

Chúc  
mừng  
năm  
mới

An  
khang  
thịnh  
vượng

Vạn  
sự  
như  
ý

# Tết

Xuân Tân Mão  
2011

## *Thư Chúc mừng năm mới* CỦA TỔNG BIÊN TẬP

Đón xuân Tân Mão, tôi chân thành gửi lời chúc sức khỏe, an khang, thịnh vượng và thành đạt đến các Hội viên, bác sĩ, kỹ thuật viên, các tác giả, cơ quan hợp tác tài trợ, bạn đọc thân thiết của Tạp chí Nhân khoa Việt Nam.

Năm 2010 đọng lại những cảm xúc tự hào về sự thành công của ngành y tế nói chung và ngành Nhân khoa nói riêng. Chương trình Quốc gia phòng chống mù lòa và chăm sóc mắt giai đoạn 2010-2013 đã bước đầu được thực hiện và đạt kết quả cao. Đại hội đại biểu toàn quốc Hội Nhân khoa Việt Nam nhiệm kì 2010 – 2015 nhân dịp kỉ niệm 50 năm ngày thành lập Hội nhân khoa Việt Nam và sự kiện Bệnh viện Mắt Trung ương đăng cai tổ chức hội thảo phòng chống mù lòa liên quốc gia khu vực Đông Nam Á lần thứ tám cũng được tổ chức thành công.

Những sự kiện, hoạt động và thành tựu của ngành đã được Tạp chí Nhân khoa Việt Nam cập nhật và phản ánh một cách trung thực. Hơn cả, Tạp chí Nhân khoa Việt Nam ngày càng xứng đáng là diễn đàn trao đổi kiến thức, kinh nghiệm giữa các hội viên, các y bác sĩ, kỹ thuật viên chuyên ngành Nhân khoa. Đây chính là kết quả của sự cố gắng đầy tâm huyết của các hội viên, đặc biệt là Ban Biên tập cùng Công ty cổ phần Xuất bản Trẻ. Năm 2011, tôi mong muốn và tin tưởng sự ủng hộ, xây dựng nhiều hơn nữa của quý vị, đặc biệt là sự đóng góp, xây dựng về bài vở để Tạp chí ngày càng trở thành một ấn phẩm đẹp, chất lượng cao và có ý nghĩa đối với tất cả bạn đọc trong cả nước.

Thay mặt Ban Biên tập, tôi xin chân thành cảm ơn sự đóng góp quý giá của các quý vị và mong muốn sự hợp tác của chúng ta ngày một tốt đẹp hơn.

Xin chúc toàn thể các quý vị và gia đình một năm mới an lành, hạnh phúc và thành đạt trong cuộc sống!

**Tổng biên tập Tạp chí**



**GS.TS. TÔN THỊ KIM THANH**



## ĐƠN VỊ HỢP TÁC



**Bệnh viện Mắt Trung ương**



**BỆNH VIỆN MẮT TP.HCM**

**Bệnh viện Mắt Tp. HCM**



**Bệnh viện Mắt Hà Nội**

**Bệnh viện Mắt Đà Nẵng**

**Bệnh viện Mắt Hải Phòng**



**XUẤT BẢN TRẺ**

**Công ty CP Xuất bản Trẻ**

**Giá: 22.000 đồng**

### TỔNG BIÊN TẬP

GS.TS. Tôn Thị Kim Thanh

### PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

GS.TS. Nguyễn Trọng Nhân

PGS.TS. Đỗ Như Hân

### HỘI ĐỒNG BIÊN TẬP

PGS.TS. Trần An

PGS.TS. Hoàng Thị Minh Châu

PGS.TS. Hoàng Ngọc Chương

TS. Nguyễn Chí Dũng

ThS. Hoàng Thị Hạnh

PGS.TS. Đỗ Như Hân

PGS. Hoàng Thị Lữ

PGS. Võ Quang Nghiêm

GS.TS. Nguyễn Trọng Nhân

PGS.TS. Hà Huy Tài

PGS.TS. Vũ Thị Thái

GS.TS. Tôn Thị Kim Thanh

TS. Trần Thị Phương Thu

TS. Phạm Trọng Văn

### BAN THƯ KÝ BIÊN TẬP CHUYÊN MÔN

PGS. TS. Hà Huy Tài

ThS. Phạm Thu Minh

ThS. Hoàng Cương

### TÒA SOẠN VÀ TRỊ SỰ

Nhà báo Đố Xuân Hồng

ThS. Họa sĩ Vũ Long

### TRÌNH BÀY

Công ty CP Xuất bản Trẻ

### TRỤ SỞ BAN BIÊN TẬP

Phòng Quản lý khoa học - Đào tạo

Bệnh viện Mắt Trung ương

Địa chỉ: 85 Bà Triệu - Hà Nội

Điện thoại: 04 - 3822 8956

Email: hoinhankhoavn@vnio.vn

Web: www.vnio.vn

### GIẤY PHÉP XUẤT BẢN

số: 261/GP - BVHTT ngày 5/11/2003

### Nơi nhận bài: Tạp chí Nhân khoa Việt Nam

Địa chỉ: Phòng Quản lý khoa học - Đào tạo

Bệnh viện Mắt Trung ương

Địa chỉ: 85 Bà Triệu - Hà Nội

Điện thoại: 04. 3822 8956

Email: [hoinhankhoavn@vnio.vn](mailto:hoinhankhoavn@vnio.vn)

[tcnhankhoavn@gmail.com](mailto:tcnhankhoavn@gmail.com)

Website: [www.vnio.vn](http://www.vnio.vn)

### Nơi tiếp nhận quảng cáo và phát hành

### Công ty Cổ phần Xuất bản Trẻ

Nhà số 4, Ngõ 250, đường Minh Khai,

quận Hai Bà Trưng, TP Hà Nội

Điện Thoại: 04.3557 5568 \*\* Fax: 04.35575569

Hotline: 0913 322 944

[quangcao@thaythuocvietnam.vn](mailto:quangcao@thaythuocvietnam.vn)

\* Đặt mua Tạp chí dài kì tại bưu cục gần nhất  
theo mã số **C975**

### Tài trợ chính





**NHÃN KHOA VIỆT NAM**

# Trong SỐ NÀY

## **I . NGHIÊN CỨU KHOA HỌC**

- Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch và yếu tố liên quan
- Đánh giá vai trò siêu âm trong chẩn đoán và điều trị vết thương xuyên nhãn cầu với phẫu thuật cắt dịch kính
- Kết quả bước đầu phẫu thuật cắt dịch kính không khâu 23g điều trị bong võng mạc
- Nghiên cứu hiệu quả của nhận diện mống mắt trong phẫu thuật lasik phi cầu ở người cận và loạn thị
- Đánh giá tỉ số quy tụ do điều tiết/điều tiết (AC/A) ở trẻ em độ tuổi đi học
- Kết quả điều trị mộng thịt nguyên phát bằng phẫu thuật ghép màng ối

## **II . DIỄN ĐÀN**

- Ngày xuân nói về bệnh đái tháo đường: giá trị của HbA1c trong việc kiểm soát bệnh đái tháo đường
- Báo cáo lâm sàng 3 trường hợp viêm củng mạc hoại tử sau mổ mộng
- Viêm giả u tổ chức hốc mắt
- Tiến triển nặng của thoái hoá hoàng điểm tuổi già và màng trước võng mạc sau phẫu thuật thủy tinh thể

## **III. THÔNG TIN NHÃN KHOA**

- Ngân hàng mắt

## **IV. TIN TỨC - SỰ KIỆN**

- Mục tiêu thanh toán bệnh mắt hột gây mù tại Việt Nam vào năm 2013

## **V. TIN CỦA CÁC TỔ CHỨC NGOS**

- Điểm tin sự kiện năm 2010

## **VI. VĂN HÓA XÃ HỘI**

- Hà Nội - Thăng Long
- Mùa xuân kì diệu mang tên Ma Lô

*Vũ Thị Kim Liên, Vũ Quang Dũng, Hoàng Mạnh Hùng* 5

*Nguyễn Diệu Thu, Nguyễn Thị Thu Yên* 11

*Phạm Thu Minh, Đỗ Như Hơn* 18

*Lâm Minh Vinh, Trần Hải Yến, Trần Thị Phương Thu* 26

*Nguyễn Đức Anh, Đinh Thị Kim Ánh* 33

*Nguyễn Thanh Hải, Phạm Như Vĩnh Tuyên, Nguyễn Quốc Việt* 40

*Vũ Thị Minh Thu, Hoàng Anh Tuấn* 45

*Phạm Thị Khánh Vân, Vũ Thị Tuệ Khanh, Lê Thị Ngọc Lan, Phạm Ngọc Đông, Hoàng Thị Minh Châu, Phạm Thu Lan* 47

*Trần Đức Đệ, Hoàng Cương* 52

*Hồ Xuân Hải* 56

*Phạm Ngọc Đông* 59

63

66

67

67





# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH HẮC VỒNG MẠC TRUNG TÂM THANH DỊCH VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Vũ Thị Kim Liên\*, Vũ Quang Dũng\*, Hoàng Mạnh Hùng\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm dịch tễ và lâm sàng bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch (HVMTTTD) và xác định các yếu tố nguy cơ liên quan.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, chọn mẫu liên tục trong thời gian nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân HVMTTTD điều trị tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên từ 1 - 12/2009 và số liệu hồi cứu từ hồ sơ bệnh án trong năm 2007 - 2008.

**Kết quả:** Nghiên cứu trên 52 bệnh nhân (BN) nam gặp nhiều hơn nữ (73,1% nam; 26,9% nữ), tuổi trung bình là 42,6. Bệnh gặp chủ yếu ở một mắt (mắt phải: 43,3%; mắt trái: 46,2%), dưới 50 tuổi dễ có nguy cơ bị cả hai mắt ( $p < 0,05$ ). Thị lực nhập viện thường ở mức 3/10 đến 7/10 (38,5%). Thời gian nhập viện tập trung nhiều vào tháng 10, 11, 12 và 4, 5, 6. 28,8% số BN nhập viện lần 2 và 7,7% nhập viện lần 3. Triệu chứng thường gặp: ám điểm trung tâm (78,8%) và phù võng mạc trung tâm (71,2%). Triệu chứng nhìn vật biến dạng gặp nhiều hơn ở lần nhập viện đầu tiên ( $p < 0,01$ ). BN có thị lực thấp thường mất ánh trung tâm hoàng điểm ( $p < 0,05$ ). Cao huyết áp (11,5%) và dạ dày (11,5%) là bệnh phối hợp thường gặp.

**Kết luận:** HVMTTTD thường gặp ở tuổi trung niên, có xu hướng bị cả hai mắt ở tuổi dưới 50, hay tái phát, thường gặp đầu mùa đông và hè, triệu chứng nhìn vật biến dạng thường thấy ở lần đầu bị bệnh.

**Từ khoá:** Bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh HVMTTTD (Central serous chorio-retinopathy) được biết đến từ lâu với nhiều tên gọi khác nhau như: viêm võng mạc trung tâm tái phát, viêm võng mạc trung tâm, viêm HVMTTTD, bong võng mạc det nguyên phát vùng hoàng điểm và bệnh võng mạc trung tâm thanh dịch. Bệnh ảnh hưởng cả võng mạc và hắc mạc nên thuật ngữ dùng hiện nay là bệnh HVMTTTD. Biểu hiện đặc trưng của bệnh là xuất hiện một bọt thanh dịch ở dưới lớp võng mạc cảm thụ. Thanh dịch này được rò rỉ từ mao mạch hắc mạc do sự biến đổi hàng rào hoặc các chức năng bơm ở biểu mô sắc tố võng mạc [1].

Bệnh gặp chủ yếu ở giới nam, độ tuổi từ 20 đến 55 [9] với tần suất gặp ở nữ nhiều hơn từ 6 đến 10 lần, người châu Á gặp nhiều hơn người châu Âu và châu Mỹ.

Bệnh HVMTTTD cấp tính thường tự khỏi và thị lực hồi phục tốt. Tuy nhiên, bệnh hay tái phát tiến triển thành mạn tính gây ra những thay đổi ở võng mạc làm giảm thị lực vĩnh viễn. BN đã bị bệnh HVMTTTD 1 lần có nguy cơ tái phát khoảng 40 - 50% ở chính mắt đã bị bệnh [9]. Sinh bệnh học của bệnh chưa được hiểu biết nhiều [3]. Bệnh biểu hiện lâm sàng bằng triệu chứng nhìn mờ, có ám điểm trung tâm, rối loạn sắc giác, nhìn hình biến dạng, thích ứng sáng tối giảm sút, hoàng điểm sẫm màu và có bọt thanh dịch dưới võng mạc vùng hoàng điểm. Hiện nay, chưa có thuốc

\*BỘ MÔN MẮT, TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÁI NGUYÊN

đặc hiệu để điều trị bệnh HVMTTTD, chủ yếu điều trị nội khoa bằng thuốc để giảm triệu chứng và laser đáy mắt khi có chỉ định.

Đã có nhiều công trình nghiên cứu hồi cứu xác định một số yếu tố nguy cơ cho bệnh này như: giới nam, stress, người type A, dùng Corticoide và phụ nữ có thai [5, 6, 7, 8]. Gần đây, một số nghiên cứu ca bệnh cũng đã chỉ ra rằng, bệnh cao huyết áp và nhiễm Helicobacter pylori cũng có liên quan tới bệnh này [4, 10]. Một nghiên cứu bệnh chứng về các yếu tố nguy cơ với bệnh HVMTTTD đã chỉ ra việc dùng kháng sinh, uống rượu, không điều trị cao huyết áp, các bệnh hô hấp dị ứng cũng là những yếu tố nguy cơ của bệnh [8].

Tại Việt Nam, công trình nghiên cứu về đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng bệnh HVMTTTD tại Bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh cũng đã chỉ ra các yếu tố nguy cơ [2].

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này tại khoa Mắt, Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên với mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm dịch tễ và lâm sàng bệnh HVMTTTD.*

2. *Xác định các yếu tố nguy cơ có liên quan.*

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP**

### **1. Đối tượng nghiên cứu**

Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu:

- Tất cả các BN được chẩn đoán bệnh HVMTTTD điều trị tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái

Nguyên từ tháng 1 - 12/2009 và thu thập thêm số liệu nghiên cứu từ hồ sơ bệnh án những BN được chẩn đoán bệnh HVMTTTD điều trị tại khoa trong năm 2007 và 2008.

- Loại trừ những BN có bệnh khác ở mắt kèm theo như đục thể thủy tinh, sẹo giác mạc, viêm màng bồ đào, thoái hoá hoàng điểm tuổi già.

### **2. Phương pháp nghiên cứu**

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang và hồi cứu, chọn mẫu liên tục trong khoảng thời gian nghiên cứu.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm dịch tễ: tuổi, giới, dân tộc, nghề nghiệp, thời gian vào viện.

+ Đặc điểm lâm sàng: thị lực vào viện, ám điểm, nhìn vật biến dạng, ánh hoàng điểm, tình trạng võng mạc.

+ Bệnh toàn thân có liên quan.

- Phương tiện nghiên cứu: bảng thị lực, sinh hiển vi khám, kính Volk, đèn soi đáy mắt, bảng lưới Amsler, thuốc giãn đồng tử và bệnh án nghiên cứu hồi cứu.

- Thu thập số liệu: gồm 2 phần chính

+ Khám lâm sàng: khai thác đặc điểm dịch tễ, thử thị lực, khám bán phần trước, soi đáy mắt cho những BN nghiên cứu trong năm 2009.

+ Thu thập thông tin hồi cứu bệnh án trong năm 2007 và 2008, điền đầy đủ thông tin vào bệnh án nghiên cứu.

- Phương pháp xử lý số liệu: theo phần mềm SPSS 16.0.

## **III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**

### **1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân**

*Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo giới và mắt bị bệnh*

<b>Giới \ Mắt bệnh</b>	<b>MP</b>	<b>MT</b>	<b>2M</b>	<b>Tổng số BN</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
Nam	16	18	4	38	73,1
Nữ	6	6	2	14	26,9
Tổng số	22	24	6	52	
<b>Tỉ lệ (%)</b>	42,3	46,2	11,5		100

Nghiên cứu trên 52 BN thấy tỉ lệ BN nam cao hơn BN nữ. Số BN nam chiếm 73,1% trong khi nữ chỉ chiếm 26,9%. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả khác [3]. Nghiên cứu

cũng thấy rằng, chủ yếu BN bị bệnh ở một mắt (mắt phải: 43,3%, mắt trái: 46,2%). Số BN bị cả hai mắt ít (chiếm 11,5%). Không có sự khác biệt về mắt bị bệnh giữa giới nam và nữ.

**Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi và giới**

Số BN Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng số	
	BN	Tỉ lệ (%)	BN	Tỉ lệ (%)	BN	Tỉ lệ (%)
Dưới 30	1	2,6	0	0	1	1,9
30 đến dưới 40	10	26,3	9	64,3	19	36,5
40 đến dưới 50	20	52,6	5	35,7	25	48,1
50 đến dưới 60	4	10,5	0	0	4	7,7
Trên 60	3	7,9	0	0	3	5,8
<b>Tổng số</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

p < 0,05

BN nghiên cứu có độ tuổi từ 27 đến 63. Tuổi trung bình mắc bệnh là  $42,6 \pm 8,4$ . Bệnh gặp nhiều ở nhóm tuổi từ 40 đến dưới 50 (48,1%), tiếp theo là nhóm tuổi từ 30 đến dưới 40 (36,5%). Số BN dưới 30 tuổi và trên 60 tuổi chiếm tỉ lệ thấp. Nghiên cứu đã tìm ra có mối tương quan trung bình giữa nhóm tuổi và giới với  $p < 0,05$  (test Pearson correlation: -0,312). BN nữ chỉ gặp ở lứa tuổi dưới 50. Kết quả nghiên cứu khác [12] cũng chỉ ra rằng, bệnh hay gặp ở lứa tuổi trung niên từ 30 đến 50 tuổi, nam bị nhiều hơn nữ.

**Bảng 3. Phân bố theo nhóm tuổi và mắt bị bệnh**

Nhóm tuổi mắc bệnh	Mắt bị bệnh	MP	MT	2M	P < 0,05
	n				
Dưới 30	n	0	0	1	
	%	0	0	16,7	
Từ 30 đến dưới 40	n	6	10	3	
	%	27,3	41,7	50	
Từ 40 đến dưới 50	n	11	12	2	
	%	50	50	33,3	
Từ 50 đến dưới 60	n	3	1	0	
	%	13,6	4,2	0	
Trên 60 tuổi	n	2	1	0	
	%	9,1	4,2	0	
Tổng số	n	22	24	6	
<b>Tỉ lệ</b>	<b>%</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

Kết quả nghiên cứu thấy rằng có mối tương quan trung bình giữa nhóm tuổi và mắt bị bệnh với  $p < 0,05$  (test Pearson correlation: -0,323). BN tuổi dưới 50 tuổi có nguy cơ bị bệnh cả hai mắt cao hơn so với những BN trên 50 tuổi.

**Bảng 4. Phân bố mức độ thị lực khi vào viện**

Mức thị lực	Số BN	Tỉ lệ (%)
$\geq 10/10$	7	13,5
$7/10 = < \rightarrow < 10/10$	12	23,1
$3/10 = < \rightarrow < 7/10$	20	38,5
$< 3/10$	13	25
<b>Tổng số</b>	<b>52</b>	<b>100</b>



Trong số các trường hợp mắc bệnh nhập viện, đa số BN có thị lực giảm ở mức độ từ 3/10 đến dưới 7/10 (chiếm 38,5%); 23,1% BN có thị lực ở mức từ 7/10 đến dưới 10/10. Số BN có thị lực tốt trên 10/10 chiếm 13,5%.

**2. Các yếu tố nguy cơ**

**2.1. Thời điểm nhập viện**

**Bảng 5. Phân bố thời gian nhập viện**

Thời gian	Số BN	n	Tỉ lệ (%)
Tháng 1, 2, 3		9	17,3
Tháng 4, 5, 6		17	32,7
Tháng 7, 8, 9		5	9,6
Tháng 10, 11, 12		21	40,4
<b>Tổng số</b>		52	100

Số BN nhập viện tập trung nhiều vào các tháng 10, 11, 12 và các tháng 4, 5, 6 lần lượt chiếm tỉ lệ 40,4% và 32,7%. Đây là khoảng thời gian đầu mùa đông và đầu hè khi thời tiết chuyển mùa số lượng BN có biểu hiện bệnh tăng hơn với các tháng khác trong năm.

**2.2. Số lần nhập viện điều trị**

Trong thời gian nghiên cứu, có 33 BN (63,5%) vào viện 1 lần và 28,8% số BN nhập viện lần 2,7;

7% BN nhập viện lần 3, không có BN nào nhập viện trên 3 lần. Theo các thống kê khác [1], bệnh này hay tái phát, tỉ lệ tái phát là 30% trong vòng 2 năm. Mặc dù khoảng thời gian nghiên cứu ngắn nhưng thấy số BN nhập viện lần 2 và 3 chiếm một tỉ lệ tương đối. Tuy nhiên, nghiên cứu này còn hạn chế về thời gian, chưa theo dõi được cụ thể thời gian tái phát bệnh của mỗi BN và tỉ lệ tái phát.

**2.3. Các triệu chứng lâm sàng**

**Bảng 6. Triệu chứng lâm sàng chính**

Triệu chứng LS	Có		Không		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Ám điểm	41	78,8	11	21,2	52	100
Nhìn hình biến dạng	29	55,8	23	44,2	52	100
Phù võng mạc trung tâm	37	71,2	15	28,8	52	100
Xuất tiết võng mạc	31	59,6	21	40,4	52	100
Ánh trung tâm hoàng điểm	22	42,3	30	57,7	52	100

Các triệu chứng chính thường gặp trong bệnh này bao gồm ám điểm, nhìn hình biến dạng, phù võng mạc trung tâm, xuất tiết võng mạc và ánh trung tâm hoàng điểm nhòe hoặc mất. Trong nghiên cứu này, 78,8% BN có ám điểm trung tâm, nhìn thấy quầng đen trước mắt và 71,2% BN có phù võng mạc trung tâm.

**Bảng 7. Liên quan giữa số lần vào viện và triệu chứng nhìn vật biến dạng**

Số lần vào viện	Nhìn hình biến dạng		Không		p < 0,01
	Có	Không	Có	Không	
	n	%	n	%	
Lần thứ nhất	13	48,8	20	87,0	
Lần thứ hai	12	41,4	3	13,0	
Lần thứ ba	4	13,8	0	28,8	
<b>Tổng số</b>	29		23		

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 1 mối tương quan trung bình giữa số lần nhập viện và dấu hiệu nhìn vật biến dạng. Dấu hiệu nhìn vật biến dạng gặp nhiều hơn ở lần nhập viện đầu tiên có ý nghĩa với  $p < 0,01$  (test Pearson correlation: -0,439)

Nghiên cứu thấy rằng, có mối tương quan giữa thị lực khi vào viện và ánh trung tâm hoàng điểm (test Pearson correlation: 0,289). Với BN có thị lực thấp khi nhập viện, ánh trung tâm hoàng điểm mất, với BN nhập viện có mức thị lực tốt thường còn ánh trung tâm hoàng điểm.

**2.4. Các yếu tố toàn thân liên quan**

**Bảng 8. Bệnh toàn thân phối hợp**

Bệnh kèm theo	Số BN	Tỉ lệ
Cao huyết áp	6	11,5
Viêm loét dạ dày	6	11,5
Khác	8	15,4
Không có bệnh kèm theo	32	61,5
<b>Tổng số</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

Trong nghiên cứu này, số lượng BN mắc các bệnh toàn thân phối hợp chiếm tỉ lệ không nhiều. Hai bệnh phối hợp thường gặp là cao huyết áp (11,5%) và dạ dày (11,5%). Nghiên cứu của Cotticelli (2006) cũng tìm thấy mối liên quan giữa nhiễm *Helicobacter pylori* với bệnh HVMTTTD. Tác giả khác (Tittl, 1999) cũng nhận thấy bệnh cao huyết áp cũng góp phần làm phát bệnh này. 61,5% số BN mắc bệnh HVMTTTD trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh toàn thân kèm theo. Mặc dù theo kết quả nghiên cứu của Haimovici (2004) về các yếu tố nguy cơ với bệnh HVMTTTD, họ đã tìm ra bệnh tiểu đường và dùng steroid toàn thân, phụ nữ có thai và uống rượu là các yếu tố nguy cơ với bệnh. Do số lượng BN trong nghiên cứu này

chưa đủ lớn và khoảng 2/3 số liệu thu thập được từ bệnh án hồi cứu cho nên việc khai thác các yếu tố nguy cơ khác như hút thuốc, uống rượu chưa được đầy đủ.

**IV. KẾT LUẬN**

Nghiên cứu trên 52 BN điều trị bệnh HVMTTTD tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên trong thời gian 2007 - 2009 đã tìm hiểu được đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của BN, đồng thời cũng thấy một số yếu tố liên quan mặc dù số lượng BN không nhiều và việc thu thập số liệu hồi cứu từ bệnh án cũ còn chưa đầy đủ với một số yếu tố nguy cơ. Kết quả nghiên cứu thấy rằng:

- Tỉ lệ BN nam mắc bệnh nhiều hơn BN nữ (73,1% nam; 26,9% nữ).
- Bệnh chủ yếu ở một mắt (mắt phải: 43,3%; mắt trái: 46,2%). BN dưới 50 tuổi có nguy cơ bị bệnh cả hai mắt ( $p < 0,05$  test Pearson).
- Tuổi mắc bệnh trung bình là 42,6, bệnh gặp nhiều ở nhóm tuổi từ 40 đến dưới 50 (48,1%). BN nữ gặp nhiều ở tuổi dưới 50 ( $p < 0,05$  test Pearson).
- BN nhập viện thị lực giảm chủ yếu ở mức độ 3/10 đến dưới 7/10 (38,5%).
- Thời gian nhập viện tập trung nhiều vào các tháng 10, 11, 12 và các tháng 4, 5, 6 khi thời tiết chuyển mùa đông và hè.
- Có 28,8% số BN nhập viện lần 2 và 7,7% BN nhập viện lần 3.
- Triệu chứng lâm sàng gặp nhiều: ám điểm trung tâm (78,8%) và phù võng mạc trung tâm (71,2%). Triệu chứng nhìn vật biến dạng gặp nhiều hơn ở lần nhập viện đầu tiên. BN có thị lực thấp ánh trung tâm hoàng điểm thường mất. Cao huyết áp (11,5%) và dạ dày (11,5%) là bệnh phối hợp thường gặp.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. “Hắc võng mạc trung tâm thanh dịch” [Online] từ trang web <http://www.benhhoc.com/post/872/>.
2. VÕ QUANG MINH, TRẦN NGỌC KHẮC LINH (2006): “Khảo sát đặc điểm dịch tễ học và triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch tại bệnh viện mắt thành

phố Hồ Chí Minh”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 10, tr 74-76.

3. BENNETT, G, 1995: “Central serous retinopathy”, *Br J ophthalmology*, vol. 39, pp. 605-18.

4. COTTICELLI. L et al, 2006: “Central serous chorioretinopathy and Helicobacter pylori”, *Eur J Ophthalmol*, vol. 16 (2), pp. 274-8.

5. HAIMOVIC R, et al, 2004: “Risk factor for Central Serous Chorioretinopathy”, *The American Academy of Ophthalmology*, vol. 111, pp. 244-249.

6. LEVY J, et al, 2005, “Central serous chorioretinopathy in patients receiving systemic corticosteroid therapy”. *Can j Ophthalmol*, vol. 40, pp. 217-221.

7. LOPA Y.G; MICHAEL F.M, 1995,

“Electrophysiology of the retinal pigment epithelium in central serous chorioretinopathy”, *Documenta Ophthalmologica*, vol. 91, no. 2, pp. 101-107.

8. MARMOR, M. 1997, “On the cause of serous detachments and acute central serous chorioretinopathy”, *Br J Ophthalmol*, vol. 81, pp. 812-3.

9. KEAN T.OH, 2007: “Chorioretinopathy, Central Serous” [Online] Emedicine specialities, ophthalmology, retina. Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/1227025-overview>, Accessed: 10 October 2009.

10. TITTL, M.K, SPAIDE, R.F, WONG, D et al. 1999: “Systemic findings associate with central serous chorioretinopathy”, *Am J Ophthalmol*, vol. 128, pp. 63-68.

---

## SUMMARY

### STUDYING CLINICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS IN PATIENS WITH CENTRAL SEROUS CHORIORETINOPATHY

**Purposes:** *To describe the clinical characteristics and risk factors in patients with central serous chorioretinopathy (CSCR).*

**Design:** *A descriptive study of 52 consecutive patients with central serous chorioretinopathy treated in Thai Nguyen General hospital from 2007 to 2009.*

**Results:** *CSCR was most common in male than in female (73.1% male; 26.9% female). A mean age was 42.6 years. CSCR presented mostly in one eye (OD: 43.3%; OS: 46,2%), under 50 years easily had CSCR in both eyes ( $p < 0.05$ ). Visual acuity at the time hospitalized commonly was 3/10 to 7/10. Time admitted to hospital focused on October, November, December and April, May, June. 28.8% and 7.7% of CSCR patients were admitted to hospital at the second and third time. The common symptoms were positive scotoma (78.8%) and serous retinal detachment (71.2%). Metamorphopsia was likely to present at the first time hospitalized ( $p < 0.01$ ). Hypertension and stomachache were common systematic diseases in CSCR patients.*

**Conclusion:** *CSCR is common in middle age, under 50 years easily have disease in both eyes; likely to relapse, occurring often in early winter and summer; metamorphopsia is likely to present at the beginning.*

---



# ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG XUYÊN NHÃN CẦU VỚI PHẪU THUẬT CẮT DỊCH KÍNH

Nguyễn Diệu Thu\*, Nguyễn Thị Thu Yên\*

## TÓM TẮT

**Mục đích:** Đánh giá mức độ chính xác của chẩn đoán siêu âm trước mổ trên những mắt đục các môi trường trong suốt sau vết thương xuyên nhãn cầu (VTXNC) và vai trò của siêu âm trong kết quả phẫu thuật cắt dịch kính điều trị VTXNC.

**Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu 50 mắt bị VTXNC (có bong võng mạc và/hoặc dị vật nội nhãn) và bị đục các môi trường trong suốt cần phải phẫu thuật cắt dịch kính qua pars plana. Đối chiếu những tổn thương phát hiện trong lúc mổ và chẩn đoán siêu âm trước mổ. Nhận xét chẩn đoán siêu âm ảnh hưởng với mức độ nào đến kết quả của phẫu thuật.

**Kết quả:** 84% bệnh nhân (BN) được siêu âm trước mổ chẩn đoán chính xác, trong đó bong võng mạc có tỉ lệ đúng 100%, dị vật nội nhãn tỉ lệ đúng 79,5%. Sau mổ, mắt có kết quả thị lực tốt: 24%, trung bình: 24%, xấu: 52%. Kết quả giải phẫu tốt: 42%, trung bình: 26%, xấu: 32%. Bong võng mạc là yếu tố nguy cơ của kết quả phẫu thuật kém. Siêu âm trước phẫu thuật có giá trị trong chẩn đoán và tiên lượng kết quả sau mổ nhưng không ảnh hưởng đến kết quả tốt xấu của mắt phẫu thuật.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

VTXNC là một chấn thương nặng của mắt có thể gây tổn hại không hồi phục về mặt giải phẫu và chức năng của mắt. Nhiều BN bị đục môi trường trong suốt như sẹo giác mạc, xuất huyết tiền phòng, đục thể thủy tinh, xuất huyết dịch kính... làm cho việc đánh giá các tổn thương khó khăn. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào siêu âm, Xquang, chụp CT scan hay cộng hưởng từ. Khám nghiệm siêu âm A và B rất phổ biến, nhanh, rẻ tiền và ít gây hại. Nhưng khả năng bỏ sót tổn thương có thể xảy ra. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm hai mục tiêu sau:

1. Đánh giá phù hợp giữa chẩn đoán siêu âm và lâm sàng trong VTXNC.

2. Nhận xét vai trò của siêu âm trong kết quả phẫu thuật cắt dịch kính điều trị VTXNC.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

50 trường hợp (50 mắt) bị VTXNC nằm điều trị tại khoa Chấn thương, Bệnh viện Mắt TƯ từ tháng 9/2007 - 6/2008 có các đặc điểm sau:

- Môi trường trong suốt (giác mạc, thủy dịch, thể thủy tinh, dịch kính) bị đục.

- Siêu âm A và B được làm sau khi đã khâu phục hồi vết rách giác, củng mạc hoặc rách giác.

\*Bệnh viện Mắt Trung ương

- BN được cắt dịch kính qua pars plana điều trị bong võng mạc hoặc/và dị vật nội nhãn.

- Có điều kiện theo dõi trong quá trình tiến hành đề tài.

**2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.1. Hỏi bệnh**

**2.2. Khám lâm sàng**

- Khám toàn thân.

- Xét nghiệm chức năng: đo thị lực, nhãn áp (không làm nếu vỡ nhãn cầu).

- Khám phát hiện các tổn thương nhãn cầu: giác củng mạc, tiền phòng, mống mắt, đồng tử, thể thủy tinh, dịch kính, võng mạc.

**2.3. Khám cận lâm sàng**

- Siêu âm A, B: Đánh giá tình trạng dịch kính, võng mạc.

- Chụp Xquang mắt thường và đặt khu trú

Baltin nếu nghi ngờ có dị vật.

- Điện võng mạc.

- CT Scan.

**2.4. Phẫu thuật cắt dịch kính qua pars plana theo đúng quy trình của Bộ Y tế**

**2.5 Đánh giá kết quả nghiên cứu**

• *Mức độ phù hợp giữa chẩn đoán siêu âm và lâm sàng*

- Thống kê những trường hợp chẩn đoán siêu âm giống với chẩn đoán lâm sàng trong lúc mổ cắt dịch kính qua pars plana.

- Tính tỉ lệ % chẩn đoán đúng của siêu âm dựa trên các kết quả thu thập được.

• *Vai trò của siêu âm trong phẫu thuật cắt dịch kính điều trị VTXNC*

- Kết quả giải phẫu.

Chúng tôi đánh giá giải phẫu dựa trên ba mức độ tùy theo tình trạng dịch kính, võng mạc.

**Bảng 1. Kết quả giải phẫu sau cắt dịch kính qua pars plana**

Mức độ	Tình trạng dịch kính, võng mạc
Tốt	Dịch kính trong, soi rõ đáy mắt từ trước xích đạo đến võng mạc trung tâm, võng mạc áp
Trung bình	Dịch kính đục khu trú, đáy mắt soi rõ qua những vùng dịch kính còn trong và vùng trung tâm, võng mạc áp
Xấu	Dịch kính tổ chức hóa toàn bộ, đáy mắt không soi rõ được hoặc bong võng mạc, teo nhãn cầu

- Kết quả thị lực: Thị lực của BN (có chỉnh kính) trước và sau mổ được đánh giá theo WHO 1993. Thị lực của BN được coi là tốt khi từ mức 2 trở lên, kém khi từ mức 5 trở xuống.

**Bảng 2. Kết quả thị lực**

Mức độ	Thị lực
1	1 đến bằng 0,5
2	< 0,5 đến bằng 0,2
3	< 0,2 đến bằng 0,05 (đếm ngón tay 3m)
4	< 0,05 đến bằng 0,02 (đếm ngón tay 1m)
5	< 0,02 đến phân biệt sáng tối ST(+)
6	không phân biệt được sáng tối ST(-)

- Kết quả nhãn áp (đo bằng nhãn áp kế Maclakóp).

- + Nhãn áp thấp: dưới 14mmHg.
- + Nhãn áp bình thường: từ 14 - 25mmHg.
- + Nhãn áp cao: trên 25mmHg.

- Các biến chứng trong và sau phẫu thuật

+ Trong phẫu thuật: Cho dịch truyền vào dưới võng mạc, chạm dụng cụ vào thể thủy tinh gây đục thể thủy tinh, xuất huyết nội nhãn, rách võng mạc.

+ Sau phẫu thuật: tăng nhãn áp, bong võng mạc, xuất huyết tiền phòng, dịch kính, tổ chức hóa

dịch kính, nếp gấp màng Descemet, viêm màng bồ đào, viêm nội nhãn, teo nhãn cầu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 1. Đặc điểm BN

84% BN thuộc lứa tuổi lao động (16 - 45) với đa số là nam giới (100%), độ tuổi trung bình là  $29,92 \pm 11,27$ .

Trong nhóm nghiên cứu, tai nạn lao động chiếm 68%. 68% chấn thương do mảnh kim loại gây ra và rách giác mạc là tổn thương thường gặp nhất (64%).

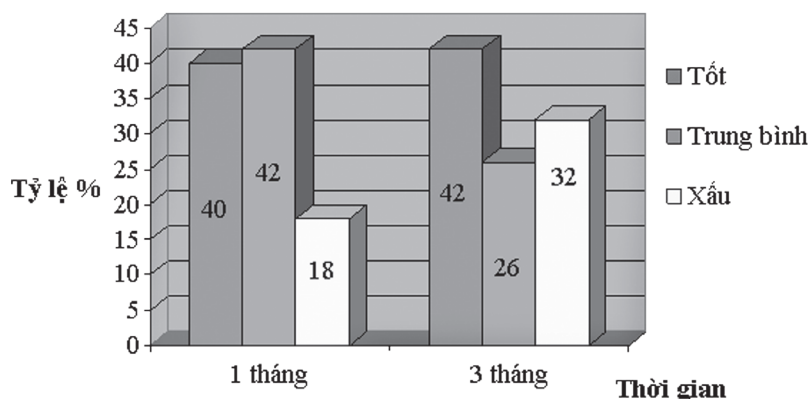
#### 2. Kết quả thị lực

Bảng 3. Thị lực trước và sau phẫu thuật

Thời gian \ Thị lực	Số BN		ST(+) - < 0,02		0,02 - < 0,05		0,05 - < 0,2		0,2 - < 0,5		≥ 0,5	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Trước mổ	0	0	37	74	1	2	5	10	3	6	4	8
1 tuần	3	6	39	78	1	2	5	10	0	0	2	4
2 tuần	4	8	31	62	5	10	7	14	0	0	3	6
1 tháng	5	10	23	46	4	8	9	18	4	8	5	10
3 tháng	6	12	20	40	2	4	10	20	5	10	7	14

Trước mổ chỉ có 14% mắt có thị lực từ 0,2 trở lên, sau khi phẫu thuật ở thời điểm 3 tháng đã tăng lên 24%.

#### 3. Kết quả giải phẫu



Biểu đồ 1. Phân bố kết quả giải phẫu theo thời gian

#### 4. Kết quả nhãn áp

Nhãn áp sau theo dõi 3 tháng: bình thường (68%), thấp (30%), cao (2%).

Những trường hợp nhãn áp thấp là những mắt teo nhãn cầu hoặc bong võng mạc.



**5. Biến chứng trong phẫu thuật**

Biến chứng hay gặp nhất là rách võng mạc chiếm 20%, tiếp đến là xuất huyết dịch kính chiếm 8%, chạm vào thể thủy tinh chiếm 2%. Điều này cũng ảnh hưởng tới kết quả giải phẫu và chức năng của mắt sau phẫu thuật.

**6. Biến chứng sau phẫu thuật**

Trong 2 tuần đầu tiên sau phẫu thuật biến chứng hay gặp nhất là phù giác mạc, bong võng mạc. Sau 1 tháng và 3 tháng gặp nhiều nhất là mất teo nhãn cầu và mất chức năng.

**7. Mức độ phù hợp giữa chẩn đoán siêu âm và lâm sàng trong VTXNC**

*Bảng 4. Đối chiếu giữa tổn thương trên siêu âm trước mổ với tổn thương phát hiện trong dịch kích - võng mạc*

Tổn thương khi phẫu thuật	Chẩn đoán siêu âm				Tỉ lệ chẩn đoán đúng (%)
	Bong VM	Dị vật DK	Dị vật VM	Không có DVNN	
Bong võng mạc	15				100
Dị vật dịch kính		12	0	0	100
Dị vật võng mạc		1	19	7	70,4

**8. Vai trò của siêu âm trong kết quả phẫu thuật cắt dịch kính**

**8.1. Kết quả về thị lực**

Sau phẫu thuật 3 tháng, có 12 mắt có thị lực tốt (từ 0,2 trở lên). 75% trong số này được siêu âm trước mổ chẩn đoán đúng.

Trong số 12 BN có mức thị lực trung bình (0,02 - <0,2), siêu âm chẩn đoán đúng trong 75% trường hợp.

Trong số 26 BN có mức thị lực kém (<0,02), siêu âm chẩn đoán đúng trong 92,3% trường hợp.

**8.2. Kết quả về giải phẫu**

Thống kê ở thời điểm kết thúc nghiên cứu có 21/50 mắt (42%) tình trạng giải phẫu dịch kính võng mạc sau mổ tốt, trong số này 76,2% trường hợp siêu âm chẩn đoán đúng trước mổ, 23,8% trường hợp siêu âm chẩn đoán không đúng.

Trong số 13 BN có kết quả trung bình thì 12 BN được siêu âm chẩn đoán đúng (92,3%), 1 BN được chẩn đoán sai (7,7%).

Trong số 16 mắt kết quả giải phẫu xấu thì tỉ lệ siêu âm chẩn đoán đúng là 87,5%, sai là 12,5%.

Nguy cơ tương đối của kết quả phẫu thuật kém là tình trạng bong võng mạc.

*Bảng 5. Yếu tố nguy cơ đối với kết quả thị lực kém và giải phẫu xấu*

Yếu tố nguy cơ		Bong võng mạc	Dị vật nội nhãn
Thị lực kém	%	11/15 (73,3%)	17/39 (43,6%)
	RR	1,71	0,53
	p	0,0314	0,0064
Giải phẫu xấu	%	8/15 (53,3%)	8/39 (20,5%)
	RR	2,33	0,28
	p	0,0313	0,0005

## IV. BÀN LUẬN

### 1. Mức độ phù hợp giữa chẩn đoán siêu âm và lâm sàng

Trong nghiên cứu này 100% trường hợp bong võng mạc được phát hiện trên siêu âm B trước mổ và được kiểm chứng bằng phẫu thuật cắt dịch kính qua pars plana nhìn thấy vùng võng mạc bong. Siêu âm B chẩn đoán bong võng mạc có tỉ lệ đúng cao trong các nghiên cứu khác như của Rubsamen (100%), Gundrova (78,15%).

Đối với dị vật nội nhãn, nếu dị vật nằm trong buồng dịch kính, siêu âm phát hiện đúng 100%. Nếu dị vật cắm vào hắc võng mạc, siêu âm chẩn đoán chính xác 70,4%, trong đó siêu âm định vị nhầm dị vật nằm trên võng mạc thành dị vật nằm trong dịch kính trong 1 trường hợp và 7 trường hợp khác siêu âm không phát hiện được có dị vật nội nhãn. Những ca không phát hiện được dị vật có thể do dị vật nhỏ kèm theo xuất huyết dịch kính dày đặc và/hoặc bong võng mạc là những yếu tố gây nhiễu. Một nguyên nhân khác có thể xảy ra là do lát cắt của siêu âm không cắt qua vùng có dị vật. Tất cả những trường hợp siêu âm chẩn đoán không chính xác trước mổ đều được hỗ trợ bởi Xquang, khi cần thiết có thể chụp CT Scanner.

### 2. Vai trò của siêu âm trong kết quả phẫu thuật cắt dịch kính

#### 2.1. Kết quả thị lực

Trong số 48% trường hợp (24 mắt) có kết quả thị lực từ 0,02 trở lên ( $\geq$  ĐNT 1m), có 75% trường hợp siêu âm chẩn đoán đúng trước phẫu thuật.

Trong số 52% trường hợp (26 mắt) có kết quả thị lực dưới 0,02, có 92,3% siêu âm chẩn đoán đúng.

Tỉ lệ mắt được chẩn đoán đúng trước mổ bằng siêu âm là cao nhưng tỉ lệ này trên từng nhóm kết quả thị lực tốt, trung bình, xấu là khác nhau, không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Như vậy, mặc dù siêu âm cung cấp nhiều thông tin có giá trị trước mổ nhưng không phải tất cả các phẫu thuật đều thành công về mặt kết quả thị lực. Nguyên nhân dẫn đến thất bại của phẫu thuật cắt dịch kính trong điều trị VTXNC là:

- Mắt có sẹo giác mạc trung tâm do vết thương xuyên.
- Không thể trải phẳng được võng mạc do kẹt võng mạc ở vết khâu củng mạc hoặc tăng sinh dịch kính - võng mạc trầm trọng.
- Rách, bong võng mạc do vết thương xuyên hay do biến chứng phẫu thuật.
- Mắt có dị vật nội nhãn điện võng mạc giảm sút hoặc tiêu hủy.
- Mắt phải phẫu thuật nhiều lần.
- Viêm nội nhãn sau VTXNC.

#### 2.2. Kết quả giải phẫu

Trong 42% mắt (21 mắt) kết quả giải phẫu dịch kính võng mạc tốt, siêu âm chẩn đoán đúng 16 mắt (76,2%). Trong số 26% kết quả trung bình (13 mắt) siêu âm chỉ chẩn đoán sai 1 mắt (khu trú nhầm vị trí dị vật). Trong số 32% BN kết quả giải phẫu xấu (16 mắt) có 14 mắt đã được chẩn đoán đúng bằng siêu âm trước mổ cắt dịch kính, chiếm 87,5%.

Như vậy, kết quả về giải phẫu không phụ thuộc vào việc siêu âm trước mổ chẩn đoán đúng hay sai.

#### 2.3. Nguy cơ tương đối của kết quả giải phẫu kém

Trong y văn, bong võng mạc là một bệnh nặng. Bong võng mạc xảy ra trên BN có vết thương xuyên lại càng mang tính chất trầm trọng do tổn thương không chỉ ở võng mạc mà còn ở nhiều cấu trúc nội nhãn khác.

Tác giả Nguyễn Thị Thu Yên đã so sánh kết quả giải phẫu và thị lực sau mổ cắt dịch kính qua pars plana điều trị VTXNC trên 2 nhóm BN bong võng mạc và không bong võng mạc. Tỉ lệ thành công về giải phẫu ở nhóm bong võng mạc thấp hơn (54,7%) so với nhóm không bong võng mạc

(75,6%). Tỷ lệ mắt có thị lực từ 0,02 trở lên trong nhóm bong võng mạc chỉ chiếm 35,2%, ít hơn nhiều so với nhóm không bong võng mạc (63,8%). Yếu tố nguy cơ của kết quả thị lực kém và giải phẫu xấu sau phẫu thuật là bong võng mạc với RR= 1,71 và 2,33.

Nghiên cứu của Rubsamen trên 46 BN cắt dịch kính qua pars plana điều trị VTXNC cũng thấy rằng, có 26 BN bong võng mạc thì sau mổ 17 BN kết quả thị lực kém  $\leq 5/200$ . Nguy cơ tương đối của bong võng mạc liên quan đến thị lực kém sau mổ là 2,62 với  $p = 0,0065$ . Tác giả cho rằng, kết quả thị lực kém dường như liên quan với đặc thù giải phẫu, đặc biệt bong võng mạc, rách củng mạc sau, xuất huyết hắc mạc và dưới võng mạc. Sử dụng siêu âm, những đặc thù giải phẫu này có thể được xác định chính xác trước phẫu thuật, thậm chí trên những mắt không quan sát được bán phần sau do đục các môi trường trong suốt. Tiên lượng về thời gian mổ, thị lực, kết quả phẫu thuật có thể dự đoán một phần nhờ siêu âm trước mổ.

Dị vật nội nhãn không phải là yếu tố nguy cơ của kết quả phẫu thuật kém. Trong số BN bị dị vật nội nhãn, chỉ có 20,5% BN có kết quả giải phẫu xấu, 43,6% BN có kết quả thị lực kém. Kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thu Yên cũng cho thấy, thành công về giải phẫu và thị lực giữa mắt có dị vật nội nhãn và không có dị vật nội nhãn là gần tương đương nhau. Thành công về giải phẫu ở nhóm có dị vật là 71,7%, nhóm không có dị vật là 71,5%. Thị lực từ 0,02 trở lên ở nhóm có dị vật nội nhãn là 56,9%, nhóm không có dị vật nội nhãn là 61,2%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ĐỖ NHƯ HƠN (1996), “Nghiên cứu cắt dịch kính trong phẫu thuật điều trị bong võng mạc”. *Luận án tiến sĩ khoa học Y - Dược*, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. TRẦN THỊ THANH HỒNG, LÊ MINH THÔNG (2003), “Đánh giá vai trò của siêu âm và X - Quang trong chẩn đoán dị vật nội nhãn bán phần sau”, *Y học TP Hồ Chí Minh*, Hội nghị KHKT lần thứ 20, tập 7, số 1, tr.30 - 34.

## V. KẾT LUẬN

### 1. Mức độ phù hợp giữa chẩn đoán siêu âm và lâm sàng trong VTXNC

- 84% BN bong võng mạc và dị vật nội nhãn trong nghiên cứu được chẩn đoán đúng bằng siêu âm B trước phẫu thuật cắt dịch kính qua pars plana.

- Xét riêng về mức độ phù hợp của siêu âm lâm sàng trên từng tổn thương:

+ Bong võng mạc: 100% siêu âm chẩn đoán đúng trước mổ cắt dịch kính.

+ Dị vật nội nhãn: 79,5% trường hợp dị vật nội nhãn được siêu âm phát hiện trước mổ, trong đó:

Nếu dị vật nằm trong buồng dịch kính: 100% được chẩn đoán đúng bằng siêu âm B.

Nếu dị vật cắm hắc võng mạc: 70,4% mắt được chẩn đoán đúng.

### 2. Vai trò của siêu âm trong kết quả phẫu thuật cắt dịch kính điều trị VTXNC

Siêu âm trước phẫu thuật có giá trị trong chẩn đoán và định vị dị vật nội nhãn nhất là dị vật không cản quang, xác định tình trạng bong võng mạc và những tổn thương khác kèm theo trên mắt bị VTXNC mà các môi trường trong suốt bị đục, không thể quan sát với mắt bình thường được.

Những phát hiện của siêu âm góp phần tiên lượng kết quả về giải phẫu và chức năng của mắt được phẫu thuật. Siêu âm trước mổ trả lời cho câu hỏi: có hay không có bong võng mạc, có hay không có dị vật nội nhãn, góp phần giúp các nhà nhãn khoa quyết định mổ hay không, phương pháp mổ, thời điểm can thiệp, các phương tiện cần có và phương tiện của phẫu thuật.



3. NGUYỄN THỊ THU YÊN (2004), “Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật cắt dịch kính trong điều trị vết thương xuyên nhãn cầu”, *Luận án tiến sỹ Y học*, Trường Đại học Y Hà Nội.

4. RAHMAN I, MAINO A, DEVADASON D AND LEATHERBARROW B (2006), “Open globe injuries: factors predictive of poor outcome”, *Eye*, 20, pp1336-1341.

5. RUBSAMEN P.E, COUSINS S. W, WINWARD K.E. et al (1994), “Diagnostic ultrasound and pars plana vitrectomy in

penetrating ocular trauma”, *Ophthalmology*, 101, pp 809-814.

6. WANI VB, AL-AMJ M, THALIB L, AZAD RV, ABUL M, AL -GHANIM M, SABI K (2003), “Vitreotomy for posterior segment intraocular foreign bodies: visual results and prognostic factors”, *Retina* 23 (5), pp 654-660.

7. ГУНДОРОВА Р.А., БЫКОВ В.П., СЕРЕЖУН И.Н.(1985), “Опричинах возникновения отслойки сетчатки последствиях травм глаза”, *Вестник Офтальмологии*, (2), стр.37-41.

---

## SUMMARY

### ROLES OF ULTRASOUND IN EYES WITH PENETRATING INJURIES

**Objectives:** *To evaluating the accuracy of ultrasound in the eyes with media opacity after penetrating eye injuries.*

**Methods:** *A prospective study to compare preoperative ultrasound and intraoperative findings in 50 eyes undergoing pars plana vitrectomy.*

**Results:** *Data show significant ultrasound in terms of sensitivity for exploring severely traumatized eye balls. The good treating outcome comes up to 68% anatomical success while visual success is at 48%. The patients with poor vision are those with retinal detachment confirmed using ultrasound.*

**Conclusion:** *Ultrasound is a safe and accurate imaging method which can reveal obscured lesions in eyes with opacity media, especially after penetrating injuries.*

---

# KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT CẮT DỊCH KÍNH KHÔNG KHÂU VỚI HỆ THỐNG 23G ĐIỀU TRỊ BONG VỠNG MẠC

Phạm Thu Minh\*, Đỗ Như Hân\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả và độ an toàn của phẫu thuật cắt dịch kính với hệ thống 23G không khâu điều trị bong võng mạc (BVM).

**Đối tượng và phương pháp:** 24 mắt/24 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán BVM có vết rách, tăng sinh dịch kính võng mạc các giai đoạn A, B, C. Thiết kế nghiên cứu tiến cứu thử nghiệm lâm sàng tự đối chứng.

**Phương pháp phẫu thuật:** Dùng dao troca sắc có bọc canula tạo đường hầm trong chiều dày củng mạc, tiến hành cắt dịch kính, trao đổi khí dịch làm võng mạc áp trở lại. Kết thúc phẫu thuật, rút các canula vết thương tự liền không khâu.

**Kết quả:** Nghiên cứu gồm có 8 BN nam (33,3%) và 16 BN nữ (66,7%). Tuổi trung bình của BN là  $57,33 \pm 11,33$ . Vết thương kín phẳng trong ngày đầu sau mổ chiếm 83,7% và liền tốt sau 1 tuần. Tỷ lệ thành công về mặt giải phẫu là 87,5%. Biến chứng trong phẫu thuật ít gặp và thường không ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

**Kết luận:** Phẫu thuật cắt dịch kính không khâu sử dụng hệ thống 23G là phương pháp điều trị có hiệu quả tốt với các trường hợp BVM có rách võng mạc hậu cực, lỗ hoàng điểm tăng sinh dịch kính - võng mạc ở giai đoạn A, B và C1.

**Từ khóa:** Cắt dịch kính không khâu, cắt dịch kính 23Gause.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

BVM là một bệnh nặng trong nhãn khoa, là một trong những nguyên nhân gây giảm thị lực trầm trọng và có thể mù loà nhưng nếu được phát hiện và điều trị kịp thời thì khả năng hồi phục thị lực là rất khả quan. Từ những năm 1970s, phẫu thuật cắt dịch kính đã mở ra một trang mới cho sự phát triển kỹ thuật vi phẫu tạo nên bước nhảy vọt của ngành nhãn khoa. Tuy nhiên, với hệ thống dụng cụ 20G được sử dụng trong một thời gian dài còn bộc lộ một số

nhược điểm, dễ kẹt dịch kính, võng mạc trong quá trình phẫu thuật do đường mổ rộng, chấn thương phẫu thuật nhiều. Mặt khác, nhu cầu được điều trị của BN ngày càng tăng cả về số lượng và chất lượng. Cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật nói chung và ngành nhãn khoa nói riêng, phẫu thuật này ngày càng tiến bộ. Kích thước của các dụng cụ phẫu thuật cũng ngày càng được cải tiến, kích thước của các dụng cụ đưa vào nội nhãn chỉ còn 23G và 25G mở ra một thời kì mới cho phẫu thuật dịch kính với đường vào rất nhỏ đi xuyên qua kết mạc - củng

\*Bệnh viện Mắt Trung ương

mạc (không cần mở kết mạc) và không cần khâu đóng mép mổ sau khi kết thúc phẫu thuật. Phẫu thuật này có nhiều ưu thế do làm giảm thiểu chấn thương phẫu thuật, giảm viêm, giảm đau sau mổ và thời gian phục hồi nhanh hơn [1], [7].

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm 2 mục tiêu:

1. *Đánh giá kết quả của phẫu thuật cắt dịch kính với dụng cụ 23G điều trị BVM.*

2. *Nhận xét những ưu nhược điểm và độ an toàn của phẫu thuật 23G.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng

Gồm 24 mắt của 24 BN được chẩn đoán BVM có vết rách được điều trị tại khoa Chấn thương, Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 06/2009 đến tháng 05/2010.

#### *Tiêu chuẩn lựa chọn*

- Các trường hợp BVM nguyên phát có vết rách võng mạc nằm trên cung giờ 4h - 8h phía trên, tăng sinh dịch kính võng mạc giai đoạn A, B, C. Các trường hợp này bao gồm: BVM do co kéo dịch kính, BVM kèm theo xuất huyết dịch kính, BVM có rách hậu cực, BVM có lỗ hoàng điểm.

- BN đồng ý tham gia nghiên cứu và tuân thủ điều trị.

#### *Tiêu chuẩn loại trừ*

- BN đang có các viêm nhiễm cấp tính ở mắt như: viêm màng bồ đào, viêm kết mạc...

- BN đã được phẫu thuật tại mắt từ trước có mở kết mạc như: phẫu thuật glôcôm, chấn thương xuyên nhãn cầu, cắt dịch kính...

- Sẹo giác mạc dày khó quan sát đáy mắt.

## 2. Phương pháp

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên tự đối chứng.

### 2.2. Cách chọn mẫu

Chọn tất cả các BN BVM có đủ các yếu tố theo tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu tại khoa Chấn thương, Bệnh viện Mắt Trung ương.

### 2.3. Phương pháp tiến hành

#### *a. Các bước nghiên cứu*

\* *Thăm khám, đánh giá toàn diện tình trạng 2 mắt*

- Thử thị lực bằng bảng thị lực Snellen.

- Đo nhãn áp bằng nhãn áp kế Goldman đánh giá tình trạng nhãn cầu trước và sau phẫu thuật.

- Khám bán phần trước nhãn cầu bằng sinh hiển vi đèn khe: độ trong giác mạc, tình trạng thể thủy tinh để chỉ định và tiên lượng phẫu thuật.

- Nếu thể thủy tinh và dịch kính còn trong, khám bán phần sau bằng kính Volk hoặc kính Goldman đánh giá tình trạng BVM, số lượng, vị trí các vết rách võng mạc.

- BN được khám và đánh giá trước mổ, sau mổ tại các thời điểm 1 ngày, 2 ngày, 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng theo các tiêu chí nghiên cứu. Theo dõi BN sau phẫu thuật ít nhất 6 tháng.

#### *\* Dụng cụ phẫu thuật*

- Máy hiển vi phẫu thuật sử dụng hệ thống BIOM.

- Bộ dụng cụ vi phẫu.

- Máy cắt dịch kính Accurus tốc độ cắt tối đa 2.500, đầu cắt dịch kính, đèn lạnh nội nhãn kích thước 23G.

- Dao chọc buồng dịch kính hệ thống troca - cannula 23Gause.

Một số phương tiện cần thiết khác bao gồm:

- Đầu điện đông nội nhãn 23G.

- Pick và pince bóc màng nội nhãn 23G.

- Kim hút dịch nội nhãn (Blackflush) 23G.

- Máy laser nội nhãn với đầu laser 23G.

- Khí nở C3F8, SF6.

- Dầu silicon.

*\* Các bước phẫu thuật*

Cắt dịch kính qua pars plana sử dụng hệ thống troca – cannula 23G gồm ba đường cách rìa giác mạc từ 3,5mm nếu mắt không còn thể thủy tinh và cách rìa 3mm. Nếu mắt còn thể thủy tinh.

- Mở củng mạc: kéo trượt kết mạc 1-2mm, xuyên củng mạc theo hai bình diện:

+ Bước 1: sử dụng dao troca sắc có cannula bọc ngoài đặt chéch một góc 30° chọc qua kết mạc, tạo đường hầm củng mạc.

+ Bước 2: xoay và chọc thẳng troca về phía cực sau đi vào buồng dịch kính hết chiều dài troca. Dùng panh kẹp giữ cannula và rút troca ra.

- Lần lượt đặt đường truyền nước, đầu đèn ánh sáng lạnh và dụng cụ vào nội nhãn tại các vị trí 2h, 10h, 4h (đối với MT) hoặc 8h (đối với MP). Kiểm tra thấy đầu kim nước xuyên qua thành nhãn cầu trước khi mở nước...

- Đặt kim truyền dịch vào nội nhãn tại vị trí 4h hoặc 8h, dung dịch truyền Ringer lactat.

- Tiến hành cắt dịch kính: bảo đảm sự cân bằng áp lực nội nhãn, khi cắt trung tâm buồng dịch kính: cắt với tốc độ 1500/phút, lực hút cao 200-300mmHg sẽ đạt được tốc độ cắt nhanh. Khi cắt gần võng mạc cần cắt với tốc độ cao 2500/phút và lực hút thấp 150mmHg tránh lôi kéo võng mạc.

Cắt sạch dịch kính từ trung tâm ra chu biên sau khi làm bong dịch kính sau, cân bằng áp lực giữa truyền vào và hút ra và hạn chế mức thấp nhất chấn thương của phẫu thuật.

- Bóc và cắt bỏ các màng tăng sinh trước võng mạc (nếu có), trao đổi khí dịch và hút dịch dưới võng mạc, điện đông nội nhãn, quang đông nội nhãn... tùy tình trạng bệnh lí của mắt.

- Kết thúc phẫu thuật: rút dụng cụ, kiểm tra vết mổ vào nhãn cầu và NA, kéo phủ kết mạc.

*\* Theo dõi trong và sau mổ*

- Trong quá trình phẫu thuật: đánh giá thuận

lợi, khó khăn của phương pháp, ghi nhận các biến chứng phẫu thuật.

- Chăm sóc hậu phẫu và theo dõi sau mổ: Tất cả BN đều được khám, thay băng hàng ngày, điều trị kháng sinh, kháng viêm toàn thân và tại chỗ. Đánh giá kết quả phẫu thuật: thị lực, nhãn áp, tình trạng vết mổ, tình trạng giác mạc, thủy tinh thể, dịch kính, võng mạc, các biến chứng sau mổ. Hẹn khám lại sau 2 tuần, 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng và ngoài 3 tháng.

*b. Các tiêu chí đánh giá quá trình liền vết thương củng mạc*

- Tốt: vết thương liền tốt không dò dịch, khí, seilden (-).

- Trung bình: có dò dịch, khí mức độ nhẹ nhưng NA không quá thấp, không cần khâu vết thương.

- Xấu: vết thương mở rộng dò dịch, khí nhiều, nhãn cầu mềm phải khâu đóng vết thương.

*c. Đánh giá về giải phẫu:* theo tiêu chuẩn đánh giá của Ryan và Allen.

- Thành công: dịch kính được cắt sạch, võng mạc áp được.

- Thất bại: còn nhiều dịch kính, võng mạc không áp.

*d. Đánh giá triệu chứng cơ năng, cảm giác đau của BN hậu phẫu bằng thang điểm VAS*

- Rất đau: mắt kích thích nhiều, cảm giác đau nhức (độ 3, 4, 5).

- Đau ít: có cảm giác dị vật, chảy nước mắt nhẹ. (độ 1, 2).

- Không đau: mắt không kích thích, BN không có cảm giác đau, cảm giác cộm sau mổ (độ 0).

*e. Tiêu chuẩn về chức năng*

*g. Đánh giá kết quả về thị lực:* bằng đo thị lực có chỉnh kính tối đa, sử dụng bảng phân loại thị lực của Tổ chức Y tế thế giới năm 1997.

- Tốt: có sự biến đổi thị lực ít nhất là 2 hàng sau phẫu thuật, nhãn áp điều chỉnh.

- Trung bình: thị lực có cải thiện nhưng dưới 2 hàng.



- Xấu: thị lực không cải thiện hoặc tồi đi sau phẫu thuật.

*h. Ghi nhận các biến chứng phẫu thuật*

- Dò vết mổ.
- NA thấp.
- Xuất huyết nội nhãn.
- Viêm nội nhãn sau phẫu thuật.

Các kết quả thu được sẽ được ghi nhận vào phiếu theo dõi BN, phân tích và bàn luận. Xử lí số liệu theo các phương pháp thống kê y học SPSS 15.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Trong thời gian từ tháng 06/2009 đến tháng 05/2010 chỉ có 24 mắt của 24 BN được theo dõi từ 6 tháng trở lên, tổng số mắt được nghiên cứu là 24.

**1. Đặc điểm nhóm BN nghiên cứu**

Nghiên cứu gồm 24 mắt của 24 BN, trong đó có 8 nam (33,3%) và 16 nữ (66,7%). Tuổi BN trong nhóm nghiên cứu phân bố từ 23 đến 74 tuổi, chủ yếu trong nhóm 50 đến 65 tuổi (66,6%). Tuổi trung bình là  $57,33 \pm 11,33$ .

Nguyên nhân bong mạc phần lớn là nguyên phát gồm 22 mắt chiếm 91,7%, nguyên nhân do chấn thương đụng đập có 2 mắt (8,3%). Trong đó, mắt phải là 17 mắt (70,8%), mắt trái là 7 mắt (29,2%).

BVM có lỗ hoàng điểm gặp ở 8 mắt (33,3%), còn lại 16 mắt với các vết rách võng mạc ở các vị trí khác nhau, vết rách gần hậu cực.

Thời gian phát hiện bệnh cũng rất khác nhau, BN

đến viện sớm trong vòng 10 ngày đầu chiếm 50%, còn lại các BN đến trong vòng từ 10 đến 30 ngày.

Trong nhóm nghiên cứu, chỉ có 2 mắt chiếm 8,3% là BVM chưa qua hoàng điểm (giai đoạn A), 20 mắt (83,4%) BVM toàn bộ với các mức độ tăng sinh dịch kính võng mạc giai đoạn B, C1 và 2 mắt tăng sinh nặng (C3).

Tình trạng thể thủy tinh trước khi phẫu thuật: 7 mắt (29,2%) thể thủy tinh còn trong, 7 mắt đã đặt thể thủy tinh nhân tạo, có 10 mắt (41,6%) đục thể thủy tinh giai đoạn 2, 3 và đã được phẫu thuật phaco phối hợp đặt thể thủy tinh nhân tạo cùng thì.

Tình trạng thị lực của mắt bệnh lí trước phẫu thuật cũng rất kém. Mức thị lực ST+ và BBT, ĐNT 0,2m có 18 mắt chiếm tỉ lệ 75%, chỉ có 6 mắt còn thị lực ở mức ĐNT 1m đến 3m. Có 5 mắt (20,8%) nhãn áp mềm, còn lại ở mức nhãn áp thấp hoặc bình thường.

**2. Đặc điểm về phẫu thuật**

Tất cả BN đều được phẫu thuật theo một qui trình cắt toàn bộ dịch kính trao đổi khí dịch qua vết rách võng mạc, laser nội nhãn các rách võng mạc, tiến hành bóc màng ngăn trong ở các mắt có lỗ hoàng điểm, bơm 0,7 ml khí nở C3F8 nội nhãn. 10 mắt có đục thể thủy tinh được phẫu thuật phaco phối hợp và đặt thể thủy tinh nhân tạo. Ở 2 mắt có tăng sinh dịch kính võng mạc nặng, sau khi trao đổi khí dịch phải mở rộng đường vào để bơm dầu silicon nội nhãn.

Thời gian phẫu thuật được tính từ khi đặt troca đến khi rút troca kết thúc phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình là  $38,5 \pm 8,6$  phút.

**3. Kết quả giải phẫu và hồi phục vết thương sau mổ**

*Bảng 1. Tình trạng mép mổ sau phẫu thuật*

Thời gian	Kết quả			
	Tốt n (%)	Trung bình n (%)	Xấu n (%)	Tổng n (%)
Ngày thứ 1	20 (83,3%)	4 (16,7%)	0	24
Sau mổ 1 tuần	21 (87,5%)	3 (12,5%)	0	24
Sau mổ 1 tháng	24 (100%)	0	0	24

Ngay ngày đầu sau phẫu thuật, có 20 mắt vết mổ khép kín, phẳng và liền trong 1 tuần đầu, 4 mắt vết mổ kênh nhưng không dò khí, không cần khâu lại vết thương. Ở những mắt này, mép mổ liền chậm hơn (sau 2 tuần) và xuất hiện sắc tố tại vị trí vết

thương và kết mạc xung quanh.

Độ trong tiền phòng sau phẫu thuật 1 tuần: có 16 mắt tiền phòng trong hoàn toàn chiếm 66,7%, 8 mắt còn phản ứng viêm. Sau 2 tuần, các mắt này hết tua tiền phòng, hết phản ứng viêm sau mổ.

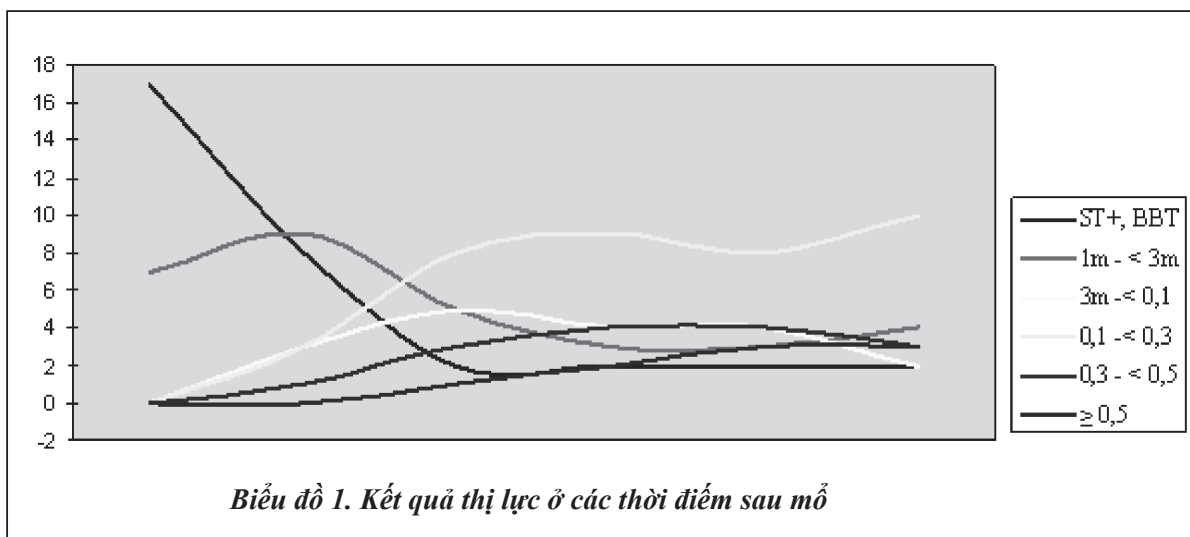
**Bảng 2. Kết quả giải phẫu theo tình trạng dịch kính - võng mạc**

Thời gian	Kết quả	Thành công		Thất bại		Tổng số
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
	Ra viện	24	100	0	0	24
	2 tuần	23	95,8	1	4,2	24
	1 tháng	21	87,5	3	13,5	24
	2 tháng	21	87,5	3	13,5	24
	3 tháng	21	87,5	3	13,5	24
	6 tháng	21	87,5	3	13,5	24

Ở thời điểm khám lại sau 2 tuần có 1 mắt (4,2%) BVM tái phát, xử trí làm đại cùng mạc, võng mạc áp trở lại hoàn toàn. Sau 1 tháng, 2 mắt bong tái phát do mở lại lỗ hoàng điểm phải phẫu thuật bơm dầu silicon nội nhãn, võng mạc áp được nhưng lỗ hoàng điểm không khép. Ở 6/8 mắt có lỗ hoàng điểm khép kín tại thời điểm 1 tuần và 2 tuần sau phẫu thuật, võng mạc áp tốt.

**4. Kết quả thị lực**

Thị lực trước mổ BBT (75%), ra viện bóng khí nội nhãn còn đầy nên thị lực chưa tăng.



Thị lực tăng tốt tập trung ở thời điểm 1 tháng và 2 tháng, có 2 mắt thị lực không cải thiện. Ở thời điểm sau mổ 6 tháng, thị lực cải thiện 91,7% có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

5. Kết quả nhãn áp

Bảng 3. Kết quả nhãn áp

Thời gian NA	Trước mổ	Sau mổ 1 ngày	Sau mổ 1 tuần	Sau mổ 1 tháng	Sau mổ 2 tháng	Sau mổ 3 tháng
NATB (mmHg)	14±5,8	12±3,2	17,2±2,3	18±3,1	18,25±1,9	16,7±2,5
Min - max	5:21	6:18	12:23	14:30	17:22	15:22
p		0,3	0,1	0,2	0,1	0,1

Sau phẫu thuật 1 ngày, có 2 mắt nhãn áp thấp tự điều chỉnh mà không cần xử trí gì, 1 mắt NA cao ở thời điểm 1 tháng, đã được dùng thuốc nhỏ tại mắt nhãn áp điều chỉnh. Không thấy có sự khác biệt đáng kể giữa nhãn áp trước mổ và ở các thời điểm theo dõi sau mổ ( $p > 0,05$ , test t).

6. Biến chứng

Trong mổ: có 4 mắt bị rách kết mạc nhỏ chiếm 16,7% gây xuất huyết kết mạc không cần khâu, xuất huyết tiêu nhanh trong tuần đầu sau mổ, 1 mắt xu hướng kẹt võng mạc về phía vết mổ và 1 mắt cắt phải võng mạc.

Trong những ngày đầu sau mổ: chỉ gặp những cảm giác khó chịu, cộm nhức, chia theo thang điểm VAS có 12 BN đau ít chiếm tỉ lệ 50%, 1 BN đau nhiều (4,2%). Tỉ lệ không đau, kích thích là 45,8%.

Biến chứng muộn sau mổ: nghiên cứu này chỉ ghi nhận biến chứng ở 4 mắt tỉ lệ 16,7% với 2 loại biến chứng là:

- BVM: 3 mắt (12,5%), áp lại được sau phẫu thuật bổ sung.

- Tăng NA: 1 mắt (4,2%), nhãn áp điều chỉnh với thuốc nhỏ tại chỗ.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật cắt dịch kính không khâu sử dụng bộ dụng cụ 23G đã được ứng dụng trên lâm sàng từ năm 2002. Nhiều tác giả nhận thấy rằng, đây là một phương pháp điều trị hiệu quả và khá an

toàn cho nhiều trường hợp bệnh lý dịch kính - võng mạc. Tuy vậy, nghiên cứu này, chúng tôi chỉ tập trung vào phân tích hình thái bệnh lý BVM có rách võng mạc.

1. Đặc điểm nhóm BN nghiên cứu

Tuổi trung bình của BN trong nhóm nghiên cứu là  $57,33 \pm 11,33$ , từ 23 đến 74 phân bố chủ yếu trong nhóm 50 đến 65 tuổi (66,6%). Nguyên nhân bong mạc phần lớn là bệnh lý dịch kính võng mạc, thường xảy ra do hoá lỏng của dịch kính và bong dịch kính sau. Nghiên cứu của tác giả Lott gồm 100 BN có độ tuổi trung bình cao hơn 65 tuổi (từ 29 đến 94 tuổi). Có thể do ở Việt Nam điều kiện phẫu thuật cho BN cao tuổi bị bệnh lý phức tạp này vẫn còn hạn chế hoặc do quan niệm của người bệnh không muốn chữa trị bệnh nặng khi tuổi cao.

2. Bàn luận về kết quả giải phẫu và chức năng

Mục đích của điều trị BVM là làm cho võng mạc áp trở lại và hạn chế đến mức thấp nhất các biến chứng có thể xảy ra. Theo các tác giả trên thế giới, phương pháp này được lựa chọn nhiều vì hạn chế được nhiều biến chứng sau phẫu thuật, hầu như không làm thay đổi cấu trúc nhãn cầu và kết quả thị lực cũng thường khả quan hơn các phương pháp khác [1], [5].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành cắt sạch dịch kính và bơm khí nở nội nhãn nên sau phẫu thuật võng mạc áp hoàn toàn trên lâm sàng,

bóng khí nổi lên trên có tác dụng như một giá đỡ vào vùng võng mạc có vết rách, ngăn không cho dịch tiếp xúc với vùng võng mạc đã được hàn gắn bằng laser, tạo điều kiện làm sẹo hắc võng mạc nhanh hơn. Tuy nhiên, do bóng khí tồn tại trong buồng dịch kính ít nhất là 1 tháng sau mổ nên thất bại của phẫu thuật xảy ra chủ yếu trong tháng đầu tiên sau mổ với 3 mắt (12,5%) do mở lại lỗ hoàng điểm hoặc do co kéo của phần dịch kính còn lại. Một mắt tăng nhãn áp do sau mổ, BN nằm sấp không tốt do đó bóng khí đẩy thể mi, mỏng mắt, TTT ra trước làm bít góc tiền phòng và làm tăng nhãn áp.

Thị lực lúc vào viện chủ yếu là BBT (75%), ở thời điểm ra viện bóng khí nội nhãn còn đầy làm cản trở nên thị lực chưa tăng. Sau 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng, thị lực từ 0,1 trở lên là 50%, thị lực cải thiện có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

### 3. Bàn luận về kĩ thuật và độ an toàn của phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là  $38,5 \pm 8,6$  phút (22: 52 phút), trong khi nghiên cứu của Lott [4], chỉ là 28 phút (từ 10: 62 phút). Thời gian mổ dài hơn là vì trong nghiên cứu này chỉ chỉ định cho các trường hợp BVM bao gồm cả BVM có tăng sinh, bệnh lí phức tạp hơn nghiên cứu của Lott chỉ định cho bệnh lí đơn giản hơn như: xuất huyết dịch kính đơn thuần, lỗ hoàng điểm, màng trước võng mạc, BVM không tăng sinh.

Để đánh giá độ an toàn của phương pháp, chúng tôi tập trung vào phân tích các biến chứng trong mổ và hậu phẫu.

Phương pháp cắt dịch kính này sử dụng đầu cắt 23G với dịch động học làm giảm co kéo lên võng mạc, lỗ cắt gần đầu tip nên có thể phẫu tích màng xơ sát võng mạc [1], [3], [7]. Nghiên cứu này chỉ gặp 1 trường hợp cắt phải võng mạc, 1 trường hợp kẹt võng mạc về phía troca do võng

mạc bong cao. Hạn chế biến chứng này bằng cách: trong quá trình cắt dịch kính dẫn lưu bớt dịch dưới võng mạc qua vị trí rách, phẫu thuật an toàn hơn.

Nghiên cứu này sử dụng dao 23G (0,72mm) sắc để tạo đường hầm củng mạc cũng như nghiên cứu của Eckardt (n = 41) [1] đều không thấy hở mép mổ, không tràn khí dưới kết mạc sau phẫu thuật. Tuy nhiên, nghiên cứu của Fujii [3] nhận thấy 7,5% mắt (n = 70) phải khâu lại vết mổ mặc dù sử dụng dao 25G kích thước nhỏ hơn (0,5mm) và Fine HF [2] với số lượng BN ít n = 7 cũng phải khâu lại vết mổ ở 1 mắt. Như vậy, nguyên nhân gây hở mép mổ chủ yếu là do kĩ thuật tạo đường hầm hơn là do kích thước dụng cụ.

Các biến chứng của phẫu thuật:

- Biến chứng gặp trong mổ chủ yếu là rách kết mạc (12,5%).

- Biến chứng chủ yếu dẫn đến thất bại của phẫu thuật là mở lại lỗ hoàng điểm, do co kéo dịch kính - võng mạc (22,5%) và biến chứng này thường xảy ra trong tháng đầu tiên sau mổ.

### V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu thử nghiệm phẫu thuật cắt dịch kính sử dụng hệ thống 23G cho 24 mắt BVM có rách võng mạc, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Phẫu thuật cắt dịch không khâu sử dụng hệ thống 23G là phương pháp điều trị có hiệu quả tốt, giảm chấn thương phẫu thuật, phản ứng viêm sau mổ hết sau 2 tuần. Tỷ lệ thành công về mặt giải phẫu là 87,5%, thị lực cải thiện ở 91,7% trường hợp.

2. Phẫu thuật an toàn, ít biến chứng nặng. Lựa chọn chỉ định phù hợp với các trường hợp BVM có rách võng mạc hậu cực, lỗ hoàng điểm có kèm theo đục dịch kính hoặc giai đoạn dịch kính - võng mạc tăng sinh nhẹ giai đoạn A, B, C1.



## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ECKARDT C : “Transconjunctival sutureless 23-gauge vitrectomy”, *Retina* 2005, 208 – 211.
2. FINE HF, IRANMANESH R, ITURRALDE D, SPAIDE RF: “Outcomes of 77 consecutive cases of 23 - gauge transconjunctival vitrectomy surgery for posterior segment disease”. *Ophthalmology* 2007,114:1197–1200.
3. FUJII GY: “Initial experience using the transconjunctival sutureless vitrectomy system for vitreoretinal surgery”. *Ophthalmology*. 2002 Oct, 109(10):1814-20.
4. LOTT MN, MANNING MH: “23-gauge vitrectomy in 100 eyes: short - term visual outcomes and complications”. *Retina*. 2008 Oct, 28(9):1193-200.
5. MANISH NAGPAL, SHARANG WARTIKAR, KAMAL N.: “Comparison of clinical outcomes and wound dynamics of sclerotomy port of 20, 25, and 23Gauge vitrectomy”, p. 225-231.
6. RYAN S.J., STOUT J.T.: “Posterior penetrating ocular trauma”. *Retina* 1994; 2335-2346.
7. THOMAS H. WILLIAMSON: “Vitreoretinal surgery”, 2009, p.60-80.

## SUMMARY

## RESULTS OF SUTURELESS VITRECTOMY WITH 23GAUSE ON TREATING RHEGMATOGENOUS RETINAL DETACHMENT

**Objectives:** *To assess results of consecutive cases of rhegmatogenous retinal detachment treated by sutureless vitrectomy in Viet nam National Institute of Ophthalmology between 06/2009 and 5/2010. Mean time follow up was 6 months.*

**Patients and methods:** *A prospective clinical trial was done on 24 eyes with rhegmatogenous retinal detachment. Patients selected with the retinal tear(s) situated between 8 o'clock and 4 o'clock superior and posterior to the global equator with proliferative vitreoretinopathy. All patients had sutureless vitrectomy with 23G and then had gas injected C3F8 into the vitreous cavity.*

**Results:** *21 of 24 (87.5%) cases were anatomically successful. 22 of 24 eyes (91.7%) have good visual gain while 2 eye had un-improved vision.*

**Conclusions:** *Sutureless vitrectomy is effective and safe among patients with rhegmatogenous retinal detachment in stage A,B,C1.*

**Key words:** *Sutureless vitrectomy, 23Gause – vitrectomy.*

# NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ CỦA NHẬN ĐIỆN MỔNG MẮT TRONG PHẪU THUẬT LASIK PHI CẦU Ở NGƯỜI CẬN VÀ LOẠN THỊ

Lâm Minh Vinh\*, Trần Hải Yến\*, Trần Thị Phương Thu\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của nhận điện mổng mắt (NDMM) về chất lượng thị giác sau mổ trong điều trị cận kèm loạn thị.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Khúc xạ, Bệnh viện Mắt TPHCM từ 3/2009 – 3/2010 theo phương pháp thực nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên, nhóm chứng và mù đơn trên 53 bệnh nhân có cận kèm loạn thị tối thiểu  $-0,75D$  và được chia thành 2 nhóm có và không có NDMM, mỗi nhóm có 53 mắt, để so sánh về tính an toàn, hiệu quả, tiên đoán, ổn định khúc xạ, các thông số phân tích loạn thị theo Alpíns, sự gia tăng độ nhạy tương phản và quang sai sau mổ 3 tháng. Giá trị  $P < 0,05$  được xem có ý nghĩa thống kê.

**Kết quả:** Không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm có và không có NDMM về tính an toàn ( $P = 0,620$ ), hiệu quả ( $P = 0,840$ ), tiên đoán ( $P = 0,865$ ), tính ổn định khúc xạ ( $P = 0,863$ ), độ cầu tương đương ( $P = 0,910$ ), loạn thị do phẫu thuật (SIA –  $P = 0,796$ ), loạn thị sau mổ (DV –  $P = 0,947$ ), góc lệch (AE –  $P = 0,364$ ) sau mổ 3 tháng. Sự gia tăng độ nhạy tương phản và quang sai cũng không khác biệt giữa 2 nhóm.

**Kết luận:** Nhóm NDMM có sự cải thiện chất lượng thị giác sau mổ tương đương với nhóm không có NDMM.

**Từ khoá:** Nhận điện mổng mắt, alpíns, loạn thị, phi cầu.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loạn thị tồn dư sau mổ là một trong những nguyên nhân chính làm giảm sự tối ưu của kết quả phẫu thuật LASIK, ngay cả ở mức  $0.5D$ . Trong đó, xoay mắt tư thế và xoay mắt trong lúc mổ là những nguyên nhân thường gặp và có thể điều chỉnh được. Để hạn chế loạn thị do xoay mắt tư thế, bác sĩ phẫu thuật phải đánh dấu giác mạc bằng tay dưới sinh hiển vi ở tư thế ngồi, rồi điều chỉnh đầu khi

bệnh nhân ở tư thế nằm sao cho trục  $0^{\circ} - 180^{\circ}$  của mắt bệnh nhân trùng với trục  $0^{\circ} - 180^{\circ}$  của máy. Với xoay mắt trong lúc mổ, các hệ thống theo dõi chuyển động mắt (eye tracker) thế hệ cũ chưa bù đắp được do chỉ theo dõi chuyển động mắt theo các trục X (phải - trái), Y (trên - dưới), Z (cao - thấp) chứ không có trục u (xoay). Các nghiên cứu cho thấy nếu điều trị lệch góc trên  $2^{\circ}$  sẽ gây ra quang sai và lệch khoảng  $15^{\circ}$  sẽ giảm hiệu quả điều trị loạn thị lên tới 50%. Các hạn chế đó đã thúc đẩy các nhà sản xuất phát triển và ứng dụng công nghệ NDMM

\*Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

cùng hệ thống theo dõi chuyển động mắt bốn chiều để đảm bảo tính chính xác tại từng điểm bắn laser. Công nghệ mới này dùng cả mỏng mắt làm bản đồ tham chiếu để so sánh với hình ảnh mới của mỏng mắt khi mắt dịch chuyển ở vị trí mới trong quá trình laser v đã được công nhận bởi cơ quan thực phẩm và dược phẩm Hoa Kỳ vào tháng 10/2003 [3]. Bên cạnh đó, phương thức mổ phi cầu cũng được áp dụng nhằm giảm cầu sai sau mổ, tất cả cùng hướng đến mục tiêu là tăng chất lượng thị giác sau mổ. Tại khoa Khúc xạ Bệnh Viện Mắt TPHCM, phần mềm ứng dụng về nhận diện mỏng mắt được áp dụng từ năm 2008 dành cho máy Zyoptix 217Z100 nhằm nâng cao chất lượng điều trị phẫu thuật khúc xạ cho bệnh nhân nhưng chưa được nghiên cứu đầy đủ. Do đó, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: “*Nghiên cứu hiệu quả của nhận diện mỏng mắt trong phẫu thuật LASIK phi cầu ở bệnh nhân cận kèm loạn thị*” để đánh giá hiệu quả của công nghệ này so với phương thức LASIK phi cầu thường quy, nhất là về độ loạn thị sau mổ, thông qua 3 mục tiêu:

- So sánh các chỉ số an toàn, hiệu quả, tính ổn định và khả năng tiên đoán.
- Phân tích kết quả loạn thị theo phương pháp Alpíns.
- Đánh giá sự thay đổi về độ nhạy tương phản và quang sai.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân đến khám và điều trị khúc xạ tại khoa Khúc xạ, Bệnh viện Mắt TPHCM từ tháng 3/2009 đến tháng 3/2010 *thoả mãn các tiêu chuẩn sau*: tuổi từ 18 trở lên và khúc xạ ổn định ít nhất 6 tháng. Thị lực chính kính tối đa từ 5/10 trở lên. Hai mắt cùng có độ loạn cận ít nhất -0,75D với sự khác nhau về độ loạn cận  $\leq -1D$  và độ cầu tương đương  $\leq -3D$ . Độ cầu tương đương hai mắt  $\leq -10D$  và bề dày giác mạc trên 470micron và đủ dày để điều trị

hết độ với giác mạc nền còn lại sau laser ít nhất là 280micron. Bỏ kính tiếp xúc mềm ít nhất 1 tuần và kính tiếp xúc cứng ít nhất 1 tháng trước khi khám tiền phẫu (nếu có). Đồng ý tham gia nghiên cứu và có điều kiện tái khám đầy đủ.

*Loại trừ các trường hợp*: độ khúc xạ chưa ổn định. Có bệnh lý mắt đi kèm. Đã phẫu thuật khúc xạ trên giác mạc hay phẫu thuật khác tại mắt, chấn thương mắt gây tổn thương cấu trúc nhãn cầu, mắt đục nhất, đang có thai hoặc cho con bú. Mắc các bệnh toàn thân: tự miễn, tiểu đường. Bệnh nhân không hợp tác trong mổ hay không nhận diện được mỏng mắt, có biến chứng trong và sau mổ.

### 2. Thiết kế nghiên cứu

Thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên, có nhóm chứng, mù đơn.

### 3. Phương tiện nghiên cứu

Bảng đo độ nhạy tương phản FACT (Stere Optical Company, Inc., Mỹ). Máy Orbscan II đo định khu giác mạc (Bausch và Lomb, Mỹ). Phần mềm VECTRak (ASSORT Pty Ltd 1991 - 2004, version 1.4, Úc). Máy đo Zywave có sẵn phần mềm NDMM (Bausch và Lomb, Mỹ). Máy laser excimer Technolas 217Z100 (Bausch và Lomb, Mỹ) có cài sẵn phần mềm NDMM: thuộc loại laser điểm quét, kích thước tia 1 và 2mm, tần số xung laser 100Hz, năng lượng 120mJ/cm<sup>2</sup>, vùng chuyển tiếp lên đến 3mm, thiết bị theo dõi chuyển động mắt tia hồng ngoại bốn chiều với tốc độ 240Hz.

### 4. Quy trình nghiên cứu

1. Bệnh nhân đến khám được ghi nhận tên, tuổi, địa chỉ, nghề nghiệp, số điện thoại... 2. Đo khúc xạ chủ quan, độ nhạy tương phản, định khu giác mạc (Obscan), giá trị Q rồi nhỏ liệt điều tiết. 3. Bác sĩ khám sẽ giải thích bệnh nhân, khai thác bệnh lí tiền sử, nếu thấy đủ tiêu chuẩn chọn bệnh

và phù hợp để mổ phi cầu (ASPHERIC) sẽ cho chụp ZYWAVE 2 mắt. **4.** Bệnh nhân được đo tiếp khúc xạ khách quan, bề dày giác mạc và hoàn tất hồ sơ. **5.** Ngày mổ: bệnh nhân được chụp nhận diện mống mắt 2 mắt tại phòng chẩn đoán hình. Trên bàn mổ, bác sĩ tiến hành phẫu thuật theo phương thức phi cầu với nhận diện mống mắt ở mắt phải (số chẵn) /mắt trái (số lẻ) dựa theo số thứ tự trong danh sách thu thập số liệu và mắt còn lại được đánh dấu trên sinh hiển vi. Việc tiến hành nhận diện mống mắt được thực hiện trước khi lật vạt. Mắt trái luôn được mổ trước. **6.** Sau mổ: bệnh nhân tái khám 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng

và 3 tháng. Tại 1, 3 tháng đo thêm Zywave với đồng tử dẫn, giá trị Q và độ nhạy tương phản. **7.** Số liệu đc xử lý bằng phần mềm SPSS 17.0 với mức ý nghĩa < 005.

**5. Tiêu chuẩn nghiên cứu**

**III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**

**1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu**

Nghiên cứu này được tiến hành trên 53 bệnh nhân được chia làm hai nhóm, mỗi nhóm có 53 mắt, từ tháng 3/2009 đến tháng 3/2010 với những đặc điểm sau đây:

*Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu*

<b>Đặc điểm</b>	<b>Có NDMM (n = 53)</b>	<b>Không NDMM (n = 53)</b>	<b>P (test t)</b>
Tuổi	23,28 ± 6,08 (18 - 40)		
Nam/Nữ (%)	30/70 (16 nam - 37 nữ)		
Khúc xạ cầu	-4,57 ± 1,4 (-1,25 - -7,75D)	-4,55 ± 1,5 (-1,75 - -8,5D)	0,927
Khúc xạ trụ	-1,22 ± 0,45 (-0,75 - -2,75D)	-1,25 ± 0,44 (-0,75 - -2,25D)	0,546
Độ cầu tương đương	-5,16 ± 1,43 (-2 - -8,25D)	-5,18 ± 1,54 (-2,375 - -9,625D)	0,890
Vùng chiếu laser	6,49 ± 0,09 (6,2 - 6,6)	6,49 ± 0,1 (6,2 - 6,6)	0,485
Giá trị Q trước mổ	-0,168 ± 0,12 (-0,59 - 0,09)	-0,163 ± 0,13 (-0,59 - 0,18)	0,735
Bề dày giác mạc	545 ± 33,5 (475 - 623micron)	545 ± 34 (478 - 632micron)	0,888
Kích thước đồng tử	4,89 ± 0,87 (3 - 6,7mm)	5,03 ± 0,88 (2,9 - 6,8mm)	0,31
Góc xoay trước laser	2,26 ± 1,97 (0 - 9,1 <sup>o</sup> ), 50,09% xoay dưới 2 <sup>o</sup> , 90,6% xoay dưới 5 <sup>o</sup>		
Góc xoay trong laser	2,79 ± 2,24 (0 - 9,8 <sup>o</sup> ) 41,5% có góc xoay dưới 2 <sup>o</sup> , 86,8% dưới 5 <sup>o</sup> Không xoay: 7,5%, xoay trong (+): 52,8%, xoay ngoài (-): 32,1%, xoay hai chiều 7,5%		

Các đặc điểm trước mổ không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Các thông số góc xoay trước và trong laser chỉ được ghi nhận ở nhóm có NDMM. Trong nghiên cứu này, có một trường hợp không NDMM được nên đã loại khỏi nghiên cứu. Nguyên nhân có thể là đồng tử quá co (dưới 2mm) hoặc giãn quá



(trên 7mm), bề mặt giác mạc quá khô, sự khác biệt về góc xoay giữa lúc ngồi chụp nhận diện mỏng mắt và lúc nằm chụp nhận diện mỏng mắt trước khi laser quá lớn ( $> 15^{\circ}$ ), sắc tố mỏng mắt sậm màu và bề mặt mỏng bằng phẳng không có những đặc điểm nổi bật, nếu hình ảnh mỏng mắt tham khảo trùng với hình ảnh mỏng chụp hiện hành dưới 63% trong 0,8 giây thì hệ thống theo dõi cũng không nhận được. Trong quá trình phẫu thuật, nếu NDMM được thực hiện sau khi lật vạt thì các chi tiết mỏng mắt sẽ khó quan sát do nhu mô giác mạc bị đục. Hơn nữa, việc NDMM trước khi laser đôi khi phải thực hiện nhiều lần mà nếu vạt bị lật lên quá lâu sẽ bị khô dẫn đến thặng chính hay loạn thị không đều. Do đó, chúng tôi tiến hành NDMM với giác mạc trong suốt rồi mới lật vạt và chiếu laser nhưng đồng thời hạn chế của nó là **tồn tại khoảng thời gian cửa sổ không có NDMM** bởi vì chuyển động mắt trong khoảng thời gian không được nhận biết bởi hệ thống theo dõi chuyển động mắt mà chỉ khi bắt đầu chiếu laser. Hệ thống theo dõi mới được kích hoạt nên sẽ mặc định vị trí của mắt ngay tại thời điểm mới được kích hoạt đó như là vị trí đã được nhận diện trước khi lật vạt. Nhiều tác giả đã ghi nhận góc xoay trong khi laser trung bình  $2 - 3^{\circ}$  [2]. Mức độ xoay tùy kích thích và tùy cá nhân, đa số dưới  $15^{\circ}$ , nếu xoay trên  $2^{\circ}$  có thể gây ra quang sai sau mổ. Cho nên, việc bù đắp chính xác sai lệch này có thể làm tăng chất lượng thị giác hậu phẫu.

## 2. Các chỉ số an toàn, hiệu quả, tiên đoán và tính ổn định khúc xạ

Kết quả nghiên cứu không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (test t) giữa 2 nhóm NDMM và không NDMM về các chỉ số an toàn (1,165 - 1,158,  $p = 0,620$ ), hiệu quả (1,140 - 1,142,  $p = 0,840$ ), tiên đoán (98,1% - 96,2%,  $p = 0,865$ , test  $\chi^2$ ), tính ổn định khúc xạ (0,22 - 0,24,  $p = 0,863$ ) và độ cầu tương đương sau mổ 3 tháng

(0,090 - 0,097,  $p = 0,910$ ). Khúc xạ tồn lưu sau mổ nằm trong giới hạn [0,5D] lần lượt là 90,6%, 88,7% ( $P = 0,75$ ); [0,25D] lần lượt là 47,2%, 41,5% ( $P = 0,557$ , test  $\chi^2$ ) ở nhóm NDMM và không NDMM. 92,5% và 90,6% thị lực không kính sau mổ 3 tháng  $\geq 1,0$  ở nhóm NDMM và không NDMM ( $P = 0,727$ , test  $\chi^2$ ). 69,8% và 67,9% các trường hợp có thị lực có kính sau mổ tăng ít nhất 1 dòng so với trước mổ ( $P = 0,83$ , test  $\chi^2$ ); 1,9% giảm 1 dòng sau mổ ở nhóm có NDMM và không NDMM. 77,4% và 68% các mắt có khúc xạ cầu tương đương sau mổ 3 tháng trong  $[\pm 0,25D]$  ( $P = 0,270$ ) và 98,1% và 96,2% trong  $[\pm 0,5D]$  ( $P = 0,558$ , test  $\chi^2$ ) ở nhóm có NDMM và không NDMM. Theo Majid Moshirfar [6], không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 hai nhóm về các chỉ số an toàn ( $p = 0,999$ ); hiệu quả ( $p = 0,518$ ), khả năng tiên đoán ( $p = 0,999$ ) và tính ổn định ( $p = 0,503$ ) sau 3 tháng theo dõi. Trong đó, tăng 1 dòng thị lực sau mổ ở 2 nhóm lần lượt là 23 mắt (27%) và 21 mắt (22%), 8 mắt (16%) ở nhóm có NDMM và 10 mắt (16%) ở nhóm không NDMM bị mất một dòng thị lực, cả hai nhóm không có trường hợp nào mất thị lực trên 2 dòng. Tương tự, Theeratep Tantayakom và cộng sự [8] cũng không tìm thấy sự khác biệt giữa 2 nhóm về tính an toàn (100% mắt và 93% mắt ở hai nhóm có thị lực chính kính sau mổ tốt hơn hoặc bằng trước mổ), tính hiệu quả ( $p = 0,34$ ), khả năng tiên đoán ( $p = 0,24$ ), loạn thị tồn dư trung bình của hai nhóm là 0,19D ( $p = 0,93$ ). 96% và 93% các mắt ở hai nhóm có độ cầu tương đương sau mổ trong giới hạn  $\pm 0,5D$ . Ngược lại, Sudipta Ghosh [4] nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm được phẫu thuật theo phương thức mặt sóng đối với kết quả loạn thị tồn dư sau mổ và độ cầu tương đương sau mổ. Tuy nhiên, tác giả không mô tả cách thức lựa chọn bệnh nhân và việc nhận diện được tiến hành trước hay sau khi lật vạt nên không tránh khỏi sai lệch.

### 3. Kết quả phân tích loạn thị theo phương pháp Alpíns

**Bảng 2. Kết quả phân tích loạn thị theo Alpíns**

Chỉ số	Có NDMM (n = 53)	Không NDMM (n = 53)	Tốt nhất	P (test t)
TIA	1,221 ± 0,453	1,254 ± 0,440		0,546
Target Induced Astigmatism: loạn thị mục tiêu hay loạn thị trước mổ				
SIA	1,108 ± 0,511	1,091 ± 0,439	TIA	0,796
Surgically Induced Astigmatism: loạn thị được điều trị bởi phẫu thuật				
DV	0,273 ± 0,261	0,276 ± 0,316	0	0,947
Difference Vector: sự khác biệt giữa TIA v SIA hay loạn thị sau mổ				
AE	-1,717 ± 6,093	-0,271 ± 7,822	0	0,364
Angle of Error: Góc lệch được tạo bởi SIA và TIA, AE>0: SIA nằm ngược chiều kim đồng hồ với TIA, AE < 0: SIA nằm cùng chiều kim đồng hồ với TIA				
AE Abs	3,566 ± 5,212	4,044 ± 6,678	0	0,610
Trị tuyệt đối của AE				
ME	-0,113 ± 0,287	-0,163 ± 0,253	0	0,264
Magnitude of Error: sự khác biệt về độ lớn giữa SIA và TIA, ME >0: thẳng chỉnh, ME <0: thiếu chỉnh				
ME Abs	0,205 ± 0,229	0,192 ± 0,232	0	0,745
Trị tuyệt đối của ME				
CI	0,900 ± 0,263	0,875 ± 0,211	1	0,523
Correction Index: chỉ số hiệu chỉnh, CI = SIA/TIA. CI >1: thẳng chỉnh, <1: thiếu chỉnh				
IS	0,240 ± 0,241	0,234 ± 0,274	0	0,886
Index of Success: chỉ số thành công, IS = DV/TIA				
CA	1,241 ± 0,494	1,224 ± 0,359	1	0,821
Coefficient of Adjustment: hệ số điều chỉnh, CA=1/CI=TIA/SIA				
Torque	0,114 ± 0,177	0,130 ± 0,219	0	0,620
Sự thay đổi xoay không mong muốn do phẫu thuật loạn thị gây ra				
FE	1,089 ± 0,509	1,055 ± 0,455	SIA	0,622
Flattening Effect: hiệu quả làm giảm độ lớn loạn thị giác mạc, FE=SIACos(2.AE)				
FI	0,882 ± 0,263	0,840 ± 0,240	1	0,347
Flattening Index: chỉ số lm phẳng, FE/TIA				

Theo nghiên cứu này, kết quả đo góc xoay trước và trong khi laser có góc xoay dưới  $5^{\circ}$  là 86,8 – 90,6% (ảnh hưởng ở mức 17% tật khúc xạ, chưa có biểu hiện trên lâm sàng) nên có thể lí giải sự khác biệt về kết quả loạn thị giữa 2 nhóm không đáng kể. Các tác giả Majid Moshirfar [6] và Elizabeth Shen [7] không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm có và không có NDMM về các chỉ số Alpíns và cùng ghi nhận tình trạng điều trị loạn thị thiếu chỉnh 10 - 15% tương tự trong nghiên cứu này.

#### 4. Sự thay đổi độ nhạy tương phản trước và sau mổ

Cả hai nhóm đều có tăng độ nhạy tương phản có ý nghĩa thống kê sau mổ so với trước mổ ở các tần số không gian (spatial frequency) 3, 6, 12, 18cd/m<sup>2</sup> (P = 0.000, test t). Tuy nhiên, hiệu số gia tăng độ nhạy tương phản lại không khác biệt có ý nghĩa thống kê (test t) giữa hai nhóm ở tất cả các tần số không gian 3 (p = 0,598), 6 (P = 0,051), 12 (P = 0,097), 12 (P = 0,247), 18 (P = 0,493)cd/m<sup>2</sup>. Trong các trường hợp phẫu thuật lasik theo phương thức phi cầu có độ cận loạn ở mức trung bình thấp sẽ làm tăng chất lượng thị giác sau mổ mà lại ít gây ra cầu sai quá mức, vì vậy làm tăng độ nhạy tương phản sau mổ. Độ nhạy tương phản giảm theo tuổi và liên quan đến coma hơn là cầu sai.

#### 5. Kết quả quang sai trước và sau mổ giữa hai nhóm

Cả hai nhóm đều làm tăng quang sai sau mổ nhưng hiệu số gia tăng sau mổ 3 tháng so với trước mổ của hai nhóm không khác biệt có ý nghĩa thống kê (test t) đối với quang sai tổng (P = 0,348), tam xứng (P = 0,368), coma (P = 0,886), tứ xứng (P = 0,751), loạn thị thứ phát (P = 0,409), cầu sai (P = 0,098). Khi phân tích các trường hợp có quang sai tổng trước mổ trên và dưới 0,35 $\mu$ m, chúng tôi cũng không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ở tất cả các thông số như trên. Mounir Khalifa

[5] nhận thấy, sự gia tăng có ý nghĩa thống kê về quang sai sau mổ như coma, tam xứng, loạn thị thứ phát ở nhóm thường quy so với nhóm mặt sóng có NDMM, trong khi cầu sai lại không khác biệt giữa hai nhóm và tác giả cho rằng hiện tượng xoay được điều chỉnh chính xác nhờ công nghệ nhận diện mống mắt khi điều trị loạn hỗn hợp. Ngược lại, Jan Venter [9], Moshirfar [6], Zhang Jing [10] không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về quang sai giữa 2 nhóm. Zheng nhận thấy trong số các quang sai bậc cao, loạn thị ảnh hưởng nhiều tới coma, coma thứ phát và quang sai tổng và mức độ ảnh hưởng gia tăng theo độ loạn thị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các quang sai liên quan đến chuyển động xoay như coma, tam xứng, hay loạn thị thứ phát cũng không khác biệt giữa 2 nhóm.

Lí giải về nguyên nhân không tìm thấy sự khác biệt trong nghiên cứu này có thể là do tồn tại khoảng thời gian của sổ không có NDMM như đã giải thích ở mục 1. Một lí do khác đã được Celine Bucher [1] cho thấy, dù có hay không có đánh dấu trục loạn trước mổ thì kết quả về thị lực và khúc xạ vẫn như nhau. Các nghiên cứu khác cũng nhận thấy, nếu trục loạn thị của khúc xạ kính và khúc xạ giác mạc giống nhau thì kết quả về thị lực và loạn thị sau mổ tốt hơn. Điều này có nghĩa là trục loạn thị được điều trị chỉ dựa đơn thuần vào khúc xạ kính mà bỏ quên trục loạn theo định khu giác mạc thì dù có hay không có công nghệ NDMM cũng chưa thể cải thiện rõ rệt chất lượng thị giác sau mổ.

#### IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 53 trường hợp điều trị cận kèm loạn thị tại khoa Khúc xạ, Bệnh viện Mắt TP HCM bằng máy Technolas 217Z 100, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt về thị lực, khúc xạ, độ nhạy tương phản và quang sai giữa hai nhóm có và không có NDMM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. BUCHER C., ZUBERBUHLER B., GOGGIN M., ESTERMAN A., AND SCHIPPER I. (2010): “Corneal Limbal Marking in the Treatment of Myopic Astigmatism with the Excimer Laser”. *J Refract Surg*, 26 (7): p.505-511.
2. CHANG J. (2008): “Cyclotorsion during laser in situ keratomileusis”. *J Cataract Refract Surg*. 34(10): p.1720-1726.
3. FDA (2003): “Article: FDA Approves Bausch & Lomb Technolas 217z Zyoptix System For Personalized Vision Correction, The World’s Leading System for Custom Laser Eye Surgery, For Use in United States”.
4. GHOSHS., COUPERT A., LAMOUREUX E., JHANJI V., TAYLOR H. R., AND VAJPAYEE R. B (2008): “Evaluation of iris recognition system for wavefront-guided laser in situ keratomileusis for myopic astigmatism”. *J Cataract Refract Surg*, 34 (2): p.215-221.
5. KHALIFAM., EL-KATEB M., AND SHAHEEN M. S (2009), “Iris registration in wavefront-guided LASIK to correct mixed astigmatism”. *J Cataract Refract Surg*, 35 (3): p.433-437.
6. MOSHIRFAR M., CHEN M. C., ESPAN-DAR L., MEYER J. J., CHRISTENSEN D., CHRISTIANSEN S. M., DAVE S. B., BEDKE B., AND KURZ C (2009): “Effect of iris registration on outcomes of LASIK for myopia with the VISX Custom-Vue platform”. *J Refract Surg*, 25 (6): p.493-502.
7. SHEN E. P., CHEN W. L., AND HU F. R (2010): “Manual limbal markings versus iris-registration software for correction of myopic astigmatism by laser in situ keratomileusis”. *J Cataract Refract Surg*, 36 (3): p.431-436.
8. TANTAYAKOM T., LIM J. N., PURCELL T. L., NALGIRKAR A., CHENG L., AND SCHANZLIN D. J. (2008): “Visual outcomes after wavefront-guided laser in situ keratomileusis with and without iris registration”. *J Cataract Refract Surg*, 34 (9): p.1532-1537.
9. VENTER J. (2009): “Outcomes of myopic LASIK with and without NIDEK active torsion error correction”. *J Refract Surg*, 25 (11): p.985-990.
10. ZHANG J., ZHOU Y. H., WANG N. L., AND LI R. (2008): “Comparison of visual performance between conventional LASIK and wavefront-guided LASIK with iris-registration”. *Chin Med J (Engl)*, 121 (2): p.137-142.

SUMMARY

EFFECT OF IRIS REGISTRATION IN ASPHERIC LASIK ON MYOPIA WITH MYOPIC ASTIGMATISM OUTCOMES

**Purpose:** To evaluate effect of iris registration (IR) on visual outcomes for myopia with myopic astigmatism. **Methods:** The contra-lateral randomized clinical experimental study was implemented at Refractive Department of HCMC Eye Hospital during 3/2009 – 3/2010 in 53 myopic patients. The eyes with myopic astigmatism less than -0.75D were excluded from the study. Patients were divided into IR group (53 eyes) and non-IR (53 eyes) to compare the safety, efficacy, predictability, stability, contrast sensitivity and optical aberration after surgery. The effectiveness of astigmatic correction was analysed by Alpins method. A P value less than 0.05 was considered statistically significant. **Results:** There is no statistical significant difference between IR group and non-IR group about safety ( $P = 0.620$ ), efficacy ( $P = 0.840$ ), predictability ( $P = 0.865$ ), stability ( $P = 0.863$ ), spherical equivalent ( $P = 0.910$ ), Surgically induced astigmatism ( $P = 0.796$ ), Different vector ( $P = 0.947$ ), Angle of error ( $P = 0.364$ ) at 3 month post-operation. Increasing of contrast sensitivity and optical aberration is comparative between 2 groups. **Conclusions:** Visual outcomes of IR group improves similar to non-IR group.

**Key words:** Iris registration, Alpins, myopic astigmatism, Aspheric.



# ĐÁNH GIÁ TỈ SỐ QUY TỤ DO ĐIỀU TIẾT/ĐIỀU TIẾT (AC/A) Ở TRẺ EM ĐỘ TUỔI ĐI HỌC

Nguyễn Đức Anh\*, Đinh Thị Kim Ánh\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định và đánh giá ảnh hưởng của tỉ số quy tụ do điều tiết/điều tiết (AC/A) đối với tật khúc xạ ở trẻ em.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, so sánh ở 270 trẻ em từ 6 tuổi đến 15 tuổi trong đó có 190 trẻ không có tật khúc xạ và 80 trẻ có tật khúc xạ. Tỉ số AC/A là kết quả hoạt động đồng thời của đáp ứng quy tụ với một kích thích điều tiết trên một đơn vị điều tiết ấy. Trong đó điều tiết được kích thích bởi các kính (+1, +2, -1, -2) và quy tụ (hay lác ần ngang) được gây ra bởi lăng kính đứng và được đo bằng bảng Howell gần ở khoảng cách 33cm. Dựa vào giá trị điều tiết và quy tụ do điều tiết ấy gây ra để tính tỉ số AC/A kích thích.

**Kết quả:** Tỉ số AC/A là  $1,77 \pm 1,211 (\Delta/D)$  (kính +) và  $1,56 \pm 1,541 (\Delta/D)$  (kính -). Tỉ số AC/A ở nhóm cận thị là  $1,94 \pm 1,672$  và loạn thị là  $1,93 \pm 1,363 (\Delta/D)$  cao hơn nhóm không có tật khúc xạ và nhóm viễn thị là  $1,93 \pm 1,363 (\Delta/D)$  thấp hơn nhóm không có tật khúc xạ, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

**Kết luận:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ số AC/A kích thích là  $1,77 \pm 1,211 (\Delta/D)$  (Kính +),  $1,56 \pm 1,541 (\Delta/D)$  (Kính -) và tỉ số này không ảnh hưởng đến tật khúc xạ.

**Từ khóa:** Cận thị, viễn thị, loạn thị, quy tụ do điều tiết, điều tiết, tỉ số quy tụ do điều tiết/điều tiết, tỉ số AC/A.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều tiết và quy tụ là những yếu tố cơ bản ảnh hưởng đến tật khúc xạ cũng như lác ở trẻ em. Đồng động quy tụ và điều tiết có ảnh hưởng quan trọng đến chức năng nhìn gần. Quy tụ là một yếu tố của quá trình nhìn gần, trong đó quy tụ do điều tiết là thành phần quan trọng, mỗi cá thể đều có một đáp ứng quy tụ với một kích thích điều tiết và mối liên quan này được diễn đạt bằng tỉ số quy tụ do điều tiết/quy tụ (Accommodative convergence/Accommodation (AC/A)). Tỉ số AC/A có liên quan rất nhiều đến các rối loạn điều tiết, quy tụ và tật khúc xạ, khi hiểu được vai trò của tỉ số này chúng

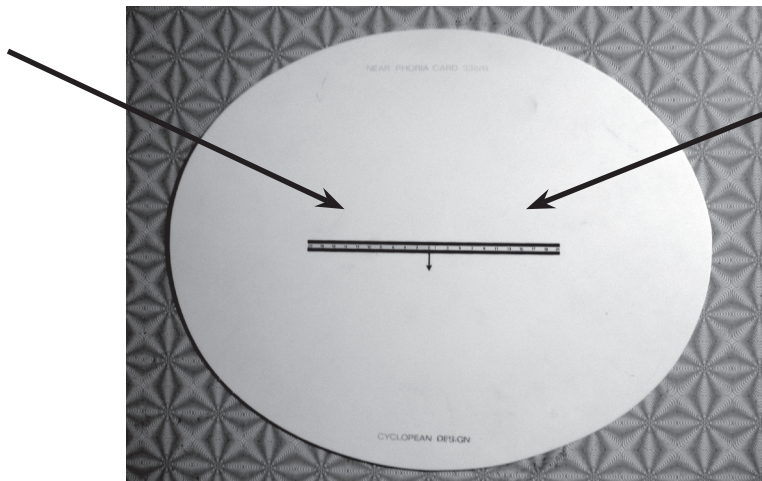
ta sẽ có phương pháp xử trí thích hợp đối với các rối loạn này. Có hai loại tỉ số AC/A : tỉ số AC/A được đo với kích thích điều tiết được gọi là **tỉ số AC/A kích thích**, còn tỉ số AC/A đo với mức đáp ứng điều tiết thực sự được gọi là **tỉ số AC/A đáp ứng**. Ngày nay, có rất nhiều phương pháp đo tỉ số AC/A và mỗi phương pháp cho giá trị tỉ số AC/A khác nhau. Có hai phương pháp đo tỉ số AC/A là phương pháp đo lác ần (heterophoria method) và phương pháp gradient (lens gradient method). Những test này dựa vào sự thay đổi điều tiết và sự thay đổi quy tụ do điều tiết ấy để tính ra tỉ số AC/A. Điều tiết được tạo ra bởi sự thay đổi khoảng cách định thị vật tiêu (phương pháp lác ần) hoặc có thể được tạo ra bởi kính (phương pháp gradient). Độ quy tụ

\*Bệnh viện Mắt Trung ương

(hay độ lác ẩn) được đo bằng phương pháp khách quan (che mắt kết hợp lăng kính (cover test)) hay phương pháp chủ quan (đũa Maddox, Von Graeffe, Thorington, Thorington cải tiến...). Một phương pháp đo độ quy tụ (hay độ lác ẩn) lí tưởng cần có sự ổn định của các thành phần quy tụ như: quy tụ trương lực cơ, quy tụ do nhận thức và quy tụ do điều tiết. Nghiên cứu của chúng tôi tính tỉ số AC/A kích thích bằng phương pháp gradient, trong đó điều tiết được tạo ra bởi các kính +1, +2, -1, -2 và lác ngang tạo ra dựa trên cơ sở của phương

pháp phân li hai hình ảnh (Dissimilar image test) bởi lăng kính đứng và độ lác chủ quan này được đo bằng bảng Howell ở khoảng cách 33cm. Được thiết kế bởi Edwin Howell, bảng Howell có 2 loại: bảng nhỏ dùng để đo độ lác gần ở khoảng cách 33cm và bảng lớn dùng để đo độ lác xa ở khoảng cách 6m. Cấu tạo của bảng Howell: gồm một dòng các con số được in ở trung tâm của bảng hình oval. Hai dòng màu đen song song nhau, có in các chữ số, mũi tên chỉ xuống dưới xuất phát từ trung tâm của đường dưới.

*Dãy chữ số  
chẵn nằm  
trên nền  
xanh*



*Dãy chữ số  
lẻ nằm trên  
nền vàng*

**Hình 1. Bảng Howell đo độ lác ẩn gần ở 33cm**

Số chẵn được in ở bên trái của mũi tên nằm trên nền xanh, số lẻ được in ở bên phải của mũi tên nằm trên nền vàng. Các số đã được định mức để xác định độ lác ẩn mà không cần dùng lăng kính. Lác trong hoặc lác ngoài được xác định bằng màu nền và bằng số chẵn hoặc số lẻ. Phân li hình ảnh được thực hiện nhờ lăng kính đứng. Thiết kế bảng hình oval để tránh hiện tượng đường viền tương tự mà cho phép bất cứ dạng hợp thị nào tại đường viền xảy ra khi cho lăng kính đứng vào. Hai đường đen nằm ngang song song nhau, với các con số tạo ra các ô sóng vuông nhỏ ngang rất hiệu quả xấp xỉ 2,5 vòng/độ. Các đường đen được thiết kế với các thang số có thể ổn định được điều tiết, cùng với ô sóng vuông

nhỏ với tần suất không gian thấp góp phần vào việc ổn định điều tiết. Nhà sản xuất chỉ ra rằng dùng bảng Howell với đôi lăng kính có kết quả tốt hơn phoropter. Bảng này đo độ lác ẩn theo phương pháp chủ quan hai hình ảnh (Dissimilar image test), dùng một lăng kính đứng để tách hình ảnh của hai mắt, và độ lác ẩn đọc trực tiếp trên bảng Howell. Giá trị độ lác ngang trung bình đo bằng bảng Howell của các tác giả khác: độ lác nhìn xa: 0 (Ortho); độ lác nhìn gần: 0 – 2 ( $\Delta$ ) XO; tỉ số AC/A đo bằng phương pháp Gradient với kính + và kính – là:  $2/1 \div 3/1$ .

Nghiên cứu này có mục tiêu: *xác định tỉ số quy tụ do điều tiết/điều tiết và đánh giá ảnh hưởng của tỉ số này đối với tật khúc xạ ở trẻ em.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

270 trẻ từ 6 tuổi đến 15 tuổi trong đó có 190 trẻ bình thường không có tật khúc xạ và 80 trẻ có tật khúc xạ.

### 2. Thời gian, địa điểm tiến hành nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành tại Bệnh viện Mắt Trung ương và cộng đồng từ tháng 2/2009 đến tháng 6/2009.

### 3. Phương pháp tiến hành nghiên cứu

**3.1. Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, so sánh.

#### 3.2. Cách thức tiến hành:

Lập hồ sơ bệnh nhân bao gồm thông tin cá nhân, bệnh sử và khám mắt.

- Khám khúc xạ:

+ Đo khúc xạ khách quan: soi bóng đồng tử nhìn xa (trước dùng thuốc liệt điều tiết và sau dùng thuốc liệt điều tiết), đo khúc xạ kế tự động.

+ Đo khúc xạ chủ quan.

- Đo tỉ số AC/A: bằng phương pháp Thorington cải tiến sử dụng bảng Howell.

\***Nguyên lí:** Dựa trên hai chỉ số: *kích thích điều tiết* tạo ra bởi kính (+1, +2, -1, -2) và *đáp ứng quy tụ (hay lác ẩn ngang)* với kính thích điều tiết ấy được tạo ra bởi lăng kính đứng và đo bằng bảng Howell gần ở khoảng cách 33cm. Từ hai chỉ số trên để tính ra tỉ số AC/A kích thích.



**Hình 2. Bệnh nhân (đã được điều chỉnh tật toàn bộ tật khúc xạ bằng gọng kính đeo) đang cầm bảng Howell ở cách 33cm**

### \*Các bước tiến hành

+ Người được khám được chỉnh toàn bộ tật khúc xạ nếu có và người khám hoặc người được khám cầm bảng Howell ở cách 33cm.

+ Đặt trước mắt phải bệnh nhân một lăng kính 8Δ đáy dưới ở trước mắt phải (để đảm bảo phân li hình ảnh hoàn toàn, vì bình thường chỉ cần 6Δ). Người khám cầm trực tiếp lăng kính hoặc đặt lăng kính vào gọng kính thử.

- Lúc này bảo cho bệnh nhân biết là họ sẽ thấy hai dòng kẻ song song nhau với hai mũi tên cùng chỉ xuống phía dưới.

- Đọc kết quả trực tiếp trên bảng Howell: khi đầu mũi tên phía trên chỉ vào chữ số lẻ nằm ở nền vàng thì chính là độ lác trong tương ứng với chữ số mà mũi tên chỉ vào, khi đầu mũi tên phía trên chỉ vào số chẵn nằm trên nền xanh thì chính là độ lác ngoài tương ứng với chữ số mà mũi tên chỉ vào.

- Sau đó, lần lượt đặt các kính +1D; +2D; -1D; -2D trước hai mắt bệnh nhân và ta lại đọc kết quả lác ẩn sau khi đặt thêm kính vào gọng kính.

- Tỉ số AC/A là sự thay đổi độ lác (độ quy tụ) trong 1D kính điều tiết gây ra, tính theo công thức:

$$\text{Tỉ số AC/A} = \frac{\Delta_0 - \Delta_1}{D}$$

Với  $\Delta_0$ : độ lác ẩn ban đầu

$\Delta_1$ : độ lác ẩn sau khi đặt kính

D : Số điốp kính thêm vào

Nếu mắt phải bệnh nhân không nhìn rõ thì có thể đặt lăng kính đáy phía dưới ở trước mắt trái. Khi đặt lăng kính ở trước mắt trái thì đọc kết quả độ lác ẩn sẽ ngược lại với khi đặt lăng kính ở mắt phải. Tức là chữ số lẻ nằm trên nền vàng là độ lác ngoài và chữ số chẵn nằm trên nền xanh là độ lác trong.

### 3.3. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả

#### 3.3.1. Đánh giá khúc xạ

- Xác định độ khúc xạ bằng phương pháp soi bóng đồng tử có liệt điều tiết (khúc xạ tự động được tham khảo).

- Độ khúc xạ tương đương cầu bằng độ khúc xạ cầu + 1/2 độ khúc xạ trụ.

- Tật khúc xạ được phân loại: Chính thị nếu khúc xạ từ -0,25D ÷ +0,25D, cận thị được xác định khi khúc xạ  $\geq -0,50DS$  đồng đều ở hai kinh tuyến chính, viễn thị khi khúc xạ  $\geq +0,50DS$  ở hai kinh tuyến chính, loạn thị khi khúc xạ khác nhau ở hai kinh tuyến và  $\geq -0,50DC$ .

**3.3.2. Tính tỉ số AC/A kích thích**

- Dựa trên kích thích điều tiết gây ra bởi các kính +1, +2, -1, -2 và độ lác ẩn (độ quy tụ) được đo bằng bảng Howell.

Tỉ số AC/A được tính: 
$$\text{Tỉ số AC/A} = \frac{\Delta_0 - \Delta_1}{D}$$

- Với  $\Delta_0$ : độ lác ẩn ban đầu
- $\Delta_1$ : độ lác ẩn sau khi đặt kính
- D: số điốp kính thêm vào

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN**

**1. Đặc điểm chung**

Độ tuổi nghiên cứu từ 6 tuổi đến 15 tuổi, độ

tuổi trung bình là  $11,05 \pm 2,27$  trong đó từ 11 đến 13 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất. Về phân bố giới với tỉ lệ Nam/Nữ  $\approx 1/1$ . Phân bố nhóm bệnh nhân với 190 trẻ bình thường hay chính thị và 80 trẻ bị tật khúc xạ trong đó cận thị có 52 trẻ chiếm 65%, viễn thị có 18 trẻ chiếm 22,5% và 10 trẻ loạn thị với tỉ lệ 12,5%.

**2. Giá trị độ lác ngang bình thường**

**2.1. Giá trị trung bình độ lác ngang bình thường** là:  $-2,49 \pm 3,023(\Delta)$ .

Giá trị độ lác từ  $-3\Delta \div 0\Delta$  chiếm tỉ lệ cao nhất. So sánh giá trị độ lác ngang giữa nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả khác có khác nhau vì mỗi tác giả sử dụng một cách thức nghiên cứu khác nhau vì vậy mà cho kết quả khác nhau. Nghiên cứu của tôi đánh giá độ lác gần dùng bảng Howell giống với nghiên cứu của Chen và Abidin (2002) với độ tuổi nghiên cứu gần giống nhau và kết quả của chúng tôi là  $-2,49 \pm 3,023(\Delta)$  cao hơn với giá trị của Chen và Abidin là  $-1,84 \pm 3,94 (\Delta)$ .

**2.2. So sánh giá trị độ lác giữa các loại tật khúc xạ**

**Bảng 2. So sánh giá trị trung bình độ lác ngang giữa các loại tật khúc xạ**

Kính		0	+1	+2	-1	-2
Bình thường	TB $\pm$ SD (PD)	-2,49 $\pm$ 3,023	-4,12 $\pm$ 3,272	-5,66 $\pm$ 3,612	-1,29 $\pm$ 2,775	0,09 $\pm$ 3,492
	n	190	190	190	190	190
Cận thị	TB $\pm$ SD (PD)	-1,15 $\pm$ 3,684	-2,50 $\pm$ 4,607	-3,92 $\pm$ 3,752	0,88 $\pm$ 4,428	2,62 $\pm$ 4,538
	n	52	52	52	52	52
Viễn thị	TB $\pm$ SD (PD)	-1,10 $\pm$ 2,807	-2,2 $\pm$ 2,573	-4,33 $\pm$ 2,5	-0,80 $\pm$ 3,225	-0,67 $\pm$ 3,354
	n	18	18	18	18	18
Loạn thị	TB $\pm$ SD (PD)	-1,03 $\pm$ 3,393	-1,97 $\pm$ 2,977	-3,69 $\pm$ 3,350	0,80 $\pm$ 3,652	1,83 $\pm$ 4,052
	n	10	10	10	10	10
$p = 1,945$						

Trong nghiên cứu của chúng tôi, với kính cộng thì các loại tật khúc xạ có độ lác ngoài thấp hơn nhóm bình thường và với kính trừ cận thị có giá trị lác trong cao nhất. Lí giải điều này có thể là: trong nhóm viễn thị có một số bệnh nhân vẫn chưa được chỉnh hoàn toàn độ viễn thị nên trẻ có xu hướng tăng điều tiết kéo theo tăng quy tụ do điều tiết vì vậy mà viễn thị có độ lác ngoài thấp hơn nhóm bình thường. Nhóm loạn thị có thể là stress thị giác (visual stress) gây tăng điều tiết vì vậy mà tăng quy tụ do điều tiết do đó dẫn tới độ lác ngoài của nhóm viễn thị thấp hơn nhóm bình thường. Nhóm cận thị có độ lác ngoài thấp hơn nhóm bình thường, thậm chí cận thị còn có độ lác trong cao nhất khi tạo ra bởi kính trừ. Nguyên nhân có thể: thứ

nhất là trong số cận thị có thể có một số trẻ bị quá mức quy tụ hoặc tổn thương điều tiết, thứ hai là có thể cũng có một số trẻ đang bị cận thị tiến triển nên tăng quy tụ điều tiết vì vậy mà có độ lác trong cao. Tuy nhiên, để khẳng định các bệnh nhân này có thực sự bị cận thị tiến triển hay không thì cần có nghiên cứu tiến cứu với nhóm bệnh nhân cận thị này để xem trẻ nào có giảm độ lác ngoài, tăng độ lác trong. Xu hướng lác trong nhìn gần ở cận thị được xem là xảy ra thứ phát sau nỗ lực điều tiết quá mức khi nhìn gần vì vậy mà dẫn tới tăng quy tụ điều tiết. Đồng thời, độ giãn điều tiết của nhóm

bệnh nhân cận thị cao hơn so với các nhóm bệnh nhân có tật khúc xạ khác, nên tăng quy tụ điều tiết → tăng độ lác trong khi nhìn gần, giải thích lí do độ lác trong của nhóm cận thị cao hơn các nhóm khác. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Kết quả trong nghiên cứu này lại khác với nghiên cứu của Chen, Chen không thấy lác ẩn trong nhìn gần và độ lờng điều tiết ở trẻ cận thị lớn hơn so với chính thị. Thêm vào đó, ở nhóm cận thị tiến triển cũng không thấy lác ẩn trong và độ lờng điều tiết lớn hơn ở nhóm cận thị ổn định.

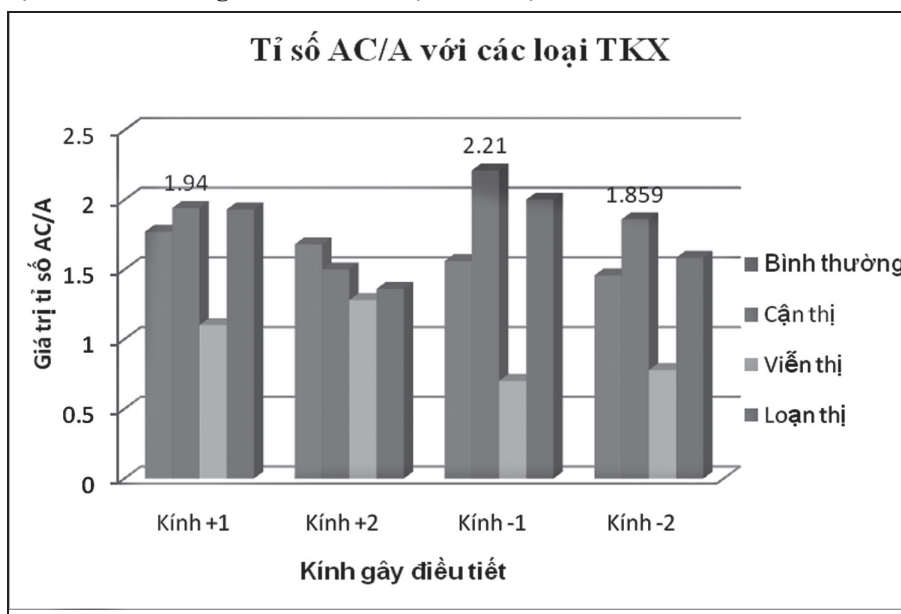
**3. Giá trị tỉ số AC/A bình thường**

**3.1. Giá trị tỉ số AC/A bình thường**

*Bảng 2. Bảng giá trị tỉ số AC/A bình thường*

Giá trị \ Kính	+1	+2	-1	-2	p < 0,05
TB ± SD	1,77 ± 1,211	1,68 ± 0,863	1,56 ± 1,541	1,457 ± 1,1002	
n	190	190	190	190	

**3.2. So sánh giá trị của tỉ số AC/A giữa các nhóm tật khúc xạ**



*Đồ thị 1. So sánh giá trị của tỉ số AC/A giữa các nhóm tật khúc xạ*



*Nhận xét:*

Kính +1: nhóm cận thị có giá trị của tỉ số AC/A cao nhất với  $1,94 \pm 1,672(\Delta)$ . Kính +2: nhóm chính thị có giá trị của tỉ số AC/A cao nhất  $1,68 \pm 0,863(\Delta)$ . Kính -1 và kính -2: nhóm cận thị có giá trị của tỉ số AC/A cao nhất với kính -1 là  $2,21 \pm 2,027(\Delta)$ , với kính -2 là  $1,859 \pm 1,2459(\Delta)$ . Nhóm viễn thị có giá trị của tỉ số AC/A thấp nhất so với các nhóm TKX khác với tất cả các kính điều tiết. Sự khác biệt của tỉ số AC/A ở các nhóm TKX không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ .

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ số AC/A kích thích gây ra bởi kính kích thích điều tiết (kính trừ) có giá trị cao nhất ở nhóm cận thị, đến loạn thị, rồi đến chính thị và thấp nhất ở nhóm viễn thị. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Donald O. Mutti. Tác giả thấy tỉ số AC/A kích thích không khác nhau với các loại tật khúc xạ khác nhau, chỉ có tỉ số AC/A đáp ứng mới có mối liên hệ rõ ràng với tật khúc xạ. Cận thị có giá trị cao nhất, rồi đến chính thị và viễn thị có giá trị thấp nhất.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ICEE, (2008): “Giáo trình khúc xạ của ICEE”, *Tài liệu dịch tiếng Việt* - Nguyễn Đức Anh, 5 :189-194.
2. EVA P F. WONG, B., M. TIMOTHY R. FRICKE, et al., (2002): “Interexaminer Repeatability of a New, Modified Prentice Card Compared with Established Phoria Tests EVA”, *Optometry and Vision Science, American Academy of Optometry* 79(6): 370-375.
3. GOSS, D. A., (2008): “Clinical Review and Research studies on AC/A ratios determined using The Modified Thorington Dissociated Phoria test”,

#### IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đánh giá tỉ số AC/A kích thích trên 270 trẻ em từ 6 tuổi đến 15 tuổi trong đó có 190 trẻ bình thường không có tật khúc xạ và 80 trẻ có tật khúc xạ. Tất cả trẻ có tật khúc xạ được điều chỉnh bằng kính. Tỉ số AC/A kích thích được tính dựa vào sự thay đổi điều tiết và sự thay đổi quy tụ do điều tiết. Điều tiết được tạo ra bởi các kính +1, +2, -1, -2. Quy tụ (lác ngang) tạo ra bởi lăng kính đứng và được đo bằng bảng Howell ở khoảng cách 33cm. Chúng tôi có một số kết luận sau:

##### 1. Tỉ số quy tụ do điều tiết/điều tiết ở trẻ em

Ở nhóm không có tật khúc xạ: tỉ số AC/A =  $1,77 \pm 1,211(\Delta/D)$  (Kính +) (n = 190) và  $1,56 \pm 1,541 (\Delta/D)$  (Kính -) (n = 190); ở nhóm có tật khúc xạ: Cận thị có tỉ số AC/A =  $1,94 \pm 1,672 (\Delta/D)$  (n=52), viễn thị có tỉ số AC/A =  $1,10 \pm 1,119 (\Delta/D)$  (n=18), loạn thị có tỉ số AC/A =  $1,93 \pm 1,363 (\Delta/D)$  (n=10).

##### 2. Ảnh hưởng của tỉ số quy tụ do điều tiết/điều tiết đến tật khúc xạ và lác

Tỉ số AC/A kích thích không ảnh hưởng đến tật khúc xạ.

*Indiana Journal of Optometry*, 11(2): 38.

4. JENNIFER C CHEN, KATRINA L SCHMID, BRIAN BROWN, BIBIANNA SY, JOHN KF LEW, (2003): “AC/A ratios in myopic and emmetropic Hong Kong children and the effect of timolol”, *Presented in part at the International Myopia Workshop, Blackheath NSW*.
5. SCHEIMAN, M., B. WICK, et al. (2002), *Clinical Management of Binocular Vision*, 324-328.
6. VON NOORDEN GK, EMILIO M., COMPUS C., (2002), “The Near Vision Complex”, *Binocular vision and Ocular motility*, 2(5):85-100.

---

**SUMMARY****ACCOMMODATIVE CONVERGENCE/ACCOMMODATION RATIO (AC/A) IN SCHOOL AGE CHILDREN**

**Purpose:** *To define the accommodative convergence/accommodation (AC/A) ratio and evaluate it's affect on refractive error.*

**Methods:** *Crosss, non-comparion study on 270 children aged from 6 to 15 with 190 emmetropic and 80 ametropic children. Refraction was measured by cycloplegic distant retinoscopy. Accommodation is stimulated by trial lenses (+1, +2, -1, -2). Phoria is caused by vertiacal prism and measured by near Howell card at 33cm. Near Howell card is used to measure phoria. The accommodation and phoria measurements were used to calculate stimulate AC/A ratios.*

**Results:** *The normal AC/A ratio is  $1.77 \pm 1.211(\Delta/D)$  with plus lenses and  $1.56 \pm 1.541 (\Delta/D)$  with minus lenses. The AC/A ratio of myopic children is highest with  $1.94 \pm 1.672(\Delta/D)$  then astigmatism with  $1.93 \pm 1.363 (\Delta/D)$  and the lowest is hyperopia with  $1.10 \pm 1.119 (\Delta/D)$ . But the difference is not statistically significant.*

**Conclusions:** *This study showed that the AC/A ratios does not affect refractive errors but larger study should be done to clarify more AC/A ratios on refractive errors.*

**Key words:** *Myopia,hyperopia, astigmatism, accommodative convergence, convergence, accommodative convergence/convergence ratio, AC/A ratios, refractive error.*

---

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MỘNG THỊT NGUYÊN PHÁT BẰNG PHẪU THUẬT GHÉP MÀNG ỒI

Nguyễn Thanh Hải\*, Phạm Như Vinh Tuyên\*, Nguyễn Quốc Việt\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị mộng thịt nguyên phát bằng phẫu thuật ghép màng ối. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng không đối chứng. **Kết quả:** Mộng thịt nguyên phát tập trung ở độ tuổi lao động chiếm tỉ lệ 69,44%. Mộng thịt độ III chiếm 71,15%. Mức độ thị lực tăng không đáng kể và mức độ loạn thị giảm đáng kể sau phẫu thuật. Kết quả đạt tốt chiếm tỉ lệ 93,75%. Tỉ lệ tái phát sau phẫu thuật 3 tháng là 2,08%. **Kết luận:** Phẫu thuật ghép màng ối điều trị mộng thịt có nhiều ưu điểm như có tính thẩm mỹ, tỉ lệ bệnh nhân hài lòng cao, tiết kiệm kết mạc. Phẫu thuật này có tỉ lệ tái phát tương đương với các phương pháp khác.

**Từ khóa:** Mộng thịt, màng ối, tái phát, kết mạc, ghép.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mộng thịt tuy không phải là nguyên nhân gây mù lòa quan trọng, song ảnh hưởng nhiều đến vấn đề thẩm mỹ, thị lực và gây kích thích khó chịu cho người bệnh. Theo thống kê của Bệnh viện Mắt Trung ương, năm 1996, mộng thịt chiếm tỉ lệ 5,24% trong tổng số dân điều tra. Có nhiều phương pháp điều trị mộng thịt đã được áp dụng như ghép kết mạc tự thân vùng rìa có hoặc không áp chất chống chuyển hóa nhằm hạn chế mộng tái phát [2], [3], [5], [6]. Hiện nay, màng ối đã được sử dụng rộng rãi trong nhãn khoa và một số tác giả trong nước đã sử dụng màng ối để điều trị loét Mooren [1], điều trị thủng giác mạc rộng [4]. Việc sử dụng màng ối điều trị mộng thịt cũng đã được các tác giả trong và ngoài nước tiến hành nghiên cứu với các kết quả khác nhau [7], [8]. Xuất phát từ những lí do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Kết quả điều trị mộng thịt nguyên phát bằng phẫu thuật ghép màng ối” nhằm đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp này.

\*Khoa Mắt, Bệnh viện Trung ương Huế

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân với chẩn đoán mộng thịt nguyên phát có chỉ định phẫu thuật ghép màng ối điều trị tại khoa Mắt, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 3/2009 đến tháng 12/2009.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng không đối chứng, đánh giá kết quả trên từng bệnh nhân.

**Màng ối:** sử dụng màng ối đồng khô đã được cất lọc và bảo quản theo tiêu chuẩn của ngân hàng Mô Hoa Kỳ và được cung cấp từ ngân hàng Mô Thành phố Hồ Chí Minh.

#### Quy trình phẫu thuật:

- Gây tê cạnh nhãn cầu bằng Lidocain 2%.
- Mộng thịt được bóc tách từ phía đầu mộng đi về phía thân mộng.
- Phẫu tích bao Tenon, tổ chức xơ sợi dưới thân mộng ra khỏi kết mạc.
- Bóc tách rộng về phía góc trong (không đến

cực lệ), cực trên và cực dưới.

- Tiến hành cắt đầu mống và thân mống. Cầm máu bằng đầu đốt lưỡng cực.

- Làm sạch các tổ chức xơ sợi ở vị trí vừa cắt bỏ mống để bộc lộ hoàn toàn củng mạc. Làm sạch các tổ chức xơ còn bám ở bề mặt giác mạc.

- Tiến hành tạo vạt màng ối với kích thước rộng hơn 1mm ở các phía của vùng củng mạc vừa bộc lộ trừ phía giác mạc. Đặt vạt màng ối vào vị trí với bờ của vạt màng ối nằm dưới bờ kết mạc.

- Tiến hành khâu cố định vạt màng ối, bờ kết mạc và củng mạc bên dưới bằng 6 - 8 mũi nylon 10.0 mũi rời, băng mắt.

**Theo dõi hậu phẫu:**

Bệnh nhân được sử dụng kháng sinh, kháng viêm, chống phù nề sau phẫu thuật. Sau phẫu thuật, bệnh nhân được khám đánh giá khi ra viện, sau khi ra viện 7 ngày, 1 tháng, 3 tháng.

**Bệnh nhân được theo dõi:**

- Thị lực, độ loạn thị trước và sau mổ.  
- Quá trình biểu mô hóa kết mạc ở vùng ghép màng ối và giác mạc vùng bóc mống.

- Các biến chứng được theo dõi: u hạt kết mạc, nốt dellen, khô mắt.

- Mống thịt được cho là tái phát khi màng xơ mạch phát triển từ mô kết mạc đi qua vùng rìa quá 1,5mm về phía giác mạc.

**Đánh giá kết quả phẫu thuật:**

- Tốt: màng ối phẳng bóng, biểu mô hóa hoàn toàn vùng ghép. Mắt không kích thích. Diện gọt giác mạc trong phẳng. Bệnh nhân hài lòng.

- Trung bình: màng ối gồ ghề, biểu mô hóa vùng

ghép. Mắt kích thích nhẹ. Diện giác mạc gọt mống để lại sẹo xơ trắng. Bệnh nhân tương đối hài lòng.

- Kém: bờ mảnh ghép gồ lên hoặc loại trừ mảnh ghép sớm, biểu mô hóa kém. Sẹo xơ trắng dày ở vị trí gọt giác mạc. Mống thịt tái phát, bệnh nhân không hài lòng.

**III. KẾT QUẢ**

**1. Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật**

Chúng tôi đã nghiên cứu 52 mắt bị mống thịt nguyên phát trên 36 bệnh nhân bao gồm 19 nam (52,78%) và 17 nữ (47,22%).

Độ tuổi trung bình là 52,64 ± 13,61. Biên độ tuổi cao, bệnh nhân ít tuổi nhất là 25 tuổi, cao nhất là 80 tuổi.

Mống thịt tập trung ở độ tuổi lao động (từ 20 đến 60 tuổi) chiếm tỉ lệ 69,44%. Có 31 bệnh nhân (86,11%) có nghề nghiệp hoặc tiền sử tiếp xúc nhiều với ánh nắng mặt trời, gió, bụi.

Mống thịt độ III chiếm tỉ lệ 71,15%.

**2. Kết quả điều trị**

**Bảng 1. Thị lực bệnh nhân trước và sau phẫu thuật (n = 52)**

Thời gian	Thị lực trung bình
Trước phẫu thuật	0,50504 ± 0,377803
Ra viện	0,52312 ± 0,373385
Sau mổ 1 tuần	0,53465 ± 0,368238
Sau mổ 1 tháng	0,54427 ± 0,367453

Qua theo dõi sau 1 tháng, đa số bệnh nhân có thị lực ổn định với thị lực trung bình là 0,54427 ± 0,367453. Sau mổ 1 tháng có 3 bệnh nhân có thị lực tăng hơn 2 dòng.

**Bảng 2. Tình trạng loạn thị của bệnh nhân trước mổ và sau mổ (n = 50)**

Thời gian	Độ loạn thị tối thiểu (D)	Độ loạn thị tối đa (D)	Độ loạn thị trung bình (D)
Trước phẫu thuật	0,25	6,50	2,3269 ± 1,60158
Ra viện	0,25	3,00	1,2885 ± 0,75632
Sau mổ 1 tuần	0,50	3,00	1,1154 ± 0,67784
Sau mổ 1 tháng	0,50	3,00	1,0577 ± 0,63712

So sánh về mức độ loạn thị trước và sau phẫu thuật chúng tôi nhận thấy rằng loạn thị sau phẫu thuật giảm đáng kể với  $p < 0,01$ .

**Bảng 3. Tình trạng biểu mô hóa giác mạc**

Tác giả	Năm	Số mắt	Phương pháp PT	Thời gian biểu mô hóa giác mạc		
				Dưới 3 ngày	4 -7 ngày	Trên 7 ngày
Lê Ngọc Lan [3]	2005	56	Cắt mộng đơn thuần phối hợp áp Mitomycin C	38 (67,86%)	16 (28,57%)	2 (3,57%)
		54	Cắt mộng đơn thuần	51 (94,44%)	3 (5,56%)	0
Nguyễn Thanh Hải	2009	52	Ghép màng ối điều trị mộng thịt nguyên phát	32 (61,54%)	16 (30,77%)	4 (7,69%)

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, thời gian biểu mô hóa giác mạc liên quan đến độ mộng và kỹ thuật gọt mộng. Thời gian biểu mô hóa giác mạc tương đương với kết quả nghiên cứu cắt mộng đơn thuần phối hợp áp Mitomycin C của Lê Ngọc Lan [3] và lâu hơn so với cắt mộng đơn thuần cũng của tác giả này. Có 28 mắt (chiếm tỉ lệ 53,85%) sau phẫu thuật 7 ngày vẫn còn cảm giác cộm xốn và chảy nước mắt. Điều này được giải thích do sự kích thích của các mũi chỉ khâu. Các triệu chứng này giảm đi và không còn sau khi cắt chỉ 1 tháng.

Sau phẫu thuật 3 tháng có 45 mắt đạt kết quả tốt, chiếm tỉ lệ 93,75%. Có 2 mắt đạt kết quả trung bình (4,17%) do mắt vẫn còn kích thích nhẹ.

Kết quả theo dõi sau phẫu thuật 6 tháng có 1 trường hợp tái phát (tỉ lệ 2,08%)

**Bảng 4. So sánh tỉ lệ tái phát với một số phương pháp khác**

Tác giả	Năm	Số mắt	Phương pháp PT	Thời gian theo dõi	Tỉ lệ tái phát (%)
David H.K. Ma [7]	2000	80	Ghép màng ối điều trị mộng thịt nguyên phát	13 tháng	3,8
Nguyễn Văn Đàm [2]	2005	44	Ghép kết mạc và trượt chuyển vạt kết mạc	9 tháng	11,86
Lê Ngọc Lan [3]	2005	56	Cắt mộng đơn thuần phối hợp áp Mitomycin C	6-12 tháng	4
		54	Cắt mộng đơn thuần	6-12 tháng	17,4
Asadollah Katbaab [8]	2008	50	Ghép màng ối điều trị mộng thịt nguyên phát	12 tháng	2
Nguyễn Thanh Hải	2009	52	Ghép màng ối điều trị mộng thịt nguyên phát	6 tháng	2,08

#### IV. BÀN LUẬN

Đây là lần đầu tiên chúng tôi tiến hành phẫu thuật điều trị mộng thịt bằng phương pháp ghép màng ối tại Huế. Về đặc điểm lâm sàng, mẫu nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu trong nước trước đó [2], [3], [5]. Mộng thịt độ III trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỉ lệ 71,15%, tương đương



với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Đàm là 64,41% [2].

Theo bảng 1, thị lực trung bình của bệnh nhân sau mổ tăng hơn so với trước mổ, sự khác biệt về thị lực trước mổ và sau mổ qua các thời điểm ra viện, sau mổ 1 tuần, sau mổ 1 tháng không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,01$ . So sánh về mức độ loạn thị trước và sau phẫu thuật cho thấy rằng, loạn thị sau phẫu thuật giảm đáng kể với  $p < 0,01$ . Sau mổ 1 tháng độ loạn thị trung bình là  $1,0577 \pm 0,63712$ , điều này được giải thích do mộng thị trước đó đã làm biến đổi độ cong của giác mạc.

Thời gian biểu mô hóa phụ thuộc nhiều yếu tố như mức độ xâm lấn của mộng vào giác mạc, có hay không sử dụng các chống chuyển hóa trong phẫu thuật và kỹ thuật gọt giác mạc. Đa số các trường hợp sau theo dõi 3 tháng khi biểu mô hóa hoàn toàn vùng trước đây là thân mộng không còn cương tụ và được phủ một lớp biểu mô mỏng. Đây là một ưu điểm của vạt ghép màng ối, vì màng ối không chứa mạch máu, do đó không gây cương tụ đem lại thẩm mỹ cao cho mắt phẫu thuật.

Sau phẫu thuật 3 tháng có 45 mắt đạt kết quả tốt, chiếm tỉ lệ 93,75%. Đây là những mắt có thân mộng trước mổ dày, sau khi cắt bỏ mộng và tổ chức xơ bên dưới thân mộng và tiến hành ghép màng ối vẫn còn sự chênh lệch về độ dày giữa hai vùng gây kích thích nhẹ. So sánh kết quả với Lê Ngọc Lan là 94,52% [3] và Nguyễn Thị Thu là 96,3% [6] tỉ lệ đạt kết quả tốt của chúng tôi thấp.

Tái phát là một trong những vấn đề được quan tâm nhất đối với phẫu thuật mộng thị. Mộng thị tái phát gây giảm thị lực và gây mất thẩm mỹ đáng kể. Các nghiên cứu ghép màng ối trước đây cho tỉ lệ tái phát cao. Tuy nhiên, các nghiên cứu ghép màng ối điều trị mộng thị gần đây lại cho tỉ lệ tái phát thấp hơn. Tỉ lệ tái phát sau phẫu thuật điều trị mộng ghép màng ối là khác nhau qua các báo cáo. Trong nghiên

cứu của chúng tôi với thời gian theo dõi 6 tháng, có tỉ lệ tái phát là 2,08%, tỉ lệ này tương đương với kết quả ghép màng ối của Asadollah Katbaab [8] và cần được theo dõi thêm. So sánh tỉ lệ tái phát trong nghiên cứu điều trị mộng thị bằng phương pháp ghép kết mạc tự thân của Lê Ngọc Lan [3], có áp Mytomycin C là 4% thì tỉ lệ tái phát của chúng tôi là thấp hơn. Tuy nhiên, với nghiên cứu của Nguyễn Văn Lành [5] là 0% thì tỉ lệ tái phát của chúng tôi lại cao hơn đáng kể.

Màng đáy màng ối có tính chất hoàn toàn giống với màng đáy của kết mạc và chứa các chất như fibronectin, collagen VII laminin-1, laminin-5 và các chất cơ bản ngoại bào đóng vai trò quan trọng trong sự biệt hoá và sự tăng sinh của các tế bào biểu mô. Tuy nhiên, các nghiên cứu cũng cho thấy rằng các yếu tố tăng trưởng cũng chỉ còn 50% trên màng ối bảo quản lạnh so với màng ối tươi và trên màng ối đông khô các yếu tố này hầu như không còn. Cơ chế ngăn cản sự tái phát của màng ối đông khô sau khi ghép nhằm tạo màng hữu cơ có tác dụng làm rào chắn ngăn cản sự phát triển của tổ chức xơ. Việc sử dụng màng ối đông khô có sẵn rất thuận tiện, là nguyên liệu thay thế cho kết mạc và có tác dụng hỗ trợ cho quá trình biểu mô hóa của bề mặt nhãn cầu. Ngoài ra, phương pháp này giúp chúng tôi tiết kiệm được đáng kể thời gian trong chuẩn bị phẫu thuật.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy rằng, phẫu thuật ghép màng ối điều trị mộng thị có nhiều ưu điểm như có tính thẩm mỹ cao, tỉ lệ bệnh nhân hài lòng cao, tiết kiệm kết mạc đối với những bệnh nhân mộng kép, mộng thị độ IV và những bệnh nhân có khả năng phải mổ glôcôm sau này. Kết quả nghiên cứu bước đầu cho thấy, phẫu thuật cắt mộng ghép màng ối là một phương pháp có hiệu quả cao trong điều trị mộng thị nguyên phát, tỉ lệ tái phát tương đương với các phương pháp khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. HOÀNG MINH CHÂU (2007): “Nghiên cứu phương pháp ghép màng ối điều trị loét Mooren”, *Tạp chí nhãn khoa Việt Nam*, Số 9, trang 74-81.
2. NGUYỄN VĂN ĐÀM (2003): “Mổ mộng ghép kết mạc vùng rìa tự thân và trượt chuyển vật kết mạc vùng rìa, kết quả bước đầu qua 44 trường hợp”, *Tạp chí nhãn khoa Việt Nam*, Số 3, trang 11-16.
3. LÊ NGỌC LAN, PHẠM THỊ KHÁNH VÂN (2005): “Hiệu quả của phương pháp cắt mộng phối hợp áp Mitomycin C trong điều trị mộng nguyên phát”, *Tạp chí nhãn khoa Việt Nam*, Số 3, trang 3-10.
4. LÊ ĐỖ THÙY LAN (2005): “Kết quả bước đầu ghép màng ối tươi nhiều lớp điều trị thủng giác mạc rộng”, *Tạp chí nhãn khoa Việt Nam*, Số 5, trang 23-28.
5. NGUYỄN VĂN LÀNH (2006): “Cắt mộng thịt nguyên phát cải tiến, ghép kết mạc tự thân mảnh rộng”, *Tạp chí nhãn khoa Việt Nam*, Số 6, trang 38-47.
6. NGUYỄN THỊ THU (2003): “Ghép kết mạc tự thân điều trị mộng thịt”, *Báo cáo khoa học tại hội nghị khoa học nữ trường đại Học Y khoa Huế năm 2003*.
7. DAVID HUI-KANG MA, LAI-CHU SEE, SU-BIN LIAU, RAY JUI-FANG TSAI (2000): “Amniotic membrane graft for primary pterygium: comparison with conjunctival autograft and topical mitomycin C treatment”, *Br J Ophthalmol*; 84: 973–978.
8. ASADOLLAH KATBAAB, HAMID-REZA ANVARI ARDEKANI, HAMID KHOSHNIYAT, HAMID-REZA JAHADI HOSSEINI (2008):, “Amniotic Membrane Transplantation for Primary Pterygium Surgery”, *J Ophthalmic Vis Res*; 3 (1): 23-27.

---

SUMMARY

THE OUTCOMES OF PRIMARY PTERYGIUM EXCISION WITH AMNIOTIC MEMBRANE TRANSPLANTATION

*The study of primary pterygium excision with amniotic membrane transplantation contribute to the treatment of pterygium. Objectives: To evaluate the outcome of primary pterygium excision with amniotic membrane transplantation. Methods: Prospective study, clinical case study with no control. Results: 69.44% patients with primary pterygia were mainly at the age 20 to 60 years. Pterygia at level III were 71.15%. After surgery visual acuity was not remarkably increased while astigmatism was reduced remarkably. Good result was 93.67%. Recurrent rate at 3 months after surgery was 2.08%. Conclusion: Pterygium excision with amniotic membrane transplantation has many benefits like highly cosmetic, meet the patient's demand and saving conjunctiva. This method has the same recurrent rate compare with other methods.*

**Key words:** Pterygium, amniotic membrane, recurrent, conjunctiva, transplantation.

---

# NGÀY XUÂN NÓI VỀ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG: GIÁ TRỊ CỦA HbA1c TRONG VIỆC KIỂM SOÁT BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

*Vũ Thị Minh Thu\*, Hoàng Anh Tuấn\**

Đái tháo đường đặc trưng bởi tình trạng tăng đường huyết kéo theo đó là các rối loạn về chuyển hóa Glucide, Protide, Lipide và khoáng chất. Những rối loạn trên nếu không được kiểm soát tốt sẽ gây nên nhiều biến chứng toàn thân. Trong đó, có các biến chứng về mắt như bệnh võng mạc tiểu đường, đục thủy tinh thể... Mục đích của điều trị là phải đưa đường huyết về giá trị bình thường. Do vậy, chế độ ăn, uống là một yếu tố hết sức quan trọng trong phác đồ theo dõi và điều trị bệnh đái tháo đường. Để đánh giá đường huyết có được kiểm soát tốt hay không, ngoài xét nghiệm đo đường huyết còn có một xét nghiệm khác rất quan trọng là xét nghiệm đo HbA1c.

## **Vậy HbA1c là gì? Vì sao nó quan trọng trong quá trình theo dõi đường huyết và kết quả điều trị?**

Như chúng ta đã biết, mức đường huyết luôn thay đổi trong ngày phụ thuộc vào chế độ ăn nên tốt nhất để xét nghiệm đường huyết là phải lấy máu bệnh nhân vào buổi sáng khi bệnh nhân chưa ăn sáng hoặc lấy máu để xét nghiệm sau khi bệnh nhân đã nhịn ăn ít nhất 8 tiếng. Điểm hạn chế của xét nghiệm đường huyết thường quy là chỉ cho ta biết được mức đường huyết tại thời điểm chúng ta lấy máu. Khác với xét nghiệm trên, xét nghiệm HbA1c cho phép đánh giá mức đường huyết trung bình của bệnh nhân trong khoảng thời gian từ 2 đến 3 tháng trước đó. Để hiểu được vì sao xét nghiệm HbA1c lại có thể cho phép đánh giá mức đường huyết trong

một khoảng thời gian chứ không phải tại một thời điểm, chúng ta cần tìm hiểu về bản chất HbA1c.

## **Bản chất của HbA1C**

Trong hồng cầu người trưởng thành bình thường có 3 loại Hemoglobin(Hb): HbA, HbA2, HbF, trong đó HbA chiếm khoảng 97% tổng lượng Hb trong cơ thể. Các loại đường đơn trong máu kết hợp với HbA tạo thành phức hợp HbA1 bằng phản ứng “đường hóa” Hemoglobine (Glycosylated Haemoglobin). Tùy thuộc vào loại đường đơn và vị trí gắn vào HbA mà có 4 loại HbA1: HbA1a1, HbA1a2, HbA1b và HbA1e. Trong đó, HbA1c chiếm 60 – 70% lượng HbA1. Hemoglobin và đường có thể tạo cầu nối ban đầu lỏng lẻo nhưng sau đó bền vững, rất khó tách được hemoglobin ra khỏi đường. Đối với HbA1, phần cầu nối lỏng lẻo thường chiếm 10% tổng số cầu nối HbA1 – đường. Sự hình thành HbA1 xảy ra rất chậm trong suốt đời sống hồng cầu (120 ngày) và số lượng HbA bị “đường hóa” phụ thuộc vào nồng độ đường huyết và thời gian tiếp xúc với đường. Vì HbA1 chiếm đa số hemoglobin bị “đường hóa” ở điều kiện bình thường. HbA1c lại chiếm 60 - 70% lượng HbA1, do đó HbA1c đại diện cho hemoglobin bị “đường hóa”. Sự tăng nồng độ hemoglobin gắn đường có thể gây nên bởi sự mới tăng nồng độ đường huyết trong một thời gian ngắn (trong đó cầu nối lỏng lẻo bị ảnh hưởng đầu tiên), nhưng thường là do tăng nồng độ đường huyết tương đối thường xuyên hay do sự tăng nồng độ đường huyết ngắt quãng mức độ cao. Do vậy, HbA1c cho cái nhìn khách quan về đường huyết trong quá

*\*Bệnh viện Mắt Trung ương*

khứ. Bình thường, HbA1c thường chiếm 4,7 – 6,4% tổng số huyết sắc tố.

**Kết quả xét nghiệm HbA1c cho ta biết**

- Đường huyết trung bình của bệnh nhân trong khoảng thời gian từ 2 đến 3 tháng vừa qua. Qua đó, có thể đánh giá kết quả điều trị trong khoảng thời gian này tốt hay xấu.

- Giúp so sánh với kết quả thử đường huyết mới làm. Nếu có điểm không phù hợp, ta có thể xem xét lại các kết quả thử máu hay các thời điểm thử máu.

- Giúp đánh giá kế hoạch kiểm soát đái tháo đường của bệnh nhân. Nếu HbA1c vẫn ở mức cao thì cần xem xét lại toàn bộ kế hoạch điều trị.

- Cho biết những sự thay đổi trong kế hoạch điều trị có tác dụng như thế nào trên kết quả điều trị bệnh đái tháo đường.

**Bảng 1. Tương quan giữa trị số HbA1c và mức đường huyết trung bình**

HbA1c (%)	Đường huyết trung bình (mg%)
4	60
5	90
6	120
7	150
8	180
9	210
10	240
11	270
12	300
13	330

**Ưu điểm của xét nghiệm HbA1c**

Phản ánh tình trạng bệnh lý đái tháo đường, chính xác hơn xét nghiệm đường huyết và đường niệu.

- Giúp quản lý bệnh đái tháo đường tốt hơn.
- Không cần quy định nghiêm ngặt về thời điểm lấy máu (lúc no, lúc đói đều được).
- Bảo quản máu để làm xét nghiệm đơn giản và được lâu (ở nhiệt độ 2- 8°C có thể bảo quản được một tuần).

Với tầm quan trọng như vậy, HbA1c là một thông số hết sức cần thiết để giúp kiểm soát đường huyết. Trước đây, HbA1c chỉ được dùng để theo dõi mức đường huyết ở bệnh nhân đái tháo đường, không dùng để chẩn đoán bệnh đái tháo đường vì người ta cho rằng HbA1c là đường nội bào (trong hồng cầu) nên thay đổi chậm theo nồng độ đường huyết và không thay đổi nhiều theo lượng đường ăn vào. Từ năm 2010, Hiệp hội Đái tháo đường Mỹ (ADA) đã đưa ra bản hướng dẫn điều trị bệnh đái tháo đường tít 2, trong đó, coi HbA1c không những là một chỉ số để theo dõi đường huyết mà còn là một tiêu chí chẩn đoán bệnh đái tháo đường. Theo đó, nếu xét nghiệm HbA1c mà cao hơn 6,4% là bị mắc bệnh đái tháo đường.

Trong thực tế, cứ sau dịp Tết cổ truyền Việt Nam, rất nhiều người bệnh đái tháo đường phải đi cấp cứu vì đường máu tăng quá cao, nhiều người ở trong tình trạng nguy kịch, hôn mê, thậm chí tử vong. Nguyên nhân chủ yếu là do người bệnh đái tháo đường đã chủ quan, tự ý bỏ điều trị, không xét nghiệm theo dõi mức đường huyết, uống thuốc không đều, ăn không điều độ, uống quá nhiều rượu bia... Thật vậy, các thức ăn truyền thống của ngày tết vốn không thích hợp cho người đái tháo đường vì có quá nhiều chất béo như giò thủ, canh măng chân giò... hoặc dễ làm tăng đường huyết như xôi, bánh chưng... Vì vậy, trước khi vào bữa ăn, nên ăn một lượng nhỏ thức ăn không làm tăng đường máu nhiều để tạo cảm giác no, khi vào bữa chính sẽ không ăn quá nhiều. Nên ăn những thức ăn có lợi như các món cá hay món sa lát có trộn giấm vì có thể dùng để điều hoà đường huyết. Các đồ ngọt như bánh, mứt, nước ngọt nên hết sức hạn chế vì nó làm tăng đường huyết rất nhanh. Các loại rượu mạnh cũng nên tránh vì mang thêm nhiều calo thừa và có thể gây hạ đường huyết nếu uống nhiều mà lại ăn ít quá hoặc không ăn. Tuy nhiên, một chút vang đỏ lại có lợi cho sức khoẻ của người bệnh đái tháo đường, giúp bảo vệ hệ tim mạch.

# BÁO CÁO LÂM SÀNG 3 TRƯỜNG HỢP VIÊM CÙNG MẠC HOẠI TỬ SAU MỔ MỘNG

*Phạm Thị Khánh Vân\*, Vũ Thị Tuệ Khanh\*, Lê Thị Ngọc Lan\*,  
Phạm Ngọc Đông\*, Hoàng Thị Minh Châu\*, Phạm Thu Lan\*\**

## TÓM TẮT

**Mục đích:** Mô tả đặc điểm lâm sàng của các ca viêm cùng mạc hoại tử (VCMHT) do nhiễm trùng sau phẫu thuật mộng tại tuyến tỉnh, cách chẩn đoán và kết quả điều trị.

**Đối tượng và phương pháp:** Mô tả đặc điểm lâm sàng của 3 ca VCMHT sau mổ mộng, cách chẩn đoán, thái độ và cách xử trí, nhập viện từ tháng 10 năm 2007 đến tháng 7 năm 2008 tại khoa Kết giác mạc, Bệnh viện Mắt Trương ương.

**Kết quả:** Gồm 3 bệnh nhân (BN) biểu hiện áp xe cùng mạc ở gần vị trí mộng đã được phẫu thuật. Không có BN nào có tiền sử mắc bệnh toàn thân như viêm khớp hoặc các bệnh thuộc nhóm bệnh tự miễn khác. Tốc độ máu lắng trong giới hạn bình thường. Kết quả xét nghiệm vi sinh cho thấy 1 bệnh phẩm có nấm, 2 bệnh phẩm có *Pseudomonas aeruginosa*. 2 BN khỏi sau điều trị nội khoa, cùng mạc mỏng nhưng không có biểu hiện dẫn lồi, tổ chức sẹo xơ trên kết mạc hình thành điển hình. Một trường hợp viêm cùng mạc do nấm, không đáp ứng với điều trị nội khoa, hiện tượng nhiễm nấm lan rộng, không bảo tồn được nhãn cầu.

**Kết luận:** VCMHT nhiễm trùng là một biến chứng nặng nề sau phẫu thuật mộng mắt và có tiên lượng xấu. Biến chứng này phải được nghĩ đến, được chẩn đoán sớm và điều trị can thiệp một cách tích cực hi vọng bảo tồn được nhãn cầu.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

VCMHT là hình thái bệnh nặng nhất trong các hình thái viêm cùng mạc. Bệnh có nguy cơ cao gây tình trạng mất thị lực cũng như sự toàn vẹn của nhãn cầu. Tuy vậy, điều may mắn là tỉ lệ VCMHT nhiễm trùng sau phẫu thuật chỉ chiếm tỉ lệ thấp. Theo thống kê trên 266 BN tại khoa miễn dịch Massachusetts Eye and Ear Infirmary có 95% số BN bị VCMHT, nhưng chỉ có 19% số BN VCMHT có tác nhân gây bệnh là vi khuẩn hoặc nấm, tức là có yếu tố nhiễm trùng và nghiên cứu không chỉ rõ tỉ lệ VCMHT nhiễm trùng có liên quan đến phẫu

thuật [1]. Một số tác giả đã báo cáo về VCMHT nhiễm trùng sau phẫu thuật, nhưng với số lượng BN trong mỗi báo cáo từ 2 đến 5 BN. Bệnh cần được chẩn đoán sớm và điều trị tích cực nhằm mục đích bảo tồn nhãn cầu.

## II. MÔ TẢ CÁC CA BỆNH

### BN 1: Nữ, 75 tuổi

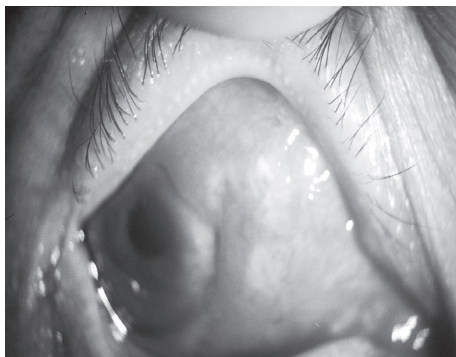
BN đến khám tại BV Mắt TU vào ngày 26/03/2008 với triệu chứng MP đau nhức, sưng đỏ, chảy nước mắt nhiều, co quắp mi sau phẫu thuật cắt mộng vào tháng 1/2008. BN đã được phẫu thuật thay thể thủy tinh (2 mắt) cách thời điểm vào viện khoảng hơn một năm tại tuyến y tế

\*Khoa Kết – Giác mạc, BV Mắt TU

\*\*Khoa Xét nghiệm vi sinh, BV Mắt TU

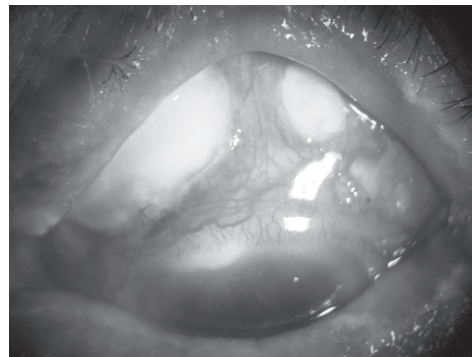


tình. BN không có tiền sử bệnh toàn thân như cao huyết áp, tiểu đường, bệnh hệ thống cơ, xương, khớp. Thị lực lúc vào viện mắt phải (MP) 1,5/10 qua kính lỗ 7/10; mắt trái (MT) 6/10 qua kính lỗ 9/10. Nhãn áp 2M bình thường. Mắt trái không thấy tổn thương. Khám MP thấy toàn bộ kết mạc nhãn cầu phù nề; hệ mạch máu kết mạc nông và sâu cương tụ, nốt màu trắng ở vùng khe mi, phía mũi, kích thước khoảng 2mm (Ảnh 1). Kết quả nhuộm soi bệnh phẩm là chất hoại tử lấy khi thực hiện phẫu thuật mở thăm dò kết mạc - củng mạc cho thấy sợi nấm. Thuốc chống nấm đường uống (Sporal 100mg x 2 viên/ngày), tra mắt (dung dịch fungizone 0,01% x 10 lần/ngày); truyền rửa túi kết mạc (dung dịch fungizone 0,01% x 1 lần/ngày),



**Ảnh 1. BN 1 tổn thương lúc vào viện**

tiêm dưới kết mạc (fluconazole 0,2% x 0,5ml/ngày). Thời gian điều trị theo liệu trình nêu trên kéo dài 6 tuần, mở ổ áp xe 3 lần và làm xét nghiệm vi sinh cho kết quả như nhau: nhuộm soi thấy sợi nấm, kết quả nuôi cấy là *Aspergillus flavus*. Trong quá trình điều trị, hiện tượng hoại tử củng mạc lan rộng lên phía và lan vòng theo vùng rìa giác củng mạc, kết mạc nhãn cầu phù và cương tụ đỏ sẫm. BN đau nhức sâu trong mắt, âm ỉ kéo dài, mất ngủ. Đến tuần thứ 7, khối thâm nhiễm lan từ vùng rìa giác củng mạc phía trên qua mép mỡ thay thế thủy tinh cũ và đi vào tiền phòng, giác mạc phù, củng mạc hoại tử sâu, rộng, lộ hắc mạc ở đáy ổ hoại tử (Ảnh 2). Thị lực MP là đếm ngón tay. Phẫu thuật bỏ nhãn cầu đã được tiến hành.



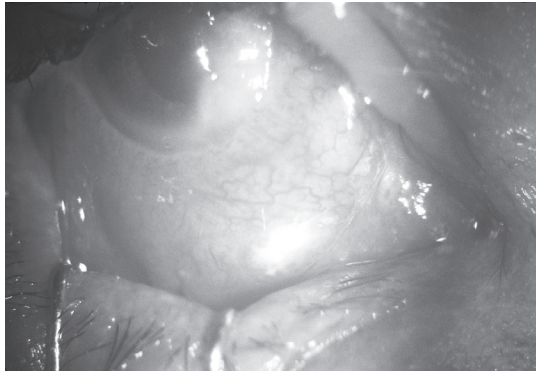
**Ảnh 2. BN 1 tổn thương trước khi bỏ nhãn cầu**

**BN 2: Nữ, 57 tuổi**

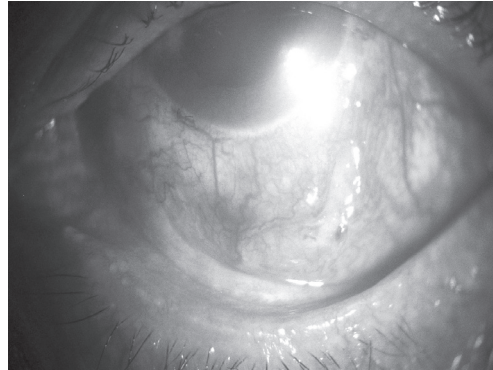
BN vào viện ngày 8/07/2008 vì MP đau nhức, sung đỏ mắt và chảy nước mắt. Phẫu thuật cắt mộng đã được tiến hành tại tuyến tỉnh cách thời điểm vào viện 3 tuần cùng bên mắt bị đau. Sau phẫu thuật, mắt liên tục bị đỏ kèm theo đau nhức tăng dần lên. BN không có tiền sử chấn thương mắt và các bệnh toàn thân. Thị lực lúc vào viện MP 1/10; MT 2/10 qua kính lỗ 2 mắt thị lực tăng 4/10. Nhãn áp 2 mắt bình thường. Khám thấy 2 mắt đục nhân thể thủy tinh độ II, còn soi rõ đáy mắt, không thấy tổn thương đáy mắt. Khám bán phần

trước nhãn cầu thấy giác mạc có sẹo xơ (sau khi gọt đầu mộng), tiền phòng sâu, không có mủ, dấu hiệu Tyndal (-). Kết mạc nhãn cầu phù, cương tụ hệ thống mạch nông và sâu. Củng mạc phía dưới – trong có vùng vô mạch màu trắng vàng, không có kết mạc che phủ kích thước khoảng 3mm và gần với vùng thân mộng cũ (Ảnh 3). Kết quả nhuộm soi, nuôi cấy bệnh phẩm lấy từ ổ hoại tử củng mạc thấy *Pseudomonas aeruginosa*. BN được điều trị bằng thuốc tra mắt (Ciprofloxacin x 8 lần/ngày; atropin 1% x 2 lần/ngày) và truyền rửa túi kết mạc (fortum 1g x 0,2g/100ml/ngày x 10 ngày). Khám

lâm sàng thấy kết mạc hết thâm nhiễm và chất hoại tử sau 3 tuần điều trị. Tra dexamethasone (Maxitrol® Alcon) x 4 lần/ngày được chỉ định ở tuần thứ 4. BN xuất viện sau 6 tuần điều trị, thị lực MP là đếm ngón tay 2m (Ảnh 4).



*Ảnh 3. BN 2 tổn thương lúc vào viện*

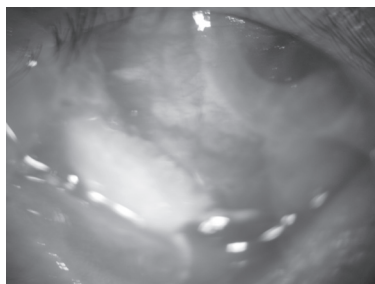


*Ảnh 4. BN 2 lúc xuất viện*

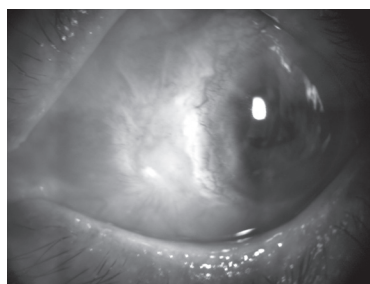
**BN 3: Nữ, 55 tuổi**

BN vào viện ngày 16/07/2008 vì mắt trái đau nhức, sung đỏ mắt và chảy nước mắt. Phẫu thuật cắt mộng đã được tiến hành tại tuyến tỉnh cách thời điểm vào viện 5 tuần cùng bên mắt bị đau. Sau phẫu thuật 3 ngày, BN thấy trong mắt xuất hiện khối màu trắng ở gần vị trí thân mộng đã cắt. BN vẫn tra thuốc Tobrex 4 lần/ngày do bác sĩ kê đơn sau mổ. Mắt không bớt đỏ và thấy khối trắng trong mắt lớn

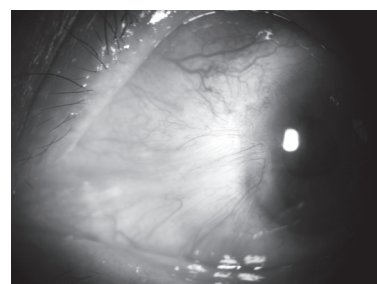
hơn, BN đến BV Mắt TƯ. Thị lực lúc vào viện MP 8/10, MT 3/10. Khám MT: Giác mạc trong, có tua nhỏ bám mặt sau giác mạc, Tyndal (+), đồng tử dẫn 3mm, gai thị bình thường. Cung mạc góc dưới, phía mũi hoại tử rộng, kích thước 8 x 5mm. Kết mạc nhãn cầu phù, cương tụ mạnh hệ mạch nông và sâu (Ảnh 5). Vận nhãn bình thường. Kết quả nhuộm soi và nuôi cấy bệnh phẩm lấy từ ổ hoại tử củng mạc thấy *Pseudomonas aeruginosa*.



*Ảnh 5. BN 3 tổn thương lúc vào viện*



*Ảnh 6. BN 3 lúc xuất viện*



*Ảnh 7. BN 3 sau 3 tháng xuất viện*

Liệu trình điều trị trong thời gian 6 tuần từ lúc vào viện đến khi ra viện là tra mắt Moxifloxacin 0,5% (Vigamox® Alcon) 1 giờ/lần x 2 ngày, sau đó giảm liều 6 lần/ngày. Khi ổ hoại tử sạch, không còn thâm nhiễm tra dexamethasone (Maxitrol® Alcon) x 4 lần/ngày ở tuần thứ 4 trong quá trình điều trị. BN xuất viện khi ổ hoại tử hết hoàn toàn và tổ chức

xơ mạch kết mạc che lấp toàn bộ vùng củng mạc hoại tử. Thị lực ra viện MT 1/10 qua kính lỗ 4/10 (Ảnh 5, 6).

**III. BÀN LUẬN**

VCMHT sau phẫu thuật mộng đã được các tác giả đề cập đến, tổn thương thường gần vị trí

phẫu thuật và BN đến viện với các triệu chứng cơ năng sung đỏ mắt, chảy nước mắt nhiều, đặc biệt triệu chứng đau nhức mắt, âm i kéo dài, nặng thì BN có thể mất ngủ. Tác nhân gây bệnh thường gặp là trực khuẩn Gram âm như chủng *Pseudomonas* và nấm sợi như chủng *Aspergillus* hoặc *Fusarium*. Tổn thương do trực khuẩn Gram âm thường nông, rộng, tính chất hoại tử nhanh, mắt BN nhiều tiết tố bản, do đó BN thường đến bệnh viện sớm trong khoảng vài tuần sau phẫu thuật [2, 3, 4]. Với các trường hợp VCMHT do nấm, thời gian bị bệnh dài vài tháng, cá biệt có thể tới vài năm hay 10 năm. Khi BN đến khám, tổn thương chỉ là nốt hoại tử nhỏ ở củng mạc nhưng khi tiến hành mở thăm dò củng mạc thấy tổn thương ở lớp sâu của củng mạc, mất tổ chức củng mạc để lộ lớp hắc mạc phía dưới, vùng hoại tử có thể khô, không thấy chất hoại tử [2, 4]. VCMHT do nấm có tiên lượng nặng hơn, khó điều trị hơn và thị lực giảm nhiều hơn VCMHT do vi khuẩn. Theo kinh nghiệm của nhiều tác giả, VCMHT sau phẫu thuật cần được chẩn đoán sớm, ngay lập tức xác định tác nhân gây bệnh, điều trị nội khoa tích cực bằng kháng sinh phổ rộng tra tại mắt [2, 4, 5, 6]. Vấn đề điều trị corticosteroid là chống chỉ định trong VCMHT do nấm, chính điều này cũng làm cho bệnh trở nên

khó không chế hơn. Chỉ định tra corticosteroid trong điều trị VCMHT do vi khuẩn có thể ngay từ đầu phối hợp cùng tra kháng sinh phổ rộng hoặc cẩn thận hơn khi dấu hiệu của bệnh đã giảm. Can thiệp phẫu thuật chỉ được đặt ra khi bệnh đã ổn định và có dấu hiệu phỏng hắc mạc hay phôi kẹt hắc mạc, có nguy cơ phôi kẹt tổ chức nội nhãn [5, 6]. VCMHT có thể xảy ra sau phẫu thuật thay thể thủy tinh có đường rạch củng mạc, phẫu thuật cắt dịch kính, phẫu thuật đai củng mạc. Nguyên nhân là do đốt cầm máu quá kĩ, để hở củng mạc, dùng các chất chống chuyển hóa hoặc nguyên tắc vô trùng không đảm bảo trong phẫu thuật. Ngoài ra, một số bệnh toàn thân có thể là điều kiện thuận lợi cho bệnh xuất hiện như bệnh đái tháo đường, bệnh viêm khớp hoặc một số bệnh ở mắt viêm mù túi lệ, đã có tiền sử bị viêm củng mạc hoặc BN đang sử dụng thuốc ức chế miễn dịch toàn thân cũng như tại mắt [1, 3, 6].

#### IV. KẾT LUẬN

VCMHT nhiễm trùng là một biến chứng nặng nề sau phẫu thuật mộng mắt và có tiên lượng xấu. Biến chứng này phải được nghĩ đến, được chẩn đoán sớm và điều trị can thiệp một cách tích cực hi vọng bảo tồn được nhãn cầu.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. SAINZ DE LA MAZA Z, JABBUR NS, FOSTER CS: "Severity of scleritis and episcleritis", *Ophthalmology*, 1994, 101: 389 – 396.
2. PRASHANT GARG et al: "Fungal infection of sutureless self - sealing incision for cataract surgery", *Ophthalmology* 2003, 110: 2173 – 2177.
3. DOUGLAS A. J, ABDULBAKI MUDUN, DUNN J. P, MARTA J. M. EPISCLERITIS AND SCLERITIS: "Clinical features and treatment results", *Ophthalmology*, 2000, 130: 469 – 476.
4. CHUAN- YI SU, TSAI J. J, YO - CHEN CHANG: "Immunologic and Clinical manifestations of infectious scleritis after pterygium excision", 2006, 25: 663 - 666.
5. STEPHEN J TUFT, PETER G WATSON, "Progression of Scleral Diseases", *Ophthalmology*, 1991, 98: 467 – 47.
6. SENG - EI TI, DONALD T. H. TAN: "Tectonic Corneal Lamellar Grafting for Severe Scleral Melting after Pterygium", *Ophthalmology* 2003, 110: 1126 – 1136.

---

**SUMMARY****SURGICALLY INDUCED NECROTIZING SCLERITIS FOLLOWING PTERYGIUM EXCISION**

**Purpose:** *Review clinical presentation, management and prognosis of infectious scleritis following pterygium excision surgery.*

**Methods:** *Series cases study of clinical presentation and management of 3 cases of infectious scleritis after pterygium excision was seen between October 2007 to July 2008.*

**Results:** *All of 3 patients presented with scleral abscesses surrounding the site of pterygium excision. None of them had any history of systemic autoimmune diseases. All serologic test was negative. Erythrocyte sedimentation rates were within normal limits. Fungal filaments were seen in smears from scleral scrapings in one case, Pseudomonas aeruginosa was cultured in 2 cases. All three cases resolved on medical therapy. Conjunctival healing was complete but scleral thinning was seen underlying the conjunctiva.*

**Conclusion:** *Surgical induced necrotizing scleritis is one of severe complications of postoperative pterygium surgery. The prognosis is poor. Early diagnosis, aggressive and appropriate medical and surgical treatment might have improved the prognosis.*

---

# VIÊM GIẢ U TỔ CHỨC HỐC MẮT

*Trần Đức Đệ\*, Hoàng Cương\**

Viêm giả u tổ chức hốc mắt (pseudo-tumeur inflammatoire) là một thuật ngữ mới nhưng càng ngày càng được nhiều người công nhận. Cho đến nay, vẫn tồn tại nhiều thách thức đối với căn bệnh này trên các lĩnh vực: thuật ngữ, mô bệnh học, chẩn đoán và cách điều trị.

Viêm giả u hốc mắt bao gồm những bệnh cảnh hoặc những tên bệnh mà trước đây ta gọi là: viêm tự phát (vô căn) tổ chức hốc mắt (TCHM), viêm TCHM không kèm theo viêm nhiễm toàn thân hay bệnh hệ thống, tăng sản lym-phô TCHM, viêm TCHM dạng không phân định (dạng chuyển thể).

Các tiêu chí để chẩn đoán phải dựa vào:

- Đặc tính lâm sàng.
- Chẩn đoán hình ảnh.
- Đáp ứng với điều trị bằng corticoide.
- Xét nghiệm mô bệnh học: hình ảnh tổn thương không đặc hiệu.

## 1. Dịch tễ học

Giả u dạng viêm chiếm 8% so với u hốc mắt. Bệnh có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi kể cả trẻ em nhưng thường gặp ở người lớn trên 40 tuổi. Không có sự khác biệt về tỉ lệ mắc giữa hai giới hay giữa hai mắt, thường là chỉ ở một bên.

## 2. Bệnh cảnh lâm sàng

Bệnh thường có xu hướng mạn tính, diễn tiến từ 15 ngày đến 3 năm, tiến triển thường nhanh hơn

*\*Bệnh viện Mắt Trung ương*

so với u hốc mắt.

Có 5 dấu hiệu chính:

- Lồi mắt một bên, mức độ lồi trung bình khoảng 8mm, lồi thẳng trục, gặp trong 80% các trường hợp.

- Tổn thương vận nhãn, thường xuất hiện sớm, có thể tổn thương tất cả các cơ. Hạn chế vận nhãn và song thị gặp khoảng 70%. Sụp mi rất hay gặp, biểu hiện sớm.

- Dấu hiệu viêm nhiễm và thâm nhiễm tế bào viêm ở các mức độ rất khác nhau: phù mi, xuất huyết kết mạc, phù kết mạc. Thường gặp trong 90% các trường hợp.

- Đau xung quanh hoặc sau hốc mắt trong 50% các trường hợp.

- Giảm thị lực gặp trong 25% các trường hợp khi tổ chức viêm chèn ép vào dây thị giác. Trên lâm sàng thấy hình ảnh của viêm gai thị, nếp gấp hắc võng mạc hay bong võng mạc nội khoa.

Bệnh có thể thuyên giảm tự phát hoặc sau điều trị thử bằng corticoide. Tái phát cũng thường thấy, có khi ở bên đối diện.

Các thể lâm sàng có 3 dạng: cấp, bán cấp và mạn tính.

Các cấu trúc của hốc mắt bị tổn thương có thể là:

- Viêm tuyến lệ.
- Viêm cơ.
- Viêm phần trước hốc mắt.
- Hội chứng đình hốc mắt.
- Viêm hốc mắt tỏa lan.



### 3. Chẩn đoán hình ảnh

Bilan chẩn đoán bao gồm: chụp cắt lớp vi tính, chụp nháy, siêu âm hốc mắt, chụp mạch.

**3.1. Siêu âm hốc mắt:** thấy những vùng tăng âm giới hạn không rõ với hình giảm âm trong tổn thương.

- Dày củng mạc hậu nhãn trong trường hợp nhiễm trùng đoạn sau.

- Dày cơ trong trường hợp viêm cơ.

- Dày và hình hai bờ dây thị giác trong trường hợp dịch bao thị giác.

**3.2. Chụp cắt lớp vi tính:** là một trong những phương pháp đặc hiệu trong chẩn đoán giả u dạng viêm với những lớp cắt axiales và coroneales dày 3mm, có thể tiêm thuốc đối quang.

Tất cả các cấu trúc của tổ chức hốc mắt đều có thể bị ảnh hưởng, do vậy các hình thái tổn thương trên phim CT có thể là:

\* *Viêm cơ:* tổn thương thường một cơ nhưng có thể nhiều cơ. Dày toàn bộ cơ, bờ không đều, khi quá trình viêm xâm lấn vào tổ chức mỡ thì việc phân định ranh giới các cơ rất khó khăn. Đối với cơ chéo trên kèm theo tổn thương rỗng rọc.

\* *Viêm củng mạc:* thường tổn thương tổ chức lân cận nhất là bao tenon. Dày củng mạc hậu nhãn xâm lấn vào tổ chức mỡ đầu trên dây thị giác.

\* *Viêm dây thị giác:* tiến triển viêm có thể tổn thương màng dây thị giác. Biểu hiện dày bờ dây thị giác. Tổn thương tổ chức mỡ lân cận biểu hiện bằng tăng tỉ trọng.

\* *Viêm tuyến lệ:* tuyến lệ phì đại bờ không đều phía trần hốc mắt, có thể thâm nhiễm dọc bờ ngoài cơ thẳng ngoài.

\* *Dạng lan tỏa:* là tổn thương đa hình thái, đa cấu trúc nhất là tổ chức mỡ. Biểu hiện bằng các tổn thương không đồng nhất. Trong trường hợp cấp tính thấy tăng tỉ trọng các cơ, giảm tỉ trọng trong

chóp cơ. Trường hợp lan tỏa thường phối hợp viêm cơ, viêm củng mạc, viêm dây thị giác.

Phim CT rất giá trị cho chẩn đoán viêm giả u TCHM, cụ thể là:

- Trong bệnh cảnh viêm giả u thấy được dạng khu trú các cơ hay tuyến lệ và dạng lan tỏa toàn bộ hốc mắt.

- Tăng đậm độ sau tiêm thuốc cản quang trong bệnh cảnh cấp tính. Dạng tổn thương cũ và xơ hoá khi tổ chức mỡ bị xâm lấn bởi tổ chức xơ.

- Lòe mắt vừa phải, không do khối u.

- Những thay đổi xương thành hốc mắt hiếm thấy. Nhất là di lệch hướng thành xoang sàng đối với thành trong hốc mắt, tổn thương này hay gặp trong bệnh basedow. Trong bệnh cảnh giả u dạng viêm không bao giờ thay đổi cấu trúc xương như ở khối u hốc mắt.

- Các xoang thường bình thường. Viêm xoang đi kèm không phải là dấu hiệu của quá trình bệnh.

### 3.3. Cộng hưởng từ hạt nhân

Khu trú nhiễm trùng biểu hiện tăng tín hiệu nhưng không đặc hiệu, mặt khác tăng tín hiệu tổ chức mỡ hốc mắt là điều kiện đánh giá lan tỏa của quá trình nhiễm trùng.

### 4. Chẩn đoán phân biệt trên Xquang và lâm sàng

\* *Hội chứng Tolosa-Hunt:* Bệnh căn không biết, biểu hiện nhiễm trùng mạn tính không đặc hiệu ở đỉnh hốc mắt và xoang hang. Thoái triển nhanh sau điều trị corticoid. Trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính thấy hình ảnh canxi trong xoang hang.

\* *Bệnh Basedow:* Chẩn đoán phân biệt dễ dàng đối với giả u dạng viêm với đặc điểm: rối loạn chức năng tuyến giáp thường đã biết, không đau, có thể hạn chế vận nhãn, lòe mắt hai bên.

*\* Trên chụp cắt lớp vi tính thấy:*

- Tổn thương nhiều cơ thường cả hai bên cân đối.

- Thường bị ở cơ thẳng trong, thẳng dưới.

Hiếm khi tổn thương cơ riêng biệt.

- Không bao giờ tổn thương cơ thẳng ngoài cũng như rất hiếm cơ thẳng trên.

- Dày phần sau chùm cơ và cân cơ phía trước không bị tổn thương.

- Di lệch thành trong hốc mắt/mảnh sàng do phì đại cơ thẳng trong.

- Có thể giảm đậm độ cơ do thâm nhiễm mỡ.

- Đậm độ tổ chức mỡ còn bình thường với giới hạn quanh cơ.

- Không bao giờ dày ròng rọc và bao tenon.

- Thực tế chỉ chẩn đoán phân biệt viêm giả u TCHM và bệnh Basedow chỉ đặt ra khi có lỗi mắt một bên hoặc khi các xét nghiệm chức năng tuyến giáp bình thường.

*\* U lim-phô hốc mắt:*

- Thường liên quan đến người có tuổi, không có dấu hiệu nhiễm trùng, không đau.

- CTScanner: có thể tổn thương nhiều cơ, tuyến lệ, tổ chức đỉnh hốc mắt.

- U lim-phô tuyến lệ lúc đầu chỉ ở một phần của tuyến, sau đó xâm lấn rất nhanh có thể kèm theo mòn xương thành hốc mắt.

- Tổn thương cơ thường chỉ một cơ với hình ảnh dày toàn bộ cơ giống như viêm cơ. Xâm lấn tổ chức mỡ đỉnh hốc mắt và dạng dải thường gặp.

*\* Những quá trình nhiễm trùng bệnh cần đã biết:*

Với khai thác tiền sử và bệnh cảnh lâm sàng sẽ giúp chẩn đoán phân biệt viêm giả u TCHM với viêm xoang, viêm TCHM có dị vật hốc mắt, vết thương xuyên hốc mắt, tắc tĩnh mạch mắt, một số bệnh hệ thống có biểu hiện tại mắt như sarcoidose, lupus...

## **5. Chẩn đoán mô bệnh học**

Nên chỉ định mổ sinh thiết rộng rãi với các trường hợp mạn tính, điều trị thất bại và các trường hợp tái phát. Tuy nhiên, ta không thể sinh thiết các trường hợp tổn thương khu trú ở đỉnh hốc mắt hay sau nhãn cầu, tổn thương chỉ khu trú ở cơ.

Hình ảnh tổ chức học không đặc hiệu: thâm nhiễm tế bào lim-phô, loại tế bào nhỏ trưởng thành, đa dòng, tăng thể tích các cấu trúc hốc mắt do phù, xơ hóa và sợi hóa, tăng sinh tân mạch và thâm nhiễm tế bào lim-phô quanh thành mạch.

Trong những trường hợp mạn tính, điều trị nhiều lần rất khó chẩn đoán bằng các xét nghiệm mô bệnh học thường quy, khi đó phải tiến hành thêm các xét nghiệm về chỉ thị khối u (marqueurs tumoraux): định loại tế bào lim-phô, tế bào đơn hay đa dòng, tìm kháng thể CD20...

## **6. Điều trị**

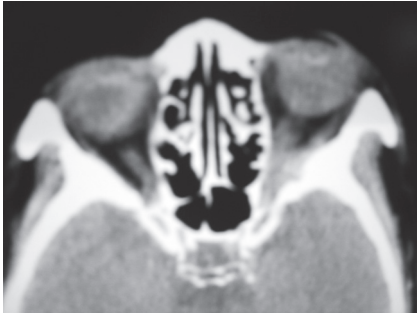
Các loại corticosteroid là sự lựa chọn đầu tay, tia xạ liều thấp hay các thuốc ức chế miễn dịch cũng có thể được áp dụng và đem lại sự cải thiện nhanh chóng. Thế nhưng vẫn có những trường hợp thất bại hay tái phát khi bệnh nhân kháng cortizol hoặc bị chẩn đoán nhầm.

## **7. Kết luận**

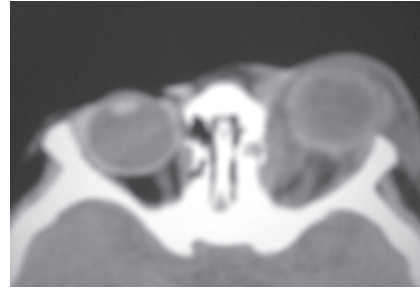
- Viêm giả u TCHM là một bệnh lí phức tạp, hình thành do kết hợp của cả ba cơ chế: viêm nhiễm, rối loạn miễn dịch, tự miễn dịch, thường có xu hướng mạn tính, tuy nhiên chức năng thị giác được bảo tồn khá lâu.

- Dựa vào lâm sàng, chụp cắt lớp vi tính định hướng rất nhiều cho việc chẩn đoán viêm giả u TCHM trước khi làm xét nghiệm mô bệnh học.

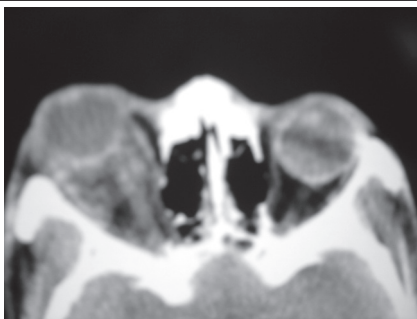
- Điều trị bằng cortizol là sự lựa chọn hàng đầu để kiểm soát căn bệnh này.



*Dày toàn bộ cơ thặng dưới, thặng ngoài trái bờ không đều*



*Dày toàn bộ cơ thặng trong trái và dày củng mạc hậu nhãn*



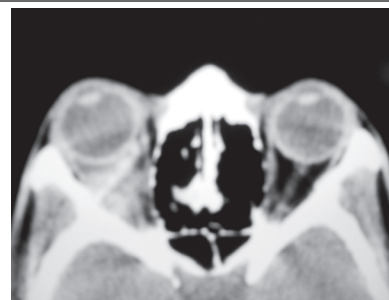
*Thâm nhiễm tổ chức mỡ và dày củng mạc hậu nhãn phải*



*Dày toàn bộ tuyến lệ trái và củng mạc hậu nhãn*



*Dày toàn bộ dây thị giác trái bờ không đều*



*Thâm nhiễm toàn bộ tổ chức mỡ hốc mắt phải với dày củng mạc hậu nhãn*



*Phì đại cơ thặng trên, thặng trong và thặng dưới trong bệnh Basedow*



# TIẾN TRIỂN NẶNG CỦA THOÁI HOÁ HOÀNG ĐIỂM TUỔI GIÀ VÀ MÀNG TRƯỚC VÕNG MẠC SAU PHẪU THUẬT THỦY TINH THỂ

*Hồ Xuân Hải\**

## Tóm tắt

*Chúng tôi mô tả một ca lâm sàng với biểu hiện nặng lên nhanh chóng của bệnh lý thoái hoá hoàng điểm tuổi già và màng trước võng mạc sau phẫu thuật thủy tinh thể. Bệnh nhân được phẫu thuật phaco đặt thủy tinh thể nhân tạo mềm, phẫu thuật diễn ra không có biến cố. Diễn biến trong 3 tháng đầu hậu phẫu thuận lợi, bệnh nhân phục hồi thị lực tốt. Từ tháng thứ 3, bệnh nhân giảm dần thị lực do phù hoàng điểm không đáp ứng với điều trị nội khoa, kèm theo sự xuất hiện của màng trước võng mạc tiến triển nhanh và sự nặng lên nhanh chóng của bệnh lý thoái hóa hoàng điểm tuổi già sẵn có từ trước.*

## 1. Bệnh nhân

Bệnh nhân nam 87 tuổi, đến khám vào tháng 04/2009 vì hai mắt nhìn mờ. Thăm khám trên sinh hiển vi cho thấy bán phần trước hoàn toàn bình thường kèm theo đục thủy tinh thể tiến triển hai mắt với thị lực mắt phải 1/10, mắt trái 2/10 (qua kính lỗ không tăng). Khám đáy mắt bằng kính 90 diop, phát hiện hai mắt có rải rác drusen kích thước trung bình rải, phân bố chủ yếu ngoài cung mạch thái dương. Bệnh nhân được chẩn đoán hai mắt: đục thủy tinh thể kèm theo thoái hoá hoàng điểm tuổi già.

Bệnh nhân được phẫu thuật phaco-IOL mắt phải 4/2009, phẫu thuật diễn ra không có biến cố với thị lực sau mổ là 5/10, nhãn áp bình thường.

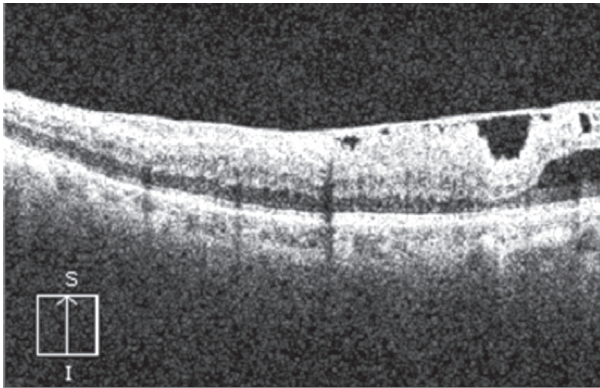
Sau mổ 3 tháng, bệnh nhân thấy nhìn mờ nhẹ mắt phải, không đau nhức. Thị lực mắt phải giảm còn 3/10, nhãn áp bình thường. Khám trên sinh hiển vi, phát hiện bán phần trước sạch, IOL cân, dịch kính sạch, vùng hoàng điểm không có ánh

trung tâm. Do bệnh nhân cao tuổi nên chỉ định chụp mạch huỳnh quang không đặt ra, bệnh nhân được chụp OCT và phát hiện phù hoàng điểm với độ dày vùng hoàng điểm là 280 micromet. Bệnh nhân được điều trị acetazolamid uống (kèm kali), thuốc tra tại chỗ corticoid và chống viêm non-steroid và được khám định kì hai tuần, thị lực không cải thiện đáng kể.

Sau mổ 6 tháng, bệnh nhân tiếp tục được điều trị nội khoa nhưng thị lực không cải thiện. Bệnh nhân được làm OCT kiểm tra và phát hiện ngoài phù hoàng điểm, còn có sự hình thành của màng trước võng mạc vùng hoàng điểm. Tuy nhiên, màng trước võng mạc ở mức độ nhẹ, chưa gây co kéo võng mạc và mạch máu vùng hoàng điểm, bệnh nhân cũng chưa xuất hiện triệu chứng nhìn hình biến dạng hoặc nhìn đôi... Do mức độ của màng trước võng mạc và thể trạng bệnh nhân, nên chúng tôi chưa đưa ra chỉ định phẫu thuật. Ngoài ra, hình ảnh đáy mắt còn cho thấy sự xuất hiện các drusen trung bình ở vùng hậu cực, biểu hiện sự tiến triển của bệnh lý thoái hoá hoàng điểm tuổi già.

*\*Khoa Đáy mắt - màng bồ đào,  
Bệnh viện Mắt Trung ương*





**Hình 1. Ảnh OCT vùng hoàng điểm 18 tháng sau phẫu thuật**

Tháng 11 năm 2010 (18 tháng sau phẫu thuật), bệnh nhân đến khám lại vì thị lực mắt phải giảm nghiêm trọng kèm nhìn vật biến dạng nhiều. Thị lực

mắt phải đếm ngón tay 4 mét, nhãn áp bình thường. Hình ảnh đáy mắt cho thấy màng trước võng mạc tiến triển dày lên, co kéo mạnh võng mạc và mạch máu vùng hoàng điểm, gây xuất huyết trước võng mạc. Bên cạnh đó là sự nặng lên của bệnh lí thoái hoá hoàng điểm tuổi già với sự tăng số lượng và kính thước drusen vùng hoàng điểm. Chụp mạch huỳnh quang đáy mắt, cho thấy hình ảnh mạch máu võng mạc bị co kéo làm đổi hướng nặng, hiệu ứng che lấp của đám xuất huyết trước võng mạc, một số điểm rò huỳnh quang nhẹ của mạng lưới mao mạch quanh hoàng điểm và phù hoàng điểm kín đáo...

Bệnh nhân được lên kế hoạch để tiến hành phẫu thuật cắt dịch kính điều trị màng trước võng mạc.



**Hình 2. Ảnh đáy mắt và ảnh chụp mạch huỳnh quang 18 tháng sau phẫu thuật**

## 2. Bàn luận

Sự xuất hiện của màng trước võng mạc và sự tiến triển nặng lên của thoái hoá hoàng điểm tuổi già sau phẫu thuật thủy tinh thể đã được đề cập nhiều lần trong y văn.

Màng trước võng mạc sau phẫu thuật thủy tinh thể hay phẫu thuật nội nhãn nói chung là một biểu hiện của quá trình tăng sinh dịch kính võng mạc. Những vi chấn thương trong mổ và hiện tượng viêm sau mổ đã kích thích tạo nên một lớp màng trên bề

mặt võng mạc với bản chất có thể từ nhiều nguồn tế bào khác nhau: tế bào biểu mô sắc tố, tế bào thần kinh đệm, tế bào liên kết ...[1]. Chỉ định phẫu thuật màng trước võng mạc chỉ đặt ra khi màng gây giảm thị lực nặng hoặc gây nhìn đôi hoặc gây méo hình.

Mặt khác, các giả thuyết về cơ chế nặng lên của thoái hoá hoàng điểm tuổi già gồm: cơ chế viêm, cơ chế tác động của ánh sáng, cơ chế vi chấn thương do phẫu thuật. Thuyết về cơ chế viêm nêu lên vai trò của phản ứng viêm sau mổ làm giải



phóng các đại thực bào, các cytokine tiền viêm và gây phù hoàng điểm dạng nang, đều là các yếu tố góp phần vào hiện tượng tăng sinh tân mạch. Thuyết về cơ chế ánh sáng cho rằng, phẫu thuật thủy tinh thể đã loại bỏ vai trò bảo vệ của thủy tinh thể đục đối với vùng hoàng điểm do khả năng lọc tia cực tím. Vì vậy, hiện nay, việc sử dụng thủy tinh thể nhân tạo có màu vàng nhằm lọc tia cực tím đã được phổ biến rộng rãi, dù hiệu quả cần được kiểm chứng thêm. Ảnh hưởng của ánh sáng mạnh từ sinh hiển vi phẫu thuật trong mổ cũng được nêu lên. Vi chấn thương trong phẫu thuật như sự thay đổi áp lực hốc mắt và nội nhãn, sự đứt gãy của màng Bruch, sự xuyên mạch của đại thực bào... được một số tác giả cho là nguyên nhân của

sự tiến triển của thoái hoá hoàng điểm tuổi già sau phẫu thuật [2].

Dù kết quả của các nghiên cứu về tác động của phẫu thuật thủy tinh thể lên tiến triển của thoái hoá hoàng điểm tuổi già còn nhiều mâu thuẫn, đa số tác giả đều thống nhất về ích lợi cải thiện thị lực của phẫu thuật thủy tinh thể trên bệnh nhân bị bệnh lý này [3].

### 3. Kết luận:

Trên những bệnh nhân đã sẵn có bệnh lý hoàng điểm tuổi già hoặc màng trước võng mạc mức độ nhẹ (bệnh hoàng điểm giấy bóng kính...), cần giải thích kỹ cho bệnh nhân về khả năng tiến triển nặng của bệnh sau mổ thủy tinh thể và theo dõi hậu phẫu chặt chẽ sau mổ để phát hiện và xử trí kịp thời các biến chứng của bệnh.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. JAHN CE, MINICH V: “*Epi-retinal membranes after extracapsular cataract surgery*”, *Ophthalmology* 2007, 54.
2. BROCKMANN J: “*Cataract Refract Surg 2008*”.
3. “*Nghiên cứu AREDS 27*” (2009).

# NGÂN HÀNG MẮT

*Phạm Ngọc Đông\**

Với sự phát triển của y học hiện đại, ghép giác mạc đã trở thành một biện pháp điều trị có hiệu quả một số bệnh lý giác mạc, đem lại ánh sáng cho người bệnh. Ngân hàng Mắt ra đời để đáp ứng với nhu cầu về nguồn giác mạc ghép an toàn cho bệnh nhân. Sự phát triển của ghép giác mạc luôn phải gắn liền với sự phát triển của ngân hàng Mắt.

Ngân hàng Mắt là một tổ chức phi lợi nhuận, có chức năng:

- Đảm bảo cung cấp giác mạc an toàn để ghép cho bệnh nhân.

- Đảm bảo việc phân phối giác mạc công bằng.

Ngày nay, hầu hết các ngân hàng Mắt không chỉ chú ý đến việc cung cấp giác mạc, mà còn tổ chức vận động truyền thông hiến giác mạc, cảm ơn và chăm sóc gia đình người hiến. Để có nguồn giác mạc an toàn phục vụ cho ghép, ngân hàng Mắt có thể tổ chức những hoạt động sau đây:

- Xây dựng hệ thống thu nhận giác mạc tại bệnh viện: tổ chức mạng lưới cộng tác viên, thông báo tin khi có người hiến tiềm năng,...

- Đào tạo các cộng tác viên về tuyên truyền vận động hiến giác mạc.

- Thu nhận giác mạc từ người hiến.

- Đánh giá, bảo quản giác mạc.

- Phân phối giác mạc đến các cơ sở ghép.

- Tuyên truyền vận động hiến giác mạc.

- Tôn vinh, chăm sóc gia đình người hiến giác mạc.

Để có được giác mạc an toàn ghép cho bệnh nhân, ngân hàng Mắt có các hoạt động như sau:

## 1. Sàng lọc người hiến

Người hiến được sàng lọc nhằm loại trừ những người mắc những bệnh có thể lây sang người nhận. Việc sàng lọc được thực hiện thông qua:

- Hỏi tiền sử người hiến.

- Khai thác thông tin trong hồ sơ bệnh án của người hiến.

- Khám toàn thân và tại mắt người hiến.

- Làm các xét nghiệm để phát hiện những bệnh lý có thể lây truyền qua đường ghép giác mạc.

## 2. Đánh giá giác mạc người hiến

Đánh giá giác mạc để chọn lựa được những giác mạc có chất lượng tốt, đảm bảo cho ghép giác mạc đạt kết quả tốt. Việc đánh giá giác mạc có thể được thực hiện tại nơi lấy giác mạc và ở ngân hàng Mắt

- Tại nơi lấy giác mạc: đánh giá đại thể giác mạc bằng đèn pin: phát hiện các tổn thương như sẹo, dị vật...

- Tại Ngân hàng Mắt:

- + Đánh giá đại thể bằng mắt thường: đánh giá độ trong giác mạc, các tổn thương như trợt, bong biểu mô...

- + Khám trên hiển vi đèn khe: đánh giá độ trong giác mạc, tình trạng biểu mô, nhu mô, màng descemet.

- + Khám bằng hiển vi phản gương (specular microscope): đánh giá hình dạng và số lượng của tế bào nội mô giác mạc.

\*Khoa Kết giác mạc, Bệnh viện Mắt Trung ương

### 3. Bảo quản giác mạc

Giác mạc được bảo quản bằng dung dịch đặc biệt (thông dụng là Optisol hoặc MK), trong điều kiện nhiệt độ ổn định từ 2 - 4°C. Nếu dùng dung dịch Optisol, có thể bảo quản được giác mạc trong thời gian từ 10 - 14 ngày. Ở các nước châu Âu, ngân hàng Mắt thường áp dụng phương pháp bảo quản ở nhiệt độ phòng, trong một dung dịch đặc biệt. Phương pháp này có thể bảo quản giác mạc trong vòng một tháng nhưng rất đắt tiền.

### 4. Tiêu chuẩn mô dùng để ghép cho người nhận

Không phải ai cho giác mạc cũng đều được thu nhận. Nguồn giác mạc cho phải an toàn và hữu ích đối với người nhận nên cần có những tiêu chuẩn để sàng lọc. Mô của những người cho sau đây chứa đựng nguy cơ tiềm ẩn gây hại cho nhân viên ngân hàng Mắt và phải được đặc biệt lưu ý:

- Viêm gan virus hoạt tính.
- Hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải (AIDS) hoặc HIV (+).
- Viêm não virus hoạt tính hoặc viêm não không rõ nguyên nhân.
- Bệnh Creutzfeldt – Jacob.
- Bệnh dại.

### 5. Chống chỉ định

Mô của những người cho sau đây có khả năng đe dọa đến sức khỏe người nhận hoặc có nguy cơ ảnh hưởng đến sự thành công của phẫu thuật và sẽ không dùng cho mục đích phẫu thuật

#### 5.1. Với ghép giác mạc xuyên

- \* Chết không rõ nguyên nhân.
- \* Bệnh Creutzfeldt - Jacob (CJD), biến thể của bệnh Creutzfeldt - Jacob (CJD) hoặc thành viên của gia đình bị bệnh Creutzfeldt - Jacob.
- \* Chết do bệnh thần kinh không rõ chẩn đoán.

\* Chứng mất trí, trừ khi là do bệnh mạch máu não, u não hoặc chấn thương vùng đầu. Người hiến bị mất trí do ngộ độc hoặc do bệnh chuyển hoá có thể để xem xét, cần thiết phải xin ý kiến và được giám đốc y tế thông qua.

- \* Viêm xơ não toàn bộ bán cấp.
- \* Bệnh não trắng đa ổ tiến triển (progressive multifocal leukoencephalopathy).
- \* Bệnh rubeon bẩm sinh.
- \* Hội chứng Reyes.
- \* Viêm não virus hoạt tính hoặc viêm não không rõ nguyên nhân hoặc bệnh não tiến triển.
- \* Nhiễm trùng huyết đang tiến triển (do vi khuẩn, nấm, virus).
- \* Viêm nội tâm mạc do vi khuẩn hoặc nấm.
- \* Viêm gan virus hoạt tính.
- \* Bệnh dại.
- \* Những bệnh nội sinh tại mắt:
  - Ung thư võng mạc.
  - U ác tính bán phần trước nhãn cầu hoặc ung thư tuyến ở mắt nguyên phát hoặc di căn
  - Viêm mắt hoặc viêm nội nhãn hoạt tính: viêm kết mạc, viêm giác mạc, viêm củng mạc, viêm mống mắt, viêm màng bồ đào, viêm dịch kính, viêm hắc mạc, viêm võng mạc.

- Những rối loạn bẩm sinh hoặc mắc phải tại mắt sẽ ảnh hưởng đến thành công của phẫu thuật, ví dụ: sẹo ở trung tâm giác mạc người cho, bệnh giác mạc hình chóp, bệnh giãn giác mạc hình cầu.

- Mộng hoặc những tổn thương nông của kết mạc hoặc bề mặt giác mạc lan đến vùng quang học trung tâm của mảnh ghép.

- \* Tiền sử có phẫu thuật nội nhãn hoặc phẫu thuật bán phần trước
  - Phẫu thuật điều trị tật khúc xạ, ví dụ: rạch giác mạc hình lan hoa, đắp bồi giác mạc,...
  - Phẫu thuật laser điều trị tật khúc xạ, mảnh

ghép được phép sử dụng trong trường hợp ghép để kiến tạo bề mặt nhãn cầu hoặc ghép lớp sau.

- Giác mạc từ những bệnh nhân đã được phẫu thuật bán phần trước (ví dụ: phẫu thuật đục thể thủy tinh đặt thủy tinh thể nhân tạo, phẫu thuật lỗ rò điều trị bệnh glôcôm) có thể được dùng nếu khám trên hiển vi nội mô đáp ứng được tiêu chuẩn nội mô của ngân hàng Mắt.

- Laser điều trị như laser argon tạo hình vùng bề, laser quang đông võng mạc. Mảnh ghép của những người hiến này có thể dùng cho ghép giác mạc xuyên nhưng cần cân nhắc kỹ lưỡng.

\* Bệnh bạch cầu.

\* U hạch bạch huyết ác tính hoạt động.

\* Người cho bị viêm gan B có kháng nguyên bề mặt dương tính.

\* Nhiễm HTLV - I hoặc HTLV - II.

\* Người được ghép màng cứng.

\* Người hiến có phản ứng huyết thanh dương tính với virus viêm gan C.

\* Người hiến có phản ứng huyết thanh dương tính với HIV.

\* Người có nguy cơ cao: những người như sau cần phải loại khỏi danh sách người hiến mắt (xét theo tiêu chí về hành vi, tiền sử bệnh để loại trừ):

- Những người đàn ông có quan hệ tình dục với người đàn ông khác trong vòng 5 năm trở lại.

- Những người đã được tiêm không phải vì lí do y tế trong vòng 5 năm trở lại đây, gồm: tiêm bắp, tiêm ven hoặc tiêm dưới da.

- Những người bị bệnh ưa chảy máu hoặc liên quan đến bất thường đông máu mà đã nhận yếu tố đông máu từ người khác.

- Những người đàn ông và phụ nữ đã quan hệ tình dục vì tiền hoặc ma túy trong vòng 5 năm trở lại.

- Những người có quan hệ tình dục trong vòng 12 tháng trở lại với những người được mô

tả ở mục a ® d ở trên hoặc với người đã biết hoặc nghi ngờ HIV, viêm gan B hoặc viêm gan virus C.

- Những người phơi nhiễm trong vòng 12 tháng trở lại được xác định hoặc nghi ngờ nhiễm HIV, HBV và hoặc HCV qua việc tiêm chủng dưới da hoặc qua việc tiếp xúc với vết thương hở, da hoặc niêm mạc bị tổn thương.

- Những người tiếp xúc gần với người khác bị bệnh viêm gan virus trong vòng 12 tháng trước khi hiến mắt.

- Những người đã hoặc được điều trị bệnh giang mai hoặc bệnh lậu trong vòng 12 tháng trở lại.

- Những người trong vòng 12 tháng trước khi hiến mắt đã xăm mình, điều trị châm cứu, bấm lỗ tai, xuyên lỗ trên cơ thể bằng những dụng cụ dùng chung.

**\* Những tiêu chí loại trừ đặc biệt đối với người hiến mắt là trẻ em**

- Những trẻ em có những tiêu chí loại trừ như trên của người lớn.

- Trẻ em có mẹ bị nhiễm HIV hoặc mẹ có tiêu chí loại trừ về hành vi hoặc xét nghiệm (không cần quan tâm đến tình trạng HIV của họ) cũng không được chấp nhận là người hiến mắt trừ khi trường hợp:

*Trẻ em trên 18 tháng có mẹ bị nhiễm hoặc có nguy cơ nhiễm HIV, không bú sữa mẹ trong vòng 12 tháng trước khi hiến và có xét nghiệm kháng thể kháng HIV âm tính, khám toàn thân và bệnh án không thấy có bằng chứng của nhiễm HIV có thể được nhận là người hiến.*

- Trẻ em từ 18 tháng trở xuống có mẹ bị nhiễm hoặc có nguy cơ nhiễm HIV mặc dù không bú mẹ trong vòng 12 tháng trước khi hiến cũng không được chấp nhận hiến mắt bất kể kết quả xét nghiệm HIV của chúng thế nào.

**\* Những tiêu chí xét nghiệm và y học khác để loại trừ**

- Những người không thể xét nghiệm HIV do từ chối, mẫu máu không đủ (ví dụ: máu bị pha loãng có thể cho kết quả âm tính giả) hoặc những lí do khác.

- Những người có phản ứng nhanh với kháng thể HIV - 1 hoặc HIV - 2 bất kể kết quả của xét nghiệm bổ sung.

**\* Tiêu chí loại trừ với người hiến đã tiêm vắc xin đậu mùa**

- Tiêm vắc xin đậu mùa không có biến chứng: Những người hiến mắt đã tiêm vắc xin đậu mùa không có biến chứng được lấy mắt nếu vùng tiêm vắc xin đã bong vảy, đã liền và không có viêm hoặc 21 ngày sau khi tiêm vắc xin.

- Tiêm vắc xin đậu mùa có biến chứng nhưng đã xử trí: Sẽ được lấy mắt nếu là 14 ngày sau khi đã hết biến chứng hoàn toàn hoặc 21 ngày sau khi tiêm vắc xin.

- Tiêm vắc xin có biến chứng nhưng không xử trí sẽ không lấy mắt.

- Triệu chứng tiếp xúc của người tiêm vắc xin đậu mùa: Những người hiến mắt có tiếp xúc với người tiêm vắc xin đậu mùa nếu có dấu hiệu hoặc triệu chứng nghi do virus thì phải sau 14 ngày mới hiến mắt được.

**5.2. Với ghép lớp hoặc phủ giác mạc, ghép bồi giác mạc (Epikeratoplasty)**

Tiêu chuẩn giống như ghép xuyên, nhưng có thể dùng những mô có bệnh mắt tại chỗ gây ảnh hưởng đến nội mô hoặc có những phẫu thuật mắt trước đó không gây tổn thương đến nhu mô giác mạc (ví dụ không có thể thủy tinh, viêm mống mắt).

Thời gian từ khi chết đến khi giác mạc được bảo quản có thể kéo dài hơn.

**5.3. Mô củng mạc:** Tiêu chuẩn giống như ghép lớp.



## ☞ Hội nghị ngành mắt và Đại hội nhân khoa Việt Nam

· **Hội nghị PCML và Khoa học kỹ thuật ngành Mắt Việt Nam năm 2010**

· **Đại hội đại biểu toàn quốc Hội Nhân khoa Việt Nam nhiệm kỳ 2010 - 2015**

· **Hội nghị Phòng chống mù loà liên quốc gia khu vực Đông Nam Á và Châu Á - Thái Bình Dương**

Diễn ra từ ngày 11 đến 17/12/2010 tại Hà Nội, có trên 600 đại biểu đại diện các thầy thuốc nhãn khoa trong nước và quốc tế tham dự. Đại hội đại biểu hội Nhân khoa Việt Nam đã bầu 64 bác sĩ nhãn khoa vào Ban chấp hành nhiệm kỳ 2010 - 2015 và GS. Nguyễn Trọng Nhân được bầu lại giữ chức chủ tịch Hội.

## ☞ Mục tiêu Thanh toán bệnh mắt hột gây mù tại Việt Nam vào năm 2013

**15 tỉnh trọng điểm có tỉ lệ quặm mắt hột cao nhất nước, ước khoảng 80.000 ca**

**Quỹ Fred Hollows hỗ trợ 300.000 USD để thực hiện mục tiêu này**

Thanh toán quặm mắt hột gây mù tại Việt Nam vào năm 2013 là mục tiêu và chủ đề chính mà các đại biểu thảo luận tại “Hội thảo xây dựng kế hoạch thanh toán quặm mắt hột gây mù ở Việt Nam giai đoạn 2011 - 2013” được tổ chức tại Hà Nội từ ngày 25 đến 27/12/2010 do Bệnh viện Mắt TƯ phối hợp với Quỹ Fred Howlows (FHF) chủ trì, với sự tham gia của Bộ Y tế, đại diện 15 tỉnh được xem là trọng điểm có tỉ lệ quặm mắt hột cao, bao gồm: Bắc Giang, Bắc Ninh, Hà Nội (khu vực Hà Tây cũ), Hải Dương, Hưng Yên, Nam Định, Ninh Bình, Thái Bình, Vĩnh Phúc, Phú Thọ, Thanh Hoá, Thái Nguyên, Yên Bái, Nghệ An, Ninh Thuận.

Trên thế giới hiện có khoảng 6 triệu người mù do

mắt hột. Qua các cuộc điều tra của Bệnh viện Mắt TƯ, hiện bệnh mắt hột tuy đã giảm nhưng vẫn là một trong 5 nguyên nhân gây mù chủ yếu ở Việt Nam (sau bệnh đục thể thủy tinh, các bệnh lý bán phần sau, glôcôm và sẹo giác mạc), chiếm tỉ lệ 1,7% tổng số người mù. Nếu chỉ tính số người quặm mắt hột dưới độ tuổi 70, ước tính có tới 80.000 ca quặm cần được mổ.

Tại Hội thảo, các đại biểu đã đánh giá tình trạng tồn đọng quặm mắt hột hiện nay và đề mục tiêu giảm tỉ lệ quặm do mắt hột ở nhóm tuổi dưới 70 trong cộng đồng dưới 0,2% trong giai đoạn 2011-2013; Phẫu thuật khoảng trên 60.000 ca quặm; Tăng cường giáo dục truyền thông và có kế hoạch đánh giá, kiểm tra, giám sát các hoạt động mổ quặm thường xuyên...

## ☞ Chương trình tập huấn “Tiếp cận các phương pháp giảng dạy mới trong nhãn khoa”

Từ ngày 5-7/1/2011, Bệnh viện mắt TƯ tổ chức chương trình tập huấn “Tiếp cận các phương pháp giảng dạy mới trong nhãn khoa”, với 30 bác sĩ nhãn khoa đang tham gia các hoạt động đào tạo nhãn khoa ở các tỉnh thành: Hà Nội, Hải Phòng, TP. Hồ Chí Minh, Cần Thơ, Đà Nẵng, Khánh Hòa tham dự. Đây là khoá tập huấn thuộc chương trình tăng cường hoạt động đào tạo nhãn khoa tại Bệnh viện Mắt TƯ nằm trong khuôn khổ Dự án “Nâng cao năng lực Bệnh viện Mắt TƯ” do tổ chức FHF và AP tài trợ.

Mục tiêu cụ thể của khoá tập huấn này là: phác thảo các bước để phát triển bộ giáo trình đào tạo nội trú, xem xét khung chương trình và sách giáo khoa mới; Lập 3 phương án cải thiện kỹ năng thuyết trình; Chia nhóm thảo luận về vai trò của quy trình phản hồi thông tin trong giảng dạy; Mô tả các phương pháp mới đánh giá kỹ năng; Khai thác các nguồn lực Internet trong giảng dạy...

**Đỗ Xuân Hồng**

## ĐIỂM TIN SỰ KIỆN NĂM 2010

### → ORBIS HOÀN THÀNH DỰ ÁN CHĂM SÓC MẮT NÔNG THÔN TẠI YÊN BÁI

Sau ba năm (6/2007 - 12/2010), dự án chăm sóc mắt do ORBIS tài trợ tại tỉnh Yên Bái đã kết thúc với 2.676 ca phẫu thuật đục thể thủy tinh được thực hiện, trong đó có 400 ca mổ phaco. Dự án đã hoàn thành mục tiêu xây dựng các dịch vụ có chất lượng về phẫu thuật đục thể thủy tinh cho người lớn tuổi và quản lý tật khúc xạ cho học sinh tại thành phố Yên Bái, thị xã Nghĩa Lộ và huyện Lục Yên.

Dự án cũng đã hỗ trợ tăng cường trang thiết bị nhãn khoa thiết yếu cho các cơ sở chăm sóc mắt tại tuyến tỉnh và huyện, cũng như tập huấn nâng cao năng lực cho đội ngũ cán bộ y tế trong mạng lưới chăm sóc mắt ban đầu của tỉnh.

### → FHF VÀ HỘI THẢO XÂY DỰNG CHƯƠNG TRÌNH VÀ GIÁO TRÌNH ĐÀO TẠO NHÃN KHOA LẦN II

Từ ngày 27 – 30/12/2010, tại VNIO đã diễn ra buổi hội thảo xây dựng chương trình đào tạo và giáo trình đào tạo cho bác sĩ và điều dưỡng chuyên khoa mắt. Đây là hội thảo lần II, tiếp theo sau hội thảo lần I năm 2009.



Hoạt động này nằm trong khuôn khổ của dự án “Hỗ trợ nâng cao năng lực cho Bệnh Viện Mắt Trung Ương” do Atlantic Philanthropies và Quỹ

Fred Hollows cùng tài trợ. Một sản phẩm quan trọng của dự án là làm ra được hai bộ sách giáo khoa thống nhất trong cả nước, dành cho bác sĩ CK I, nội trú mắt và điều dưỡng mắt. Hoạt động này đã kết nối được các giáo sư, bác sĩ đầu ngành và là phụ trách các bộ môn mắt tại 8 trường đại học Y trong cả nước tham gia biên soạn.

Hội thảo lần thứ nhất, diễn ra vào năm 2009, đã thống nhất được chương trình đào tạo, nội dung đào tạo và phân công tác giả viết các bài của giáo trình. Hội thảo lần này đã thống nhất được nội dung chuẩn cho hơn 2.500 trang sách dùng chung cho tất cả các cơ sở đào tạo nhãn khoa tại Việt Nam. Dự kiến bộ giáo trình sẽ được hoàn thành vào cuối năm 2011.

### → 834 BỆNH NHÂN ĐƯỢC GHÉP GIÁC MẠC NHỜ DỰ ÁN NGÂN HÀNG MẮT VÀ TRUYỀN THÔNG HIẾN TẶNG GIÁC MẠC

Thông qua Dự án xây dựng Ngân hàng Mắt đầu tiên tại Việt Nam (năm 2004) và dự án Tăng cường truyền thông hiến tặng giác mạc (năm 2007), tổ chức Orbis đã góp phần không nhỏ vào việc thúc đẩy việc hiến, ghép giác mạc, góp phần phục hồi thị lực cho các bệnh nhân mù liên quan tới giác mạc tại Việt Nam. Với hai dự án này, ORBIS là tổ chức phi chính phủ quốc tế đầu tiên hỗ trợ Việt Nam xây dựng ngân hàng mắt.

Từ trường hợp hiến giác mạc đầu tiên năm 2006 đến nay, Ngân hàng Mắt đã thu nhận được 185 giác mạc hiến tặng của người Việt Nam, 187 giác mạc từ các mắt chấn thương phải mức bỏ nhãn cầu tại các bệnh viện trong nước, cùng với 335 giác mạc do ORBIS và các nguồn viện trợ khác. Dự án đã ghép giác mạc mang lại ánh sáng cho 834 bệnh nhân.

Hiện nay ORBIS đang cùng các đối tác tại Việt Nam xây dựng kế hoạch chiến lược về Ngân hàng giác mạc tại ba miền Bắc, Trung, Nam.

## ➔ FHF VN PHỐI HỢP BÁO THIỂU NIÊN TIỀN PHONG TỔ CHỨC CUỘC THI MẮT SÁNG HỌC ĐƯỜNG

17/1/2011 đến hết ngày Thị Giác Thế Giới 2011, FHF VN phối hợp báo Thiếu Niên Tiền Phong tổ chức cuộc thi Mắt Sáng Học Đường cho các em học sinh từ 7 đến 15 tuổi trên khắp mọi miền đất nước Việt Nam.

Cuộc thi được tổ chức nhằm cung cấp cho các em học sinh kiến thức, sự hiểu biết về mắt để phòng chống tật khúc xạ học đường và chấn thương mắt. Cuộc thi cũng nhằm giúp các thầy cô giáo, các vị phụ huynh quan tâm hướng dẫn, nhắc nhở các em biết cách giữ gìn, bảo vệ đôi mắt của mình.

Thời gian đã được phát động từ ngày 15/12/2010 tại một trường tiểu học hoặc THCS có đông học sinh trên địa bàn Hà Nội. Thời gian nhận bài dự thi từ ngày 10/1/2011 đến hết ngày 15/9/2011 (tính theo dấu Bưu Điện).

Dự kiến, Lễ Tổng kết và trao giải được tổ chức tại Cung Thiếu Nhi Hà Nội ngày 15/5/2011 – nhân kỉ niệm 70 năm thành lập Đội TNTP Hồ Chí Minh. Chương trình sẽ được truyền hình trực tiếp trên Đài Truyền Hình Việt Nam.

## ➔ ICEE TIẾP TỤC HỢP TÁC VỚI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG VỀ ĐÀO TẠO KHÚC XẠ

Trong năm 2011, ICEE hợp tác với Bệnh Viện Mắt Trung Ương (BVMTW) tiếp tục mở các khóa đào tạo khúc xạ. Khóa đầu tiên bắt đầu từ ngày 28/2/2011 - 4/3/2011. Khóa thứ hai

bắt đầu vào tháng 3 và kết thúc vào tháng 6 năm 2011. Khóa thứ ba kéo dài từ tháng 9 đến tháng 12 năm 2011.

Dự kiến, số lượng học viên cho mỗi khóa khúc xạ là 20 cán bộ chăm sóc mắt. Thời gian đào tạo cho mỗi khóa khúc xạ sẽ diễn ra trong 3 tháng, hai tháng đầu được tiến hành tại cơ sở đào tạo, tiếp theo là một tháng thực hành tại các cơ sở khám chữa mắt.

Đối tượng tham gia học là các bác sĩ chuyên khoa mắt và điều dưỡng mắt đến từ cơ sở đào tạo cũng như các bệnh viện trong khu vực miền Bắc.

Giáo trình giảng dạy về khúc xạ của ICEE đã được dịch sang tiếng Việt để phát cho học viên. Các trang thiết bị phục vụ đào tạo đều được tổ chức ICEE cung cấp cho BVMTW, ngoài ra mỗi học viên đều được ICEE phát 1 máy soi bóng đồng tử.

## ➔ ICEE KHAI TRƯƠNG TRUNG TÂM THỊ GIÁC – VISION CENTER TẠI BỆNH VIỆN QUẬN 7

Vào ngày 18 tháng 2 năm 2011, ICEE sẽ khai trương Phòng khám khúc xạ (hay còn gọi là Trung tâm Thị giác – Vision Center) tại Bệnh viện Quận 7, thành phố Hồ Chí Minh.

Phòng khám thành lập nhằm cung cấp dịch vụ khám khúc xạ cho cộng đồng và cung cấp kính mắt giá rẻ cho người dân. Bên cạnh đó, việc đào tạo nâng cao năng lực cho đội ngũ y bác sĩ làm việc tại trung tâm sẽ giúp người dân có cơ hội được hưởng các dịch vụ về khúc xạ và khám mắt. Trong giai đoạn đầu hoạt động, ICEE cam kết cung cấp trang thiết bị cũng như các hỗ trợ về mặt kĩ thuật và quản lí vận hành cho phòng khám.

## ĐIỂM TIN SỰ KIỆN NĂM 2010

◆ **CBM**: 500 bệnh nhân nghèo được phẫu thuật đục thủy tinh thể từ chương trình hợp tác hỗ trợ của CBM với trung tâm mắt Nghệ An năm 2010. Đây là hoạt động nằm trong chương trình giải phóng mù lòa – một trong những hoạt động thường kì của CBM kết hợp với trung tâm Mắt Nghệ An trong năm 2010.

◆ **ICEE**: 27/12/2010 tại Bệnh viện Quận 7, TP Hồ Chí Minh, trung tâm Thị giác đầu tiên hay còn gọi là Đơn vị Dịch vụ khám khúc xạ đã chính thức đi vào hoạt động. Đây là sự hợp tác đầu tiên giữa ICEE và Bệnh viện Quận 7 trong việc cung cấp dịch vụ khám khúc xạ và cung cấp kính cho người dân với chất lượng tốt và giá cả hợp lí tại địa bàn này của thành phố Hồ Chí Minh.

### ◆ **ORBIS**:

- Tháng 04 – 8/2010, ORBIS hợp tác với Bộ Y tế và Bộ GD-ĐT về quản lí bệnh tật trường học- chú trọng vào Tật khúc xạ.
- Tháng 8/2010, Bệnh viện Bay ORBIS đã thực hiện chương trình tập huấn nhãn khoa lần thứ ba tại Đà Nẵng. 163 bệnh nhân đã được các chuyên gia tình nguyện ORBIS đã khám, hội chẩn và điều trị các bệnh về mắt. 56 bệnh nhân đã được phẫu thuật và được điều trị laser trên Bệnh viện Bay và tại Bệnh viện Mắt Đà Nẵng. Các bệnh nhân khác được chỉ định phẫu thuật hoặc điều trị laser nhưng chưa được điều trị trong thời gian chương trình Bệnh viện Bay đã được các bác sĩ của Bệnh viện Mắt Đà Nẵng phẫu thuật và điều trị trong tháng 9/2010 với sự tài trợ của ORBIS.

◆ **HKI**: Năm 2010, HKI Việt Nam tiếp tục thực hiện năm thứ 3 của dự án ba năm “Các giải pháp bền vững nhằm giảm tỉ lệ mù lòa do đục thủy tinh thể tại Việt Nam, nâng cao năng lực tập huấn nhãn khoa cộng đồng và mở rộng mô hình chăm sóc thủy tinh thể toàn diện” tại 6 tỉnh: Nam Định, Hà Tĩnh, Bình Định, Bình Thuận, Cần Thơ, Kon Tum. 861 bệnh nhân nghèo được mổ đục thủy tinh thể miễn phí từ dự án. Ngoài ra, dự án có chương trình tập huấn về kĩ thuật mổ đục thủy tinh thể ngoài bao và đặt thủy tinh thể nhân tạo cho 10 bác sĩ nhãn khoa, tập huấn cho 290 học viên về chăm sóc mắt ban đầu và 76 học viên về nhãn khoa cộng đồng.

### ◆ **FHF**:

- Trong năm 2010, Quỹ Fred Hollows đã hỗ trợ khởi công xây dựng mới và nâng cấp các công trình: Bệnh Viện Mắt Phú Yên, Bệnh Viện Mắt Huế, Bệnh viện Mắt Tiền Giang, khoa Mắt – Trung tâm phòng chống bệnh xã hội tỉnh Vĩnh Long, khoa Mắt – Trung Tâm phòng chống bệnh xã hội tỉnh Hà Giang. Ngoài ra, nhiều khoa mắt tuyến huyện cũng được hỗ trợ nâng cấp, tu sửa như huyện Tuyên Hóa (Quảng Bình), A Lưới (Thừa Thiên - Huế), Bắc Quang (Hà Giang)..., với kinh phí tổng cộng khoảng hơn 1 triệu USD.
- Năm 2010, FHF đã tài trợ trang thiết bị Nhãn Khoa các loại cho ngành Mắt Việt Nam với tổng trị giá lên đến hơn 550.000 USD.

*(Theo nguồn các Tổ chức NGOs cung cấp)*



Ngắm Hà Nội – Thăng Long ngàn năm tuổi, bỗng dưng  
thấy chành chao nỗi nhớ, nhớ về Hà Nội - Thăng Long  
thuở trước...

Xuân đến, mong cho lòng người trong sạch, nhà nhà hạnh  
phúc, đất nước phồn vinh, giàu đẹp...

## Hà Nội - Thăng Long

Nguyễn Duy Tân

Bốn mươi năm sống chung Hà Nội  
Tính đến hôm nay, một nửa đời...  
Thăng Long vừa tròn ngàn năm tuổi  
Lòng sao không nhớ chốn xa xôi?  
Nửa kia nay sống với đất cội  
Lẽ nào chỉ ngó tháng ngày trôi...

Hoài soi Hà Nội thời tăm tối  
Mà sáng như gương cảnh với người  
Kim nhỏ, chỉ hồng, tâm ánh rọi  
Bất chấp gian manh những kẻ tồi  
Nâng niu sự nghiệp bao chìm nổi  
Giờ đây vẫn nói với dây đời.



## Điều kì diệu mang tên Ma Lô

Ma Lô là một cái tên dân tộc, bởi Ma Lô là một cậu bé người Bả Na, sống ở  
một huyện miền núi tỉnh Phú Yên. Mỗi khi chỉ vào mắt mình, Ma Lô nói:  
“Nếu cháu đi ra ngoài trời, cháu sẽ bị đau”. Những cơn đau “kinh khủng”  
em phải chịu mỗi khi ánh nắng chiếu vào mắt nói lên rằng võng mạc của em  
chưa hoàn toàn “chết”.





Con mắt phản ứng với ánh mặt trời của Ma Lô là một tín hiệu tốt. Bởi, theo y văn, một đứa trẻ bị đục thủy tinh thể bẩm sinh, sẽ phải được chữa trị trước 7 tuổi. Nếu muộn hơn, bộ não có ít khả năng phản ứng với những tín hiệu từ mắt truyền đến.



Ma Lô năm nay lên 9 tuổi. Có một khả năng, một cơ hội nhỏ thôi, rằng một ca phẫu thuật thay thủy tinh thể sẽ cứu lấy đôi mắt cho em.

Cha em bỏ đi trước khi em ra đời. Mẹ Ma Lô vất vả ngược xuôi trong cuộc sống hàng ngày để nuôi em khôn lớn. Chị làm việc thuê trên một ngọn đồi nhỏ sâu trong núi. Ma Lô là tất cả đối với chị. Để có một số tiền lớn cho một cuộc phẫu thuật mắt tương đối đơn giản là lí do khiến hai mẹ con Ma Lô phải sống xa nhau.

Xuyên qua con đường núi gập ghềnh, chúng tôi đưa hai mẹ con Ma Lô xuống thị trấn trên chiếc xe 4WD của quỹ Fred Hollows.

Người sẽ phẫu thuật cho Ma Lô, bác sĩ Trần Minh Phương, người đã được FHF đào tạo kỹ thuật mổ đục thủy tinh thể nhân nhi. Đợt đào tạo của những năm 2005 - 2007 chính là tiền đề để chị có thể tiến hành một ca phẫu thuật diệu kì mà chị sẽ làm trên đôi mắt Ma Lô

– lấy ra ngoài một cách khéo léo thủy tinh thể đã bị đục và cẩn thận thay vào đó một thủy tinh thể nhỏ bé.

24 tiếng sau phẫu thuật, khi băng gạc trên hai mắt của Ma Lô được nhấc ra, tất cả chúng tôi đều nín thở. Nụ cười của em thấp sáng cả căn phòng! Mẹ em vui mừng như chị vừa sinh ra Ma Lô thêm một lần nữa.

Cậu bé Ma Lô chỉ cách đây hai ngày còn vấp té và va phải các bức tường nay đã bắt đầu chạy! Em chạy băng xuống sảnh tòa nhà với sự bất cẩn mà bất kì đứa trẻ 9 tuổi nào cũng có... Bác sĩ Trần Minh Phương cùng đội ngũ y tá cảm thấy như công sức lao động của họ đã được đền trả, gấp cả hàng triệu lần – bởi giây phút ấy.

Ánh nắng rực rỡ của mùa xuân ngập tràn trên cây cỏ. Mùa xuân này là mùa xuân ý nghĩa và đầy đủ nhất của Ma Lô, bởi em không còn phải nheo mắt dưới ánh sáng mặt trời, và bởi giờ đây mẹ đã có thể ở gần cạnh em trong những ngày Tết đến. Cuộc sống của em và mẹ giờ đây đã tốt đẹp hơn lên rất nhiều.

*(Theo FHF Việt Nam)*