

ĐƠN VỊ HỢP TÁC



Bệnh viện Mắt Trung ương



Bệnh viện Mắt Tp. HCM



Bệnh viện Mắt Hà Nội

Bệnh viện Mắt Đà Nẵng

Bệnh viện Mắt Hải Phòng



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 Hớn

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 Hớn

PGS. Hoàng Thị Lũy

PGS. Võ Quang Nghiêm

GS.TS. Nguyễn Trọng Nhân

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

TS. Hà Huy Tài

ThS. Phạm Thu Minh

ThS. Hoàng Cường

TÒA SOẠN VÀ TRỊ SỰ

Nhà báo Đổ 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

tcnhankhoavn@gmail.com

Website: 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 trung, TP Hà Nội

Điện Thoại: 04.3557 5568 ** Fax: 04.35575569

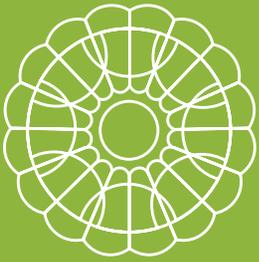
Hotline: 0913 322 944

tcnhankhoavn@gmail.com

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

Tài trợ chính

Alcon



I . NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

- Nghiên cứu điều trị một số trường hợp bong võng mạc nguyên phát bằng phương pháp không ấn độn ngoài củng mạc
- Nghiên cứu phẫu thuật cắt dịch kính điều trị tổ chức hoá dịch kính sau viêm màng bồ đào
- Đánh giá khúc xạ nhãn cầu trên trẻ có bệnh võng mạc trẻ đẻ non
- Bước đầu đánh giá hiệu quả của các phương pháp trợ thị trên người khiếm thị trưởng thành
- Đánh giá kết quả thị lực của bệnh nhân đục thể thủy tinh bẩm sinh hai mắt sau phẫu thuật đặt thể thủy tinh nhân tạo
- Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến độ lác tồn dư sau phẫu thuật điều trị lác ngang cơ năng

II . DIỄN ĐÀN

- Một số trường hợp nhiễm giun chỉ dirofilaria repens dưới kết mạc đầu tiên ở Việt Nam

*Đỗ Như Hôn, Nguyễn Thị Nhất Châu,
Nguyễn Hữu Dũng* 5

*Đỗ Như Hôn, Cung Hồng Sơn,
Nguyễn Trọng Khải* 13

Vũ Thị Bích Thủy, Nguyễn Văn Huy 20

*Nguyễn Thị Thu Hiền,
Tôn Thị Kim Thanh* 25

Lê Thị Kim Xuân 31

Vũ Thị Bích Thủy 37

*Hoàng Minh Châu, Phạm Thu Lan,
Nguyễn Thị Thu Thủy, Lê Thanh Hòa,
Nguyễn Thị Bích Nga, Lê Quang Huân,
Nguyễn Văn Đê* 42



Chào mừng Bệnh viện Bay ORBIS trở lại Đà Nẵng lần 3

- **Chẩn đoán và điều trị:** thâm nhiễm gần rìa giác mạc và viêm bờ mi do chủng *staphylococcus*
- Nhân một trường hợp glôcôm bẩm sinh không có mống mắt

III. THÔNG TIN NHÃN KHOA QUỐC TẾ

- Thuốc điều trị u máu quanh hốc mắt ở trẻ em

IV. TIN TỨC - SỰ KIỆN

- Ban chỉ đạo Quốc gia Phòng chống mù lòa họp phiên thường kỳ lần 5
- Hơn 2 triệu USD hỗ trợ nâng cao năng lực Bệnh viện Mắt Trung ương
- Khánh thành trung tâm mắt tỉnh Quảng Ngãi
- Bệnh viện Bay Orbis trở lại Đà Nẵng
- Tin vắn

V. VĂN HÓA XÃ HỘI

- Hoài niệm ngày mất bác sĩ Vũ Công Long (12/09/2008)
- Tìm hiểu tục vinh quy bái tổ thời xưa

*Vũ Thị Tuệ Khanh
Phạm Thu Lan*

46

*Vũ Thị Bích Thủy
Trần Thu Hà*

49

*Người dịch: Đỗ Quang Ngọc
Nguyễn J., Fay A.*

53

60

61

61

62

63

Nguyễn Duy Tân

64

Lê Nguyễn Lưu

64

Quảng cáo

NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP BONG VỠNG MẠC NGUYÊN PHÁT BẰNG PHƯƠNG PHÁP KHÔNG ẮN ĐỘN NGOÀI CÙNG MẠC

Đỗ Như Hơn*, Nguyễn Thị Nhất Châu*, Nguyễn Hữu Dũng**

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả phẫu thuật một số trường hợp bong võng mạc nguyên phát bằng phương pháp ắn độn khí nội nhãn.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 40 mắt/40 bệnh nhân được chẩn đoán bong võng mạc nguyên phát, có vết rách võng mạc nhỏ hơn hoặc bằng 1 múi giờ nằm trên cung giờ 8h - 4h phía trên, vết rách võng mạc nằm trước xích đạo, chưa có tăng sinh dịch kính võng mạc. Nghiên cứu tiền cứu thử nghiệm lâm sàng không đối chứng. Thực hiện tại khoa Đáy Mắt - Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 12/2008-7/2009. Phương pháp phẫu thuật là chọc tháo dịch dưới võng mạc hàn gắn vết rách võng mạc bằng lạnh đông qua củng mạc và bơm khí nở (SF₆, C₃F₈) vào buồng dịch kính, sau mổ bệnh nhân giữ tư thế đầu sao cho bóng khí nổi lên ép vào vùng võng mạc có vết rách trong thời gian ít nhất 7 ngày.

Kết quả: tỷ lệ thành công về mặt giải phẫu là 77,5% với lần mổ đầu tiên và 100% sau 2 đến 3 lần mổ. Thất bại về mặt giải phẫu của phẫu thuật xảy ra chủ yếu trong tháng đầu tiên sau mổ, nguyên nhân chủ yếu là do vết rách võng mạc mới. Kết quả thị lực $\geq 3/10$ tại thời điểm 3 tháng là 62,9% và tại thời điểm 6 tháng là 70,5% trên những mắt thành công về mặt giải phẫu với 1 lần mổ. Sau lần mổ cuối cùng, hầu hết bệnh nhân cải thiện thị lực, không có bệnh nhân nào có thị lực BBT/ST.

Kết luận: điều trị bong võng mạc có rách bằng phương pháp không ắn độn ngoài củng mạc về mặt chức năng là rất hiệu quả, thất bại về mặt giải phẫu có thể giải quyết bằng phương pháp khác mà không ảnh hưởng nhiều đến kết quả cuối cùng về mặt chức năng.

Từ khóa: Bong võng mạc nguyên phát.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bong võng mạc (BVM) là một bệnh nặng và điều trị khó khăn. Đây là một trong những nguyên nhân gây mù lòa và giảm thị lực trầm trọng. Tuy nhiên, nếu được phát hiện và điều trị kịp thời thì khả năng chữa khỏi bệnh và phục hồi thị lực là rất khả quan. Có nhiều nguyên nhân gây bong võng mạc, trong đó nguyên nhân chủ yếu là do vết rách võng mạc [1], [4].

Mục đích của điều trị bong võng mạc nguyên phát (Primary retinal detachment) hay bong võng mạc có vết rách (Rhematogenous retinal

detachment) theo J. Gonin (1930), [5], là phát hiện, hàn gắn các vết rách võng mạc, làm cho võng mạc áp trở lại và hạn chế đến mức thấp nhất các biến chứng do phẫu thuật gây ra [1]. Trong điều trị bong võng mạc thì các yếu tố như phản ứng viêm dính hắc võng mạc, giữ cho võng mạc áp vào hắc mạc đóng vai trò rất quan trọng. Tùy thuộc vào mức độ bong võng mạc, hình thái vết rách võng mạc, tình trạng dịch kính - võng mạc mà người ta lựa chọn các phương pháp phẫu thuật khác nhau như chọc tháo dịch dưới võng mạc, độn khí nội nhãn,

* Bệnh viện Mắt Trung ương,

**Trung tâm Mắt Nghệ An

đai/độn củng mạc, cắt dịch kính kết hợp với các kỹ thuật hàn gắn vết rách võng mạc [1], [2], [4].

Phương pháp ấn độn ngoài củng mạc đã được sử dụng từ lâu để điều trị bong võng mạc [5] và đã đem lại kết quả về mặt giải phẫu, tuy nhiên còn hạn chế về mặt chức năng. Năm 1985, các tác giả Dominguez, Hilton và Gizzard kết hợp thuật hàn gắn vết rách võng mạc điều trị bong võng mạc đã giới thiệu một phương pháp hiện tại được sử dụng phổ biến trên thế giới để điều trị bong võng mạc có rách là Pneumatic Retinopexy [5]. Phương pháp này bao gồm: hàn gắn vết rách võng mạc (retinopexy) bằng lạnh đông/quang đông, không ấn độn ngoài củng mạc mà độn một bóng khí (pneumatic) vào buồng dịch kính. Sau mổ bệnh nhân giữ đầu ở tư thế sao cho bóng khí nổi lên chèn ép vào vùng võng mạc có vết rách tạo thuận lợi dính kết hắc võng mạc chắc chắn xung quanh vết rách làm cho võng mạc áp trở lại [5], [6]. Dựa vào phương pháp trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá kết quả phẫu thuật một số trường hợp bong võng mạc nguyên phát.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

40 mắt/40 bệnh nhân được chẩn đoán BVM nguyên phát, có vết rách võng mạc nhỏ hơn hoặc bằng 1 múi giờ nằm trên cung giờ 8h - 4h phía trên, vết rách võng mạc nằm trước xích đạo, chưa có tăng sinh dịch kính võng mạc. Bệnh nhân phải đủ hiểu biết để tuân thủ phương pháp điều trị.

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Đáy Mắt - Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 12/2008-7/2009

2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu tiền cứu, thử nghiệm lâm sàng không đối chứng. Kiểm định kết quả nghiên cứu bằng các thuật toán test T- student, Chi-square, Fisher exact.

* **Dụng cụ khám và phẫu thuật:** bảng đo thị lực vòng hờ Landolt và bảng hình. Nhãn áp kế

Maclakop quả cân 10g. Máy hiển vi khám bệnh với đèn khe (slitlamp). Kính Volk soi đáy mắt hình đảo ngược (78D và 90D), kính Goldmann 3 mặt gương. Thuốc giãn đồng tử: Mydrin-P, Atropin. Máy siêu âm xác định tình trạng dịch kính - võng mạc. Máy chụp ảnh đáy mắt. Máy hiển vi phẫu thuật. Máy soi hình đảo ngược Schepens với kính Volk 20D. Bộ dụng cụ vi phẫu. Máy lạnh đông. Bơm tiêm loại 3ml. Các chất sử dụng ấn độn nội nhãn: khí nở SF₆, C3F8.

* **Tiến hành phẫu thuật:** vô cảm. Phẫu tích mở kết mạc, đặt chỉ cơ trực. Dùng kính soi hình đảo ngược Schepens soi võng mạc tìm vị trí BVM cao nhất để chọc xuyên củng mạc tháo dịch dưới võng mạc. Tìm vị trí, số lượng, kích thước vết rách võng mạc, các tổn thương võng mạc kèm theo. Lạnh đông quanh vết rách võng mạc. Bơm bóng khí nội nhãn. Ước lượng nhãn áp bằng tay. Chọc tháo dịch tiền phòng nếu nhãn áp cao. Khâu phục hồi kết mạc. Hướng dẫn bệnh nhân giữ tư thế đầu.

* **Theo dõi:** thời gian nằm viện, ra viện 1 tuần, 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng và 6 tháng.

* Đánh giá kết quả

- **Đặc điểm lâm sàng:** tuổi, giới, nghề nghiệp, mắt bị bệnh, thời gian bị bệnh, nguyên nhân, mức độ BVM, vị trí và số lượng vết rách võng mạc, tình trạng hoàng điểm...

- **Kết quả giải phẫu:**

+ Tốt nếu võng mạc áp hoàn toàn.

+ Xấu nếu võng mạc không áp phải mổ lại.

- **Kết quả chức năng:** đánh giá thị lực theo cách phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới 1977 (6 mức độ)

- **Biến chứng của phẫu thuật:** xuất huyết dịch kính võng mạc, vết rách võng mạc mới, tăng nhãn áp, tăng sinh DK- VM...

III. KẾT QUẢ

1. Một số đặc điểm lâm sàng

- Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 51,5 +/- 16,1.

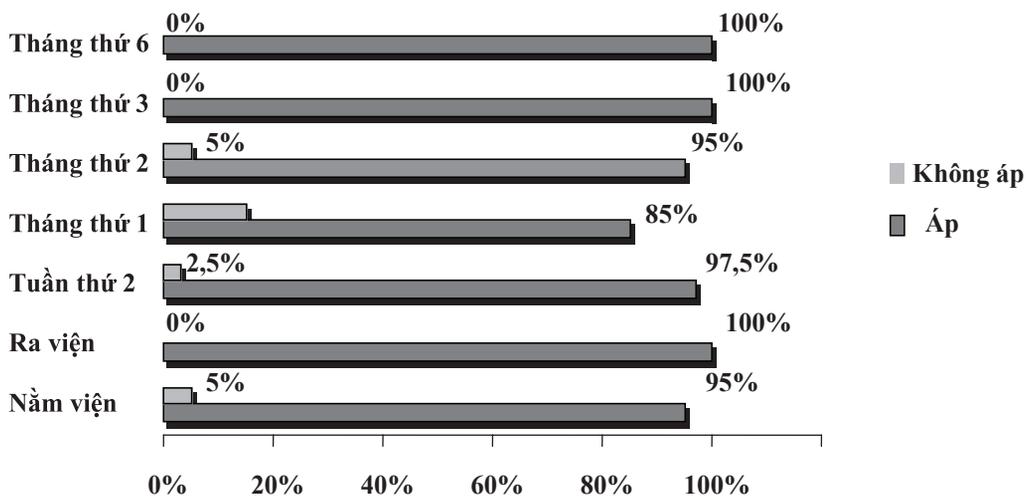
- Giới: có 27 mắt là nam chiếm 67% còn lại là nữ 13 mắt chiếm 33%.
- Nghề nghiệp đa số là làm ruộng và hưu trí (72,5%).
- Mắt phải chiếm tỷ lệ 77,5%, mắt trái 22,5%.
- Nguyên nhân chủ yếu gây BVM là co kéo DK - VM là 65% (27 mắt) và thoái hóa võng mạc 32,5% (12 mắt).
- Số lượng vết rách: chủ yếu là 1 vết rách võng mạc (77,5%), còn lại là 2 vết rách trở lên (22,5%).
- Vị trí vết rách võng mạc: 11h - 1h có 22 mắt (55%), 8h - 10h có 10 mắt (25%), 8 mắt (20%) vị trí 2h - 4h
- Thời gian bị bệnh: dưới 2 tuần có 23 mắt (67,5%), từ 2 tuần trở lên 17 mắt (32,5%)

- Mức độ BVM: có 11 mắt (27,5%) BVM 1 góc phần tư, BVM 2 góc phần tư trở lên là 29/40 mắt chiếm tỷ lệ 72,5%.
- 25 mắt (62,5%) đã BVM vùng hoàng điểm, 15 mắt (37,5%) BVM chưa lan đến hoàng điểm
- Thị lực: mức TL trước điều trị chủ yếu là dưới 1/10 chiếm tỷ lệ 67,5%.
- Nhãn áp trước điều trị chủ yếu bình thường (97,5%).
- Khí nở: SF6 được sử dụng ở 25/40 mắt (62,5%), trong đó thể tích khí bơm vào nội nhãn ở mức 0,6ml chiếm tỷ lệ nhiều nhất 18/25 mắt (72%). 15/40 mắt (37,5%) được sử dụng khí nở C3F8, thể tích khí 0,4ml chiếm 60% (9 mắt).

2. Kết quả

2.1. Kết quả giải phẫu

2.1.1. Kết quả giải phẫu theo thời gian theo dõi sau mổ



Biểu đồ 1. Kết quả giải phẫu theo thời gian

Trong thời gian nằm viện (1 tuần), có 38 mắt chiếm tỷ lệ 95% VM áp hoàn toàn, 2 mắt (5%) VM không áp hoàn toàn phải phẫu thuật lại lần 2. Tại thời điểm ra viện và tái khám sau 1 tuần 97,5% mắt (39 mắt) VM áp hoàn toàn, 1 mắt BVM tái phát do vết rách mới phía trên. Tại thời điểm 1 tháng sau ra viện, có 34 mắt chiếm tỷ lệ 85% VM áp hoàn toàn, 6 mắt chiếm tỷ lệ 15% VM bong lại do nhiều

nguyên nhân. Thời điểm 2 tháng, 38 mắt chiếm tỷ lệ 95% VM áp hoàn toàn, có 2 mắt (5%) bong lại thì cả 2 mắt này đều nằm trong số mắt đã được phẫu thuật lần 2 và phải phẫu thuật lại lần 3. Theo dõi sau 3 tháng (36 mắt) và 6 tháng (21 mắt) thấy 100% số mắt VM áp hoàn toàn.

Như vậy, tỷ lệ thành công về mặt giải phẫu sau 1 lần mổ là 77,5% và sau 2 - 3 lần mổ là 100%.

2.1.2. Kết quả giải phẫu sau mổ theo hình thái rách võng mạc

Bảng 1. Kết quả giải phẫu theo hình thái rách võng mạc

VM	Hình thái rách VM		Do thoái hóa VM		Do co kéo DK-VM		P
	N	%	n	%	n	%	
Áp	10	71,4	20	80			P > 0,05
BVM tái phát	4	28,6	5	20			P > 0,05
Tổng số (%)	14	100	25	100			39 (100%)

Kết quả giải phẫu không có sự khác biệt giữa 2 nhóm nguyên nhân BVM do thoái hóa võng mạc và do rách võng mạc với mức xác suất $p > 0,05$.

2.1.3. Kết quả giải phẫu sau mổ theo tình trạng khúc xạ

Bảng 2. Kết quả giải phẫu theo tình trạng khúc xạ

VM	Khúc xạ	Cận thị		Không cận thị		P
		N	%	n	%	
Áp		5	50%	26	86,7	P > 0,05
BVM tái phát		5	50%	4	13,3	P < 0,05
Tổng số (%)		10	100	28	100	40 (100%)

Tỷ lệ BVM tái phát trên mắt cận thị cao hơn trên mắt không cận thị có ý nghĩa thống kê với mức xác suất $p < 0,05$.

2.1.4. Kết quả giải phẫu sau mổ theo loại khí sử dụng

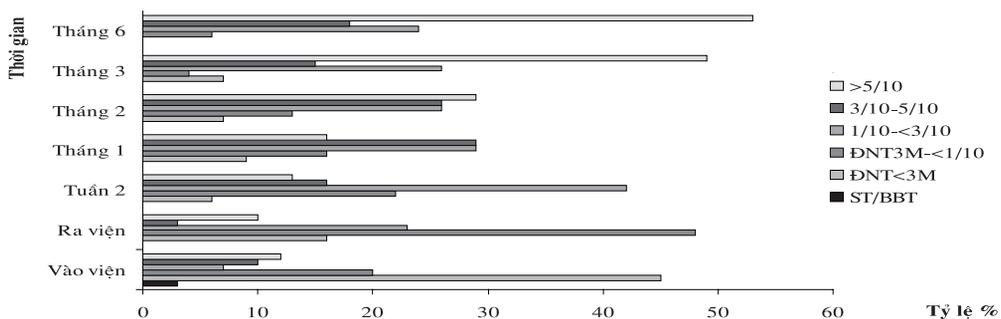
Bảng 3. Liên quan giữa loại khí và BVM tái phát

Võng mạc	Loại khí	SF6		C3H8		P
		N	%	n	%	
Áp		19	76	12	80	P > 0,05
BVM tái phát		6	24	3	20	P > 0,05
Tổng số		25	100	15	100	40 (100%)

Không có sự khác biệt giữa 2 loại khí liên quan đến kết quả giải phẫu với mức xác suất $p > 0,05$.

2.2. Kết quả chức năng

2.2.1. Kết quả TL của những mắt phẫu thuật 1 lần theo thời gian (n=31)



Biểu đồ 2. Thị lực tại các thời điểm theo dõi của phẫu thuật 1 lần

Theo dõi trên 31 mắt võng mạc áp hoàn toàn trên lâm sàng với phẫu thuật 1 lần và không có các biến chứng trên võng mạc cho thấy TL cải thiện một cách rõ rệt. Tại các thời điểm 3 tháng TL $\geq 3/10$ là

62,9%. Tại thời điểm theo dõi 6 tháng TL $\geq 3/10$ là 70,5%, trong đó có 52,9% TL $> 5/10$. Kiểm định test T- Student cho thấy sự thay đổi TL này là khác biệt có ý nghĩa thống kê với mức xác suất $p < 0,01$.

2.2.2. Kết quả thị lực tại thời điểm 3 tháng theo tình trạng võng mạc hoàng điểm trước điều trị

Bảng 4. Kết quả thị lực tại thời điểm 3 tháng theo tình trạng võng mạc hoàng điểm trước điều trị

TL tại thời điểm 3 tháng	Võng mạc hoàng điểm				Tổng số	
	Chưa bong		Đã bong		N	
	n	%	n	%	n	%
ĐNT < 3m	1	6,25%	1	5%	2	5,6%
ĐNT 3m - < 1/10	0	0%	1	5%	1	2,8%
1/10 - < 3/10	2	12,5%	11	55%	13	36,3%
3/10 - 5/10	1	6,25%	4	20%	5	14%
> 5/10	12	75%	3	15%	15	41,3%
<i>Tổng số</i>	16	100%	20	100%	36	100%

Tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, trên những mắt võng mạc chưa bong qua hoàng điểm TL cải thiện một cách rõ rệt với 81,25% TL $\geq 3/10$ và 75% có TL $> 5/10$, trong khi đó chỉ có

15% ở những bệnh nhân võng mạc bong đã lan đến HĐ có TL $> 5/10$. Kiểm định test cho thấy sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với mức xác suất $p < 0,01$.

2.2.3. Kết quả thị lực của những mắt BVM tái phát mổ 2 lần trở lên

Bảng 5. Kết quả thị lực của những mắt BVM tái phát

TL	ĐNT < 3m		ĐNT 3m - < 1/10		1/10 - < 3/10		3/10 - 5/10		> 5/10		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Số lượng	1	11,1	3	33,4	2	22,2	2	22,2	1	11,1	9	100

Như vậy, thị lực sau những lần phẫu thuật tiếp theo, trong số những mắt thất bại sau phẫu thuật lần 1 có 8 trong tổng số 9 mắt chiếm tỷ lệ 88,9% có TL \geq ĐNT 3m. Không có mắt nào thị lực BBT/ST.

2.3. Các biến chứng phẫu thuật

Trong lúc phẫu thuật, có 5 mắt có biến chứng xuất huyết (dịch kính, võng mạc, hắc mạc) chiếm tỷ lệ 12,5%.

Biến chứng vết rách võng mạc mới xảy ra trong tháng đầu sau phẫu thuật trên 9 mắt chiếm tỷ lệ 22,5%, trong số này có 2 mắt rách lần 2 vào tháng thứ 2 và tháng thứ 3. Vết rách võng mạc cũ tái phát xảy ra trên 2 mắt chiếm tỷ lệ 5% (1 mắt trong tuần thứ 2 và 1 mắt trong tháng đầu sau phẫu thuật).

Có 4 mắt (10%) biến chứng tăng nhãn áp sau điều trị. Có 2 mắt chiếm tỷ lệ 5% biến chứng tăng

sinh dịch kính võng mạc. 4 mắt đục TTT chiếm tỷ lệ 10%. Biến chứng lỗ hoàng điểm xảy ra trên 1 mắt chiếm tỷ lệ 2,5% vào tháng thứ 1 sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

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, thì phương pháp này mặc dù kết quả giải phẫu ban đầu có thể không cao hơn các phương pháp khác nhưng vẫn được lựa chọn nhiều vì lý do nó hạn chế được nhiều biến chứng sau phẫu thuật và hầu như không làm thay đổi cấu trúc nhãn cầu và kết quả thị lực cũng thường khả quan hơn các phương pháp khác. Nếu thất bại thì có thể tiếp tục được can thiệp bằng các phương pháp khác mà hầu như không ảnh hưởng nhiều đến kết quả cuối cùng [4], [5].

1. Kết quả giải phẫu

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành chọc tháo dịch dưới võng mạc nên sau phẫu thuật 1-2 ngày là hầu hết dịch dưới võng mạc đã tiêu hết - 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 như thế sẽ ngăn không cho dịch tiếp xúc với vùng võng mạc đã được hàn gắn bằng lạnh đông do vậy sẽ tạo điều kiện làm sẹo hắc võng mạc nhanh chóng. Tuy nhiên, do bóng khí tồn tại trong buồng dịch kính ít nhất là 2 tuần sau mổ nên nó có thể là nguyên nhân dẫn đến thất bại do bóng khí dao động tiếp tục gây co kéo dịch kính võng mạc và tạo thành vết rách mới.

Tỷ lệ thành công với lần phẫu thuật đầu tiên là 77,5% và 100% sau 2 - 3 lần mổ. Kết quả này cũng phù hợp với hầu hết các tác giả trên thế giới [2] và cao hơn một số tác giả khác.

Trong nghiên cứu này, thất bại của phẫu thuật xảy ra chủ yếu trong tháng đầu tiên sau mổ với 9 mắt (22,5%) do hình thành vết rách võng mạc mới. Tỷ lệ BVM tái phát trên mắt BVM do cận thị là cao hơn trên mắt không cận thị. Nguyên nhân có thể là mắt bị cận thị võng mạc thường bị thoái hóa và mỏng hơn mắt không cận thị, do đó khi bóng khí dao động võng mạc dễ rách hơn. Một số mắt tăng nhãn áp nguyên nhân được xác định là do sau mổ bệnh nhân nằm ngửa, do đó bóng khí đẩy thể mi, mỏng mắt, TTT ra trước làm bít góc tiền phòng và làm tăng nhãn áp.

Bảng 6. So sánh kết quả thành công về mặt giải phẫu với một số tác giả khác

Tác giả	Năm	n	Lần 1 (%)	Lần cuối (%)
Hilton và cộng sự [6]	1987	100	84	98
Abecia E và cộng sự [3]	2000	219	81,73	98,89
A A Zaidi và cộng sự [2]	2006	61	54	100
Kaushal M và cộng sự [7]	2007	150	76,7	98,7
William H.Ross và cộng sự [8]	2008	41	51	100
Nguyễn Hữu Dũng	2009	40	77,5	100

2. Kết quả chức năng

Thị lực lúc vào viện chủ yếu là dưới 1/10 (67,5%), ra viện giảm xuống còn 6%. Tại thời điểm 3 tháng sau mổ, thị lực từ 3/10 trở lên là 62,7% và sau 6 tháng là 70,5%. Trên những mắt BVM chưa đến hoàng điểm thì thị lực cải thiện

tốt hơn trên những mắt BVM đã lan đến hoàng điểm (thị lực 3/10 trở lên là 81,25 % so với 35%). Lý do là có thể do thời gian theo dõi của chúng tôi còn ngắn nên chưa có điều kiện theo dõi tình trạng thị lực trên những mắt BVM đã lan đến hoàng điểm.

Nguyên nhân thị lực cải thiện chậm là do phù hoàng điểm và còn thanh dịch dưới võng mạc.

Bảng 7. So sánh kết quả TL >=3/10 với các tác giả khác tại thời điểm theo dõi cuối cùng theo tình trạng hoàng điểm

Tác giả	n	Thời gian theo dõi (năm)	Hoàng điểm	
			Chưa bong (%)	Đã bong (%)
Chris Lisle và cộng sự [4]	36	8,1	76	65
Kaushal M và cộng sự [7]	150	1,5	87,8	88,4
Nguyễn Hữu Dũng	21	0,5	81	35

V. KẾT LUẬN

*** Kết quả giải phẫu**

- Tỷ lệ thành công về mặt giải phẫu của phương pháp này với 1 lần mổ là 77,5% (31/40 mắt). Thành công 100% sau 2 - 3 lần phẫu thuật.

*** Thành công về mặt chức năng là khả quan**

- TL < 1/10 là 67,5% tại thời điểm vào viện và giảm xuống còn 6% tại thời điểm 3 tháng. Không có mắt nào có TL BBT/ST.

- TL ≥ 3/10 là 62,9% tại thời điểm 3 tháng và 70,5% tại thời điểm 6 tháng trên những mắt thành công với 1 lần phẫu thuật.

- TL > 5/10 ở nhóm BVM chưa lan đến hoàng điểm cao hơn so với nhóm BVM đã lan đến hoàng điểm (75% so với 15%).

- Sau lần mổ cuối cùng hầu hết cải thiện thị lực, không có mắt nào có thị lực ST/BBT.

*** Các biến chứng của phẫu thuật**

- Biến chứng gặp trong mổ chủ yếu là xuất huyết (12,5%).

- Biến chứng chủ yếu dẫn đến thất bại của phẫu thuật là vết rách VM mới do bóng khí dao động gây co kéo DK - VM (22,5%) và biến chứng này thường xảy ra trong tháng đầu tiên sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ĐỖ NHƯ HON (2002). “Nghiên cứu điều trị 292 trường hợp bong võng mạc”. *Nội san nhãn khoa* 2002; số 6: tr.71-81.

2. A A ZAIDI, R ALVARADO, A IRVINE. Pneumatic retinopexy, success rate and complications. *Bristish Journnal of Ophthalmology* 2006; vol 90: p 427-428.

3. ABECIA E, PINILLA I, OLIVAN JM, LARROSA JM, POLO V, HONRUBIA FM. Anatomic results and coplications in long-term follow-up of pneumatic retinopexy cases. *Retina* 2000; vol 20: p 156 - 161.

4. CHRIS LISLE, KELVIN KAMP

MORTENSEN AND ANNE KATRIN SJOLIE. Pneumatic retinopexy, A long term follow-up study. *Acta Ophthalmol. Scand* 1998; vol 76: p 486-490.

5. ERIC R.HOLZ, WILLIAM F. MIELER. Pneumatic Retinopexy for Primary Retinal Detachment. *Primary Retinal Detachment, Options for Repair*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2005, p 55 - 80.

6. HILTON GF, KELLY NE, SALZARO TC, TORNAMBE PE, WELLS JW, WENDEL RT. Pneumatic retinopexy: a collaborative report of the first 100 cases. *Ophthalmology* 1987 vol 94: p307- 314.

7. KAUSHAL M. BS KULKARNI, ROTH,

DANIEL B. MD, PENNER, JONATHAL L. MD: Current Visual and Anatomic Outcomes of Pneumatic Retinopexy. *Retina*, October 2007; Volume 27 - Issue 8 - p 1065-1070.

8. WILLIAM H. ROSS, MD, AND FRANK A. STOCKL, MD: Visual recovery after retinal detachment. *Current Opinion in Ophthalmology* 2000; vol 11: p191-194.

SUMMARY

RESULTING OF CONSECUTIVE CASES OF RHEGMATOGENOUS RETINAL DETACHMENT TREATED WITH PNEUMATIC RETINOPEXY

Purpose: *we have assessed results of consecutive cases of rhegmatogenous retinal detachment treated with pneumatic retinopexy in VNIO between 12/2008 and 8/2009. Mean time follow up was 6 months*

Objectives and methods: *40 eyes with rhegmatogenous retinal detachment. Patients selected with the retinal tear(s) situated between 8 o'clock and 4 o'clock superiorly and anteriorly to the global equator; the extent of the tear(s) did not exceed 1 hour o'clock, without proliferative vitreoretinopathy, and the patients had to be able to cooperate in the postoperative positioning of the head. All patients had subretinal fluid drained and transscleral cryotherapy done to treat the retinal tear(s) then had a bubble gas injected (SF6 or C3F8) into the vitreous cavity. The head of the patients were kept at the appropriate position at less 7 days postoperatively.*

Results: *31 of 40 (77.5%) cases were anatomically successful with a single procedure, 100% cases were successful with the final operation. Redetachment occurred in 9 patients at 1 week, 2 weeks and 1 month because of new retinal tear. The final best-corrected visual acuity greater than or equal to 3/10 was achieved in 62.9% at 3 months and 76.2% at 6 months follow up with eyes one time surgery. For patients with macula-involved detachments the visual acuity were not better than those without macula-involved at 3 months follow up. No eye had visual acuity at hand movement/lift sensitive level.*

Conclusions: *in this case series, pneumatic retinopexy was effective for the repair of RRD, especially the improvement of visual acuity. Failure of pneumatic retinopexy anatomically followed by scleral buckle or pars plana vitrectomy did not negatively influence visual acuity at final follow up.*

Key words: Rhegmatogenous retinal detachment, pneumatic retinopexy

NGHIÊN CỨU PHẪU THUẬT CẮT DỊCH KÍNH ĐIỀU TRỊ TỔ CHỨC HOÁ DỊCH KÍNH SAU VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO

Đỗ Như Hơn, Cung Hồng Sơn*, Nguyễn Trọng Khải***

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả cắt dịch kính (CDK) điều trị tổ chức hoá dịch kính (TCHDK) sau viêm màng bồ đào (VMBĐ) và một số yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu mô tả, tiến cứu không có nhóm chứng, gồm 40 mắt (40 bệnh nhân) được phẫu thuật CDK điều trị TCHDK sau VMBĐ tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 9/2008 đến tháng 7/2009.

Kết quả: tại thời điểm 03 tháng sau phẫu thuật, kết quả giải phẫu theo mức độ đục dịch kính đạt kết quả tốt là 82,5%; trung bình 7,5%; xấu 10%. Kết quả thị lực tăng 80%; giữ nguyên 12,5%; giảm 7,5%.

Kết luận: kết quả phẫu thuật khả quan, đã cải thiện đáng kể cả về giải phẫu và chức năng thị giác cho người bệnh.

Từ khoá: viêm màng bồ đào, cắt dịch kính

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm màng bồ đào là bệnh thường gặp trong lâm sàng. Bệnh diễn biến phức tạp dưới nhiều hình thái và để lại nhiều biến chứng. TCHDK là biến chứng ít gặp hơn so với một số biến chứng khác nhưng là biến chứng nặng, nếu không được xử trí kịp thời thì đó là nguyên nhân gây co kéo và bong võng mạc. Cách đây khoảng 30 năm, khi chưa có phương pháp phẫu thuật CDK thì những bệnh nhân TCHDK sau VMBĐ kết quả điều trị rất hạn chế. Tuy nhiên, trong khoảng 2 thập kỷ gần đây nhờ những tiến bộ về khoa học, kỹ thuật và công nghệ đã tạo ra một bước tiến mới trong điều trị các bệnh dịch kính - võng mạc nói chung, điều trị TCHDK sau VMBĐ nói riêng. Trên thế giới, có nhiều nghiên cứu về phẫu

thuật CDK để chẩn đoán, điều trị và điều trị các biến chứng của bệnh VMBĐ, trong đó có biến chứng TCHDK. Ở Việt Nam, cho đến nay chưa có nghiên cứu đầy đủ về CDK điều trị TCHDK sau VMBĐ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với 2 mục tiêu:

1. Đánh giá kết quả phẫu thuật CDK điều trị TCHDK sau VMBĐ.
2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

Là các bệnh nhân phẫu thuật CDK điều trị TCHDK sau VMBĐ tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 9/2008 đến tháng 7/2009.

*Bệnh viện Mắt Trung ương,

**Bệnh viện Mắt tỉnh Hà Nam

1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Mắt TCHDK trên bệnh nhân VMBĐ đã ổn định.
- Những mắt bị TCHDK dày đặc không soi rõ đáy mắt.
- Mắt TCHDK khu trú trung tâm.
- Những mắt TCHDK gây co kéo đe dọa bong võng mạc.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Mắt có sẹo giác mạc dày, thể thủy tinh đục nhiều, bong võng mạc.
- Những mắt teo nhãn cầu, mất chức năng.
- Có bệnh toàn thân nặng không cho phép phẫu thuật.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu

* **Loại nghiên cứu:** mô tả, tiến cứu không có nhóm chứng.

* **Cỡ mẫu:** n = 40

* **Phương pháp mổ cắt dịch kính:**

- Vô cảm: gây tê hoặc gây mê tùy theo tuổi bệnh nhân.
- Cố định nhãn cầu bằng vành mi.
- Cắt kết mạc sát rìa 180° cầm máu.
- Chọc củng mạc cách rìa 3,5 - 4,0 mm; đặt đinh nước, đèn nội soi và đầu cắt vào buồng dịch kính.

- Tiến hành cắt dịch kính tổ chức hoá.
- Laser nội nhãn trong một số trường hợp.
- Khâu củng mạc bằng chỉ 7/0, mũi chữ X.
- Khâu kết mạc.

* **Đánh giá kết quả**

- **Kết quả về giải phẫu**
 - + Kết quả tốt: dịch kính trong, soi rõ đáy mắt từ trước xích đạo đến võng mạc trung tâm, võng mạc áp.
 - + Kết quả trung bình: dịch kính đục khu trú,

đáy mắt soi rõ qua những vùng dịch kính còn trong, võng mạc áp.

+ Kết quả xấu: dịch kính đục nhiều, không soi rõ đáy mắt hoặc bong võng mạc.

- **Kết quả thị lực:** theo đánh giá bằng bảng đo thị lực vòng hờ Landolt có chỉnh kính. Biến đổi thị lực coi là có ý nghĩa khi:

+ Với thị lực ĐNT > 5m: biến đổi ít nhất 1 hàng theo bảng thị lực vòng hờ Landolt.

+ Với thị lực ≤ ĐNT 5m: bất cứ một biến đổi thị lực nào so với trước mổ.

- **Đánh giá về nhãn áp:** đo nhãn áp bằng nhãn áp kế Maclakov quả cân 10gam. Đối với trường hợp không đo được chúng tôi ước lượng bằng tay.

+ Nhãn áp bình thường: từ 16mmHg - 24mmHg.

+ Nhãn áp thấp: dưới 16mmHg.

+ Nhãn áp cao: từ 25mmHg trở lên.

- **Đánh giá về biến chứng:** biến chứng trong phẫu thuật, biến chứng sớm và biến chứng muộn sau phẫu thuật.

3. Xử lý số liệu

Số liệu được ghi nhận trong hồ sơ nghiên cứu, xử lý theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm bệnh nhân trước mổ

1.1. Đặc điểm bệnh nhân theo tuổi và giới

Có 40 mắt ở 40 bệnh nhân được phẫu thuật CDK, trong đó có 55% (22/40) BN nam, 45% (18/40) BN nữ. Tuổi dưới 18 là 4/40 BN (10%), từ 18 - 60 tuổi là 34/40 BN (85%), trên 60 tuổi có 2 BN (5,0%). Bệnh nhân nhiều tuổi nhất là 77 tuổi, bệnh nhân ít tuổi nhất là 10 tuổi. Tuổi trung bình của nam là 41,4 ± 16,2; nữ 36,0 ± 18,7; chung 2 giới 40,0 ± 17,3.

1.2. Các hình thái lâm sàng TCHDK sau viêm MBĐ

Bảng 1. Các hình thái lâm sàng TCHDK sau viêm MBĐ

Hình thái lâm sàng	n	%
Khu trú	29	72,5
Toả lan	11	27,5
Màng thể mi	0	0,0
Co kéo màng dịch kính	0	0,0
Tổng	40	100,0

Trong các hình thái lâm sàng, hình thái khu trú thường gặp nhất 29/34 (72,5%).

2. Kết quả phẫu thuật

2.1. Kết quả giải phẫu

Bảng 2. Kết quả giải phẫu theo mức độ đục dịch kính

Dịch kính	Tốt		Trung bình		Xấu		Tổng
	n	%	n	%	n	%	
Ra viện	28	70,0	11	27,5	1	2,5	40
Sau 2 tuần	30	75,0	9	22,5	1	2,5	40
Sau 1 tháng	33	82,5	5	12,5	2	5,0	40
Sau 3 tháng	33	82,5	3	7,5	4	10,0	40

- Ở thời điểm ra viện 70% (28/40 BN) DK-VM tốt, 27,5% trung bình và 2,5% xấu.

- Tại thời điểm 1 tháng tỷ lệ BN có DK-VM tốt tăng lên (82,5%), trung bình giảm đi còn 12,5%, xấu tăng lên 5%.

- Ở thời điểm 3 tháng tỷ lệ BN có DK-VM tốt là 82,5%, trung bình giảm còn 7,5%, xấu tăng lên 10%.

2.2. Kết quả thị lực

2.2.1. Kết quả thị lực trước và sau mổ tại các thời điểm theo dõi

Bảng 3. Kết quả thị lực trước và sau điều trị

Thị lực	Vào viện n (%)	Ra viện n (%)	Sau 2 tuần	1 tháng n (%)	3 tháng n (%)
ST (+) đến ĐNT <3m	29 72,5	12 30,0	8 20,0	5 12,5	4 10,0
ĐNT ≥3m đến 3/10	11 27,5	25 62,5	24 60,0	22 55,0	22 55,0
> 3/10	0	3 7,5	8 20,0	13 32,5	14 35,0

Sau phẫu thuật 3 tháng tỷ lệ BN có thị lực từ ST(+) - ĐNT < 3m giảm đi từ 72,5% trước mổ xuống còn 10%. Ở mức thị lực từ ĐNT ≥ 3m đến 3/10 tăng lên từ 2,75% trước mổ lên 55%. Mức thị lực > 3/10 tăng lên từ 0% trước mổ lên 35%.

2.2.2. *Biến đổi thị lực sau mổ*

Bảng 4. Biến đổi thị lực sau mổ

Thị lực	Tăng		Giữ nguyên		Giảm	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ra viện	30	75,0	8	20,0	2	5,0
Sau 2 tuần	31	77,5	7	17,5	2	5,0
Sau 1 tháng	32	80,0	5	12,5	3	7,5
Sau 3 tháng	32	80,0	5	12,5	3	7,5

Sau mổ 3 tháng có 80% thị lực tăng, 12,5% giữ nguyên và 7,5% giảm.

2.3. *Kết quả nhãn áp sau phẫu thuật*

Bảng 5. Kết quả nhãn áp trước và sau điều trị tại các thời điểm theo dõi

Nhãn áp	Vào viện <i>n</i> (%)	Ra viện <i>n</i> (%)	2tuần <i>n</i> (%)	1 tháng <i>n</i> (%)	3 tháng <i>n</i> (%)
<16 mmHg	0	0	0	0	2 (5,0)
16-24 mmHg	40 (100,0)	40 (100,0)	40 (100,0)	39 (97,5)	38 (95,0)
≥ 25 mmHg	0	0	0	1 (2,5)	0

- Trước phẫu thuật 100% số BN có nhãn áp ở giới hạn bình thường.
- Thời điểm 01 tháng sau phẫu thuật có 01 BN tăng nhãn áp.
- Thời điểm 03 tháng có 02 BN có nhãn áp thấp do bong võng mạc.

2.4. *Biến chứng phẫu thuật*

- Biến chứng trong mổ: xuất huyết dịch kính 5%; đục thể thủy tinh 2,5%; rách võng mạc 2,5%.
- Biến chứng sau mổ: phù dịch kính 7,5%; viêm giác mạc khía 12,5%; phản ứng viêm màng bồ đào 10%; đục thể thủy tinh 10%; tăng nhãn áp 2,5%; bong võng mạc 5%; TCHDK tái phát 5%.

3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

3.1. *Liên quan giữa hình thái khu trú và tỏa lan với thị lực ra viện*

Bảng 6. Liên quan giữa hình thái khu trú và tỏa lan với thị lực ra viện

Hình thái \ Thị lực	St(+) đến ĐNT <3m <i>n</i> (%)	ĐNT ≥3m đến 3/10 <i>n</i> (%)	> 3/10 <i>n</i> (%)	Tổng
Khu trú	6 (20,7)	20 (69,0)	3 (10,3)	29
Toả lan	6 (54,5)	5 (45,5)	0	11

- Thị lực khi ra viện mức ĐNT ≥ 3m đến 3/10 ở hình thái tỏa lan chỉ chiếm 45,5%, trong khi ở hình thái khu trú tỷ lệ cao hơn 69% (20/29 BN).

- Thị lực ở mức ĐNT < 3m thì ngược lại, hình thái khu trú chiếm tỷ lệ 20,7% thấp hơn so với hình thái toả lan 54,5%.

- Thị lực > 3/10 có 3BN (100%) gặp trong hình thái khu trú.

3.2. Liên quan thời gian từ khi viêm MBD lần cuối cùng đến khi phẫu thuật với biến chứng sớm sau phẫu thuật

Bảng 7. Liên quan thời gian từ khi viêm MBD lần cuối cùng đến khi phẫu thuật với biến chứng sớm sau phẫu thuật.

Thời gian viêm	Có biến chứng n = 16 (%)	Không biến chứng n = 24 (%)
< 12 tháng	3 18,8	15 62,5
≥12 tháng	13 81,2	9 37,5

Số BN mổ trước 12 tháng kể từ khi VMBĐ lần cuối cùng có biến chứng sớm là 18,8%, không biến chứng 62,5%. Số BN mổ sau 12 tháng có biến chứng là 81,2%, không có biến chứng là 37,5%.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân trước mổ

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mắc bệnh chủ yếu ở lứa tuổi lao động từ 18-60 tuổi (85%). Chính vì vậy, việc phát hiện sớm, điều trị kịp thời nhằm cải thiện thị lực cho BN là lực lượng lao động chính trong xã hội.

Tỷ lệ BN nam mắc bệnh được phẫu thuật (55%) nhiều hơn BN nữ (45%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,2/1.

Hình thái lâm sàng TCHDK sau viêm MBD thường gặp ở hình thái khu trú 72,5%, hình thái toả lan chỉ chiếm 27,5%. Hình thái màng thể mi và co kéo màng dịch kính không gặp trường hợp nào.

Đa số BN có thị lực trước phẫu thuật ở mức từ ST (+) đến ĐNT 3m (72,5%). Mức thị lực từ ĐNT ≥ 3m đến 3/10 là 27,5%. Không BN nào có thị lực > 3/10.

Nhãn áp trước phẫu thuật: 100% số BN có nhãn áp ở giới hạn bình thường.

2. Kết quả phẫu thuật

2.1. Kết quả giải phẫu

Theo thời gian, chúng tôi thấy kết quả về giải phẫu theo mức độ đục dịch kính: kết quả tốt tăng lên, kết quả trung bình giảm đi, kết quả xấu cũng tăng lên.

Những trường hợp có kết quả xấu đó là những BN bị biến chứng bong võng mạc, đục dịch kính.

Kết quả giải phẫu của một số tác giả sau mổ 3 tháng

Bảng 8. Kết quả giải phẫu của một số tác giả

Tác giả	Dịch kính		
	Tốt	Trung bình	Xấu
Yu. HG, Chung H (1994)	70,2%	19,8%	10%
Li J và cộng sự (2002)	85,7%	10,8%	3,5%
Đỗ Như Hơn; Nguyễn Trọng Khải (2009)	82,5%	7,5%	10%

2.2. Kết quả thị lực

Qua theo dõi chúng tôi nhận thấy, thị lực tăng so với lúc vào viện. Tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, có 80% số BN có thị lực tăng, 12,5% thị lực giữ nguyên, 7,5% thị lực giảm.

Kết quả thị lực của một số tác giả sau mổ 3 tháng

Bảng 9. Kết quả thị lực của một số tác giả

Tác giả	Thị lực (tỷ lệ %)		
	Tăng	Giữ nguyên	Giảm
Heligenhan A và cộng sự (1994).	82,8	12,3	4,9
Yu HG, Chung H (1994).	69,2	20,8	10,0
Bovey EH, Herbort CP (2000).	80,4	5,8	13,8
Li J và cộng sự (2002).	72,5	15,0	12,5
Đỗ Như Hơn, Nguyễn Trọng Khải (2009)	80,0	12,5	7,5

2.3. Bàn luận về kết quả nhãn áp

Nhãn áp hạ đáng kể so với trước phẫu thuật, nhãn áp hạ nhưng vẫn ở giới hạn bình thường.

Sau phẫu thuật 1 tháng có 1 BN tăng nhãn áp. Nhãn áp điều chỉnh bằng dung dịch Timolol tra mắt.

Chúng tôi gặp 2 BN hạ nhãn áp do bong võng mạc. Không gặp trường hợp nào nhãn áp hạ kéo dài.

2.4. Bàn luận về biến chứng phẫu thuật

Xuất huyết dịch kính trong phẫu thuật: chúng tôi gặp xuất huyết dịch kính nhẹ, chỉ cần nâng cao chai dịch truyền là ngừng chảy máu, sau đó dùng điện đông để cầm máu.

Một số biến chứng như phù dịch kính, viêm giác mạc khía, phản ứng VMBĐ điều trị nội khoa kết quả tốt.

Biến chứng làm giảm thị lực thường gặp là đục thể thủy tinh, bong võng mạc, đục dịch kính. Tuy nhiên, biến chứng đục thể thủy tinh thường gặp do trước mổ thể thủy tinh đã đục, sau mổ đục tăng nhanh. Sau mổ lấy thể thủy tinh đục kết hợp đặt IOL thị lực cải thiện tốt.

3. Bàn luận về một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị

3.1. Liên quan giữa hình thái khu trú và tỏa lan với thị lực ra viện

Ở hình thái khu trú kết quả phẫu thuật tốt hơn hình thái tỏa lan. Theo chúng tôi ở hình thái khu trú

việc thực hiện phẫu thuật sẽ thuận lợi hơn hình thái tỏa lan. Hơn nữa những VMBĐ nặng thường gây TCHDK hình thái tỏa lan, những VMBĐ nhẹ hơn thường gây TCHDK khu trú.

3.2. Liên quan thời gian từ khi viêm MBĐ lần cuối cùng đến khi phẫu thuật với biến chứng sớm sau phẫu thuật

Chúng tôi thấy rằng, những bệnh nhân được phẫu thuật trước 12 tháng thì tỷ lệ có biến chứng sớm (18,8%) ít hơn số bệnh nhân được phẫu thuật sau 12 tháng (81,2%). Theo chúng tôi, những bệnh nhân có thời gian từ khi viêm MBĐ lần cuối cùng đến khi phẫu thuật càng dài thì sự co kéo dịch kính võng mạc càng lâu, quá trình tăng sinh dịch kính võng mạc càng phát triển. Vì vậy, việc phát hiện sớm, điều trị kịp thời, chỉ định phẫu thuật đúng, tiên lượng chính xác sẽ hạn chế biến chứng sớm sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Cắt dịch kính theo 3 đường qua pars plana (đường nước vào, đường nội soi và đường để cho đầu máy CDK) là phương pháp có hiệu quả trong điều trị TCHDK sau VMBĐ.

Kết quả phẫu thuật khả quan, đã cải thiện đáng kể cả về giải phẫu và chức năng thị giác cho người bệnh, giảm nguy cơ mù lòa.

Việc phát hiện sớm, điều trị kịp thời, chỉ định phẫu thuật đúng, tiên lượng chính xác sẽ hạn chế biến chứng sớm sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. TRẦN AN (2003), “Nghiên cứu phẫu thuật cắt dịch kính trong viêm nội nhãn ở trẻ em”, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, Bộ Y tế - Đại học Y Hà Nội.

2. ĐỖ NHƯ HÓN (1996), “Nghiên cứu cắt dịch kính trong phẫu thuật bong võng mạc”, Luận án phó tiến sĩ khoa học y - dược.

3. TÔN THỊ KIM THANH và CS (1991),

”Những kết quả bước đầu về sử dụng máy cắt dịch kính để cắt thủy tinh thể và dịch kính”, *Kỷ yếu hội nghị khoa học kỹ thuật ngành mắt*; 1tr 102-107.

4. BOVEY E.H; HERBERT C.P (2000), “Vitreotomy in the management of uveitis”. *Ocul. Immunol. Inflamm* 8 (4):285 - 291.

5. HELIGENHANS A; BORNFIELD N, FOEVSTER MH, WESSING A (1994), Long - term results of pars - plana vitrectomy in the management of complicated uveitis. *Br. J. Ophthalmol* (78,7): 549 - 554.

6. LI J, TANG S, LU L, ZHANG S, LIM

(2002), “Therapeutic, vitrectomy for severe uveitis and its complications”, *Zhonghua Yan Kezazhi*, 38 (4).

7. YU HG, CHUNG H (1994), “Results of vitreous surgery for posterior complications of chronic uveitis”, *Korean J. Ophthalmol*; 8 (1): 20 - 25.

SUMMARY

STUDYING OF TREATMENT OF VITREOUS ORGANIZASION AFTER POSTERIOR UVEITIS USING VITRECTOMY

Objectives: *to evaluate the result of vitrectomy and some other related factors for vitreous organization after posterior uveitis.*

Methods: *prospective, descriptive non controlled study based on 40 eyes of 40 patients those were vitrectomised to treat the post uveitis vitreous organization in VNIO from 9/2008 to 7/2009.*

Results: *Anatomical result: good: 82.5%, moderate: 7.5%, bad: 10%. Visual acuity increase 80%, unchanged: 12.5%, redused 7.5%.*

Conclusion: *the result are promising, anatomy and function are improved.*

Key words: *vitreous organization, uveitis*

ĐÁNH GIÁ KHÚC XẠ NHÃN CẦU TRÊN TRẺ CÓ BỆNH VỠNG MẠC TRẺ ĐẸ NON

Vũ Thị Bích Thủy*, Nguyễn Văn Huy*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá tình hình tật khúc xạ trên trẻ có bệnh võng mạc trẻ đẻ non được khám, điều trị và theo dõi tại Bệnh viện Mắt Trung ương và nhận xét tỷ lệ tật khúc xạ giữa nhóm cần điều trị và nhóm tự thoái triển.

Đối tượng và phương pháp: 58 trẻ có bệnh ROP được khám, điều trị vào theo dõi tại Bệnh viện Mắt Trung ương và được xác định khúc xạ bằng phương pháp soi bóng đồng tử. Thiết kế nghiên cứu mô tả lâm sàng tiến cứu, không có nhóm chứng.

Kết quả: 58 trẻ với 114 mắt đo được khúc xạ, trong đó tỷ lệ có tật khúc xạ là 96,5%, cận thị 37,7%, viễn thị 30,7%, loạn thị 28,1%, lệch khúc xạ ở 39,7% số bệnh nhân. Tỷ lệ cận thị khác nhau giữa hai nhóm cần điều trị và không cần điều trị (nhóm tự thoái triển) 61,1% và 16,6%. Mức độ cận thị cao ($>-5D$) ở nhóm cần điều trị là 84,3% và ở nhóm tự thoái triển là 15,7%. Tỷ lệ thị lực $>8/10$ trước chỉnh kính là 7,2% và sau chỉnh kính là 23,6%.

Kết luận: Cận thị là tật khúc xạ hay gặp ở trẻ có bệnh võng mạc trẻ đẻ non. Tỷ lệ và mức độ cận thị có khác nhau giữa nhóm cần điều trị và nhóm tự thoái triển.

Từ khóa: bệnh võng mạc trẻ đẻ non.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh võng mạc trẻ đẻ non (Retinopathy of Prematurity - ROP) còn gọi là xơ sản sau thể thủy tinh. Đây là một tình trạng bệnh lý của mắt do sự phát triển bất thường của mạch máu võng mạc. Bệnh thường xảy ra ở những trẻ đẻ thiếu tháng, nhẹ cân và đặc biệt là có tiền sử thở oxy cao áp kéo dài. Nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời bệnh có thể dẫn đến mù loà do tổ chức xơ tăng sinh, co kéo gây bong võng mạc. Tuy nhiên, nhiều trẻ em mặc dù đã được điều trị tốt, bệnh thoái triển hoàn toàn sau điều trị nhưng kết quả về mặt chức năng vẫn rất hạn chế do tật khúc xạ và nhược thị. Do vậy, việc nghiên cứu về tình trạng khúc xạ ở trẻ

mắc bệnh võng mạc trẻ đẻ non nhằm hoàn thiện chu trình điều trị là hết sức cần thiết.

Nghiên cứu này nhằm 2 mục tiêu

1. Đánh giá tình trạng khúc xạ trên trẻ mắc bệnh võng mạc trẻ đẻ non được khám, điều trị và theo dõi tại Bệnh viện Mắt Trung ương.

2. Nhận xét tỷ lệ tật khúc xạ giữa nhóm cần điều trị và nhóm tự thoái triển.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả những trẻ có bệnh võng mạc trẻ đẻ non được khám, điều trị và theo dõi tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ năm 2001.

*Bệnh viện Mắt Trung ương

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu

- Trẻ có bệnh võng mạc trẻ đẻ non có điều kiện khám và theo dõi đầy đủ.
- Tuổi khi nghiên cứu ≥ 2 (có thể phối hợp đo được khúc xạ)

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Trẻ bị ROP nhưng kèm theo các bệnh tại mắt và toàn thân, chậm phát triển trí tuệ không cho phép thăm khám và đo khúc xạ.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Đây là nghiên cứu mô tả lâm sàng không có đối chứng, tiền cứu.

2.2. Phương tiện nghiên cứu

Phương tiện khám mắt: phương tiện khám mắt, phương tiện đo khúc xạ có sẵn tại Bệnh viện Mắt Trung ương.

Phương tiện theo dõi: phiếu nghiên cứu ROP của khoa Mắt trẻ em.

2.3. Cách thức nghiên cứu

Khám lâm sàng

Hỏi bệnh: khám bệnh đánh giá tình trạng nhãn cầu, vận nhãn, đáy mắt

- Đo khúc xạ bằng phương pháp soi bóng đồng tử.

Tra 2 giọt dung dịch Cyclogyl 1% trước khi đo 45 phút, khoảng cách giữa 2 lần tra thuốc là 10 phút.

Đánh giá tình trạng tật khúc xạ: Giá trị tật khúc xạ được xác định bằng giá trị của tương đương cầu (spherical equivalent: SE)

$$SE = \text{cầu} + 1/2 \text{ trụ}$$

- Xác định là cận thị khi $SE < 0,00D$, cận thị cao khi $SE > - 5D$, viễn thị khi $SE > 0,00D$, viễn thị cao khi $SE > + 3D$, loạn thị khi độ loạn thị $\geq 1D$ và lệch khúc xạ 2 mắt khi chênh lệch số D giữa 2 mắt $\geq 1D$.

Xử lý số liệu

Các số liệu, nhận xét được ghi chép chi tiết vào mẫu bệnh án sau đó tập hợp và xử lý số liệu

theo thuật toán thống kê y học, test χ^2 (với sự trợ giúp của phần mềm Epi - Info 6.0).

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân

1.1. Đặc điểm bệnh nhân theo giới, tuổi

Khi tiến hành đo khúc xạ 116 mắt của 58 bệnh nhân chỉ đo được 114 mắt chiếm 98,27%, còn hai mắt không đo được khúc xạ do giác mạc chóp và có kết quả siêu âm trực nhãn cầu dài.

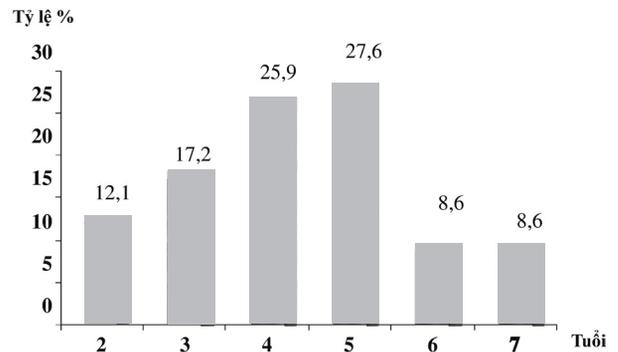
Số bệnh nhân nam là 32 (55,2%) và nữ là 26 (44,8%).

Tỉ lệ nam - nữ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Khi so sánh với các nghiên cứu khác về bệnh võng mạc trẻ đẻ non, tỷ lệ của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả.

Bảng 1. Tỷ lệ nam - nữ trong các nghiên cứu của các tác giả

Tác giả	Tỷ lệ	Nam	Nữ
Larsson (2002)		52,8%	46,2%
Phan Hồng Mai (2006)		53,3%	46,7%
Lermann (2006)		43,0%	57,0%
Nguyễn Xuân Tịnh (2008) [1]		53,1%	46,9%
N.V.Huy (2009)		55,2%	44,8%



Biểu đồ 1. Đặc điểm bệnh nhân theo tuổi

Tuổi nhỏ nhất trong nghiên cứu là 2 tuổi, tuổi lớn nhất 7 tuổi, độ tuổi hay gặp từ 3 - 5 tuổi.

1.2. Số mắt theo nhóm điều trị và tự thoái triển

Trong nghiên cứu này có 54 mắt (46,5%) phải điều trị và 62 mắt (53,5%) không điều trị mà tự thoái triển. Như vậy, không phải toàn bộ bệnh vông mạc ở trẻ đẻ non đều cần phải phẫu thuật ngay ở thời điểm trẻ còn quá non yếu mà có một tỷ lệ rất lớn bệnh có thể tự thoái triển.

2. Tình trạng tật khúc xạ

2.1. Sự phân bố các loại tật khúc xạ

Trong số 114 mắt đo được khúc xạ chỉ có 4

mắt (3,5%) là chính thị, hay gặp nhất là cận thị 43 mắt (37,7%), viễn thị 35 mắt (30,7%) và loạn thị 32 mắt (28,1%). Như vậy, tỷ lệ tật khúc xạ trong nhóm điều trị và cả nhóm tự thoái triển rất cao 110/114 mắt, chiếm tỷ lệ 96,49%. Điều này cho thấy sự cần thiết kiểm tra mức độ khúc xạ ở trẻ đẻ non ngay khi có thể giúp tránh được nhược thị và lác sớm.

Khi nghiên cứu tình hình khúc xạ ở trẻ đẻ non, mặc dù có sự khác biệt về tỷ lệ cận thị nhưng các tác giả đều đưa ra nhận định chung là: trong số mắt không chính thị thì tỷ lệ cận thị là cao nhất.

Bảng 2. Tỷ lệ cận ở trẻ đẻ non theo các tác giả

Tật khúc xạ \ Tác giả	Cận	Viễn	Loạn	Chính thị
Nissenkorn (1983) [5]	50%			
Darlow (1997)	21%	18%	11%	
Choi (1999) [4]	67,2%			
Nguyễn Xuân Tịnh (2008)	26,2%			
Nguyễn Văn Huy (2009)	37,7%	30,7%	28,1%	3,5%

2.2. Tình hình lệch khúc xạ

Bảng 3. Phân bố lệch khúc xạ theo bệnh nhân

Lệch khúc xạ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Có	23	39,7
Không	35	60,3
Tổng	58	100,0

Bảng trên cho thấy có 23 bệnh nhân bị lệch khúc xạ (39,7%) và 35 bệnh nhân không bị lệch khúc xạ (60,3%).

2.3. Tật khúc xạ theo nhóm điều trị và nhóm tự thoái triển

Bảng 4. Phân bố tật khúc xạ theo nhóm điều trị và nhóm tự thoái triển

Tật khúc xạ \ Nhóm	Điều trị	Tự thoái triển
Cận thị	33 (61,1%)	10 (16,6%)
Viễn thị	7 (12,9%)	28 (46,6%)

Tật khúc xạ \ Nhóm	Điều trị	Tự thoái triển
Loạn thị	14 (26,0%)	18 (30,2%)
Chính thị	0 (0%)	4 (6,6%)
Tổng	54 (100%)	60 (100%)

Trong số 54 mắt đã điều trị, có 33 mắt bị cận thị (61,1%), ở nhóm bệnh tự thoái triển tỷ lệ này là 16,6%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). So sánh với các nghiên cứu trước đây đều nhận thấy những mắt phải điều trị có tỷ lệ bị cận thị và mức độ cận thị cao hơn so với những mắt không cần điều trị bệnh tự thoái triển. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở những mắt điều trị laser, tỷ lệ cận thị là 61,1%, cao hơn rất nhiều so với những mắt tự thoái triển là 16,6%.

Bảng 5. Tỷ lệ cận thị ở nhóm điều trị theo các tác giả

Tác giả	Cận thị	Tỷ lệ
K. Algawi (1994)		40,0%
M. Okeefe (1996)		45,5%
Tianna (1997)		71,0%
Choi (1999)		67,2%
Ospina		62,0%
E.M Cloone (2000)		50,0%
Nguyễn Văn Huy (2009)		61,1%

Tỷ lệ cận thị ở nhóm điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của K. Algawi (1994) và M. Okeefe (1996), thấp hơn Tianna (1997) và gần tương đương với một số tác giả khác như Choi (1999), Ospina [3], [4], [6].

2.4. Tình hình thị lực

Bảng 7. Phân bố thị lực

Thị lực	Không kính			Có kính		
	< 3/10	3/10 ≤ < 8/10	≥ 8/10	<3/10	3/10 ≤ < 8/10	≥ 8/10
Số mắt	28	19	4	18	21	12
Tỷ lệ %	54,9	37,2	7,2	35,3	41,1	23,6

Trong số 51 mắt thử được thị lực, có 28 mắt thị lực < 3/10 chiếm tỷ lệ 54,9%, số mắt có thị lực từ 3/10 ≤ 8/10 là 19 mắt chiếm 37,2%, chỉ có 4 mắt thị lực ≥ 8/10 chiếm 7,2%. Sau khi được chỉnh kính, số mắt có thị lực < 3/10 giảm đi đáng kể còn 18 mắt chiếm 35,3%, số mắt có thị lực từ 3/10 đến 8/10 là 21 mắt chiếm 41,1%, có 12 mắt đạt được thị lực ≥ 8/10 chiếm 23,6%. Điều này cho thấy, việc xác định khúc xạ và chỉnh kính sớm là hết sức cần thiết để tránh nhược thị.

IV. KẾT LUẬN

- 96,5% số mắt của trẻ có bệnh ROP đo được khúc xạ khi ở độ tuổi ≥ 2 tuổi.
- Thẻ loại tật khúc xạ hay gặp nhất trên trẻ đẻ non là cận thị chiếm 37,7% và lệch khúc xạ chiếm 39,7%.
- Ở nhóm trẻ có bệnh ROP cần điều trị, tỷ lệ cận thị là 61,1% và ở trẻ nhóm có bệnh ROP tự thoái triển là 16,6%.
- Việc xác định khúc xạ và chỉnh kính cho trẻ có bệnh ROP là hết sức cần thiết, 7,2% số mắt có thị lực > 8/10 trước khi chỉnh kính, tỷ lệ này sau chỉnh kính là 23,6%.

Bảng 6. Phân bố mức độ cận thị nhóm điều trị và nhóm tự thoái triển

Nhóm	Tật khúc xạ	Điều trị	Không điều trị
		SE	≤ -5D
	> -5D	14 (31,1%)	3 (15,7%)
MSE		- 4,87D	- 2,22D

Mức độ cận thị cao ở nhóm điều trị là 82,4%, nhóm tự thoái triển là 17,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Khi tính theo tương đương cầu chúng tôi nhận thấy mức độ cận thị trung bình ở nhóm phải điều trị là - 4,87D cao hơn nhóm bệnh tự thoái triển -2,22D. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Kết quả của chúng tôi gần tương tự với kết quả của Shani và Choi. Tỷ lệ cận thị cao trong nhóm điều trị trong nghiên cứu của Choi (1999) là 26,2% và của Shani (2004) là 29,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. NGUYỄN XUÂN TỊNH (2008), Nghiên cứu đặc điểm tổn thương bệnh võng mạc trẻ đẻ non và hiệu quả điều trị của laser, *Luận án tiến sỹ y học*, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. ALGAWI K, GOGGIN M AND O'KEEFE M (1994), "Refractive outcome following diode laser versus cryotherapy for eyes with retinopathy of prematurity.", *British Journal of Ophthalmology*, 78: 612-614.
3. MI YOUNG CHOI, IN KI PARK, YOUNG SUK YU (2000), "Long term refractive outcome in eye of preterm infants with and without retinopathy of prematurity: comparison of keratometric of value, axial length, anterior chamber depth, and lens thickness.", *British Journal of Ophthalmology*, 84: 138-143.
4. NISSENKORN I, YASSUR Y, MASHKOWSKI D, SHERF I AND BEN SIRA I (1983), "Myopia in premature babies without retinopathy of prematurity", *British Journal of Ophthalmology*, 67: 170-1973.
5. ROBINSON R., O'KEEFE M. (1993), "Follow-up study on premature infants with and without retinopathy of prematurity", *British Journal of Ophthalmology*, 77: 91-94.

SUMMARY

EVALUATION OF REFRACTIVE ERRORS THE EYES WITH RETINOPATHY OF PREMATUREITY (ROP)

Aims: *to assess the situation of ractive enoy on children with Rop examined and Teated in*

Methods: *58 kids with treated ROP are assessed using by retinoscopy method.*

Results: *myopia comes first at 96.5%, small eye or hyperopia the second at 31%, then astigmatism at 28%. Note that nearly 40% of eyes acquired anisometropia. Eyes with laser treatment have higher incidence of refractive errors than those with spontaneous regression and no treatment. However, wearing glasses continues to be a helpful method in 30% of abnormal eyes.*

Conclusion: *myopia is the common refractive error in eyes with treated ROP.*

Key words: *retinopathy of prematurity (ROP).*

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA CÁC PHƯƠNG PHÁP TRỢ THỊ TRÊN NGƯỜI KHIẾM THỊ TRƯỞNG THÀNH

Nguyễn Thị Thu Hiền, Tôn Thị Kim Thanh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: bước đầu đánh giá hiệu quả về mặt chức năng thị giác sau khi sử dụng các phương pháp trợ thị cho những bệnh nhân khiếm thị tuổi trưởng thành. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả của việc trợ thị.

Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu được thực hiện trên 85 bệnh nhân khiếm thị từ 18 tuổi trở lên đến khám tại phòng khám khiếm thị BV Mắt Trung ương từ 1/2007 đến 12/2008. Thiết kế nghiên cứu can thiệp tự chứng. Tất cả các bệnh nhân được khám: tìm nguyên nhân gây khiếm thị, thử thị lực xa, chỉnh tật khúc xạ, đánh giá mức độ khiếm thị, thử thị lực gần, thử các kính trợ thị gần.

Kết quả: có 24,8% trường hợp khiếm thị ở mức độ nặng, thị lực gần trung bình trước trợ thị là $0,34 \pm 0,8$; sau trợ thị tăng $0,38 \pm 0,04$; đồng thời khoảng cách đọc trước trợ thị là $6,2 \pm 2,9\text{cm}$; sau trợ thị tăng $10,73 \pm 4,57\text{cm}$; sau trợ thị có 65,9% trường hợp thị lực nhìn gần đạt mức tốt ($>0,4$).

Kết luận: các phương pháp trợ thị thực sự có ý nghĩa trong việc cải thiện sức nhìn cho bệnh nhân khiếm thị.

Từ khoá: khiếm thị, trợ thị.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoảng 80% lượng thông tin từ bên ngoài được con người tiếp nhận thông qua hệ thống thị giác, bởi vậy khi hệ thống này không hoàn chỉnh sẽ làm ảnh hưởng đến khả năng truyền thông tin lên vỏ não, ảnh hưởng trực tiếp tới những hoạt động trong cuộc sống, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 1992, khiếm thị là chức năng thị giác bị giảm nặng, thậm chí ngay cả khi đã được điều trị hoặc điều chỉnh tật khúc xạ tốt nhất nhưng thị lực ở mắt tốt chỉ ở mức dưới 6/18 (0,33) cho đến còn phân

biệt sáng tối (ST+) và/hoặc thị trường bị thu hẹp dưới 10^0 kể từ điểm định thị. Khi thị giác bị tổn hại sẽ gây rất nhiều khó khăn trong cuộc sống độc lập hàng ngày của người khiếm thị, cản trở những hoạt động như đọc, viết, ăn, khâu vá, đi du lịch, giao tiếp và tiếp xúc với người khác. Việc phục hồi chức năng thị giác cho những người khiếm thị nhằm giúp họ có thể sử dụng phần thị giác ít ỏi của mình tốt hơn, giúp họ bớt khó khăn trong cuộc sống độc lập.

Quy trình phục hồi chức năng thị giác cho người khiếm thị bao gồm 4 bước: đánh giá các tổn hại thị giác chủ quan, đánh giá các tổn hại thị giác

* Bệnh viện Mắt Trung ương

khách quan, chỉ định các phương pháp trợ thị và hướng dẫn kỹ năng sống. Trong đó, bước chỉ định các **phương pháp trợ thị** là bước quan trọng nhất. Các loại trợ thị bao gồm: trợ thị quang học phóng đại, trợ thị quang học không phóng đại, trợ thị phi quang học và trợ giúp ngoài thị giác. Trong các loại trợ thị thì những kính trợ thị quang học phóng đại đóng vai trò chủ chốt nhất, bản chất của nó dựa trên cơ chế phóng đại của các thấu kính hoặc hệ thống thấu kính.

Ở những nước phát triển, lĩnh vực khiếm thị đã được phát triển từ những năm 1950, người ta đã xây dựng những trung tâm phục hồi chức năng dành riêng cho những người khiếm thị. Tại Mỹ hiện nay, thị giác của người khiếm thị lớn tuổi đang là một vấn đề thời sự bởi số lượng người khiếm thị do bệnh thoái hoá hoàng điểm tuổi già gia tăng rất nhanh, việc hỗ trợ để đem lại cuộc sống có chất lượng cho họ đang là vấn đề cấp thiết.

Ở Việt Nam, từ năm 1999, lĩnh vực khiếm thị mới bắt đầu được đề cập đến. Tuy nhiên, do công tác phòng chống mù loà của chúng ta còn rất nặng nề, sự hiểu biết và nhu cầu về chất lượng cuộc sống của những người khiếm thị chưa cao, nên mức độ quan tâm đến người khiếm thị còn hạn chế. Nhưng trong thời điểm hiện nay, khi đời sống được cải thiện thì việc chăm sóc cho những người khuyết tật nói chung và những người khiếm thị nói riêng cần phải được coi là vấn đề cấp bách của toàn xã hội. Tuy nhiên, cho đến nay chưa có nghiên cứu nào đề cập đến vấn đề khiếm thị ở người tuổi trưởng thành, bởi vậy chúng tôi đặt vấn đề nghiên cứu đề tài: “Bước đầu đánh giá hiệu quả của các phương pháp trợ thị trên người khiếm thị trưởng thành” nhằm mục tiêu:

- *Bước đầu đánh giá hiệu quả về mặt chức năng thị giác sau khi sử dụng các phương pháp trợ thị cho những bệnh nhân khiếm thị lớn tuổi.*

- *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả của việc trợ thị.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu bước đầu của chúng tôi được thực hiện trên 85 bệnh nhân khiếm thị tuổi trưởng thành đến khám tại phòng khám khiếm thị, Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 1/2007 đến 12/2008 với các tiêu chuẩn như sau:

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân trên 18 tuổi.
- Thị lực nhìn xa sau khi điều trị hoặc chỉnh kính tốt nhất từ 0,33 đến ST(+).
- Bệnh nhân có chỉ định và có nhu cầu được trợ thị sau khi nghe tư vấn và giải thích.
- Bệnh nhân có khả năng nhận thức tốt để có thể phối hợp thử các chức năng thị giác.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đang mắc bệnh cấp tính.
- Bệnh nhân tinh thần không ổn định.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp tự chứng.

2.2. Phương tiện nghiên cứu

- Hồ sơ nghiên cứu.
- Bảng thị lực nhìn xa của Snellen.
- Bảng thị lực gần bằng đoạn văn bản và bảng thị lực nhìn gần của Snellen.
- Máy đo khúc xạ tự động, máy soi bóng đồng tử (Retinoscope - Hein Beta 200).
- Máy soi đáy mắt hình thẳng (Carl Zeiss), sinh hiển vi khám bệnh (Inami).
- Các loại kính trợ thị
- + Kính gọng phóng đại: +4D đến +20D
- + Kính lúp cầm tay: +6D đến +38D
- + Kính lúp có chân: +10D đến +38D

2.3. Cách thức nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành theo trình tự các bước như sau

- + Giải thích mục đích của công việc trợ thị cho bệnh nhân, giúp họ hiểu được tác dụng của việc trợ thị,

tạo cho họ niềm tin vào hiệu quả của việc trợ thị.

+ Khám chẩn đoán nguyên nhân gây khiếm thị.

+ Đánh giá một số chức năng thị giác bao gồm: thị lực xa và thị lực gần.

+ Chỉ định loại trợ thị cho từng bệnh nhân cụ thể: trợ thị gần.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi	Số lượng	%
<40	74	87,1
40 - 60	8	9,4
60 - 70	2	2,4
≥70	1	1,2
Tổng	85	100

Chúng tôi đã khám và chỉ định kính trợ thị cho 85 bệnh nhân khiếm thị, tuổi từ 18 đến 74, trong đó số bệnh nhân dưới 40 tuổi chiếm nhiều nhất (87,1%).

2. Nguyên nhân gây khiếm thị

Bảng 2. Nguyên nhân gây khiếm thị

Nguyên nhân	Số BN (n)	Tỷ lệ %
Bệnh lý thể thủy tinh	29	34,1
Tật khúc xạ	7	8,2
Glôcôm	9	10,6
Bệnh lý võng mạc hoàng điểm	19	22,4
Tổn hại thị thần kinh	10	11,8
Khác	11	12,9
Tổng	85	100

Nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất trong 85 bệnh nhân là bệnh lý của thể thủy tinh (34,1%), nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao thứ hai là các bệnh lý của võng mạc, hoàng điểm (22,4%).

3. Thị lực xa và mức độ khiếm thị

Bảng 3. Thị lực xa và mức độ khiếm thị

Thị lực xa	Mức độ khiếm thị	n	%
0,1 - 0,33	Nhẹ	28	32,9
0,05 - 0,1	Vừa	36	42,3
0,017 - 0,05	Nặng	21	24,8
≤0,017	Rất nặng	0	0
Tổng		85	100

Trong số 85 bệnh nhân, có tới 24,8% trường hợp là khiếm thị nặng, chỉ có 32,9% trường hợp khiếm thị ở mức độ nhẹ và không có trường hợp nào ở mức độ rất nặng.

4. Các loại kính trợ thị gần đã sử dụng

Bảng 4. Các loại kính trợ thị gần đã sử dụng

Kính trợ thị gần	n	%
Kính gọng phóng đại	40	47,1
Lúp cầm tay	29	34,1
Lúp có chân	2	2,4
Kính gọng phóng đại + lúp cầm tay	12	14,0
Kính gọng phóng đại + lúp có chân	2	2,4
Tổng	85	100

Tất cả 85 bệnh nhân đều được chỉ định dùng kính trợ thị gần, trong đó loại kính trợ thị gần được sử dụng nhiều nhất là kính gọng phóng đại (47,1%).

5. Thị lực gần và khả năng đọc trước và sau trợ thị

Bảng 5. Thị lực gần và khả năng đọc trước và sau trợ thị

	Trước trợ thị	Sau trợ thị
Thị lực gần trung bình	0,34 ± 0,8	0,38 ± 0,04
Khoảng cách đọc trung bình (cm)	6,2 ± 2,9	10,73 ± 4,57
Tốc độ đọc trung bình (từ/phút)	64,69 ± 26,38	89,28 ± 30,86

Thị lực gần trước trợ thị là $0,34 \pm 0,8$; sau trợ thị tăng lên $0,38 \pm 0,04$, thị lực gần tăng so với trước trợ thị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Khoảng cách đọc trước trợ thị là $6,2 \pm 2,9$ cm; sau trợ thị tăng lên $10,73 \pm 4,57$ cm; khoảng cách đọc tăng so với trước trợ thị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tốc độ đọc trước trợ thị là $64,69 \pm 26,38$; sau trợ thị tăng lên $89,28 \pm 30,86$; tốc độ đọc tăng so với trước trợ thị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

6. So sánh thị lực gần trước và sau trợ thị

Bảng 6. Thị lực gần trước và sau trợ thị

Thị lực gần	Trước trợ thị		Sau trợ thị	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
$\geq 0,4$	50	58,8	56	65,9
0,2 - 0,4	29	34,1	29	34,1
0,017 - 0,2	6	7,1	0	0
<i>Tổng</i>	85	100	85	100

Trước trợ thị chỉ có 58,8% trường hợp thị lực gần trên 0,4 và có tới 7,1% trường hợp thị lực gần dưới 0,2; nhưng sau trợ thị có tới 65,9% trường hợp thị lực gần trên 0,4 và không còn trường hợp nào thị lực gần dưới 0,2.

8. Liên quan giữa mức độ khiếm thị và thị lực gần sau trợ thị

Bảng 8. Liên quan giữa mức độ khiếm thị và thị lực gần sau trợ thị

Thị lực xa	Mức độ khiếm thị	Thị lực gần sau trợ thị		
		$\geq 0,4$	0,2 - 0,4	0,017 - 0,2
0,1 - 0,33	Nhẹ	23 27%	5 5,9%	0 0%
0,05 - 0,1	Vừa	24 28,2%	12 14,1%	0 0%
0,017 - 0,05	Nặng	9 10,6%	12 14,1%	0 0%
$\leq 0,017$	Rất nặng	0 0%	0 0%	0 0%
<i>Tổng</i>		56	29	0

7. Liên quan giữa loại kính trợ thị và khoảng cách đọc sau trợ thị

Bảng 7. Liên quan giữa loại kính trợ thị và khoảng cách đọc sau trợ thị

Loại kính trợ thị	Khoảng cách đọc sau trợ thị (cm)		
	<10	10 - 15	≥ 15
Gọng phóng đại	25	14	1
Lúp cầm tay	8	11	10
Lúp có chân	2	0	0
Gọng và lúp tay	10	2	0
Gọng và lúp chân	1	0	1
<i>Tổng</i>	46	27	12

Khi sử dụng kính gọng phóng đại, khoảng cách đọc của bệnh nhân thường rất gần, chỉ có 1 trường hợp (2,5% trên tổng số 40 bệnh nhân dùng kính gọng) khoảng cách đọc trên 15 cm, ngược lại khi sử dụng kính lúp cầm tay thì khoảng cách đọc của bệnh nhân được cải thiện rõ rệt, có 10 trường hợp (34,5% trên tổng số 29 bệnh nhân dùng kính lúp cầm tay) khoảng cách đọc trên 15 cm.

Mức độ khiếm thị không liên quan đến kết quả thị lực gần sau trợ thị. Có 9 trường hợp, mặc dù khiếm thị mức độ nặng nhưng thị lực gần sau trợ thị vẫn ở mức trên 0,4.

9. Hiệu quả của các phương pháp trợ thị

Các kính trợ thị gần có tác dụng hỗ trợ hiệu quả cho các bệnh nhân khiếm thị. Chúng tôi đã chỉ định kính trợ thị cho tất cả 85 bệnh nhân, sau khi dùng kính trợ thị có 56 bệnh nhân (65,9%) có thị lực trên 0,4. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Kleen [2] trên 185 bệnh nhân, sau trợ thị có 65% trường hợp có thể đọc cỡ chữ trên 0,4; nhưng thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Margrain [4] trên 168 bệnh nhân, sau trợ thị có 77% trường hợp có thể đọc cỡ chữ trên 0,4 và thấp hơn kết quả của Leat [3] trên 57 bệnh nhân, sau trợ thị có 75% trường hợp có thể đọc cỡ chữ trên 0,4. So sánh với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [6] năm 2001 trên 107 trẻ khiếm thị thấy rằng: có 73 trường hợp được chỉ định dùng kính trợ thị gần và thị lực sau trợ thị cải thiện trên 0,4 ở 94,5% trường hợp. Như vậy, hiệu quả của việc trợ thị ở trẻ em cao hơn ở người lớn, điều này có thể do: khả năng điều tiết ở trẻ tốt hơn nên trẻ có thể đọc được những chữ nhỏ ở khoảng cách rất gần mà lâu mệt mỏi hơn so với người lớn.

Sau khi dùng kính trợ thị, khoảng cách đọc trung bình đạt được là $10,73 \pm 4,57$ cm, với khoảng cách này có thể giúp ánh sáng dễ dàng chiếu vào vật, giúp cho người khiếm thị nhìn thấy vật rõ hơn. Hiệu quả của kính trợ thị còn được thể hiện bởi việc cải thiện rõ rệt tốc độ đọc của bệnh nhân sau khi dùng kính. Tuy nhiên, đây là một yếu tố chủ quan bởi nó bị phụ thuộc vào: lứa tuổi, trình độ học vấn, mức độ khiếm thị...

Loại kính trợ thị được chỉ định: trong các loại kính trợ thị gần, kính gọng được sử dụng nhiều hơn cả do bệnh nhân không cần phải dùng tay để cầm kính. Tuy nhiên, khi dùng kính gọng thì khoảng cách đọc của bệnh nhân thường rất gần, gần hơn nhiều so với kính cầm tay, làm ảnh hưởng đến lượng ánh sáng chiếu vào vật. Kính lúp cầm tay giúp cải thiện khoảng cách đọc hơn, bởi vậy với những bệnh nhân ở tuổi trên 40 (tuổi lão thị) thì kính lúp cầm tay được ưa chuộng hơn.

Một số yếu tố liên quan

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy mức độ khiếm thị (thị lực xa) và kết quả của việc trợ thị gần không liên quan đến nhau, bởi có 9 bệnh nhân khiếm thị mức độ nặng nhưng vẫn có mức thị lực gần sau trợ thị đạt trên 0,4; đồng thời chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, nguyên nhân gây khiếm thị với kết quả trợ thị. Kết quả của chúng tôi không phù hợp với nghiên cứu của Harper [1] và Ji [5] cho thấy rằng mức độ khiếm thị, nguyên nhân gây khiếm thị có liên quan đến kết quả trợ thị, điều này có thể do số lượng bệnh nhân của chúng tôi chưa đủ để có thể thấy được những mối liên quan này.

IV. KẾT LUẬN

Các phương pháp trợ thị thực sự có ý nghĩa trong việc cải thiện chức năng thị giác cho người khiếm thị tuổi trưởng thành, đặc biệt là các phương tiện trợ thị gần. Sau khi dùng kính trợ thị gần có tới 65,9% bệnh nhân có thể đọc được chữ in cỡ nhỏ và khoảng cách đọc cũng được cải thiện tới $10,73 \pm 4,57$ cm. Loại kính trợ thị gần được sử dụng nhiều nhất là kính gọng phóng đại.

Chưa tìm thấy yếu tố nào có liên quan đến kết quả của việc trợ thị cho người khiếm thị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. NGUYỄN THỊ THU HIỀN (2001), Nghiên cứu ứng dụng một số phương tiện trợ thị trên trẻ khiếm thị. *Luận văn tốt nghiệp BSNT*.
2. HARPER, R. (1998), Evaluating the outcome of low vision rehabilitation, *Ophthalm. Physiol. Opt*, 19(1), 3 - 11.
3. KLEEN, S. R. (2004), Low vision care: Correlation of patients age, Visual goals and aids prescribed, *American Journal of Optometry and Physiological optics*, 58(3), 200 - 205.
4. LEAT, S. J., LEGGE, G. E. AND BULLIMORE, M. A. (2001), What is low vision? A re-evaluation of definitions, *Optom Vis Scis*, 76(4), 198-211.
5. MARGRAIN, T. H. (2000), Helping blind and partially sighted people to read: the effectiveness of low vision aids, *BJO*, 84(8), 919 - 921.
6. JI, Y. H. (1999), Clinical effect of low vision aids, *Korean J Ophthalmol*, 13(1), 52 - 56.

SUMMARY

AN EVALUATION OF LOW VISION AIDS AMONG ADULTS

Aims: *a retrospective study reveals factors that may change the visual outcome among adults using low vision aids*

Method and result: *85 low vision individuals aged over 18 are assessed for near and distant vision. The high percentage of cases is reported to gain better vision after using aids. No factor deteriorating the outcome is found.*

Conclusion: *low vision aids are effective among adults with eye sight. And unexpected outcome may be related to the unknown causes.*

Key words: *low vision patient, low - vision aids*

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ THỊ LỰC CỦA BỆNH NHÂN ĐỤC THỂ THỦY TINH BẨM SINH HAI MẮT SAU PHẪU THUẬT ĐẶT THỂ THỦY TINH NHÂN TẠO

Lê Thị Kim Xuân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả thị lực của phẫu thuật đục thể thủy tinh (TTT) bẩm sinh hai mắt được đặt thể thủy tinh nhân tạo (TTTNT).

Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang, gồm 132 mắt của 71 trẻ bị đục TTT bẩm sinh hai mắt được phẫu thuật lấy TTT đặt TTTNT, tuổi từ 4 đến 15; có 37 bệnh nhân (BN) nam và 34 BN nữ, thời gian theo dõi ít nhất là 5 năm.

Kết quả: sau phẫu thuật tất cả BN đều tăng thị lực, số mắt có thị lực từ 0,5 trở lên là 57 (35,6%), thị lực từ 0,3 - 0,4 là 30 (22,7%), từ 0,1 - 0,2 là 40 (30,3%), thị lực dưới 0,1 là 15 (11,4%). Kết quả thị lực phụ thuộc vào các hình thái đục TTT bẩm sinh: đục TTT dạng vùng (lớp) đạt được thị lực từ 0,5 trở lên có 78,6%, thị lực từ 0,3 - 0,4 là 21,4%. Đục TTT nhân trung tâm có thị lực từ 0,5 trở lên là 62,5%, thị lực từ 0,3 - 0,4 là 22,5%. Đục dạng màng và thoái triển không có BN nào đạt thị lực từ 0,5 trở lên, thị lực đạt từ 0,3 - 0,4 là 18,2%, từ 0,1 - 0,2 là 45,4%, thị lực dưới 0,1 chiếm 34,6%. Dạng đục toàn bộ mềm thị lực từ 0,5 trở lên có 17,4%, đạt từ 0,3 - 0,4 là 26,1%, thị lực từ 0,1 - 0,2 là 41,3%, còn lại là thị lực <0,1 là 15,2%.

Kết luận: phẫu thuật lấy TTT kết hợp đặt TTTNT ở trẻ em là phương pháp an toàn và có hiệu quả. Kết quả thị lực phụ thuộc vào hình thái đục TTT bẩm sinh.

Từ khóa: đục thể thủy tinh bẩm sinh, đặt thể thủy tinh nhân tạo ở trẻ em.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đục TTT bẩm sinh ở trẻ em rất đa dạng về hình thái lâm sàng. Đánh giá và điều trị bệnh này khó hơn ở người lớn, bởi vì bộ máy thị giác của trẻ em chưa trưởng thành dễ bị tổn hại, dẫn đến nhược thị do không tạo hình được ở võng mạc vào thời kỳ đầu của tiến trình phát triển của mắt [1]. Nguyên nhân đầu tiên là do trục thị giác bị che lấp bởi TTT đục, nhất là trong trường hợp xuất hiện đục TTT

sớm mà không được phẫu thuật kịp thời. Nhược thị có thể xảy ra ở trẻ em có tật khúc xạ sau mổ, nhưng không được điều chỉnh kính và có thể do đục bao sau thứ phát nếu không được điều trị sớm. Đặc biệt, nhược thị còn do mất lác, sẽ gây trở ngại cho việc tập luyện phục hồi thị giác hai mắt. Do đặc điểm giải phẫu của mắt trẻ em, nhãn cầu còn đang phát triển, phản ứng của mắt với phẫu thuật nặng nề hơn, nên có nhiều biến chứng trong và sau phẫu

* Bệnh viện Mắt Trung ương

thuật, làm cho kết quả về giải phẫu cũng như về chức năng không cao. Phẫu thuật đặt TTTNT ở trẻ em được tiến hành lần đầu tiên từ đầu những năm 1960, với số lượng BN ít và được lựa chọn kĩ càng. Ngày càng có nhiều nghiên cứu về vấn đề này trên thế giới và cho đến nay phẫu thuật này đã được ứng dụng rộng rãi [1] [2].

Mục tiêu của đề tài là đánh giá kết quả thị lực của PT những mắt đục TTT bẩm sinh hai mắt có đặt TTTNT và sự phụ thuộc của kết quả này đối với các hình thái đục TTT bẩm sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ em (từ 1 đến 15 tuổi) bị đục TTT bẩm sinh hai mắt, được phẫu thuật lấy TTT đặt TTTNT tại khoa Mắt trẻ em Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 5 - 1992 và được theo dõi ít nhất là 5 năm.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

2.2. Phương tiện nghiên cứu

*** Phương tiện phục vụ thăm khám, theo dõi và đánh giá kết quả**

- Bảng thị lực vòng hồ Landolt, bảng thị lực hình vẽ (con vật, đồ vật) dùng cho trẻ nhỏ.

- Hộp thử kính, dụng cụ soi bóng đồng tử.
- Máy đo khúc xạ tự động.
- Nhân áp kế Maclacop.
- Máy siêu âm, điện võng mạc.
- Máy Javal để đo khúc xạ giác mạc.
- Hồ sơ theo dõi bệnh nhân.

*** Phương tiện phục vụ phẫu thuật**

- Máy hiển vi phẫu thuật đồng trục
- Bộ dụng cụ vi phẫu thuật thể thủy tinh và đặt thể thủy tinh nhân tạo.
- Máy cắt dịch kính.
- Thể thủy tinh nhân tạo, chảy nhầy, kim chỉ vi phẫu nylon 10/0.

3. Quy trình nghiên cứu

Gồm các phần hỏi bệnh, đánh giá trước và sau phẫu thuật (thị lực, khúc xạ, chỉnh kính, điều trị nhược thị). Khám mắt, tình trạng vận nhãn, tình trạng nhãn cầu, giác mạc, độ nông sâu của tiền phòng, tình trạng mống mắt, đồng tử. Đánh giá các hình thái đục TTT và khám đáy mắt.

Siêu âm hệ thống A và B để xác định trục nhãn cầu, tình trạng dịch kính, võng mạc. Điện võng mạc để đánh giá sự cảm thụ của võng mạc. Các xét nghiệm phục vụ cho phẫu thuật, gây mê. Khám toàn thân phát hiện các tổn thương kết hợp. Công suất của TTTNT được tính bằng công thức SRK II (Sanders-Retzlaff-Kraff). Chúng tôi chủ trương đặt TTTNT cho trẻ em với công suất giảm bớt đi, để khi trẻ lớn lên mắt sẽ chỉnh thị, nghĩa là đối với trẻ dưới 5 tuổi công suất TTTNT đặt chỉ bằng 80% công suất đo được, còn trẻ từ 5 đến 10 tuổi công suất TTTNT đặt giảm đi 1 đến 2 D, trẻ trên 10 tuổi thì đặt đủ số.

Đánh giá kết quả thị lực ở các thời điểm 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng, 1 năm, 2 năm,... 5 năm.

4. Phương pháp phẫu thuật

- Phẫu thuật tiến hành trong điều kiện gây mê toàn thân.

- Rạch giác mạc trực tiếp dài 2mm. Xé bao trước của TTT bằng kim 25 G. Hút sạch chất nhân của TTT bằng kim hai nòng hoặc bằng máy. Bơm chất nhầy vào tiền phòng, tách 2 lá bao trước và bao sau của TTT. Đặt TTTNT vào trong túi bao của TTT, khâu giác mạc bằng chỉ 10/0, rửa sạch tiền phòng và tái tạo lại bằng bóng hơi hoặc nước.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

132 mắt của 71 trẻ bị đục TTT bẩm sinh hai mắt, tuổi từ 1 - 15 được phẫu thuật lấy TTT đặt TTTNT hậu phòng. Trong đó, có 37 nam và 34 nữ.

Bảng 1. Phân bố các hình thái đục TTT bẩm sinh hai mắt

Hình thái đục	n	%
Toàn bộ mềm và sữa	46	34,8
Màng và thoái triển	22	16,7
Nhân trung tâm	40	30,3
Vùng (lớp) và tiền triển	14	10,6
Bao sau	10	7,6
Tổng số	132	100

1. Kết quả thị lực sau mổ

Bảng 2. Kết quả thị lực khi ra viện

Thị lực	n	%
Không thử được	2	1,5
<0,1	16	12,1
0,1-0,2	74	56,1
0,3-0,4	25	18,9
0,5-0,6	12	9,1
0,7-0,8	3	2,3
0,9-1	0	0
Tổng	132	100

Ở thời điểm ra viện có 2 BN nhỏ tuổi không thử được thị lực, số BN có thị lực cao từ 0,5 trở lên là 11,4%, không có BN nào đạt thị lực 0,9 đến 1,0.

Bảng 3. Kết quả thị lực sau mổ 6 tháng

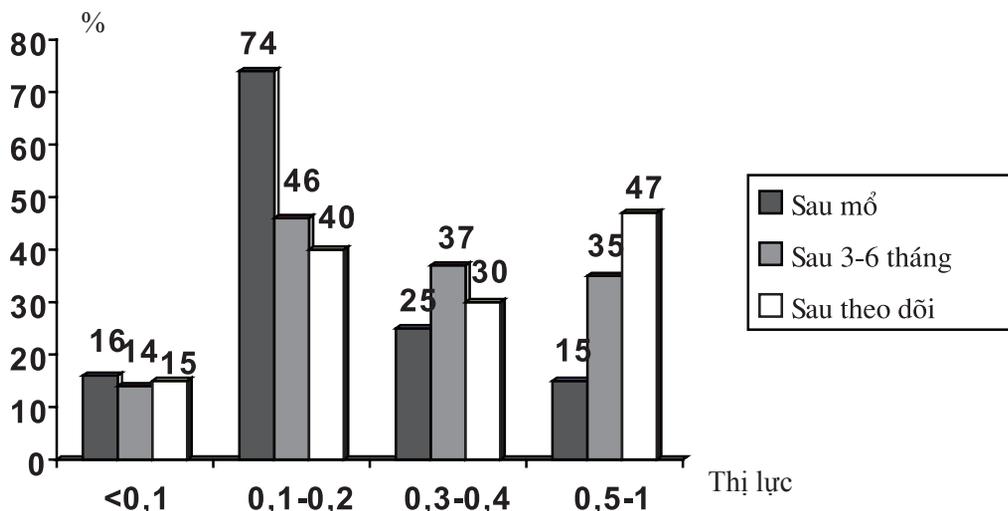
Thị lực	n	%
<0,1	14	10,6
0,1-0,2	46	34,8
0,3-0,4	37	28
0,5-0,6	13	9,8
0,7-0,8	10	7,6
0,9-1	12	9,1
Tổng	132	100

Sau theo dõi 3 đến 6 tháng kết hợp điều chỉnh kính và tập nhược thị (nếu có) số BN đạt được thị lực trên 0,5 tăng lên 26,5% và số BN có thị lực dưới 0,1 giảm còn 10,6%.

Bảng 4. Kết quả thị lực sau theo dõi 5 năm

Thị lực	n	%
<0,1	15	11,4
0,1-0,2	40	30,3
0,3-0,4	30	22,7
0,5-0,6	17	12,9
0,7-0,8	13	8,6
0,9-1	17	12,9
Tổng	132	100%

Sau theo dõi 5 năm, điều chỉnh kính kết hợp điều trị nhược thị trên những BN bị nhược thị, số mắt có thị lực dưới 0,1 là 15 (11,4%), thị lực từ 0,1 - 0,2 là 40 (30,3%), thị lực từ 0,5 trở lên là 57 (35,6%).



Biểu đồ 1. Kết quả thị lực của bệnh nhân đục TTT bẩm sinh hai mắt ở từng thời điểm theo dõi (n=132)

Bệnh nhân bị đục TTT bẩm sinh hai mắt sau mổ đặt TTTNT đạt được thị lực tốt từ 0,5 trở lên ở thời điểm ra viện có 15 mắt (11,4%), sau 3 đến 6 tháng có 35 mắt (26,5%), khác biệt

này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$), sau theo dõi lâu dài và tập điều trị nhược thị lực tốt đạt được 47 mắt (35,6%), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5. Kết quả thị lực sau theo dõi liên quan đến hình thái

Hình thái \ Thị lực	< 0,1	0,1 - 0,2	0,3 - 0,4	0,5 - 0,6	0,7 - 0,8	0,9-1
Toàn bộ mềm, sữa (n=46)	7 (15,2%)	19 (41,3%)	12 (26,1%)	8 (17,4%)		
Màng, thoái triển (n=22)	8 (36,4%)	10 (45,4%)	4 (18,2%)			
Nhân trung tâm (n=40)		6 (15%)	9 (22,5%)	3 (7,5%)	9 (22,5%)	13 (32,5%)
Vùng (n=14)			3 (21,4%)	4 (28,6%)	4 (28,6%)	3 (21,4%)
Bao sau (n=10)		5 (50%)	2 (20%)	2 (20%)		1 (10%)
Σ (n=132)	15 (11,4%)	40 (30,3%)	30 (22,7%)	17 (12,9%)	13 (9,8%)	17 (12,9%)

Trong đục TTT bẩm sinh 2 mắt, đục TTT dạng vùng (lốp) đạt thị lực cao nhất từ 0,5 trở lên là 78,6%, còn lại 21,4% có thị lực từ 0,3 - 0,4. Đục TTT nhân trung tâm có thị lực từ 0,5 trở lên là 62,5%, thị lực từ 0,3 - 0,4 là 22,5%. Dạng đục màng và thoái triển không có BN nào đạt thị lực từ 0,5 trở lên, thị lực đạt từ 0,3 - 0,4 là 18,2%, từ 0,1 - 0,2 là 45,4%, thị lực dưới 0,1 chiếm 34,6%. Dạng đục toàn bộ mềm thị lực từ 0,5 trở lên có 17,4%, đạt từ 0,3 - 0,4 là 26,1%, thị lực từ 0,1 - 0,2 là 41,3%, còn lại là thị lực < 0,1 là 15,2%.

So sánh kết quả thị lực tốt từ 0,5 trở lên của các hình thái đục toàn bộ và thị lực của các hình thái đục chưa toàn bộ khác biệt rất có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

IV. BÀN LUẬN

Với những tiến bộ về kỹ thuật mổ TTT và khả năng điều chỉnh quang học ổn định bằng đặt TTTNT sớm và có hiệu quả, nhiều tác giả đã thông

báo đạt được kết quả thị lực cao ở những trẻ em bị đục TTT bẩm sinh sau phẫu thuật [1], [2], [3], [4], [5], [6]. Nhưng kết quả thị lực này không ổn định như ở người lớn. Trong những trường hợp đục TTT xuất hiện sớm ngay sau khi sinh và đục toàn bộ thì thị lực đạt được rất kém, lí do là các mắt này đều bị nhược thị rất sâu và không hồi phục, nhiều tác giả cho rằng cần phải phẫu thuật trước 8 tuần tuổi của trẻ để có thể phát triển được thị lực về sau này [1], [2], [4]. Theo Von Noorden giai đoạn cảm thụ (sensitive period) của mắt kéo dài trong khoảng 6 năm [TDT 1, 6], nhưng nếu nhược thị xuất hiện càng sớm thì càng nặng. Trong vòng 12 tháng đầu sau khi sinh, chỉ cần bịt mắt trong một thời gian ngắn (một vài tuần) cũng gây nhược thị nặng, những loại nhược thị này là không thể hồi phục. Tác giả này còn đưa ra cơ chế nhược thị một mắt và 2 mắt là khác nhau: nhược thị một mắt do tổn thương thể gối ngoài (teo thể gối ngoài) và không có khả năng truyền xung

thần kinh qua dải thị giác, còn trong nhược thị hai mắt thì biểu hiện tổn thương ở thể gôi ngoài ít hơn, mà chủ yếu là giảm xung dẫn truyền thần kinh ở dải thị giác.

Ngược lại, dạng đục TTT chưa toàn bộ có kết quả chức năng cao. Kết quả mổ thay TTTNT của nhóm đục TTT bẩm sinh hai mắt chưa hoàn

toàn của chúng tôi phù hợp với kết quả của tác giả Brady, Atkinson, 1995 [1] và Gimbel, 1997 [3]. Kết quả thị lực cao từ 0,5 trở lên, theo nghiên cứu của chúng tôi còn thấp hơn so với Brady và Atkinson ($p < 0,01$), so với Gimbel $p < 0,05$, còn so với Thouvenin [6] thì khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 6. Kết quả thị lực của nhóm đục TTT bẩm sinh 2 mắt chưa hoàn toàn

Tác giả, năm	Thị lực	Số mắt	< 0,1	0,1 - 0,4	0,5 - 1
Brady, Atkinson, 1995 [1]		45	0	0	100%
Gimbel, 1997 [3]		48	0	20,8%	79,2%
Thouvenin, 1995 [6]		51	0	27%	73%
Lê Kim Xuân và cs, 1999		64	0	39,1%	60,9%

Nguyên nhân thị lực tốt ở những dạng đục này là vì trong giai đoạn phát triển của thị giác, đục TTT chưa toàn bộ, vẫn có sự tạo ảnh bình thường ở võng mạc, thị lực của trẻ còn duy trì được ở một mức độ nào đó, nên những trẻ này không bị nhược thị hoặc nhược thị nhẹ, không bị lác và thường cũng không có những tổn thương kết hợp khác. Tuổi được mổ ở những trẻ bị đục TTT tiến triển cũng đã lớn, thường ở tuổi đi học hoặc lớn hơn, nên phẫu thuật ít biến chứng. Mặt khác, kết quả chúng tôi còn thấp hơn các tác giả nước ngoài là do một số BN chưa được điều chỉnh kính kịp thời sau mổ, một số khác thì ở xa nên theo dõi chưa được thường xuyên.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật lấy TTT kết hợp đặt thể thủy tinh

nhân tạo ở trẻ em là phương pháp an toàn và có hiệu quả. Sau phẫu thuật tất cả BN đều tăng thị lực, số mắt có thị lực từ 0,5 trở lên là 57 (35,6%), thị lực từ 0,3 - 0,4 là 30 (22,7%), từ 0,1 - 0,2 là 40 (30,3%), thị lực dưới 0,1 là 15 (11,4%) .

Kết quả thị lực phụ thuộc vào các hình thái đục TTT bẩm sinh: đục TTT dạng vùng (lớp), thị lực từ 0,5 trở lên là 78,6%, còn lại 21,4% có thị lực từ 0,3 - 0,4. Đục TTT nhân trung tâm có thị lực từ 0,5 trở lên là 62,5%, thị lực từ 0,3 - 0,4 là 22,5%. Đục dạng màng và thoái triển không có BN nào đạt thị lực từ 0,5 trở lên, thị lực đạt từ 0,3 - 0,4 là 18,2%, từ 0,1 - 0,2 là 45,4%, thị lực dưới 0,1 chiếm 34,6%. Dạng đục toàn bộ mềm thị lực từ 0,5 trở lên có 17,4%, đạt từ 0,3 - 0,4 là 26,1%, thị lực từ 0,1 - 0,2 là 41,3%, còn lại là thị lực < 0,1 là 15,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. BRADY KM, ATKINSON CS, KILTY LA, HILES DA. Cataract surgery and intraocular lens implantation in children. *Am J Ophthalmol* 1995;120:1-9.
2. BENEZRA C. Cataract surgery and intraocular lens implantation in children. *Am J Ophthalmol* 1996;121:224-5.

3. GIMBEL HV, BASTI S, FERENSOWICZ M, DEBROFF BM. Results of bilateral cataract extraction with posterior chamber intraocular lens implantation in children. *Ophthalmology* 1997;104:1737-43.
4. ZWANN J, MULLANEY PB, AWADA, AL-MESFER S, WHEELER DT. Pediatric intraocular lens implantation. Surgical results and complications in more than 300 patients. *Ophthalmology* 1998;105:112-9.
5. CROUCH ER JR, PRESSMAN SH, CROUCH ER. Posterior chamber intraocular lenses: long-term results in pediatric cataract patients. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus* 1995;32:210-8.
6. THOUVENIN D, LESUEUR L, ARNE JL.: Implantation intercapsulaire dans les cataractes de l'enfant. *J. Fr. Ophtalmol.* 1995,18 (11): 678-687

SUMMARY

A STUDY ON VISUAL OUTCOME OF CHILDREN WITH BILATERAL CONGENITAL CATARACT

Aims: *to study the outcome of intraocular lens (IOL) implantation in kids with bilateral congenital cataract.*

Methods: *a retrospective study is done on 132 cases with bilateral congenital cataract undergoing IOL insertion to assess visual outcome and post-operative complications.*

Results: *132 bilateral congenital cataract cases performed from 5/1992, a posterior chamber IOL was implanted in all cases. There were no intraoperative complications associated with the surgery. Age at the time of surgery ranged from 4 - 15. The final best-corrected visual acuity was 5/10 or better in 29.2% and 1/10 - 4/10 in 53%, under 1/10 in 17.8%.*

The visual outcome were depending on the types of congenital cataract: in zonular cataract the good visual acuity (VA) from 0.5 and better was 78.6%, from 0.3 - 0.4 in 21.4%. In nuclear cataract vision acuity from 0.5 and better in 62.5 % and from 0.3-0.4 in 22.5%. In total cataract good VA was gain in 17.4%, and from 0.3 - 0.4 in 26.1%, from 0.1 - 0.2 in 41.3% and VA under 0.1 in 15.2%. There was no case gain a good VA in membranous cataract and from 0.3 - 0.4 in 18.2%, from 0.1 - 0.2 in 45.4% and VA under 0.1 in 34.6%.

Conclusions: *cataract surgery with intraocular lens (IOL) implantation in children is a safe, effective method of managing of congenital cataract. The visual outcome were depending on the types of bilateral congenital cataract.*

Key words: *bilateral congenital cataract, cataract surgery, intraocular lens (IOL) implantation in children.*

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỘ LÁC TỒN DƯ SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ LÁC NGANG CƠ NĂNG

Vũ Thị Bích Thủy*

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến độ lác tồn dư (TD) sau phẫu thuật điều trị lác ngang cơ năng ở trẻ em.

Đối tượng và phương pháp: gồm 57 bệnh nhân (BN) lác ngang cơ năng, còn độ lác TD sau mổ. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả: có sự liên quan giữa độ lác nguyên phát với độ lác TD: khi độ lác nguyên phát cao thì độ lác TD cũng lớn. Đối với lác trong nguyên phát tỷ lệ lác TD do thiếu chỉnh là 75% cao hơn so với quá chỉnh (25%). Đối với lác ngoài nguyên phát, tỷ lệ này là tương đương (57,14% và 42,86%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, giới, tình hình nhược thị, thể loại lác TD, tật khúc xạ với độ lác TD.

Kết luận: khi độ lác nguyên phát cao thì độ lác TD cũng lớn. Lác TD do thiếu chỉnh hay gặp hơn so với lác TD do quá chỉnh. Không có sự liên quan giữa độ lác TD theo nhóm tuổi và hình thái lác TD.

Từ khoá: lác tồn dư.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lác cơ năng là một bệnh rất hay gặp ở trẻ em, trong đó lác ngang chiếm đa số. 90% các trường hợp lác cần phẫu thuật. Tuy nhiên, khoảng 15 - 20% trường hợp còn độ lác TD sau phẫu thuật lần thứ nhất, gây ảnh hưởng đến chức năng thị giác cũng như thẩm mỹ của bệnh nhân. Trước đây, đa số BN sau mổ lác ngang cơ năng nếu còn độ lác TD đều chấp nhận kết quả điều trị vì dù sao phẫu thuật cũng đã giải quyết phần lớn độ lác và tăng thẩm mỹ phần nào cho họ. Mặt khác, về phía phẫu thuật viên cũng chưa có phác đồ xử lý cụ thể cho những BN này. Ngày nay, với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật chúng ta có thể đáp ứng được yêu cầu

về chất lượng điều trị cả về chức năng cũng như thẩm mỹ. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến độ lác tồn dư như hình thái lác nguyên phát, độ lác trước mổ, tật khúc xạ là tiền đề để đưa ra các phương pháp xử lý độ lác TD nhằm hoàn thiện chu trình điều trị. Chúng tôi tiến hành đề tài “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến độ lác tồn dư sau phẫu thuật điều trị lác ngang cơ năng*” nhằm hai mục tiêu:

- Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng của lác ngang sau mổ một lần còn độ lác tồn dư.
- Nhận xét một số yếu tố liên quan đến độ lác tồn dư.

*Bệnh viện Mắt Trung ương

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: gồm 57 BN lác ngang cơ năng đã được phẫu thuật một lần tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 11/2006 đến tháng 9/2007, còn độ lác tồn dư. Bệnh nhân và gia đình tự nguyện phối hợp điều trị theo chỉ định và được theo dõi lâu dài.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN lác có kèm theo hội chứng chữ cái (A, V X), rung giật nhãn cầu hay các bệnh lý khác ở mắt. BN mắc bệnh toàn thân, không hợp tác khi thăm khám hoặc không đồng ý liệu trình điều trị được đề xuất.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả, theo dõi tiến cứu, không có nhóm chứng.

Cỡ mẫu tính theo công thức:

$$n = \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Độ tin cậy là 95%

p là tỷ lệ mổ lác còn tồn dư, ước p = 15%

d là độ chính xác tuyệt đối (9% - 21%) = 12%

Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu là: n = 34 mắt

Xử lý số liệu: sử dụng chương trình Epi - Info 6.04 và SPSS 13.0

Phương tiện nghiên cứu

Bảng thị lực đồ vật và vòng tròn hờ.

Máy đo khúc xạ tự động, máy soi bóng đồng tử, thước Parent, thuốc giãn đồng tử và liệt điều tiết, hộp thử kính. Bộ lăng kính, máy sinh hiển vi khám bệnh, đèn soi đáy mắt trực tiếp. Máy Synotophore, test hình nổi Titmus và kính xanh đỏ. Máy chụp ảnh.

3. Các bước tiến hành

Hỏi bệnh: thời gian xuất hiện lác, các phương pháp và kết quả điều trị lác trước đó. Tiền sử bệnh

mắt khác. Tiền sử gia đình có ai bị lác mắt hay tật khúc xạ không.

Khám mắt hiện tại ở thời điểm sau mổ 1 tuần và hỏi cứu trong hồ sơ mổ lần trước

- Đo thị lực từng mắt, hai mắt, có kính, không kính và phát hiện nhược thị.

- Đo khúc xạ bằng máy đo tự động và soi bóng đồng tử sau liệt điều tiết và chỉnh quang nếu có.

- Đo độ lác TD và chia độ lác tồn dư thành ba mức độ: độ 1 từ 11 PD đến ≤ 20 PD, độ 2 từ 21 PD đến ≤ 30 PD và độ 3 là > 30 PD

- Xác định hình thái và tính chất lác: ổn định hay không ổn định.

- Đánh giá tình trạng thị giác hai mắt (TG2M) và chia thành hai nhóm có và không có TG2M.

- Khám đánh giá chức năng cơ vận nhãn, đặc biệt những cơ đã được can thiệp phẫu thuật. Khám và soi đáy mắt phát hiện các bệnh khác kèm theo.

- Xác định tuổi mắc bệnh, tuổi trung bình khi được phẫu thuật lần đầu. Tuổi mắc bệnh được chia thành hai nhóm ≤ 2 tuổi và trên 2 tuổi.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lác tồn dư

1.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 57 BN, nữ nhiều hơn nam (23 nam và 34 nữ) điều này có thể do ảnh hưởng quan niệm trong nhân dân, lác chỉ làm giảm vẻ đẹp, do đó chỉ quan tâm chữa cho con gái.

Tuổi BN từ 11 tháng tuổi đến 23 tuổi, BN được điều trị sau tuổi hoàn thiện về thị giác (9 tuổi) là 13/57 chiếm tỉ lệ là 22,81%, không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi và giới với $p > 0,05$.

Tuổi trung bình khi được phẫu thuật là 6,7 tuổi, bé nhất là 11 tháng và lớn nhất là 23 tuổi. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 7,02 cao hơn Jang G.J (32,8 tháng) [5] và thấp hơn của Shin D.B (9,7 tuổi) [7].

Khoảng thời gian trung bình từ khi phẫu thuật

lần đầu đến khi xử lý độ lác TD là 23 ngày ngắn nhất là 1 tuần, dài nhất là 6 tháng.

1.2. Tuổi xuất hiện lác

Lác ngang cơ năng có thể xuất hiện sớm hay muộn, kết quả điều trị tốt hay xấu còn tùy thuộc vào hình thái lác và thời điểm được điều trị [1]. Do vậy, chúng tôi cũng tìm hiểu sự liên quan giữa hình thái lác TD với tuổi xuất hiện lác.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ mắc lác sớm (dưới 2 tuổi) có tới 66,67%, tỉ lệ này cao hơn

so với nghiên cứu của Phạm Văn Tần [4], tương đương với Lê Ngọc Khanh [3]. Trong nghiên cứu này, do số liệu còn ít nên chưa đưa ra được ý kiến thuyết phục nhưng theo tác giả Phạm Văn Tần lác càng xuất hiện sớm tỷ lệ điều trị thành công càng thấp.

1.3. Tình hình thiếu chỉnh và quá chỉnh trong nhóm nghiên cứu

Lác tồn dư do thiếu chỉnh hoặc quá chỉnh sau mổ của các hình thái lác nguyên phát được thể hiện như sau:

Bảng 1. Liên quan hình thái lác tồn dư với thiếu chỉnh và quá chỉnh

Hình thái lác TD	Lác trong TD	Lác ngoài TD	Tổng số BN
Thiếu chỉnh	27 (75%)	12 (57,14%)	39 (68,42%)
Quá chỉnh	9 (25%)	9 (42,86%)	18 (31,58%)
Tổng số	36 (100%)	21 (100%)	57 (100%)

Như vậy, đối với hình thái lác trong nguyên phát tỉ lệ thiếu chỉnh cao nhất (75%), quá chỉnh (25%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ngược lại, đối với lác ngoài nguyên phát tỉ lệ thiếu chỉnh và quá chỉnh là tương đương. So với các tác giả khác, tỉ lệ thiếu chỉnh luôn cao hơn quá chỉnh ở cả hai hình thái.

Bảng 2. So sánh tỉ lệ thiếu chỉnh và quá chỉnh với các tác giả khác

Hình thái	Tác giả	Thiếu chỉnh (BN)	Quá chỉnh (BN)
Lác trong TD	<i>Jang G.J, Park M.R, Park S.C (2004) [5] (n=8)</i>	7 87,50%	1 12,50%
	<i>Nguyễn Thị Xuân Hồng (2007) [2] (n = 14)</i>	6 42,86%	8 57,14%
	<i>Vũ Thị Bích Thủy (2007) (n = 36)</i>	27 75%	9 25%
Lác ngoài TD	<i>Nelson L.B, Bacal D.A (1992) [6] (n = 49)</i>	42 85,71%	7 14,29%
	<i>Nguyễn Thị Xuân Hồng (2007) [2] (n = 14)</i>	11 78,57%	3 21,43%
	<i>Vũ Thị Bích Thủy (2007) (n = 21)</i>	12 57,14%	9 42,86%

Trước đây ở Việt Nam, khi phẫu thuật lác, chúng tôi chỉ áp dụng cách định lượng của Hà Huy Tiến khi xử lý 1mm cơ trực trong giải quyết được 1,5⁰ đến 2⁰ và 1mm cơ trực ngoài giải quyết được 1⁰ đến 1,5⁰. Tuy nhiên, những năm gần đây, với sự cập nhật thông tin

hiện nay tại Bệnh viện Mắt đã áp dụng một số cách tính của các tác giả nước ngoài chủ yếu của Châu Mỹ và Châu Âu. Do vậy, chúng tôi nghĩ cần phải nghiên cứu kĩ hơn về cách định lượng trong phẫu thuật lác sao cho phù hợp với người Việt Nam.

2. Một số yếu tố liên quan đến độ lác tồn dư

2.1. Sự liên quan giữa độ lác TD và độ lác nguyên phát

Độ lác nguyên phát trung bình của lác trong là 50,9 PD ± 19,4 và lác ngoài là 59,4 PD ± 20,7.

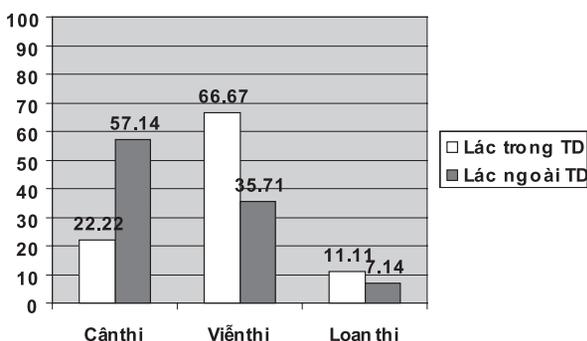
Bảng 3. Liên quan độ lác trước mổ với độ lác tồn dư

Lác TD \ Lác NP	≤ 20 PD	21 - 30 PD	≥ 31 PD	Tổng số (BN)
≤ 30 PD	4 80%	1 20%	0	5 100%
31 - 60 PD	11 52,38%	9 42,86%	1 4,76%	21 100%
61 - 90 PD	4 19,06%	12 57,14%	5 23,81%	21 100%
> 90 PD	1 10,00%	4 40,00%	5 50,00%	10 100%
Tổng số	20 35,09%	26 45,61%	11 19,30%	57 100%

* Lác nguyên phát

Trong nghiên cứu của chúng tôi, lác TD chủ yếu nhỏ hơn 30 PD (80,70%), nhóm có độ lác TD trên 30 PD là 19,30% và chủ yếu gặp ở nhóm có độ lác nguyên phát trên 90 PD. Độ lác TD khác nhau giữa hai nhóm có độ lác nguyên phát lớn hơn 30 PD và nhóm ≤ 30 PD, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Độ lác nguyên phát càng lớn thì độ lác TD càng cao, kết quả nghiên cứu phù hợp với các tác giả Shin D.B [7]

2.2. Liên quan giữa hình thái lác tồn dư và tật khúc xạ



Biểu đồ 1. Liên quan giữa hình thái lác TD với tật khúc xạ

Khi đánh giá tình hình khúc xạ ở những BN còn độ lác TD, chúng tôi thấy mức độ khúc xạ ít thay đổi so với trước phẫu thuật nhưng tỉ lệ loạn thị có tăng hơn tuy mức độ không nhiều.

Trong 57 BN nghiên cứu, chỉ có 56,14% BN còn tật khúc xạ đi kèm, trong đó chủ yếu là viễn thị và cận thị.

Xét trong từng hình thái lác TD:

Lác trong TD có viễn thị chiếm ưu thế (66,70%).

Lác ngoài TD thì cận thị chiếm ưu thế (57,10%).

Như vậy dù lác nguyên phát hay lác TD, lác trong vẫn đi kèm viễn thị, lác ngoài vẫn đi kèm cận thị. Điều này phù hợp với tác giả Lê Ngọc Khanh [3] và Phạm Văn Tần [4].

IV. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng của lác ngang sau mổ một lần còn độ lác tồn dư

Độ tuổi BN từ 11 tháng tuổi đến 23 tuổi, tuổi trung bình là 7,02.

Tỉ lệ nữ nhiều hơn nam, 23 nam và 34 nữ.

Thời gian trung bình từ khi phẫu thuật lần đầu đến khi được xử lý độ lác TD là 23 ngày, ngắn nhất là 1 tuần, dài nhất là 6 tháng.

Lác tồn dư do thiếu chỉnh hay gặp hơn do quá chỉnh (68,72% so với 31,58%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. TRẦN HUY ĐOÀN (2006), “Đánh giá tình trạng thị giác hai mắt sau phẫu thuật lác cơ năng ở người lớn”, *Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội*.
2. NGUYỄN THỊ XUÂN HỒNG (2007), “Yếu tố khúc xạ trong lác cơ năng ở trẻ em: hình thái lâm sàng và điều trị”, *Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội*.
3. LÊ NGỌC KHANH (2004), “Nghiên cứu điều trị lác ngang cơ năng bằng phẫu thuật lùi gấp các cơ trực”, *Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội*.
4. PHẠM VĂN TÂN (1998), “Điều trị phục hồi thị giác hai mắt trong phức hợp điều trị lác cơ năng”,

2. Một số yếu tố liên quan

Khi độ lác nguyên phát cao thì độ lác TD cao.

Không có sự liên quan giữa độ lác TD theo nhóm tuổi và hình thái lác tồn dư.

Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

5. JANG G.J., PARK M.R, PARK S.C. (2004), “Bilateral lateral rectus resection in patients with residual esotropia”, *Korean J. Ophthalmol.*, Vol. 18, pp.161 - 7.
6. NELSON L.B, BACAL D.A, BURKE M.J (1992), “An alternative approach to the surgical management of exotropia - the unilateral lateral rectus recession”, *J. Pediatr Ophthalmol Strabismus*, 29 (6), pp.357-60.
7. SHIN D.B, LEE Y.H, LEE S.B, HU Y.G, MIN B.M (2003), “Effects of both lateral rectus resection of residual esotropia”, *J. Korean Ophthalmol Soc.*, pp.1139-45.

SUMMARY

STUDYING OF CLINICAL FEATURES AND SOME FACTORS RELATING TO RESIDUAL SQUINT ANGLE HORIZONTAL STRABISMUS SURGERY IN CHILDREN

Objective: *to study clinical features and some related factors relating to residual squint angle horizontal strabismus surgery in children*

Subjects and methods: *57 patients have residual strabismus after strabismus surgery.*

Results: *there is a relationship between the level of primary and residual strabismus: the higher level of primary strabismus, the higher residual strabismus. For primary esotropia the percentage of residual strabismus due to under correction is 75% which is much higher than over correction (25%). For primary exotropia, the percentage of residual strabismus due to under and over correction has no significant statistic differences (57.14%; 42.86%). There is no significant statistic differences between age, gender, amplyopia situation, type of residual strabismus, refraction with residual strabismus.*

Conclusion: *the higher level of primary strabismus, the higher residual strabismus. The residual strabismus due to under correction is higher than over correction. There is no relationship between residual strabismus with age and type of strabismus.*

Key words: *residual strabismus.*

MỘT SỐ TRƯỜNG HỢP NHIỄM GIUN CHỈ DIROFILARIA REPENS DƯỚI KẾT MẠC ĐẦU TIÊN Ở VIỆT NAM

Hoàng Minh Châu, Phạm Thu Lan*, Nguyễn Thị Thu Thủy*,
Lê Thanh Hòa**, Nguyễn Thị Bích Nga**, Lê Quang Huân**, Nguyễn Văn Đề****

TÓM TẮT

Trong thời gian từ tháng 8/2006 đến 11/2007, tại Bệnh viện Mắt Trung ương (BVMTW) đã khám và điều trị cho 4 bệnh nhân nhiễm giun dưới kết mạc. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là vướng cộm và đỏ mắt, sau đó phù nề. Phẫu thuật lấy giun ra được tiến hành cấp cứu và không có khó khăn. Mẫu giun lấy ra được gửi xét nghiệm tại Viện sốt rét ký sinh trùng (KST) và côn trùng, Viện Công nghệ Sinh học (Trung tâm khoa học công nghệ (K&C) Quốc gia). Bằng xét nghiệm phân tích gene đã xác định được loài giun chỉ *Dirofilaria Repens* thường ký sinh ở chó mèo, truyền vào người qua muỗi đốt. Ở người, thường cư trú và gây bệnh tại mắt (dưới kết mạc), phổi, cơ, não, mô mềm (vú), dưới da, gan... Khi phát hiện bệnh tại mắt cần xét nghiệm và theo dõi trong thời gian dài để có thể loại trừ nhiễm giun tại các bộ phận khác và có hướng điều trị toàn thân.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dirofilaria repens là bệnh do một loại giun chỉ gây ra ở động vật, nhưng có thể truyền sang người qua vector truyền lây là muỗi. Trên người bệnh, ấu trùng thường cư trú và phát triển, gây bệnh ở cơ tim, mô mềm (vú, cơ), dưới da, mô gan, phổi... tại mắt thường thấy cư trú dưới kết mạc. Một số trường hợp nhiễm giun loài *Dirofilaria repens* đã được báo cáo ở một số khu vực như châu Á, Trung Đông, châu Âu và châu Phi [2, 3, 4]. Tuy nhiên, cho tới nay chưa có phát hiện nào ở Việt Nam về loại giun chỉ này, mặc dù đã có một số thông báo nội bộ về nhiễm giun tròn tại mắt. Đây là một nhóm bệnh hiếm gặp, đôi khi khó điều trị và đặc biệt là cần tìm hiểu về dịch tễ để tìm ra đường lây truyền, cảnh báo về phòng bệnh. Ở bài

này, chúng tôi thông báo 4 trường hợp nhiễm giun *Dirofilaria repens* dưới kết mạc của bệnh nhân đến khám và điều trị tại BV Mắt TƯ trong thời gian từ 8/2006 đến 11/2007, có sự phối hợp nghiên cứu với Viện Công nghệ sinh học để tìm hiểu cận kẽ nguồn gốc và bản chất của những ca bệnh này.

II. GIỚI THIỆU 4 CA LÂM SÀNG

1. Ca thứ nhất

Bệnh nhân NTHL, nữ, 60 tuổi, sống tại Gia Viễn - Ninh Bình, đến khám tại Bệnh viện Mắt Trung ương ngày 29/8/2006, vì xuất hiện sưng mí mắt phải, đỏ và chảy nước mắt đã 3 ngày. Khám trên hiển vi đèn khe có phù nề kết mạc diện rộng, dưới kết mạc trên ngoài có khối phỏng như búi

*Bệnh viện Mắt Trung ương

**Viện Công nghệ Sinh học Quốc gia

***Trường Đại học Y Hà Nội

chỉ trắng cuộn trong túi nước, di động khi chiếu đèn. Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm ký sinh trùng (KST) dưới kết mạc và được phẫu thuật cấp cứu với gậy tê tra tại chỗ bằng Dicain 1% (không tiêm tê để tránh động chạm chèn ép làm giun di chuyển). Cắt kết mạc trên mặt khối phòng để bộc lộ KST và ngay lập tức thấy đầu giun trắng chui lên. Khi dùng cặp gấp đầu giun thấy khá cứng (như sợi cước nylon) và kéo rất dài nhưng không có khó khăn gì khi gấp. Kết thúc cuộc mổ là khâu phục hồi kết mạc bằng chỉ nylon 10 - 0. Bệnh nhân ra viện ngay trong ngày và được điều trị hậu phẫu tại nhà bằng thuốc tra tại chỗ kháng sinh, chống phù, sau 7 ngày cắt chỉ kết mạc, không có biến chứng. Bệnh phẩm về hình thể giống giun chỉ nên được chuyển đi xét nghiệm KST tại Viện sốt rét KST côn trùng, tại đây không định loại được giun bằng các phương pháp thông thường.

2. Ca thứ 2

Bệnh nhân BHV, nam, 47 tuổi, sống tại Hà Nội, vào BVMTW ngày 2/4/2007, vì cộm vướng mắt phải vài tuần trước đó. Khám sinh hiển vi đèn khe thấy ký sinh trùng hình dạng giống giun, trong suốt, đang chuyển động dưới kết mạc. Bệnh nhân được phẫu thuật cấp cứu và lấy ra 1 giun dài 7cm, hình thể giống hoàn toàn ký sinh trùng lấy được ở ca đầu tiên. Bệnh phẩm được gửi đến Viện Công nghệ Sinh học để xác định loài bằng phương pháp phân tích gen chẩn đoán (kết quả xem phần sau).

3. Ca thứ 3

Bệnh nhân ĐXT, nam, 77 tuổi, sống tại Thành phố Ninh Bình, vào Bệnh viện Ninh Bình vì thấy cộm vướng ở mắt phải, cảm giác có dị vật nhọn nhiều cạnh trong mắt, đau từng cơn. Bệnh nhân được mổ lấy giun tại Bệnh viện Ninh Bình ngày 4/10/2007 và bệnh phẩm được gửi lên BV Mắt Trung ương để xét nghiệm, bệnh nhân được theo dõi định kỳ tại viện.

4. Ca thứ 4

Bệnh nhân TMH, nam 48 tuổi, sống tại Hà Nội, vào Bệnh viện Mắt Trung ương ngày 7/11/2007, do mắt phải vướng cộm, ngứa góc ngoài và đỏ đã 3 ngày trước đó. Khám lâm sàng thấy có ký sinh trùng thân tròn tương đối trong nằm cuộn tròn dưới kết mạc góc ngoài, di động. Phẫu thuật lấy giun theo cách thức như ở bệnh nhân thứ nhất và cũng không gặp khó khăn gì để lấy trọn vẹn một con giun dài khoảng 5cm. Bệnh phẩm cũng được chuyển đến Viện Công nghệ Sinh học Quốc gia để xét nghiệm gen xác định loài.

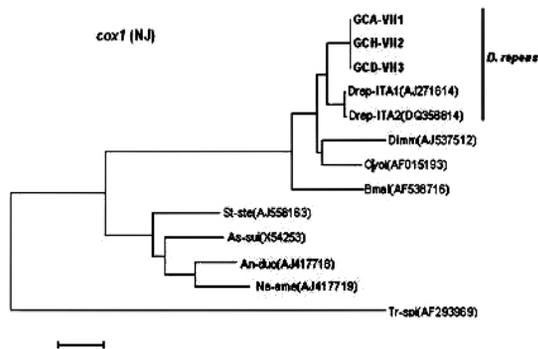
Điểm chung của cả 4 bệnh nhân này là ngoại trừ vị trí tổn thương ngay ở kết mạc nhãn cầu thì các phần khác của mắt hoàn toàn bình thường, đáy mắt không có tổn thương phối hợp, thị lực và nhãn áp không bị ảnh hưởng, mắt còn lại không có tổn thương, không có các biểu hiện bất thường ở da và các bộ phận khác. Tất cả các bệnh nhân đã được mổ cấp cứu và lấy giun từ khoang dưới kết mạc, phẫu thuật được tiến hành một cách dễ dàng sau khi tra thuốc tê Dicain 1% bề mặt nhãn cầu.



Hình 1. Hình ảnh giun dưới kết mạc trước mổ và mẫu bệnh phẩm thu được sau mổ cấp cứu lấy ra

III. KẾT QUẢ PHÂN TÍCH GEN ĐỊNH LOẠI GIUN

Mẫu giun thu được (dài ngắn khác nhau từ 5-12cm) được gửi đi giám định phân loại bằng phân tích gen tại Viện Công nghệ Sinh học Quốc gia. Kết quả bằng phân tích gen sử dụng chỉ thị phân tử gen ty thể Cox-1 được chính thức xác định giun gây bệnh thuộc loài *Dirofilaria repens* [1]. Người ta sử dụng cặp gen mới sau sử dụng cho phản ứng chuỗi PCR, bám trên gen Cox1 của hệ gen ty thể



Hình 2. Quan hệ phân loại theo loài *Dirofilaria repens* của các chủng giun chỉ ở Việt Nam dựa trên phân tích gen *Cox1*

IV. NHẬN XÉT VÀ BÀN LUẬN

Qua khai thác bệnh sử những bệnh nhân trên, chúng tôi nhận thấy cả 4 bệnh nhân đều sống ở miền Bắc Việt Nam và chưa từng ra nước ngoài, không có tiền sử bị sốt hoặc nhiễm ký sinh trùng, không có thói quen ăn thức ăn sống như gỏi cá, tiết canh... Bệnh phẩm lấy được sau phẫu thuật về hình thái học được xác định là giun chỉ (filaria) trưởng thành, nhưng chưa thể xác định thuộc loài nào, xét nghiệm tìm ấu trùng giun chỉ trong máu đều âm tính. Bệnh giun chỉ (*Dirofilariasis*) trên người do các loài ký sinh trùng gây bệnh thuộc giống *Dirofilaria*, *Brugia*, *Onchocerca*, *Dipetalonema*, *Loaina* và *Meningonema* gây ra. Mỗi giống sẽ có những đặc điểm gây bệnh và dịch tễ học khác nhau. Trong đó có những bệnh có đặc trưng về địa dư như *Loaina*

phải có vật trung gian truyền bệnh là ruồi châu Phi nên sẽ là bất thường nếu có mặt tại Việt Nam. Từ các mẫu bệnh phẩm thu nhận được, bằng phương pháp nhân gen, tách dòng và chỉ thị phân tử hệ gen ty thể tại Viện Công nghệ Sinh học, loài giun chỉ gây bệnh trên những bệnh nhân trên được chính thức xác định là giun chỉ của chó mèo thuộc loài *Dirofilaria repens*. Đây là 1 loài giun chỉ thường gây bệnh ở động vật nuôi là chó, mèo và động vật hoang dã, nhưng là một bệnh truyền sang người qua vector truyền lây là muỗi. Hai loài thuộc giống *Dirofilaria* thường gặp gây bệnh ở chó mèo là *D. repens* và *D. immitis* xâm nhiễm vào người từ máu có chứa ấu trùng (microfilaria) qua muỗi truyền, gồm các loài thuộc giống *Anopheles*, *Culex* và *Aedes*, đều có ở Việt Nam. Muỗi hút máu có ấu trùng (microfilaria) giai đoạn L1 - L2 - L3 từ động vật, phát triển thành L3 trong muỗi và truyền vào người hoặc động vật lành khác. Trong chó mèo, giun chỉ *Dirofilaria* phát triển thành L4 và trưởng thành. Con cái và con đực thực hiện sinh sản và con cái giải phóng ấu trùng (đẻ con) tiếp tục vòng đời gây bệnh ở người và động vật. Phải có ít nhất 5 - 6 tháng, ấu trùng mới phát triển thành trưởng thành và sinh sản, nên các loại chó mèo 6 tháng - 1 năm tuổi nhiễm bệnh giun chỉ là vật chủ hết sức nguy hiểm chứa chấp mầm bệnh để muỗi đốt truyền sang người [1].

Về lâm sàng, cả 4 trường hợp đều sinh sống ở vùng đồng bằng và Thành phố miền Bắc Việt Nam, không có tiền sử đi nước ngoài hoặc thói quen ăn đồ tươi sống. Rất dễ để chẩn đoán ký sinh trùng giun chỉ vì hình thái học khá điển hình, nhưng để định loài thì phải có sự trợ giúp của sinh học phân tử (công nghệ phân tích và giải mã gen). Kinh nghiệm xử trí những bệnh nhân này cho thấy cần quyết định phẫu thuật sớm và trong khi chuẩn bị phẫu thuật cần tránh động chạm đến mắt bệnh nhân phòng ngừa giun sẽ di chuyển sâu vào hốc mắt sẽ khó tìm thấy trên bàn mổ. Vì khối giun thường nằm ngay

dưới kết mạc nên chỉ cần tra thuốc tê bề mặt nhãn cầu, không nên tiêm vì khi tiêm đè ép vào mi sẽ làm giun di chuyển khỏi vị trí ban đầu. Sau khi mở kết mạc nhãn cầu trên vị trí giun nằm, ngay lập tức phải cố định đầu giun bằng pince và dùng 1 pince khác gấp liên tục cho đến khi lấy được toàn bộ, không được buông ra vì giun có xu hướng chống lại và tụt sâu vào trong.

Sự xuất hiện ngày càng tăng các trường hợp bệnh nhân nhiễm giun chỉ *D. repens* do muỗi truyền từ nguồn bệnh là động vật, cảnh báo một loại hình

mới bệnh ký sinh trùng động vật lây sang người nguy hiểm liên quan đến quần thể, cộng đồng và phương thức truyền lây phổ biến ở nước ta. Cần có phương thức chẩn đoán linh hoạt, nhanh chóng, phương pháp định loại chính xác, điều tra ở vùng dịch tễ và biện pháp phòng chống để đối phó với dịch tễ bệnh mới phát hiện này ở Việt Nam. Các bệnh nhân nhiễm giun dưới kết mạc cần được phát hiện và xử trí cấp cứu kịp thời, đồng thời có biện pháp phòng ngừa dịch tễ học cũng như theo dõi toàn thân phòng ngừa biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. L. T. HÒA, N. V. ĐỀ, H. M. CHÂU, P. T. LAN, N. B. NGA, L. Q. HUẤN. Xác định loài *Dirofilaria Repens*, một loại giun chỉ của chó mèo gây bệnh trên người qua muỗi truyền từ các mẫu thu nhận tại Bệnh viện Mắt Trung ương bằng chỉ thị phân tử hệ gen ty thể. *Tạp chí Y học Việt Nam 2008, tập 344, số 1 tháng 3: 10-18*

2. A. MURO et al. Human *Dirofilaria* in the European Union, *Parasitology Today 1999*, vol

15, no 9, 386-389

3. JOSE M. RUIZ-MORENO et al. Subconjunctival infection with *Dirofilaria repens*. Serological confirmation of cure following surgery. *Archive Ophthalmol 1998*, 116, 1370-1372

4. NICHOLAS VAKALIS et al. Improved detection of *Dirofilaria repens* DNA by direct polymerase chain reaction, *Parasitology International 48* (1999), 145-150

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ: THÂM NHIỄM GẦN RÌA GIÁC MẠC VÀ VIÊM BỜ MI DO CHỦNG STAPHYLOCOCCUS

(Diagnosis and treatment: marginal corneal infiltrations and *staphylococcus species* blepharitis)

Vũ Thị Tuệ Khanh*, Phạm Thu Lan**

TÓM TẮT

Mục tiêu: chẩn đoán và điều trị thâm nhiễm gần rìa giác mạc trên bệnh nhân viêm bờ mi trước do chủng *Staphylococcus*.

Phương pháp: mô tả lâm sàng 2 ca bệnh tại khoa Kết - Giác mạc, Bệnh viện Mắt Trung ương.

Kết quả: thời gian bị bệnh trước khi đến khám 2 tháng - 4 tháng. Bệnh nhân đã sử dụng nhiều loại kháng sinh. Đến khám với tổn thương thâm nhiễm ở lớp nhu mô trước giác mạc, vị trí gần rìa cùng giác mạc, kích thước khoảng 1,5 mm, viêm bờ mi do chủng *Staphylococcus*. Sau 10 ngày đến 14 ngày điều trị và vệ sinh bờ mi, các triệu chứng cơ năng giảm và bệnh nhân thấy dễ chịu. Dấu hiệu lâm sàng mất hẳn sau 1 tháng điều trị.

Kết luận: viêm bờ mi là bệnh thường gặp tại các phòng khám mắt. Tổn thương trên giác mạc do viêm bờ mi có hình thái điển hình. Bệnh nhân cần được khám một cách kỹ lưỡng, có hệ thống và điều trị thích hợp.

Viêm mi do tụ cầu là nhiễm trùng thường gặp gây nên viêm bờ mi trước, rối loạn bề mặt nhãn cầu, rối loạn sự bền vững của màng phim nước mắt và/hoặc tổn thương trên giác mạc. Các tổn thương do bệnh này gây nên thường mang tính chất mãn tính, tiến triển lúc giảm lúc tăng, thị lực có thể giảm nhiều hoặc ít. Nếu các tổn thương này không được giải quyết thì sẽ dẫn tới giảm thị lực trầm trọng.

I. MÔ TẢ CÁC CA BỆNH

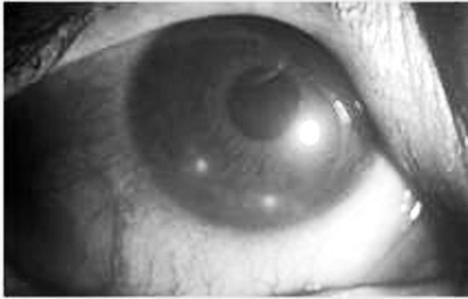
1. Bệnh nhân 1: nữ, 14 tuổi

Bệnh nhân đến khám tại khoa Kết - Giác mạc sau 4 tháng điều trị bằng kháng sinh tra mắt dạng mỡ và nước như tobramycin, ofloxacin, ciprofloxacin. Các triệu chứng cơ năng như mắt đỏ, cộm mắt, nhìn mờ không đỡ trong quá trình trước khi đến bệnh viện. Khám mắt trái, trên sinh hiển vi thấy gần rìa giác mạc có 2 nốt thâm nhiễm nằm ở 1/3 lớp nhu mô trước, kích thước khoảng 1 - 1,5mm, nhuộm

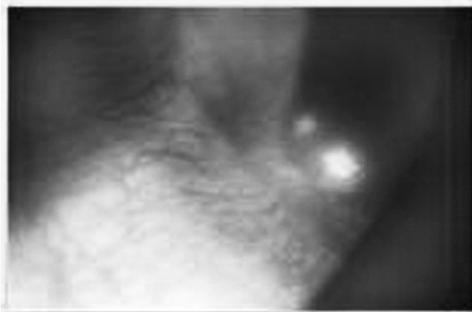
giác mạc bằng fluorescein âm tính. Từ phía rìa cùng giác mạc có những nhánh mạch máu nông, nhỏ hướng về phía ổ thâm nhiễm. Các nốt thâm nhiễm xuất hiện ở vị trí từ 4 đến 8 giờ. Kết mạc rìa cương tụ nhẹ (ảnh 1, 2). 2 mắt biểu hiện viêm bờ mi, nhiều vảy khô bám ở da chân lông mi và lông mi (ảnh 3). Các test về phim nước mắt bình thường. Thị lực 2 mắt 5/10 qua kính lỗ 9/10 (cận thị). Chưa thấy tổn thương khác ở 2 mắt. Xét nghiệm vi sinh chất nạo bờ mi cho thấy *Staphylococcus aureus*

*Khoa Kết - Giác mạc, Bệnh viện Mắt Trung ương

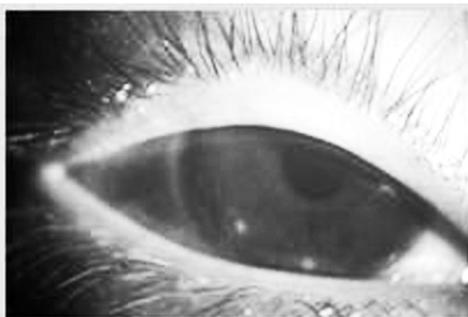
**Khoa xét nghiệm vi sinh, Bệnh viện Mắt Trung ương



Ảnh 1: 2 nốt thâm nhiễm gần rìa giác mạc



Ảnh 2: Thâm nhiễm nằm ở 1/3 lớp nhu mô trước của giác mạc

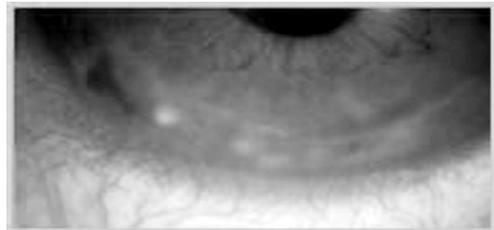


Ảnh 3: Bệnh nhân 1, viêm bờ mi

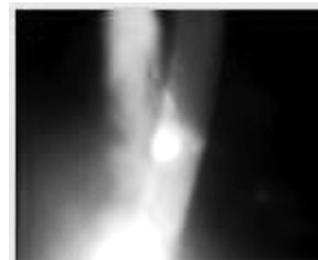
Bệnh nhân đã được điều trị tra mắt Vigamox x 4lần/ngày, Systane x 6lần/ngày, Maxitrol x 4lần/ngày, mỡ Oflovid 1% x 1lần/ngày/tối. Bệnh nhân được hướng dẫn vệ sinh mi mắt hàng ngày bằng nước sạch và shampoo Johnson & Johnson. Sau 2 tuần điều trị, thâm nhiễm ở rìa hết, liệu tra mắt Vigamox và Maxitrol giảm và ngừng thuốc. Bệnh nhân sử dụng kéo dài Systane, mỡ Oflovid và vệ sinh bờ mi như hướng dẫn. Các triệu chứng cơ năng của bệnh nhân giảm sau 5 ngày dùng thuốc và hết sau 4 tuần điều trị. Thị lực ổn định trong suốt quá trình điều trị.

2. Bệnh nhân 2: nữ, 24 tuổi

Bệnh nhân đến khám tại khoa Kết - Giác mạc với các triệu chứng cơ năng mắt đỏ, cộm mắt, đôi khi nhìn mờ. Bệnh nhân đã được điều trị khoảng 2 tháng bằng nhiều loại thuốc kháng sinh tra mắt dạng mỡ, nước, nhưng không nhớ thuốc gì. Khám mắt trái trên sinh hiển vi thấy gần rìa giác mạc có vài nốt thâm nhiễm nằm ở 1/2 và 1/3 lớp nhu mô trước, kích thước không đều nhau khoảng 1 - 1,5 mm, nhuộm giác mạc bằng fluorescein âm tính, các nốt thâm nhiễm xuất hiện ở vị trí từ 4 đến 8 giờ. Từ phía rìa củng giác mạc có những nhánh mạch máu nông, nhỏ hướng về phía ổ thâm nhiễm. Kết mạc rìa cương tụ nhẹ (ảnh 4, 5). 2 mắt biểu hiện viêm tắc tuyến Meibomius ở bờ mi trên (ảnh 6). Các test về phim nước mắt bình thường. Thị lực 2 mắt 9/10. Chưa thấy tổn thương khác ở 2 mắt.



Ảnh 4: BN 2, thâm nhiễm gần rìa giác mạc



Ảnh 5: BN2, thâm nhiễm nằm ở 1/2 lớp nhu mô trước của giác mạc



Ảnh 6: BN2, viêm tắc tuyến Meibomius

Xét nghiệm vi sinh bệnh phẩm chất nạo bờ mi thấy chủng *Staphylococcus*. Bệnh nhân đã được điều trị tra mắt Vigamox x 4lần/ngày, Systane x 6lần/ngày, Maxitrol x 4lần/ngày, mỡ Oflovid 1% x 1 lần/ngày/tối. Bệnh nhân được hướng dẫn chườm nóng khô da mi và mat-xa da mi 3lần/ngày. Sau 2 tuần điều trị, thâm nhiễm ở rìa hết, liều tra mắt Vigamox và Maxitrol giảm và ngừng điều trị. Bệnh nhân sử dụng kéo dài Systane, mỡ Oflovid và chườm nóng, mat-xa như hướng dẫn. Các triệu chứng cơ năng của bệnh nhân giảm nhiều sau 10 ngày dùng thuốc và hết sau 5 tuần điều trị. Thị lực ổn định trong suốt quá trình điều trị.

II. BÀN LUẬN

Từ việc nghiên cứu bệnh cảnh lâm sàng của 2 bệnh nhân đã mô tả cho thấy, bệnh nhân đến khám với dấu hiệu thâm nhiễm trên giác và chẩn đoán nguyên nhân gây nên tổn thương là viêm bờ mi trước do tụ cầu (*Staphylococcus. spp*). Nếu bệnh không được chẩn đoán đúng, bệnh nhân điều trị kéo dài bằng nhiều loại kháng sinh nhưng bệnh sẽ không được giải quyết. Từ bệnh phẩm chất nạo bờ mi trên bệnh nhân bị viêm bờ mi trước có thể thấy nhiều vi khuẩn chủng *Staphylococcus* như *S. epidermidis*, *S. aureus*, ít gặp hơn như *Propionibacterium acnes*, chủng *Corynebacterium*. Viêm mi do *Staphylococcus* có thể do nhiều cơ chế khác nhau. *S. epidermidis* và *S. aureus* được tìm thấy trên mắt bình thường và mắt bệnh đều sản sinh ra các độc tố gây viêm kết mạc. Các vi khuẩn này còn có vai trò làm tăng chất lipid, sterol

và esters và gây ảnh hưởng tới bề mặt nhãn cầu và sự bền vững của màng phim nước mắt. Tổn thương ở bờ mi có thể thấy là viêm tắc tuyến Meibomius, bờ mi có chất tiết điển hình (màu vàng nhạt, tạo vảy bám quanh lông mi và chân lông mi). Hình ảnh lâm sàng điển hình thấy, các thâm nhiễm gần rìa giác mạc thường ở các vị trí liên quan đến bờ mi từ 10 - 2 giờ hoặc từ 4 - 8 giờ. Các thâm nhiễm này là hiện tượng phản ứng với kháng nguyên của vi khuẩn [1, 2]. Với tổn thương thâm nhiễm vùng rìa này cũng cần phân biệt với nguyên nhân do vi-rut Herpes Simplex (HS). Nếu do vi-rut HS thì thâm nhiễm sẽ xuất hiện sau loét vùng rìa và loét vùng rìa sẽ hình thành cây hoặc lá cây dương xỉ, trên mắt viêm tái phát sẽ có tân mạch nhiều và ở lớp nhu mô sâu [3]. Theo thống kê cho thấy, 50% tổng số các trường hợp viêm bờ mi do tụ cầu có kèm theo khô mắt. Từ hiểu biết về nguyên nhân và cơ chế gây bệnh có thể điều trị bệnh này bằng thuốc tra mắt kháng sinh phổ rộng, thuốc tra mắt có corticosteroid, nước mắt nhân tạo và chế độ chăm sóc đối với bờ mi có vai trò đặc biệt quan trọng.

III. KẾT LUẬN

Viêm bờ mi là bệnh thường gặp tại các phòng khám mắt, bệnh thường kéo dài và gây bệnh cho bề mặt nhãn cầu, màng phim nước mắt và các rối loạn này không được điều trị thích hợp sẽ gây giảm thị lực, tăng chi phí điều trị. Tổn thương GM do viêm bờ mi có hình thái điển hình. Vì vậy, việc khám và chẩn đoán bệnh cần cẩn thận, tỷ mỉ và có hệ thống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. LOUIS E. PROBST. CHAPTER 39: Bacterial Eyelid Infections. Section 3: Diseases of the Lid: Inflammation and Infection. *Textbook CORNEA. 2nd Edition. Elsevier Mosby*
2. GARY N. FOULKS. CHAPTER 3: Blepharitis: Lid Margin Disease and the Ocular Surface. Part II: Diseases of the Ocular Surface.

Textbook of Ocular Surface Disease Medical and Surgical Management

3. EDWARD J. HOLLAND, HARILAOS S. BRILAKIS, GARY S. SCHWARTZ. CHAPTER 83: Herpes Simplex Keratitis. Section 4: Corneal Infections. *Textbook CORNEA. 2nd Edition. Elsevier Mosby*

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP GLÔCÔM BẨM SINH KHÔNG CÓ MỔNG MẮT

Vũ Thị Bích Thủy* Trần Thu Hà*

I. TRƯỜNG HỢP BỆNH

Bệnh nhân: Trịnh Thị L, nữ, 25 tuổi. Địa chỉ: Xuân Trường - Nam Định.

Lý do vào viện: mắt trái nhìn mờ, chói, chảy nước mắt, đau nhức.

Bệnh sử: bệnh nhân hai mắt nhìn mờ từ nhỏ, không đau nhức chói cộm. Năm 2008, MP đã mổ lấy T3 ngoài bao, sau mổ MP không sáng ra nhưng mắt yên. Khoảng hai tuần nay, mắt trái đau đỏ, nhức, nhìn mờ hơn. Chưa điều trị gì.

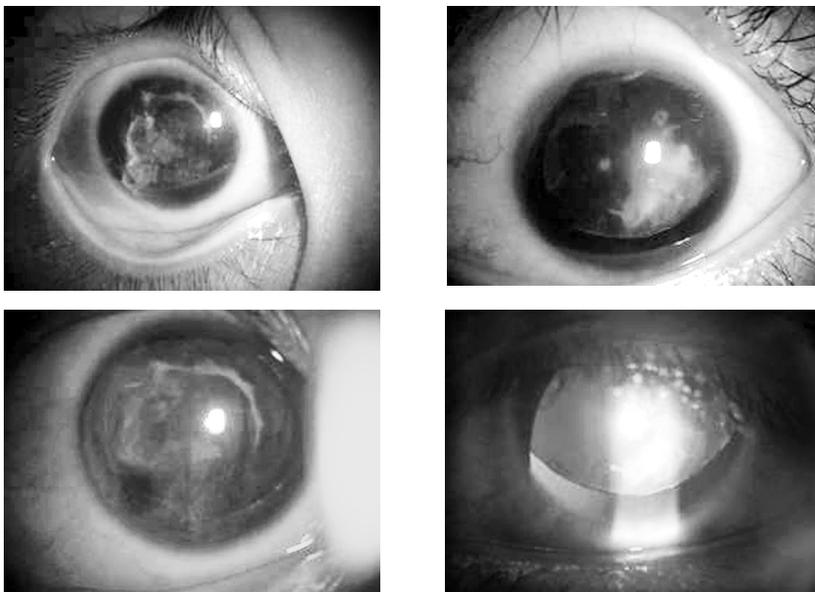
Tiền sử gia đình bình thường, không có tiền sử glôcom

Khám: toàn thân: bình thường

***Mắt phải:** TL: BBT 0,2m kính không tăng. Nhãn áp: 16mmHg. Kết mạc hồng, không cương

tụ. Giác mạc trong, tiền phòng khó đánh giá độ sâu. Không có mống mắt, chỉ còn một chút chân mống mắt ẩn phía sau bờ góc mống mắt giác mạc và tua mi (phía dưới ít hơn phía trên). Đồng tử 10mm. Đục xơ hoá bao sau thể thuỷ tinh kèm chất nhân ngay chính giữa diện đồng tử. Đáy mắt khó soi rõ. Siêu âm: dịch kính vẫn đục.

*** Mắt trái:** TL: ĐNT 1m. Nhãn áp: 32 mmHg. Kết mạc cương tụ rìa. Giác mạc trong, giãn to hơn bình thường 13 x 14mm. Tiền phòng khó đánh giá độ sâu. Không có mống mắt, chỉ còn một chút chân mống mắt ẩn phía sau bờ góc mống mắt giác mạc và tua mi (phía dưới ít hơn phía trên). Thể thuỷ tinh lệch lên trên, đục một nửa dưới ngoài, lộ dây chằng Zinn. Dịch kính vẫn đục nhẹ, võng mạc hồng, gai thị bờ rõ C/D = 0,7



Hình 1. Hai mắt trước mổ

*Khoa Mắt Trẻ em, Bệnh viện Mắt Trung ương

Cận lâm sàng: máu, nước tiểu, chụp tim phổi, khám nội bình thường.

Siêu âm MP trục 23,9mm không có bong vông mạc; MT trục 24,9 mm không có bong vông mạc.

Điện võng mạc 2M: bình thường.



MP



MT

Hình 2. Hình ảnh siêu âm bán phần trước nhãn cầu

Chẩn đoán:

2M: khuyết móng mắt bẩm sinh/đục T3

MT: Glacom.

MP: đã mổ lấy TTT NB đục bao sau

Chỉ định: MP Laze bao sau

MT: cắt bè cùng giác mạc.

II. ĐẠI CƯƠNG

1. Định nghĩa

Năm 1818, lần đầu tiên Barratta mô tả tật không móng mắt. Tật không móng mắt là tình trạng không có móng mắt toàn bộ hoặc chỉ thấy một chút chân móng mắt ẩn phía sau bờ góc móng mắt giác mạc và tua thể mi.

2. Tần suất

Đây là bệnh hiếm gặp, tỷ lệ xuất hiện trong dân số từ 1/100.000 đến 1/50.000. Theo Marilyn ở Đan Mạch, tỷ lệ này là 1/96.000 dân số, ở Michigan là 1/50.000 dân số.

3. Cơ chế bệnh sinh

Tật không móng mắt thường biểu hiện ở cả hai mắt, bệnh xuất hiện đơn lẻ ở từng cá thể hoặc mang tính chất gia đình. Theo một số tác giả, tật không

móng mắt có thể di truyền theo gen trội hoặc gen lặn trên nhiễm sắc thể thường, xảy ra do đột biến gen PAX6 (gen điều hòa các gen phát triển nhãn cầu trong quá trình tạo phôi mắt) tại băng 13 nhánh ngắn nhiễm sắc thể số 11 (11p13).

4. Phôi thai học

Vào tuần thứ 6 đến tuần thứ 8 thai kỳ, một khối tế bào chưa phân hóa, phân chia từ mào thần kinh để hình thành nên nhu mô móng mắt. Có nhiều giả thuyết về nguyên nhân tật không móng mắt nhưng hai giả thuyết được nhiều người ủng hộ nhất cho rằng tật không móng mắt là do khiếm khuyết trong quá trình phát triển ngoại bì thần kinh, do suy yếu nguyên phát bờ bong thị giai đoạn phôi 65 - 80mm làm đột biến vị trí PAX6 trên NST 11p13 hoặc do sai lạc trong quá trình phát triển trung phôi xảy ra giai đoạn sớm của phôi thai 20 - 25mm.

5. Phân loại

Ngày nay tật không móng mắt được phân loại dựa trên tổn thương ở lớp phôi thai, trong tương lai việc phân loại sẽ chính xác hơn nhờ vào việc phân tích gen trên nhiễm sắc thể.

Loại 1: tổn thương lớp ngoài bì (hình thành biểu mô sắc tố và các cơ đồng tử) gây nên tật không mỏng mắt.

Loại 2: tổn thương lớp trung bì - mào thần kinh:

- Lớp ngoài (hình thành nội mô giác mạc và vùng bè) gây dị thường Peter, loạn sản bán phần trước (4q23 - q27), loạn dưỡng nội mô bẩm sinh di truyền.

- Lớp giữa (hình thành nhu mô giác mạc) gây loạn dưỡng nhu mô bẩm sinh di truyền.

- Lớp trong (hình thành nhu mô mỏng mắt) gây nên hội chứng Axenfeld - Reiger.

6. Triệu chứng lâm sàng

6.1. Tật không mỏng mắt đơn thuần

+ *Triệu chứng cơ năng*

Sợ ánh sáng: khi hỏi bố mẹ trẻ thấy trẻ hay nhắm nghiền mắt nhất là khi ra nắng.

Chảy nước mắt: nước mắt sạch, không có mủ kèm theo.

Rung giật nhãn cầu: xuất hiện do thị lực của trẻ thấp.

+ *Triệu chứng thực thể*

Lác: thường gặp lác trong

Mỏng mắt: không có mỏng mắt hoàn toàn hoặc chỉ có một chút chân mỏng mắt.

Soi góc tiền phòng: cấu trúc góc tiền phòng bình thường, có thể thấy một chút chân mỏng mắt ẩn phía sau bờ góc mỏng mắt giác mạc và tua thể mi.

Soi đáy mắt: lắng đọng lipid ở võng mạc ngoại biên.

+ *Triệu chứng toàn thân:* có thể gặp bất thường hệ sinh dục, tiết niệu, rốn lồi, dị dạng xương (loạn sản xương sọ mặt, nhiều ngón), bất thường răng, bướu Wilms, chậm phát triển tâm thần.

+ *Khám nghiệm lâm sàng*

Thị lực: giảm thị lực nhiều, 86% các trường hợp thị lực $\leq 2/10$.

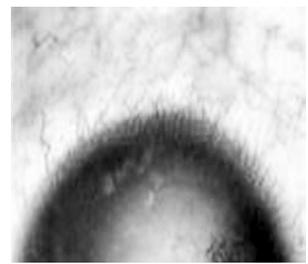
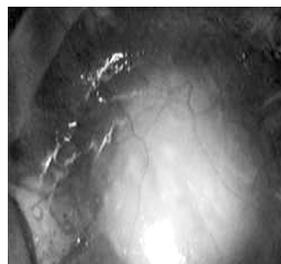
Điện võng mạc: biên độ điện võng mạc thấp khi thị lực $\leq 3/10$.

6.2. Tật không mỏng mắt phối hợp

+ *Sup mi:* do phản ứng lại triệu chứng sợ ánh sáng.

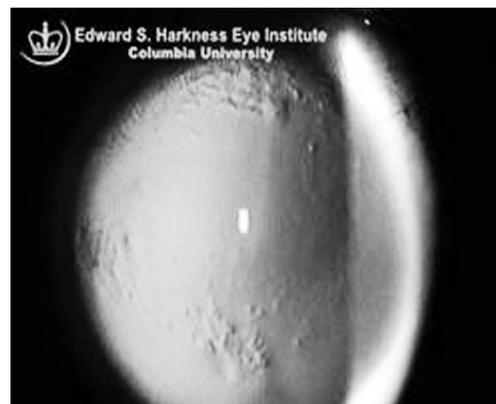
+ *Bất thường giác mạc*

Gặp hầu hết ở các bệnh nhân trước 2 tuổi với đục giác mạc tiến triển. Khởi đầu mạch máu hướng tâm ở lớp nông giác mạc ngoại biên, vị trí 6 và 12 giờ sau lan toàn chu vi giác mạc. Có thể mất toàn bộ vòng rìa Vogt và tế bào mầm vùng rìa biểu mô giác mạc.



Hình 3. Đục giác mạc tâm mạch **Hình 4. Màng máu giác mạc**

+ *Glôcôm:* 6 - 75% trường hợp tật không mỏng mắt đi kèm với bệnh glôcôm, hay gặp ở tuổi thanh thiếu niên hay người trẻ.



Hình 5. Đóng góc khi soi góc tiền phòng

Đây là nguyên nhân chính gây giảm thị lực. Cơ chế glôcôm do tắc nghẽn vùng bè hoặc bị che phủ bởi chòm mỏng mắt. Vùng ngoại biên của chòm mỏng mắt thiếu có thể gắn vào phía trước cửa củng mạc và dải thể mi.

+ *Đục và lệch thể thủy tinh*

Đục thể thủy tinh gặp ở 50 - 58% bệnh nhân tật không mổ mắt, thường xuất hiện trước 20 tuổi, có thể gặp ngay sau sinh. Đặc điểm đục thể thủy tinh thường ở cực trước và phối hợp với tồn lưu màng đồng tử. Ngoài ra, một số trường hợp có kèm với lệch thể thủy tinh, chiếm 56% bệnh nhân.

+ *Nhược sản thị thần kinh và hoàng điểm*

Do võng mạc cũng được phân chia từ lớp ngoại bì thần kinh cùng biểu mô và cơ mỏng mắt, nên khi đột biến xảy ra trong thời kỳ phôi thai cũng gây ra nhược sản thị thần kinh và hoàng điểm. Triệu chứng hay gặp ở 75% bệnh nhân tật không mổ mắt, gây giảm thị lực và rung giật nhãn cầu.

+ *Hội chứng Miller*

Hội chứng Miller có thể xuất hiện mang tính chất đơn lẻ hoặc di truyền do đột biến thiếu chuỗi 11p13. Bệnh gặp trong 30% bệnh nhân có tật không mổ mắt, thường xuất hiện trước 5 tuổi. Bệnh nhân có các biểu hiện như có bướu Wilms, bất thường hệ sinh dục - tiết niệu, phì đại nửa người, dị dạng sọ mặt và thiếu năng trí tuệ.

+ *Hội chứng Gillespie*

Gặp ở 2% bệnh nhân, cơ chế do đột biến di truyền gen lặn trên nhiễm sắc thể thường gây dị tật tiểu não và các phần khác của não. Trẻ mất vận

động tiểu não, chậm phát triển trí tuệ.

7. Triệu chứng cận lâm sàng

Phân tích nhiễm sắc thể của bệnh nhân và gia đình, đặc biệt phân tích gen PAX6 trên nhánh ngắn nhiễm sắc thể 11.

MRI hệ tiết niệu, sinh dục, hệ thần kinh Trung ương để phát hiện các bất thường hệ thống.

Chụp mạch huỳnh quang và đáy mắt để phát hiện viền mỏng mắt và vùng vô mạch hoàng điểm.

8. Điều trị

+ *Tư vấn*

Tư vấn có vai trò rất quan trọng trong tật không mổ mắt, gia đình và bệnh nhân cần được tư vấn về di truyền học của bệnh.

Khai thác bệnh sử toàn gia đình và khám mắt cho gia đình để phát hiện tính chất di truyền của bệnh.

+ *Điều trị triệu chứng*

Điều trị tật khúc xạ nếu có.

Điều trị nhược thị và phẫu thuật điều trị lác.

Sử dụng kính tiếp xúc màu, mổ mắt nhân tạo và dụng cụ trợ thị trong một số trường hợp.

Điều trị đục thể thủy tinh và glôcôm.

+ *Điều trị nguyên nhân*

Theo dõi định kỳ và có phương pháp điều trị hợp lý đối với từng giai đoạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. PHAN DẪN, PHẠM TRỌNG VĂN, MAI QUỐC TÙNG, Bệnh mắt bẩm sinh và di truyền, 2004.
2. AMERICAN ACADEMY OF OPHTHALMOLOGY, Basic and clinical science course, Section10: Glaucoma 1993 - 1994.
3. DOUGLAS J. RHEE AND MARK F. PYFER,

- The Wills eye Manual, office and emergency room diagnosis and treatment of eye disease p.31.
4. GUNTER K. VON NOORDEN, M.D., Binocular vision and ocular motility, fifth edition.
5. JOHN W. GITTINGER và GEORGE K. ASDOURIAN, *Nhãn khoa lâm sàng* 2002.

THUỐC ĐIỀU TRỊ U MÁU QUANH HỒC MẮT Ở TRẺ EM

Người dịch: **Đỗ Quang Ngọc***

A Review of the Literature. (Seminars in Ophthalmology, 24, 178-184, 2009)

*Nguyễn J., Fay A.***

TÓM TẮT

U máu (hemangioma) là các khối u mạch máu thường gặp ở trẻ em đặc biệt là ở vùng đầu và cổ. Ở vùng quanh hốc mắt, các u máu này không chỉ ảnh hưởng đến thẩm mỹ mà còn có thể ảnh hưởng đến chức năng của mắt. Sự phát triển cũng như thoái triển của các u máu được kiểm soát bởi phức hợp tương hỗ giữa các chất điều hòa về học-môn, về tế bào và phân tử. Cho tới nay, vẫn chưa có phương pháp điều trị nào tuyệt đối an toàn và hiệu quả cho việc điều trị u máu ở trẻ em. Rất nhiều phương pháp điều trị đã được áp dụng nhằm để ngừng phát triển hoặc thoái triển khối u như: dùng thuốc toàn thân và tại chỗ, sử dụng laser, phẫu thuật và bít mạch... Bài báo này, sẽ tổng hợp lại các thuốc được áp dụng trong điều trị u máu ở trẻ em.

MỞ ĐẦU

U máu là khối u mạch máu thường gặp ở trẻ em nhất là ở trẻ gái và trẻ sinh non. Tỷ lệ bệnh ở trẻ đủ tháng là 1,1-2,6% và tỷ lệ này là 10-12% ở trẻ da trắng 1 tuổi. Các khối u máu này thường chưa xuất hiện hoặc nếu có thì rất nhỏ khi sinh ra, phát triển nhanh chóng trong những tháng đầu, sau đó ổn định và có thể tồn tại cả tháng đến hàng năm. Các u máu khu trú quanh hốc mắt có thể gây hậu quả nghiêm trọng trên cả phương diện thẩm mỹ và chức năng với 43-60% bệnh nhân có thể bị nhược thị. Sự phát triển thị lực bị ảnh hưởng khi mà các khối u máu vùng mi mắt chèn ép lên củng mạc và giác mạc gây ra loạn thị và dẫn đến nhược thị. Các u máu phát triển vùng mi mắt còn có thể chèn ép gây ra sụp mi

làm che lấp trục thị giác cản trở quá trình nhìn và gây ra nhược thị do bị che lấp. Các u máu vùng hốc mắt còn có thể chèn ép gây ra lồi mắt, gây hờ mi, chèn ép thị thần kinh, gây di lệch trục nhãn cầu và nhược thị do lác.

Căn nguyên của u máu vẫn còn chưa hoàn toàn sáng tỏ và người ta cho rằng có liên quan đến quá trình hình thành mạch máu (angiogenesis) và tạo mạch máu (vasculogenesis). Trong quá trình hình thành, các mạch máu mới phát triển, lan rộng và có sự phân bố lại của các mạch máu có sẵn từ trước. Các u máu điển hình bao gồm: các tế bào nội mô có màng đáy gồm nhiều lớp giống như các sợi collagen tít IV và đi kèm theo là các tế bào thành, các nguyên bào xơ và có sự kết tụ của các đường

*Khoa Nhãn nhi, Bệnh viện Mắt Trung ương

**Pharmacologic Therapy for Periocular Infantile Hemangiomas

bào cùng các đại thực bào. Có rất nhiều yếu tố tế bào như: các cảm thụ liên quan đến sự hình thành mạch máu Eselectin, integrins $\alpha\beta3$ and $\alpha5\beta1$ và yếu tố phát triển nguyên bào xơ cơ bản bFGF (là yếu tố tìm thấy trong quá trình hình thành mạch máu bình thường) đều thấy ở những tế bào biểu mô mạch máu bình thường hay ở trong các u mạch máu. Ở các u mạch tăng sinh, các yếu tố tăng trưởng mạch máu bao gồm cả yếu tố tăng trưởng nội mô (VEGF), yếu tố tăng trưởng giống insulin 2 (IGF-2) đều tăng cao và được cho là yếu tố thúc đẩy sự phát triển u mạch từ những mạch máu có sẵn. Giả thuyết tạo mạch máu thì cho rằng u mạch có thể xuất phát từ những cấu trúc nội mô sớm là những nội mô phát triển thành nội tâm mạc và nội mô các mạch máu lớn. Các tế bào của các cấu trúc này xuất phát từ các nguyên bào mạch máu có nguồn gốc từ trung bì và là yếu tố được cho là có chức năng hoạt động như người khởi xướng (progenitor) cho cả quá trình tạo máu và tế bào nội mô. Rất nhiều nghiên cứu đã thấy rằng tế bào nội mô từ u máu vừa có biểu hiện là tế bào nội mô vừa là tế bào tạo máu. Do đó, nó ủng hộ giả thuyết tạo mạch máu.

Sự tăng sinh và thoái triển của u máu được kiểm soát bởi rất nhiều yếu tố điều hòa ở các mức độ khác nhau bao gồm cả những thay đổi hóa môn, thay đổi tế bào và phân tử. Cơ chế dẫn đến sự thoái triển của u máu còn chưa hoàn toàn sáng tỏ. Sự thoái triển của u máu kết hợp với sự tăng lên về số lượng của dưỡng bào, sự tăng lên của số lượng tế bào chết theo chương trình (apoptosis) mà 1 phần ba trong số chúng là tế bào nội mô. Mặc dù, những hiểu biết về sinh học tương đối phức tạp này cùng với các phương pháp điều trị khác nhau đã được áp dụng như dùng thuốc, laser, phẫu thuật, dùng chất gây xơ... thì cho tới nay vẫn chưa có phương pháp nào tuyệt đối an toàn và hiệu quả để kiểm soát được sự phát triển của khối u. Bài báo này, sẽ tổng hợp lại các thuốc khác nhau được sử dụng để điều trị u máu.

1. Corticosteroid

1.1. Corticosteroid toàn thân

Từ năm 1967, hiệu quả của corticosteroid toàn thân để điều trị u mạch được phát hiện tình cờ khi Zarem và Edgerton nhận thấy sự thoái triển của u máu khi dùng Prednisolone để điều trị cho bệnh nhân bị bệnh giảm tiểu cầu. Sau đó, 7 bệnh nhân khác bị u máu tiến triển được điều trị bằng corticosteroid toàn thân thấy u máu ngừng hoặc thoái triển sau 2 tuần dùng thuốc. Nhiều nghiên cứu sau đó đã ủng hộ điều này và corticosteroid toàn thân đã trở thành phương pháp chủ yếu để điều trị u máu.

Tính hiệu quả của corticosteroid điều trị u máu dẫn đến rất nhiều nghiên cứu về cơ chế tác dụng của thuốc. Từ năm 1953, Zweifach và cộng sự đã chứng minh rằng: corticosteroid làm tăng sự nhạy cảm của mạch máu với các yếu tố lưu thông trong mạch máu và làm tắc các mạch máu của khối u. Folkman và cộng sự khi nghiên cứu hoạt động tạo mạch máu bằng việc sử dụng màng niệu nang của phôi gà có cho thêm cortisone nhằm làm giảm quá trình viêm, tác giả rất ngạc nhiên khi thấy rằng quá trình tạo mạch máu khối u bị ức chế khi Heparin (dùng để tăng tốc độ phát triển của phản ứng tạo mạch máu) và cortisone thêm vào. Sự phối hợp heparin-steroid làm thoái triển các mạch máu đang phát triển bằng những tế bào nội mô hình tròn, sự ngừng tăng sinh tế bào nội mô, sự tróc ra của tế bào nội mô và sự co kéo các mào mao mạch. Những hiện tượng này xảy ra sau 24-48 giờ và kèm theo là hiện tượng phân tách màng đáy của các mạch máu mao mạch mới.

Do u máu có ái tính với giới nữ nên ảnh hưởng của nội tiết cũng được cho là yếu tố phát triển u máu. Sasaki và cộng sự thấy có sự tăng cao nồng độ estradiol-17 β và cảm thụ estrogen trong huyết thanh ở bệnh nhân u mạch và tác giả suy luận rằng corticosteroid điều trị có thể làm mất tác dụng của estradiol. Hasan và cộng sự quan tâm nghiên cứu

những thay đổi phân tử ở bệnh nhân u mạch được điều trị bằng corticosteroid và tác giả thấy rằng có sự chuyển đổi của sắc tố bào ty lạp thể ở những mô u máu thoái triển tự phát hoặc được điều trị bằng triamcinolone. Gen ty lạp thể kết hợp với sự lão hóa tế bào và có thể đóng vai trò quan trọng trong hiện tượng chết tế bào theo chương trình. Những thay đổi về hiệu quả của các corticosteroid khác nhau đối với tế bào u máu nuôi cấy cũng được nghiên cứu trong ống nghiệm. Hasan thấy rằng triamcinolone và dexamethasone có tác dụng ức chế sự phát triển mao mạch sau khi dùng thuốc 11-13 ngày trong khi methylprednisolone chỉ cần 7 ngày là có tác dụng. Sự tăng chuyển đổi của sắc tố bào ty lạp thể cũng được thấy ở u máu được điều trị bằng triamcinolone, dexamethasone và methylprednisolone. Sự ức chế phát triển mao mạch được điều trị bằng tất cả các corticosteroid (ngoại trừ triamcinolone) phối hợp với tăng chuyển đổi của clusterin/apolipoprotein J, là gen chết tế bào. Sự chuyển đổi của interleukin-6 (IL-6), một cytokine tiền sinh mạch máu giảm đi rõ rệt bởi tất cả các glucocorticosteroid. Các đặc điểm này nhấn mạnh tác động phân tử phức tạp của corticosteroid đối với sự thoái triển của u máu và có thể phản ánh các đáp ứng lâm sàng khác nhau.

Kể từ báo cáo đầu tiên của Zarem và Edgerton, corticosteroid toàn thân được sử dụng thường xuyên để điều trị các u máu hốc mắt hay các u máu lớn tiến triển ở các vị trí khác trên cơ thể gây đe dọa chức năng hoặc ảnh hưởng đến hình thái các cơ quan. Phân tích của Bennett và cộng sự cho thấy sự đáp ứng của u máu với corticosteroid đường uống. Liều tương đương prednisone trung bình hàng ngày là 2,9mg/kg với thời gian trung bình 1,8 tháng trước khi giảm liều có tỷ lệ đáp ứng điều trị là 84%. Liều cao hơn 3mg/kg/ngày thì 94% đáp ứng với điều trị, tuy nhiên tác dụng phụ cũng nhiều hơn. Sadan và Wolach báo cáo kết quả điều trị 22 bệnh nhân u máu với prednisone uống liều cao (3 hoặc

5mg/kg/ngày) trong 6-12 tuần. Khối u máu xẹp đi trong 24 giờ đầu sau khi điều trị và cải thiện thị lực sau 1-2 tuần. Delesalle và cộng sự thấy rằng truyền tĩnh mạch methylprednisolone (2mg/kg x 2 lần/ngày trong 2 ngày) sau đó, uống prednisolone 2mg/kg/ngày trong thời gian trung bình 5,65 tháng làm thoái triển u máu mà ít gây tác dụng phụ (chủ yếu là chậm lớn). Sự khác nhau về liều lượng và cách dùng thuốc thường là do kinh nghiệm sử dụng của các nhà nghiên cứu khác nhau và điều đó cũng phản ánh mong muốn cải thiện kết quả điều trị u máu bằng cách giảm thiểu tối đa việc sử dụng corticosteroid toàn thân cũng như giảm thiểu các tác dụng phụ của thuốc gây ra.

Hiệu quả điều trị của steroid toàn thân bao gồm cả việc sử dụng đường uống hay đường truyền tĩnh mạch và gói bằng đường uống, sau đó đều bị hạn chế bởi những tác dụng phụ đã được nêu ra trong y văn. Phần lớn những tác dụng phụ hay gặp là thay đổi hành vi và kích thích, giả Cushing và chậm lớn (với tỷ lệ có thể tới 35%). Boon và cộng sự báo cáo tác dụng phụ làm giảm chiều cao và cân nặng 35% và 42% với 91% bệnh nhân phục hồi đường cong phát triển chiều cao trước điều trị trong 24 tháng. Nghiên cứu hồi cứu trên 22 bệnh nhân được điều trị bằng prednisone liều 2,23mg/kg/ngày trong thời gian trung bình 6,5 tháng, George thấy 36% bệnh nhân phải dùng hydrochlorothiazide để điều trị tăng huyết áp. Các tác dụng phụ khác của thuốc bao gồm kích ứng dạ dày-ruột, suy thượng thận và tăng nguy cơ nhiễm trùng. Do thời hạn ngắn đáng kể của việc sử dụng corticosteroid toàn thân mà sinh ra khái niệm sử dụng corticosteroid tại chỗ.

1.2. Corticosteroid tiêm dưới bao Tenon

Với những bệnh nhân không sử dụng được corticosteroid đường uống thì tiêm thuốc dưới bao Tenon là phương pháp điều trị có hiệu quả, tuy nhiên phương pháp này cũng có tác dụng phụ của nó. Coats và cộng sự [3] điều trị cho 7

bệnh nhân u mạch quanh hốc mắt gây lồi mắt, lác mắt và nhược thị bằng cách tiêm hỗn hợp 50:50 dung dịch Triamcinolone acetonite (40mg/ml) và Betamethasone phosphate (6mg/ml) cho 6 bệnh nhân và Betamethasone phosphate cho 1 bệnh nhân vào bao Tenon bằng kim đầu tù. Các bệnh nhân này đều đã hoặc đang dùng corticosteroid đường uống và sự thoái triển của u mạch được ghi nhận ở nhóm nghiên cứu này. Dựa trên nghiên cứu của Coats, Friling phối hợp cả tiêm vào khối u mạch và tiêm corticosteroid vào khoang dưới bao Tenon để điều trị u mạch phức tạp (cả u mạch mi và hốc mắt) không đáp ứng với corticosteroid toàn thân. Tác giả thấy rằng các bệnh nhân u mạch hốc mắt hoặc quanh hốc mắt không đáp ứng với tiêm vào khối u triamcinolone/betamethasone và uống betamethasone (0,5mg/kg/ngày) thì phương pháp điều trị tiêm corticosteroid vào khoang dưới bao Tenon giúp giảm lồi mắt và che lấp trục thị giác. Tuy nhiên, phương pháp điều trị này cũng không mang lại sự thay đổi về tình hình khúc xạ của bệnh nhân.

1.3. Corticosteroid tiêm vào u mạch

Sử dụng corticosteroid tại chỗ để điều trị (bao gồm cả tiêm, truyền hoặc bôi tại chỗ) giúp hạn chế tác dụng toàn thân của corticosteroid. Vào năm 1982, Kushner, một bác sĩ mắt nổi tiếng là người đầu tiên tiến hành tiêm corticosteroid vào khối u mạch để điều trị u mạch quanh hốc mắt. Cơ sở của phương pháp điều trị này là đưa thuốc nồng độ cao trực tiếp vào khối u mà lại giảm sự hấp thụ toàn thân và do đó làm giảm tác dụng phụ của thuốc. Tác giả thấy rằng độ loạn thị lệch khúc xạ trên 2,5 đi ốp giảm tới 64% ở 3 trẻ từ 2-10 tháng tuổi sau khi tiêm hỗn hợp triamcinolone acetonite (40mg) và betamethasone phosphate (6mg/ml). Morrell và Willshaw nhận thấy độ loạn thị trên 1,50 đi ốp giảm 56% ở 6/6 bệnh nhân dưới 1 tuổi nhưng giảm ít hoặc không giảm ở 3/4 bệnh nhân lớn tuổi hơn khi tiêm triamcinolone

và betamethasone. Weiss và Kelly thấy rằng tiêm 0,3-1ml hỗn hợp 50:50 triamcinolone acetonite (40mg/ml) và dexamethasone phosphate (4mg/ml) giúp giảm 63% độ loạn thị. Nghiên cứu trên 13 trẻ có độ loạn thị trên 1,5 đi ốp, độ loạn thị trước điều trị trung bình 3,75 đi ốp giảm xuống còn 1,25 đi ốp trong thời gian từ 1-14 tháng sau khi tiêm. Tuy vẫn chưa có những thử nghiệm hồi cứu nhưng tiêm corticosteroid vào khối u tỏ ra là phương pháp phổ biến nhất để điều trị các u máu quanh hốc mắt.

Mặc dù, tiêm corticosteroid tại chỗ có hiệu quả để điều trị u mạch nhưng phương pháp này không phải là không có nguy cơ biến chứng. Việc tiêm thuốc corticosteroid vào khối u với áp lực cao hơn cả áp lực động mạch và gây ra nguy cơ các phần tử thuốc có thể làm tắc nghẽn sự lưu thông sự tuần hoàn động mạch trong mắt. Các biến chứng mắt nặng khác bao gồm tắc động mạch mắt, tắc động mạch hay tĩnh mạch trung tâm võng mạc. Các biến chứng khác như mất sắc tố mi, teo mỡ dưới da, hoại tử mi mắt và sự vô hóa quanh hốc mắt cũng đã được báo cáo. Các biến chứng toàn thân hiếm hơn có thể là giả Cushing, chậm lớn, suy tuyến thượng thận. Việc tiêm tại chỗ bằng kim sắc trực tiếp vào hốc mắt còn có thể gây ra nguy cơ xuất huyết hậu nhãn cầu hoặc tiêm vào nhãn cầu. Do đó, việc chỉ định tiêm thuốc cần được cân nhắc kỹ càng và không thể coi nhẹ được.

1.4. Corticosteroid bôi tại chỗ

Corticosteroid bôi tại chỗ nhắc lại có thể làm ngừng phát triển các u mạch nông, mặc dù thuốc không giúp làm giảm bớt tật khúc xạ của bệnh nhân. Nghiên cứu đánh giá hiệu quả của corticosteroid bôi tại chỗ để điều trị u mạch, Garzon [8] thấy rằng: 4/10 bệnh nhân có u mạch nông quanh hốc mắt có đáp ứng tốt (u mạch ngừng phát triển, xẹp xuống rồi phẳng hoặc trắng ra) khi sử dụng mỡ Clobetasol propionate 0,05%. 30% bệnh nhân bị cả u mạch nông và sâu đáp ứng 1 phần với thuốc bôi

tại chỗ betamethasone dipropionate 0,05% hoặc với Clobetasol propionate. Tác dụng phụ tại chỗ khi sử dụng kéo dài có thể là teo hoặc mất sắc tố da. Nguy cơ tăng nhãn áp và đục bao sau thể thủy tinh cũng có thể xảy ra. Chưa có trường hợp nào bị suy tuyến thượng thận. Nhìn chung đây là phương pháp điều trị ít nguy cơ và cũng ít hiệu quả.

2. Interferon α

Interferon α -2a và -2b (INF α) ban đầu được nghiên cứu như là một thuốc chống virus. Tuy nhiên, do thuốc có cả tác dụng chống tạo mạch và chống tạo u nên thuốc cũng có hiệu quả để điều trị các u mạch kháng steroid khi sử dụng steroid toàn thân thất bại. Thử nghiệm lâm sàng ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch mắc phải, interferon α -2a giúp cải thiện u sarcoma Kaposi. Vào năm 1989, có 2 báo cáo sự thoái triển của u mạch kháng steroid sau khi điều trị bằng interferon α -2a. Sau này nhiều nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn khẳng định hiệu quả của INF điều trị đơn thuần. Ezekowitz và cộng sự báo cáo kết quả của 18/20 bệnh nhân u mạch thoái triển sau khi tiêm INF α -2a tiêm dưới da hàng ngày (với liều tới 3 triệu đơn vị/m² diện tích da cơ thể) với thời gian điều trị trung bình 7,8 tháng. Một số báo cáo khác công bố kết quả thoái triển hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn ở 45% trường hợp và thoái triển vừa phải trong 35% bệnh nhân.

Tác dụng phụ thường gặp của INF α bao gồm sốt, khó chịu, giảm bạch cầu trung tính thoáng qua và thiếu máu. Một số tác dụng phụ khác cũng được ghi nhận như: tăng men gan, chán ăn, sụt cân, lẫn lộn, mất ngủ... Chứng liệt cơ cứng (spastic dislepia) một hình thái của bại não với tăng trương lực và co cứng cơ chi dưới cũng được thấy ở 5/26 bệnh nhân (20%) được điều trị u mạch bằng interferon α -2a. Liệt vĩnh viễn xảy ra 3/5 bệnh nhân. Cơ chế của các tác dụng phụ này còn chưa được biết. Michaud cho rằng 2,5% (11/441 bệnh nhân) được điều trị bằng

INF với thời gian điều trị trung bình 11,2 tháng có chứng liệt cơ cứng. Rối loạn phát triển vận động như tăng phản xạ gân, rối loạn dáng đi hoặc mất kiểm soát vận động chính xác được thấy ở 4,1% trẻ dưới 30 tháng tuổi (18/441) trong thời gian điều trị trung bình 12,7 tháng, tuy nhiên các rối loạn này mất đi trong 90% trường hợp. Phát hiện sớm các rối loạn thần kinh và ngừng thuốc ngay sẽ giúp phục hồi các triệu chứng này. Tuy nhiên, các triệu chứng này cũng có thể xuất hiện rất muộn thậm chí là tới 16 tháng sau khi đã ngừng thuốc điều trị. Do đó, nếu sử dụng INF để điều trị thì cần khám thần kinh thường xuyên nhằm phát hiện sớm các triệu chứng ngộ độc thần kinh do dùng thuốc gây ra. Tuy vậy, cho đến thời điểm hiện nay bản thân tác giả bài báo này cũng khuyến cáo không nên sử dụng INF α -2a để điều trị u mạch.

3. Vincristine

Nguy cơ ngộ độc thần kinh của INF α làm cho các tác giả quan tâm đến Vincristine là thuốc chống phân bào tác dụng trên các vi quản (microtubule). Vào năm 1988, Ghadially là người đầu tiên xác định nồng độ cao tubulin trong tế bào nội mô. Nồng độ cao tubulin trong tế bào nội mô làm cho quá trình tạo mạch máu rất nhạy cảm với Vincristine. Thực tế là Vincristine có hiệu quả điều trị các u mạch nội mô hình thái kaposi phối hợp với hiện tượng Kasabach-Meritt kháng steroid. Liều lượng thông thường dùng cho chỉ định điều trị này là 0,05mg/kg ở trẻ em dưới 10kg hoặc 1,5mg/m² ở trẻ em nặng hơn 10kg và tiêm tĩnh mạch tuần/lần. Các tác dụng phụ của thuốc có thể là: rối loạn tiêu hóa dạ dày-ruột, táo bón, sốt, nhức đầu, bệnh lí thần kinh ngoại vi và thần kinh tự động. Các nghiên cứu về sử dụng Vincristine để điều trị u mạch quanh mắt vẫn còn hạn chế. Trong nghiên cứu của Delesalle, chỉ có 1/15 bệnh nhân được điều trị bổ sung bằng Vincristine vì u mạch lớn không đáp ứng và tái phát

với corticosteroid đường uống. Vincristine cũng đã đóng vai trò thay thế INF α như là sự lựa chọn số 2 trong việc điều trị các u mạch kháng steroid nhưng đe dọa thị lực hoặc tính mạng bệnh nhân.

4. Cyclophosphamide

Sử dụng tác nhân alkyl để điều trị u mạch lần đầu tiên bởi Rush vào năm 1966 [20], khi tác giả dùng truyền động mạch nitrogen mustard để điều trị u mạch da lớn không đáp ứng với tiêm sodium morhuate là chất tiêm xơ. Nhiều báo cáo sau này công bố hiệu quả của sử dụng cyclophosphamide truyền tĩnh mạch liều 10mg/kg trong 3-4 ngày hoặc đường uống trong 2-3 đợt để điều trị các u mạch kháng steroid và đe dọa tính mạng bệnh nhân. Cyclophosphamide có tác dụng ngăn chặn hay làm giảm sự tăng sinh của các mao mạch mới. Quá trình tạo mạch của các tế bào nội mô rất nhạy cảm với Cyclophosphamide và kết quả là làm cho các u mạch nhăn lại thoái triển và xơ hóa. Suy tủy thoáng qua và tăng men gan là những tác dụng phụ của thuốc đã được nêu ra. Các tác dụng phụ khác do nhiễm độc Cyclophosphamide như: tổn thương tuyến sinh dục, viêm túi mật xuất huyết, hay u ác tính thứ phát thường ít khi xảy ra với liều lượng thuốc thấp và thời gian điều trị ngắn như vậy.

Cyclophosphamide thường không sử dụng đơn thuần để điều trị u mạch. Wilson điều trị cho 5 bệnh nhân u mạch không đáp ứng với steroid bằng Cyclophosphamide liều thấp (10mg/kg/ngày trong 3 ngày và cứ 2 tuần nhắc lại) phối hợp với INF α -2a (3 triệu đơn vị/m²/ngày 1 lần/ngày) với thời gian điều trị tối đa 4-6 tháng. 4 bệnh nhân thoái triển u mạch đáng kể từ 40-60% và giảm lồi mắt, hờ giác mạc và che lấp trực thị giác. Không bệnh nhân nào bị nhược thị. Tác dụng phụ bao gồm: giảm bạch cầu trung tính nhẹ và nhiễm khuẩn thông thường. Không có triệu chứng nhiễm độc thần kinh

với thời gian theo dõi trung bình 10 tháng. Như vậy, Cyclophosphamide có thể phù hợp để điều trị bổ sung nhằm tránh độc tính của việc sử dụng interferon kéo dài.

5. Imiquimod

Imiquimod (Aldara, Graceway Pharmaceuticals, LLC, Bristol) là chất điều hòa đáp ứng miễn dịch có tác dụng loại trừ sản xuất tại chỗ của các cytokine từ tế bào sừng (keratinocyte), bạch cầu đơn nhân thông qua miễn dịch bẩm sinh và mắc phải, nhờ đó giúp làm thoái triển rất nhiều bệnh lý về da liễu. Thuốc đã được sử dụng có hiệu quả để điều trị mụn cơm sinh dục (wart), carcinoma tế bào đáy nông, carcinoma tế bào vảy tại chỗ, sừng hóa quang hóa (actinic) và một số tổn thương khác. Một số báo cáo lâm sàng mô tả việc sử dụng thuốc để điều trị carcinoma tế bào đáy mi mắt và điều trị u sắc tố tại chỗ. Trên động vật thực nghiệm, Imiquimod giúp sản xuất ra tại chỗ một số cytokine được cho là làm thoái triển u mạch. Thông qua sự hoạt hóa quá trình miễn dịch bẩm sinh, INF α , IL-6 và yếu tố hoại tử α (TNF- α), cytokine được biết nhờ tác dụng chết tế bào theo chương trình, thấy tăng lên khi sử dụng imiquimod. INF- α có thể là yếu tố kích hoạt giúp thoái triển u mạch khi sử dụng toàn thân INF- α . Trên chuột và mèo, sử dụng kem bôi imiquimod 1% và 5% tại chỗ giúp tăng lên INF- α và TNF- α với sự tăng lên rõ rệt của sự chết tế bào theo chương trình. Quá trình miễn dịch mắc phải được tăng lên thông qua việc sản xuất các interleukin như IL-1, IL-5, IL-8, IL-10 và IL-12 cùng với các yếu tố kích thích bạch cầu hạt và đại thực bào. Việc sản xuất IL-12 làm tăng tế bào lympho độc tế bào và giải phóng interferon γ (INF- γ). INF- γ có thể dẫn đến sự thoái triển u mạch thông qua việc hoạt hóa các tế bào giết tự nhiên bởi INF- γ có khả năng phá hủy tế bào u mạch.

Martinez thấy rằng: Imiquimod đặc biệt có hiệu quả điều trị các u mạch nằm ở vùng trán. Tác giả nghiên cứu 16 bệnh nhân bị u mạch nông thấy rằng 3/4 bệnh nhân bị u mạch hốc mắt (nằm ở lông mày và vùng trán) đáp ứng tốt với Imiquimod bôi 3 lần/tuần trong thời gian từ 7-33 tuần. Tác dụng phụ chủ yếu của thuốc là ban đỏ và ngứa ngoài da. Trong khi Imiquimod là thuốc hứa hẹn có hiệu quả để điều trị u mạch nông, tuy nhiên nghiên cứu về thuốc này còn hạn chế. Do đó, cần thêm có những nghiên cứu để xác định vai trò và độ an toàn của thuốc ở vùng xung quanh hốc mắt.

6. Propranolol

Propranolol là một thuốc chẹn beta không chọn lọc chủ yếu sử dụng để điều trị bệnh tăng huyết áp. Thuốc cũng được sử dụng trong tim mạch nhi để điều trị một số dị tật tim bẩm sinh và chứng loạn nhịp tim. Năm 2008, Leaute-Labreze và cộng sự còn thấy rằng: Propranolol có thể ức chế sự phát triển của các u máu nặng. Trường hợp u máu ở mũi không đáp ứng với corticoid điều trị, được sử dụng propranolol để điều trị bệnh cơ tim phì đại tắc nghẽn thì thấy u máu mềm ra và sẫm lại ngay ngày thứ 2 sau khi dùng propranolol. Khối u mạch không phát triển thêm và mất đi khi trẻ 14 tháng tuổi. Tác giả còn báo cáo 10 trường hợp u máu nặng khác thoái triển sau khi được điều trị bằng propranolol 2mg/kg/ngày với thời gian 9 tháng. Không có tác dụng phụ nào được ghi nhận. Cơ mạch được cho là cơ chế tác dụng của thuốc. Sự giảm chế tiết của gen VEGF và beta FGF là 2 yếu tố tiền sinh mạch trong giai đoạn phát triển thông qua sự điều hòa xuống của men proteinase hoạt hóa RAF-mitogen và kích hoạt sự chết theo chương trình của tế bào

nội mô mạch là những giải thích cho tác dụng của điều trị. Gần đây, Haider và cộng sự báo cáo kết quả 17 bệnh nhân tuổi từ 3 tuần đến 12 tháng tuổi bị u máu mi che lấp gây nhược thị được điều trị bằng propranolol đường uống với liều tăng dần tới 2mg/kg/ngày trong vòng 1-2 tuần. Kết quả 10 bệnh nhân rất tốt (kích thước khối u giảm > 50%), 6 bệnh nhân đạt kết quả tốt (giảm kích thước khối u < 50%) và 1 bệnh nhân khối u máu không tiến triển thêm. Tác dụng phụ xảy ra trên 6 bệnh nhân như: kích thích tiêu hóa, mệt mỏi khi dùng thuốc... Tuy nhiên, không xảy ra tác dụng phụ nghiêm trọng nào cần phải ngừng điều trị. Tất cả các gia đình bệnh nhân đều hài lòng với kết quả điều trị. Những bài báo có tính giai thoại chứng thực cho hiệu quả kỳ diệu của propranolol trong điều trị u máu. Tuy nhiên, cần phải có những nghiên cứu để hiểu rõ hơn hiệu quả, những hạn chế cũng như các tác dụng phụ của propranolol trong điều trị u máu.

KẾT LUẬN

Sử dụng thuốc điều trị vẫn là một trong những phương pháp điều trị u máu hứa hẹn nhất cho đến hiện nay. Khác với các phương pháp điều trị bằng laser, bằng phẫu thuật hoặc các can thiệp nội mô mạch máu, dùng thuốc điều trị có thể tác động đến tất cả các cấu trúc giải phẫu và có thể sử dụng ở tất cả các giai đoạn tiến triển của bệnh. Tuy nhiên, các thuốc để điều trị u máu hiện nay cũng đều có tác dụng phụ của nó. Do đó, cân bằng giữa lợi ích điều trị và tác dụng phụ của thuốc là rất quan trọng trong việc lựa chọn thuốc sử dụng để điều trị. Ngoài ra, sự phối hợp của các thuốc điều trị có thể mang lại kết quả tốt hơn trong quá trình điều trị các u máu quanh hốc mắt ở trẻ em.

BAN CHỈ ĐẠO QUỐC GIA PHÒNG CHỐNG MÙ LÒA HỢP PHIÊN THƯỜNG KỲ LẦN 5:

MẠNH DẠN NHÌN NHẬN, ĐÁNH GIÁ SÁT THỰC TẾ!

Đó là nhận định chung của các đại biểu tại phiên họp thường kỳ lần 5 của Ban chỉ đạo Quốc gia Phòng chống mù lòa (BCĐ QG PCML) Bộ Y tế vào ngày 21.7.2010, dưới sự chủ trì của Thứ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Thị Xuyên, với sự tham dự của các thành viên và đại diện các tổ chức phi chính phủ quốc tế tại Việt Nam.

Hiện nay, 47/63 tỉnh, thành phố trên cả nước thành lập Ban chỉ đạo PCML cấp tỉnh, tuy nhiên đa phần chưa có nhiều hoạt động. Lý do chính các thành viên đưa ra là thiếu kinh phí hoạt động và sự chỉ đạo, hướng dẫn của BCĐ QG PCML chưa sát sao.

Các đại biểu đã thảo luận sôi nổi và đi sâu đánh giá, đề xuất nhiều vấn đề trong công tác PCML thực tiễn đặt ra ở cơ sở. Trong đó, nổi lên vấn đề mô hình tổ chức.

Thực tế hiện nay, ngành mắt đang có nhiều mô hình tồn tại: bệnh viện mắt, trung tâm mắt, khoa mắt trong BVĐK tỉnh hoặc khoa mắt thuộc các trung tâm PCBXH, trung tâm y tế dự phòng... Tuy nhiên, nhiều mô hình không phù hợp, trở thành trở lực cho các hoạt động và phát triển ngành như mô hình kiểu khoa mắt trong các Trung tâm PCBXH, Trung tâm YTDP. Đặc biệt, hầu khắp các tỉnh đều có hai mô hình hoạt động song song là khoa mắt thuộc BVĐK tỉnh và mô hình BV mắt, trung tâm mắt hoặc khoa mắt TTPCBXH, TTYTDP.

Theo GS.TS. Nguyễn Trọng Nhân - nguyên Bộ trưởng Bộ Y tế, Chủ tịch Hội Nhân khoa Việt Nam, việc tồn tại nhiều cơ sở nhãn khoa công lập như vậy sẽ khiến cho việc hiện đại hoá các cơ sở nhãn khoa cũng như đào tạo, bố trí cán bộ bị phân tán, Nhà nước không đủ sức đầu tư, dễ tập trung hiện đại hoá và hạn chế về công tác quản lý. Vì vậy, theo ông Nhân, Bộ Y tế càng thống nhất về

mô hình theo tinh thần “đơn giản hoá” càng sớm càng tốt.

Đồng tình với quan điểm trên, bà Nguyễn Thị Xuyên cho rằng, tên gọi và mô hình của các cơ sở nhãn khoa nên nhất quán, phù hợp với tình hình phát triển thực tế trong nước cũng như bối cảnh quốc tế. Nên thống nhất, sắp xếp lại còn hai loại mô hình nhãn khoa công lập tuyển tỉnh, tùy theo từng điều kiện của địa phương thành bệnh viện mắt hoặc trung tâm mắt.

Ông Huỳnh Tấn Phúc - Giám đốc Quỹ FHF Việt Nam cảnh báo xu hướng đáng báo động về hoạt động khám, phẫu thuật giải phóng mù loà ở cộng đồng giảm, trong khi hàng năm vẫn tồn đọng hàng nghìn người mù, đặc biệt tỷ lệ mù đục thủy tinh thể ở cộng đồng - nguyên nhân hàng đầu gây mù tại Việt Nam - giảm đáng kể.

Bên cạnh đó, nhiều đại biểu quan ngại việc các tỉnh đầu tư phát triển các kỹ thuật cao nhãn khoa sẽ làm giá thành cao, bệnh viện thu lợi lớn hơn, các cán bộ “ngại” đi cộng đồng. Điều đó cũng có nghĩa, công tác giải phóng mù loà ở cộng đồng nhất là người mù nghèo sẽ gặp thêm muôn vàn khó khăn, bởi chi phí phẫu thuật cao (nếu áp dụng kỹ thuật cao), khó điều động cán bộ, dẫn đến số người mù ở cộng đồng tồn đọng không ngừng tăng cao theo từng năm.

Ông Đỗ Như Hôn - Giám đốc Bệnh viện Mắt TW nêu một số tỉnh còn nhiều vấn đề về PCML ở cộng đồng cần giải quyết nhưng những cơ sở nhãn khoa tuyển tỉnh từ chối các dự án PCML ở cộng đồng và xem đó như “không phải việc của mình”. Từ đó, ông Hôn đặt vấn đề nên hay không phát triển ở kỹ thuật phaco như hiện nay? Chính phủ cần có chính sách hỗ trợ công tác phòng chống mù loà ở cộng đồng, góp phần phát triển kinh tế - xã hội địa phương; các bệnh viện mắt hoặc trung tâm mắt phải xem việc PCML là nhiệm vụ trọng tâm và then chốt...

Hơn 2 triệu USD hỗ trợ nâng cao năng lực Bệnh viện Mắt Trung ương



Ngày 23.7.2010, được sự đồng ý và cho phép của Bộ Y tế, đại diện Bệnh viện Mắt TW và Quỹ Fred Hollows (FHF) tổ chức Lễ ký biên bản ghi nhớ hợp tác thực hiện Dự án “*Hỗ trợ nâng cao năng lực Bệnh viện Mắt Trung ương*” do tổ chức quốc tế AP (Atlantic Philanthropies) và FHF (Fred Hollows Foundation) tài trợ.

Theo đó, Dự án “*Hỗ trợ nâng cao năng lực Bệnh viện Mắt Trung ương*” với tổng trị giá 2,06 triệu USD, tập trung vào các hoạt động: nâng cao năng lực đào tạo cán bộ nhãn khoa cho các tỉnh khu vực miền Bắc và Trung Bắc Việt Nam, hiện đại hoá trang thiết bị nhãn khoa và giáo trình đào tạo quốc gia về nhãn khoa theo chuẩn quốc tế... Dự kiến Dự án trên được triển khai thực hiện trong thời gian 2 năm (2010 - 2012).

Dự án chủ yếu tập trung vào các lĩnh vực sau:

1. *Phát triển bộ tài liệu quốc gia về nhãn khoa dành cho bác sỹ nội trú và khối điều dưỡng, áp dụng theo các tiêu chuẩn của ICO (International Council of Ophthalmology)*

2. *Cung cấp các khoá đào tạo về nhãn khoa cơ bản, đặc biệt chú trọng đào tạo cán bộ nhãn khoa tuyển tỉnh khu vực miền Bắc và miền Trung Việt Nam.*

3. *Hỗ trợ hoạt động chăm sóc mắt ở cộng đồng cho các bệnh nhân nghèo tại Bệnh viện Mắt TW.*

4. *Cung cấp các trang thiết bị nhãn khoa để tăng cường năng lực Bệnh viện Mắt TW thực hiện các hoạt động đào tạo.*

Bệnh viện Mắt TW là bệnh viện chuyên khoa mắt đầu ngành của Việt Nam, là trung tâm đào tạo cán bộ nhãn khoa lớn nhất trên toàn quốc. Tuy nhiên, phương pháp, giáo trình đào tạo hiện tại đã lạc hậu; cơ sở vật chất và trang thiết bị nhãn khoa phục vụ đào tạo thiếu và không còn phù hợp, công tác tổ chức, quản lý thiếu tính chuyên nghiệp... Thực hiện tốt Dự án này, sẽ đáp ứng những yêu cầu đào tạo hiện tại và trong tương lai của Bệnh viện Mắt TW.

Tháng 5/2010, Bộ Y tế đã ra quyết định thành lập Trung tâm đào tạo và Chi đạo tuyến trực thuộc Bệnh viện Mắt TW. Mục tiêu chính của Trung tâm là tập trung cho công tác đào tạo nhãn khoa và tăng cường chuyển giao khoa học công nghệ cho tuyến dưới. Sự ra đời của Trung tâm này là điều kiện thuận lợi để thúc đẩy thực hiện Dự án trên hiệu quả hơn.

Khánh thành Trung tâm Mắt tỉnh Quảng Ngãi

Ngày 14/7, UBND tỉnh Quảng Ngãi khánh thành Trung tâm Mắt Quảng Ngãi, trụ sở đặt tại 198 Nguyễn Trãi, thành phố Quảng Ngãi.

Trung tâm Mắt Quảng Ngãi được khởi công xây dựng ngày 30/5/2009, với quy mô 25 giường bệnh, diện tích 7.000 m², tổng kinh phí đầu tư 7,2 tỷ đồng.

Năm 1990, Trung tâm khám và điều trị cho khoảng 5.000 đến 10.000 lượt người, mổ đại phẫu chỉ dừng lại ở số vài trăm bệnh nhân. Từ năm 2000 đến nay, số lượng bệnh nhân đến khám và điều trị

tăng lên hàng năm khoảng 35.000 đến 50.000 bệnh nhân đến khám và điều trị.

Phát biểu tại buổi lễ, Phó Chủ tịch UBND tỉnh Quảng Ngãi yêu cầu Sở Y tế, Trung tâm Mắt Quảng Ngãi sử dụng cơ sở vật chất hiệu quả, tiếp tục phát huy những thành quả đã đạt được trong thời gian qua, phấn đấu hoàn thành tốt nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe mắt cho người dân Quảng Ngãi, hoàn thiện và phát triển năng lực chăm sóc mắt hướng tới thực hiện mục tiêu thị giác 2020. Nhân dịp này, Quỹ Fred Hollows Foundation tài trợ 20 triệu đồng mổ mắt miễn phí cho 30 ca và Doanh nghiệp võng xếp Duy Lợi thông qua Chương trình “Nguồn sáng cho đời” đợt 67 của Báo Thanh Niên tài trợ 35 triệu đồng mổ mắt miễn phí 50 ca cho người dân nghèo tỉnh Quảng Ngãi.

Bệnh viện Bay Orbis trở lại Đà Nẵng



Trong hai tuần (từ 9/8/2010 - 20/8/2010), Bệnh viện Bay Orbis triển khai đợt tập huấn, chuyển giao công nghệ nhãn khoa và thực hiện một số hoạt động phẫu thuật cho người dân miền Trung tại BV Mắt Đà Nẵng. Đây là lần thứ 3, Bệnh viện Bay ORBIS trở lại TP.Đà Nẵng. Bệnh viện Bay lần này gồm 13 chuyên gia nhãn khoa hàng đầu thế giới đến từ các nước Anh, Mỹ, Canada và Đài Loan tập huấn trực tiếp cho 41 bác sĩ và y tá của Bệnh viện Mắt Đà Nẵng.

Bên cạnh đó, 100 bác sĩ nhãn khoa đến từ các tỉnh, thành trong cả nước cùng 10 bác sĩ đến từ Lào, Campuchia và 20 điều dưỡng nhãn khoa, 15 kỹ thuật viên về trang thiết bị cũng được nâng cao năng lực thông qua các buổi tập huấn và theo dõi phẫu thuật trực tuyến từ phòng phẫu thuật của Bệnh viện Bay và thực hành phẫu thuật trên máy.



Cũng trong đợt tập huấn này, các bác sĩ của Bệnh viện Bay tiến hành khám mắt chuyên sâu và hội chẩn điều trị cho 275 bệnh nhân; 55 bệnh nhân sẽ được phẫu thuật và 20 bệnh nhân võng mạc sẽ được điều trị bằng laser. Ngoài ra, Bệnh viện Bay khám 200 bệnh nhân tại huyện Phú Lộc, tỉnh Thừa Thiên Huế.

Bên cạnh công tác nâng cao năng lực điều trị nhãn khoa đối với các bệnh viện trong khu vực miền Trung, các chuyên gia nhãn khoa, bác sĩ của BV Bay Orbis tập trung đào tạo và chuyển giao kỹ thuật điều trị đối với 2 loại bệnh nguy hiểm ở mắt. Đó là những kỹ thuật điều trị liên quan đến các bệnh về võng mạc đối với người bị bệnh tiểu đường, trẻ sơ sinh.

Trong dịp này, Đoàn chuyên gia và bác sĩ của BV Bay Orbis đã ra Huế để tập huấn cho các bác sĩ nhãn khoa của BV Mắt Huế và BV Trung ương Huế năng lực điều trị nhãn khoa trong thời gian 1 tuần.

Tin văn

→ **N**gày 6/7/2010, Bộ trưởng Bộ Y tế Nguyễn Quốc Triệu đã công bố, quyết định bổ nhiệm và giao nhiệm vụ 3 Phó Giám đốc Bệnh viện Mắt TW gồm các ông: Cung Hồng Sơn, Nguyễn Đức Thành và Nguyễn Xuân Hiệp với thời hạn nhiệm kỳ bổ nhiệm 5 năm, nâng số thành viên trong Ban Giám đốc của Bệnh viện lên 6 người. Đợt bổ nhiệm các Phó Giám đốc mới nhằm nâng cao năng lực toàn diện của Ban Giám đốc Bệnh viện Mắt TW hiện tại, đáp ứng với yêu cầu phát triển của Bệnh viện Mắt TW thời gian tới.

→ **N**gày 20/7/2010, Sở Y tế Hà Nội công bố Quyết định bổ nhiệm bà Vũ Thị Thanh giữ chức Giám đốc Bệnh viện Mắt Hà Nội, chấm dứt tình trạng sau 2 năm đơn vị này không có chức danh Giám đốc.

→ **N**gày 8/7/2010, Trung tâm điều trị kỹ thuật cao của Bệnh viện Mắt Trung ương chính thức đưa vào sử dụng hệ thống phẫu thuật tạt khúc xạ bằng Laser Excimer thế hệ mới với nhiều tính năng ưu việt và hiện đại bậc nhất trên thế giới - Hệ thống Laser Excimer Navex Quest của Nhật Bản sản xuất. Địa chỉ tư vấn và liên hệ: Trung tâm điều trị kỹ thuật cao - Bệnh viện Mắt TW trụ sở tại 27 Bùi Thị Xuân, Hà Nội. Điện thoại tư vấn: 04.39446534 - 04.39433382.

→ **N**gày 17/7/2010, Bệnh viện Mắt TW bé giăng khoá đào tạo mài lắp kính do GS. David Wilson và chuyên gia Úc trực tiếp giảng dạy. Đây là khoá đào tạo về mài lắp kính thứ 2, nằm trong khuôn khổ hợp tác hỗ trợ đào tạo khúc xạ của tổ chức ICEE (Úc) phối hợp với Bệnh viện Mắt TW. Dự kiến vào tháng 1/2011, Bệnh viện sẽ tiếp

tục khai giảng khoá thứ 3 về đào tạo mài lắp kính. Mỗi khoá đào tạo khoảng 8 học viên.

→ **T**ừ ngày 16/7 đến 20/7/2010, Bệnh viện Mắt Bình Định tổ chức khám và phẫu thuật điều trị các khuyết tật tại mắt (lác, sụp mi, đục TTT bẩm sinh...) cho 85 em (phẫu thuật trên 122 mắt) với sự tham gia của bác sỹ Bệnh viện Mắt TW. Chương trình do Quỹ Fred Hollows tài trợ. Theo Sở LĐ-TB-XH Bình Định, toàn tỉnh hiện có 995 trẻ bị các khuyết tật về mắt do nhiều nguyên nhân như: đục thủy tinh thể, Glôcôm, sụp mi, kém thị lực, tật ở mắt, u bướu... Đặc biệt, tỷ lệ tật khúc xạ ở Bình Định chủ yếu là cận thị chiếm khoảng 36%.

→ **S**au 5 tháng, cấp khoa phòng và cấp Bệnh viện chuẩn bị và triển khai các vòng thi sơ khảo lý thuyết và thực hành kỹ năng. Ngày 26/8/2010, Bệnh viện Mắt TW chính thức lựa chọn 15 thí sinh là những kỹ thuật viên - điều dưỡng viên đạt thành tích cao qua các vòng sơ khảo, trong tổng số 198 KTV-ĐDV của Bệnh viện để tham dự vòng chung kết Hội thi “Điều dưỡng viên - Kỹ thuật viên giỏi, thanh lịch Bệnh viện Mắt TW năm 2010”. Kết quả giải Nhất thuộc về điều dưỡng viên Vũ Thị Thủy Linh - khoa Điều trị theo yêu cầu (Khoa G).

→ **B**an tổ chức Hội nghị nhân khoa toàn quốc năm 2010 thông báo lần 3 tới các cơ sở nhân khoa và các cá nhân đăng ký đề tài - báo cáo gửi bài báo cáo toàn văn trước ngày 31/10/2010 theo địa chỉ Phòng: Quản lý Khoa học - Đào tạo, Bệnh viện Mắt Trung ương, 85 Bà Triệu, Hà Nội. Điện thoại liên hệ : (04) 38228956; Email: khoaocdaotao@vn.org

HOÀI NIỆM NGÀY MẤT BÁC SỸ VŨ CÔNG LONG (12/09/2008)

Trước kia, trong mấy mươi năm làm việc tại Viện Mắt TW, tôi luôn tham gia công tác y tế cộng đồng nên đã cùng bác Long đi đến nhiều nơi khắp nước từ Bắc chí Nam. Những lần ấy, sau một ngày lam lũ dày công cùng anh chị em ở địa phương, đêm về cùng ngủ một phòng. Nằm trong màn bên cạnh, bác Long thường ngâm nga mấy câu thơ chữ Hán rất hay, mà chính vị “nhà nho” cũng không nhớ tên tác giả. Tôi nằm lim dim nghe mãi đến thuộc lòng nên thầm dịch sang tiếng ta để càng thấm thía cho mình.

Nay hồi tưởng ngày bác Vũ Công Long đi xa hai năm trước, nhớ thương một người anh từng nhìn rộng hiểu sâu chính trị và văn hóa, một Đảng viên cần mẫn, lặng trầm gửi hết lòng cho nghĩa cả, một người bạn lớn cố tri, bao năm mật thiết...

Tôi bùi ngùi chép lại ở đây mấy vần thơ Anh thích, như một nén hương nhang:

**“Thâm dạ bất kham đề tuyệt cú
Chỉ khinh tinh đấu lạc hàn giang”**
(Đêm khuya đâu dám làm thơ đẹp
Ngại kém, sao rơi lạnh nước sông)

*

**“Khuyến quân cánh tận nhất bôi tửu
Dữ ngã đồng tiêu vạn cổ sầu”.**
(Mời anh uống cạn một chung bầu
Cùng tôi tan nốt mối sầu ngàn xưa)

Nguyễn Duy Tân

Tp. Hồ Chí Minh, mùa mưa 2010.

Tìm hiểu tục vinh quy bá tử thời xưa

“Vinh quy bá tử là một “công đoạn” cuối cùng trong lịch trình khoa cử ngày xưa - trước khi chính thức làm quan, để biểu dương, tôn vinh người học trò có chí, thi đỗ đại khoa.

Khoa cử trong mọi thời đại đều sản sinh những nhân tài “nguyên khí của quốc gia” và họ đã tạo dựng sự nghiệp, để lại nhiều công tích trong lịch sử. Khoa cử cũng tạo nên những “ông nghề” từ chương, thiếu tài kinh bang tế thế, sau khi vinh quy bá tử, chỉ tìm cách lợi dụng chức quyền, tham nhũng, đục khoét để lo cho thân mình mà chẳng đếm xỉa đến việc nước, việc dân...”

Theo quy định, năm 1807 dưới triều Nguyễn và một số sửa đổi nhỏ về sau

có thể tạm vạch ra con đường từ đầu đến cuối một khoa thi. Sĩ tử muốn đi thi khoa hương nào, thì làm đơn nộp xã bản quán; lí

trưởng sở tại lập danh sách ghi chú cước sắc (trích yếu lí lịch) đệ lên huyện trước 4 tháng. Những người được ứng thí gồm học

trò và binh lính. Học trò thì phải không can phạm các tội bất hiếu, bất mục, loạn luân, điều toa, trộm cướp (con, cháu, chắt của họ tùy án nặng nhẹ mà bị cấm hay được thi) và không có đại tang (tang cha mẹ hay tang ông bà mà họ là “đích tôn thừa trọng”).

Binh lính thì phải trình xin thượng cấp, trưởng quan tư sang bộ Binh để tổ chức sát hạch, nếu đạt sẽ cho nghỉ ba tháng về bản quán ôn tập và làm thủ tục. Học trò vùng nào chỉ được thi ở trường vùng ấy theo quy định.

Quan huyện tổng hợp các xã, lập danh sách chung đệ lên tỉnh trước ba tháng. Viên đốc học theo danh sách thu nhận quyền thi và tổ chức sát hạch lại để quyết định ai đủ trình độ, tư cách dự thi (tú tài khoa trước được miễn sát hạch) và chi cấp lộ phí tiền gạo cho họ. Sau đó, tỉnh đệ danh sách về bộ để bộ thống kê tâu lên vua. Vua sai đình nghị để bổ quan trường tùy số lượng thí sinh.

Những người đỗ khoa hương năm trước (cử nhân), trừ can phạm và đại tang, đều phải dự khoa hội vào năm sau. Ai bỏ mà bị phát giác, nếu không có lí do xác đáng (trừ người đã có chức vụ nhà nước) thì sẽ bị trừng phạt, tước bỏ ngạch cử nhân. Ngoài ra, trong số giám sinh (tôn sinh, ẩm sinh, học sinh), những người trúng khảo hạch được qu an tế từ

lập danh sách cùng với cử nhân giám sinh giao bộ Lễ tâu lên vua xin chỉ chuẩn cho dự khoa hội... Sau khi ra bảng (niêm yết danh sách trúng tuyển và lính cưỡi voi đi khắp phố phường ở kinh đô đọc tên từng người thi đỗ),



tiến sĩ được cấp quan phục, tức mũ áo khác nhau tùy thứ bậc và được cho ăn yến (tiệc chiêu đãi do vua ban ở công đường bộ Lễ), rồi dự buổi Truyền lô, tức tuyên đọc danh sách trúng tuyển tại điện Thái Hòa và rước bảng vàng ra treo tại lầu Phú Văn. Họ còn được cưỡi ngựa đi chơi khắp phố phường và vua ban cờ biển vinh quy. Hàng tỉnh, hàng huyện, hàng xã tổ chức đón rước ở địa đầu và mở tiệc lớn tại nhà. Làng có tiến sĩ vinh quy tuy phải một phen vất vả, nhưng cũng rất vinh hạnh! Ít lâu sau, các tiến sĩ của từng khoa thi được khắc tên vào bia đặt tại Văn Miếu.

Sau khi nhận áo mũ, dự lễ Truyền lô, các ông nghề tân khoa cùng các quan trong hội đồng thi

được đãi yến tại công đường bộ Lễ, vì bộ này trực tiếp chỉ đạo thi cử (cũng có khi ở nơi khác như vườn Thư Quang hay vườn Thường Mậu trong hoàng thành). Yến chia làm hai hạng, các đường quan bộ Lễ sung việc khoa cử như giám thí, giám khảo, duyệt quyền, truyền lô... dự hạng thượng, 2 viên một bàn, giá tiền 5 quan; các quan khác biệt phái như đồng khảo, giám sát, đề điều, di phong, soạn hiệu... dự hạng trung, 4 viên một bàn, giá tiền 4 quan; các tiến sĩ tân khoa cũng dự hạng trung, nhưng 2 người một bàn; nếu có đệ nhất giáp, thì mỗi người riêng một bàn. Ăn uống no say rồi, các quan còn mời các ông nghề mới làm thơ để biết thêm tài năng, chí hướng của họ. Yến tiệc xong, các ông nghề được vào xem hoa ở Ngự Uyển và cưỡi ngựa đi dạo phố phường...

Dự yến, xem hoa, dạo phố xong, đôi khi các tiến sĩ được vào điện Thái Hòa bái yết hoàng đế, nhận phẩm hàm sơ bổ, rồi sửa soạn vinh quy bái tổ. Đây là khâu cuối cùng trong khoa cử của người học sinh thời xưa. Vinh quy là rước về nguyên quán, bái tổ là cáo yết từ đường. Mỗi tiến sĩ được cấp lá cờ, thêu danh vị tiến sĩ như đệ nhất giáp tiến sĩ cập đệ tam danh, đệ nhị giáp tiến sĩ xuất thân, đệ tam giáp đồng tiến sĩ xuất thân, một biển gỗ sơn

son cán dài thêu bốn chữ “Ân tứ vinh quy”, để cầm khi đi đường cho thiên hạ chiêm ngưỡng. Tinh sở tại có nhiệm vụ phái lính và phu vào kinh rước tiến sĩ về tỉnh đường, riêng đệ nhất giáp được đặc cách dùng ngựa trạm và lính kinh, rồi đến phiên tinh sức cho huyện rước về huyện nha. Mỗi nơi đều lưu quan nghề tân khoa một, hai ngày, chiêu đãi long trọng. Cuối cùng, làng nguyên quán lập đoàn đi lên huyện nha đón (có khi đón ngay từ tỉnh, không về huyện).

Tiệc tùng, cờ quạt linh đình - một dịp cho hương chức, cả bàn dân thiên hạ ra mặt vênh vào với các làng bên cạnh. Đây là dịp để người ta kháo nhau: “*Ông này nhắc làng mình thật được hưởng đình. Ông kia đoán họ Trần kết ngôi mộ tổ. Bà này bảo cụ đồ phúc đức hiền hậu, chịu khó lễ các đền chùa. Bà kia khen cô nghề tốt nét, đủ điều, biết phân biệt kẻ trên người dưới. Cái hoa gạo nở đầu tháng ba đã được tán là điềm tốt. Con chim khanh khách kêu trên các đình giữa ngày khai hạ, cũng được tôn làm tin mừng*”... Tất nhiên, trung tâm mọi câu chuyện là nhà quan nghề, người ta không chỉ tán dương quan nghề, mà cả cô nghề, cụ ông, cụ bà, cho đến cổ tổ, ai nấy ăn ở phúc đức nên mới được như thế! Chính những hình ảnh sau khoa thi ấy đã tác động mạnh vào nhân dân, vào học trò, khiến ai nấy háo hức, cố tâm học



Trạng nguyên vinh quy bái tổ về làng

hành và mơ đến ngày “*võng anh đi trước, võng nàng theo sau*”.

Các bậc ông bà, cha mẹ thì khuyên con gắng công đèn sách, không chỉ để “*kiếm năm ba chữ*”, mà là “*ương danh dĩ hiển phụ mẫu*” (nêu cao tên tuổi để cha mẹ được hiển vinh).

Khoa cử trong mọi thời đại đều sản sinh những nhân tài “*nguyên khí của quốc gia*” và họ đã tạo dựng sự nghiệp, để lại nhiều công tích trong lịch sử. Nhưng ngược lại, xu hướng ham thích hư danh, bổng lộc, quyền năng cũng đã từng làm thui chột sĩ phu suốt thời phong kiến...

Khoa cử cũng tạo nên những “*ông nghề*” từ chương, thiếu tài kinh bang tế thế, sau khi vinh quy bái tổ, chỉ tìm cách lợi dụng chức quyền, tham nhũng, đục khoét để

lo cho thân mình, nhà mình mà chẳng đếm xỉa đến việc nước, việc dân, nhất là những “*ông nghề*” thành đạt nhờ may mắn, nhờ gian dối chứ thực chất thiếu tài năng, thiếu học vấn. Vậy nên, mới có những ông “*tiến sĩ giấy*” như Nguyễn Khuyến mô tả:

Cũng cờ, cũng biển, cũng cân đai.

Cũng gọi ông nghề có kém ai.

Mảnh giấy làm nên thân giáp bảng,

Nét son điểm rõ mặt văn khôi.

Tám thân xiêm áo sao mà nhẹ?

Cái giá khoa danh ấy mới hời.

Ghế treo, lọng xanh, ngòi bánh chọe,

Nghĩ rằng đồ thật hóa đồ chơi.

Thời đại nào, bên cạnh những “*ông nghề*” vì nước, vì dân cũng có những ông “*tiến sĩ giấy*” như vậy. Ngẫm mà buồn!

Lê Nguyễn Lưu

THẺ LỆ ĐĂNG BÀI TRÊN TẠP CHÍ NHÃN KHOA VIỆT NAM

Tạp chí Nhân khoa Việt Nam của Hội Nhân khoa Việt Nam là diễn đàn trao đổi thông tin khoa học và hoạt động của ngành Nhân khoa cả nước. **Tạp chí Nhân khoa Việt Nam** xuất bản 6 kỳ/năm, đăng tải các công trình nghiên cứu khoa học, các bài tổng quan, thông báo lâm sàng, bài dịch (hoặc lược dịch), diễn đàn, thông tin... về lĩnh vực Nhân khoa và hoạt động phòng chống mù loà, tạo điều kiện mở rộng kiến thức, cập nhật thông tin nhân khoa trong nước và quốc tế, trao đổi học thuật, kinh nghiệm Nhân khoa giữa những hội viên và những người quan tâm.

Sau đây là một số yêu cầu đối với bài đăng trên **Tạp chí Nhân khoa Việt Nam**:

1. CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

1.1. Nếu bài đã được đăng trên tạp chí khác thì cần ghi chú thích ở phần cuối bài (*)

1.2. Phần chính bài gửi đăng viết bằng tiếng Việt, khổ giấy A4, font chữ Time New Roman 12 (mã Unicode), cách dòng

1,2. Bài không quá 8 trang (kể cả bảng biểu, hình vẽ, tài liệu tham khảo, tóm tắt tiếng Anh...).

1.3. Trình tự các phần trình bày:

a. Đầu đề: ngắn gọn, không nên quá 2 dòng, chữ in đậm, font chữ 16.

b. Họ tên tác giả, nơi làm việc, không ghi chức danh, học vị.

c. Tóm tắt tiếng Việt: ngắn gọn các phần giới thiệu: mục tiêu, đối tượng, phương pháp nghiên cứu, kết quả, kết luận. Cuối cùng đưa ra một số từ khoá (dưới 6 từ). Chữ nghiêng, không quá 12 dòng.

d. Nội dung gồm các phần sau, được đánh số La Mã từ I (dưới đó là: 1; 2;...):

- Đặt vấn đề: gồm cả mục tiêu nghiên cứu.

- Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.

- Kết quả nghiên cứu.

- Bàn luận (có thể gộp cả 2 phần thành kết quả nghiên cứu và bàn luận).

- Kết luận.

- Tài liệu tham khảo (không đánh số La Mã): không quá 10 tài liệu, theo số thứ tự từ tài liệu tiếng Việt trước, sau đó đến phần tiếng nước ngoài sắp xếp theo vần A, B, C của tên tác giả. Thứ tự: tên tác giả, năm xuất bản (để trong ngoặc đơn), tên bài (để trong ngoặc kép), tên tài liệu (tạp chí, sách), tên nhà xuất bản, tập, số xuất bản, trang.

- Tóm tắt bằng tiếng Anh, từ khoá (tương tự như phần c, mục 1.3).

2. BÀI DỊCH, LƯỢC DỊCH (Chỉ từ bài báo hay tạp chí nước ngoài)

- Dưới tên bài tiếng Việt là tên bài tiếng nước ngoài. Ghi rõ tên tác giả, tên tài liệu được dịch (nguyên văn) để trong ngoặc đơn. Cuối cùng là họ tên người dịch. Chụp tài liệu nước ngoài được dịch gửi kèm.

3. CHUYÊN MỤC DIỄN ĐÀN

- Bài viết chưa đăng tải trên bất kỳ ấn phẩm nào.

- Bài viết về chuyên ngành Nhân khoa thực hành dưới dạng trao đổi kinh nghiệm chuyên môn, chia sẻ thông tin, kỹ năng nghề nghiệp phù hợp với trang thiết bị y tế phổ thông. Tránh đi sâu vào lý luận hoặc kỹ thuật quá cao, thiếu tính ứng dụng thực tế.

- Bài viết hướng tới đối tượng bạn đọc là các y bác sĩ, kỹ thuật viên chuyên ngành Nhân khoa, nhấn mạnh tính thực tiễn, ưu tiên lý giải những bất cập và các vấn đề gặp phải, nhấn mạnh phương án tối ưu trong quá trình chẩn đoán và điều trị.

- Các loại bài (hoặc dịch) đăng ở chuyên mục Diễn đàn thường được viết dưới dạng tổng quan, thông báo lâm sàng, trao đổi...

- Bài viết dài khoảng 2000 - 3000 từ (3 -> 5 trang A4, font chữ 12), cách viết ngắn gọn, chú trọng đi sâu vào chuyên môn, đảm bảo sự trong sáng của tiếng Việt.

- Bài viết về các cơ sở y tế, cũng như các vấn đề chuyên môn cần có ảnh minh hoạ.

4. THÔNG TIN HOẠT ĐỘNG NHÂN KHOA

- Các tin tóm tắt thông báo về hoạt động Nhân khoa, phòng chống mù loà ở cộng đồng, thông tin Nhân khoa quốc tế... Ví dụ: các hoạt động đối ngoại, các dự án, các hội nghị, hội thảo, tập huấn trong và ngoài nước, thông tin khoa học và đào tạo, công tác xã hội từ thiện,...

5. QUY ĐỊNH CHUNG

- Mục 2, 3, 4, tác giả ghi họ tên, chức danh, học vị, đơn vị công tác. Cách viết được quy định giống như mục 1.2. Tác giả ghi rõ địa chỉ để Ban biên tập liên lạc (số điện thoại, email ...).

- Các bài viết thuộc chuyên mục 3, 4 phải đảm bảo chưa đăng trên bất kỳ tạp chí hay ấn phẩm xuất bản nào.

- Chú ý sử dụng thuật ngữ Nhân khoa chính xác, phổ biến nhưng có tính khoa học.

- Đề nghị gửi bài viết kèm theo file copy vào đĩa, hoặc qua email.

- Tác giả chịu trách nhiệm về nội dung và tính xác thực của bài viết trước Ban biên tập, công luận, Luật Báo chí và Quyền tác giả.

BAN BIÊN TẬP TẠP CHÍ NHÃN KHOA VIỆT NAM