

**V. KẾT LUẬN**

Phương pháp điều trị kết hợp cấy chỉ, Cao Thấp khớp II và XBBH là phương pháp hiệu quả, an toàn, thuận tiện cho bệnh nhân trong điều trị HC CVCT do thoái hóa cột sống.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Bogduk N.** The anatomy and pathophysiology of neck pain. *Physical medicine and rehabilitation clinics*. 2003;14(3):455-472.
- Nguyễn Thị Ngọc Lan.** Bệnh học Cơ xương khớp nội khoa. Nhà xuất bản Y học; 2010.
- Các Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Hà Nội.** Bài giảng Bệnh học Nội khoa. Tập 2. Nhà xuất bản Y học
- Khoa YHCT, Trường Đại học Y Hà Nội.** Bài giảng Y học cổ truyền. Tập 2. Nhà xuất bản Y học; 2005.
- Bộ Y tế.** Quyết định về việc ban hành Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh Cây chỉ và Laser châm chuyên ngành Châm cứu. Nhà xuất bản Y học; 2017.
- Bộ Y tế.** Dược điển Việt Nam V. Nhà xuất bản Y học; 2018.
- Welchek CM, Mastrangelo L, Sinatra RS, Martinez R.** Qualitative and quantitative assessment of pain. *Acute pain management*. 2009;7(1):147-170.
- Vernon H, Mior S.** The Neck Disability Index: a study of reliability and validity. *Journal of manipulative and physiological therapeutics*. 1991;14(7):409-415.
- White A, Cummings M, Filshie J.** An introduction to Western medical acupuncture. Churchill Livingstone Elsevier; 2008.

## THIẾU MÁU BÁN PHẦN TRƯỚC SAU PHẪU THUẬT ĐAI CÙNG MẠC: BÁO CÁO CA BỆNH

Vũ Tuấn Anh<sup>1</sup>, Trần Thị Hải Linh<sup>2</sup>, Phùng Văn Thịnh<sup>2</sup>

**TÓM TẮT**

Bong võng mạc là bệnh lý nặng trong nhãn khoa, một trong những nguyên nhân quan trọng gây mất thị lực. Đai độn củng mạc là một trong các phương pháp được sử dụng trong phẫu thuật bong võng mạc nhằm điều trị bệnh lý này. Thiếu máu bán phần trước (Anterior segment ischemia - ASI) là một biến chứng hiếm gặp nhưng khá nghiêm trọng sau các phẫu thuật bán phần sau. Tại Việt Nam, phẫu thuật đai củng mạc điều trị bong võng mạc nguyên phát đã được thực hiện từ những năm 1960 nhưng các trường hợp biến chứng liên quan đến Hội chứng thiếu máu bán phần trước đều chỉ được báo cáo đơn lẻ.

**Từ khóa:** Thiếu máu bán phần trước, bong võng mạc, đai củng mạc

**SUMMARY**

### ANTERIOR SEGMENT ISCHEMIA AFTER ENCIRCLING BUCKLE SURGERY: CASE REPORT

Retinal detachment is a serious disease, one of the most important causes of vision loss. The encircling buckle operation for the repair of retinal detachment is one of the methods has been in use for many years and is still a frequent procedure. Anterior segment ischemia (ASI) is a rare but serious complication of posterior segment surgery. In Vietnam, scleral band surgery for primary retinal

detachment has been performed since the 1960s, but cases of complications related to anterior segment ischemia have only been reported singly.

**Keywords:** Anterior segment ischemia, retinal detachment, scleral band

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bong võng mạc là bệnh lý nặng trong nhãn khoa, một trong những nguyên nhân quan trọng gây mất thị lực. Tỷ lệ mắc bệnh đang ngày càng có xu hướng gia tăng. Tại Mỹ, bong võng mạc nguyên phát chiếm tỷ lệ 12 trên 100.000 dân trong cộng đồng, nguy cơ mắc hàng năm là 0,01% và nguy cơ một người 60 tuổi bị BVM là 0,6%.<sup>1</sup> Tại khoa Dịch kính võng mạc – Bệnh viện Mắt Trung ương, thống kê trong năm 2003, tỷ lệ bệnh nhân bong võng mạc chiếm khoảng 21,2% trên tổng số bệnh nhân điều trị nội trú và khoảng 22,7% tổng số ca phẫu thuật.<sup>2</sup>

Hiện nay điều trị bong võng mạc có nhiều phương pháp, tuy nhiên vẫn còn khá phức tạp. Năm 1930, Gonin đã chỉ ra ba nguyên tắc để phẫu thuật thành công dựa trên bịt tất cả mọi vết rách và làm võng mạc áp trở lại bằng điện đông. Sau đó, Schepens và Arruga đã phát triển và hoàn thiện phương pháp đai củng mạc điều trị bong võng mạc có vết rách vào năm 1957.<sup>3</sup>

Vật liệu silicone mới được ra đời để đáp ứng được tính an toàn và hiệu quả trong phẫu thuật, làm cho chúng trở thành vật liệu tiêu chuẩn dùng trong phẫu thuật đai củng mạc. Mặc dù phẫu thuật đai củng mạc bằng silicone có tỷ lệ thành

<sup>1</sup>Bệnh viện Mắt Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Tuấn Anh

Email: vta.opb@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

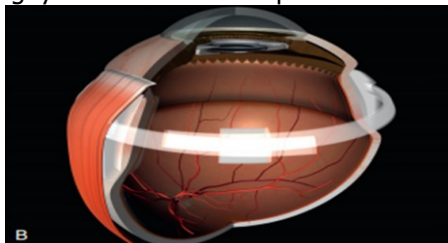
Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024

công về giải phẫu võng mạc áp trở lại cao chiếm tới 90%, sau phẫu thuật bệnh nhân vẫn có thể gặp biến chứng liên quan đến thải đại.

Thiếu máu bán phần trước (Anterior segment ischemia - ASI) là một biến chứng hiếm gặp nhưng khá nghiêm trọng sau các phẫu thuật bán phần sau. Biến chứng này có thể dẫn đến tăng nhãn áp, glacom tân mạch. Đai bao quanh củng mạc điều trị bệnh lý bong võng mạc có thể ảnh hưởng đến sự cấp máu bán phần trước theo các cách khác nhau như phẫu thuật tác động kéo hoặc làm tổn thương các cơ trực, làm tắc các tĩnh mạch xoáy do chèn ép hay thay đổi nguồn cung cấp máu cho mống mắt và thể mi.<sup>4</sup>

Thiếu máu bán phần trước tuy không thường gặp nhưng lại là một trong những biến chứng nguy hiểm trong phẫu thuật bán phần sau có thể gây mất thị lực vĩnh viễn. Nguyên nhân là do rối loạn tuần hoàn đến bán phần trước. Bất cứ quá trình nào gây giảm lượng máu đến mắt đều được cho là có liên quan đến biến chứng này. Các yếu tố gây thiếu máu bán phần trước bao gồm tổn thương dòng chảy từ động mạch thể mi hoặc động mạch mi sau dài và áp lực đè lên các tĩnh mạch xoáy. Tình trạng toàn thân như xơ cứng mạch, bệnh mắt tuyến giáp, các bệnh lý mạch máu như thiếu máu, tình trạng tăng đông hay bệnh hồng cầu hình liềm cũng làm tăng nguy cơ thiếu máu bán phần trước. Giảm nhãn áp trong mổ và các thuốc giao cảm cũng góp phần làm tăng nguy cơ thiếu máu bán phần trước.<sup>5</sup>



**Hình 1. Đai quanh củng mạc**

Thông thường mỗi cơ trực đều có 2 động mạch mi trước cấp máu, ngoại trừ cơ trực ngoài chỉ có 1 động mạch cấp máu. Các động mạch mi trước góp phần tạo thành đám rối rìa thượng củng mạc, tuần hoàn trong cơ thể mi và động mạch cấp máu cho mống mắt. Trong phẫu thuật đai củng mạc, khi các cơ trực được bộc lộ ra khỏi củng mạc thì hệ động mạch mi trước cấp máu cho cơ cũng gián đoạn. Chính sự gián đoạn của các mạch mi dẫn đến giảm cung cấp máu cho các đám rối mạch tới các cấu trúc khác ở bán phần trước. Về mặt lâm sàng, sự giảm lưu lượng máu này thường có hình ảnh giảm hoặc không có mạch máu mống mắt lấp đầy ở góc phần tư

tương ứng với cơ bị cắt bao cơ khi chụp mạch huỳnh quang mống mắt.<sup>6</sup>

Biểu hiện lâm sàng của thiếu máu bán phần trước có thể khác nhau từ nhẹ đến nặng. Ở thể lâm sàng nhẹ nhất, ASI biểu hiện giảm tưới máu mống mắt và bất thường đồng tử. ASI thể nặng có thể có biểu hiện viêm màng bồ đào, bệnh giác mạc, hạ nhãn áp, hiếm hơn có đục thể thủy tinh, sẹo giác mạc và tổn thương hoàng điểm. Nếu không điều trị, bệnh có thể diễn biến nặng và gây hậu quả cuối cùng là teo nhãn cầu. ASI có thể chẩn đoán dựa vào lâm sàng, nhưng chụp mạch huỳnh quang mống mắt cũng là một công cụ hỗ trợ chẩn đoán.

## II. BÁO CÁO CA BỆNH

### 2.1. Trường hợp 1.

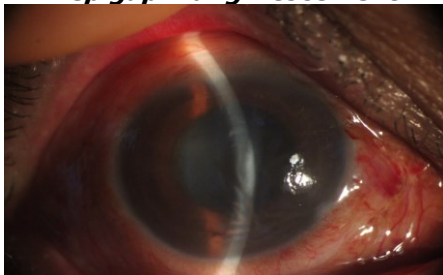
Người bệnh nam, 57 tuổi vào viện vì tình trạng mắt phải đỏ, đau nhức, nhìn mờ cách vài tuần. Tiền sử bệnh lý mắt phải được chẩn đoán bong võng mạc có vết rách cách 1,5 năm, bệnh nhân sau đấy đã được điều trị bong võng mạc phẫu thuật bằng phương pháp đai củng mạc + lạnh đông và khí nở nội nhãn. Sau phẫu thuật bệnh nhân tái khám 1 tháng 1 lần trong 2 tháng, khám lâm sàng tình trạng cơ năng ổn định, mắt phải võng mạc áp, đai củng mạc yên. Bệnh nhân giãn thời gian tái khám 6 tháng/lần. Đợt bệnh này bệnh nhân đến khám vì mắt phải đau nhức, nhìn mờ, tự dùng thuốc tại nhà nhưng không đỡ. Khám lâm sàng có biểu hiện:

- Thị lực: Mắt phải ĐNT 0.5m; Mắt trái 20/25 (Theo bảng thị lực Snellen).
- Nhãn áp: Mắt phải 16mmHg; Mắt trái 16mmHg (Đo bằng phương pháp Maclakop).
- Mắt phải:
  - Vận nhãn bình thường
  - Kết mạc cương tụ sâu, cương tụ rìa, không có dấu hiệu lộ đai củng mạc.
  - Giác mạc phù, nếp gấp màng Descement.
  - Tiền phòng sâu, sạch.
  - Đồng tử giãn 3mm, phản xạ ánh sáng (+).
  - Thể thủy tinh đục độ 1
  - Soi đáy mắt: dịch kính vẫn đục nhẹ, võng mạc áp, gai thị lõm gai 5/10, hoàng điểm mất ánh trung tâm, đai củng mạc yên.
- Mắt trái: giác mạc trong, tiền phòng sâu sạch, thể thủy tinh trong, võng mạc gai thị hồng áp.
- Cận lâm sàng:
  - Xét nghiệm công thức máu, sinh hoá máu, đông máu các chỉ số trong giới hạn bình thường.
  - Siêu âm B bán phần sau nhãn cầu:
    - Trục nhãn cầu MP 26mm, MT 24.7mm.

- MP dịch kính vẫn đục thành đám tập trung ở phía trước, bong dịch kính sau hoàn toàn, không bong võng mạc, đai củng mạc yên.
- MT dịch kính vẫn đục rải rác, không bong võng mạc.



**Hình 2. Mắt phải bệnh nhân khi chiếu đèn thẳng. Quan sát bán phần trước kết mạc cương tụ sâu, cương tụ rìa, giác mạc phù, nếp gấp màng Descemet**



**Hình 3. Mắt phải bệnh nhân khi chiếu đèn cắt khe. Quan sát rõ tình trạng tổn thương của giác mạc**

Bệnh nhân được nhập viện với chẩn đoán mắt phải: Thiếu máu bán phần trước sau phẫu thuật đai củng mạc/Đục thể thủy tinh; Mắt trái: bình thường. Bệnh nhân được phẫu thuật mắt phải tháo đai củng mạc.

Sau phẫu thuật 1 ngày, mắt phải còn cương tụ vừa, giác mạc đỡ phù, tiền phòng sâu sạch. Bán phần sau yên. Mắt trái yên. Bệnh nhân được cho ra viện điều trị ngoại trú, tra thuốc chống viêm steroids và hẹn khám lại sau 1 tuần.

Bệnh nhân khám lại sau 1 tuần, 1 tháng với tình trạng triệu chứng cơ năng giảm rõ, hết đau nhức. Khám lâm sàng thị lực MP: ĐNT 2.5m ; MT 20/25 (Theo bảng thị lực Snellen), MP: kết mạc không cương tụ, giác mạc trong, tiền phòng sâu sạch, bán phần sau yên. MT bình thường.

## 2.2. Trường hợp 2

Người bệnh nữ, 48 tuổi vào viện vì tình trạng mắt phải đau nhức, nhìn mờ cách vài tuần. Tiền sử bệnh lý mắt phải được chẩn đoán bong võng mạc có vết rách cách 3 năm, bệnh nhân sau đây đã được điều trị bong võng mạc phẫu thuật bằng phương pháp đai củng mạc + lạnh đông và khí nở nội nhãn. Bệnh nhân không có điều kiện tái

khám thường xuyên, đợt này bệnh nhân đến khám vì lí do MP đau nhức, đỏ mắt. Tiếp nhận thăm khám lâm sàng toàn trạng bệnh nhân ổn định, khám tại mắt có các dấu hiệu sau:

- Thị lực: Mắt phải 20/160; Mắt trái 20/25 (Theo bảng thị lực Snellen).

- Nhấn áp: Mắt phải 13mmHg ; Mắt trái 15mmHg (Đo bằng phương pháp Maclakop).

- Mắt phải:

- Vận nhãn bình thường
- Kết mạc cương tụ sâu, cương tụ rìa, không có dấu hiệu lộ đai củng mạc.

• Giác mạc trong

• Tiền phòng sâu, sạch.

• Đồng tử giãn 3mm, phản xạ ánh sáng (+).

• Thể thủy tinh đục độ 1

• Soi đáy mắt: dịch kính vẫn đục nhẹ, võng mạc áp, gai thị võng mạc bình thường, sẹo lạnh đông củng mạc phía thái dương trên, đai củng mạc yên.

- Mắt trái: giác mạc trong, tiền phòng sâu sạch, thể thủy tinh trong, võng mạc gai thị hồng áp.

- Cận lâm sàng:

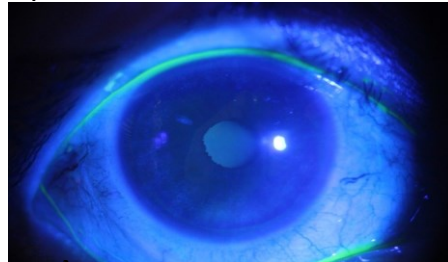
• Xét nghiệm công thức máu, sinh hoá máu, đông máu các chỉ số trong giới hạn bình thường.

• Siêu âm B bán phần sau nhãn cầu:

▪ Trục nhãn cầu MP 24.5 mm, MT 22.1 mm.

▪ MP dịch kính vẫn đục thành đám tập trung ở phía trước, bong dịch kính sau hoàn toàn, không bong võng mạc, đai củng mạc yên.

▪ MT dịch kính vẫn đục rải rác, không bong võng mạc.



**Hình 4. Ảnh chụp mắt phải bệnh nhân dưới ánh sáng màu xanh coban có thuốc nhuộm Fluorescein**

Bệnh nhân được nhập viện với chẩn đoán mắt phải: Thiếu máu bán phần trước sau phẫu thuật đai củng mạc; Mắt trái: bình thường. Bệnh nhân được phẫu thuật mắt phải tháo đai củng mạc.

Sau phẫu thuật 1 ngày, mắt phải còn cương tụ vừa, giác mạc đỡ phù, tiền phòng sâu sạch. Bán phần sau yên. Mắt trái yên. Bệnh nhân được cho ra viện điều trị ngoại trú, tra thuốc chống viêm steroids và hẹn khám lại sau 1 tuần.

Bệnh nhân khám lại sau 1 tuần, 1 tháng với tình trạng triệu chứng cơ năng giảm rõ, hết đau nhức. Khám lâm sàng thị lực MP: 20/100 ; MT 20/25 (Theo bảng thị lực Snellen), MP: kết mạc không cương tụ, giác mạc trong, tiền phòng sâu sạch, bán phần sau yên. MT bình thường.

### III. BÀN LUẬN

Phẫu thuật bong võng mạc nguyên phát bằng phương pháp đai củng mạc có thể dẫn đến nhiều biến chứng như xuất huyết nội nhãn, glacom, thiếu máu bán phần trước, nhiễm trùng hay phản ứng thái loại đai, bong hắc mạc, phù hoàng điểm dạng nang. Tổn thương các tĩnh mạch xoáy trong phẫu thuật làm tăng nguy cơ xuất hiện các biến chứng.<sup>7</sup>

Sự gián đoạn dòng chảy động mạch mi sau dài do lạnh đông hay chèn ép từ đai có thể dẫn đến việc thiếu tưới máu bán phần trước. Các động mạch mi trước chạy trong cơ trực và nối thông các động mạch mi sau ở gần bám tận của nó. Bất kỳ một tác động mạnh nào vào các cơ trực trong lúc phẫu thuật đai củng mạc, đặc biệt bệnh nhân già yếu, cũng có thể dẫn đến chèn ép tưới máu bán phần trước.

Bên cạnh thiếu tưới máu hắc mạc, bất thường dòng chảy võng mạc cũng có thể xảy ra sau phẫu thuật đai củng mạc. Các bài báo cáo đã chỉ ra có mức giảm trung bình 50% tốc độ dòng chảy mạch máu võng mạc trên siêu âm Doppler, và có sự cải thiện đáng kể về tốc độ dòng chảy sau khi tháo đai.<sup>8</sup>

Thiếu máu bán phần trước cũng liên quan đến phẫu thuật độn ngang củng mạc Nagahara đã đo tốc độ dòng chảy tại hắc mạc, võng mạc, đĩa thị trên 12 bệnh nhân, kết quả cho thấy có sự giảm tốc độ đáng kể tại vùng độn củng mạc so với các vùng khác.

Tác giả Lincoff đã đo và thấy có giảm lưu lượng máu nhãn cầu theo nhịp (POBF: pulsatile ocular blood flow) trên 11 mắt phẫu thuật đai củng mạc. Sau khi cắt đai ông nhận thấy lưu lượng máu này trở về bình thường trong vòng 1 tháng, không quan tâm đai đã được đặt bao lâu trong mắt (từ 7 tháng – 15,75 năm). Ông nhận thấy rằng không có mối tương quan nào giữa chiều cao của đai với việc giảm lưu lượng POBF, và ông kết luận rằng xung huyết tĩnh mạch không gây ra thiếu máu võng mạc mà do việc cơ học của nhãn cầu gây cản trở việc mở ra trong kỳ tâm thu.<sup>9</sup>

Cả hai trường hợp lâm sàng trên đều không có bệnh lý toàn thân như xơ cứng mạch, bệnh

mắt tuyến giáp, các bệnh lý mạch máu như thiếu máu hay các tình trạng gây tăng đông máu. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến trong phẫu thuật tác giả không đánh giá được do nhiều yếu tố khách quan và thời gian từ lúc phẫu thuật bong võng mạc đến thời điểm xuất hiện triệu chứng của hội chứng thiếu máu bán phần trước lần lượt là 1,5 năm và 3 năm.

### IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu mô tả hai trường hợp người bệnh được chẩn đoán thiếu máu bán phần trước sau phẫu thuật đai củng mạc điều trị bệnh lý bong võng mạc. Hai trường hợp lâm sàng khá điển hình của hội chứng thiếu máu bán phần trước. Thiếu máu bán phần trước tuy không thường gặp nhưng lại là một trong những biến chứng nguy hiểm trong phẫu thuật bán phần sau có thể gây mất thị lực vĩnh viễn. Phương pháp điều trị trong trường hợp này là tháo đai độn củng mạc và theo dõi tiến triển lâm sàng.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wilkes SR, Beard CM, Kurland LT, Robertson DM, O'Fallon WM.** The incidence of retinal detachment in Rochester, Minnesota, 1970-1978. *Am J Ophthalmol.* 1982;94(5):670-673.
2. **Châu PTM.** Nhận Xét Tình Hình Bệnh Nhân Bong Võng Mạc Điều Trị Tại Khoa Đáy Mắt Bệnh Viện Mắt Trung Ương Năm 2003. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ Y khoa. Trường Đại học Y Hà Nội; 2004.
3. **Schepens CL, Okamura ID, Brockhurst RJ.** The scleral buckling procedures. I. Surgical techniques and management. *AMA Arch Ophthalmol.* 1957;58(6):797-811.
4. **Janssens K, Zeyen T, Van Calster J.** Anterior segment ischemia with rubeosis iridis after a circular buckling operation treated successfully with an intravitreal bevacizumab injection: a case report and review of the literature. *Bull Soc Belge Ophthalmol.* 2012;(319):5-9.
5. **Bronner G, Zarbin MA, Bhagat N.** Anterior ischemia after posterior segment surgery. *Ophthalmol Clin N Am.* 2004;17(4):539-543, vi.
6. **Oliver JM, Lee JP.** The effects of strabismus surgery on anterior segment circulation. *Eye Lond Engl.* 1989;3 ( Pt 3):318-326.
7. **Doi N, Uemura A, Nakao K.** Complications associated with vortex vein damage in scleral buckling surgery for rhegmatogenous retinal detachment. *Jpn J Ophthalmol.* 1999;43(3):232-238.
8. **Effects of scleral buckling and encircling procedures on human optic nerve head and retinochoroidal circulation - PMC.** Accessed September 7, 2023.
9. **Lincoff H, Stopa M, Kreissig I, et al.** Cutting the encircling band. *Retina Phila Pa.* 2006;26(6):650-654.