

vững các chỉ định, tối ưu hóa bệnh nhân trước ghép và kỹ thuật đóng vai trò quan trọng trong thành công của phẫu thuật ghép gan. Tuy nhiên, số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu còn ít, kinh nghiệm của trung tâm còn chưa nhiều, cần đánh giá trên số lượng bệnh nhân lớn hơn và thời gian nghiên cứu dài hơn để đánh giá tỷ lệ sống 5 năm và xa hơn nữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kasahara M., Umeshita K., et al** (2017). Liver transplantation for biliary atresia: a systematic review. *Pediatr Surg Int*, 33(12), 1289–1295.
2. **Sundaram S.S., Mack C.L., et al.** (2017). Biliary atresia: Indications and timing of liver transplantation and optimization of pretransplant care. *Liver Transpl*, 23(1), 96–109.
3. **Swenson S.M., Roberts J.P., et al.** (2019). Impact of the Pediatric End-Stage Liver Disease (PELD) growth failure thresholds on mortality among pediatric liver transplant candidates. *American Journal of Transplantation*, 19(12), 3308–3318.
4. **Tambucci R., de Magnée C., et al.** (2021). Sequential Treatment of Biliary Atresia With Kasai Hepatoportoenterostomy and Liver Transplantation: Benefits, Risks, and Outcome in 393 Children. *Front Pediatr*, 9, 697581.
5. **Zhu J.-J., Xia Q., et al.** (2012). Living donor liver transplantation in 43 children with biliary atresia: a single-center experience from the mainland of China. *Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International*, 11(3), 250–255.
6. **Cortes-Cerisuelo M., Boumpoureka C., et al.** (2021). Liver Transplantation for Biliary Atresia in Adulthood: Single-Centre Surgical Experience. *JCM*, 10(21), 4969.
7. **Qiao G., Li L., et al.** (2015). Conditional probability of survival in patients with biliary atresia after Kasai portoenterostomy: a Chinese population-based study. *Journal of Pediatric Surgery*, 50(8), 1310–1315.
8. **Caglar C., Arif M., et al.** (2016). Hepatopulmonary Syndrome and Liver Transplantation: A Recent Review of the Literature. *JCTH*, 4(1), 47–53.
9. **Kasahara M., Umeshita K., et al.** (2018). Living donor liver transplantation for biliary atresia: An analysis of 2085 cases in the registry of the Japanese Liver Transplantation Society. *American Journal of Transplantation*, 18(3), 659–668.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHẪU THUẬT CẮT BÈ CÙNG GIÁC MẠC ÁP DỤNG KỸ THUẬT KHÂU CHỈ RÚT TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH GLÔCÔM

Trần Tất Thắng¹, Nguyễn Văn Độ², Lê Thị Thanh Trà²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật cắt bè cùng giác mạc áp dụng kỹ thuật khâu chỉ rút trong điều trị bệnh glôcôm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp không đối chứng trên 19 mắt được chẩn đoán Glôcôm có chỉ định phẫu thuật cắt bè cùng giác mạc tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An trong thời gian từ tháng 03/2017 tới tháng 10/2017; **Kết quả.** 100% các trường hợp sau rút chỉ có mức nhãn áp điều chỉnh. Tỷ lệ nhãn áp điều chỉnh sau phẫu thuật trung bình là 49.19%. Sau phẫu thuật cắt bè tháo chỉ rút sau 1 tuần nhãn áp trung bình giảm từ 32.63 ± 4.99 mmHg trước điều trị xuống 16.58 ± 1.17 mmHg, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($P < 0.05$). Thị lực ổn định và cải thiện sau phẫu thuật. Độ sâu tiền phòng tốt 100% sau rút chỉ. Bọng thấm khá và tốt chiếm 89.5%. Không có biến chứng cần xử lý.

Từ khóa: Cắt bè, bọng thấm, glôcôm.

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF TRABECULECTOMY USING RETRACTABLE SUTURE TECHNIQUE IN THE TREATMENT OF GLAUCOMA

Objectives: Evaluating the effectiveness of trabeculectomy using retractable suture technique in the treatment of glaucoma. **Subjects and methods:** A non-comparative interventional study of 19 glaucoma patient with indications for trabeculectomy at Nghe An general friendship hospital from March 2017 to October 2017 **Results:** 100% of cases after withdrawal only have corrected intraocular pressure. The average rate of IOP correction after surgery was 49.19%. After trabeculectomy, the mean IOP decreased from 32.63 ± 4.99 mmHg before treatment to 16.58 ± 1.17 mmHg after 1 week of trabeculectomy, This difference is statistically significant ($P < 0.05$). Vision stabilized and improved after surgery. 100% of Anterior chamber is good after thread draw. Filtering bleb is quite and good accounted for 89.5%. No complications to treat

Keywords: Trabeculectomy, filtering bleb, glaucoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù được ra đời từ rất lâu nhưng phẫu thuật cắt bè cùng giác mạc của Cairns (1968)

¹Bệnh viện Mắt Nghệ An

²Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An
Chịu trách nhiệm chính: Trần Tất Thắng

Email: thangmatna@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 22.5.2023

[1] vẫn được xem là là phẫu thuật tiêu chuẩn của phẫu thuật tạo lỗ rò trong điều trị glôcôm. Tuy nhiên, trong phẫu thuật cắt bè củng giác mạc (CGM) phẫu thuật viên phải cố gắng khâu vạt củng mạc vừa đủ lỏng để cho thủy dịch thoát ra làm hạ nhãn áp và vừa đủ chặt để ngăn chặn nhãn áp mềm, xẹp tiền phòng sớm sau mổ.

Một số tác giả trên thế giới đã nghiên cứu giải quyết vấn đề này bằng cách cải tiến kỹ thuật khâu đóng vạt củng mạc trong phẫu thuật cắt bè CGM bằng mũi chỉ rút. Kỹ thuật này cho phép phẫu thuật viên (PTV) có thể đóng chặt vạt củng mạc để tái tạo tiền phòng tốt hơn. Khi vết khâu và tiền phòng đã ổn định, các mũi chỉ có thể dễ dàng được lấy đi với mục đích tăng từ từ quá trình lưu thông thủy dịch làm hạ nhãn áp và kích thích hình thành sẹo bong. Bằng cách này phẫu thuật cắt bè CGM kết hợp với kỹ thuật khâu chỉ rút đã phát huy được ưu điểm điều chỉnh nhãn áp tốt hơn ở giai đoạn sớm sau phẫu thuật và hạn chế được biến chứng xẹp tiền phòng sau mổ glôcôm [2],[3]. Ở nước ta, đã có một vài báo cáo về kỹ thuật khâu chỉ rút. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật cắt bè củng giác mạc áp dụng kỹ thuật khâu chỉ rút trong điều trị bệnh glôcôm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại khoa mắt Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An trong thời gian từ tháng 03/2017 tới tháng 10/2017.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân được chẩn đoán là glôcôm nguyên phát góc đóng hoặc góc mở chỉ định phẫu thuật cắt bè củng giác mạc. Đủ sức khỏe để có thể cộng tác và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Glôcôm thứ phát sau viêm màng bồ đào, sau chấn thương...Glôcôm tân mạch. Glôcôm bẩm sinh. Glôcôm nhãn áp không cao. Glôcôm có kèm theo viêm nhiễm tại mắt: viêm loét giác mạc... Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật mắt trước đó. Bệnh nhân cần mổ phối hợp thể thủy tinh và glôcôm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu can thiệp không đối chứng

2.2.2. Cơ mẫu nghiên cứu. Chọn mẫu thuận tiện

2.2.3. Phương tiện nghiên cứu

- Bảng thị lực Snellen và hộp kính thử khúc xạ.

- Sinh hiển vi đèn khe.
- Kính soi góc Goldmann 1 mặt gương.
- Kính Volk soi đáy mắt.
- Máy hiển vi phẫu thuật đồng trục
- Bộ dụng cụ vi phẫu (cắt bè CGM)
- Chỉ nylon 10.0
- Bệnh án nghiên cứu.

2.2.4. Cách thức nghiên cứu

- Khám bệnh nhân trước phẫu thuật:

Đánh giá tình trạng thị lực, nhãn áp, góc tiền phòng, tình trạng đĩa thị cũng như toàn trạng bệnh nhân trước phẫu thuật

- Phương pháp phẫu thuật:

Tiến hành phẫu thuật cắt bè áp dụng kỹ thuật khâu chỉ rút đóng vạt củng mạc bằng 1mũi chỉ rút theo kỹ thuật của Kolker, Kass

- Theo dõi sau phẫu thuật: Bệnh nhân được khám lại sau mổ 1 ngày, 1 tuần

+ Rút chỉ khi NA tăng sớm sau phẫu thuật hoặc NA điều chỉnh nhưng ở mức độ cao vẫn có khả năng gây tổn hại thị trường hay bong thẫm dẫn lưu không tốt hoặc không tạo được bong thẫm.

+ Điều kiện rút chỉ: tiền phòng đủ sâu, massage vùng mép mổ 5 phút mà bong thẫm vẫn không tốt hơn, không có dò sẹo bong, không có biến chứng viêm nhiễm tại mắt

+ Thời điểm rút chỉ: 7 ngày sau phẫu thuật

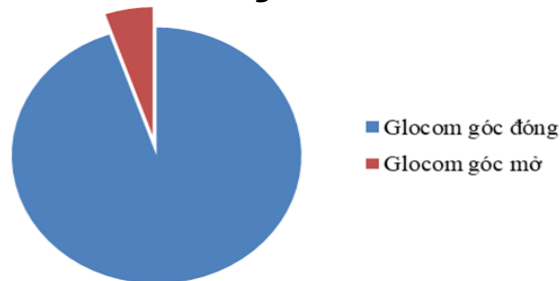
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 14 bệnh nhân nữ (chiếm 73.7%) 5 bệnh nhân nam (chiếm 26.3%). Số bệnh nhân nữ gấp 3 lần bệnh nhân nam, sự khác biệt giữa hai giới có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$)

3.1.2. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo tuổi. Nhóm bệnh nhân từ 41 đến 60 tuổi chiếm đa số (47.4%). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 60 ± 15.29 cao nhất là 85 tuổi và thấp nhất là 22 tuổi.

3.1.3. Hình thái glôcôm



Biểu đồ 1. Các hình thái Glôcôm

Trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả glôcôm góc đóng và góc mở nguyên phát trong

đó tỷ lệ glôcôm góc đóng chiếm tới 94.7% (18 mắt), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($P < 0.01$).

3.2. Đặc điểm đôi tượng nghiên cứu trước phẫu thuật

3.2.1. Thị lực có chỉnh kính trước mổ

Bảng 1. Thị lực có chỉnh kính trước mổ

Thị lực	Số lượng	%
≤ ĐNT 3m	17	89.5
ĐNT 3m – dưới 20/60	2	10.5
20/60 – dưới 20/30	0	0
>20/30	0	0
Tổng	19	100

Trước mổ phần lớn bệnh nhân có thị lực ≤ ĐNT 3m chiếm 89.5%, chỉ có 10,5% bệnh nhân có thị lực từ ĐNT 3m đến 20/30, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($P < 0.01$)

3.2.2. Nhãn áp trước phẫu thuật. Trước phẫu thuật nhãn áp trung bình của nhóm nghiên cứu là 32.63 ± 4.99 mmHg. Trong đó nhãn áp thấp nhất là 25 mmHg, nhãn áp cao nhất là 42 mmHg.

3.2.3. Ước lượng độ sâu tiền phòng trước mổ (ước lượng theo Van-Herick)

Bảng 2. Ước lượng độ sâu tiền phòng trước phẫu thuật

Độ sâu TP	Số lượng	%
V.H > 1/2	1	5.3
V.H 1/4 - 1/2	10	53.6
V.H < 1/4	8	42.1
Tổng	19	100

Tỷ lệ tiền phòng nông trước mổ chiếm tới 42.1%

3.2.4. Tình trạng đĩa thị trước mổ

Bảng 3. Mức độ lõm đĩa trước phẫu thuật

Mức độ lõm đĩa	Số lượng	%
≤ 3/10	3	15.8
4/10-7/10	15	78.9
>7/10	1	5.3
Tổng	19	100

Trong số 19 mắt có 1 mắt có tổn hại đĩa thị trầm trọng > 7/10 chiếm 5.3%.

3.3. Tình trạng bệnh nhân sau rút chỉ.

Tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đều được rút chỉ sau 1 tuần kể từ khi phẫu thuật cắt bè cùng giác mạc và chỉ rút 1 mũi duy nhất.

3.3.1. Tình trạng nhãn áp sau phẫu thuật

Bảng 4. Nhãn áp trung bình trước và sau điều trị

NATB trước điều trị	NATB sau điều trị	Hiệu chênh lệch	Mức hạ NA
32.63 ± 4.99	16.58 ± 1.17	16.05 ± 4.37	49.19%

Nhãn áp trung bình của bệnh nhân sau phẫu thuật là 16.58 ± 1.17 mmHg. Trong đó nhãn áp thấp nhất là 14 mmHg, nhãn áp cao nhất sau

phẫu thuật là 18 mmHg.

Sau phẫu thuật cắt bè tháo chỉ rút sau 1 tuần nhãn áp trung bình giảm từ 32.63 ± 4.99 mmHg trước điều trị xuống 16.58 ± 1.17 mmHg với hiệu chênh lệch 16.05 ± 4.37 mmHg, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($P < 0.05$)

3.3.2. Tình trạng thị lực có chỉnh kính sau phẫu thuật

Bảng 5. Thị lực trước và sau điều trị

Phân loại thị lực	Trước điều trị		Sau điều trị	
	Số mắt	%	Số mắt	%
≤ ĐNT 3m	17	89.5	15	78.9
ĐNT 3m – 3/10	2	10.5	3	15.8
3/10 – 7/10	0	0	1	5.3
>7/10	0	0	0	0
Tổng	19	100	19	100

Sau phẫu thuật thị lực của bệnh nhân có cải thiện hơn so với trước phẫu thuật. Nhóm thị lực thấp ≤ ĐNT 3m giảm từ 89.5% xuống còn 78.9%. Nhóm thị lực ĐNT 3m-3/10 tăng từ 10.5% lên 15.8% và có 1 bệnh nhân thị lực tăng từ 2/10 lên 4/10 chiếm 5.3% nhóm thị lực 3/10-7/10, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (test Phi and crame = 0.792 gần bằng 1 với $p < 0.05$)

3.3.3. Tình trạng tiền phòng sau phẫu thuật

Bảng 6. Ước lượng độ sâu tiền phòng trước, sau phẫu thuật, sau rút chỉ

Thời điểm	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật		Sau rút chỉ	
	Số mắt	%	Số mắt	%	Số mắt	%
V.H > 1/2	1	5.3	17	89.5	15	78.9
V.H 1/4 - 1/2	10	53.6	2	10.5	4	21.2
V.H < 1/4	8	42.1	0	0	0	0
Tổng	19	100	19	100	19	100

Sau phẫu thuật tiền phòng tái tạo tốt 100%

3.3.4. Tình trạng đĩa thị sau phẫu thuật. Sau 1 tuần phẫu thuật tỷ lệ C/D đĩa thị không có sự thay đổi gì so với trước phẫu thuật, tuy nhiên đĩa thị bớt phù, cương tụ hơn so với trước phẫu thuật.

3.3.5. Tình trạng sẹo bong sau khi rút chỉ so với trước khi rút chỉ. Chúng tôi tiến hành đánh giá sự thay đổi tình trạng sẹo bong ở hai thời điểm: thời điểm sau phẫu thuật 1 tuần nhưng chưa rút chỉ và tình trạng ngay sau khi tiến hành rút chỉ sau 1 tuần phẫu thuật.

Bảng 7. Bong thẫm trước và sau rút chỉ

Bong thẫm	Trước rút chỉ		Sau rút chỉ	
	Số mắt	%	Số mắt	%
Không tạo bong thẫm	1	5.3	0	0
Bong thẫm dẹt	11	57.9	2	10.5
Bong thẫm khá	5	26.3	6	31.6

Bọng thẫm tốt	2	10.5	11	57.9
Tổng	19	100	19	100

Trước khi rút chỉ tỷ lệ bọng thẫm khá và tốt chỉ chiếm 36.8% sau khi rút chỉ tỷ lệ này tăng lên là 89.5%. Tỷ lệ không tạo bọng thẫm từ 5.3% giảm xuống còn 0%, tỷ lệ bọng thẫm dẹt giảm từ 57.9% xuống còn 10.5%

3.4. Tình trạng biến chứng ở nhóm nghiên cứu: Chỉ có 1 mắt bị xuất huyết tiền phòng trong phẫu thuật sau đó xuất huyết tiêu không để lại biến chứng gì.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thị lực. Qua những kết quả thu được, chúng tôi nhận thấy việc điều trị có ảnh hưởng tích cực đến kết quả thị lực của bệnh nhân. Phần lớn thị lực cải thiện sớm sau phẫu thuật theo chúng tôi đó là do nhãn áp hạ, các môi trường trong suốt đỡ phù nề, tuần hoàn của đĩa thị giác, võng mạc được phục hồi.

Trong các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài thị lực giảm chủ yếu sau phẫu thuật cắt bè củng giác mạc do 2 nguyên nhân chính đó là tổn thương hoàng điểm do nhãn áp mềm và đục thể thủy tinh [6],[7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa thấy trường hợp nào giảm thị lực do tổn thương hoàng điểm vì nhãn áp quá mềm sau phẫu thuật hay sau rút chỉ, cũng chưa thấy trường hợp nào giảm thị lực do đục thể thủy tinh do thời gian theo dõi chỉ mới 1 tuần.

4.2. Nhãn áp. Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng nhãn áp trung bình sau khi rút chỉ sau 1 tuần là 16.58 ± 1.17 giảm 49.19% so với trước phẫu thuật. Kết quả này cũng tương tự như trong nghiên cứu của Raina và Tuli, tỷ lệ hạ nhãn áp sau rút chỉ là 45.5%.

Dựa vào thời gian liền sẹo của củng mạc chúng tôi tiến hành rút chỉ sau 1 tuần sau phẫu thuật nhằm tránh dính và đứt do các tổ chức bào và sợi collagen xuất hiện hình thành sẹo xơ.

4.2. Tình trạng bọng thẫm. Theo Buskirk đặc tính bọng thẫm phụ thuộc chủ yếu vào kỹ thuật tiến phẫu thuật, các bệnh sẵn có ở mắt và đặc tính di truyền về khả năng hàn gắn vết thương của từng cá thể [8]. Việc đánh giá tình trạng bọng thẫm trên lâm sàng cho phép dự đoán được phần nào chức năng của bọng thẫm, từ đó gián tiếp đánh giá mức độ khâu chặt của các mũi chỉ, mức độ điều chỉnh nhãn áp cũng như hiệu quả của phẫu thuật.

Trong nghiên cứu này, bọng thẫm được đánh giá theo phân loại của Buskirk bao gồm các mức độ: không tạo bọng thẫm, bọng thẫm dẹt, bọng thẫm khá và tốt. Sau phẫu thuật trước khi

rút chỉ tỷ lệ tạo bọng thẫm khá và tốt là 36.8%, sau rút chỉ tỷ lệ này tăng lên 89.5% trong đó bọng thẫm tốt chiếm tới 57.9%. Chỉ có 1 trường hợp không tạo bọng sau phẫu thuật sau rút chỉ tạo bọng thẫm dẹt. Các tác giả Tuli và Raina cũng đưa ra nhận xét tương tự: kích thước bọng thẫm thay đổi nhiều sau rút chỉ ở thời điểm 6-10 ngày sau mổ [9].

4.3. Độ sâu tiền phòng. Trước phẫu thuật tỷ lệ tiền phòng nông tương đối cao 42.1%. Sau phẫu thuật 100% tiền phòng tái tạo tốt.

Trước mỗi lần rút chỉ, độ sâu tiền phòng được chúng tôi đánh giá kỹ lưỡng vì thông thường sau khi các mũi chỉ được lấy đi lượng thủy dịch thoát ra nhiều hơn có thể làm tiền phòng nông đi với các mức độ khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy sau khi rút chỉ độ sâu tiền phòng thay đổi không đáng kể, độ sâu tiền phòng tốt vẫn đạt 100%. Trong đó độ sâu tiền phòng ước lượng bằng phương pháp van Herick > 1/2 giảm từ 89.5% sau phẫu thuật xuống còn 78.9% sau rút chỉ.

Như vậy, sử dụng kỹ thuật khâu chỉ rút cho phép các phẫu thuật viên có được các đường khâu vạt củng mạc chặt và chắc chắn, hạn chế tối đa biến chứng xẹp tiền phòng sớm sau phẫu thuật cắt bè, khi cần các mũi chỉ có thể được lấy đi góp phần tăng cường lưu thông thủy dịch làm hạ nhãn áp và kích thích hình thành bọng thẫm.

4.4. Tình trạng đĩa thị. Đánh giá tình trạng đĩa thị trước phẫu thuật chúng tôi nhận thấy có 1 mắt tổn hại đĩa thị trầm trọng > 7/10 (chiếm 5.3%). Sau 1 tuần phẫu thuật không có sự thay đổi nào về tỷ lệ C/D so với trước phẫu thuật, chúng tôi chỉ nhận thấy đĩa thị có hồng hơn, đỡ cương tụ hơn và đỡ phù hơn. Tuy nhiên do thời gian hạn chế và không đủ điều kiện nên chúng tôi không thể phát hiện một cách chính xác sự hồi phục của đĩa thị giác, mức độ giảm tỷ lệ C/D cũng như sự cải thiện của hệ thống mạch máu trung tâm võng mạc.

4.5. Biến chứng. Biến chứng trong và sau phẫu thuật: Trong quá trình phẫu thuật nói chung chúng tôi không gặp những biến chứng phức tạp. Có 1 trường hợp chảy máu vào tiền phòng từ lỗ cắt mộng mắt chu biên vì cắt sát chân thể mi nhưng nhẹ. Chúng tôi cầm máu bằng cách ép vào mép mổ và rửa sạch tiền phòng ngay sau đó. Sau phẫu thuật vài ngày máu trong tiền phòng tiêu hết.

Biến chứng trong và sau rút chỉ: Các mũi chỉ được rút ra dễ dàng sau 1 tuần phẫu thuật, không xảy ra biến chứng như đứt chỉ, xẹp tiền phòng sau rút chỉ, hay tổn thương biểu mô giác mạc...

V. KẾT LUẬN

Với mục đích nâng cao hiệu quả của phẫu thuật cắt bè củng giác mạc trong điều trị bệnh glôcôm chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu cải tiến kỹ thuật khâu đóng vạt củng mạc bằng mũi chỉ rút nhằm kiểm soát tình trạng tăng nhãn áp sớm sau mổ và hạn chế các biến chứng sớm sau phẫu thuật cắt bè. Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi rút ra được một số kết luận sau:

Phẫu thuật cắt bè củng giác mạc áp dụng kỹ thuật khâu chỉ rút là một phẫu thuật đạt hiệu quả cao trong quá trình điều trị bệnh glôcôm, 100% các trường hợp sau rút chỉ có mức nhãn áp điều chỉnh. Tỷ lệ nhãn áp điều chỉnh sau phẫu thuật trung bình là 49.19%. Thị lực ổn định và cải thiện sau phẫu thuật. Độ sâu tiền phòng tốt 100% sau rút chỉ. Bọng thẩm khá và tốt chiếm 89.5%.

Phẫu thuật cắt bè củng giác mạc với kỹ thuật khâu đóng vạt củng mạc bằng mũi chỉ rút đơn giản, dễ thực hiện, ít biến chứng, không đòi hỏi trang thiết bị phức tạp, đặt tiền nên có thể áp dụng một cách rộng rãi tại các cơ sở nhãn khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. R Allingham (1997), "Filtering surgery in the

management of glaucoma", Chandler and Grant's Glaucoma 4th Ed.[edited by] David L Epstein Williams & Wilkins, pp. 516-537.

2. Allan E Kolker, Michael A Kass and Julian L Rait (1994), "Trabeculectomy with releasable sutures", Archives of ophthalmology. 112(1), pp. 62-66.
3. DH Shin (1987), "Removable-suture closure of the lamellar scleral flap in trabeculectomy", Annals of ophthalmology. 19(2), pp. 51-3, 55.
4. Robert N Shaffer, John Hetherington and H Dunbar Hoskins (1971), "Guarded thermal sclerostomy", American journal of ophthalmology. 72(4), pp. 769-772.
5. JS Cohen, RH Osher (1988), "Releasable scleral flap suture", Ophthalmol Clin North Am. 1(2), pp. 187-197.
6. Clive Migdal, Roger Hitchings (1988), "Morbidity following prolonged postoperative hypotony after trabeculectomy", Ophthalmic Surgery, Lasers and Imaging Retina. 19(12), pp. 865-867.
7. S Lin (2006), Building a safer trabeculectom, BMJ Publishing Group Ltd.
8. E Buskirk (1992), "Mechanisms and management of filtration bleb failure", Australian and New Zealand journal of ophthalmology. 20 (3), pp. 157-162.
9. Usha Kaul Raina, Deven Tuli (1998), "Trabeculectomy with releasable sutures: a prospective, randomized pilot study", Archives of ophthalmology. 116(10), pp. 1288-1293.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT MẢNH GHÉP HOÀN TOÀN NGOÀI PHÚC MẠC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH GIAI ĐOẠN 2020 - 2022

Đỗ Văn Chiêu¹, Phan Thanh Lương¹, Hoàng Ngọc Hà²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 69 bệnh nhân thoát vị bẹn và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP) đặt mảnh ghép tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định, từ tháng 10/2020 đến tháng 06/2022. **Kết quả:** 69 bệnh nhân nam với tuổi trung bình là $54,3 \pm 13,3$ tuổi. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật là $5,7 \pm 1,8$ ngày (3-8 ngày). Tai biến trong phẫu thuật gặp nhiều nhất là rách phúc mạc chiếm 11,6%. Kết quả xa có 97,1% khá và tốt, 2,9% tái phát. **Kết luận:** Phẫu

thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc đặt mảnh ghép là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị thoát vị bẹn với tỷ lệ biến chứng và tái phát thấp.

Từ khóa: Thoát vị bẹn, phẫu thuật nội soi, hoàn toàn ngoài phúc mạc.

SUMMARY

TREATMENT RESULTS OF LAPAROSCOPIC TOTALLY EXTRAPERITONEAL REPAIR OF INGUINAL HERNIA AT NAM DINH PROVINCE'S GENERAL HOSPITAL STAGE 2020 - 2022

Objectives: Evaluation of the results of laparoscopic totally extraperitoneal repair of inguinal hernia. **Subjects and methods:** A descriptive study of 69 patients with inguinal hernia and were treated by laparoscopic totally extraperitoneal repair (TEP) at Nam Dinh province's general hospital stage 2020 - 2022. **Results:** 69 male patients with mean age was 54.3 ± 13.3 years old. The postoperative hospital stay was 5.7 ± 1.8 days (3-8 days). The most common surgical complication was peritoneal tear accounts for

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Chiêu

Email: drdochieu@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2023

Ngày duyệt bài: 18.5.2023