

# ĐIỀU TRỊ DÒ SẸO BỌNG SAU PHẪU THUẬT CẮT BÈ BẰNG KỸ THUẬT SỬA SẸO BỌNG BẰNG KIM KẾT HỢP VỚI MÁU TỰ THÂN

Nguyễn Thị Thuý Giang<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả phương pháp sửa sẹo bong bằng kim kết hợp với máu tự thân điều trị dò sẹo bong sớm và muộn sau phẫu thuật cắt bè. **Phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu can thiệp lâm sàng. **Kết quả:** 5 mắt dò sẹo bong sau phẫu thuật cắt bè, bao gồm 4 mắt dò sớm và 1 mắt dò muộn thất bại với các phương pháp điều trị can thiệp không phẫu thuật như nội khoa, đặt kính tiếp xúc được điều trị bằng sửa sẹo bong bằng kim kết hợp máu tự thân tại chỗ. 5/5 mắt dò được đóng hoàn toàn và không tái phát trong thời gian theo dõi và có xu hướng ổn định lâu dài. Nhãn áp và thị lực tương đương với trước khi can thiệp và không ghi nhận các biến chứng như xẹp tiền phòng, bong hắc mạc, xuất huyết tiền phòng, thủng/rách sẹo bong. **Kết luận:** sửa sẹo bong bằng kim là kỹ thuật đơn giản, có thể thực hiện trên sinh hiển vi khám bệnh với hiệu quả điều trị cao và ít biến chứng điều trị dò sẹo bong sớm và muộn sau phẫu thuật cắt bè. Kỹ thuật này nên được cân nhắc chọn lựa điều trị trước khi tiến hành can thiệp phẫu thuật.

## SUMMARY

### MANAGEMENT OF BLEB LEAKS FOLLOWING TRABECULECTOMY BY NEEDLE REVISION AND LOCAL AUTOLOGOUS BLOOD

**Purpose:** to evaluate the effectiveness of needle revision combined with local autologous blood in the treatment of early and late bleb leaks following trabeculectomy. **Methods:** a prospective study. **Results:** 5 bleb leak eyes, including 4 early leaks and 1 late leak, which failed with conservative treatments, and soft contact lens bandages were treated by needle revision and local autologous blood. All leak eyes were closed and stabilized over the follow-up time and further. Intraocular pressure and visual acuity of all subjects were comparable to before needling. No complications, including flat anterior chamber, choroidal effusion, hyphema, and bleb perforation, were recorded. **Conclusion:** Needle revision combined with local autologous blood was a simple technique with high effectiveness in treating early and late bleb leaks. It should be considered as a treatment of choice before attempting surgical interventions.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt bè lần đầu được miêu tả bởi Cairns năm 1968 và sau đó điều chỉnh bởi Watson năm 1970 hiện vẫn được coi là tiêu

chuẩn vàng trong các phẫu thuật lọc rò với mục đích hạ nhãn áp điều trị bệnh nhân glôcôm. Phẫu thuật này duy trì được vai trò chưa thể thay thế trong quy trình điều trị bệnh lý glôcôm do những ưu điểm ít phẫu thuật cùng loại nào có được như hiệu quả hạ nhãn áp cao, chi phí thấp, kỹ thuật đơn giản nên có thể áp dụng rộng rãi từ các trung tâm với nền y học tiên tiến tới những vùng ít phát triển hơn. Tuy nhiên, phẫu thuật cắt bè cũng ghi nhận nhiều biến chứng liên quan dù đã được điều chỉnh qua nhiều thập kỉ áp dụng như: dò sẹo bong, nông/xẹp tiền phòng, bong hắc mạc, sẹo bong dạng nang, nhãn áp thấp, viêm sẹo bong, viêm mủ nội nhãn<sup>1</sup>.

Trong đó, dò sẹo bong là biến chứng có thể gặp sớm ngay sau phẫu thuật hoặc muộn vài tháng hoặc sau nhiều năm sau phẫu thuật cắt bè. Việc sử dụng các chất chống chuyển hóa như 5-fluorouracil (5FU) và Mitomycin C (MMC) làm tăng hiệu quả của phẫu thuật cắt bè nhưng cũng tăng nguy cơ dò sẹo bong do làm tăng tỉ lệ sẹo bong mỏng, vô mạch<sup>2,3</sup>. Nguyên nhân gây ra dò sẹo bong sớm thường do thủng kết mạc (xảy ra trong phẫu thuật), do chậm liền thường gặp ở mắt phẫu thuật cắt bè đáy phía cùng đồ, hoặc do khâu phục hồi kết mạc không đủ chặt. Dò sẹo bong nếu không được điều trị kịp thời có thể gây ra những bệnh cảnh có thể gây đe dọa thị lực như bệnh hoàng điểm nhãn áp thấp, tiền phòng nông, viêm sẹo bong, bong hắc mạc, xuất huyết thượng hắc mạc, mất bù giác mạc, viêm mủ nội nhãn<sup>1</sup>. Đối với những trường hợp dò sẹo bong xảy ra sớm, thường ngay ngày đầu sau phẫu thuật, thì lựa chọn điều trị đầu tay là thuốc và can thiệp không phẫu thuật. Cụ thể, thuốc giảm tiết thủy dịch được sử dụng và thuốc tra có corticoid sẽ tạm dừng để tăng khả năng liền của sẹo bong. Trong trường hợp điều trị nội khoa thất bại, các biện pháp can thiệp không phẫu thuật sau được lựa chọn: băng ép, đặt kính tiếp xúc; ngoài ra nhiều các lựa chọn điều trị cũng được nhiều tác giả đưa ra như keo dán cyanoacrylate, keo dán fibrin tự thân, laser argon/Nd YAG, tiêm máu tự thân đơn thuần hoặc phối hợp với khâu chỉ ép trên kết mạc. Gần đây sửa sẹo bong cũng được tác giả Ares sử dụng với mục đích đổi hướng dòng thủy dịch ra khỏi vạt cùng mạc điều trị những bệnh nhân dò sẹo bong tại vùng rìa<sup>4</sup>. Đối với những mắt dò sẹo bong muộn, thường là

\*Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thuý Giang

Email: nguyenthithuygiang0311@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2022

Ngày duyệt bài: 14.4.2022

bọng mỏng và vô mạch, lựa chọn điều trị cũng gần tương tự như với mắt dò sẹo bọng sớm ngoại trừ tạm dùng corticoid do đây là những bệnh nhân sau phẫu thuật đã lâu không còn dùng thuốc tra có corticoid. Sửa sẹo bọng bằng kim cũng được tác giả Maeda sử dụng trong báo cáo 1 ca lâm sàng dò sẹo bọng muộn điều trị thành công có phối hợp cùng thuốc nhỏ fibronectin<sup>5</sup>. Điều trị sẹo bọng muộn thường gặp khó khăn hơn rất nhiều do bọng đã hình thành một thời gian và diện tích bọng mỏng rộng hơn nữa các phản ứng viêm để hàn gắn vết thương trên những mắt này cũng không mạnh mẽ như trên mắt vừa mới phẫu thuật.

Việc có một loạt các lựa chọn điều trị như đã kể trên chứng tỏ rằng không phương pháp nào chứng minh được sự vượt trội hơn của mình so với phương pháp khác. Hơn nữa, cho dù là dò sẹo bọng sớm hay muộn sau phẫu thuật nếu thất bại với điều trị nội khoa và các can thiệp không phẫu thuật thì phẫu thuật để đóng bọng dò hiện là lựa chọn duy nhất. Can thiệp phẫu thuật với bọng dò sớm và muộn sau phẫu thuật cũng có sự khác nhau do cơ chế khác nhau. Nếu như dò sớm thường xử lý ngoại khoa bằng khâu kín lại mép mô kết mạc vùng rìa hoặc lỗ rách kết mạc thì mắt dò muộn can thiệp sẽ khó khăn hơn rất nhiều đặc biệt ở những mắt vùng vô mạch rất rộng và kết mạc rất mỏng. Việc phẫu tích loại bỏ vùng kết mạc vô mạch và trượt vùng kết mạc lành đôi khi bất khả thi do thiếu kết mạc. Khâu lại điểm dò trên những mắt này là bất khả thi do kết mạc mỏng, mất tính đàn hồi mềm dẻo và rất dễ rách thủng rộng hơn nếu cố gắng co kéo. Ghép màng ối trên những mắt thiếu kết mạc sau khi loại bỏ vùng bọng vô mạch có tỉ lệ thành công thấp<sup>6</sup>. Do đó cho đến nay chưa có phương pháp điều trị nào có thể giải quyết được bệnh lý dò sẹo bọng này mang tính toàn diện.

Ý tưởng dùng máu tự thân để bịt vào vùng lỗ dò đã có từ rất lâu và ghi nhận những kết quả nhất định. Tuy nhiên trên những trường hợp bọng dò muộn sau phẫu thuật việc chỉ tiêm một lượng máu tự thân nhất định lấy từ vùng cánh tay như tác giả Smith đề xuất có thể chỉ đóng dò trên những mắt dòng chảy chậm<sup>7</sup>. Những mắt dò với dòng chảy mạnh thì việc đóng vùng dò bằng tiêm máu tự thân ít hiệu quả do lượng máu nhỏ và nhanh tiêu. Do đó tác giả Maeda đề xuất trong kỹ thuật sửa sẹo bọng bằng kim điều trị những bọng dò muộn phải xé được vùng xơ của các vi nang xung quanh vùng bọng mỏng<sup>8</sup>. Việc xé xơ này sẽ kích thích tăng phản ứng viêm và dẫn đến kết quả đóng vùng dò của bọng. Kết

hợp hai ý tưởng trên chúng tôi dùng máu tự thân nhưng ngay tại trên kết mạc với tách xơ (dùng cho những mắt dò muộn) để điều trị dò sẹo bọng dò sớm cũng như muộn sau phẫu thuật cắt bè.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng:** bệnh nhân được chẩn đoán dò sẹo bọng sớm hay muộn sau phẫu thuật cắt bè, không đáp ứng với điều trị nội khoa (thuốc giảm tiết thủy dịch, cắt thuốc tra có corticoid) và điều trị không can thiệp phẫu thuật như (băng ép/đặt kính tiếp xúc) được thu thập vào nghiên cứu.

**Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu can thiệp lâm sàng

Tất cả các thông tin của bệnh nhân bao gồm tuổi, giới, mắt, thời gian phát hiện dò từ khi phẫu thuật, mức độ dò, tình trạng tiền phòng, có sử dụng thuốc chống chuyển hoá (5 fluorouracil /Mitomycin C) các điều trị trước đó, thị lực và nhãn áp trước và sau khi sửa sẹo, biến chứng trong và sau khi sửa sẹo được ghi lại.

**Kỹ thuật:** Chuẩn bị bệnh nhân: thuốc tê proparacaine hydrochloride 0,5% và betadin 5% cách nhau 5 phút được nhỏ trước khi làm thủ thuật 5. Bơm tiêm 1ml với đầu kim 27G được uốn cong 20° sao cho mặt vát quay xuống dưới. Kim được đưa vào khoang dưới kết mạc cách sẹo bọng ít nhất 10mm. Đối với dò sẹo bọng sớm chọn một mạch máu có kích thước nhỏ, nghiêng đầu vát của kim cắt qua mạch máu làm vỡ mạch, đợi thấy vùng xuất huyết dưới kết mạc rõ ràng sau đó đưa kim chuyển động từ vùng xuất huyết ra xung quang vùng bọng dò với mục đích dẫn động máu bao quanh điểm dò. Bệnh nhân được kê kháng sinh moxifloxacin tra tại mắt ngày 4 lần.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

5 mắt của 5 bệnh nhân glôcôm thất bại sau 1 tuần điều trị nội khoa và băng ép/đặt kính tiếp xúc được thu thập vào nghiên cứu với đặc điểm như bảng 1. Tất cả 5/5 mắt sau khi thực hiện sửa sẹo, dò được bít tạm thời và test Seidel (-). Ở tất cả các mốc khám lại tiếp theo 3 ngày, 2 tuần, 3 tháng và 6 tháng, tất cả 5/5 mắt đều đóng dò hoàn toàn với kết quả test Seidel (-). Thị lực của bệnh nhân tương đương với trước khi mổ, không có trường hợp nào thị lực giảm và nhãn áp điều chỉnh không cần dùng thuốc hạ nhãn áp (bảng 2), không ghi nhận trường hợp nào có nhãn áp tăng vào thời điểm khám lại 6 tháng. Trong và sau quá trình thực hiện sửa sẹo không ghi nhận các biến chứng có thể gặp khi thực hiện thủ thuật này như thủng/rách sẹo bọng xuất huyết tiền phòng, xẹp tiền phòng, bong hắc mạc, bệnh hoàng điểm nhãn áp thấp.

**Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân**

BN	Tuổi	Giới	Mắt	Chẩn đoán	Hình thái bong	Thời gian phát hiện (ngày)	CCH trong/ sau PT	Mức độ dò (test Seidel)	Tình trạng tiên phòng
1		Nữ	MT	GGM	Mỏng, vô mạch	122	5FU	Mạnh	Nông nhẹ
2		Nữ	MP	GGĐ	Mỏng, vô mạch vùng rìa	15	5FU	Mạnh	Bình thường
3		Nữ	MP	GGĐ	Khu trú	1	0	Mạnh	Bình thường
4		Nữ	MP	GGĐ	Khu trú	1	0	Mạnh	Bình thường
5		Nữ	MP	GGĐ	Khu trú	1	0	Mạnh	Bình thường

GGM: glôcôm góc mở; GGĐ: glôcôm góc đóng; CCH: chống chuyển hoá

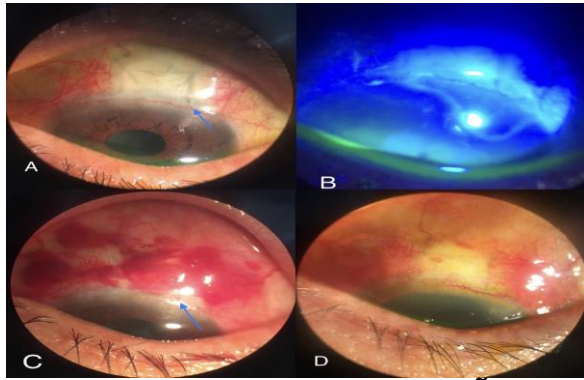
**Bảng 2. Thị lực và nhãn áp**

BN	Nhãn áp		Thị lực	
	Trước sửa	Sau sửa 6 tháng	Trước sửa	Sau sửa 6 tháng
1	11	14	20/100	20/80
2	15	14	20/80	20/80
3	16	16	20/200	20/200
4	15	16	20/100	20/100
5	14	16	20/200	20/160

**Bảng 3. Các nghiên cứu liên quan sửa sẹo bong bằng kim điều trị dò sẹo bong**

Tác giả	Tổng số mắt		Kết quả		Thời gian theo dõi
	Dò sớm	Dò muộn	Thành công đóng dò	Thất bại	
Chantal Ares et al	6	0	6 (1mắt NA điều chỉnh với 1 thuốc)	0	5.8
Hidetaka Maeda et al	0	1	1*	0	18
N.T.T.Giang	4	1	5	0	8.4

\*Không có kết quả nhãn áp cuối cùng được ghi nhận



**Hình 1: Dò sẹo bong muộn sau phẫu thuật cắt bẹ**

- A: dò tại rìa (mũi tên), bong mỏng-vô mạch
- B: Test Seidel (+) dòng chảy mạnh
- C: Màng máu tự thân tại chỗ ép tại vùng dò (mũi tên)
- D: Bong dò được hàn gắn hoàn toàn với tái cấu trúc mạch máu vào vùng vô mạch

**IV. BÀN LUẬN**

Dò sẹo bong sau phẫu thuật cắt bẹ có thể xảy ra sớm, ngay ngày đầu tiên sau phẫu thuật hoặc muộn, thời gian từ vài tháng đến hàng năm sau

phẫu thuật. Hiện tại, việc sử dụng rộng rãi các thuốc chống chuyển hoá làm tăng nguy cơ xuất hiện của các sẹo bong xấu như sẹo bong mỏng, vô mạch và đồng thời cũng làm tăng nguy cơ của biến chứng dò sẹo bong. Trong loạt ca lâm sàng của chúng tôi, ca dò sẹo bong muộn (hình1A) có vùng vô mạch rộng gây co kéo trên kết mạc dẫn tới lộ một phần vật cứng mạc vùng rìa dẫn tới dò, với tốc độ dòng chảy rất mạnh khi test Seidel. Bệnh nhân thứ 2 cũng được dùng 5FU tiêm ngay sau phẫu thuật và một phần của sẹo bong có hình thái vô mạch dẫn đến lộ vật cứng mạc vùng rìa sau khi cắt chỉ khâu kết mạc và hậu quả là biến chứng dò sẹo bong với mức độ dòng chảy mạnh.

Cho tới hiện tại, một loạt các phương pháp điều trị nội khoa và không phẫu thuật được các tác giả đưa ra để xử lý biến chứng này. Tuy nhiên, không có phương pháp nào chứng minh hiệu quả điều trị đối với cả dò sẹo bong sớm và muộn. Trong loạt ca lâm sàng này, chúng tôi đã áp dụng phương pháp sửa sẹo bong bằng kim và máu tự thân để xử lý cả hai loại dò này. Thực tế, ý tưởng dùng máu tự thân để điều trị dò đã có từ lâu. Thậm chí phương pháp này đã được áp

dụng để bít dò tuỷ sống sau thủ thuật chọc dịch não tuỷ<sup>9</sup>. Fibrin và hồng cầu có trong máu tự thân sẽ làm bít tắc tạm thời vùng dò (có thể một điểm hoặc nhiều điểm) và quá trình tiêu máu sẽ kích động phản ứng viêm và hàn gắn vùng này. Tuy nhiên nếu chỉ tiêm máu tự thân tại một điểm duy nhất như đề xuất của tác giả Smith<sup>7</sup> thì phản ứng viêm có thể không đủ để đóng các điểm dò với dòng chảy mạnh hay những mắt có nhiều điểm dò. Do đó có đến 30% (2/6) mắt dò sẹo bong trong nghiên cứu của Smith không đóng dò sau tiêm máu tự thân. Trong nghiên cứu xuất bản năm 1995, tác giả trên đề xuất lấy máu tự thân ở tay và tiêm 0.5-0.75ml vào vùng bong điều trị dò sẹo bong sau phẫu thuật cắt bè. Ở những mắt bong dò muộn và có dùng các thuốc chống chuyển hoá (5FU/MMC) thường hình thành bong vô mạch và rất mỏng, việc tiêm một lượng máu tương đối lớn như vậy vào bong sẽ có nguy cơ làm tăng áp lực trong bong trào ngược máu vào tiền phòng và nguy hiểm hơn có thể gây nguy cơ rách/vỡ bong. Do đó trong loạt ca lâm sàng của mình, chúng tôi đề xuất việc dùng máu tự thân bằng cách chủ đích làm vỡ một mạch gần nhất với vùng bong dò gây xuất huyết dưới kết mạc. Việc lấy máu tự thân tại chỗ như vậy không chỉ rút ngắn thời gian làm thủ thuật mà quan trọng hơn là giảm thiểu nguy cơ nhiễm khuẩn do lấy máu tĩnh mạch dưới tay sau đó mới dùng tiêm lên mắt. Ngoài ra, phá mạch kết mạc tại chỗ cũng giúp tăng cường phản ứng viêm với mục đích hàn gắn sẹo dò. Điều trị dò sẹo bong muộn bằng sửa sẹo bong cũng được tác giả Maeda đề xuất với kỹ thuật khá tương đồng với kỹ thuật được chúng tôi áp dụng trong nghiên cứu này ngoại trừ việc tác giả Meada không dùng máu tự thân kết hợp với kỹ thuật sửa sẹo mà dùng fibronectin nhỏ sau sửa<sup>8</sup>. Tuy nhiên, tác giả nhận thấy mặc dù vùng dò hàn gắn nhưng bong vẫn duy trì hình thái mỏng, vô mạch. Trái ngược với mắt dò muộn trong nghiên cứu của chúng tôi, vùng dò lớn có dòng chảy mạnh (hình 1A-B) được đóng hoàn toàn và có sự tái cấu trúc mạch máu vào vùng thành bong vô mạch (hình 1D) làm cải thiện đáng kể hình thái của bong. Thực tế bằng việc phá vỡ mạch máu kết mạc cũng như di chuyển của kim nhằm xé xơ và đưa máu tiếp cận với vùng dò tạo thành một màng máu tự thân có tác dụng tương tự như băng ép nhưng trực tiếp hơn (hình 1C). Do đó tác dụng của màng máu tự thân tại chỗ này cũng hiệu quả hơn, điều này được chứng minh qua test Seidel được thực hiện sau thủ thuật có kết quả âm tính ngay dù toàn bộ 5/5 mắt trong

nghiên cứu có dòng chảy rất mạnh khi kiểm tra trước khi can thiệp. Điều đó chứng tỏ vùng dò bị làm tắc nghẽn tạm thời bởi máu tự thân tại chỗ không cho thủy dịch thoát ra ngoài và tạo điều kiện thuận lợi cho phản ứng viêm để hàn gắn vùng dò bền vững lâu dài hơn.

Đối với các bong dò sớm, cơ chế có sự khác biệt so với bong dò muộn, thường do thủy dịch dò qua vùng rách thủng trên kết mạc hoặc ở các mắt cắt bè có đáy ở cùng đồ, khâu kết mạc vùng rìa không đủ chặt. Những mắt này thường đáp ứng khá tốt với điều trị nội khoa như giảm tiết thủy dịch, cắt thuốc chống viêm và băng ép hay đặt kính tiếp xúc mềm. Tuy nhiên bản thân việc cắt thuốc chống viêm cũng tiềm ẩn nguy cơ thất bại cắt bè sau khi thành công đóng dò do hình thành xơ sẹo. Sửa sẹo bong ở những mắt dò sớm cũng được tác giả Ares đề xuất bằng cách thay đổi hướng của dòng thủy dịch bằng cách dùng kim đưa xuống dưới vật dụng mạc tạo ra một đường thoát khác cho dòng thủy dịch về phía sau, hạn chế dòng thủy dịch đi ra phía vùng rìa<sup>4</sup>. Toàn bộ 6/6 mắt dò sớm trong nhóm nghiên cứu của tác giả này đều là dò tại rìa và không có ghi nhận về việc có hay không lộ chân vật củng mạc/ lỗ rách trên kết mạc. Vì nếu nguyên nhân dò là từ hai nguyên nhân trên thì kỹ thuật sửa sẹo bong như Ares đề xuất khó có thể giải quyết được. Ngược lại trong kỹ thuật sửa sẹo bong của mình chúng tôi dùng máu tự thân có cơ chế gần tương tự như băng ép kính điểm, tuy nhiên tác dụng trực tiếp hơn rất nhiều. Chỉ khi tạm chặn được dòng thủy dịch dò thì mới có thể tạo thuận cho bước tiếp theo là phản ứng tiêu máu để hàn gắn vùng dò. Ở những mắt dò sớm do xơ chưa hình thành như mắt dò muộn, do đó sau khi chủ đích tạo xuất huyết dưới kết mạc dùng kim dẫn máu vào xung quanh vùng dò hoàn toàn dễ dàng mà không phải dùng kim phá hủy tổ chức xơ sẹo xung quanh như ở mắt dò muộn. Kết quả là phản ứng viêm kích thích do sửa sẹo bong gây ra trên những mắt này cũng được hạn chế tối thiểu.

Trong loạt ca lâm sàng này chúng tôi cũng không ghi nhận những biến chứng đã được biết đến từ lâu khi sửa sẹo bong bằng kim như xẹp tiền phòng, bong hắc mạc, bệnh hoàng điểm nhãn áp thấp, thủng/rách sẹo bong. Có thể khi tiến hành sửa sẹo bằng kim chúng tôi không trực tiếp tác động lên vật củng mạc như trong đề xuất của Ares đối với mắt dò sẹo bong sớm và dùng máu tự thân tại chỗ "băng ép" hạn chế lượng thủy dịch ra ở ạt khi xé vùng sẹo lân cận bằng kim ở mắt dò muộn. Do đó tránh được các biến chứng có thể gặp phải khi thực hiện kỹ

thuật. Hơn nữa do xuất huyết dưới kết mạc được chúng tôi chủ đích tạo ra để sử dụng như một bước phối hợp trong kỹ thuật nên không được chúng tôi coi là biến chứng của thủ thuật như ghi nhận của Meada khi tiến hành sửa sẹo bong trên bệnh nhân dò sẹo bong muộn<sup>5</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Bằng cách kết hợp ưu điểm của cả hai phương pháp điều trị sẹo bong dò, trong đó phương pháp kinh điển dùng máu tự thân đã được biết đến từ lâu và phương pháp sửa sẹo bong bằng kim theo kỹ thuật được chúng tôi đề xuất, có thể áp dụng cho cả hai loại dò là dò sẹo bong sớm và dò muộn với hiệu quả đóng dò cao, ít hoặc không có biến chứng. Kỹ thuật này nên được cân nhắc là một lựa chọn điều trị cho bệnh nhân dò sẹo bong trước khi tiến hành can thiệp phẫu thuật. Tuy nhiên, cần tiến hành nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định kết quả điều trị của phương pháp này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Koike KJ, Chang PT. **Trabeculectomy: A Brief History and Review of Current Trends.** Int Ophthalmol Clin. 2018;58(3):117-133. doi:10.1097/IIO.0000000000000231
2. Belyea DA, Dan JA, Stamper RL, Lieberman MF, Spencer WH. **Late onset of sequential multifocal bleb leaks after glaucoma filtration**

surgery with 5-fluorouracil and mitomycin C. Am J Ophthalmol. 1997;124(1):40-45. doi:10.1016/s0002-9394(14)71642-3

3. Mb S, Mw S, Cm S, Rb S. **Clinical and histopathologic observations concerning hypotony after trabeculectomy with adjunctive mitomycin C.** American journal of ophthalmology. 1993;116(6). doi:10.1016/s0002-9394(14)73465-8
4. Ares C, Kasner OP. **Bleb needle redirection for the treatment of early postoperative trabeculectomy leaks: a novel approach.** Can J Ophthalmol. 2008;43(2):225-228. doi:10.3129/i08-008
5. Maeda H, Eno A, Nakamura M, Negi A. **Safe management of a late-onset bleb leak with a needling technique.** Eye (Lond). 2000;14 Pt 5:802-804. doi:10.1038/eye.2000.217
6. Rauscher FM, Barton K, Budenz DL, Feuer WJ, Tseng SCG. **Long-term outcomes of amniotic membrane transplantation for repair of leaking glaucoma filtering blebs.** Am J Ophthalmol. 2007;143(6):1052-1054. doi:10.1016/j.ajo.2007.01.016
7. Smith MF, Magauran RG, Betchkal J, Doyle JW. **Treatment of postfiltration bleb leaks with autologous blood.** Ophthalmology. 1995;102(6):868-871. doi:10.1016/s0161-6420(95)30941-4
8. Maeda H, Eno A, Nakamura M, Negi A. **Safe management of a late-onset bleb leak with a needling technique.** Eye (Lond). 2000;14 Pt 5:802-804. doi:10.1038/eye.2000.217
9. McGruder JM, Cooke JE, Conroy JM, Baker JD. **Headache after lumbar puncture: review of the epidural blood patch.** South Med J. 1988; 81(10):1249-1252. doi:10.1097/00007611-198810000-00012

## ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH TỔN THƯƠNG TĨNH MẠCH CHI DƯỚI TRÊN SIÊU ÂM - DOPPLER Ở BỆNH NHÂN SUY TĨNH MẠCH CHI DƯỚI MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH

Vũ Thanh Bình\*, Lê Đức Cường\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh tổn thương tĩnh mạch chi dưới trên siêu âm - Doppler ở bệnh nhân suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang với 96 bệnh nhân – cỡ mẫu tính theo công thức nghiên cứu mô tả. **Kết quả:** Đối với hệ tĩnh mạch nông, bệnh nhân bị suy tĩnh mạch hiển lớn chiếm tỷ lệ lớn nhất 33,3%. Tỷ lệ bệnh nhân bị suy cả 2 tĩnh mạch hiển là 24,0%. Ở giai đoạn C4, 5, 6 đường kính trung bình của các tĩnh mạch đùi, khoeo lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với giai đoạn C1, 2, 3

( $p < 0,05$ ). Có 3 bệnh nhân có huyết khối chiếm tỷ lệ 3,1%. Bệnh nhân không có huyết khối chiếm 96,9%. Bệnh nhân có dòng trào ngược từ 3 - 5 giây chiếm tỷ lệ lớn nhất (47,9%). Tỷ lệ bệnh nhân có dòng trào ngược trên 5 giây chiếm 7,3%. **Kết luận:** Suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới đối với hệ tĩnh mạch nông chủ yếu là suy tĩnh mạch hiển lớn; đường kính trung bình của các tĩnh mạch đùi, khoeo và cẳng chân ở giai đoạn C4, C5, C6 lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với giai đoạn C1, C2, C3 ( $p < 0,05$ ).

**Từ khóa:** tĩnh mạch, siêu âm – Doppler, suy tĩnh mạch, suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới.

### SUMMARY

**IMAGING CHARACTERISTICS OF VENOUS LESIONS OF THE LOWER EXTREMITIES ON DOPPLER ULTRASOUND IN PATIENTS WITH CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY AT THAI BINH MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL**

\*Trường Đại học Y Dược Thái Bình  
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thanh Bình  
Email: thanhbinhmd@gmail.com  
Ngày nhận bài: 15.2.2022  
Ngày phản biện khoa học: 29.3.2022  
Ngày duyệt bài: 14.4.2022