

EVALUATION OF THE RESULTS OF PHACO SURGERY TO TREAT CATARACTS IN EYES WITH PSEUDOCAPSULAR DETACHMENT SYNDROME AT HOSPITAL 19-8

Ly Minh Duc^{1*}, Tran Minh Dat², Nguyen Minh Phu², Bui Dao Quan², Pham Ngoc Quy³

¹Hospital 19-8, Ministry of Public Security - 9 Tran Binh, Tu Liem ward, Hanoi, Vietnam

²Vietnam National Eye Hospital - 85 Ba Trieu, Hai Ba Trung ward, Hanoi, Vietnam

³Anh Sang Eye Hospital - 2 lane 208 Tran Cung, Nghia Do ward, Hanoi, Vietnam

Received: 29/5/2025

Revised: 24/6/2025; Accepted: 07/7/2025

ABSTRACT

Objective: Evaluate the results of Phaco surgery on eyes with pseudocapsular detachment syndrome; study complications and treatment during and after surgery.

Subjects and methods: Clinical intervention study, 30 eyes of 30 patients with cataract in eyes with pseudocapsular detachment syndrome underwent Phaco surgery to place monofocal artificial lenses, followed up 1 week, 1 month, 3 months after surgery.

Results: 93.4% of eyes had visual acuity > 5/10. Average visual acuity was 0.63. Intraocular pressure was reduced by 2.0 mmHg. Complications of anterior capsule tear 3.3%, posterior capsule tear, vitreous escape 6.7%, Descemet membrane detachment 3.3%. Complications of keratitis 16.7%, uveitis 6.7%, anterior capsule fibrosis 3.3%, posterior capsule opacification 6.7%. Intervention of small poorly dilated pupils by pupil dilation technique or using iris hooks gave good results.

Conclusion: Phaco surgery on pseudocapsular detachment eyes is a difficult technique, requiring highly skilled surgeons. To ensure safe and effective surgery on pseudocapsular detachment eyes, surgeons need to carefully plan the surgery to limit complications.

Keywords: Cataract, pseudocapsular detachment, Phaco surgery.

*Corresponding author

Email: drminhduc198@gmail.com Phone: (+84) 988612120 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD11.2833>



ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT PHACO ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐỤC THỂ THỦY TINH TRÊN MẮT CÓ HỘI CHỨNG GIẢ BONG BAO TẠI BỆNH VIỆN 19-8

Lý Minh Đức^{1*}, Trần Minh Đạt², Nguyễn Minh Phú², Bùi Đào Quân², Phạm Ngọc Quý³

¹Bệnh viện 19-8, Bộ Công an - 9 Trần Bình, phường Từ Liêm, Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Mắt Trung ương - 85 Bà Triệu, phường Hai Bà Trưng, Hà Nội, Việt Nam

³Bệnh viện Mắt Ánh sáng - 2 ngõ 208 Trần Cung, phường Nghĩa Đô, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 29/5/2025

Ngày chỉnh sửa: 24/6/2025; Ngày duyệt đăng: 07/7/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phẫu thuật Phaco trên mắt có hội chứng giả bong bao; nghiên cứu các biến chứng và cách xử trí trong và sau phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, 30 mắt của 30 bệnh nhân bị đục thể thủy tinh trên mắt có hội chứng giả bong bao được phẫu thuật Phaco đặt thể thủy tinh nhân tạo, theo dõi sau mổ 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng.

Kết quả: 93,4% mắt có thị lực > 5/10. Thị lực trung bình 0,63. Nhãn áp hạ được 2,0 mmHg. Biến chứng rách bao trước 3,3%, rách bao sau, thoát dịch kính 6,7%, bong màng Descemet 3,3%. Biến chứng viêm giác mạc khía 16,7%, viêm màng bồ đào 6,7%, xơ hóa bao trước 3,3%, đục bao sau 6,7%. Can thiệp đồng tử nhỏ giãn kém bằng kỹ thuật kéo giãn đồng tử hoặc dùng dụng cụ móc mỏng mắt cho kết quả tốt.

Kết luận: Phẫu thuật Phaco trên mắt giả bong bao là kỹ thuật khó, đòi hỏi phẫu thuật viên phải có tay nghề cao. Để phẫu thuật đảm bảo an toàn và hiệu quả trên mắt giả bong bao, phẫu thuật viên cần lập kế hoạch phẫu thuật cẩn thận, để hạn chế các biến chứng.

Từ khóa: Đục thể thủy tinh, giả bong bao, phẫu thuật Phaco.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng giả bong bao là một rối loạn của cấu trúc chất nền ngoại bào liên quan đến tuổi. Ngày nay, hội chứng giả bong bao được xem là một tình trạng toàn thân với chất liệu giả bong bao hiện diện ở khắp nơi trong cơ thể. Đặc biệt trong những nghiên cứu gần đây cho thấy trong hội chứng giả bong bao có sự thay đổi mô học liên quan đến nhiều cấu trúc ở phần trước nhãn cầu như tình trạng rung thể thủy tinh, lệch thể thủy tinh. Những thay đổi về mặt cấu trúc này cũng là nguyên nhân dẫn đến các biến chứng liên quan đến phẫu thuật thường gặp ở hội chứng giả bong bao như: rách bao sau gây thoát dịch kính, phản ứng viêm sau mổ, cơn tăng nhãn áp và tình trạng lệch thể thủy tinh.

Đục thể thủy tinh có hội chứng giả bong bao thường kèm theo các đặc điểm như: đồng tử kém giãn, tiền phòng nông, dây Zinn yếu. Phẫu thuật Phaco trên những mắt này thường gặp nhiều khó khăn và dễ xảy ra các biến chứng trong và sau mổ. Ngày nay, với sự phát triển kỹ thuật phẫu thuật Phaco, các tác giả trên thế giới đã tiến hành phẫu thuật Phaco trên mắt giả bong bao cho kết quả tốt và độ an toàn cao. Tuy nhiên,

cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào báo cáo đầy đủ về kết quả phẫu thuật này tại Việt Nam. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: (1) Đánh giá kết quả của phẫu thuật Phaco trên mắt có hội chứng giả bong bao; (2) Nghiên cứu các biến chứng của phẫu thuật và cách xử trí.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân đục thể thủy tinh có giả bong bao điều trị tại Khoa Mắt, Bệnh viện 19-8 từ 1/2024 đến 12/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: đục thể thủy tinh có chỉ định phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ: đục thể thủy tinh do chấn thương, đục thể thủy tinh có kèm theo glôcôm, sẹo giác mạc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng.

- Cỡ mẫu: n = 30 mắt.

- Phương pháp tiến hành: thông tin bệnh nhân được theo dõi trong bệnh án nghiên cứu.

*Tác giả liên hệ

Email: drminhduc198@gmail.com Điện thoại: (+84) 988612120 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD11.2833>

- Phương tiện nghiên cứu: bảng đo thị lực, nhãn áp kế, máy sinh hiển vi khám mắt, máy siêu âm nhãn cầu A/B, máy phẫu thuật Phaco, máy sinh hiển vi phẫu thuật, máy đo công suất thể thủy tinh IOL Master, bộ dụng cụ phẫu thuật.

- Khám trước mổ: đo thị lực, đo nhãn áp, đo khúc xạ giác mạc. Khám bán phần trước nhãn cầu trên sinh hiển vi đánh giá tình trạng giác mạc, khả năng giãn của đồng tử, hình thái đục và độ cứng nhãn thể thủy tinh. Siêu âm A/B đo độ sâu tiền phòng, trục nhãn cầu, đánh giá tình trạng dịch kính võng mạc, tính công suất thể thủy tinh nhân tạo bằng IOL Master.

- Phương pháp phẫu thuật: rạch giác mạc phía thái dương, đường mổ rộng 2,8 mm. Bơm dịch nhầy vào tiền phòng. Đánh giá khả năng giãn của đồng tử: trong trường hợp đồng tử nhỏ, giãn kém, kích thước < 4 mm, sử dụng kỹ thuật kéo giãn đồng tử, cắt cơ vòng mỏng mắt hoặc dùng dụng cụ móc mỏng mắt. Xé bao trước thể thủy tinh bằng pince với đường kính trung bình 5,5 mm. Tách nước ở nhiều vị trí đối xứng và xoay nhân. Cài đặt năng lượng của máy Phaco tùy thuộc mức độ cứng của nhân, thường ở mức: năng lực hút lên 150-250 mmHg và năng lượng siêu âm 30-60%. Rửa hút

chất nhân với áp lực hút 0-450 mmHg. Đặt IOL mềm trong túi bao. Bơm phù giác mạc làm kín vết mổ. Bơm Vigamox 0,5% tiền phòng.

- Theo dõi bệnh nhân: khám và điều trị các biến chứng trong và sau mổ 1 ngày. Khám lại và theo dõi định kỳ sau mổ 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân trước mổ

Nghiên cứu có tổng số 30 bệnh nhân (30 mắt bệnh), trong đó có 16 nam (53,3%), 14 nữ (46,7%); tuổi trung bình $72,6 \pm 7,1$ tuổi, dao động từ 65-87 tuổi.

Thị lực trung bình $0,06 \pm 0,04$, trong đó có 8 mắt (26,7%) có thị lực sáng tối (+) đến < đếm ngón tay 1m, 16 mắt (53,3%) có thị lực đạt đếm ngón tay 1m đến 1/10 và 6 mắt (20%) có thị lực 1/10 đến < 3/10.

Nhãn áp trung bình 21,5 mmHg, thấp nhất là 16 mmHg, cao nhất là 24 mmHg. Nhãn thể thủy tinh cứng độ III có 26 mắt chiếm đa số (86,7%), độ IV có 1 mắt (3,3%), độ II có 3 mắt (10%). Đường kính trung bình của đồng tử sau khi tra thuốc giãn là 4,55 mm, trong đó có 26 mắt (86,7%) có đồng tử < 5 mm.

3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 1. Thị lực trước và sau mổ (n = 30)

Thị lực	Trước mổ		Sau mổ							
			Ngày đầu		1 tuần		1 tháng		3 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sáng tối (+) đến < đếm ngón tay 1m	8	26,7								
Đếm ngón tay 1m đến < 1/10	16	53,3	1	3,3						
1/10 đến < 3/10	6	20	4	13,4	1	3,3	1	3,3		
3/10 đến < 5/10			18	60,0	10	33,3	6	20,0	2	6,6
5/10 đến < 7/10			5	16,7	15	50,0	19	63,3	24	80,0
$\geq 7/10$			2	6,6	4	13,4	4	13,4	4	13,4

Trước mổ, 26 mắt (86,7%) có thị lực < 1/10. Ngày đầu sau mổ đã có 25 mắt (83%) có thị lực $\geq 3/10$, trong đó có 7 mắt (23%) đạt thị lực $\geq 5/10$. Từ sau mổ 1 tháng đến 3 tháng, số mắt có thị lực $\geq 5/10$ tăng dần và đạt 93,4% ở thời điểm 3 tháng, trong đó có 4 mắt (13,4%) có thị lực > 7/10.

Thị lực trung bình ở các thời điểm sau mổ 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng sau mổ lần lượt là: $0,37 \pm 0,25$; $0,55 \pm 0,2$; $0,59 \pm 0,17$ và $0,63 \pm 0,16$.

Bảng 2. Nhãn áp sau mổ (n = 30)

Nhãn áp	Nhãn áp trung bình (mmHg)	Mức hạ nhãn áp (mmHg)	Nhãn áp nhỏ nhất - lớn nhất (mmHg)
Trước mổ	$21,5 \pm 1,82$		18-24
Sau mổ 1 tuần	$20,4 \pm 1,53$	1,1	16-21
Sau mổ 1 tháng	$19,8 \pm 1,42$	1,7	16-21
Sau mổ 3 tháng	$19,5 \pm 1,56$	2,0	16-21

Nhãn áp sau mổ hạ thấp một cách đáng kể so với nhãn áp trước mổ. Ở thời điểm sau mổ 1 tuần, nhãn áp trung bình hạ được 1,1 mmHg, nhãn áp ổn định sau mổ 1 tháng. Nhãn áp sau mổ 3 tháng hạ so với trước mổ là 2,0 mmHg. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3. Các biến chứng trong phẫu thuật (n = 30)

Biến chứng	n	%
Rách bao trước	1	3,3
Rách bao sau, thoát dịch kính	2	6,7
Bong màng Descemet	1	3,3

Biến chứng trong mổ chỉ gặp rách bao trước ở 1 mắt (3,3%); rách bao sau và thoát dịch kính gặp ở 2 mắt (6,7%); bong màng Descemet gặp ở 1 mắt (3,3%).

Bảng 4. Các biến chứng sau phẫu thuật (n = 30)

Biến chứng		n	%
Tuần đầu sau mổ	Viêm giác mạc khĩa	5	16,7
	Viêm màng bồ đào	2	6,7
Sau mổ 3 tháng	Xơ hóa bao trước	1	3,3
	Đục bao sau	2	6,7

Biến chứng sớm hay gặp nhất 1 tuần đầu sau mổ: viêm khĩa giác mạc 5 mắt (16,7%), viêm màng bồ đào 2 mắt (6,7%). Biến chứng muộn sau mổ 3 tháng là xơ hóa bao trước 1 mắt (3,3%), đục bao sau 2 mắt (6,7%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả phẫu thuật

- Kết quả thị lực: phẫu thuật Phaco đặt thể thủy tinh nhân tạo trên mắt giả bong bao cho kết quả thị lực khá cao với 93,4% mắt có thị lực > 5/10 tại thời điểm theo dõi sau 3 tháng sau phẫu thuật. Thị lực trung bình ở các thời điểm sau mổ 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng lần lượt là $0,37 \pm 0,25$; $0,55 \pm 0,2$; $0,59 \pm 0,17$ và $0,63 \pm 0,16$. Nghiên cứu của Sarda V và cộng sự (2010) ở 52 mắt, kết quả thị lực đạt được sau phẫu thuật là LogMAR $0,06 \pm 0,2$, thời gian theo dõi trung bình là $1,4 \pm 1,3$ tháng [1]. Tăng thị lực sau phẫu thuật đục thể thủy tinh đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu [1], [2], [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ thị lực sau phẫu thuật được phát hiện tăng đáng kể so với trước phẫu thuật.

- Nhãn áp sau phẫu thuật: nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng giá trị nhãn áp sau phẫu thuật thấp hơn trước phẫu thuật đục thể thủy tinh bằng phương pháp Phaco [5], [6], [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các giá trị nhãn áp đo được sau phẫu thuật thấp hơn đáng kể so với giá trị nhãn áp trước phẫu thuật. Ở các thời điểm theo dõi đều thấy nhãn áp hạ thấp hơn so với trước mổ một cách có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Sarda V và cộng sự (2010) ở 52 mắt cho thấy, đục thể thủy tinh trên mắt có hội chứng giả bong bao có liên quan đến glôcôm góc mở hoặc tăng nhãn ở 21 mắt (40%) [1]. Theo Shingleton B.J và cộng sự (2008), sau phẫu thuật Phaco trên những mắt có hội chứng giả bong bao, nhãn áp đã hạ một cách đáng kể. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả nhãn áp sau mổ đã hạ 2 mmHg trong thời gian theo dõi 3 tháng. Kết quả nghiên cứu của các tác giả khác cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Đây là một lợi thế của phẫu thuật Phaco đối

với các mắt giả bong bao để phòng ngừa nguy cơ tăng nhãn áp áp về sau.

4.2. Các biến chứng trong và sau phẫu thuật

Biến chứng trong phẫu thuật

- Rách bao trước: các tác giả trên thế giới đưa ra những kết quả và nhận định về các biến chứng thường gặp trong phẫu thuật, nguyên nhân rách bao trước do: tiền phòng nông trong lúc xé bao làm cho đường xé có xu hướng ra ngoại biên, đặc biệt ở những mắt đục thể thủy tinh có hội chứng giả bong bao đồng tử giãn kém, ánh hồng đồng tử kém nên khi xé bao khó quan sát đường xé.

Để phòng tránh rách bao trước, nên hạ nhãn áp tốt trước phẫu thuật, bơm dịch nhầy làm sâu tiền phòng tốt trước khi xé bao trước. Trong lúc xé bao, nếu thấy tiền phòng nông cần bổ sung kịp thời dịch nhầy để làm sâu tiền phòng; trong trường hợp đường xé bao có xu hướng ra ngoại biên, cần tiến hành bơm dịch nhầy và xé bao đường mới theo chiều ngược lại.

Cách xử trí rách bao trước: tiến hành tách nước và xoay nhân nhẹ nhàng trong bao, Phaco chế nhân làm 4 phần, đưa từng mảnh nhân lên tiền phòng để tán nhuyễn, kết hợp bơm nhầy để bảo vệ nội mô, sử dụng dòng chảy thấp để làm giảm sức căng lên bao hạn chế vết rách bao rộng thêm [8], [9].

- Rách bao sau là một biến chứng hay gặp trong quá trình phẫu thuật, chúng tôi gặp ở 2 mắt: 1 mắt ở thì Phaco và 1 mắt ở thì rửa hút (I/A). Theo nghiên cứu của nhiều tác giả, nguyên nhân rách bao sau là do đường xé bao trước đã rách ra xích đạo nhưng không biết vẫn tiếp tục xé làm đường rách xuống bao sau. Trong thì Phaco, có thể đào rãnh nhân quá sâu làm xuyên thủng bao sau, hoặc đầu Phaco quá sát với bao trong quá trình tán nhuyễn cũng gây rách bao sau.

Phòng tránh rách bao sau: xé bao trước thành vòng tròn liên tục, kích thước vòng xé 5,5-6 mm đủ rộng để thực hiện các thao tác tiếp theo thực sự dễ dàng. Sử dụng áp

lực hút thấp, năng lượng siêu âm thấp giảm nguy cơ xẹp tiền phòng đột ngột. Không đào rãnh nhân quá sâu làm xuyên thủng bao sau. Trong trường hợp bao trước bị rách, khi tách và tán nhãn nhân cần tránh vị trí rách, đưa các mảnh nhân nhỏ lên tiền phòng bơm nhầy để bảo vệ nội mô giác mạc để tán nhãn thể thủy tinh.

Xử trí rách bao sau bằng cách bơm dịch nhầy dưới mảnh nhân thể thủy tinh để tách rời vào buồng dịch kính và bảo vệ nội mô giác mạc. Cắt sạch dịch kính qua đường rạch giác mạc bằng kỹ thuật cắt khô, mở rộng vết mổ và đẩy nhân ra bằng dịch nhầy. Khâu vết mổ để tránh thoát dịch kính nhiều hơn. Tiến hành hút chất thể thủy tinh bằng kỹ thuật hút khô [8], [9].

- Bong màng Descemet: màng Descemet là màng nền của nội mô giác mạc. Màng Descemet và nội mô giác mạc đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì độ trong của giác mạc. Bong màng Descemet là một biến chứng được biết đến rộng rãi và có khả năng đe dọa thị lực sau phẫu thuật đục thể thủy tinh. Phù giác mạc xuất hiện trên vùng Descemet và có thể xảy ra bệnh giác mạc bong nước nếu không được xử trí kịp thời. Việc tái tạo màng Descemet kịp thời có thể khôi phục độ trong của giác mạc ngay lập tức và ngăn ngừa tình trạng nhãn, cuộn, xơ hóa và sẹo của màng Descemet. Chúng tôi gặp 1 mắt và được phát hiện sau phẫu thuật 1 ngày bằng OCT bán phần trước.

Xử trí bong màng Descemet bằng kỹ thuật 4 bước. Đầu tiên, chọc thủy dịch được thực hiện ở phía đối diện của vị trí bong màng Descemet. Thứ hai, thủy dịch được đẩy ra từ vết rạch giác mạc chính trong phẫu thuật. Để đảm bảo dịch thủy dịch được đẩy ra hoàn toàn khỏi tiền phòng, giác mạc được áp vào móng mắt trong một khoảng thời gian ngắn. Phương pháp này sẽ ép hết dịch trong khoảng không giữa mô đệm và màng Descemet ra ngoài và đảm bảo màng Descemet bị bong ra trở lại vị trí giải phẫu ban đầu. Để ngăn ngừa tổn thương các tế bào nội mô giác mạc, quá trình áp giác mạc vào móng mắt được giới hạn trong thời gian ngắn là 3 giây. Thứ ba, từ vết chọc thủy dịch, khí vô trùng được bơm vào tiền phòng để duy trì tiền phòng chứa đầy khí và ép khí liên tục. Cuối cùng, ép khí được duy trì trong khoảng 20 phút, sau đó khoảng một phần ba khí được đẩy ra khỏi tiền phòng để tránh tăng nhãn áp sau thủ thuật [10].

Biến chứng sau phẫu thuật

- Viêm giác mạc khía chúng tôi gặp 5 mắt (16,7%), nguyên nhân do trong quá trình phẫu thuật, phẫu thuật viên sử dụng năng lượng siêu âm cao, đầu Phaco sát với mặt sau giác mạc. Các sang chấn cơ học như đầu Phaco, đầu rửa hút, mảnh nhân cứng chuyển động trong tiền phòng, năng lượng siêng âm làm tổn thương nội mô giác mạc.

Phòng biến chứng viêm giác mạc khía: tán nhãn những mảnh nhân thể thủy tinh ở trong bao và diện đồng tử. Trong trường hợp cần tán nhãn thể thủy tinh

ở tiền phòng thì sử dụng năng lượng siêu âm thấp, tốc độ dòng chảy thấp, bơm dịch nhầy vào tiền phòng để bảo vệ nội mô giác mạc, tránh các sang chấn vào nội mô giác mạc do đầu Phaco và các dụng cụ phẫu thuật gây nên.

Xử trí viêm giác mạc khía: điều trị nội khoa bằng kháng sinh, chống viêm, dinh dưỡng giác mạc, nước muối 5% tra nhỏ tại chỗ. Trong 5 mắt viêm giác mạc khía, chúng tôi điều trị nội khoa cho kết quả tốt, thị lực đạt > 5/10 sau mổ 3 tháng.

- Viêm màng bồ đào gặp ở 2 mắt (6,7%) với biểu hiện xuất tiết diện đồng tử đều gặp ở những mắt có can thiệp làm giãn đồng tử trong mổ. Các tác giả khác cũng cho rằng phản ứng viêm xuất tiết có liên quan chặt chẽ với hiện tượng đồng tử kém giãn do có những sang chấn và can thiệp trong phẫu thuật.

Phòng và xử trí biến chứng viêm màng bồ đào: cách tốt nhất để ngăn ngừa tình trạng viêm sau phẫu thuật là điều trị trước khi tình trạng này bắt đầu. Và đối với những bệnh nhân có nguy cơ, việc áp dụng biện pháp ức chế miễn dịch tại chỗ tích cực đã được chứng minh là mang lại kết quả tốt hơn. Vì vậy, phòng ngừa là rất quan trọng, cần khám kỹ tiền phòng để đánh giá và tiên lượng mức độ viêm. Chúng tôi dùng liệu pháp Corticoid nhỏ mắt được sử dụng 3 tuần sau phẫu thuật, bắt đầu từ 3 ngày trước phẫu thuật và vào ngày đầu sau phẫu thuật. Các trường hợp viêm màng bồ đào chúng tôi điều trị đều đáp ứng tốt và cho kết quả thị lực > 5/10 sau 3 tháng phẫu thuật [11], [12], [13].

- Xơ hóa bao trước và đục bao sau: đục bao sau là biến chứng thường gặp nhất sau khi phẫu thuật lấy thể thủy tinh đặt thể thủy tinh nhân tạo. Đục bao sau có thể ở dạng màng mỏng, hoặc hạt ngọc Elschnig hoặc vòng Soemmering. Viên bao trước có thể bị đục từ bên trong gây hẹp túi bao. Đục bao sau gây giảm thị lực và giảm độ nhạy tương phản. Đây là một trong những nguyên nhân phổ biến gây mất thị lực muộn sau phẫu thuật đục thể thủy tinh. Nghiên cứu của Rahul B và cộng sự (2010) trên 1005 mắt phẫu thuật Phaco, có 8 mắt (0,8%) đục bao sau [14]. Chúng tôi gặp 1 mắt (3,3%) xơ hóa bao trước, 2 mắt (6,7%) đục bao sau. Có thể cỡ mẫu của chúng tôi là 30 mắt nhỏ hơn nhiều so với cỡ mẫu của Rahul B và cộng sự.

Cách hạn chế đục bao sau: sau khi lấy nhân ra khỏi túi, phần vỏ còn lại được loại bỏ bằng cách rửa và hút kỹ lưỡng. Bao sau và vành bao trước được đánh bóng bằng đầu hút I/A với lực hút nhỏ, áp lực hút được cài đặt khoảng 20 mmHg. Điều này đảm bảo loại bỏ tất cả các tế bào còn sót lại ở dưới viên bao trước và mặt trên của bao sau. Các tế bào còn lại này có thể gây ra tình trạng đục bao sau hoặc viên bao trước do sự tăng sinh tế bào.

Xử trí đục bao sau: cắt bao bằng LASER Nd:YAG là phương pháp điều trị dứt điểm đục bao sau. Tuy nhiên, có những biến chứng hiếm gặp nhưng cần lưu ý của phẫu thuật cắt bao, bao gồm phù hoàng điểm dạng nang, bong võng mạc và tăng nhãn áp. Ngoài ra, cắt bao

bằng LASER Nd:YAG để điều trị đục bao sau làm tăng chỉ phí điều trị cho bệnh nhân [14].

5. KẾT LUẬN

- Nghiên cứu trên nhóm 30 bệnh nhân được mổ với kỹ thuật Phaco trên 30 mắt có hội chứng giả bong bao cho kết quả thị lực tốt với 93,4% đạt thị lực > 5/10. Nhãn áp sau mổ hạ được 2,0 mmHg, tránh được nguy cơ mắc bệnh glôcôm trên mắt có hội chứng giả bong bao.

- Những biến chứng trong nhóm nghiên cứu là: biến chứng trong phẫu thuật có rách bao trước (3,3%), xuất huyết tiền phòng (3,3%), rách bao sau và thoát dịch kính (6,7%), bong màng Descemet (3,3%); biến chứng sớm hay gặp nhất trong 1 tuần đầu sau mổ gồm viêm khía giác mạc (16,7%), viêm màng bồ đào (6,7%); biến chứng muộn sau mổ 3 tháng là xơ hóa bao trước (3,3%), đục bao sau (6,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Sarda V, Rohart C, Fajnkuchen F, Nghiem Buffet S, Strehlo M, Chaine G. Pseudoexfoliation syndrome and phacoemulsification: comparative study with a control population, 2010 [PubMed].
- [2] Farhoudi D.B, Behndig A, Mollazadegan K, Montan P, Lundstrom M, Kugelberg M. Spectacle use after routine cataract surgery and vision-related activity limitation. *Acta Ophthalmol*, 2018, 96: 582-5.
- [3] Toyama T, Ueta T, Yoshitani M, Sakata R, Numaga J. Visual acuity improvement after phacoemulsification cataract surgery in patients aged ≥ 90 years. *BMC Ophthalmol*, 2018, 18: 280.
- [4] Sarı E.S, Atakan M, Yazıcı A, Ermiş S.S. Diyabetik ve diyabetik olmayan gözlerde komplikasyonsuz katarakt cerrahis, 2016.
- [5] Lv H, Yang J, Liu Y, Jiang X, Liu Y, Zhang M et al. Changes of intraocular pressure after cataract surgery in myopic and emmetropic patients. *Medicine*, 2018, 97: e12023-e.
- [6] İsmi T, Yılmaz A. Effects of cataract surgery on intraocular pressure in patients with and without glaucoma. *TJO*, 2013, 43: 167-72.
- [7] Iancu R, Corbu C. Intraocular pressure after phacoemulsification in patients with uncontrolled primary open angle glaucoma. *J Med Life*, 2014, 7: 11-6.
- [8] Shingleton B.J, Bao Kim C Nguyen, Edward F Eagan, Karina Nagao. Ombined cataract and trabeculectomy surgery in eyes with pseudoexfoliation glaucoma, 2008. [PubMed].
- [9] Khare P, Tyagi M, Shrivastava M. Recurrent uveitis after phacoemulsification. *Indian J Clin Exp Ophthalmol*, 2018.
- [10] Nouri M, Penida R. Descemet membrane tear after cataract surgery, 2022. [PubMed].
- [11] Panvini A.R, Busingye J. Persistent inflammation after complex cataract surgery. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 2018.
- [12] Wong C.W, Wong E, Metselaar J.M, Storm G, Wong T.T. Liposomal drug delivery system for anti-inflammatory treatment after cataract surgery: A phase I/II clinical trial. *Drug Deliv Transl Res*, 2022.
- [13] Erichsen J.H, Forman J.L, Holm L.M, Kessel L. Effect of anti-inflammatory regimen on early postoperative inflammation after cataract surgery. *J Cataract Refract Surg*, 2021.
- [14] Rahul B, Meghana, Snehal N, Vasudeo K, Juilee K. Effect of anterior capsular polishing on the rate of posterior capsule opacification: A retrospective analytical study, 2010 [PubMed].