

3. **Nguyễn Thị Hồng Vân, & Nguyễn Quốc Anh.** (2019). Thực trạng tuân thủ vệ sinh tay tại bệnh viện tuyến trung ương. Tạp chí Kiểm soát Nhiễm khuẩn, 9(3), 45–52.
4. **Phạm Thị Bích Liên.** (2020). Đánh giá tuân thủ vệ sinh tay ngoại khoa của điều dưỡng tại một bệnh viện đa khoa. Y học TP. Hồ Chí Minh, 24(6), 112–118.
5. **Trần Văn Tiến.** (2021). Tuân thủ vệ sinh tay theo 5 thời điểm của WHO tại bệnh viện tỉnh. Tạp chí Y học Việt Nam, 507(1), 78–84.
6. **Vũ Hoàng Lan.** (2022). Tuân thủ rửa tay ngoại khoa trong phẫu thuật sản phụ khoa. Tạp chí Y học Thực hành, 1143(3), 33–39.
7. **Bệnh viện Vinmec.** (2023). Quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn – Vệ sinh tay ngoại khoa. (Tài liệu nội bộ).
8. **WHO.** (2009). WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. WHO Press.
9. **WHO.** (2016). Surgical site infection prevention guidelines.
10. **Boyce, J. M., & Pittet, D.** (2002). Guideline for hand hygiene in health-care settings. MMWR Recommendations and Reports, 51(RR-16), 1–45.

SO SÁNH AN TOÀN VÀ HIỆU QUẢ CỦA PHẪU THUẬT MỞ BÈ 360° ĐƯỜNG TRONG VÀ CẮT BÈ CỨNG MẠC Ở BỆNH NHÂN GLÔCÔM GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT

Nguyễn Quang Đại^{1,2}, Nguyễn Công Kiệt², Phạm Thị Thuỷ Tiên¹, Mai Đăng Tâm¹, Trang Thanh Nghiệp¹, Nguyễn Chí Trung Thế Truyền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả và tính an toàn sau 6 tháng giữa phẫu thuật mở bè 360° đường trong bằng chỉ (mở bè) và cắt bè cứng mạc có sử dụng 5-fluorouracil (CBCM) trong điều trị glôcôm góc mở nguyên phát. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu so sánh trên 80 mắt của bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát được phẫu thuật mở bè (41 mắt) hoặc CBCM (39 mắt). Các chỉ số được theo dõi gồm nhãn áp, số lượng thuốc hạ nhãn áp, tỷ lệ thành công (hoàn toàn và một phần), và biến chứng trong 6 tháng sau mổ. **Kết quả:** Sau 6 tháng, cả hai nhóm đều ghi nhận mức giảm nhãn áp có ý nghĩa lâm sàng (mở bè: từ $28,17 \pm 9,11$ xuống $14,20 \pm 1,96$ mmHg; CBCM: từ $28,39 \pm 8,55$ xuống $14,78 \pm 2,01$ mmHg; $p = 0,16$). Số lượng thuốc hạ nhãn áp giảm đáng kể ở cả hai nhóm, trong đó nhóm CBCM cần ít thuốc hơn ($0,62 \pm 1,04$ so với $1,17 \pm 1,20$; $p < 0,05$). Tỷ lệ thành công tích lũy tương đương nhau (mở bè: 95,1%; CBCM: 92,3%; $p = 0,586$), nhưng tỷ lệ thành công hoàn toàn cao hơn ở nhóm CBCM (66,7% so với 43,9%; $p = 0,01$). Biến chứng xuất huyết tiền phòng xuất hiện ở 54,8% số mắt nhóm mở bè, trong khi 15,4% số mắt nhóm CBCM ghi nhận nhãn áp thấp trong tuần đầu sau mổ. **Kết luận:** Cả hai phương pháp đều đạt hiệu quả kiểm soát nhãn áp tốt sau 6 tháng. CBCM cho tỷ lệ thành công hoàn toàn cao hơn và giảm nhu cầu thuốc, nhưng kèm theo nguy cơ nhãn áp thấp sớm. Mở bè là lựa chọn ít xâm lấn hơn, phù hợp trong các trường hợp cần bảo tồn kết mạc.

Từ khóa: glôcôm góc mở nguyên phát, mở bè 360° đường trong, cắt bè cứng mạc.

¹Bệnh viện Mắt Tp. Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Đại

Email: drquangdai@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 3.12.2025

Ngày duyệt bài: 8.01.2026

SUMMARY

COMPARATIVE EFFICACY AND SAFETY OF 360° AB INTERNO TRABECULOTOMY (GATT) AND TRABECULECTOMY IN THE MANAGEMENT OF PRIMARY OPEN ANGLE GLAUCOMA

Purpose: To compare the 6-month efficacy and safety of 360° ab interno trabeculotomy using suture (GATT) versus trabeculectomy with adjunctive 5-fluorouracil (TRAB) in patients with primary open-angle glaucoma (POAG). **Methods:** This clinical trial analyzed 80 eyes with POAG undergoing either GATT (n=41) or TRAB (n=39). Primary outcomes included intraocular pressure (IOP), number of medications, surgical success (complete and qualified), and postoperative complications at 6 months. **Results:** Mean IOP significantly decreased in both groups at 6 months (GATT: 28.17 ± 9.11 to 14.20 ± 1.96 mmHg; TRAB: 28.39 ± 8.55 to 14.78 ± 2.01 mmHg; $p=0.16$). Medication use was lower in the TRAB group (0.62 ± 1.04 vs. 1.17 ± 1.20 ; $p<0.05$). Cumulative success rates were comparable (GATT: 95.1%, TRAB: 92.3%; $p=0.586$), but complete success was higher with TRAB (66.7% vs. 43.9%; $p=0.01$). Hyphema occurred in 54.8% of GATT eyes; hypotony was noted in 15.4% of TRAB eyes. **Conclusions:** Both GATT and TRAB effectively reduced IOP in POAG over 6 months. TRAB achieved higher complete success and medication reduction but posed a risk of early hypotony. GATT offers a less invasive option, potentially advantageous in cases requiring conjunctival preservation.

Keywords: primary open-angle glaucoma, gonioscopy-assisted transluminal trabeculotomy, trabeculectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là nguyên nhân hàng đầu gây mù không hồi phục trên thế giới, với số ca mắc dự kiến sẽ vượt quá 110 triệu người vào năm 2040, trong đó glôcôm góc mở nguyên phát chiếm tỷ trọng lớn nhất¹. Cho đến nay, hạ nhãn áp vẫn là chiến lược

điều trị duy nhất được chứng minh hiệu quả trong việc làm chậm tiến triển bệnh glôcôm²⁷.

Trong các biện pháp kiểm soát nhãn áp, phẫu thuật thường được chỉ định khi điều trị nội khoa hoặc laser không đạt mục tiêu³⁷. Cắt bè củng mạc vẫn được xem là tiêu chuẩn vàng nhờ khả năng hạ nhãn áp mạnh. Tuy nhiên, kỹ thuật này tiềm ẩn không ít biến chứng nghiêm trọng, bao gồm nhiễm trùng bong, bong hắc mạc và bệnh lý hoàng điểm do nhãn áp thấp³⁷.

Nhằm cải thiện tính an toàn mà vẫn đảm bảo hiệu quả, các kỹ thuật phẫu thuật glôcôm ít xâm lấn đã được phát triển trong thập kỷ gần đây. Trong đó, kỹ thuật mở bè 360° đường trong được Grover và cộng sự giới thiệu lần đầu năm 2014, cho phép mở hoàn toàn vùng bè và ống Schlemm theo tiếp cận từ đường nội nhãn, mà không làm tổn thương kết mạc. Các nghiên cứu gần đây ghi nhận mở bè có khả năng kiểm soát nhãn áp tốt, với tỷ lệ thành công duy trì trên 80% sau 24 tháng theo dõi^{4,5}.

Tại Việt Nam, CBCM vẫn là lựa chọn phổ biến trong điều trị glôcôm giai đoạn nặng. Trong bối cảnh xu hướng ứng dụng các kỹ thuật ít xâm lấn ngày càng tăng, việc đánh giá so sánh hiệu quả và tính an toàn giữa mở bè 360° đường trong và CBCM là cần thiết để định hướng áp dụng lâm sàng phù hợp. Nghiên cứu này nhằm so sánh hiệu quả kiểm soát nhãn áp, giảm số lượng thuốc điều trị, tỷ lệ thành công và biến chứng sau mổ giữa hai phương pháp trên bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, tiến cứu được tiến hành tại khoa Glaucoma từ tháng 1/2024 đến tháng 3/2025 và được thông qua bởi hội đồng Khoa học công nghệ Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh.

Tất cả bệnh nhân đều ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán glôcôm góc mở nguyên phát có nhãn áp ≥ 21 mmHg với điều trị nội khoa tối đa. Các tiêu chí loại trừ bao gồm: glôcôm góc đóng, glôcôm thứ phát (do tân mạch, viêm màng bồ đào), mắt đã từng phẫu thuật glôcôm, bệnh lý đục giác mạc gây cản trở quan sát và mắt độc nhất.

Kỹ thuật phẫu thuật. Toàn bộ phẫu thuật mở bè và cắt bè củng mạc được thực hiện bởi 1 phẫu thuật viên dưới hình thức gây tê cạnh nhãn cầu.

Phẫu thuật mở bè 360° đường trong: Chỉ nylon 5-0 được đốt tù đầu nhằm thuận lợi cho việc luồn trong ống Schlemm. Phẫu thuật được tiến hành qua đường rạch giác mạc phía thái dương và mũi trên, bơm chất nhầy trọng lượng phân tử cao vào tiền phòng. Dưới sự hỗ

trợ của kính soi góc Swan-Jacob, mở góc tiền phòng vùng mũi khoảng 2 mm bằng dao 25G. Chỉ 5-0 được đưa vào ống Schlemm qua vị trí mở góc và luồn theo toàn bộ chu vi ống Schlemm. Khi đầu chỉ xuất hiện trở lại tại vị trí mở góc, chỉ được kéo ngược từ phía đối diện để thực hiện mở bè toàn chu vi 360°. Cuối phẫu thuật, khoảng 10–20% thể tích tiền phòng được duy trì bằng chất nhầy trọng lượng phân tử thấp nhằm hạn chế xuất huyết tiền phòng sau mổ.

Phẫu thuật cắt bè củng mạc được thực hiện theo kỹ thuật tiêu chuẩn với vật củng mạc hình chữ nhật. Thuốc 5-Fluorouracil 50 mg/ml được áp dưới kết mạc trong 5 phút trong quá trình phẫu thuật.

Điều trị sau mổ và theo dõi. Tất cả bệnh nhân được dùng thuốc nhỏ Moxifloxacin 0,5% tra mắt 4 lần/ngày trong 7 ngày và Prednisolone acetate 1% giảm dần trong 2–4 tuần ở nhóm mở bè 360 độ đường trong và 3-6 tháng ở nhóm cắt bè củng mạc. Thuốc hạ nhãn áp được ngưng ngay sau mổ và chỉ dùng lại khi nhãn áp > 18 mmHg trong hai lần tái khám liên tiếp.

Bệnh nhân được tái khám sau mổ vào ngày 1, tuần 1, tháng 1, tháng 3, và tháng thứ 6. Mỗi lần khám gồm: thị lực chính kính tối đa, đo nhãn áp Goldmann, sinh hiển vi, soi đáy mắt. Thị trường 24-2 được thực hiện trước mổ và sau 6 tháng.

Biên số đánh giá. Biên số chính là tỷ lệ thành công phẫu thuật, được định nghĩa là nhãn áp sau mổ ≤ 18 mmHg hoặc giảm $\geq 30\%$ so với giá trị trước mổ, mà không cần can thiệp phẫu thuật glôcôm bổ sung. Tỷ lệ thành công được phân loại thành hai mức độ: Thành công hoàn toàn khi đạt tiêu chí nhãn áp trên mà không cần sử dụng bất kỳ loại thuốc hạ nhãn áp nào. Thành công một phần khi đạt tiêu chí nhãn áp trên nhưng có sử dụng thuốc hạ nhãn áp.

Thất bại được xác định khi thỏa ít nhất một trong các tiêu chí sau: Nhãn áp > 18 mmHg hoặc giảm $< 30\%$ so với trước mổ tại 2 lần tái khám liên tiếp, mặc dù đã sử dụng tối đa 3 loại thuốc hạ nhãn áp; Mất hoàn toàn thị lực; xuất hiện các biến chứng nặng: nhãn áp thấp kéo dài, hội chứng lệch thủy dịch, bong hắc mạc, viêm mủ nội nhãn; cần can thiệp phẫu thuật glôcôm bổ sung.

Biên số phụ bao gồm: Nhãn áp trung bình sau mổ, số lượng thuốc hạ nhãn áp, thị lực được quy đổi theo logMAR; mức độ tổn thương thị trường tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật.

Phân tích thống kê. Số liệu được xử lý bằng SPSS 26.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn. Biến định tính trình bày bằng tần suất và tỷ lệ phần trăm. So sánh trước-sau mổ dùng t-test cặp hoặc Wilcoxon.

So sánh hai nhóm dùng t-test độc lập hoặc Mann–Whitney. Phân tích Kaplan–Meier được dùng để ước tính tỷ lệ thành công tích lũy, ngưỡng ý nghĩa thống kê chọn là $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng 80 mắt của bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát được đưa vào phân tích và chia thành hai nhóm can thiệp với 41 mắt được phẫu thuật mở bè 360° đường trong và 39 mắt được phẫu thuật cắt bè cứng mạc.

Đặc điểm trước phẫu thuật của bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu được mô tả ở bảng 1. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về các đặc điểm nhân khẩu học trước phẫu thuật. Tuy nhiên, thị lực ban đầu ở nhóm cắt bè tốt hơn có ý nghĩa thống kê, với logMAR trung bình là $0,79 \pm 0,80$ so với $1,55 \pm 0,86$ ở nhóm mở bè ($p < 0,001$).

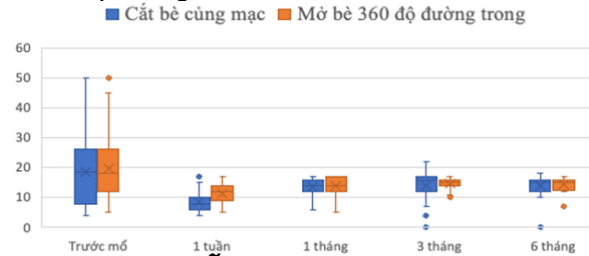
Nhãn áp trung bình trước phẫu thuật không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm với $28,17 \pm 9,11$ mmHg ở nhóm phẫu thuật mở bè và $28,39 \pm 8,55$ mmHg ở nhóm cắt bè ($p = 0,910$). Sau phẫu thuật, nhãn áp giảm nhanh chóng và được duy trì ổn định trong suốt thời gian theo dõi 6 tháng ở cả hai nhóm. Tại thời điểm 1 tuần sau mổ, nhãn áp ở nhóm cắt bè thấp hơn đáng kể so với nhóm mở bè ($8,49 \pm 3,23$ mmHg so với $11,40 \pm 3,42$ mmHg; $p < 0,001$). Tại tháng thứ sáu nhãn áp trung bình ở nhóm mở bè là $14,20 \pm 1,96$ mmHg so với nhóm cắt bè là $14,78 \pm 2,01$ mmHg với $p = 0,160$ (biểu đồ 1).

Bảng 1: Đặc điểm trước phẫu thuật của bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu

	Mở bè	CBCM	Giá trị p
Tuổi (năm)	$60,77 \pm 11,27$	$57,44 \pm 14,35$	0,254
Giới tính			
Nam	32 (78%)	27 (69,2%)	0,370
Nữ	9 (22%)	12 (30,8%)	
Tình trạng thủy tinh thể			
Còn thủy tinh thể	19 (46,3%)	21 (53,8%)	0,502
IOL	22 (53,7%)	18 (42,6%)	
MD trước phẫu thuật (dB)	$-26,11 \pm 5,85$	$-25,54 \pm 5,32$	0,685
Thị lực (logMAR)	$1,55 \pm 0,86$	$0,79 \pm 0,80$	<0,001

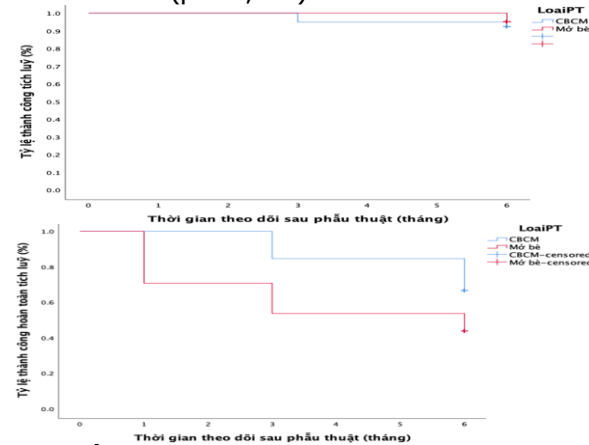
Trước phẫu thuật, bệnh nhân ở cả hai nhóm sử dụng trung bình trên 3 loại thuốc hạ nhãn áp với $3,71 \pm 0,46$ ở nhóm phẫu thuật mở bè và $3,67 \pm 0,53$ ở nhóm cắt bè. Sau mổ, số lượng thuốc giảm rõ rệt ở cả hai nhóm tại tất cả các thời điểm theo dõi. Đặc biệt, trong tháng đầu tiên, nhóm CBCM không cần sử dụng thuốc hạ

nhãn áp và số lượng thuốc vẫn duy trì ở mức rất thấp tại tháng thứ 6 ($0,62 \pm 1,04$). Ngược lại, nhóm mở bè cần dùng trung bình $1,17 \pm 1,20$ thuốc tại tháng thứ 6.



Biểu đồ 1: Diễn tiến nhãn áp trước và sau phẫu thuật của hai nhóm cắt bè cứng mạc và mở bè 360° đường trong

Tại thời điểm 6 tháng sau mổ, biểu đồ 2 cho thấy tỷ lệ thành công tích lũy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm với 95,1% ở nhóm phẫu thuật mở bè so với 92,3% ở nhóm cắt bè ($p = 0,586$; phép kiểm Log-rank). Tuy nhiên, tỷ lệ thành công hoàn toàn cao hơn đáng kể ở nhóm cắt bè là 66,7% so với 43,9% ở nhóm mở bè ($p = 0,010$).



Biểu đồ 2: Tỷ lệ thành công tích lũy và thành công hoàn toàn tích lũy theo thời gian của phẫu thuật cắt bè cứng mạc và mở bè 360° đường trong

Biến chứng sau mổ. Biến chứng thường gặp nhất ở nhóm mở bè là xuất huyết tiền phòng, xảy ra ở 23 mắt (54,8%) và đều tự hồi phục trong 1 tuần đầu. Trong khi đó, nhãn áp thấp sau mổ xảy ra ở 7 mắt (15,4%) trong nhóm cắt bè tại tuần đầu. Không có trường hợp nào ghi nhận biến chứng nội nhãn nặng như viêm nội nhãn, xuất huyết dịch kính hay bong hắc mạc ở cả hai nhóm.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 80 mắt nhằm so sánh hiệu quả và độ an toàn giữa hai phương

pháp phẫu thuật mở bè 360 độ đường trong và cắt bè cứng mạc ở bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát.

Sau 6 tháng theo dõi, nhãn áp trung bình giảm rõ rệt ở cả hai nhóm nghiên cứu. Cụ thể, trong nhóm phẫu thuật mở bè, nhãn áp giảm từ $28,17 \pm 9,11$ mmHg xuống còn $14,20 \pm 1,96$ mmHg, tương ứng mức giảm 49,6% so với ban đầu. Trong khi đó, ở nhóm cắt bè cứng mạc, nhãn áp giảm từ $28,39 \pm 8,55$ mmHg xuống $14,78 \pm 2,01$ mmHg, tương ứng 47,9%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác khi so sánh hiệu quả giữa hai phương pháp. Trong nhóm phẫu thuật mở bè, Grover và cộng sự ghi nhận mức giảm từ 23,6 xuống 13,5 mmHg sau 24 tháng ở bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát giai đoạn nhẹ đến trung bình⁵. Fontana⁶ và cộng sự báo cáo mức giảm 41% sau 12 tháng trong khi Wang⁷ và cộng sự ghi nhận giảm 44,9% sau 6 tháng. Ở nhóm bệnh nhân glôcôm giai đoạn tiến triển, Cakir⁴ và cộng sự báo cáo giảm 50,2% ($27,5$ xuống $13,7$ mmHg), còn Konuganti⁸ và cộng sự ghi nhận mức giảm tương tự 50,5% ($28,7$ xuống $14,2$ mmHg). Đối với nhóm cắt bè cứng mạc, Fontana⁶ và cộng sự ghi nhận mức giảm từ 26,7 xuống 12,4 mmHg (-53,5%); Wang⁷ và cộng sự báo cáo giảm từ 27,4 xuống 13,1 mmHg (-52,2%). Kết quả trên cho thấy rằng sau 6 tháng phẫu thuật, cả hai phương pháp phẫu thuật đều đạt được hiệu quả giảm nhãn áp tương đương nhau dù khác biệt về mặt kỹ thuật và cơ chế tác động.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy cả hai phương pháp phẫu thuật đều có hiệu quả rõ rệt trong việc giảm số lượng thuốc hạ nhãn áp tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật. Ở nhóm mở bè, số thuốc trung bình giảm từ $3,71 \pm 0,46$ xuống $1,17 \pm 1,20$, trong khi nhóm cắt bè giảm xuống $0,62 \pm 1,04$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của các tác giả khác. Grover và cộng sự ghi nhận giảm từ 2,8 xuống 1,1 thuốc sau 24 tháng⁵, Fontana⁶ ghi nhận giảm từ 2,7 xuống 1,2 thuốc sau 12 tháng. Trong các nghiên cứu tập trung trên bệnh nhân glôcôm giai đoạn nặng, Carik⁴ và Dar⁹ lần lượt ghi nhận giảm từ 3,2 xuống 1,0 thuốc và 3,7 xuống 1,1 thuốc. Đối với nhóm cắt bè cứng mạc, các nghiên cứu quốc tế cũng cho thấy hiệu quả giảm thuốc tương đương. Fontana⁶ báo cáo giảm từ 2,7 xuống 0,6 thuốc, Carik⁴ ghi nhận giảm từ 3,1 xuống 0,8 thuốc. Kết quả này phản ánh sự khác biệt về cơ chế sinh lý giữa hai kỹ thuật: mở bè phục hồi dẫn lưu tự nhiên qua mạng bè-ống Schlemm, trong khi cắt bè cứng mạc tạo đường thoát nhân tạo dưới kết mạc, giúp đạt nhãn áp thấp hơn và

giảm thuốc sớm hơn trong giai đoạn đầu.

Trong nghiên cứu hiện tại, tỷ lệ thành công tích lũy sau 6 tháng đạt 95,1% ở nhóm phẫu thuật mở bè 360° đường trong và 92,3% ở nhóm cắt bè cứng mạc, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,586$). Tuy nhiên, tỷ lệ thành công hoàn toàn ở nhóm mở bè là 43,9%, thấp hơn đáng kể so với 66,7% ở nhóm cắt bè ($p = 0,01$). Kết quả này phù hợp với các báo cáo quốc tế. Cakir⁴ và cộng sự ghi nhận tỷ lệ thành công 94,6% ở bệnh nhân glôcôm giai đoạn nặng sau 6 tháng, với tiêu chí nhãn áp từ 6–18 mmHg. Dar⁹ và cộng sự báo cáo tỷ lệ thành công 91% với tiêu chí nhãn áp ≤ 18 mmHg sau thời gian theo dõi trung bình 6,8 tháng. Đối với phẫu thuật cắt bè cứng mạc, kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với ý kiến của Wang⁷ và cộng sự báo cáo tỷ lệ thành công có điều kiện 94,1% và thành công hoàn toàn 61,1% sau 6 tháng ở bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát. Như vậy, cả hai kỹ thuật mở bè đường trong và cắt bè cứng mạc đều đạt tỷ lệ thành công tích lũy cao ở nhóm bệnh nhân glôcôm giai đoạn nặng. Tuy nhiên, mở bè có tỷ lệ thành công hoàn toàn thấp hơn.

Sau phẫu thuật mở bè xuất huyết tiền phòng là biến chứng thường gặp nhất, được ghi nhận ở 23 mắt (54,8%). Toàn bộ các trường hợp ở mức độ nhẹ, tự hấp thu trong vài ngày, không cần can thiệp và không ảnh hưởng đến kết cục điều trị. Tỷ lệ này tương đương với báo cáo của Cakir⁴ với 55,5% trường hợp xuất huyết tiền phòng sau phẫu thuật mở bè và tương tự Đỗ Tấn¹⁰ và cộng sự với tỷ lệ 43,7%, đa số cũng ở mức độ nhẹ và tự giới hạn. Trong nhóm cắt bè cứng mạc, biến chứng đáng lưu ý là nhãn áp thấp trong giai đoạn sớm sau mổ, ghi nhận ở 7 mắt (15,4%) trong tuần đầu. Tỷ lệ này tương đương với kết quả các nghiên cứu khác với Wang⁷ và cộng sự báo cáo 11,8% và Cakir⁴ và cộng sự ghi nhận 13,9% các trường hợp sau phẫu thuật.

Hạn chế của nghiên cứu. Nghiên cứu hiện tại vẫn tồn tại một số hạn chế. Thứ nhất, thời gian theo dõi chỉ kéo dài 6 tháng, do đó chưa thể đánh giá toàn diện hiệu quả dài hạn cũng như các biến chứng muộn của hai phương pháp phẫu thuật. Thứ hai, phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm glôcôm góc mở nguyên phát giai đoạn nặng, điều này có thể ảnh hưởng đến khả năng khái quát hóa kết quả cho các nhóm bệnh ở giai đoạn nhẹ hoặc trung bình.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật mở bè toàn bộ đường trong (mở bè) và phẫu thuật cắt bè cứng mạc đều mang lại

hiệu quả hạ nhãn áp đáng kể và giảm số lượng thuốc điều trị trong 6 tháng theo dõi ở bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát. Trong đó, mở bè cho thấy hiệu quả tương đương nhưng có tỷ lệ biến chứng thấp hơn và phục hồi nhanh hơn sau mổ. Tuy nhiên, bệnh nhân nhóm mở bè có xu hướng cần sử dụng thuốc hạ nhãn áp duy trì nhiều hơn so với nhóm cắt bè cứng mạc. Do đó, cần tư vấn đầy đủ cho bệnh nhân về đặc điểm điều trị hậu phẫu trước khi lựa chọn kỹ thuật phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tham YC, Li X, Wong TY, al. E.** Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology*. Nov 2014;121(11):2081-90.
2. **Heijl A, Leske MC, Bengtsson B, al. e.** Reduction of intraocular pressure and glaucoma progression: results from the Early Manifest Glaucoma Trial. *Arch Ophthalmol*. Oct 2002;120(10):1268-79.
3. **Weinreb RN, Aung T, FA. M.** The pathophysiology and treatment of glaucoma: a review. *JAMA*. May 14 2014;311(18):1901-11.
4. **Cakir I, Balci AS, Alagoz N, al. e.** Efficacy of gonioscopy-assisted transluminal trabeculectomy and trabeculectomy in patients with primary

- open-angle glaucoma and pseudoexfoliative glaucoma: A single surgeon's experience. *Indian J Ophthalmol*. Nov 1 2024;72(Suppl 5):S821-s826.
5. **Grover DS, Smith O, Fellman RL, al. e.** Gonioscopy-assisted Transluminal Trabeculectomy: An Ab Interno Circumferential Trabeculectomy: 24 Months Follow-up. *J Glaucoma*. May 2018; 27(5): 393-401.
 6. **Fontana L, De Maria M, Caristia A, al. e.** Comparison of Gonioscopy-assisted Transluminal Trabeculectomy Versus Trabeculectomy With Mitomycin C in Patients With Open-angle Glaucoma. *J Glaucoma*. Jan 1 2021;30(1):101-108.
 7. **Wang L, Wang C, Wang P, al. e.** Comparison of efficacy and safety between gonioscopy-assisted transluminal trabeculectomy and trabeculectomy for primary open-angle glaucoma treatment: a retrospective cohort study. *BMC Ophthalmol*. Dec 20 2024;24(1):533.
 8. **Konuganti PY, Rajamani M, Grover DS, al. e.** Short-Term Outcomes of Gonioscopy-Assisted Transluminal Trabeculectomy in Patients with Advanced Glaucoma. *J Curr Ophthalmol*. Oct-Dec 2024;36(4):373-380.
 9. **Dar N, Naftali Ben Haim L, Yehezkeli V, al. e.** Gonioscopy-assisted transluminal trabeculectomy in patients with advanced glaucoma. *Indian J Ophthalmol*. Aug 2023;71(8):3024-3030.
 10. **Đỗ Tấn, Bùi Thị Vân Anh, Đạt. NT.** Kết quả bước đầu của phẫu thuật mở bè từ bên trong (Ab Interno). *Tạp chí y học Việt Nam*. 2023;1(1):262-266.

KHOẢNG CÁCH TỪ CÁC CHÂN RĂNG HÀM LỚN HÀM TRÊN ĐẾN SÀN XOANG HÀM TRÊN PHIM CTGB

Nguyễn Hùng Hiệp^{1,2}, Hoàng Ngọc Lan², Phương Thị Trang²,
Bùi Thị Lạc Xứng², Nguyễn Thành Công²

TÓM TẮT

Xoang hàm là xoang cạnh mũi lớn nhất, mối liên quan về giải phẫu giữa răng hàm lớn hàm trên và xoang hàm có ý nghĩa quan trọng trong phòng ngừa biến chứng thông sàn xoang. Việc đánh giá khoảng cách từ chân răng đến sàn xoang hàm trên phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón (CTGB) có ý nghĩa quan trọng trong lập kế hoạch điều trị trong nha khoa. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 80 bệnh nhân (320 răng, 933 chân răng) có chỉ định chụp CTGB tại Khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Bạch Mai nhằm xác định khoảng cách từ các chân răng hàm lớn hàm trên đến sàn xoang hàm. Kết quả cho thấy khoảng cách trung bình dao động từ 0,25mm đến 1,15mm. Chân gần ngoài răng 16 có khoảng cách lớn nhất (1,15 ± 2,77mm). Tỷ lệ chân răng nhô vào xoang (Type 2)

dao động từ 25,0% đến 41,8%, cao nhất ở chân xa ngoài răng 17. Có 27/160 răng hàm lớn thứ hai (16,9%) chỉ có 2 chân. Nhóm tuổi 18-30 có xu hướng khoảng cách âm nhiều hơn. Kết quả cho thấy mối liên quan giải phẫu giữa chân răng và sàn xoang hàm rất đa dạng, CBCT là công cụ cần thiết để đánh giá nguy cơ trước can thiệp.

Từ khóa: Xoang hàm, chân răng hàm lớn, CTGB, khoảng cách chân răng đến sàn xoang.

SUMMARY

DISTANCE FROM MAXILLARY MOLAR ROOTS TO THE MAXILLARY SINUS FLOOR ON CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY

The maxillary sinus is the largest paranasal sinus, the anatomical relationship between maxillary molars and maxillary sinus floor is clinically significant for preventing oroantral communication. Evaluating the distance from molar roots to the sinus floor on cone beam computed tomography (CBCT) is clinically significant for dental treatment planning. This cross-sectional descriptive study was conducted on 80 patients (320 teeth, 933 roots) who underwent CBCT at the Department of Odonto-Stomatology, Bach Mai Hospital to determine the distance from maxillary

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hùng Hiệp

Email: nguyenhunghiep@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 2.12.2025

Ngày duyệt bài: 8.01.2026