Vietnam Journal of Community Medicine, Vol 63, No 1 (2022) 68-75

EFFECTIVENESS OF EARLY CATARACT REMOVAL SURGERY IN ACUTE ANGLE CLOSURE

Pham Thi Thuy Tien[1,*], Nguyen Hao Toan Chinh[2], Trang Thanh Nghiep[1], Nguyen Tri Dung[1]

[1]*Ho Chi Minh city Eye Hospital - 280 Dien Bien Phu, Vo Thi Sau, 3 district, Ho Chi Minh City, Vietnam*
[2]*University of Medicine and Pharmacy of Ho Chi Minh City - 217 Hong Bang, 11 ward, 5 district, Ho Chi Minh City, Vietnam*

Received 01/10/2021
Revised 11/11/2021; Accepted 14/12/2021

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the effectiveness and safety of early cataract removal in cases of acute angle closure and primary angle closure.

Methods: A prospective surgical intervention study without a control group implemented for 50 eyes of 40 patients with acute angle closure or primary angle closure with high intraocular pressure >21mmHg, anterior chamber angle still opened $>180^0$, early cataracts were performed phacoemulsification with artificial intraocular lens implantation. Variables including intraocular pressure, visual acuity, amount of antihypertensive medication, anterior chamber angle opening status and intraoperative and postoperative complications were recorded and followed for 1 week, 4 weeks, 3 months, 6, and 12 months.

Results: The visual acuity improved from 0.34 ± 0.18 to 0.06 ± 0.04 LogMAR ($p<0.001$), intraocular pressure from 37.20 ± 15.20 mmHg to 14.75 ± 2.10 mmHg ($p<0.001$), the number of glaucoma medication postoperative from 2.60 ± 0.49 to 0.18 ± 0.48. Cumulative completed success rates at 2 months, 4 months and 6 months are 96.0%, 94.0% and 89.9%, respectively, and remained unchanged until the end of 12 months of follow-up.

Conclusions: Cataract removal surgery is effective and safe in the treatment of primary angle closure. It improves vision, lowers intraocular pressure, reduces the amount of antihypertensive medication, opens the angle and increases the depth of the anterior chamber angle.

Keywords: Acute angle closure, primary angle closure glaucoma.

*Corressponding author
Email address: pham_thuytien2003@yahoo.com
Phone number: (+84) 913 760 363
https://doi.org/10.52163/yhc.v63i1.260

HIỆU QUẢ PHẪU THUẬT LẤY ĐỤC THỂ THỦY TINH SỚM TRONG ĐIỀU TRỊ GÓC ĐÓNG CẤP

Phạm Thị Thủy Tiên[1,*], Nguyễn Háo Toàn Chinh[2], Trang Thanh Nghiệp[1], Nguyễn Trí Dũng[1]

[1]Bệnh viện Mắt TPHCM - 280 Điện Biên Phủ, Võ Thị Sáu, Quận 3, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
[2]Trường Đại học Y Dược TPHCM - 217 Hồng Bàng, phường 11, quận 5, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 01 tháng 10 năm 2021
Chỉnh sửa ngày: 11 tháng 11 năm 2021; Ngày duyệt đăng: 14 tháng 12 năm 2021

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và tính an toàn lấy thể thủy tinh sớm trong các trường hợp góc đóng cấp và góc đóng nguyên phát.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp phẫu thuật không có nhóm chứng; 50 mắt của 40 bệnh nhân bị góc đóng cấp, góc đóng nguyên phát có nhãn áp cao >21mmHg, soi góc tiền phòng góc còn mở >180^0, đục thể thủy tinh sớm được tiến hành phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh kèm đặt kính nội nhãn nhân tạo. Các biến số bao gồm nhãn áp, thị lực, số lượng thuốc hạ nhãn áp, tình trạng góc tiền phòng và những biến chứng trong và sau phẫu thuật được ghi nhận và theo dõi 1 tuần, 4 tuần, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng.

Kết quả: Thị lực bệnh nhân được cải thiện từ 0,34 ± 0,18 lên 0,06 ± 0,04 LogMAR (p<0,001), nhãn áp từ 37,20 ± 15,20 mmHg còn 14,75 ± 2,10 mmHg (p<0,001), số lượng thuốc dùng sau phẫu thuật 2,60 ± 0,49 còn 0,18 ± 0,48. Tỷ lệ thành công hoàn toàn tích lũy tại thời điểm 2 tháng, 4 tháng và 6 tháng lần lượt là là 96,0%, 94,0% và 89,9%. Tỷ lệ này giữ nguyên đến thời điểm 12 tháng kết thúc theo dõi.

Kết luận: Phẫu thuật lấy thủy tinh thể hiệu quả và an toàn trong điều trị góc đóng nguyên phát. Phẫu thuật này giúp cải thiện thị lực, hạ nhãn áp cũng như số lượng thuốc hạ nhãn áp. Ngoài ra, phẫu thuật lấy thể thủy tinh giúp cải thiện cấu trúc của góc tiền phòng và tăng độ sâu góc tiền phòng ở bệnh nhân góc đóng nguyên phát.

Từ khoá: Góc đóng cấp, glôcôm góc đóng nguyên phát.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là một trong những bệnh lý gây mù không hồi phục. Năm 2010, có khoảng 4,5 triệu người mắc bệnh glôcôm góc mở nguyên phát và 3,9 triệu người bệnh glôcôm góc đóng sẽ tăng lên 5,9 triệu và 5,3 triệu người vào năm 2020. Các nghiên cứu về dịch tễ học cho thấy glôcôm góc đóng có nguy cơ bệnh nặng và tổn thương ở cả hai mắt gấp 3 lần so với glôcôm góc mở [1,2].

*Tác giả liên hệ
Email: pham_thuytien2003@yahoo.com
Điện thoại: (+84) 913 760 363
https://doi.org/10.52163/yhc.v63i1.260

Trong hai thập niên gần đây, những hiểu biết về cơ chế gây glôcôm góc đóng ngày càng được sáng tỏ và nhiều nghiên cứu đều chứng minh rằng glôcôm góc đóng có sinh bệnh học khác hoàn toàn glôcôm góc mở. Đóng góc là nguyên nhân chính gây tắc nghẽn sự thoát lưu thuỷ dịch tại góc tiền phòng gây hậu quả tăng nhãn áp. Có nhiều nguyên nhân gây đóng góc như nghẽn đồng tử, hội chứng mống mắt cao nguyên. Trong đó, kích thước và vị trí của thể thủy tinh đóng vai trò chính trong cơ chế bệnh sinh góc đóng [5]. Phẫu thuật lấy thể thủy tinh làm sâu tiền phòng, giúp mở góc tiền phòng, giảm tình trạng tái đóng góc.

Nghiên cứu phẫu thuật lấy đục thể thủy tinh sớm ở những bệnh nhân góc đóng cấp và bệnh nhân góc đóng nguyên phát được thực hiện nhằm đánh giá mức độ mở góc, hiệu quả hạ nhãn áp và tính an toàn của phẫu thuật lấy thủy tinh thể trong điều trị bệnh lý góc đóng.

2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng được tiến hành từ tháng 7/2017 đến tháng 6/2018 tại Khoa Glaucoma và Bệnh viện Mắt TPHCM được thông qua bởi Hội đồng Khoa học Công nghệ của bệnh viện và Hội đồng Y đức của trường ĐHYD. Năm mươi mắt của 40 bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Glaucoma được chọn vào nghiên cứu thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu như sau: (1) Góc đóng nguyên phát có nhãn áp cao >21mmHg hoặc góc đóng cấp qua cơn; (2) Soi góc tiền phòng có góc còn mở >180^0; (3) Chưa phẫu thuật glôcôm hay nội nhãn trước đó; (4) Đồng ý tham gia nghiên cứu và theo dõi ngoại trú. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm glôcôm góc đóng thứ phát do các nguyên nhân khác như viêm màng bồ đào, glôcôm tân mạch..., Glôcôm góc đóng giai đoạn nặng (có MD > -12D hoặc C/D ≥ 0.8), mắt độc nhất.

Bệnh nhân lên cơn góc đóng cấp hoặc góc đóng cấp qua cơn được điều trị thuốc hạ nhãn áp nhỏ (Combigan 2 lần/ ngày) và kháng viêm (Predfort 1%) trước phẫu thuật vài ngày để nhãn áp ổn định và giác mạc trong hơn giúp phẫu thuật an toàn. Bệnh nhân được đo thị lực có chỉnh kính, đo nhãn áp bằng nhãn áp kế Goldmann, khám mắt bằng đèn khe, soi góc tiền phòng với kính 4 gương, đo thị trường và khảo sát cấu trúc góc tiền phòng bằng máy ASOCT. Các biến số nghiên cứu bao gồm đặc điểm nhân chủng học, thị lực chỉnh kính (LogMAR), nhãn áp, số lượng thuốc hạ áp và cấu trúc góc tiền phòng trên ASOCT (độ sâu tiền phòng – ACD, khoảng mở góc tại 750 µm cách cựa củng mạc – AOD750, góc giữa mống mắt và vùng bè tại 750 µm cách cựa củng mạc – TIA750). Tiêu chuẩn đánh giá kết quả gồm:

(1) Thành công hoàn toàn khi nhãn áp ≤18mmHg, không sử dụng thêm thuốc hạ nhãn áp,

(2) Thành công không hoàn toàn khi nhãn áp ≤18mmHg, có sử dụng thêm thuốc hạ nhãn áp,

(3) Thất bại khi nhãn áp > 18mmHg dù sử dụng thuốc hạ nhãn áp hoặc mất thị lực hoàn toàn.

Phương pháp phẫu thuật Phaco kèm đặt kính nội nhãn

Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu sẽ được tiến hành phẫu thuật lấy thể thủy tinh theo phương pháp tán nhuyễn thể thủy tinh và đặt kính nội nhãn mềm trong bao bởi cùng 1 phẫu thuật viên.

Phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh gồm các thì: dùng dao 3,2mm mở giác mạc rìa phía thái dương, bơm chất nhầy giữa tiền phòng, xé bao trước liên tục, thủy tách nhân, phaco nhân, hút rửa cortex, đặt IOL, tái tạo tiền phòng, kháng sinh tiền phòng, bơm phù vết mổ, tra kháng sinh Besivance 0,6%, thuốc mỡ Maxitrol.

Thuốc nhỏ sau phẫu thuật gồm thuốc nhỏ mắt kháng sinh Vigamox 0,5% 6 lần/ ngày/ 1 tuần, thuốc kháng viêm Predfort1% 6 lần/ ngày/ 1 tuần sau đó giảm liều dần trong vòng 4 tuần sau đó. Đối với bệnh nhân có góc đóng cấp, thời gian viêm sẽ kéo dài nên thời gian sử dụng costicosteroid sẽ tuỳ thuộc vào đánh giá trên lâm sàng của bác sĩ. Bệnh nhân được đi tái khám 1 tuần, 4 tuần, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng sau phẫu thuật.

Phương pháp thống kê

Nhập, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS for Window 20.0. Kết quả thị lực được chuyển sang giá trị logMAR. Đây là giá trị các phép toán thống kê như tính các giá trị tương quan, phép kiểm chấp nhận như một biến định lượng. Biến số định tính được trình bày bằng tỉ lệ % với khoảng tin cậy 95%. Biến số định lượng được trình bày bằng số trung bình ± độ lệch chuẩn. Phép kiểm Kaplan-Meiyer đánh giá tỉ lệ thành công hoàn toàn tích luỹ của phẫu thuật theo thời gian. Các test có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05. Kết quả thu được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ.

3. KẾT QUẢ

Tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được bác

sĩ phẫu thuật khám và tư vấn kỹ và bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. Có 52 bệnh nhân tham gia nghiên cứu nhưng chỉ có 40 bệnh nhân theo dõi sau phẫu thuật đúng hẹn, nên chỉ có 40 bệnh nhân (50 mắt) được chọn thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu.

3.1. Đặc điểm dịch tễ bệnh nhân tham gia nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	n (%)	p
Số bệnh nhân bị 1 mắt 2 mắt	40 30 (75) 10 (25)	
Số mắt	50 (100)	
Giới Nam Nữ	 8 (20) 32 (80)	<0,05
Tuổi (trung bình ± độ lệch chuẩn)	57,13 ± 7,50 (45 – 70)	
Chẩn đoán Góc đóng cấp (AAC) Góc đóng nguyên phát (PAC)	 27 (54) 23 (46)	
Thời gian lúc khởi phát cơn cấp đến khi nhập viện (ngày)	4,48 ± 2,41 (2 -10)	
Thời gian từ lúc điều trị nội đến lúc phẫu thuật (ngày)	4,67 ± 1,90 (3-7)	

Đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều là nữ (80%) có độ tuổi trung bình 57 tuổi. Có 10 bệnh bị góc đóng cấp cả 2 mắt. Số mắt góc đóng cấp (AAC) chiếm 54%, còn lại 46% bệnh nhân được chẩn đoán góc đóng nguyên phát (PAC).

3.2. Đặc điểm thị lực trước và sau phẫu thuật

Bảng 2: Đặc điểm thị lực, nhãn áp và số lượng thuốc hạ áp của nhóm nghiên cứu

	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	p
Thị lực LogMAR	0,34 ± 0,18	0,06 ± 0,04	<0,001
Nhãn áp	37,20 ± 15,20	15,15 ± 3,50	<0,001
Số thuốc hạ áp	2,60 ± 0,49	0,18 ± 0,48	<0,001

Sau phẫu thuật thị lực chỉnh kính của đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu (trung bình 0,06 ± 0,04) tăng có ý nghĩa thống kê so với thị lực chỉnh kính trước phẫu thuật (trung bình 0,34 ± 0,18) với $p < 0,001$.

Phẫu thuật phối hợp lấy thủy tinh thể giúp hạ nhãn áp từ 37,20 ± 15,20 mmHg trước phẫu thuật còn 15,15 ± 3,50 mmHg sau phẫu thuật (trung bình giảm nhãn áp 45%) với $p < 0,001$.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có sự giảm có ý nghĩa thống kê của số lượng thuốc hạ nhãn áp sử dụng trước và sau phẫu thuật với $p < 0,001$.

3.3. Đặc điểm cấu trúc góc tiền phòng trên ASOCT trước và sau phẫu thuật

Bảng 3: Đặc điểm cấu trúc góc tiền phòng trước và sau phẫu thuật

Đặc điểm	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	P
ACD	1,91 ± 0,32	3,67 ± 0,27	<0,001
IC	0,22 ± 0,01	0,12 ± 0,03	<0,001
TIA 750	4.89 ± 5,91	32,50 ± 7,70	<0,001

ACD: độ sâu tiền phòng

IC: độ cong mống mắt

TIA: góc mống – bè

Các thông số về độ rộng và độ sâu tiền phòng khảo sát bằng ASOCT có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê so với trước phẫu thuật với p < 0,001. Độ sâu tiền phòng (ACD) trung bình tăng 1,76 µm so với trước phẫu thuật, độ cong mống mắt thay đổi trung bình 0,1 mm và góc giữa mống mắt và vùng bè tại 750 µm cách cựa củng mạc tăng 27,61º so với trước phẫu thuật.

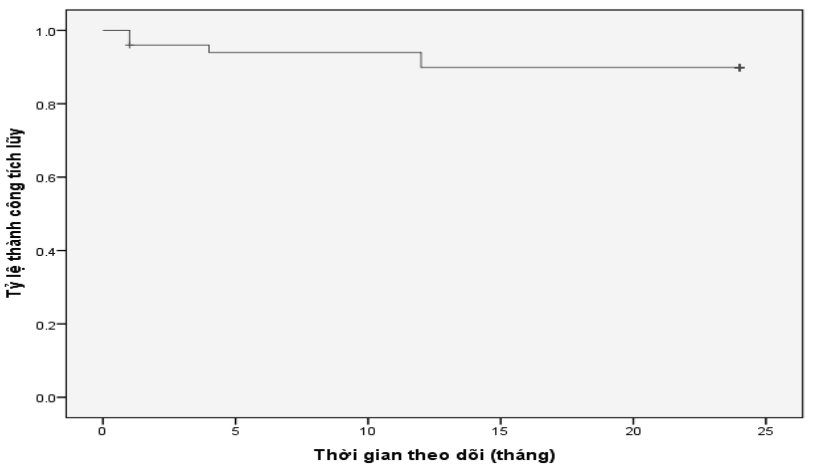
Bảng 4: Tỷ lệ thành công hoàn toàn và không hoàn toàn của nhóm nghiên cứu

	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thành công hoàn toàn	43	86
Thành công không hoàn toàn	7	14

Tại thời điểm đánh giá cuối cùng, kết quả nghiên cứu cho thấy 43 bệnh nhân 86% thành công hoàn toàn có nhãn áp đạt dưới 18 mmHg và không cần dùng thuốc hạ nhãn áp kèm theo, 07 bệnh nhân (14%) còn lại thành công không hoàn toàn có nhãn áp đạt dưới 18 mmHg với thuốc hạ nhãn áp phối hợp và không có trường hợp thất bại. Như vậy, kết quả thành công là 100%.

3.4. Tỷ lệ thành công tích lũy của nhóm nghiên cứu

Biểu đồ 1: Tỷ lệ thành công tích lũy của nhóm nghiên cứu



Biểu đồ Kapplan Meiyer thành công hoàn toàn của phương pháp phẫu thuật lấy thủy tinh thể đối với bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu tại thời điểm 2 tháng là 96%, 4 tháng là 94% và tại thời 6 tháng là 89,9%. Tỷ lệ này giữ nguyên đến thời điểm 12 tháng kết thúc theo dõi.

Không ghi nhận biến cố trong lúc phẫu thuật. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 10 ca có tình trạng nhãn áp tăng cao trong vòng tuần đầu sau phẫu thuật do tình trạng viêm, sót chất nhầy. Những bệnh nhân này có nhãn áp khoảng 25-28mmHg và được dùng thêm thuốc hạ nhãn áp để giúp nhãn áp ổn định, tránh tổn thương thêm thị

thần kinh. Nhãn áp sau 1 tháng, 03 trường hợp trở về <18mmHg mà không cần dùng thêm thuốc hạ nhãn áp và 07 trường hợp phải dùng thêm thuốc hạ nhãn áp.

4. BÀN LUẬN

Những nghiên cứu gần đây trên y văn cho thấy hiện nay phẫu thuật lấy thủy tinh thể dần trở thành phẫu thuật đầu tay trong điều trị glôcôm góc đóng. Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát 50 mắt (40 bệnh nhân) góc đóng được tiến hành phẫu thuật phối hợp lấy thủy tinh thể cho kết quả có sự cải thiện về thị lực, nhãn áp, số lượng thuốc hạ nhãn áp và cấu trúc góc tiền phòng so với trước phẫu thuật.

Bệnh góc đóng chiếm đa số ở nữ giới với tỉ lệ nam:nữ là 1:4 của nghiên cứu hiện tại, tương tự với các nghiên cứu của Melese và cộng sự (2016) có tỉ lệ 1:5; và Azuara-Blanco (2016) 1:1,41.

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân khoảng 57 tuổi thấp hơn 10 tuổi so với nghiên cứu của Azuara-Blanco 67 tuổi và Melese 64 tuổi.

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi (57 tuổi) thấp hơn 10 tuổi so với nhóm nghiên cứu của tác giả Melese (64 tuổi) và tác giả Azuara-Blanco (67 tuổi). Điều này có thể giải thích do nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên đối tượng bệnh nhân thuộc khu vực Đông Nam Á có đặc điểm cấu trúc tiền phòng nông và góc tiền phòng hẹp hơn so với chủng tộc da trắng [1,3].

Sau khi xảy ra cơn góc đóng cấp đến lúc tiến hành phẫu thuật mất khoảng 3-7 ngày. Trong thời gian này, bệnh nhân được kê toa thuốc hạ nhãn áp nhỏ và uống (trong những trường hợp nhãn áp cao >30mmHg), thuốc nhỏ kháng viêm corticosteroid làm giảm tình trạng viêm và giác mạc trong hơn giúp phẫu thuật phaco thuận lợi. Những trường hợp giác mạc không trong hơn và có nhiều nếp nhăn Descemet, bệnh nhân sẽ được xem xét phẫu thuật cắt bè củng mạc thay thế.

Bảng 5: Nhãn áp sau phẫu thuật so sánh với các tác giả khác

Tác giả	Mẫu nghiên cứu	Nhãn áp trước PT mmHg	Nhãn áp sau PT 6 tháng (mmHg)
Azuara-Blanco (2016)	PAC & PACG	30	15,70
Moghimi (2015)	AAC	54 ± 9,40	13,90 ± 2,17
P.T.T.Tiên (2018)	AAC &PAC	37,20 ± 15,20	14,75 ±2,10

Bảng 5 cho thấy sự tương đồng về kết quả nhãn áp sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của tác giả Moghimi và tác giả Azuara-Blanco [1,4]. Sau phẫu thuật tán nhuyễn thủy tinh thể nhãn áp giảm còn dưới 18mmHg ổn định sau 6 tháng theo dõi. Các tác giả cũng đưa ra các giả thuyết về cơ chế hạ nhãn áp ở những bệnh nhân glôcôm góc đóng được phẫu thuật lấy thể thủy tinh. Cơ chế đầu tiên do thay đổi thể tích nhãn cầu; phẫu thuật thay thế thủy tinh thể có đường kính trước sau trung bình là 5,5mm bằng thủy tinh thể nhân tạo có đường kính nhỏ hơn 1,0mm, do đó làm tăng độ sâu của góc tiền phòng so với trước phẫu thuật. Cơ chế tiếp theo được đặt ra do sóng siêu âm trong phẫu thuật thủy tinh thể kích hoạt sự hoạt động của vùng bè và ảnh hưởng đến sự tiết thủy dịch của thể mi. Một cơ chế khác cũng được đề cập tới là sau phẫu thuật phaco, góc tiền phòng mở ra, thủy dịch thoát lưu dễ dàng làm hạ nhãn áp.

Số lượng thuốc hạ áp sau phẫu thuật giảm so với trước phẫu thuật tương đồng so với các tác giả khác (bảng 6).

Bảng 6: Số lượng thuốc hạ nhãn áp sau phẫu thuật so sánh với các tác giả khác

Tác giả	Mẫu	Trước PT	Sau PT
Moghimi (2015) [4]	AAC	1,10 ± 0,91	0,50 ± 2,20
Melese (2016) [3]	PAC & PACG	0,21 ± 0,57	0,04 ±0,19
P.T.T.Tiên (2018)	PAC & AAC	2,60 ± 0,49	0,18 ± 0,48

Đặc điểm thị lực trước và sau phẫu thuật

Bảng 8: Thị lực sau phẫu thuật so sánh với các tác giả khác

Tác giả	Trước PT	Sau PT
Moghimi (2015) [4]	0,51 ± 0,28	0,29 ± 0,24
Melese (2016) [3]	0,17 ± 0,22	0,09 ±0,23
P.T.T. Tiên (2018)	0,34 ± 0,18	0,06 ± 0,04

Bảng trên cho thấy sự tương đồng về sự cải thiện thị lực sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi so với các tác giả khác. Đa số bệnh nhân góc đóng sau lấy thủy tinh thể có sự cải thiện thị lực và ổn định sau 6 tháng theo dõi.

Cấu trúc góc tiền phòng trên ASOCT sau phẫu thuật

Bảng 9: Độ sâu góc tiền phòng sau phẫu thuật so với các tác giả khác

Tác giả	Mẫu nghiên cứu	Vị trí	TIA 750 trước PT µm²	TIA750 sau PT µm²
Martha K. (2011) [2]	Mắt bình thường	Mũi Thái dương	231 ± 101 257± 127	413 ± 98 447 ± 131
Melese (2016) [3]	PAC & PACG	Mũi Thái dương	91 ± 63 91 ± 50	218 ± 91 217 ± 80
P.T.T. Tiên (2018)	PAC &AAC	Mũi Thái dương	73,45 ± 47,80 77,06 ± 47,20	268,80 ± 72,20 271,30 ± 80,50

Bảng 9 cho thấy phẫu thuật lấy thủy tinh thể ở bệnh nhân góc đóng nguyên phát giúp tăng độ sâu và độ rộng của góc tiền phòng và nhờ đó giúp hạn chế tình trạng đóng góc tái phát sau phẫu thuật.

Tuy nhiên, ở những bệnh nhân đã trải qua cơn góc đóng cấp, mống teo và nhão hơn nên việc phòi mống qua vết mổ cản trở quá trình phẫu thuật thường gặp hơn. Tiền phòng nông, thể thủy tinh phồng nên thao tác trong lúc phẫu thuật đầu phaco dễ chạm vào nội mô giác mạc và khó thực hiện hơn các phẫu thuật đục thể thủy tinh đơn thuần. Do đó, phẫu thuật phaco trong các trường hợp góc đóng cấp cần có phẫu thuật viên phaco nhiều kinh nghiệm.

Thuốc kháng viêm sau phẫu thuật phaco trong góc đóng cấp cần điều trị kéo dài hơn từ 4-6 tuần do tình trạng viêm, tăng sắc tố tiền phòng gây viêm màng bồ đào kéo dài nhất là trong những trường hợp glôcôm cấp nặng, nhãn áp tăng cao trước phẫu thuật.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật lấy thủy tinh thể hiệu quả và an toàn trong điều trị góc đóng nguyên phát. Phẫu thuật này giúp cải thiện thị lực, hạ nhãn áp cũng như số lượng

thuốc hạ nhãn áp. Ngoài ra, phẫu thuật lấy thể thủy tinh giúp cải thiện cấu trúc của góc tiền phòng và tăng độ sâu góc tiền phòng ở bệnh nhân góc đóng nguyên phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Azuara-Blanco, J. M. Burr, "The effectiveness of early lens extraction with intraocular lens implantation for the treatment of primary angle-closure glaucoma (EAGLE): study protocol for a randomized controlled trial". Trials;2011, 12:133.

[2] M. Kim, K. H. Park, "Changes in anterior chamber configuration after cataract surgery as measured by anterior segment optical coherence tomography". Korean journal of ophthalmology: KJO; 2011, 25(2):77-83.

[3] E. Melese, J. R. Peterson, "Comparing Laser Peripheral Iridotomy to Cataract Extraction in Narrow Angle Eyes Using Anterior Segment Optical Coherence Tomography". PloS one; 2016, 11(9):e0162283.

[4] S. Moghimi, H. Hashemian, "Early phacoemulsification in patients with acute primary angle closure". Journal of current ophthalmology; 2015, 27(3-4):70-5.

[5] Society Asia-Pacific Glaucoma, "Asia Pacific glaucoma guidelines"; 2016, pp. 12-13.