

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI NỐI THÔNG KẾT MẠC HỒ LỆ - MŨI PHỐI HỢP ĐẶT ỚNG STOPLOSS™ JONES

Ngô Văn Thắng^{1,✉}, Hà Huy Thiên Thanh¹, Nguyễn Quốc Anh¹

Nguyễn Văn Mạnh², Ngô Ngọc Bách³

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

²Bệnh viện Mắt Sông Cầu

³Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá kết quả phẫu thuật và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật. Đây là nghiên cứu can thiệp lâm sàng tiến cứu, từ tháng 07/2017 đến tháng 08/2021 tại Khoa Chấn thương Bệnh viện Mắt Trung ương trên 41 bệnh nhân (47 mắt), bị tắc hoàn toàn hai lệ quản. Trong đó có 18 nam; 23 nữ. Tuổi trung bình: $46,4 \pm 11,6$. 26/47 trường hợp do chấn thương; 21/47 trường hợp nguyên phát. Sau 12 tháng theo dõi: tỷ lệ thành công sau phẫu thuật đạt 91,5%. Nguyên nhân tắc lệ quản, chiều dài ống Jones và biến chứng lệch ống Jones sau phẫu thuật là những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật. Phẫu thuật nội soi nối thông kết mạc hồ lệ - mũi có tỷ lệ thành công cao, nhưng nhiều biến chứng sau phẫu thuật.

Từ khóa: Nối thông kết mạc hồ lệ - mũi, tắc hoàn toàn hai lệ quản.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc lệ quản ngang là bệnh lý thường gặp chiếm khoảng 16 - 25% tổng số các trường hợp bị chảy nước mắt do tắc nghẽn trên toàn hệ thống lệ đạo.¹ Bệnh tuy không gây nguy hiểm đến chức năng thị giác nhưng lại ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống và hoạt động giao tiếp của người bệnh. Năm 1962, Jones và cộng sự là người đầu tiên đưa ra chỉ định và qui trình phẫu thuật nối thông kết mạc túi lệ - mũi. Từ khi ra đời phẫu thuật đã được tiếp nhận trong điều trị tắc hoàn toàn hai lệ quản.²⁻⁴ Tuy nhiên phương pháp còn để lại rất nhiều hạn chế do biến chứng di lệch ống như: mất ống, trôi ống, lệch ống, chìm ống.⁵⁻⁸ Để khắc phục những hạn chế này, gần đây tập đoàn FCI (France Chirurgie Intrusments) có cho ra

thị trường một loại ống Jones cải tiến có tên là Stoploss™ Jones đã được một vài nghiên cứu ứng dụng cho một số trường hợp tắc hoàn toàn hai lệ quản. Kết quả bước đầu phẫu thuật thu được là rất khả quan.^{2,4,9,10} Để kịp thời đáp ứng với nhu cầu cần điều trị cho những bệnh nhân bị tắc hoàn toàn hai lệ quản ngang. Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: 1) Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi nối thông kết mạc hồ lệ - mũi phối hợp đặt ống Stoploss™ Jones. 2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng: Bệnh nhân được chẩn đoán tắc hoàn toàn hai lệ quản ngang và được phẫu thuật nội soi nối thông kết mạc hồ lệ - mũi phối hợp đặt ống Stoploss™ Jones tại khoa Chấn thương Mắt, Bệnh viện Mắt Trung ương từ 07/2017 đến 08/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên có đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán

Tác giả liên hệ: Ngô Văn Thắng

Bệnh viện Mắt Trung Ương

Email: thangoanh67@gmail.com

Ngày nhận: 02/03/2022

Ngày được chấp nhận: 29/03/2022

tắc hoàn toàn hai lệ quản do bất kỳ nguyên nhân nào, sau phẫu thuật nối thông túi lệ - mũi thất bại. Có khoang mũi đủ rộng để thao tác các kỹ thuật. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc bệnh nội khoa mạn tính, ảnh hưởng đến gây mê và phẫu thuật, đang viêm mũi xoang cấp. Bệnh nhân có khuyết mi dưới rộng, sẹo mi làm mất cấu trúc giải phẫu vùng hồ lệ - góc trong mắt. Bệnh nhân có các bệnh lý gây tăng tiết nước mắt: khô mắt, quặm mi, viêm loét giác mạc. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Can thiệp lâm sàng không đối chứng, tiến cứu.

Cỡ mẫu: thuận tiện, n = 47 mắt.

Phương tiện nghiên cứu: Máy nội soi Tai Mũi Họng và dụng cụ phẫu thuật nội soi; dụng cụ phẫu thuật mắt; bơm tiêm 3ml, kim tiêm 18 G; sonde Bowman; các thuốc gây tê, mê tĩnh

mạch, kháng sinh và co mạch tại chỗ.

Đánh giá kết quả

Đặc điểm bệnh nhân: tuổi (trung bình); giới (nam, nữ); nguyên nhân tắc lệ quản (nguyên phát, chấn thương). Vị trí tắc lệ quản: được chia làm 3 đoạn dựa vào khoảng cách được tính từ điểm lệ: 1/3 ngoài (đoạn ngoài): $\leq 3\text{mm}$; 1/3 giữa (đoạn giữa): $3\text{mm} < \text{đến} \leq 8\text{mm}$; 1/3 trong (đoạn xa): $> 8\text{mm}$. Khoảng cách đường giữa - cực lệ (mm): được đo từ bờ ngoài cực lệ nơi tiếp giáp với nếp bán nguyệt kẻ vuông góc với đường giữa trên sống mũi. Chiều dài ống Jones đã đặt (mm).

Kết quả phẫu thuật: Kết quả chức năng: mức độ cải thiện tình trạng chảy nước mắt (theo phân độ của Munk: hết chảy nước mắt (Munk = 0); đỡ chảy nước mắt (Munk = 1); không thay đổi (Munk ≥ 2). Kết quả giải phẫu: kết quả bơm nước ống Jones và sự xuất hiện của thuốc nhuộm Fluorescein 2% trong khoang mũi khi kiểm tra bằng nội soi (Jones I).

Bảng 1. Đánh giá kết quả chung của phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật	Kết quả chức năng	Kết quả giải phẫu
Tốt	Hết chảy nước mắt (phân độ Munk = 0)	Nước thoát xuống miệng + Jones I (+)
Trung bình	Đỡ chảy nước mắt (phân độ Munk = 1)	Nước thoát chậm + Jones I (+)
Kém	Chảy nước mắt không giảm hoặc tăng (phân độ Munk ≥ 2)	Nước không thoát + Jones I (-)

Phẫu thuật được coi là thành công ở mức độ tốt và trung bình, kém là thất bại.

Biến chứng trong phẫu thuật: Chảy máu trong phẫu thuật được chia thành các mức độ: Nhẹ (mức độ 1): chảy máu không làm ảnh hưởng đến phẫu trường; Trung bình (mức độ 2): chảy máu cần rửa hút ngắt quãng; Nặng

(mức độ 3): chảy máu ảnh hưởng đến thao tác phẫu thuật, phải rửa hút liên tục, đốt cầm máu. Những trường hợp chảy máu độ 3 được ghi nhận là có biến chứng chảy máu trong phẫu thuật. Biến chứng sau phẫu thuật: Mất ống: là lệch ống hoàn toàn khỏi đường hầm rơi ra ngoài, được xem là phẫu thuật thất bại. Lệch

ống: là lệch ống ra phía kết mạc hay lệch vào trong mũi (chìm ống), nếu chỉnh lại được tại phòng khám thì không xem là thất bại, nếu không chỉnh được tại phòng khám, phải can thiệp bằng phẫu thuật coi như thất bại.

Đánh giá sự hài lòng của người bệnh chia thành 2 mức độ: Hài lòng: hết chảy nước mắt, thoải mái trong sinh hoạt, không khó chịu trong mắt, tự tin trong giao tiếp, hết mặc cảm trong cuộc sống, không phải mang theo khăn lau nước mắt. Không hài lòng: kết quả không như mong đợi, vẫn chảy nước mắt, quá nhiều lần tái khám, nhiều biến chứng sau phẫu thuật, quá nhiều công việc để duy trì ống, thiếu tự tin trong

giao tiếp.

Một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật bao gồm: các yếu tố trước, trong và sau phẫu thuật như: nguyên nhân tắc lệ quản, những điều trị trước phẫu thuật, chiều dài ống Jones, biến chứng sau phẫu thuật.

Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y sinh học bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng Khoa học Bệnh viện Mắt Trung ương. Mọi người bệnh đều tự nguyện hợp tác trong nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho người bệnh, không nhằm mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 2. Khoảng cách đường giữa - cục lệ và chiều dài ống Jones

Nhóm nguyên nhân	Khoảng cách đường giữa - cục lệ và chiều dài ống Jones			
	Đường giữa - cục lệ	Chiều dài ống Jones	r	p
Nguyên phát	18,8 ± 1,0	19,4 ± 1,2	0,83	0,001
Chấn thương	19,8 ± 1,4	18,7 ± 2,2	0,63	0,009
Trung bình	19,2 ± 1,3	19,0 ± 1,8	0,72	0,001
p	0,026	0,19		

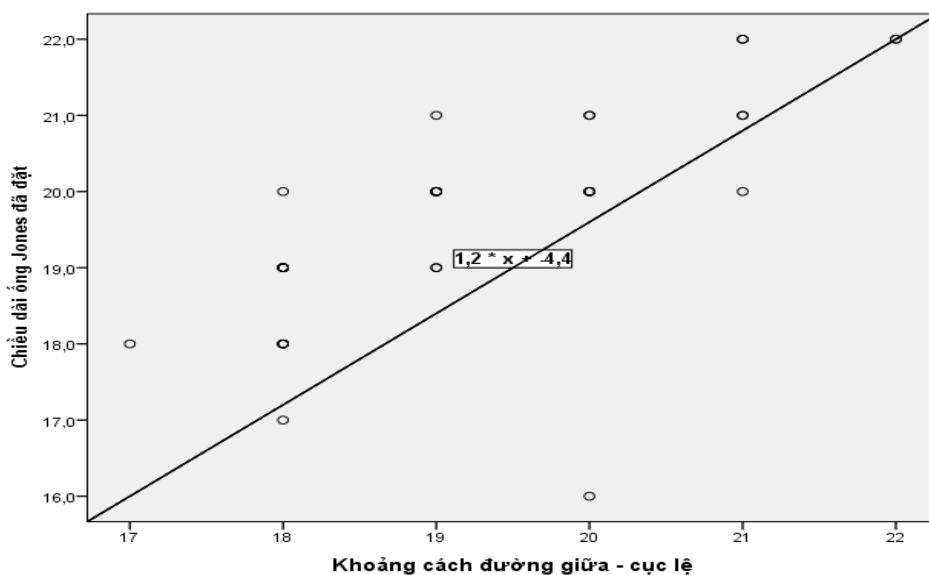
Kết quả nghiên cứu cho thấy 41 bệnh nhân gồm: 18 nam; 23 nữ, tỷ lệ nam/nữ: 1/1,3; tuổi trung bình: 46,4 ± 11,6 tuổi (24 - 74 tuổi). Nguyên nhân gây tắc lệ quản ở nam giới chỉ gặp do chấn thương (100%), nữ giới phần lớn là nguyên phát (65,2%). Nhóm nguyên nhân do chấn thương chiếm tỷ lệ 55,0% cao hơn nhóm nguyên phát (45,0%).

Vị trí tắc lệ quản trong nhóm nguyên phát chủ yếu thấy ở đoạn gần và giữa với tỷ lệ lần lượt là 57,1% và 38,1%, trong khi đó nhóm tắc lệ quản chấn thương chủ yếu lại thấy vị trí tắc lệ quản đoạn xa chiếm tới 73,1%.

Khoảng cách trung bình đường giữa - cục lệ nhóm tắc lệ quản nguyên phát là 18,8 ± 1,0mm; nhóm do chấn thương: 19,8 ± 1,4mm, trung bình cho cả hai nhóm là 19,2 ± 1,3mm.

Chiều dài trung bình ống Stoploss™ Jones đã đặt ở nhóm tắc lệ quản nguyên phát là 19,4 ± 1,2mm và nhóm chấn thương là: 18,7 ± 2,2mm, trung bình hai nhóm là 19,0 ± 1,8mm.

Có mối tương quan tuyến tính thuận chặt chẽ giữa khoảng cách đường giữa - cục lệ và chiều dài ống Stoploss™ Jones đã đặt với r = 0,72; p < 0,001.



Biểu đồ 1. Mối tương quan giữa khoảng cách đường giữa - cục lệ và chiều dài ống Stoploss™ Jones

2. Kết quả phẫu thuật

Kết quả về chức năng, giải phẫu và kết quả chung của phẫu thuật

Bảng 3. Kết quả về chức năng tại các thời điểm theo dõi

Tình trạng chảy nước mắt	Thời điểm									
	1 tuần		1 tháng		3 tháng		6 tháng		12 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hết chảy	18	38,3	21	44,7	23	48,9	25	53,2	28	59,6
Đỡ chảy	26	55,3	23	48,9	17	36,2	6	12,8	15	31,9
Không thay đổi	3	6,4	3	6,4	7	14,9	16	34,0	4	8,5
Tổng số	47	100	47	100	47	100	47	100	47	100

Tỷ lệ bệnh nhân hết chảy nước mắt sau phẫu thuật từ 38,3% sau 1 tuần phẫu thuật tăng lên 48,9% sau 3 tháng và đạt 59,6% ở thời điểm 12 tháng.

Bảng 4. Kết quả về bơm nước ống Jones và thử nghiệm Jones I tại các thời điểm theo dõi

Kết quả bơm nước ống Jones & Jones I	Thời điểm									
	1 tuần		1 tháng		3 tháng		6 tháng		12 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Thoát tốt & Jones I (+)	37	78,7	29	61,7	28	59,6	35	74,1	35	74,1
Thoát chậm & Jones I (+)	9	19,1	12	25,5	3	6,4	8	3,8	8	5,8

Kết quả bơm nước ống Jones & Jones I	Thời điểm									
	1 tuần		1 tháng		3 tháng		6 tháng		12 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Không thoát & Jones I (-)	1	2,1	6	12,8	16	34,0	4	5,1	4	5,1
Tổng số	47	100	47	100	47	100	47	100	47	100

Số mắt bơm nước thoát tốt và Jones I (+) từ 78,7% sau 1 tuần phẫu thuật xuống còn 59,6% sau 3 tháng rồi lại tăng lên 74,1% ở thời điểm 6 và 12 tháng.

Bảng 5. Kết quả chung của phẫu thuật tại các thời điểm theo dõi

Kết quả phẫu thuật		Thời điểm							
		1 tháng		3 tháng		6 tháng		12 tháng	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Thành công	Tốt	25	53,2	25	53,2	31	66,0	31	66,0
	Trung bình	17	36,2	5	10,6	12	25,5	12	25,5
	Tổng	42	89,4	30	63,8	43	91,5	43	91,5
Thất bại	Kém	5	10,6	17	36,2	4	9,5	4	9,5
Tổng cộng		47	100	47	100	47	100	47	100

Tại thời điểm 6 và 12 tháng tỷ lệ thành công phẫu thuật là 91,5%. Trong đó kết quả tốt đạt 66,0%.

Các biến chứng trong và sau phẫu thuật

Biến chứng trong phẫu thuật: không gặp trường hợp nào chảy máu quá mức (mức độ 3). Biến chứng sau phẫu thuật: 8/47 trường hợp u hạt góc trong; 12/47 trường hợp viêm kết mạc góc trong. Lệch ống Jones 19/47 trường hợp, lệch ống cần phải phẫu thuật lại có: 11/19 trường hợp; di lệch ống nhẹ có 8/19 trường hợp.

Mức độ hài lòng của người bệnh

Có 20/41 trường hợp (48,8%) hài lòng với kết quả điều trị. Tất cả các trường hợp hài lòng với kết quả điều trị đều có kết quả phẫu thuật thành công. 17/21 trường hợp (81,0%) không hài lòng với kết quả điều trị vì kết quả không như mong đợi và phải tái khám nhiều lần để chỉnh lại ống cho dù kết quả phẫu thuật đã thành công.

3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật

Bảng 6. Một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật tại thời điểm 12 tháng

Các yếu tố liên quan		Kết quả phẫu thuật				p
		Thành công		Thất bại		
		n	%	n	%	
Nguyên nhân tắc lệ quản	Nguyên phát	21	100	0	0,0	0,033
	Chấn thương	22	84,6	4	14,5	

Các yếu tố liên quan		Kết quả phẫu thuật				p
		Thành công		Thất bại		
		n	%	n	%	
Phẫu thuật nối thông kết mạc hồ lệ - mũi	Lần đầu	40	95,2	2	4,8	0,051
	Tái phát	3	60,0	2	40,0	
Chiều dài ống Jones	≤ 18mm	13	76,5	4	23,5	0,013
	> 18mm	30	100	0	0,0	
Viêm kết mạc góc trong	Có	12	100	0	0,0	0,560
	Không	31	88,6	4	11,4	
U hạt	Có	8	100	0	0,0	0,461
	Không	35	89,7	4	10,3	
Lệch ống Jones	Có	15	78,9	4	21,1	0,022
	Không	28	100	0	0,0	

Nguyên nhân tắc lệ quản, chiều dài ống Jones và biến chứng di lệch ống Jones sau phẫu thuật là có liên quan đến kết quả phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy 41 bệnh nhân gồm: 18 nam; 23 nữ, tỷ lệ nam/nữ = 1/1,3; tuổi trung bình: $46,4 \pm 11,6$ tuổi. Trong tổng số bệnh nhân bị tắc hoàn toàn hai lệ quản ngang thì nhóm nguyên nhân do chấn thương chiếm tỷ lệ 55,0% cao hơn so với nhóm nguyên phát (45,0%). Một điểm đặc biệt trong nghiên cứu là nhóm tắc lệ quản do chấn thương chỉ thấy ở nam giới với 100% các trường hợp, trong khi nữ giới chủ yếu gặp ở nhóm nguyên phát (65,2%). Một số nghiên cứu trên thế giới cũng cho kết quả tương tự như nghiên cứu của chúng tôi.^{2,9-11}

Nhóm tắc lệ quản nguyên phát có vị trí tắc chủ yếu thấy ở đoạn 1/3 ngoài và 1/3 giữa với tỷ lệ lần lượt là 57,1% và 38,1%, trong khi đó nhóm tắc lệ quản chấn thương chủ yếu lại thấy vị trí tắc lệ quản đoạn 1/3 trong chiếm tới

73,1%. Nghiên cứu của Fan và cộng sự (2008) cũng thấy phần lớn các trường hợp tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi.¹²

Khoảng cách trung bình đường giữa - cực lệ là $19,2 \pm 1,3$ mm và chiều dài trung bình ống Stoploss™ Jones đã đặt cho bệnh nhân là $19,0 \pm 1,8$ mm. Khi tìm hiểu về mối tương quan giữa chiều dài ống Jones đã đặt cho bệnh nhân với khoảng cách đường giữa cực lệ cho thấy: có mối tương quan tuyến tính thuận chặt chẽ giữa khoảng cách đường giữa - cực lệ và chiều dài ống Stoploss™ Jones với $r = 0,72$; $p < 0,001$. Nếu gọi D: là chiều dài khoảng cách đường giữa - cực lệ và Lj: là chiều dài ống Stoploss™ Jones đã đặt lần đầu cho bệnh nhân, thì phương trình hồi qui tương quan tuyến tính đường thẳng được viết như sau: $Lj(\text{mm}) = 1,2 \cdot D(\text{mm}) - 4,4(\text{mm})$ (với $r = 0,72$). Kết quả trên đây sẽ giúp các phẫu thuật viên chủ động lựa chọn ống Stoploss™ Jones trước phẫu thuật có kích thước chính xác với từng bệnh nhân.

Kết quả bơm nước ống Jones và thử nghiệm Jones I (+) sau phẫu thuật lúc ra viện có 78,1% số mắt nước thoát tốt và Jones I (+), tỷ lệ này

giảm dần theo thời gian còn 72,1% sau 12 tháng theo dõi. Trong khi đó, số mắt bơm nước ống Jones không thoát và thử nghiệm Jones I (-) xuất hiện ở 9,3% trường hợp. Kết quả này là tương tự như các nghiên cứu khác.^{2,3,9,10}

Sau phẫu thuật lúc ra viện có 38,3% trường hợp hết chảy nước mắt hoàn toàn, 55,3% đỡ chảy nước mắt. Tỷ lệ hết chảy nước mắt hoàn toàn tăng lên 53,2% vào thời điểm 6 tháng và 57,4% ở thời điểm 12 tháng. Trong khi đó

có 34% trường hợp xuất hiện chảy nước mắt nhiều trở lại vào thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật. Điều này gợi ý về tình trạng tắc ống dẫn lưu nước mắt sau phẫu thuật đã bắt đầu xuất hiện tương tự như trong nhiều nghiên cứu đã báo cáo.^{2,4}

Để tổng hợp so sánh kết quả phẫu thuật giữa các nghiên cứu với các phương pháp phẫu thuật khác nhau nhưng cùng đặt một loại ống Stoploss™ Jones trong điều trị tắc lệ quản ngang, chúng tôi tóm tắt lại trên bảng sau:

Bảng 7. So sánh kết quả điều trị tắc lệ quản giữa các nghiên cứu

Tác giả (năm, n)	Các chỉ số				
	Chỉ định	Phương pháp phẫu thuật	Vị trí đặt miệng ống Jones	Thời điểm đánh giá	Tỷ lệ thành công (%)
Bagdonaite L. (2015) ⁹ n = 25	- Lần đầu - Tái phát - Các nguyên nhân	Nội soi	Cục lệ	10 tháng	92,0
Timlin H.M. (2019) ¹⁰ n = 31	- Tái phát - Các nguyên nhân	Nội soi	Cục lệ	60 tháng	48,0
Guo Y. (2020) ² n = 12	- Lần đầu - Các nguyên nhân	Nội soi + Laser	Cục lệ	17,7 tháng	100
Hanh N.T.H (2018) ⁴ n = 27	- Lần đầu - Tái phát - Các nguyên nhân	Nội soi + Laser	Cục lệ	6 tháng	96,3
Thang N.V (2022) n = 47	- Lần đầu - Tái phát - Các nguyên nhân	Nội soi	Cùng đồ	12 tháng	91,5

Như vậy kết quả thành công trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với các tác giả trong và ngoài nước, dù bệnh nhân bị tắc lệ quản ngang do bất kỳ nguyên nhân nào và được phẫu thuật lần đầu hay tái phát.

Trong phẫu thuật không ghi nhận trường hợp nào chảy máu quá mức, nhưng lại có rất nhiều biến chứng xảy ra sau phẫu thuật và hầu hết xảy ra trong vòng 3 - 6 tháng đầu sau phẫu thuật và vẫn tiếp diễn xảy ra sau đó trong suốt cuộc đời còn lại. Đây là nguyên nhân chính gây thất bại phẫu thuật.^{11,13,14} U hạt góc trong là biến chứng khá thường gặp sau phẫu thuật chiếm 17,0%. Biến chứng này thường thấy trên những bệnh nhân có kết quả phẫu thuật kém, nguyên nhân là do đầu trên của ống kích thích kết mạc cùng với viêm làm tăng sinh tế bào kết mạc xung quanh miệng ống. Việc xử lý biến chứng u hạt rất đơn giản chỉ cần gây tê tại chỗ và cắt u hạt kết hợp tra thuốc kháng sinh và Steroid tại chỗ. Viêm kết mạc góc trong (25,5%) là do có sự thông thương giữa khoang mũi và kết mạc. Điều trị biến chứng viêm kết mạc góc trong bao gồm vệ sinh ống sạch sẽ và tra nhỏ tại chỗ kháng sinh phổ rộng và Steroid. Biến chứng di lệch ống Jones (40,4%) là biến chứng phổ biến nhất, gây thất bại sau phẫu thuật gặp ở hầu hết các nghiên cứu.^{2,9} Việc đặt lại ống, chỉnh lại ống, làm sạch ống là trong một khoảng thời gian dài không thể xác định.⁷ Tuy nhiên, nếu người bệnh được hướng dẫn cách phát hiện biến chứng lệch ống Jones sau phẫu thuật và đến khám lại sớm sẽ rất dễ dàng chỉnh được ngay tại phòng khám, tránh phải phẫu thuật lại.

Khi khảo sát về sự hài lòng của người bệnh có 48,8% trường hợp hài lòng với kết quả điều trị, không hài lòng chiếm khá cao 51,2%. Theo nhiều nghiên cứu đã báo cáo thì tỷ lệ người bệnh hài lòng với kết quả điều trị thường thấp hơn so với kết quả thành công của phẫu thuật và chính yếu tố biến chứng sau phẫu thuật đã làm cho người bệnh không thoả mãn với kết quả phẫu thuật.^{1,6,7}

Kết quả phẫu thuật cho thấy: 21/47 trường hợp tắc lệ quản nguyên phát đều đạt tỷ lệ thành công (100%), trong khi 26/47 trường hợp tắc

lệ quản do chấn thương chỉ có 22/47 trường hợp có kết quả thành công chiếm 84,6%. Lim C. (2004) cũng cho rằng dường như có một số mối liên quan giữa nguyên nhân tắc lệ quản với kết quả của phẫu thuật.⁷

Nghiên cứu còn thấy: những bệnh nhân được đặt ống Stoploss™ Jones có chiều dài $\leq 18\text{mm}$ có kết quả thành công là 76,5% thấp hơn so với những bệnh nhân được đặt ống Stoploss™ Jones có chiều dài $> 18\text{mm}$ là 100% ($p < 0,05$). Khi tìm hiểu về nguyên nhân thất bại của phẫu thuật, Park M.S. (2007) đưa ra kết luận nguyên nhân thất bại của phẫu thuật là do chiều dài ống quá ngắn, còn Schwacz R.M. (2007) nhận thấy ống có chiều dài lớn hơn sẽ giúp cố định ống vững chắc hơn. Chang M. (2015) cũng cho rằng: chiều dài ống đặt không phù hợp có thể là lý do chính dẫn đến phẫu thuật thất bại, vì vậy việc lựa chọn ống cần phải chú ý chặt chẽ.¹⁴⁻¹⁶

Biến chứng di lệch ống Jones xuống dưới và vào trong có sẹo xơ kết mạc bao phủ miệng trên ống (chìm ống) do bệnh nhân đến muộn là nguyên nhân thất bại của phẫu thuật, trong khi không gặp trường hợp thất bại nào trên những bệnh nhân khi không có biến chứng di lệch ống hoặc có nhưng được phát hiện sớm. Chang M. (2015) cho biết tỷ lệ thành công của phẫu thuật giảm dần tỷ lệ thuận với thời gian theo dõi và các nguyên nhân dẫn tới thất bại là giống nhau ở cả nhóm bệnh nhân phẫu thuật lần đầu và nhóm bệnh nhân được phẫu thuật lại.¹⁴

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi nối thông kết mạc hồ lệ - mũi vẫn là chuẩn vàng trong điều trị tắc hoàn toàn hai lệ quản, có tỷ lệ thành công cao nhưng nhiều biến chứng sau phẫu thuật. Nguyên nhân tắc lệ quản, chiều dài ống Jones, biến chứng di lệch ống Stoploss™ Jones sau phẫu thuật là những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật.

Việc hướng dẫn người bệnh biết cách phát hiện biến chứng di lệch ống Jones sau phẫu thuật và đến khám lại sớm là mấu chốt cho phẫu thuật thành công về lâu dài.

Lời cảm ơn và cam kết

Nhóm nghiên cứu xin trân trọng cảm ơn: Ban giám đốc, tập thể Khoa Chấn thương, Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Khoa Phẫu thuật Bệnh viện Mắt Trung ương, các anh chị đồng nghiệp và những người bệnh đã nhiệt tình ủng hộ chúng tôi thực hiện nghiên cứu này. Chúng tôi xin cam kết không xung đột lợi ích từ kết quả của nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Scawn R, Stewart K., Alsuhaibani A., Burkat C.N. Canalicular obstruction. *EyeWik*. 2021.
2. Guo Y., Rokoh A.C., Kroth K., Li S., Lin M. Endoscopy-guided diode laser-assisted transcaruncular StopLoss Jones tube implantation for canalicular obstructions in primary surgery. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol, Oculoplastics and Orbit*. 2020.
3. Scawn R.L., Verity D.H., Rose G.E. Can Lester Jones tubes be tolerated for decades? *Eye*. 2018;32:pp.142-145.
4. Nguyễn Thị Hồng Hạnh, Nguyễn Công Kiệt. Đánh giá kết quả phẫu thuật tiếp khẩu hò lệ mũi bằng Stoploss Jones tube trong điều trị tắc lệ quản ngang. *Tạp chí Y học T.P Hồ Chí Minh*. 2018;22(1):pp.44-49.
5. Ahn E.S., Dailey R.A, Radmall B. The effectiveness and long-term outcome of conjunctivodacryocystorhinostomy with Frosted Jones Tubes. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2017;33(4):pp.294-298.
6. Can I., Can B., Yarangumeli A., Gurbuz O., Tekelioglu M., Kural G. CDCR with buccal mucosal graft: comparative and histopathological study. *Ophthalmic Surg Lasers*. 1999;30:pp.98-104.
7. Lim C., Martin P., Bengner F.R. Lacrimal canalicular bypass surgery with the Lester Jones tube. *Ophthalmology*. 2004;137(1):pp.101-108.
8. Bagdonaite L., Pearson A.R. Twelve-year experience of Lester Jones tubes - results and comparison of 3 different tube types. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2015;31(5):pp.352-356.
9. Bagdonaite L., Pearson A.R. Early experience with the StopLoss Jones tube. *Orbit*. 2015;34(3):pp.132-136.
10. Timlin H.M., Jiang K., Mathewson P. Long-term outcomes of StopLoss Jones tubes for epiphora in patients with early or multiple loss of Lester Jones tubes. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2019;20(20):pp.1-3.
11. Sekhar G.C., Dortzbach R.K., Gonnering R.S., et al. Problems associated with onjunctivodacryocystorhinostomy. *Am J Ophthalmol*. 1991;112:pp.502-506.
12. Fan X., Bi X., Fu Y., et al. The use of Medpor coated tear drainage tube in onjunctivodacryocystorhinostomy. *Eye (Lond)*. 2008;22:pp.1148-1153.
13. Rosen N., Ashkenazi I., Rosner M. Patient dissatisfaction after functional successful conjunctivodacryocystorhinostomy with Jones tube. *Am J Ophthalmol*. 1994;117:pp.636-642.
14. Chang M., Lee H., Park M., Baek S. Long-term outcomes of endoscopic endonasal conjunctivodacryocystorhinostomy with Jones tube placement: A thirteen-year experience. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery*. 2015;43:pp.7-10.
15. Park M.S., Chi M.J., Baek S.H. Clinical study of endoscopic endonasal conjunctivodacryocystorhinostomy with Jones tube placement. *Ophthalmologica*. 2007;221:pp.36-40.
16. Schwarcz R.M., Lee S., Goldberg R.A., et al. Modified conjunctivodacryocystorhinostomy for upper lacrimal system obstruction. *Arch Facial Plast Surg*. 2007;9:pp.96-100.

Summary
OUTCOMES OF ENDOSCOPIC
CONJUNCTIVODACRYOCYSTORHINOSTOMY WITH
STOPLOSS™ JONES TUBE

The purpose of this study is to assess the outcomes of endoscopic conjunctivodacryocystorhinostomy with Stoploss™ Jones tube; factors affecting surgical success were also investigated. This was a prospective interventional study between July 2017 and August 2021 at the Eye Trauma Department of Vietnam National Eye Hospital enrolling 41 patients (47 eyes) with complete obstruction of both canaliculi. Among 41 patients (47 eyes), there were 18 males and 23 females with mean age of 46.6 ± 11.6 ; 26 cases had obstruction due to trauma, 21 cases had primary obstruction. After 12 months of follow-up, the success rate after the surgery was 91.5%. Causes of canalicular obstruction, Jones tube's length and complicated displacement of Jones tube after surgery are factors affecting the surgical outcomes. Endoscopic conjunctivodacryocystorhinostomy has a high success rate, but with ample of post-operative complications.

Keywords: Conjunctivodacryocystorhinostomy, complete bicanalicular obstruction.