏi oxytocin bổ trợ nhiều hơn nhưng giảm cơn co cường tính, tim thai bất thường và ối vỡ sớm; các kết cục sơ sinh tương đồng, khác biệt nhỏ về ý nghĩa lâm sàng. Đa sản là yếu tố dự báo thành công mạnh, đặc biệt khi dùng bóng đôi.

VI. KIẾN NGHỊ THỰC HÀNH

Ưu tiên Foley bóng đôi cải tiến cho thai phụ ≥ 37 tuần, Bishop ≤ 5 , màng ối còn—nhất là khi thiếu CTG/nhân lực; Propess dùng chọn lọc khi cần rút ngắn thời gian và có theo dõi sát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Elhusein AM, Fadlalmola HA, Ebrahim RA, et al. Double-balloon catheter vs dinoprostone (PGE-

- 2) insert for labour induction: A meta-analysis of 2493 pregnancies. Afr J Reprod Health. 2023; 27(4): 84-95. doi:10.29063/ajrh2023/ v27i4.10.
2. Yan J, Yin B, Lv H. Comparing the effectiveness and safety of dinoprostone vaginal insert and double-balloon catheter Front Med (Lausanne). 2022;9:976983. doi:10.3389/fmed.2022.976983
3. Yuan L, Peng J, Yang L, Zhao Y. Efficacy and safety of double balloon catheter and dinoprostone for labor induction in multipara at term. Arch Gynecol Obstet. 2024;309(2):533-540. doi:10.1007/s00404-022-06891-9.
4. Li S, He H, Zheng W, Liu J, Chen C. Comparison of outcomes of induction with Propess vs double-balloon in term nulliparas. J Obstet Gynaecol Res. 2025;51(1):e16107. doi:10.1111/jog.16107.
5. Diguisto C, Le Gouge A, Arthuis C, et al. Double-balloon vs vaginal dinoprostone in prolonged pregnancies (MAGPOP RCT). PLoS Med. 2021;18(2):e1003448. doi:10.1371/journal.pmed.1003448.
6. Liu YR, Pu CX, Wang XY, Wang XY. Double-balloon catheter versus dinoprostone insert: meta-analysis. Arch Gynecol Obstet. 2019;299(1): 7-12. doi:10.1007/s00404-018-4929-8.
7. Wang W, Zheng J, Fu J, et al. Safer method of induction in oligohydramnios: double-balloon vs dinoprostone insert. J Matern Fetal Neonatal Med. 2014;27(17): 1805-8. doi:10.3109/14767058.2014.880880.
8. Cromi A, Ghezzi F, Uccella S, et al. Preinduction cervical ripening: dinoprostone vaginal insert vs double-balloon catheter (RCT). Am J Obstet Gynecol. 2012;207(2):125.e1-7. doi:10.1016/j.ajog.2012.05.020.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BAN ĐẦU PHẪU THUẬT ĐẶT VAN AHMED QUA ĐƯỜNG HẦM CÙNG MẠC KHÔNG SỬ DỤNG MÀNH GHÉP RỜI ĐIỀU TRỊ BỆNH GLÔCÔM

Nguyễn Thị Uyên Duyên¹, Đoàn Kim Thành²,
Kim Bảo Giang³, Trang Thanh Nghiệp¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả phẫu thuật cải tiến đặt van Ahmed qua đường hầm cùng mạc không sử dụng màng ghép rời nhằm giảm nguy cơ lộ ống van qua kết mạc. **Phương pháp:** Đây là nghiên cứu mô tả hàng loạt ca so sánh trước và sau phẫu thuật trên

những bệnh nhân đã được phẫu thuật đặt van Ahmed qua đường hầm cùng mạc không sử dụng màng ghép rời. Tất cả bệnh nhân đều được theo dõi ít nhất 6 tháng. Các thông số kết quả chính bao gồm nhãn áp, tình trạng lộ ống dẫn lưu và các biến chứng sau phẫu thuật. **Kết quả:** Tổng cộng 20 mắt từ 20 bệnh nhân đã được phân tích. Tuổi trung bình tại thời điểm phẫu thuật là $60,9 \pm 15,0$ tuổi (dao động: 34 – 84 tuổi). Các loại glaucoma được ghi nhận, bao gồm glôcôm tân mạch (50%), glôcôm giả trúc bao, glôcôm góc mở nguyên phát, glôcôm thứ phát sau cắt dịch kính, glôcôm thứ phát do corticoid và glôcôm thứ phát do chấn thương. Thị lực trung bình trước phẫu thuật là $1,29 \pm 0,81$ logMAR. Nhãn áp trung bình giảm có ý nghĩa thống kê từ $32,44 \pm 11,07$ mmHg (dao động: 21,8 – 52 mmHg) trước phẫu thuật xuống còn $14,03 \pm 7,28$ mmHg (dao động: 4,9 – 20,6 mmHg; $p <$

¹Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Uyên Duyên

Email: uyenduyenpy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 23.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

0,005) sau 6 tháng theo dõi. Trong quá trình theo dõi, không phát hiện trường hợp nào bị lộ ống. **Kết luận:** Kỹ thuật đặt van Ahmed qua đường hầm củng mạc không sử dụng mảnh ghép rời là hiệu quả và an toàn, giúp kiểm soát tốt nhãn áp và ngăn ngừa tình trạng lộ ống trong suốt thời gian theo dõi. Phương pháp này không cần sử dụng mảnh ghép rời và đặc biệt hữu ích trong điều kiện thiếu hụt nguồn mảnh ghép.

Từ khóa: van Ahmed, không sử dụng mảnh ghép rời, lộ ống van, glôcôm.

SUMMARY

INITIAL OUTCOMES OF AHMED GLAUCOMA VALVE IMPLANTATION WITH SCLERAL TUNNEL AND PATCHLESS TECHNIQUE IN TREATMENT OF GLAUCOMA

Objectives: To evaluate the efficacy of a modified graft-free technique for Ahmed glaucoma valve (AGV) tube implantation using a long scleral tunnel in reducing the risk of tube exposure through the conjunctiva. **Methods:** This study is a descriptive case series of patients who underwent AGV implantation with the modified long scleral tunnel technique without patch grafts. All patients were followed for at least 6 months. Main outcome measures included intraocular pressure (IOP) control, tube exposure and postoperative complications. **Results:** A total of 20 eyes from 20 patients were analyzed. The mean age at the time of surgery was $60,9 \pm 15,0$ years (range: 34 – 84 years). Various glaucoma types were represented, including neovascular glaucoma (50%), pseudoexfoliation glaucoma, primary open-angle glaucoma, glaucoma post-vitrectomy, glaucoma corticoid and glaucoma post-trauma. The mean preoperative visual acuity was $1,29 \pm 0,81$ logMAR. Mean IOP decreased significantly from $32,44 \pm 11,07$ mmHg (range: 21,8 – 52 mmHg) preoperatively to $14,03 \pm 7,28$ mmHg (range: 4,9 – 20,6 mmHg; $p < 0,005$) at the 6-month follow-up. No cases of tube exposure were observed during the follow-up period. **Conclusions:** The modified long scleral tunnel technique for AGV implantation without patch grafts was effective and safe, providing satisfactory IOP control and preventing tube exposure throughout the follow-up period. This technique eliminates the need for donor tissue and may be particularly advantageous in settings with limited access to patch graft materials.

Keywords: Ahmed glaucoma valve, without patch grafts, tube exposure, glaucoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là nguyên nhân gây mù lòa không hồi phục đứng thứ hai trên thế giới, chỉ sau đục thể thủy tinh, và là gánh nặng lớn đối với y tế toàn cầu. Đây là bệnh lý đặc trưng bởi tổn thương thị thần kinh với lõm gai tiến triển, teo gai thị kèm theo tổn thương thị trường không hồi phục, có mối liên quan chặt chẽ với tình trạng nhãn áp cao.

Các biện pháp điều trị hiện nay bao gồm thuốc hạ nhãn áp, laser, phẫu thuật cắt bệ củng

mạc,... Tuy nhiên, ở nhiều trường hợp khó điều trị như glôcôm tân mạch, glôcôm sau phẫu thuật nội nhãn, glôcôm trẻ em, glôcôm viêm màng bồ đào,..., các phương pháp này có thể thất bại. Khi đó, thiết bị dẫn lưu thủy dịch là lựa chọn cần thiết. Trong số đó, van Ahmed (Ahmed Glaucoma Valve – AGV) là thiết bị phổ biến, có cơ chế van một chiều giúp hạn chế tình trạng hạ nhãn áp và xẹp tiền phòng trong giai đoạn sớm [1].

Tuy vậy, biến chứng đáng lo ngại nhất của van Ahmed là lộ ống dẫn lưu qua kết mạc với tỷ lệ dao động từ 2–7% theo nhiều nghiên cứu quốc tế [2,3]. Nguyên nhân có thể do mảnh ghép phủ bì tiêu, mô kết mạc mỏng hoặc tình trạng viêm mạn tính. Hở ống kéo dài làm tăng nguy cơ viêm nội nhãn, dẫn đến thất bại phẫu thuật [4]. Các vật liệu che phủ thường dùng (màng ngoài tim, củng mạc đông khô, màng não cứng, màng ối, giác mạc,...) vừa tốn kém, vừa không luôn sẵn có trong thực hành lâm sàng ở Việt Nam.

Trong bối cảnh đó, kỹ thuật tạo đường hầm củng mạc đã được nhiều tác giả quốc tế đề xuất như một giải pháp thay thế. Thay vì sử dụng mảnh ghép rời, phẫu thuật viên tạo đường hầm trong mô củng mạc bệnh nhân để luồn ống dẫn lưu. Cách làm này giúp tận dụng mô tự thân, giảm nguy cơ thải loại và lộ ống, đồng thời tiết kiệm chi phí. Nhiều nghiên cứu gần đây ghi nhận tỷ lệ lộ ống rất thấp (0–5,12%) khi áp dụng kỹ thuật này [5-8,10].

Tại Việt Nam, đến nay chưa có công trình khoa học công bố về phẫu thuật đặt van Ahmed qua đường hầm củng mạc không sử dụng mảnh ghép rời. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá kết quả ban đầu phẫu thuật đặt van Ahmed qua đường hầm củng mạc không sử dụng mảnh ghép rời điều trị glôcôm”, nhằm đánh giá hiệu quả và an toàn của kỹ thuật này trong điều trị glôcôm và xác định một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Tất cả những bệnh nhân > 18 tuổi mắc bệnh glôcôm sinh sống tại Việt Nam đến khám và điều trị tại Bệnh viện Mắt TP. HCM có nhãn áp không điều chỉnh bằng các phương pháp kinh điển và có chỉ định đặt van Ahmed. Tiêu chuẩn loại ra: kết quả đếm tế bào nội mô giác mạc <1000 tế bào/mm², tiền phòng quá nông (<1 mm) không thể đặt ống dẫn lưu vào tiền phòng, bệnh lý về mắt khác đi kèm ảnh hưởng đến vùng hoàng điểm, giác mạc hay viêm nhiễm chưa ổn định,...

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca so sánh trước và sau phẫu thuật.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 20 mắt

Thời gian thực hiện: Từ tháng 11 năm 2024 đến tháng 07 năm 2025 tại Bệnh viện Mắt TP. Hồ Chí Minh.

Quy trình tiến hành nghiên cứu:



Sơ đồ 1: Quy trình tiến hành nghiên cứu

Quy trình phẫu thuật đặt van Ahmed qua đường hầm củng mạc:

- **Cố định nhãn cầu:** Vicryl 8/0 khâu qua giác mạc sát rìa phía thái dương trên.

- **Mở kết mạc** cách rìa 4 mm phía thái dương trên, độ rộng khoảng một cung 90 độ, bóc tách mở rộng kết mạc ra hướng rìa và củng đồ phía sau. Đốt cầm máu tối thiểu vùng tạo đường hầm.

- **Đánh dấu vị trí trên củng mạc.**

- **Tạo đường hầm củng mạc:** Dùng dao 11 tạo 3 đường rạch thứ tự cách rìa 1,5 – 2 mm, 4 mm và 6 mm, với độ sâu 1/2 bề dày củng mạc và bề rộng khoảng 2 mm. Sau đó dùng dao crescent (gập góc 60 độ) có bề rộng 2 – 2,2 mm hoặc dao 2,2 mm tạo đường hầm củng mạc xuyên qua những đường rạch.

- **Dùng spatula luân ống dẫn lưu** xuyên qua đường hầm củng mạc, cố định thân van bằng nylon 9/0.

- **Dùng kim 23G tạo đường hầm vào tiền phòng** phía thái dương trên cách rìa 1,5 – 2 mm.

- **Đặt ống dẫn lưu vào tiền phòng**

- **Khâu kết mạc:** khâu vắt kết mạc 2 lớp bằng Vicryl 8/0.



Hình 1: Quy trình đặt van Ahmed qua đường hầm củng mạc

Bệnh nhân được tái khám đánh giá sau 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng và 6 tháng. Mỗi lần tái khám: đo thị lực có chỉnh kính theo logMAR, nhãn áp, hoàn thành tiến trình khám mắt kiểm tra.

Biến số khảo sát: Các biến số đặc điểm

lâm sàng nhóm bệnh nhân nghiên cứu bao gồm độ tuổi trung bình, giới tính, bệnh toàn thân, tiền căn phẫu thuật mắt. Các biến số liên quan kết quả phẫu thuật bao gồm thị lực chỉnh kính tối đa, nhãn áp và số thuốc glôcôm trước và sau phẫu thuật. Tiêu chuẩn đánh giá được phân loại như sau:

- **Thành công hoàn toàn:** Bọng van kín, không lộ ống dẫn lưu, không dò.

- **Thành công không hoàn toàn:** Bọng van kín, lộ ống dẫn lưu dưới kết mạc, không dò.

- **Thất bại:** Hở kết mạc lộ ống dẫn lưu dưới kết mạc, dò van.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đã thu thập được 20 mắt của 20 bệnh nhân mắc glôcôm có nhãn áp không điều chỉnh bằng các phương pháp kính điển, thỏa các tiêu chuẩn nhận vào và tiêu chuẩn loại ra, được phẫu thuật đặt van Ahmed qua đường hầm củng mạc và theo dõi trong 6 tháng. 15 (75%) bệnh nhân là nam và 5 (25%) là nữ. Tuổi trung bình là 60,95 năm $\pm$ 15,01 (dao động từ 34 – 84 tuổi). Bệnh toàn thân đái tháo đường 6 (30%), tăng huyết áp 3 (15%) và viêm khớp 2 (10%). Tiền căn phẫu thuật mắt không liên quan glôcôm (giác mạc, thủy tinh thể, dịch kính võng mạc,...) là 16/20 mắt (80%), liên quan glôcôm (cắt bẻ củng mạc, sửa sẹo bọng bằng kim,...) là 4/20 mắt (20%).

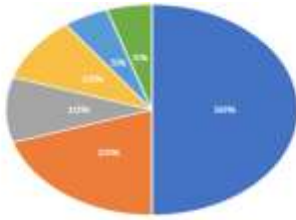
Đa dạng các loại glôcôm được ghi nhận, bao gồm glôcôm tân mạch (50%), glôcôm thứ phát cắt dịch kính (20%), glôcôm góc mở nguyên phát (10%), glôcôm giả trúc bao (10%), glôcôm thứ phát do chấn thương (5%) và glôcôm thứ phát do corticoid (5%). Thị lực trung bình trước phẫu thuật là $1,29 \pm 0,81$ logMAR và so với sau phẫu thuật 6 tháng không có sự khác biệt đáng kể.

Sau 6 tháng theo dõi hậu phẫu, nhãn áp trung bình giảm rõ rệt từ $32,44 \pm 11,07$ mmHg trước mổ xuống còn $14,03 \pm 7,28$ mmHg ($p < 0,005$). Giai đoạn "tăng nhãn áp" thường xảy ra và đạt đỉnh trong khoảng 2 – 4 tuần sau phẫu thuật. Diễn tiến nhãn áp trung bình của 20 mắt cho thấy nhãn áp bắt đầu tăng sau 1 tuần theo dõi, đòi hỏi bổ sung thuốc hạ nhãn áp, đạt đỉnh lúc 3 tuần và giảm xuống ổn định sau 4 tuần. Sau khi nhãn áp ổn định, thuốc hạ nhãn áp có thể được cân nhắc giảm dần mà vẫn đảm bảo duy trì nhãn áp trong mục tiêu. Số lượng thuốc hạ nhãn áp trung bình giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,005$) từ $3,05 \pm 0,39$ loại trước mổ xuống còn $1,80 \pm 1,32$ loại. 2 trong số 20 mắt có nhãn áp chưa điều chỉnh sau 6 tháng là 2 bệnh nhân glôcôm tân mạch trên bệnh nền đái tháo đường

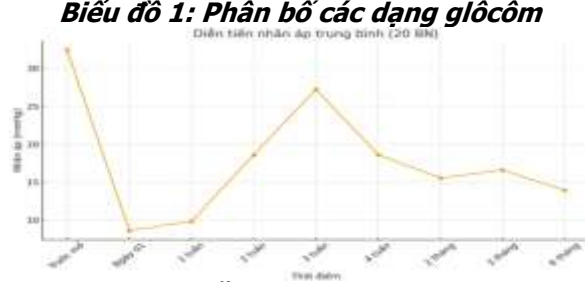
kiểm soát kém.

Bảng 1. Nhãn áp trước và sau 6 tháng (mmHg)

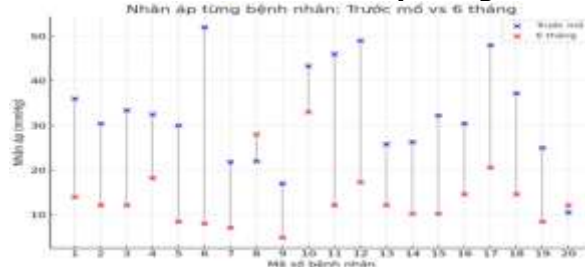
Thời điểm	Nhãn áp TB $\pm$ SD	P so với trước mổ
Trước mổ	32,44 $\pm$ 11,07	-
Ngày 1	10,60 $\pm$ 3,75	2,4 x 10 ⁻⁹
1 tuần	12,55 $\pm$ 4,18	1,1 x 10 ⁻⁷
4 tuần	14,94 $\pm$ 6,56	8,0 x 10 ⁻⁵
2 tháng	15,27 $\pm$ 7,46	2,4 x 10 ⁻⁵
3 tháng	15,19 $\pm$ 6,61	2,6 x 10 ⁻⁵
6 tháng	14,03 $\pm$ 7,28	3,7 x 10 ⁻⁶



Biểu đồ 1: Phân bố các dạng glôcôm



Biểu đồ 2: Diễn tiến nhãn áp trung bình



Biểu đồ 3: Phân bố nhãn áp từng bệnh nhân

Trong quá trình theo dõi 6 tháng, không ghi nhận trường hợp nào lộ ống van, đĩa van hay lộ củng mạc. Tiền phòng nông xuất hiện sớm sau phẫu thuật ở 4/20 mắt (20%) và tự cải thiện sau một tuần theo dõi. Theo tiêu chuẩn đánh giá trong nghiên cứu này, tỷ lệ thành công hoàn toàn sau 6 tháng đạt 100% với bong van kín, không lộ ống dẫn lưu, không dò.

IV. BÀN LUẬN

Thiết bị dẫn lưu thủy dịch, điển hình là van Ahmed (Ahmed Glaucoma Valve – AGV), hiện là một giải pháp đáng lưu tâm trong kiểm soát nhãn

áp ở những bệnh nhân glôcôm kháng trị, mắt đã phẫu thuật nhiều lần hoặc có kết mạc xơ hóa không thích hợp cho phẫu thuật cắt bè củng mạc. Nghiên cứu này bao gồm 20 bệnh nhân được phẫu thuật đặt van Ahmed bằng kỹ thuật cải tiến và kết quả cho thấy đây là một phương pháp phẫu thuật an toàn và hiệu quả với không biến chứng liên quan đến ống dẫn lưu được báo cáo.

Van Ahmed là một trong các thiết bị dẫn lưu được sử dụng phổ biến nhất với điểm mạnh là hệ thống điều chỉnh lưu lượng thủy dịch, với một khoang nhỏ được thiết kế tinh tế ở chỗ nối giữa ống và đĩa dẫn lưu, hạn chế nguy cơ các biến chứng tụt nhãn áp sau phẫu thuật, van hoạt động ngay trong giai đoạn hậu phẫu nên hạn chế pha tăng nhãn áp sau phẫu thuật [1]. Tuy nhiên, cũng như các loại thiết bị dẫn lưu thủy dịch khác, van Ahmed tiềm ẩn một số biến chứng muộn, trong đó lộ ống dẫn lưu qua kết mạc được xem là biến chứng nguy hiểm nhất vì làm tăng nguy cơ viêm nội nhãn, một tình trạng có thể đe dọa thị lực nếu không được xử trí kịp thời. Nhiều loại mảnh ghép rời đã được sử dụng để che phủ ống, có thể làm giảm tỷ lệ lộ ống, nhưng không loại bỏ hoàn toàn biến chứng [2,3].

Trong những năm gần đây, kỹ thuật tạo đường hầm củng mạc dài được nhiều tác giả quốc tế ghi nhận như một giải pháp thay thế. Eslami và cộng sự (2019) báo cáo kết quả trên 30 mắt, theo dõi trung bình 37,2 tháng, không ghi nhận trường hợp nào lộ ống [5]. Fahy (2023) với kỹ thuật hai đường hầm củng mạc dài (2,5 – 3 mm) trên 46 mắt, tỷ lệ lộ ống là 0% trong gần 28 tháng theo dõi [6]. Kugu (2015) so sánh nhóm dùng đường hầm củng mạc (40 mắt) và nhóm ghép màng ngoài tim (38 mắt), kết quả lộ ống lần lượt là 2,5% và 7,9% [7]. Gần đây nhất, Un và cộng sự (2024) trên 69 mắt cũng khẳng định kỹ thuật đường hầm củng mạc mang lại hiệu quả kiểm soát nhãn áp tương đương nhưng tỷ lệ lộ ống thấp hơn đáng kể so với kỹ thuật truyền thống [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả bước đầu sau 6 tháng cho thấy nhãn áp trung bình giảm có ý nghĩa thống kê từ 32,44 $\pm$ 11,07 mmHg xuống 14,03 $\pm$ 7,28 mmHg, số thuốc hạ nhãn áp giảm từ 3,05 $\pm$ 0,39 xuống còn 1,8 $\pm$ 1,32, không ghi nhận trường hợp nào lộ ống trong thời gian theo dõi và tỷ lệ thành công hoàn toàn đạt 100%. Những kết quả này phù hợp với xu hướng quốc tế. So với nghiên cứu trong nước của Bùi Thị Vân Anh (2009), tỷ lệ thành công sau 24 tháng là 71,2% và có tới 14,9% lộ ống [9], kỹ thuật đường hầm củng mạc trong nghiên cứu của

chúng tôi cho thấy ưu thế rõ rệt về độ an toàn, mặc dù cần theo dõi dài hạn hơn để khẳng định.

Điểm sáng trong nghiên cứu này là kỹ thuật cải tiến chia đường hầm củng mạc dài thành 3 đoạn nhỏ liền kề khoảng 2 mm, nhằm đảm bảo ống dẫn lưu có độ cong nhẹ theo thành nhãn cầu và độ dày củng mạc là đều nhau ở các đoạn, tránh áp lực căng đè lên ống làm ảnh hưởng kiểm soát nhãn áp, đồng thời đảm bảo độ an toàn và chính xác hơn so với việc đi một đường hầm dài vào thẳng tiền phòng. Nghiên cứu của Kugu (2015) sử dụng kỹ thuật tương tự nhưng chiều dài các đoạn lần lượt là khoảng 2 – 4 – 4 (mm), có thể độ dày củng mạc khó đảm bảo trong đoạn dài 4 mm, 1 trong 40 mắt lộ ống ở tháng thứ 25 sau phẫu thuật do củng mạc mỏng [7]. Tỷ lệ lộ ống 5,7 – 8% được báo cáo trong nghiên cứu của Un (2024) với kỹ thuật tương tự Kugu [8]. Nghiên cứu của Fahy (2023) cũng cùng ý tưởng chia nhỏ đường hầm củng mạc nhưng có sự khác biệt là kỹ thuật của Fahy có khoảng hở giữa 2 đoạn củng mạc, nơi ống dẫn lưu được che phủ bởi lớp màng ngoài tim, có thể là nguyên nhân của tình trạng viêm sau phẫu thuật được báo cáo ở 12/46 mắt [6]. Spatula được sử dụng để luồn ống dẫn lưu qua từng đoạn hầm một cách an toàn và dễ dàng hơn. Việc cố định thân van cách 8 mm so với rìa giác củng mạc giúp van được cố định vững chắc với vị trí ổn định, tránh các tác động ma sát cơ học trong quá trình chớp mắt làm di lệch thân và ống van.

Giai đoạn “tăng nhãn áp” thường xảy ra và đạt đỉnh trong khoảng 2 – 4 tuần sau phẫu thuật, gần tương tự so với nghiên cứu của Dai và cộng sự (2023) [10]. Điều này có thể lý giải là do tiếp nối quá trình viêm là sự di chuyển và tăng sinh nguyên bào sợi, thường bắt đầu vào ngày thứ 5 và kéo dài đến tuần thứ 2 – 3 sau phẫu thuật, diễn ra liên tục với sự hỗn loạn của mô hạt và nguyên bào sợi tại vị trí bong van, cản trở thoát lưu thủy dịch tạo nên đỉnh “tăng nhãn áp”. Sau khoảng 1 tháng, mô sẹo mới hình thành đạt được độ bền và độ đàn hồi nhờ sự sắp xếp ổn định của các sợi collagen đan chéo nhau, làm giảm độ dày xơ sẹo, thủy dịch thoát lưu và nhãn áp được kiểm soát trở lại.

Mặc dù với ưu điểm là cơ chế van một chiều, tình trạng tiền phòng nông và nhãn áp thấp vẫn thường xảy ra sau phẫu thuật đặt van Ahmed, tỷ lệ dao động 13 – 15% ở một số nghiên cứu gần đây [5-10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ 4/20 mắt (20%) ghi nhận tiền phòng nông sau phẫu thuật, ngoài ra các biến chứng khác như xuất huyết tiền phòng, bong hắc mạc, viêm màng bồ đào và viêm nội nhãn không xảy ra.

Nguyên nhân gây ra tình trạng hạ nhãn áp vẫn chưa được hiểu đầy đủ, có thể liên quan đến tổn thương van do bơm dịch quá mạnh trong quá trình kiểm tra sự thông suốt của van [10].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng có một số hạn chế: (1) cỡ mẫu nhỏ (20 mắt), (2) thời gian theo dõi ngắn (6 tháng), chưa đủ để ghi nhận các biến chứng muộn, (3) thiết kế mô tả, không có nhóm chứng so sánh trực tiếp với kỹ thuật dùng mảnh ghép. Những hạn chế này cần được khắc phục bằng các nghiên cứu đoàn hệ, đa trung tâm, cỡ mẫu lớn và theo dõi lâu dài.

V. KẾT LUẬN

Tóm lại, kỹ thuật đặt van Ahmed qua đường hầm củng mạc không sử dụng mảnh ghép rời, cho thấy hiệu quả kiểm soát nhãn áp rõ rệt, giảm nhu cầu thuốc, và đặc biệt an toàn trong việc phòng tránh lộ ống trong giai đoạn theo dõi ngắn hạn. Đây là một phương pháp hứa hẹn, có thể thay thế kỹ thuật truyền thống, nhất là trong bối cảnh thiếu hụt vật liệu ghép tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Minckler DS, Francis BA, Hodapp EA, et al.** Aqueous shunts in glaucoma: a report by the American Academy of Ophthalmology. *Ophthalmology*. Jun 2008;115(6):1089-98. doi:10.1016/j.ophtha.2008.03.031.
2. **Hong CH, Arosemena A, Zurakowski D, Ayyala RS.** Glaucoma drainage devices: a systematic literature review and current controversies. *Survey of ophthalmology*. Jan-Feb 2005;50(1): 48-60. doi:10.1016/j.survophthal.2004.10.006.
3. **Quaranta L, Riva I, Floriani IC.** Outcomes of using a sutureless bovine pericardial patch graft for Ahmed valve glaucoma valve implantation. *European journal of ophthalmology*. Sep-Oct 2013;23(5):738-42. doi:10.5301/ejo.5000260.
4. **Sarkisian SR, Jr.** Tube shunt complications and their prevention. *Curr Opin Ophthalmol*. Mar 2009; 20(2): 126-30. doi:10.1097/ICU.0b013e328323d519.
5. **Eslami Y, Azaripour E, Mohammadi M, et al.** Single long scleral tunnel technique for prevention of Ahmed valve tube exposure. *European Journal of Ophthalmology*. 2018/04/03 2018;29(1):52-56. doi:10.1177/1120672117753701.
6. **Fahy ET, Garg A, Lim KS.** Double scleral tunnel technique to prevent glaucoma drainage device exposure. *European journal of ophthalmology*. 2023;33(3): 1495-1500. doi:10.1177/11206721221149606.
7. **Kugu S, Erdogan G, Sevim MS, Ozerturk Y.** Efficacy of Long Scleral Tunnel Technique in Preventing Ahmed Glaucoma Valve Tube Exposure through Conjunctiva. *Seminars in Ophthalmology*. 2013/08/16 2013;30(1):1-5. doi:10.3109/08820538.2013.807851
8. **Un Y, Imamoglu S.** Nonsuperotemporal quadrant implantation of the Ahmed glaucoma valve using modified long scleral tunnel technique for intraocular pressure control. *Arquivos Brasileiros de*

- Oftalmologia. 2024;87(2):e2022-0306.
9. **Anh BTV.** Kết quả bước đầu phẫu thuật đặt van dẫn lưu thủy dịch tiền phòng điều trị các dạng glôcôm khó điều chỉnh nhãn áp glôcôm khó điều chỉnh nhãn áp. Y học lâm sàng. 2009;(43):6.

10. **Dai Y, Gong JF, Zhu JM, et al.** Long scleral tunnel technique for prevention of drainage tube-related complications during Ahmed glaucoma valve implantation. Medicine (Baltimore). 2023 Oct 20;102(42):e35745.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN VÚ TOÀN BỘ KẾT HỢP TÁI TẠO VÚ CÙNG THÌ BẰNG TÚI ĐỘN

Phạm Hồng Khoa¹, Lê Văn Vũ¹, Mai Tiến Đạt¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Ung thư vú không thể bảo tồn thường phải cắt tuyến vú toàn bộ, gây ảnh hưởng thể chất và tâm lý. Tái tạo vú cùng thì bằng túi độn ngày càng phổ biến nhờ kỹ thuật đơn giản, ít xâm lấn, chi phí hợp lý và cải thiện thẩm mỹ, chất lượng sống. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 117 bệnh nhân cắt tuyến vú toàn bộ kèm tái tạo cùng thì bằng túi độn và 130 bệnh nhân cắt tuyến vú đơn thuần tại Bệnh viện K, từ 6/2023 đến 6/2025. Kết quả thẩm mỹ đánh giá theo thang điểm Lowery – Carlson; chất lượng cuộc sống đo bằng EQ-5D-5L và BREAST-Q tại 1 tháng và ≥ 6 tháng sau mổ. **Kết quả:** Trong nhóm tái tạo, 88,9% bệnh nhân đạt kết quả thẩm mỹ mức đẹp và tốt. Sa trễ tuyến vú và can thiệp vú đối bên ảnh hưởng rõ rệt đến kết quả thẩm mỹ ($p < 0,05$). Điểm EQ-5D-5L tại 1 tháng và ≥ 6 tháng không khác biệt giữa hai nhóm, cho thấy phẫu thuật tái tạo cùng thì bằng túi độn nhẹ nhàng, giúp bệnh nhân hồi phục sớm và ổn định. Theo BREAST-Q, nhóm tái tạo có điểm số cao hơn có ý nghĩa thống kê ở các lĩnh vực hài lòng tuyến vú, sức khỏe tâm lý – xã hội và sức khỏe tình dục ($p < 0,001$), trong khi sức khỏe thể chất vùng ngực không khác biệt ($p > 0,05$). **Kết luận:** Phẫu thuật cắt tuyến vú toàn bộ kèm tái tạo cùng thì bằng túi độn tại Bệnh viện K cho kết quả thẩm mỹ tốt, cải thiện rõ rệt sự hài lòng, sức khỏe tâm lý – xã hội và sức khỏe tình dục, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm. **Từ khóa:** ung thư vú, tái tạo vú cùng thì, túi độn, chất lượng cuộc sống

SUMMARY

EVALUATION OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS UNDERGOING IMMEDIATE BREAST RECONSTRUCTION WITH IMPLANTS AFTER TOTAL MASTECTOMY

Background: In non-breast-conserving breast cancer cases, total mastectomy causes notable physical and psychological impacts. Immediate implant-based reconstruction is increasingly adopted for its simplicity, minimal invasiveness, affordability,

and enhanced aesthetic and quality-of-life outcomes.

Patients and Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 117 patients undergoing total mastectomy with immediate implant-based reconstruction and 130 patients undergoing mastectomy alone at K Hospital from June 2023 to June 2025. Aesthetic outcomes were assessed using the Lowery–Carlson scale, while quality of life was measured using the EQ-5D-5L and BREAST-Q questionnaires at 1 month and ≥ 6 months postoperatively. **Results:** In the reconstruction group, 88.9% of patients achieved excellent or good aesthetic outcomes. Breast ptosis and contralateral breast intervention significantly influenced these outcomes ($p < 0.05$). EQ-5D-5L scores at 1 month (0.859 ± 0.106 vs. 0.876 ± 0.112 ; $p = 0.222$) and ≥ 6 months (0.893 ± 0.121 vs. 0.896 ± 0.116 ; $p = 0.843$) showed no significant differences between groups, suggesting that immediate implant-based reconstruction is well tolerated, with rapid recovery and stable results comparable to mastectomy alone. BREAST-Q results demonstrated significantly higher scores in breast satisfaction, psychosocial, and sexual well-being in the reconstruction group at both time points ($p < 0.001$), while physical well-being of the chest showed no significant difference ($p > 0.05$). **Conclusion:** Immediate implant-based breast reconstruction after total mastectomy at K Hospital yields favorable aesthetic outcomes and significantly enhances patient satisfaction, psychosocial well-being, and sexual health, thereby improving quality of life in early-stage breast cancer patients.

Keywords: breast cancer, immediate breast reconstruction, implant, quality of life

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến vú trong điều trị ung thư vú gây nhiều hệ lụy về thể chất và tâm lý, ảnh hưởng lớn đến hình thể, hình ảnh cơ thể, sự tự tin, đời sống tình dục và sức khỏe tinh thần, từ đó làm giảm chất lượng cuộc sống (CLCS) của bệnh nhân [1]. Các phương pháp tái tạo vú sau cắt tuyến vú ngày càng phát triển và phổ biến, trong đó tái tạo bằng túi độn là phương pháp đơn giản, ít xâm lấn, chi phí hợp lý, phù hợp với nhiều cơ sở y tế và nhu cầu bệnh nhân. Việc đánh giá khách quan CLCS sau phẫu thuật rất quan trọng để lựa chọn điều trị phù hợp. Tuy nhiên, tại Việt Nam và Bệnh viện K,

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Khoa

Email: phamhongkhoa1974@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025