

ĐƠN VỊ HỢP TÁC



Bệnh viện Mắt Trung Ương



Bệnh viện Mắt TP.HCM

Bệnh viện Mắt Đà Nẵng

Bệnh viện Mắt Hải Phòng



Công ty CP xuất bản Trẻ



**The Fred Hollows
Foundation**

TỔNG BIÊN TẬP

GS.TS. Tôn Thị Kim Thanh

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

GS.TS. Nguyễn Trọng Nhân
PGS.TS. Đỗ Như Hân

HỘI ĐỒNG BIÊN TẬP

PGS.TS. Trần An
PGS.TS. Hoàng Thị Minh Châu
PGS.TS. Hoàng Ngọc Chương
TS. Nguyễn Chí Dũng
ThS. Hoàng Thị Hạnh
PGS.TS. Đỗ Như Hân
PGS. Hoàng Thị 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 THỦ KÝ BIÊN TẬP CHUYÊN MÔN

TS. Hà Huy Tài
ThS. Phạm Thu Minh

TÒA SOẠN VÀ TRỊ SỰ

Nhà báo. Đỗ 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: 04-38228956
Email: hoinhankhoavn@vnio.vn
Website: www.vnio.vn

GIẤY PHÉP XUẤT BẢN

Số: 261/GP-BVHTT ngày 5/11/2003
In xong nộp lưu chiểu tháng 04/2009

• Nơi nhận bài: Tạp chí Nhân khoa Việt Nam

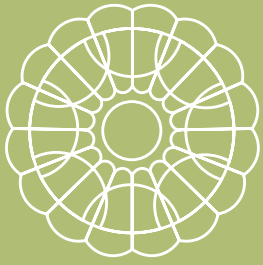
Địa chỉ: Phòng Quản lý khoa học - Đào tạo
Bệnh viện Mắt Trung ương
Địa chỉ: 85 Bà Triệu - Hà Nội
Điện thoại: 04.38228956
Email: hoinhankhoavn@vnio.vn
tcnhankhoavn@gmail.com
Website: www.vnio.vn

• Nơi tiếp nhận quảng cáo và phát hành

Công ty Cổ phần Xuất bản Trẻ

Tòa nhà số 4, Ngõ 250, đường Minh Khai,
quận Hai Bà Trưng, TP. Hà Nội
Điện thoại: 04.3557 5568 ** Fax: 04.3557 5569
Hotline: 0913 322 944
Email: tcnhankhoavn@gmail.com
xuatbantre@viettel.com

Giá: 22.000VNĐ



I. NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

- Đánh giá kết quả phương pháp đặt ống silicon một lệ quản điều trị đứt lệ quản do chấn thương
- Đặt van dẫn lưu thủy dịch tiên phòng điều trị glôcôm thứ phát do hội chứng nội mô mống mắt giác mạc (ICE)
- Đánh giá chức năng thị giác sau một năm điều trị bệnh võng mạc trẻ sinh non bằng laser quang đông
- Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị sụp mi tái phát
- Nghiên cứu phẫu thuật cắt bè củng giác mạc có ghép màng ối điều trị tăng nhãn áp tái phát sau mổ glôcôm
- Phẫu thuật xử lý yếu tố lác đứng trong bệnh cảnh rối loạn vận nhãn cơ chéo

II. DIỄN ĐÀN

- Một trường hợp lấy đa dị vật trong và dưới biểu mô giác mạc bằng microkeratome

Đỗ Như Hân, Nguyễn Thị Tuyết Nga 5

Bùi Thị Vân Anh, Vũ Thị Thái 10

*Trần Thị Phương Thu,
Võ Nguyên Uyên Thảo* 17

Trần An, Nguyễn Văn My 23

Trần Thanh Thủy, Vũ Thị Thái 30

Hà Huy Tài 36

*Vũ Anh Lê, Trần Hải Yến
Phạm Thị Thủy Tiên, Đặng Hồng Sơn* 43

III. THÔNG TIN NHÂN KHOA QUỐC TẾ

- So sánh kích thước lỗ hoàng điểm đo bằng chụp cắt lớp võng mạc chụp ảnh đáy mắt và khám lâm sàng
- Kết quả phẫu thuật lác ngoài luân hồi ở trẻ em dựa trên nghiên cứu thuần tập ở cộng đồng

IV. THÔNG TIN Y DƯỢC

- Các loại kháng sinh mới trong nhãn khoa

V. TIN TỨC - SỰ KIỆN

VI. VĂN HÓA - XÃ HỘI

- Huyền thoại lửa
- Đôi mắt trong thi ca Việt Nam: Đôi mắt là gương...

Trần Văn Hà, Nguyễn Kiếm Hiệp

48

Hà Huy Thiên Thanh

53

Ngô Thị Hồng Thắm, Vũ Thị Tuệ Khanh

58

62

Phạm Đức

69

Xuân Lộc

70



Thư chúc Tết

Nhân dịp năm mới - xuân Canh Dần, tôi thân mến gửi tới các Hội viên, bác sĩ, kỹ thuật viên, các cơ quan hợp tác tài trợ, các tác giả, bạn đọc **Tạp chí Nhãn khoa Việt Nam** lời chúc sức khỏe và thành công.

Thưa quý độc giả, chúng ta đang bước vào những ngày đầu tiên của năm 2010, năm lịch sử của Thăng Long - Hà Nội, năm hứa hẹn những bước chuyển mới của khoa học kỹ thuật, sự hồi phục của nền kinh tế sau khủng hoảng, sự hội nhập của Việt Nam với quốc tế. Năm 2010 cũng là năm đầu tiên ngành Mắt Việt Nam triển khai thực hiện Kế hoạch Quốc gia phòng chống mù lòa và chăm sóc mắt giai đoạn 2010 - 2013; cuối năm, chúng ta sẽ tổ chức Đại hội Đại biểu toàn quốc Hội Nhãn khoa Việt Nam nhiệm kỳ 2010 - 2015 nhân dịp kỉ niệm 50 năm ngày thành lập Hội Nhãn khoa Việt Nam (1960-2010), Bệnh viện Mắt Trung ương đăng cai tổ chức hội thảo Phòng chống mù lòa liên quốc gia khu vực Đông Nam Á lần thứ 8...

Hội nhãn khoa Việt Nam là một trong những Hội Y học có bề dày truyền thống với hơn 50 năm hoạt động, Hội đã có nhiều hoạt động chuyên môn và trở thành môi trường đào tạo, cập nhật kiến thức, chuyển giao khoa học kỹ thuật tiên tiến cho đội ngũ bác sĩ kỹ thuật viên, nhân viên y tế chuyên ngành Nhãn khoa. **Tạp chí Nhãn khoa Việt Nam** là ấn phẩm chuyên môn của Hội được xuất bản hơn 6 năm nay và đã trở thành tài liệu tham khảo không thể thiếu của đội ngũ y bác sĩ, kỹ thuật viên chuyên ngành Nhãn khoa trong công tác chuyên môn.

Để đáp ứng tốt hơn cho các hoạt động của Hội, kể từ năm 2010, **Tạp chí Nhãn khoa Việt Nam** phối hợp với cơ quan chuyên nghiệp trong phát triển tạp chí Y học là Công ty Cổ phần Xuất bản Trẻ sẽ thực hiện lộ trình mới có sự đổi mới toàn diện, cụ thể: nâng cao chất lượng nội dung và hình thức, in khổ lớn với giấy ngoại và trình bày đẹp, ra định kỳ 02 tháng/kỳ và được phổ biến tới mọi chi hội, hội viên, cơ sở khám chữa bệnh mắt trên toàn quốc.

Kính thưa ban đọc, để **Tạp chí Nhãn khoa Việt Nam** thực sự xứng đáng là cơ quan chuyên môn của Hội, trở thành ấn phẩm khoa học uy tín của chuyên ngành Nhãn khoa Việt Nam, chúng tôi mong muốn đón nhận sự hợp tác của quý tác giả, bạn đọc, hội viên, các cơ quan hợp tác, đơn vị tài trợ trong việc viết bài, đóng góp ý kiến, cung cấp thông tin, ủng hộ và hợp tác cùng xây dựng, phát triển tạp chí.

Nhân dịp năm mới, kính chúc quý bạn đọc và gia đình đón Tết cổ truyền ấm áp, vui vẻ. Kính chúc hội viên sức khỏe và hạnh phúc!

Xuân Canh Dần 2010

**Chủ tịch Hội Nhãn Khoa Việt Nam
GS.TS NGUYỄN TRỌNG NHÂN**

Đánh giá kết quả phương pháp đặt ống silicon một lệ quản điều trị đứt lệ quản do chấn thương

Đỗ Như Hân*, Nguyễn Thị Tuyết Nga*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả phương pháp đặt ống silicon một lệ quản và nhận xét đặc điểm kỹ thuật của phương pháp cố định ống silicon một lệ quản có cải biên.

Đối tượng và phương pháp: 73 bệnh nhân (BN) với 76 lệ quản (LQ) đứt do chấn thương vì nhiều nguyên nhân khác nhau được điều trị nội trú tại khoa chấn thương Bệnh viện Mắt Trung ương từ 10/06 đến 05/07. Kỹ thuật áp dụng là đặt ống silicon một LQ và cố định ống silicon bằng nơ chỉ 9/0 cải biên từ phương pháp nguyên bản của Garber.

Kết quả: phẫu thuật đạt kết quả khả quan. Tại thời điểm 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật tỷ lệ thành công về giải phẫu là 92,1%, tỷ lệ thành công về chức năng là 94,5%, tỷ lệ thành công về thẩm mỹ là 98,7%, đưa tỷ lệ thành công chung lên 94,5%.

Biến chứng sau phẫu thuật: tỷ lệ mất ống giảm còn 6,5%, các biến chứng khác ít gặp, không gây nguy hiểm và có thể khắc phục dễ dàng.

Kết luận: phẫu thuật ống silicon một lệ quản đạt kết quả tối ưu là một lựa chọn trong điều trị đứt lệ quản do chấn thương.

Từ khoá: đặt ống silicon một lệ quản.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương LQ là một cấp cứu nhãn khoa thường gặp cần được xử trí đúng, kịp thời tránh hậu quả tắc lệ đạo gây chảy nước mắt và biến dạng góc trong ảnh hưởng thẩm mỹ. Các phương pháp điều trị phục hồi luôn được nghiên cứu, cải tiến nhằm nâng cao hiệu quả điều trị.

Nhiều tác giả đã tiến hành những nghiên cứu khác nhau và đưa ra nguyên tắc cơ bản của phẫu thuật là khâu nối tận – tận hai đầu LQ đứt phối hợp đặt một ống trong lòng LQ. Silicon là chất liệu tốt nhất làm ống dẫn. LQ đứt cần được tái tạo và khi nối một LQ không được làm tổn thương LQ lành cùng bên. Đây là cơ sở của phương pháp đặt ống silicon một LQ. Ở nước ta từ năm 2005, phương pháp này được áp dụng nhưng chưa phổ biến vì chưa được đánh giá cụ thể.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích: đánh giá kết quả của phương pháp đặt ống silicon một LQ và nhận xét đặc điểm kỹ thuật của phương pháp cố định ống silicon có cải biên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

73 BN (76 mắt) đứt LQ được điều trị nội trú tại khoa Chấn thương, Bệnh viện Mắt TƯ từ tháng 10/2006 đến tháng 05/2007. Các BN có chỉ định phẫu thuật: BN đứt LQ ở 1/3 ngoài và 1/3 giữa, đủ sức khỏe để tham gia phẫu thuật và đồng ý tham gia nghiên cứu.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

BN đa chấn thương quá nặng không thể tham gia phẫu thuật nối LQ. BN có tiền sử khô mắt, có tổn

|| * Bệnh viện Mắt Trung ương

thương bán phần trước gây chảy nước mắt hoặc những bệnh lý khác gây chảy nước mắt như quặm, viêm loét giác mạc, tăng nhãn áp ...

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Phương tiện nghiên cứu

- Máy ảnh kỹ thuật số có khả năng chụp gần ở cự ly 5 cm và những dụng cụ khám thông dụng (bảng thị lực, máy soi đáy mắt, sinh hiển vi khám bệnh).

- Máy sinh hiển vi phẫu thuật.

- Bộ dụng cụ vi phẫu phục vụ cho phẫu thuật nối LQ gồm những dụng cụ thông thường và một số dụng cụ chuyên dụng phục vụ phẫu thuật như que nong điểm lệ, kéo Vannas, panh giác mạc, ống silicon đường kính 0,64 mm, móc đôi vi phẫu, chỉ 9/0; 6/0; 7/0.

2.2. Chuẩn bị bệnh nhân

- Đánh giá tình trạng toàn thân nhằm phát hiện những tổn thương hoặc bệnh lý toàn thân ảnh hưởng phẫu thuật. Thử thị lực và tìm những tổn thương phối hợp nếu có để xử trí toàn diện. Làm các xét nghiệm cấp cứu cần thiết và đề ra chỉ định phẫu thuật.

2.3. Kỹ thuật phẫu thuật

- Gây tê tại chỗ và phong bế thần kinh trên-dưới hốc mắt bằng dung dịch Xylocain 2%. Gây mê với trẻ em hoặc người lớn hợp tác kém. Gây tê bề mặt nhãn cầu bằng dung dịch Dicain 1%. Rửa sạch và sát trùng vết thương bằng dung dịch Betadin 5%. Lấy dị vật và cắt lọc tổ chức hoại tử nếu cần thiết.

- Tiến hành phẫu thuật theo 3 bước:

+ Tìm 2 đầu LQ đứt: dùng móc đôi bộc lộ vết thương, có thể tra dung dịch Dicain 2% pha Adrenalin nhằm cầm máu, co mạch, co cơ làm bộc lộ rõ đầu LQ đứt.

+ Đặt ống dẫn vào lòng LQ và cố định ống: luôn ống silicon đã chuẩn bị sẵn (dài 3 cm, cắt vát một đầu, cắt một phần thiết diện ống cách đầu vát 2 mm, buộc chỉ 9/0 để nguyên cả 2 kim vào ống tại vị trí đã cắt) qua lỗ lệ - đầu đứt ngoài - đầu đứt trong - phân lệ quản trong và túi lệ. Cố định đầu ngoài ống (Đưa 2 kim 9/0 qua lỗ lệ xuyên qua chiều dày 1/3 mi đến da mi và thoát ra tại điểm cách bờ mi 2 mm. Buộc 2 đầu

chỉ 9/0 ngoài da mi với đuôi chỉ 9/0 ở phần LQ đứng thoát ra tại lỗ lệ).

+ Nối niêm mạc hai đầu LQ đứt và khâu phục hồi mi theo đúng mốc giải phẫu: Đặt 2 mũi chỉ 7/0 hình chữ U quanh hai đầu LQ đứt. Đặt các mũi 6/0 hoặc 5/0 khâu phục hồi cơ vòng cung mi. Khâu kết mạc và da mi vùng góc mắt trong bằng chỉ 7/0. Các tổn thương mi khác khâu 3 lớp theo đúng mốc giải phẫu.

2.4. Theo dõi sau mổ

BN đứt LQ đơn thuần được điều trị nội trú 2 ngày. Thời gian theo dõi kéo dài 6 tháng và chia làm 3 giai đoạn.

+ Tuần đầu sau mổ: phát hiện biến chứng sớm nếu có và xử lý. Cắt chỉ khâu da.

+ 3 tháng sau mổ: cắt chỉ cố định và tháo ống silicon, nhận xét tình trạng giải phẫu, chức năng lệ đạo và thẩm mỹ sẹo mi.

+ 6 tháng sau mổ: đánh giá tình trạng giải phẫu, chức năng lệ đạo và thẩm mỹ sẹo mi.

2.5. Đánh giá kết quả

+ Kết quả giải phẫu: dựa vào kết quả bơm thông lệ đạo. Thành công nếu nước thoát xuống miệng tốt. Thất bại nếu nước trào tại chỗ.

+ Kết quả chức năng: dựa vào triệu chứng chảy nước mắt:

Tốt: không chảy nước mắt.

Đạt yêu cầu: khi chỉ chảy nước mắt trong điều kiện chế tiết nước mắt phản xạ (khi ra nắng, gió)

Không đạt yêu cầu: khi chảy nước mắt liên tục.

+ Kết quả thẩm mỹ: dựa vào tình trạng phục hồi giải phẫu góc mắt trong, bờ tự do của mi, điểm lệ.

Đạt yêu cầu khi góc mắt trong phục hồi đúng giải phẫu, bờ tự do và điểm lệ tiếp xúc tốt với kết mạc nhãn cầu vùng điểm lệ.

Không đạt yêu cầu khi góc mắt trong phục hồi không đúng giải phẫu và bị sẹo co kéo gây biến dạng, bờ tự do và điểm lệ không tiếp xúc tốt với kết mạc nhãn cầu vùng điểm lệ.

+ Đánh giá kết quả chung: dựa vào kết quả phục hồi giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ:

Tốt: giải phẫu lệ đạo thông, chức năng tốt và thẩm mỹ đẹp.

Trung bình: giải phẫu lệ đạo thông hoặc tắc, chức năng đạt yêu cầu, thẩm mỹ đẹp.

Kém: giải phẫu tắc, chức năng không đạt yêu cầu, thẩm mỹ xấu.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm BN trước phẫu thuật

Tổng số 73 BN (76 LQ) với tỷ lệ 52 nam/21 nữ. Đa số BN ở độ tuổi lao động, tuổi trung bình $31,6 \pm 17,4$ và chủ yếu là lao động phổ thông (53,4%). Nguyên nhân chính gây chấn thương ở người lớn là tai nạn giao thông (39 ca- 53,4 %) và ở trẻ em là chó cắn (7 ca- 9%). Tỷ lệ chấn thương MP/ MT là 38 ca (52,1%)/ 35 ca (47,9 5%). Chủ yếu BN đứt 1 LQ dưới có 67 ca (92%), số BN đứt 1 LQ trên là 3 ca (4%) và số BN đứt cả 2 LQ chỉ có 3 ca (4%). Về vị trí đứt LQ, số BN đứt 1/3 giữa là 56 ca (73,7%) và số BN đứt 1/3 ngoài là 20 ca (26,3%). Số BN đứt LQ đơn thuần là 19 ca (26,1%), các tổn thương kèm theo như vết thương mi phối hợp 35 ca (47,9%), vết thương nhãn cầu phối hợp 13 ca (17,8%), chấn thương hốc mắt 4 ca (5,5%), chấn thương sọ não 2 ca (2,7%).

Về xử trí ban đầu sau chấn thương, đa số BN được băng ép cầm máu (58 ca-79,5%), BN được khâu mi không nối LQ 15 ca (20,5%). Số BN đến trước 6 ngày sau chấn thương chiếm 68 ca (93,1%). Thời gian điều trị nội trú trung bình là $2,1 \pm 1,6$ ngày.

2. Kết quả giải phẫu

Tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, cắt chỉ rút ống silicon và bơm thăm dò LQ cho kết quả thông 70 ca (92,1%), tắc nghẽn 6 ca (7,9%).

3. Kết quả chức năng

Tại thời điểm 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật, dựa vào triệu chứng chảy nước mắt thấy số BN kết quả tốt 67 ca (91,8%), đạt yêu cầu 2 ca (2,7%) và số BN không đạt yêu cầu 4 ca (5,5%).

4. Kết quả thẩm mỹ

Tại cả 3 thời điểm theo dõi, số BN đạt yêu cầu là 75 ca (98,7%), chỉ 1 LQ bị sẹo co kéo gây trễ mi và biến dạng mi (1,3%).

5. Kết quả chung

Tại cả 3 thời điểm theo dõi, kết hợp kết quả giải phẫu – chức năng – thẩm mỹ có kết quả chung là tốt 67 ca (91,8%), trung bình 2 ca (2,7%) và kém 4 ca (5,5%).

6. Biến chứng phẫu thuật

Trong phẫu thuật không gặp biến chứng. Sau phẫu thuật biến chứng hay gặp là kích thích kết giác mạc do đầu silicon dài quệt vào (6 ca- 9,7%), biến chứng rơi mất ống silicon gặp ở 5 ca (8,1%), các biến chứng khác như tăng sinh tổ chức hạt, rách điểm lệ, lỗ rò ít gặp.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu

Một đặc trưng của đứt LQ do chấn thương được thấy trong hầu hết các nghiên cứu là tuổi BN còn trẻ, tuổi trung bình $31,6 \pm 17,4$. Nam hay gặp hơn nữ và thường làm công việc lao động phổ thông do nam giới thường tham gia các công việc nặng nhọc và hay có những hành vi bạo lực hơn nữ giới. Trẻ em nam cũng nhiều hơn trẻ em nữ, lao động phổ thông là những đối tượng dễ bị phơi nhiễm với những yếu tố nguy cơ gây chấn thương. Các đặc điểm này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác như Vương Văn Quý [7].

Về nguyên nhân gây chấn thương, tai nạn giao thông mà chủ yếu là tai nạn xe máy. Khi bị ngã xe máy, theo quán tính người lao về phía trước, gò má tiếp xúc với mặt đường và bờ mi bị kéo căng về phía dưới ngoài gây đứt LQ. Đặc điểm này tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước [7] song không tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả nước ngoài do ở nước ngoài phương tiện giao thông chủ yếu là xe ô tô và tỷ lệ tai nạn giao thông ngày càng giảm. Tỷ lệ BN đứt LQ dưới chiếm 92,1% và vị trí đứt ở 1/3 giữa chiếm 73,7% trong nghiên cứu này phù hợp với kết quả nghiên cứu của đa số các tác giả trong nước và được lý giải do lệ quản trên được bảo vệ bởi bờ trên xương hốc mắt, khi bờ mi bị kéo căng về phía dưới ngoài lực căng thường tác động vào

1/3 giữa và 1/3 trong gây đứt LQ tại đây.

2. Phương pháp và kết quả phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật nối LQ đặt ống silicon một LQ đã được nhiều tác giả áp dụng trên lâm sàng với nhiều kỹ thuật cố định ống khác nhau. Phương pháp này có ưu điểm về kỹ thuật là chỉ thao tác trên LQ đứt nên không gây tác động bất lợi tới LQ lành cùng bên. Song nguyên nhân chính gây thất bại phẫu thuật là mắt ống dẫn trước thời hạn do không được cố định tốt. Tỷ lệ mắt ống trong nghiên cứu của Vương Văn Quý [7] là 62,5%, trong nghiên cứu của Kenedy R/H (1990) là 73,9%. Với mục đích hạn chế phạm vi can thiệp phẫu thuật, bảo vệ LQ lành cùng bên, duy trì ống dẫn silicon tốt chúng tôi đã cải tiến kỹ thuật cố định ống từ phương pháp nguyên bản của Garber. Trong nghiên cứu nguyên bản của Garber, đầu ngoài ống silicon uốn thành hình móc câu xuống dưới điểm lệ 5 mm, chỉ cố định xuyên từ kết mạc qua bề dày mi dưới cố định ống silicon vào da mi vùng điểm lệ. Với đầu ngoài ống silicon dài như vậy, rất dễ bị va quệt làm tuột ống nhất là với BN trẻ em. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ống silicon được tạo dáng và cố định một đầu ống bằng chỉ 9/0, đầu ngoài ống silicon sát điểm lệ, 2 kim 9/0 xuyên qua lỗ lệ- thành ống silicon- chiều dài 1/3 mi (từ LQ đến da mi) và thoát ra tại điểm cách bờ mi 2 mm, 2 đầu chỉ 9/0 ngoài da mi được buộc với đuôi chỉ 9/0 nằm ở phần LQ đứng thoát ra tại lỗ lệ để cố định đầu ngoài ống silicon vào bờ mi ngay sát điểm lệ. Với cách cố định mới này ống silicon được giữ tốt trong lòng LQ đứt nhờ được đặt như nằm trong khuôn đúc là thành LQ. Nhược điểm chính của phương pháp đã được khắc phục, tỷ lệ mắt ống giảm còn 6,58%. Ưu điểm của phương pháp đã được khẳng định: ống dẫn cố định tốt, việc đặt ống không gây tổn thương LQ lành, rút ngắn thời gian phẫu thuật, giảm chi phí, không đòi hỏi dụng cụ chuyên dụng và quan trọng nhất là cho kết quả tốt.

Tại thời điểm 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật, tỷ lệ BN đạt kết quả tốt là 91,8%, đạt kết quả trung bình là 2,7%, đạt kết quả kém là 5,5% đưa tỷ lệ thành công chung của phẫu thuật lên 94,5%.

3. Biến chứng của phẫu thuật

Phần lớn các biến chứng có liên quan đến ống silicon như: rách điểm lệ, kích thích kết giác mạc, tăng sinh tổ chức hạt, mắt ống silicon, dò LQ kết mạc, sẹo co kéo biến dạng mi. Nhìn chung các biến chứng này không nguy hiểm và dễ khắc phục như cắt bớt đầu ống silicon, cắt tổ chức hạt tăng sinh sau đó đốt điện hoặc đốt nhiệt phối hợp tra thuốc kháng sinh pha corticoid tại chỗ, đóng lỗ dò LQ- kết mạc, tiến hành phẫu thuật tạo hình lại mi sau 6 tháng khi quá trình làm sẹo đã ổn định hoàn toàn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật đặt ống silicon một LQ điều trị đứt LQ do chấn thương mới được áp dụng ở Việt Nam nhưng đã đạt kết quả khả quan. So với phương pháp đặt ống silicon 2 LQ phương pháp này không tác động đến LQ lành cùng bên nên bảo vệ được khả năng dẫn lưu nước mắt trong điều kiện tiết nước mắt cơ bản. Với cải tiến trong kỹ thuật cố định ống silicon từ phương pháp nguyên bản của Garber đã khắc phục nhược điểm chính của phẫu thuật, tỷ lệ mắt ống giảm còn 6,5%. Kết quả phẫu thuật rất khả quan, tại thời điểm 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật tỷ lệ thành công về giải phẫu là 92,1%, tỷ lệ thành công về chức năng là 94,5%, tỷ lệ thành công về thẩm mỹ là 98,7% đưa tỷ lệ thành công chung lên 94,5%. Các tai biến sau phẫu thuật ít gặp, không nguy hiểm và có thể khắc phục dễ dàng mà không gây ảnh hưởng đến kết quả điều trị ♦

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. NGUYỄN THỊ ĐOÌ (2001), “Kết quả phẫu thuật phục hồi lệ quản chấn thương – So sánh hai phương pháp đặt chỉ và đặt ống si-li-côn”, *Nội san nhãn khoa*, 4, tr.44-49.
2. VŨ ANH LÊ VÀ CS (2002), “Đánh giá kết quả bước đầu phục hồi mi mắt lệ quản chấn thương với ống si-li-côn”, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh – chuyên đề nhãn khoa*, 6 (4), tr.30-36.
3. TÔ THỊ OANH VÀ CS (1999), “Lợi ích và chỉ định đặt ống si-li-côn trong điều trị tắc lệ đạo”, *Nội san nhãn khoa*, (2), tr.57-61.

4. VƯƠNG VĂN QUÝ, NGUYỄN THỊ ĐOÌ, TRẦN NGUYỆT THANH (2004), “Đứt lệ quản do chấn thương: đặc điểm lâm sàng, thái độ xử trí và kết quả điều trị”, *Tạp chí Nhân khoa Việt Nam*, (2), tr.9-17.

5. VƯƠNG VĂN QUÝ (2004), “Cải tiến kỹ thuật cố định ống si-li-côn trong phẫu thuật nối lệ quản”, *Tạp chí nhân khoa Việt Nam*, (2), tr.18-25.

6. VƯƠNG VĂN QUÝ (2005), “Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật phục hồi lệ quản đứt do chấn thương bằng ống si-li-côn”, *Luận án Tiến sỹ Y học*.

7. VƯƠNG VĂN QUÝ (2006), “Khắc phục biến chứng thụt ống trong kỹ thuật đặt ống si-li-côn một lệ quản”, *Kỷ yếu Hội nghị phòng chống mù lòa và khoa học kỹ thuật nhân khoa toàn quốc 2005-2006*, tr.119.

8. FAYET B. (1998), “Monocanalicular nasolacrimal duct intubation-letter”, *Ophthalmol*, 105(10), pp.120-130.

9. GARBER P.F. (1984), “Management of injuries to the lacrimal system”, *Advances In Ophthalmol. Plast. Reconstr. Surg.*, 3 pp.175-195.

SUMMARY

SINGLE CANALICULAR SILICONE TUBE INTUBATION FIXING TEAR DUCT LACERATION : A SERIE CASE STUDY

Eyelid margin laceration involving the canaliculus is a common eye trauma and canalicular laceration should be repaired.

Objectives: *to evaluate the effects and surgical technique of single canalicular silicon tube in fixing tear duct laceration.*

Methods: *73 patients with 76 eyelid laceration in trauma department, National Institute of Ophthalmology were reviewed. The procedure were performed by one surgeon. The mean follow up time was 12 months.*

Results: *all patients had good anatomic outcome (92.1%), lacrimal function (94.5%), cosmetic outcome (98.7%). Complications were rarely found. Techniques were reported single and harmless.*

Conclusions: *the technique can be a procedure of choice in dealing with tear duct trauma because of short operation time, simple technique, low cost and the complication is rare.*

Key words: *single canalicular silicone tube*

Đặt van dẫn lưu thủy dịch tiên phòng điều trị glôcôm thứ phát do hội chứng nội mô mống mắt giác mạc (ICE)

Bùi Thị Vân Anh*, Vũ Thị Thái*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật đặt van dẫn lưu thủy dịch tiên phòng điều trị glôcôm thứ phát do hội chứng ICE trên người Việt Nam.

Đối tượng và phương pháp: mô tả lâm sàng. Van dẫn lưu Ahmed dạng S2 được sử dụng để điều trị các mắt bị hội chứng ICE có tăng nhãn áp.

Kết quả: phẫu thuật được thực hiện trên 8 mắt bị ICE có tăng nhãn áp. Nhãn áp điều chỉnh trên 100% trường hợp (2 trường hợp cần dùng thuốc bổ sung). Tỷ lệ giác mạc bị phù, loạn dưỡng giác mạc cao (5/8) do nhiều nguyên nhân (tiến triển bệnh tiếp tục, do nhãn áp tăng trước phẫu thuật, do biến chứng của phẫu thuật). Kỹ thuật xử trí kết mạc ảnh hưởng tới kết quả của phẫu thuật.

Kết luận: phẫu thuật đặt van dẫn lưu thủy dịch tiên phòng là phương pháp hạ nhãn áp có hiệu quả trong điều trị glôcôm thứ phát do hội chứng ICE.

Từ khóa: hội chứng nội mô mống mắt giác mạc (ICE), van dẫn lưu thủy dịch tiên phòng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng nội mô mống mắt giác mạc (Iridocorneal endothelial syndrome–ICE) là hội chứng hiếm gặp trong nhãn khoa nhưng thường gây nên những tổn thương nặng nề dẫn đến mù lòa và đau nhức cho người bệnh. Hội chứng tiến triển âm ỉ và thường chỉ được phát hiện muộn khi đã có các biểu hiện rất rõ rệt trên lâm sàng.

Do chưa xác định được chính xác nguyên nhân gây bệnh nên việc điều trị hội chứng ICE chủ yếu nhằm giải quyết các hậu quả do tiến triển của bệnh. Phẫu thuật cắt bè củng giác mạc- lựa chọn đầu tiên được các bác sĩ nhãn khoa sử dụng để điều chỉnh nhãn áp trong hội chứng ICE. Tuy nhiên, phương pháp này cũng chỉ có hiệu quả trong thời gian rất ngắn do màng tế bào bất thường phát triển gây bít lấp miệng trong lỗ dò. Bắt đầu từ những năm 80 của

thế kỷ trước, rất nhiều tác giả đề xuất việc ứng dụng phương pháp đặt van dẫn lưu thủy dịch tiên phòng vào điều trị các trường hợp glôcôm thứ phát do ICE. Mặc dù kết quả chức năng vẫn còn nhiều tranh cãi nhưng những kết quả hạ nhãn áp lâu dài của phương pháp rất khả quan (tới 71% sau 1 năm nghiên cứu của Leon WH– 2009) [1]. Phương pháp đã giúp ta có thêm lựa chọn trong qua trình điều trị biến chứng của ICE, kéo dài hơn thời gian ổn định chức năng mắt của bệnh nhân (BN). Và dù không giải quyết được nguyên nhân gây bệnh nhưng phẫu thuật đặt van dẫn lưu thủy dịch tiên phòng vẫn là biện pháp được lựa chọn ngày càng nhiều trong điều trị các trường hợp glôcôm thứ phát do ICE.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những

mắt có biểu hiện hội chứng ICE và tăng nhãn áp đến khám và điều trị tại khoa Glôcôm, Bệnh viện Mắt Trung ương từ 5/2007 tới 6/2009

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Nhãn áp tăng từ 25 mmHg trở lên (nhãn áp kế Maclakop, quả cân 10g).

- Tổn thương nội mô giác mạc đặc trưng (trên sinh hiển vi đèn khe có dạng tổn thương nhỏ, lấm tấm như đỉnh bạc phía sau giác mạc. Trên ảnh chụp sinh hiển vi phản gương: các tế bào bất thường to hơn và nằm xen kẽ các tế bào nội mô, màu sẫm với trung tâm và viền chu vi sáng hơn bình thường) và/ hoặc tổn thương teo mống mắt: biến đổi nhu mô hoặc toàn bộ chiều dày, mống mắt bị teo hoặc bị kéo về phía góc tiền phòng làm lệch đồng tử hoặc tạo nên những lỗ thủng (đồng tử giả) ở phía đối diện.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Mắt có tiền phòng nông (dưới 1mm) do không thể đặt ống dẫn lưu vào tiền phòng.

- BN không có khả năng tham gia phẫu thuật hoặc theo dõi sau phẫu thuật (BN già yếu, trẻ quá nhỏ, bệnh toàn thân nặng).

2. Phương pháp

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện là nghiên cứu mô tả lâm sàng. Bệnh nhân được khám, đánh giá tại các thời điểm trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 1 ngày, 1 tuần, 1, 6, 12 và 18 tháng. Các dữ kiện nghiên cứu được ghi chép vào mẫu bệnh án lưu tại bệnh viện.

Cách chọn mẫu: tất cả bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn lựa chọn từ tháng 5/2007 đến 6/2009.

2.2. Phương tiện nghiên cứu

Phương tiện khám: các phương tiện hiện có tại Bệnh viện Mắt Trung ương.

Phương tiện phẫu thuật: bộ dụng cụ vi phẫu và van dẫn lưu tiền phòng dạng Ahmed (New World Medica, Inc.) loại S2.

2.3. Các bước tiến hành

Bước 1: Đánh giá trước điều trị

- Hỏi bệnh: tuổi, số lần phẫu thuật và các biện pháp điều trị trước đó, thời gian xảy ra tái phát, các

bệnh lý toàn thân kèm theo (đái tháo đường, tăng huyết áp...).

- Khám mắt:

+ Thử thị lực, đo nhãn áp, thị trường.

+ Khám sinh hiển vi: tình trạng kết mạc, giác mạc, tiền phòng, đồng tử, mống mắt, thể thủy tinh, đánh giá sẹo mổ những lần trước và soi góc tiền phòng bằng kính tiếp xúc Goldmann.

+ Soi đáy mắt: xác định tình trạng võng mạc và gai thị.

+ Khám tế bào nội mô giác mạc bằng kính hiển vi phản gương (Topcon).

- Khám toàn thân và làm các xét nghiệm cơ bản.

Bước 2: Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ

BN được uống Acetazolamid 0,25g x 2 viên và Seduxen 5mg x 1 viên hôm trước và trước phẫu thuật 1 giờ.

Bước 3: Tiến hành phẫu thuật

- Gây tê cạnh nhãn cầu bằng Lidocain 2% x6-10 ml.

- Các thì phẫu thuật chính:

+ Cố định mi, phẫu tích rộng kết mạc góc đặt van dẫn lưu.

+ Khâu cố định đĩa van vào củng mạc cách rìa 10mm bằng chỉ nylon 9/0.

+ Tạo hầm củng mạc dài 3mm nối liền vạt củng mạc dài 3mm, sâu ½ chiều dày.

+ Cắt ống dẫn lưu có độ dài thích hợp, luồn qua đường hầm củng mạc vào tiền phòng.

+ Khâu buộc (không thắt) ống dẫn lưu vào củng mạc.

- Điều trị sau mổ: tra Maxitrol 4 lần/ngày trong 1-2 tuần, tra Atropin 0,5% trong 10 ngày.

- Khám mắt sau phẫu thuật 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 1 năm.

Bước 4: Đánh giá kết quả

- Phân nhóm thị lực theo WHO 1982 và đánh giá biến đổi thị lực so với trước phẫu thuật.

- Về nhãn áp:

+ Thấp: nhãn áp dưới 14 mmHg.

+ Điều chỉnh tốt: nhãn áp từ 14 đến 22 mmHg

không cần dùng thuốc bổ sung.

+ Bán điều chỉnh: nhãn áp từ 23- 25 mmHg không có thuốc hoặc dưới 23 mmHg có thuốc bổ sung.

+ Không điều chỉnh: nhãn áp trên 25 mmHg không có thuốc hoặc trên 23 mmHg có thuốc bổ sung.

Trường hợp nhãn áp không điều chỉnh hoặc bán điều chỉnh cần tra thuốc bổ sung: Betoptic S 2 lần/ngày hoặc BetopticS kết hợp Azopt 2 lần/ngày tùy thuộc mức độ điều chỉnh nhãn áp.

- Nội mô giác mạc: mật độ tế bào nội mô ở trung tâm tăng, giữ nguyên hay giảm.

- Đánh giá các biến chứng: trong mổ: xẹp, xuất huyết tiền phòng, thủng vạt củng mạc, kết mạc.

- Biến chứng sớm: các biến chứng liên quan phẫu thuật (xuất huyết, xẹp tiền phòng, bong hắc mạc, phản ứng viêm, tình trạng vết mổ), các biến chứng liên quan van dẫn lưu (hở ống dẫn lưu, hở đĩa dẫn lưu, song thị).

- Biến chứng muộn sau mổ: viêm màng bồ đào, xẹp tiền phòng, tình trạng vận nhãn, loạn dưỡng

giác mạc, di lệch ống, hở ống dẫn lưu, đục thể thủy tinh, bào mòn củng mạc, teo nhãn cầu...

Bước 5: Xử lý số liệu

Áp dụng các thuật toán thống kê y học để so sánh đánh giá kết quả.

III. KẾT QUẢ

1. Tình trạng bệnh nhân và mắt bệnh nhân trước mổ

Trong 2 năm, chúng tôi đã tiến hành đặt van dẫn lưu tiền phòng điều trị cho 8 BN (gồm 1 nam, 7 nữ) có mắt bị glôcôm thứ phát do ICE tuổi trung bình $54,12 \pm 11,05$ (từ 36 đến 72 tuổi).

Tất cả 8 mắt được phẫu thuật (4 MP; 4 MT) đều đã từng được phẫu thuật điều chỉnh nhãn áp trước đó (từ 1 đến 3 lần) với số lần phẫu thuật trung bình là $1,75 \pm 0,66$ lần. Trước phẫu thuật, tất cả các mắt cũng đều được sử dụng thuốc hạ nhãn áp với số lượng thuốc trung bình là $2,5 \pm 0,5$.

2. Kết quả thị lực

Bảng 1. Biến đổi thị lực sau mổ

Thị lực	Tăng	Giữ nguyên	Giảm	Phân loại thị lực						Tổng số
	Số mắt %	Số mắt %	Số mắt %	ST(-)	ST(+) - <ĐNT 3m	ĐNT 3m - <1/10	1/10 - <3/10	3/10 - 7/10	>7/10	
Vào viện				0	3	0	3	2	0	8
1 ngày	2 (25%)	5(6,25%)	1(12,5%)	0	3	1	1	3	0	8
1 tuần	1(12,5%)	6 (75%)	1(12,5%)	0	3	1	2	2	0	8
1 tháng	2 (25%)	4 (50%)	2 (25%)	0	4	1	0	3	0	8
6 tháng	4(50%)	3 (37,5%)	1(12,5%)	0	4	0	0	4	0	8
12 tháng	3(37,5%)	3(37,5%)	2 (25%)	0	4	0	1	3	0	8

Đa số trường hợp sau phẫu thuật thị lực tăng hoặc giữ nguyên. Thời điểm sau 6 tháng số mắt có thị lực tăng cao nhất (4/8). Thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng và 12 tháng số mắt có thị lực giảm cao nhất (2/8).

3. Kết quả nhãn áp

Bảng 2. Biến đổi nhãn áp sau mổ

Nhãn áp	NATB (mmHg)	NA thấp	NA điều chỉnh tốt	NA bán điều chỉnh	NA không điều chỉnh	Tổng số
Vào viện	33,12 ± 4,48	0	0	0	8	8
1 ngày	NA mềm	6	2			8
1 tuần	NA mềm	3	5			8
1 tháng	17,38 ± 2.34	0	6	2		8
6 tháng	18,38 ± 2.60	0	7	1		8
1 năm	19,25 ± 2,22	0	6	2		8

Nhãn áp trung bình hạ đáng kể sau mổ và ngay sau mổ đa phần nhãn áp rất thấp (mức dưới 12 mmHg).

Bảng 3. Thuốc hạ nhãn áp bổ sung sau mổ

Thời điểm	Số mắt cần dùng thuốc bổ sung (%)	Thuốc hạ nhãn áp trung bình
Trước mổ	8	2,50 ± 0,50
1 ngày	0	0
1 tuần	0	0
1 tháng	2	0,25±0,43
6 tháng	1	0,13±0,33
1 năm	2	0,25±0,43

Tất cả các mắt trước mổ đều cần dùng thuốc hạ nhãn áp bổ sung, số thuốc dùng trung bình là 2,50 ± 0,5. Sau mổ 1 tháng, 1 năm 2 mắt cần dùng một thuốc; sau 6 tháng có một mắt cần dùng một thuốc bổ sung.

4. Tình trạng biến chứng

Bảng 4. Tình trạng biến chứng

Trong mổ		Sớm sau mổ		Muộn sau mổ	
Biến chứng	Số mắt	Biến chứng	Số mắt	Biến chứng	Số mắt
Xuất huyết KM 4	(50,00%)	P/U viêm	2	Viêm MBD	0
		Xuất huyết TP	1	Phù GM	5
Xẹp TP 2	(25,00%)	Xẹp TP	3	Đục TTT	3
Xuất huyết TP	2 (25,00%)	Bong HM	T2	Eo NC	0
		Hở van	2	Hở van do hở KM	1
		Tắc ống DL	0	Hạn chế vận nhãn	1

Trong phẫu thuật, biến chứng hay gặp nhất là xuất huyết khi bóc tách kết mạc (chiếm 50% các trường hợp). Biến chứng sớm sau mổ thường là xẹp tiền phòng (3/8) và bong hắc mạc (2/8). Ngoài ra, trong giai đoạn sớm, chúng tôi còn gặp phải biến chứng hở van dẫn lưu do tuột chỉ kết mạc và do thủng kết mạc (2/8). Giai đoạn muộn, chúng tôi gặp 5 trường hợp có phù giác mạc kéo dài, đục thủy tinh thể trên 2 trường hợp và hạn chế vận nhãn trong 1 trường hợp. Chúng tôi cũng phải chuyển chỗ đặt van dẫn lưu trong một trường hợp do thủng kết mạc tái phát nhiều lần tại vị trí đặt van ban đầu.

Tình trạng tế bào nội mô giác mạc: trước và sau mổ có 3 mắt không thể đếm được số lượng tế bào nội mô giác mạc do giác mạc phù (do tăng nhãn áp kết hợp tổn thương tế bào nội mô của hội chứng ICE). Số lượng tế bào nội mô trung bình (trong số 5 mắt đếm được tế bào) trước mổ là: $774,60 \pm 175,57$ tế bào; sau mổ 6 tháng là: $647,6 \pm 140,09$ tế bào; sau mổ 12 tháng là: $607,2 \pm 151,56$ tế bào.

IV. BÀN LUẬN

Hội chứng ICE là hội chứng không thường gặp trong nhãn khoa. Tuy nhiên, cùng với sự phát triển của các phương tiện khám phát hiện bệnh như sinh hiển vi khám bệnh, các phương tiện soi góc tiền phòng và các phương tiện đánh giá tế bào nội mô giác mạc, việc chẩn đoán xác định hội chứng trở nên chính xác và dễ dàng hơn giúp ta có thể phát hiện thêm được nhiều trường hợp bệnh chưa biểu hiện rõ rệt. Glôcôm thứ phát do hội chứng ICE là tình trạng bệnh lý rất khó điều trị do bệnh tiến triển liên tục, tăng dần làm mất tác dụng của các phương pháp điều trị hạ nhãn áp thông thường như dùng thuốc, laser vùng góc và phẫu thuật lỗ dò. Trên thế giới, rất nhiều tác giả lựa chọn phẫu thuật đặt van dẫn lưu thủy dịch tiền phòng như biện pháp phẫu thuật đầu tiên để điều trị cho các trường hợp glôcôm phức tạp này. Tuy nhiên, ở Việt Nam, do còn chưa có nhiều kinh nghiệm trong phẫu thuật đặt van cũng như theo dõi sau điều trị nên chúng tôi mới chỉ

áp dụng phương pháp cho các trường hợp glôcôm do ICE đã phẫu thuật lỗ dò nhưng nhãn áp không điều chỉnh. Chính vì vậy nên BN trong nhóm nghiên cứu thường có thị lực thấp, tình trạng mắt nặng nề và thường rất khó khăn trong quá trình phẫu thuật (do xơ dính kết mạc, tiền phòng nông,...). Trong khi hiện tượng xuất huyết kết mạc trong quá trình phẫu thuật có thể khắc phục được bằng một số các biện pháp cầm máu thông thường thì hiện tượng xơ dính gây thiếu kết mạc phủ van dẫn lưu thường đòi hỏi nhiều biện pháp xử trí đặc biệt như rạch nối kết mạc, ghép kết mạc tự thân, ghép màng ối và thậm chí để trống một phần vùng củng mạc sát rìa để tế bào biểu mô kết mạc sẽ bò dần và che phủ về sau. Việc đặt ống dẫn lưu vào tiền phòng cũng không đơn giản như trong các trường hợp glôcôm khác do móng mắt bị co kéo tới bám vào mặt sau nội mô, che lấp vùng góc tiền phòng. Trong quá trình đặt ống dẫn lưu, chúng tôi phải tiến hành đặt ống dẫn lưu xuyên qua chân móng mắt để vào tiền phòng ở 2 trong số 8 mắt được phẫu thuật.

1. Kết quả thị lực

Đa số các trường hợp sau phẫu thuật có thị lực tăng hoặc ổn định (6/8 trường hợp) do nhãn áp điều chỉnh tốt. Tuy nhiên, hiện tượng giảm thị lực vẫn xảy ra trong tất cả các thời điểm theo dõi sau phẫu thuật. Thị lực giảm xảy ra trên những BN khác nhau, thời điểm khác nhau và có nguyên nhân khác nhau. Giảm thị lực giai đoạn sớm (2/8 trường hợp) thường do nguyên nhân xẹp tiền phòng do thoát thủy dịch quá nhiều sau mổ. Trong khi đó, giảm thị lực giai đoạn muộn liên quan tới tình trạng đục thể thủy tinh và phù nề giác mạc.

2. Nhãn áp

Việc đặt van dẫn lưu trong trường hợp glôcôm do ICE rất có hiệu quả để điều chỉnh nhãn áp. 100% số mắt có nhãn áp điều chỉnh sau phẫu thuật 1 năm. Lượng thuốc hạ nhãn áp cần sử dụng phối hợp rất thấp (0,25 thuốc/1 BN) được sử dụng trong giai đoạn tăng nhãn áp sau đặt van ở 3 BN. Tỷ lệ thành công này trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn

so với nghiên cứu của David KK. năm 1999 trên 10 BN (70% sau 55 tháng) hay nghiên cứu của Leon WH. Năm 2009 (71% sau 1 năm) [1][2]. Điều này có thể do thời gian nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn nghiên cứu của David và số lượng ít hơn trong nghiên cứu của Leon.

3. Tình trạng tế bào nội mô giác mạc

Tổn thương của hội chứng ICE bao gồm phù loạn dưỡng giác mạc do mất tế bào nội mô, tổn thương mống mắt và tổn thương vùng góc tiền phòng gây glôcôm. Nghiên cứu của Wilson MC. Và Bruce W. năm 1989 đã cho thấy không có mối tương quan giữa nhãn áp và tình trạng phù giác mạc trong hội chứng [3]. Tuy nhiên, các tác giả cũng nhận thấy rằng tổn thương phù, loạn dưỡng giác mạc thường xảy ra và xảy ra sớm hơn trên những BN có biểu hiện glôcôm (88% trong vòng 6 tháng) so với các trường hợp hội chứng ICE không có tăng nhãn áp (45% trong vòng 20 tháng). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng phù giác mạc kéo dài có thể dẫn đến loạn dưỡng xảy ra trên 5 BN mặc dù ống dẫn lưu được đặt tốt không chạm mặt sau giác mạc. Hai trong số đó có biểu hiện phù từ trước khi phẫu thuật. Trong nhóm nghiên cứu, có 3 BN có giác mạc phù trước mổ không thể đếm được số lượng tế bào nội mô. Nhưng do tình trạng nhãn áp rất cao (30; 39; 41 mmHg) và rất khó xác định nguyên nhân phù trước mổ do tăng nhãn áp hay do mất tế bào nội mô nên chúng tôi vẫn tiến hành phẫu thuật đặt van cho các trường hợp này. Tuy nhiên sau đó, chỉ có 1 mắt giác mạc trong trở lại khi nhãn áp hạ, 2 trường hợp khác giác mạc tiếp tục phù và cần đặt kính tiếp xúc để điều trị. 2 BN có phù giác mạc khác xuất hiện ngay sau biến chứng xẹp tiền phòng (do thoát thủy dịch nhiều sau mổ) và 1 BN phù giác mạc xuất hiện một cách tự phát sau mổ 24 tháng cũng cần điều trị bằng

các thuốc giảm phù. Như vậy, hiện tượng phù giác mạc xuất hiện trong nghiên cứu rất khó có thể xác định rõ được nguyên nhân do bản thân tiến triển bệnh hay do các biến chứng sau phẫu thuật đặt van gây ra. Tuy nhiên, so với nghiên cứu của Wilson MC. Và Bruce W. năm 1989 thì tỷ lệ phù giác mạc trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều và thời gian xuất hiện cũng chậm hơn.

4. Biến chứng

Ngoài tổn thương giác mạc, chúng tôi còn gặp phải một số biến chứng khác như xẹp tiền phòng (3/8), đục thể thủy tinh (3/8), và hở van (2/8). Tình trạng hở van dẫn lưu xảy ra trên 2 trường hợp và rất khó điều trị. Cả hai trường hợp đều được vá kết mạc nhiều lần và ghép kết mạc tự thân. Sau 1 tháng, 1 trong 2 trường hợp vẫn cần chuyển vị trí đặt van mới ổn định được. Tình trạng hở kết mạc kéo theo một loạt biến chứng khác như xẹp tiền phòng, phù loạn dưỡng giác mạc, đục thể thủy tinh, bong hắc mạc trên 2 BN này. Chính vì thế, chúng tôi nhận thấy việc xử trí tốt kết mạc phủ van, xử trí sớm các trường hợp hở van có vai trò hết sức quan trọng cho thành công của phẫu thuật. Tuy nhiên so với một số nghiên cứu khác trên thế giới, tỷ lệ hở kết mạc cần chuyển chỗ đặt van trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương nghiên cứu của Doe năm 2001 (19,04%) và thấp hơn so với nghiên cứu của David KK năm 1999 (30%) và Leon năm 2009 (40%).

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật đặt van dẫn lưu thủy dịch tiền phòng trên mắt glôcôm thứ phát do hội chứng ICE là phương pháp có khả năng giúp hạ nhãn áp rất tốt (100% trường hợp nhãn áp đều chỉnh, số thuốc hạ nhãn áp bổ sung thấp). Tuy nhiên, phương pháp không ngăn chặn được tiến triển của bệnh nên kết

quả chức năng của BN thường không tốt do phù loạn dưỡng giác mạc (5/8 trường hợp). Việc xử trí tốt tình trạng kết mạc có vai trò quan trọng ảnh hưởng tới thành công của phẫu thuật ♦

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. LEON W. HERNDON (2009). "Can we treat ICE syndrome-related glaucoma successfully? Ex-PRESS glaucoma shunt overcomes common complications". *Ophthalmology Times Europe Vol 5, Issue 1*.

2. DAVID KK.; ASLANIDES IM.; SCHMIDR CM. RT ALL (1999). Long-term outcome of aqueous shunt surgery in ten patients with iridocorneal endothelial syndrome. *Ophthalmolvol.106, no5, pp.1030-1034(12 ref.)*

3. WILSON MC, SHIELDS MB. (1989). A comparison of the clinical variations of the iridocorneal endothelial syndrome. *Arch Ophthalmol.; 107 (10): 1465-8.*

SUMMARY

USING AHMED VALVE ON TREATMENT OF SECONDARY GLAUCOMA AFTER IRIDOCORNEAL ENDOTHELIAL SYNDROME

Objectives: *to report the long-term outcome of 8 patients with iridocorneal endothelial syndrome who underwent Ahmed valve surgery for uncontrolled glaucoma.*

Methods: *clinical observation, noncomparative case series.*

Results: *100% IOP were controlled (2/8 with medication). 5/8 cases have corneal edema and 2 cases have leaking of conjunctiva.*

Conclusions: *ahmed valve surgery appears to be an effective method for lowering IOP in some eyes with ICE syndrome-related glaucoma when medical treatment or conventional filtration surgeries fail.*

Key words: *iridocorneal endothelial syndrome (ICE), Ahmed valve.*

Đánh giá chức năng thị giác sau một năm điều trị bệnh võng mạc trẻ sinh non bằng laser quang đông

Trần Thị Phương Thu*, Võ Nguyên Uyên Thảo**

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá chức năng thị giác sau một năm điều trị bệnh võng mạc trẻ sinh non bằng laser quang đông tại Bệnh viện Mắt TP. HCM.

Phương pháp: nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng, tiến cứu trên các trẻ có bệnh võng mạc trẻ sinh non được điều trị laser quang đông từ tháng 5-2007 đến tháng 4-2008. Sau 1 năm điều trị laser quang đông kết quả được đánh giá gồm: thị lực đo bằng bảng thị lực Teller và cấu trúc võng mạc soi bằng đèn soi đáy mắt gián tiếp.

Kết quả: nghiên cứu được tiến hành trên 128 mắt của 64 bệnh nhi (35 nam và 29 nữ) với tuổi thai trung bình lúc sinh là $29,08 \pm 1,73$ tuần (từ 26 đến 33 tuần), cân nặng trung bình lúc sinh là $1331,25 \pm 228,91$ gam (từ 850 đến 1950 gam). Sau 1 năm điều trị laser quang đông, thị lực tốt đạt được 85,2%, các biến chứng gồm: tật khúc xạ, cận thị 83,3%, viễn thị 16,7%, bất đồng khúc xạ 31,7%, lác: 4,7%, nhược thị: 9,2%, rung giật nhãn cầu: 9,4%. Kết quả cấu trúc võng mạc tốt là 89,8%, các biến chứng: dính mống 17,2%, bong võng mạc toàn bộ 3,9%, không có mắt nào bị glôcôm.

Kết luận: kết quả thị lực sau 1 năm điều trị laser quang đông bệnh võng mạc trẻ sinh non đạt rất khả quan chứng tỏ hiệu quả của việc điều trị đã hạn chế tỉ lệ mù lòa đồng thời đặt ra việc cần thiết khám và theo dõi trong năm đầu tiên nhằm phát hiện sớm và điều chỉnh tật khúc xạ cũng như các biến chứng khác về chức năng thị giác.

Từ khoá: bệnh võng mạc trẻ sinh non, laser quang đông.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh võng mạc trẻ sinh non (BVMTSN) là bệnh tăng sinh mạch máu võng mạc bất thường ở trẻ sinh thiếu tháng và thường xảy ra ở cả hai mắt. Bệnh để lại những di chứng trầm trọng và là nguyên nhân hàng đầu gây mù ở trẻ em.

Từ trước đến nay tại Thành phố Hồ Chí Minh chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả chức năng thị giác sau khi điều trị BVMTSN dưới một tuổi được công bố, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Đánh giá kết quả chức năng thị giác sau một năm điều trị bệnh võng mạc trẻ sinh non bằng laser quang đông”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Dân số chọn mẫu

Những bệnh nhi bị BVMTSN có chỉ định điều trị laser quang đông tại Bệnh viện Nhi Đồng I từ tháng 5 -2007 đến tháng 4-2008.

2. Tiêu chuẩn chọn mẫu

-Trẻ có BVMTSN có chỉ định điều trị laser quang đông theo tiêu chuẩn trước ngưỡng của ET-ROP năm 2003 hoặc theo tiêu chuẩn ngưỡng nếu khám tầm soát ngay lần đầu tiên bệnh đã ở tiêu chuẩn ngưỡng.

-Trẻ hợp tác tốt đo được thị lực.

-Trẻ phát triển thể lực và trí lực bình thường: tự

*Bộ môn Mắt - Đại học Y Dược TP.HCM

**Bệnh viện Mắt TP.HCM

ngồi được, biết cầm nắm đồ vật, không bị trì trệ tâm thần.

3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng, tiến cứu.

4. Qui trình nghiên cứu

Điều trị laser quang đông: thực hiện tại phòng mổ Sơ sinh, Bệnh viện Nhi Đồng I.

Theo dõi sau điều trị laser quang đông:

* **Đánh giá kết quả cấu trúc giải phẫu:**

-Bán phần trước: giác mạc, tiền phòng, mống mắt, thể thủy tinh

-Đáy mắt: nhỏ dẫn đồng tử, soi đáy mắt bằng máy soi gián tiếp.

Đánh giá đáy mắt lúc 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng tuổi.

* **Đánh giá kết quả chức năng thị giác lúc trẻ 12 tháng tuổi:**

-Bước 1: khảo sát định thị.

-Bước 2: khám lác: xác định có lác hay không bằng phương pháp che mắt luân phiên (cover test).

-Bước 3: xác định có rung giật nhãn cầu hay không.

- Bước 4: đo thị lực bằng bảng thị lực Teller (hình 1).

- Bước 5: kiểm tra tật khúc xạ bằng phương pháp đo khúc xạ khách quan sau khi liệt điều tiết.

- Bước 6: xác định nhược thị.



Hình 1. Đo thị lực bằng bảng thị lực Teller

Xử lý thống kê: bằng phần mềm thống kê SPSS 11.5.

III. KẾT QUẢ

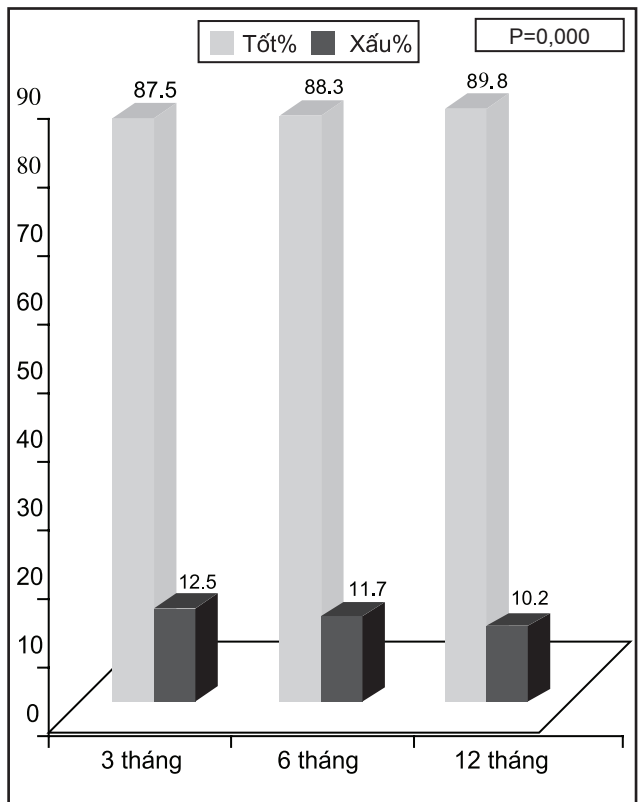
1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu

Tổng số 128 mắt (64 bệnh nhân), trong đó nam chiếm 54,7%; nữ 45,3%.

Tuổi thai lúc sinh nhỏ nhất là 26 tuần, lớn nhất là 33 tuần, tuổi thai trung bình lúc sinh là $29,08 \pm 1,73$ tuần. Cân nặng lúc sinh nhẹ nhất là 850g, nặng nhất là 1950g, cân nặng trung bình lúc sinh là $1331,25 \pm 228,91$ g.

Tuổi trung bình sau 1 năm điều trị laser quang đông được theo dõi là $11,516 \pm 2,38$ tháng

2. Kết quả cấu trúc võng mạc



Biểu đồ 1. Kết quả cấu trúc võng mạc sau 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng

Cấu trúc võng mạc tốt lúc 12 tháng tuổi chiếm 89,8%, cấu trúc xấu chiếm 10,2%: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,00$).

3. Kết quả thị lực

Bảng 1. Kết quả thị lực theo bảng thị lực Teller chia theo mức độ

Mức độ	Bảng thị lực Teller (CPD)	n =128	%
Bình thường	≥ 3,70	99	77,3%
Dưới bình thường	Từ 1,85 đến < 3,70	10	7,8%
Kém	< 1,85	9	7,0%
Mù	Phân biệt sáng tối(±)	10	7,8%

Thị lực ở mức bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất: 77,3%, thị lực kém chiếm 7%, mù chiếm 7,8%.

Bảng 2. Kết quả thị lực phân loại theo tốt – xấu sau 12 tháng

Thị lực	n = 128	%	P
Tốt	109	85,2%	0,00
Xấu	19	14,8%	

Thị lực tốt đạt 85,2%, thị lực xấu là 14,8%: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,00).

Bảng 3. Liên quan giữa kết quả thị lực với kết quả cấu trúc võng mạc

Kết quả cấu trúc	Kết quả thị lực		Tổng số	P
	Tốt (n,%)	Xấu (n,%)		
Tốt	106 (92,2%)	9 (7,8%)	115 (100%)	0,000
Xấu	3 (23,1%)	10 (76,9%)	13 (100%)	

Nhóm có cấu trúc tốt có mức thị lực tốt cao hơn nhóm có kết quả cấu trúc xấu: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,000.

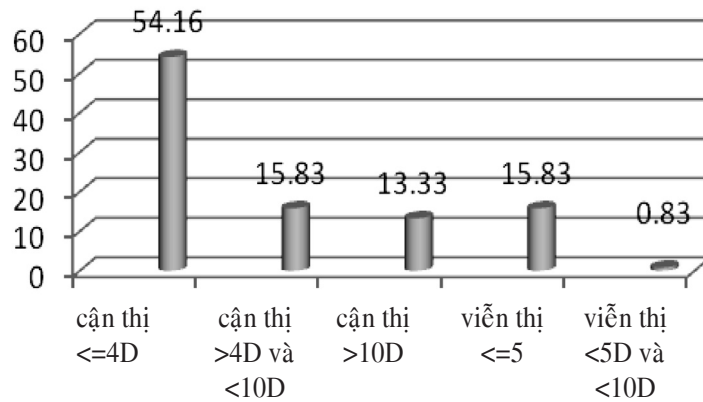
4. Các biến chứng về cấu trúc

Lúc 12 tháng tuổi:

- Biến chứng nhiều nhất là dính mống chiếm tỉ lệ 17,18%.
- Tiền phòng nông chiếm 8,6%.
- Bong võng mạc toàn bộ chiếm 3,9%.
- Không có trường hợp nào tăng nhãn áp.

5. Các biến chứng về chức năng thị giác

- Cận thị ≤ -4D chiếm tỉ lệ cao nhất: 54,2%.
- Cận thị > -4D và < -10D chiếm 15,8%.
- Cận thị > -10D chiếm 13,3%.
- Viễn thị ≤ +5D chiếm 15,8%.
- Viễn thị > +5D chỉ có 1 mắt chiếm 0,8%.
- Bất đồng khúc xạ 31,7%.
- Rung giật nhãn cầu 9,4%.
- Lác 4,7%.
- Nhược thị 9,2%.



Biểu đồ 2. Tật khúc xạ lúc 12 tháng tuổi

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Tỉ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ tuy có khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê. Điều này tương tự với các nghiên cứu của các tác giả khác [1], [2], [5]. Nghiên cứu của chúng tôi có đặc điểm tuổi thai và cân nặng tương tự với các nghiên cứu trong nước nhưng vẫn còn khá cao khi so với các nước tiên tiến có trình độ kỹ thuật y tế hiện đại cứu sống được những trẻ sinh cực non, do đó BVMTSN sẽ xuất hiện nhiều ở nhóm có tuổi thai và cân nặng khi sinh thấp hơn [6].

2. Đánh giá kết quả về cấu trúc võng mạc

Theo dõi bệnh ở 128 mắt sau điều trị laser quang đông sau 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng, chúng tôi nhận thấy tỉ lệ kết quả cấu trúc võng mạc tốt tăng ít hầu như thay đổi không đáng kể lúc 6 tháng với 12 tháng, điều này cũng phù hợp với kết quả của ET-ROP và N.X.Tĩnh [2], [5]. Chúng tôi đạt được tỉ lệ kết quả tốt về cấu trúc võng mạc sau 12 tháng là 89,8% tương đương với nghiên cứu của ET-ROP do chúng tôi cùng áp dụng chỉ định điều trị sớm của ET-ROP đưa ra [5].

3. Đánh giá kết quả chức năng thị giác

Thị lực là thước đo quan trọng nhất về hiệu quả điều trị bệnh võng mạc trẻ sinh non.

Bảng 4. So sánh kết quả thị lực tốt với các nghiên cứu khác

	Đặc điểm mẫu nghiên cứu	Kết quả thị lực tốt
CRYO-ROP, Mỹ(1990)[3]	160 mắt (lạnh đông)	65%
ET ROP, Mỹ(2003)[5]	330 mắt (Laser quang đông)	85,5%
Sahni [8]	40 mắt (lạnh đông) 81 mắt (Laser quang đông)	30% 58%
N.X. Tĩnh [2]	186 mắt (Laser quang đông)	62,3%
V.N.U.Thảo và CS TP.HCM(2009)	128 mắt (Laser quang đông)	85,2%

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thị lực tốt lúc 12 tháng tuổi chiếm 85,2%. Chúng tôi đánh giá kết quả thị lực sau khi cho trẻ đeo kính khi có tật khúc xạ kèm theo. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của ET-ROP, cao hơn nghiên cứu của CRYO-ROP, N.X. Tịnh, Sahni. Tỷ lệ kết quả thị lực tốt trong nghiên cứu của CRYO-ROP thấp hơn kết quả của chúng tôi do bệnh điều trị bằng phương pháp lạnh đông sẽ cho kết quả kém hơn [7]. Trong nghiên cứu của N.X.Tịnh tỷ lệ bệnh nặng trước khi điều trị cao hơn nghiên cứu của chúng tôi và khi đánh giá thị

lực là lúc chưa chỉnh kính tật khúc xạ nên có tỷ lệ kết quả thị lực tốt đạt thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi [2].

Như vậy, với kết quả thị lực tốt lúc 12 tháng tuổi tỷ lệ 85,2% mà chúng tôi đạt được trong nghiên cứu là khá cao. Kết quả thị lực tốt đạt tỷ lệ cao ở lứa tuổi này sẽ là dự báo thị lực trong tương lai rất khả quan. Đây là kết quả khởi đầu thật khích lệ cho những nghiên cứu về sau ở những lứa tuổi lớn hơn như 2 tuổi, 3 tuổi... theo như nhóm ET-ROP và nhóm CRYO-ROP đã khuyến cáo.

Bảng 5. So sánh kết quả thị lực tốt -xấu theo bảng thị lực Teller với các nghiên cứu khác

Kết quả thị lực	CRYO-ROP Mỹ (1990)	ET-ROP, Mỹ (2003)	V.N.U. Thảo và CS TP.HCM (2009)
<u>Tốt:</u>			
Bình thường	60%	64,5%	77,3%
Dưới bình thường	5,0%	20,9%	7,8%
<u>Xấu:</u>			
Kém	3,1%	4,5%	7,0%
Mù	31,9%	10%	7,8%

Số mắt bị mù là 10 mắt (7,8%) của 5 bệnh nhi có đặc điểm tổn thương bệnh thuộc loại nặng trước khi điều trị laser gồm: 8 mắt là bệnh võng mạc trầm trọng cực sau, 2 mắt là bệnh vùng I, giai đoạn 3 có bệnh dấu cộng. Kết quả có 5 mắt bị teo nhãn, bong võng mạc toàn bộ, 5 mắt có tổ chức xơ tăng sinh trong dịch kính một phần chỉ còn phân biệt sáng tối.

V. KẾT LUẬN

Các kết quả phân tích ở trên cho thấy những hiệu quả về chức năng thị giác cũng như về mặt cấu trúc trong nghiên cứu của chúng tôi đều đạt kết quả cao rất khả quan tương đương với kết quả nghiên cứu của nước ngoài trong thời gian gần đây. Điều đó chứng tỏ việc chúng tôi áp dụng tiêu chuẩn điều trị sớm theo tiêu chuẩn của ET-ROP đề ra năm 2003 sẽ giảm được tỷ lệ mù lòa sau điều trị bệnh võng mạc trẻ sinh non.

Phương pháp đo thị lực bằng bảng Teller cho trẻ

dưới 1 tuổi được chọn sử dụng chính trong hầu hết các nghiên cứu hiện nay trên thế giới giúp đánh giá thị lực khá chính xác ở trẻ nhỏ chưa biết nói và đã được sử dụng thành công trong nhiều nghiên cứu lớn.

Sự phát triển chức năng thị giác trong những năm tháng đầu tiên của cuộc đời giữ vai trò quyết định đến thị lực tương lai của trẻ. Do đó việc đánh giá chức năng thị giác và theo dõi khám phát hiện kịp thời các biến chứng trong 12 tháng tuổi là rất cần thiết và quan trọng ♦

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. PHAN HOÀNG MAI (2006), “Đánh giá kết quả điều trị bệnh lý võng mạc trẻ sinh non bằng laser quang đông trên hình ảnh soi đáy mắt gians tiếp. *Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.*
2. NGUYỄN XUÂN TỊNH (2007), “Nghiên cứu đặc điểm tổn thương bệnh võng mạc trẻ sinh non và hiệu quả điều trị của Laser”. *Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.*
3. CRYOTHERAPY FOR RETINOPATHY OF PREMATURITY COOPERATIVE GROUP (1990). “Multicenter trial of cryotherapy for retinopathy of prematurity: One- year outcome- structure and function”. *Arch Ophthalmol, 108*, pp 1408-1416.
4. CRYOTHERAPY FOR RETINOPATHY OF PREMATURITY COOPERATIVE GROUP (2001). “Ophthalmological outcomes at 10 years”. *Arch Ophthalmol*, pp119-113
5. EARLY TREATMENT FOR RETINOPATHY

- OF PREMATURITY COOPERATIVE GROUP (2003). “Revised indications for the treatment of retinopathy of prematurity: Results of the early treatment for retinopathy of prematurity randomized trial”. *Arch Ophthalmol, 121*, pp 1684-1696.
6. GILBER C, FIELDER A, GORDILLO L (2005) “Characteristics of infants with severe retinopathy of prematurity in countries with low, moderate and high levels of development: Implications for screening programs”. *Pediatrics*, pp 115.
7. NG EY, CONNALLY BP, MCNAMARA JA (2002).”A comparison of laser photocoagulation with cryotherapy for threshold retinopathy of prematurity at 10 year: part 1. Visual function and structural outcome”. *Ophthalmology 109*, pp 831-833.
8. SAHNI J, SUBHEDAR NV & CLARK D (2005). “Treated threshold stage 3 versus spontaneously regressed subthreshold stage 3 retinopathy of prematurity: a study of motility, refractive and anatomical outcomes at 6 months and 36 months”. *Br. J. Ophthalmol, 89*, pp 154-159.

SUMMARY

FUNCTIONAL OUTCOME AT 1 YEAR AFTER LASER PHOTOCOAGULATION FOR RETINOPATHY OF PREMATURITY

Objectives: *to evaluate the functional outcome at 1 year after laser photocoagulation for retinopathy of prematurity at Eye Hospital of Ho Chi Minh city.*

Methods: *prospective clinical trial study, case series report. Prematurity infants with pre-threshhold ROP in ET-ROP were treated by laser photocoagulation from May 2007 to April 2008. At 1- year outcome: visual acuity was assessed by masked testers using the Teller acuity card procedure and eyes were examined for structural outcomes.*

Results: *128 eyes of 64 patients (35 males and 29 females) were assessed. Mean gestational age was 29.08± 1.73 weeks (from 26 to 33 weeks), and mean birth weight was 1331.25 ± 228.91gam (from 850 to 1950 gam). Favorable visual acuity outcome was 85.2%. Refractive errors include 83.3% of myopia, hyperopia was 16.7%, anisometropia was 31.7%, strabismus was 4.7%, amblyopia was 9.2%, nystagmus was 9.4%. Favorable structural outcome was 89.8%; synechiae 17.2%, retinal detachment 3.9%.*

Conclusions: *functional outcome at 1 year after laser photocoagulation for ROP was good. Follow-up at first year is very important to detect early refractive errors, anisometropia, strabismus, amblyopia, nystagmus.*

Keywords: *retinopathy of prematurity, laser photocoagulation.*

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị sụp mi tái phát

Trần An*, Nguyễn Văn My**

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu đặc điểm lâm sàng SMTP và kết quả điều trị.

Đối tượng và phương pháp: thiết kế nghiên cứu can thiệp lâm sàng tiến cứu. 36 bệnh nhân (37 mắt) sụp mi tái phát (SMTP) được phẫu thuật từ tháng 01/2006 đến tháng 6/2008 tại Bệnh viện Mắt Trung ương. Mắt SMTP có chức năng cơ nâng mi trên ≥ 5 mm được phẫu thuật cắt ngắn cơ nâng mi trên (CNCNMT), chức năng cơ nâng mi trên < 5 mm được phẫu thuật treo mi trên vào cơ trán (TMT-VCT) bằng dây silicon.

Kết quả: tỉ lệ bệnh nhân (BN) nữ (60,9%) cao hơn nam (39,1%). Độ tuổi có số BN được mổ nhiều nhất là 16-25 chiếm 58,3%. SMTP có nguyên nhân bẩm sinh là 94,4%, mắc phải 5,6%. Hình thái SMTP một mắt chiếm 97,2%, hai mắt chiếm 2,8%. SMTP độ 3 chiếm đa số (75,7%). SMTP liên quan mật thiết với chức năng cơ nâng mi trên. Tỉ lệ nhược thị chiếm 32,4%, trong đó nhược thị đơn thuần chiếm 10,8%, còn lại có kèm lác và tật khúc xạ. Kết quả 100% BN được mổ nâng mi thành công và ổn định kết quả sau 06 tháng theo dõi.

Kết luận: kỹ thuật TMTVCT bằng dây silicon khi chức năng CNMT < 5 mm và CNCNMT khi chức năng CNMT ≥ 5 mm để điều trị SMTP cho kết quả tốt.

Từ khoá: sụp mi tái phát; cắt ngắn cơ nâng mi trên; treo mi trên vào cơ trán.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

SMTP là tình trạng SM xuất hiện trở lại sau khi đã được nâng mi thành công bằng phẫu thuật SMTP là một bệnh thường gặp trên lâm sàng. Tỉ lệ tái phát sau mổ SM: 8,9% - 69,2% (tùy tác giả). Bệnh nhân SMTP đến mổ phần lớn là SMTP độ 3, cần được: giải phóng trực thị giác bị che lấp và do nhu cầu thẩm mỹ. Ở Việt Nam, Nguyễn Quang Huy và Lê Minh Thông (2005) nghiên cứu về các yếu tố ảnh hưởng đến SMTP; ngoài ra, các tác giả nghiên cứu về điều trị sụp mi lần đầu đều đề cập đến SMTP, nhưng chưa có nghiên cứu nào về điều trị SMTP, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mục tiêu:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng SMTP
2. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị SMTP.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: BN khám và điều trị SMTP tại BVMTƯ từ 1/2006 - 6/2008

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- + SMTP độ 2 và 3 sau mổ trên 6 tháng.
- + BN có điều kiện khám lại định kỳ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- + SMTP kèm hoặc do bệnh toàn thân.
- + BN có bệnh kèm theo tại mắt chưa ổn định.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu:

*Bệnh viện Mắt Trung ương

**Bệnh viện A Thái Nguyên

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p \cdot q}{\Delta^2}$$

Z= 1,96 khi $\alpha = 0,05$

p= 97,87%; q= 1 - p

Δ : sai số ổn định trong nghiên cứu là 5% (0,05)

N \approx 32.

Cách thức nghiên cứu:

- Hỏi, khám bệnh, lập hồ sơ.

- Kỹ thuật mổ:

+ TMTVCT bằng dây silicon khi chức năng CNMT < 5mm.

+ CNCNMT khi chức năng CNMT \geq 5mm

- Thu thập số liệu qua bệnh án mẫu và xử lý

trên phần mềm Epi-Info 6.04.

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả:

- Tốt:

+Bờ mi che giác mạc 1-2 mm và mi trên hai mắt cao thấp hơn nhau \geq 1mm.

+ Nếp mi có độ cong cân đối hai bên.

+Thị lực tăng hoặc bảo tồn.

- Trung bình:

+ Bờ mi che giác mạc 2-3 mm và mi trên hai mắt khác nhau \geq 2mm.

+Nếp mi có độ cong cân đối hai bên.

+Thị lực tăng hoặc bảo tồn.

- Kém: khi có một trong các dấu hiệu sau:

+ Chỉnh gìa > 3mm; chỉnh non > 3mm.

+ Biến dạng bờ mi.

+ Thị lực giảm do viêm giác mạc vì hở mi.

III. KẾT QUẢ, BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng

1.1. Phân bố bệnh nhân

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	<10	11-15	16-25	>25	Tổng số
Số BN	2	5	21	8	36
Tỉ lệ (%)	5,6	13,9	58,3	22,2	100

- Theo tuổi: tuổi nhỏ nhất: 7; tuổi lớn nhất: 50. Nhóm BN tuổi 16-25: 58,3%.

- Theo giới: nam 38,9%; nữ 61,1%.

Chúng tôi cho rằng: tuổi nhỏ nhất phụ thuộc vào tuổi được can thiệp SM lần đầu; tuổi lớn nhất, nhóm BN 16-25 đông nhất và tỉ lệ SMTP theo giới phụ thuộc vào nhu cầu thẩm mỹ của người bệnh trong quần thể nghiên cứu.

1.2. Nguyên nhân, hình thái SM

-Nguyên nhân:

Bảng 2. Phân loại SMTP theo nguyên nhân ban đầu

SMTP	Bẩm sinh	Mắc phải	Tổng số
Số BN	34	02	36
Tỉ lệ (%)	94,4	5,6	100

Tỉ lệ này khác biệt xa với SM nói chung: SMBS 75%; SMMP 25%. Điều này chứng tỏ SMBS đến mổ SMTP nhiều hơn hẳn SMMP.

-Hình thái SM một mắt và hai mắt:

Bảng 3. SMTP một mắt và SMTP hai mắt

SMTP	Một mắt	Hai mắt	Tổng số
Số BN	35	01	36
Tỷ lệ (%)	97,2	2,8	100

SMTP hình thái một mắt chiếm đa số (97,2%).

-Mức độ SMTP:

Bảng 4. Mức độ SMTP

Độ SMTP	Trung bình	Nặng	Tổng số
Tổng số mắt	9	28	37
Tỉ lệ %	24,3	75,7	100

SMTP mức độ nặng chiếm đa số. Điều này chứng tỏ rằng bệnh nhân SMTP thường chỉ đi phẫu thuật lại khi đã tái phát nặng.

1.3. Liên quan giữa SMTP và chức năng CNM

Bảng 5. Liên quan giữa độ SM và chức năng CNMT

C/năng CNMT \ Độ SMTP	Độ SMTP			Tổng số	Tỉ lệ (%)
	Nhẹ	Trung bình	Nặng		
Tốt	0	0	0	0	0
Trung bình	0	4	1	5	13,5
Kém	0	1	31	32	86,5
Cộng	0	5	33	37	100

Kiểm định dữ liệu trong bảng thấy: sự liên quan giữa SMTP và chức năng CNMT có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$. Điều này nghĩa là CNCMT càng yếu tỉ lệ SMTP càng cao.

1.4. Đặc điểm thị lực trong SMTP

-Thị lực sau chỉnh kính:

Bảng 6. Thị lực sau chỉnh kính

Thị lực	<1/10	1/10-3/10	4-6/10	≥7/10	Tổng số
Số mắt	3	5	4	25	37
Tỷ lệ	8,1	13,5	10,8	67,6	100

Kết quả tại bảng 6 cho thấy tỉ lệ nhược thị (NT) 32,4%. Tỉ lệ này cao hơn so với các tác giả nghiên cứu mổ SM lần đầu: Lê Tấn Nghĩa: NT chung 24,1%, nặng 5,1%. Lê Tấn Dương: NT chung 25,4%, nặng 5%.

- Đặc điểm của nhóm BN nhược thị:

Bảng 7. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nhược thị

Tác giả	Tỉ lệ nhược thị (%)		Tỉ lệ (%) kèm tật khúc xạ hoặc lác	Tỉ lệ (%) nhược thị đơn thuần
	Chung	Nặng		
Kim D.H.(2002) [48]	17,4	4,4	13,0	4,4
Antonio AV(2007) [25]	17,8	7,1	10,7	7,1
N.V.My (2008)	29,7	8,1	18,9	10,8

Tỉ lệ nhược thị trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn hẳn nghiên cứu của Kim D.H., Antonio A.V. Tỉ lệ nhược thị nặng và nhược thị đơn thuần cao có thể giải thích do việc điều trị tật khúc xạ, lác và SMTP nặng chưa kịp thời.

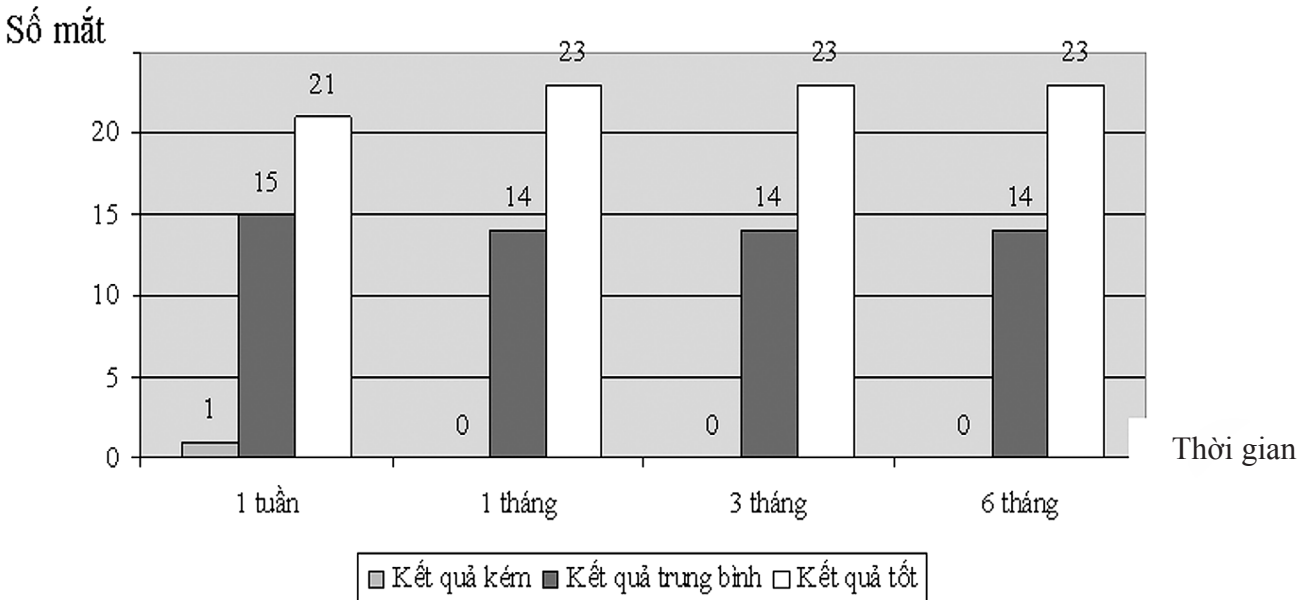
-Nhược thị và sự che lấp diện đồng tử:

Bảng 8. Liên quan giữa NT đơn thuần và SM che lấp diện đồng tử

Điện đồng tử	NT	Không NT	TS
SM nặng đơn thuần bị che lấp hoàn toàn đồng tử	4	1	5
SM nặng đơn thuần che lấp một phần đồng tử	1	26	27
Cộng (số BN)	5	27	32
Tỉ lệ /Tổng số BN nghiên cứu (%)	13,5	73,0	86,5

Kiểm định dữ liệu thấy: liên quan giữa nhược thị và SMTP có che lấp hoàn toàn diện đồng tử có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều đó cho thấy sự che lấp diện đồng tử ở bệnh nhân SMTP cần được điều trị sớm.

2. Kết quả điều trị SMTP



Biểu đồ 1. Kết quả mổ ở các thời điểm theo dõi

Kết quả chung ở các thời điểm

+ 01 tuần: kém 2,7%; trung bình 40,5%; tốt 56,8%.

+ 1-3-6 tháng: trung bình 37,8%; tốt 62,2%.

Ở thời điểm 01 tuần, một mắt (2,7%) kết quả kém do mi sưng nề nhiều làm hạn chế nâng mi. Từ thời điểm 01 tháng sau mổ, mi giảm nề, nâng mi đạt yêu cầu. Kết quả ổn định trong 06 tháng theo dõi.

+ Kết quả tương đương nghiên cứu của Antonio A.V.(2007); Dae-Hwan (2002) và Kim D.H. (2002); Richard H.J. (2005) ở nhóm BN cùng phương pháp, cùng thời điểm 06 tháng sáu mổ.

Sự cải thiện chức năng CNMT sau mổ 06 tháng

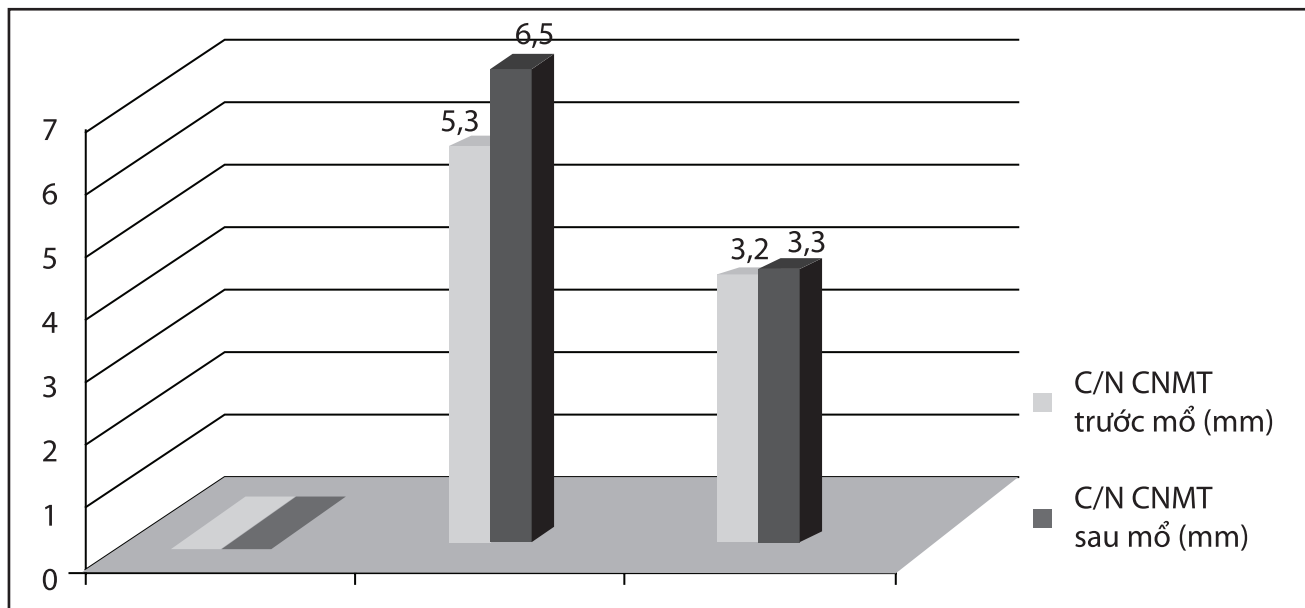
Bảng 9. Chức năng CNMT và kết quả phẫu thuật

Kết quả	Kém	Trung bình	Tốt	Tổng số
Chức năng cơ				
Kém	0	13	19	32
Trung bình	0	1	4	5
Tốt	0	0	0	0
Tổng số	0	14	23	37
Tỉ lệ (%)	0	37,8	62,2	100

+ Nhóm BN chức năng CNMT trung bình cải thiện 1,2 mm.

+ Nhóm BN chức năng CNMT yếu chỉ cải thiện 0,1 mm.

Kết quả này tương đương nghiên cứu của Kim D.H., ở nhóm BN có chức năng CNMT trung bình: 1,15 mm.



Ảnh hưởng của chức năng CNMT đến kết quả

Biểu đồ 2. Chức năng CNMT trước và sau mổ 6 tháng

Kiểm định dữ liệu thấy: ảnh hưởng của chức năng CNMT đến kết quả phẫu thuật không có ý nghĩa thống

kê với $p > 0.05$. Điều này trái với nhận xét tại bảng 5: chức năng CNMT liên quan có ý nghĩa thống kê với SMTP (khi CNCNMT cho SM mổ lần đầu với mọi mức độ SM). Chúng tôi giải thích điều này bởi sự chỉ định đồng thời hai kỹ thuật: CNCNMT khi chức năng CNMT trung bình, và TMTVCT khi chức năng CNMT yếu đã đưa lại kết quả tốt, đặc biệt đưa lại sự nâng mi tốt cho nhóm BN có chức năng CNMT yếu. (nhưng cần phải lưu ý rằng: động tác nâng mi sau kỹ thuật CNCNMT là đưa mi trên lên trên và ra sau; còn sau kỹ thuật TMTVCT là đưa mi trên lên trên).

Biến chứng

- Hở mi là biến chứng gặp phải với tỉ lệ 56,8% (21 mắt) ở thời điểm 06 tháng sau mổ, nhưng mức độ hở mi chỉ gặp mức độ nhẹ (≥ 3 mm). Chúng tôi giải thích điều này do tính đàn hồi của dây silicon treo mi tạo điều kiện tốt cho động tác khép mi trong phẫu thuật TMTVCT.

- Mất đồng vận giữa mi mắt và nhãn cầu: là biến chứng gặp ở 100% số mắt được phẫu thuật SMTP. Chúng tôi cho rằng mất đồng vận là đặc điểm phải chấp nhận ở tất cả các BN trong phẫu thuật SMTP nếu muốn đạt được sự nâng mi hợp lý.

- Ngoài ra, chúng tôi gặp một số biến chứng:

+ Chảy máu nhiều trong mổ: 01 mắt (2,7%).

+ Chính non < 1 mm: 04 mắt (10,8%).

+ Nếp mi thiếu thẩm mỹ: 05 BN (13,5%).

Không gặp các biến chứng nhiễm khuẩn, u hạt, loét giác mạc, sa kết mạc, biến dạng mi, ...

IV. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng SMTP

Theo tuổi và giới

- Tuổi: số BN đến mổ tập trung ở độ tuổi 16-25: 58,3%.

- Giới: nam 38,9%, nữ 61,1%.

Theo nguyên nhân và hình thái SMTP

- SMTP có nguyên nhân ban đầu là SMBS chiếm đa số (94,4%), SMMP chỉ chiếm một tỉ lệ nhỏ (5,6%).

- SMTP gặp ở một mắt là chủ yếu (97,2%).

- SMTP đến điều trị chủ yếu là mức độ nặng (86,5%).

SMTP và chức năng CNMT: chức năng CNMT càng kém SMTP càng nặng.

Tương quan giữa SMTP và nhược thị:

- Tỉ lệ SMTP kèm nhược thị 29,7%. Trong đó nhược thị nặng 8,1%.

- Tỉ lệ SMTP bị nhược thị có kèm tật khúc xạ hoặc lác chiếm tỉ lệ 18,9%.

- Tỉ lệ SMTP nhược thị đơn thuần là 10,8%. Nhược thị đơn thuần tương quan mật thiết với sự che lấp trực thị giác.

2. Kết quả điều trị SMTP

- Kỹ thuật TMTVCT bằng dây silicon khi chức năng CNMT kém và CNCNMT khi chức năng CNMT trung bình cho kết quả kết quả tốt.

- Kết quả cụ thể: thành công 100% trong 06 tháng theo dõi. Trong đó kết quả tốt 62,2%, trung bình 37,8%.

- Kết quả về sự cải thiện chức năng CNMT: chỉ có ở nhóm chức năng cơ trung bình với trị số bình quân 1,2 mm ♦

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. NGUYỄN QUANG HUY, LÊ MINH THÔNG (2005). “Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến sụp mí tái phát theo phẫu thuật Berke”. *Nghiên cứu y học, tập 9, tr: 26-30.*

2. KHOA MẮT - BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUỆ (2003). “Đánh giá bước đầu về phương pháp treo mi trên và cơ trán sử dụng chất liệu silicon trong điều trị sụp mí”. *Nội san nhãn khoa, số 10, tr: 47-54.*

3. TRẦN THIẾT SƠN (2000). “Điều trị sụp mí bẩm sinh bằng cắt ngắn cơ nâng mi trên”. *Tạp chí Phẫu thuật tạo hình, số 1-2000, tr. 20-24.*

4. ANTONIO A.V. (2007). “Silicone frontalis slings for correction of recurrent blepharoptosis”. *Ophthalmology and reconstructive surgery, volume 29, part 2, p.157-162*

5. BEARD C.(1976). *Ptosis.The C.V. Mosby company. Volume 10, part 3, pp.169-176.*

6. CARTER S.R. (1997). “Silicone frontalis slings

for the correction blepharoptosis: indications and efficacy". *Ophthalmology, volume 103, part 4*, page 623-630.

7. DAE- HWAN (2002). "Correction of Recurrent Blepharoptosis Using an Orbicularis Oculi Muscle Flap and a Frontalis Musculofascial Flap". *Annals of plastic surgery, volme 49, part 6*, p.604-611.

8. KIM D.H. (2002). "Lagophthalmos in Repeat Pto-sis Surgery". *The Association for research in vision and Ophthalmology, Volum 43, part 4*, p.1470.

9. KOOK K.H. (2004). "Scaning electron microscop-ic studies of supramid extra from the patients displaying recurrent ptosis after frontalis suspension". *American journal of Ophthalmology, volume 138, part 5*, p.756-763.

10. RICHARD H.J. (2005). "A novel technique of havesting temporalis facia autografts for correction of recurrent blepharoptosis". *Ophthalmic plastic surgery, Volume 21, part 4*, p.298-300.

SUMMARY

RECURRENT PTOSIS: CLINICAL CHARACTERISTICS AND SURGICAL RESULTS

Objectives: *to study clinical characters on 37 eyes with recurrent ptosis. To evaluate the result of treatment and complications of operations.h*

Methods: *37 eyes of 36 patients were operated between january 2006 and june 2008 at National Institute of Ophthalmology. For patients with the levator function <5mm, the frontalis slings with silicone material were used; the levator function ≥ 5mm, the levator resecion procedure was used.*

Results: *there were 60.9% female, 39.1% male. 58.3% patients aged from 16 to 25 years old (high rate). There were 94.4% patients of recurrent congenital ptosis; 5.6% patients of recurrent acquired ptosis. Most of cases were in unilateral eyes (97.2%). There were 75.7% patients of severe recurrent blepharoptosis. The levator function are significantly associated with the recurrent blepharoptosis.. The rate of amblyopia was 32.4%; includes: merely amblybiopia accounts for 10.8%, amblyopia accompanied with strabismus and refractive errors was 21.6%. The overall result: 100% patients (37 eyes of 36 patients) is good.*

Conclusions: *the silicone frontalis slings for patients with the lavator function < 5mm, the levator resecion pro-cedure for patients with the levator function ≥ 5mm have achieved a good cosmetic result.*

Key words: *recurrent ptosis, levator resecion, frontalis slings.*

Nghiên cứu phẫu thuật cắt bè cứng giác mạc có ghép màng ối điều trị tăng nhãn áp tái phát sau mổ Glôcôm

Trần Thanh Thủy*, Vũ Thị Thái**

TÓM TẮT

Sự thất bại của phẫu thuật (PT) cắt bè cứng giác mạc (CGM) chủ yếu do tăng sinh xơ sau mổ. Màng ối người có đặc tính ức chế tạo xơ. Nhiều bằng chứng khoa học khẳng định màng ối có tác dụng trong PT lỗ rò.

Mục tiêu: đánh giá kết quả của phẫu thuật cắt bè cứng giác mạc có ghép màng ối và nhận xét đặc điểm kỹ thuật này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 34 mắt glôcôm đã PT cắt bè CGM thất bại có sẹo xơ xấu. Nghiên cứu mô tả lâm sàng tiến cứu không đối chứng.

Kết quả: nhãn áp (NA) trung bình hạ từ $31,79 \pm 6,395$ mmHg (trước mổ) xuống $16,21 \pm 2,382$ mmHg (sau mổ). Mức hạ NA trung bình từ 15,05 mmHg (47,3%) đến 19,64 mmHg (61,8%). Số loại thuốc tra hạ NA trung bình giảm từ 1,18 trước PT xuống 0,45 sau PT. Thị lực (TL) sau PT ổn định hoặc tăng hơn trước. Thời điểm cuối cùng theo dõi, sẹo bong tốt chiếm 27,3%; sẹo khá là 72,7%; không có sẹo xấu. Biến chứng trong và sau mổ không xảy ra.

Kết luận: PT cắt bè CGM ghép màng ối có hiệu quả và an toàn, có thể là 1 lựa chọn tốt đối với những trường hợp tăng nhãn áp tái phát sau mổ lỗ rò.

Từ khóa: phẫu thuật cắt bè, ghép màng ối.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, PT cắt bè CGM là phương pháp chủ yếu điều trị glôcôm. Tuy nhiên, cùng với thời gian, tỷ lệ hạ NA của PT có xu hướng giảm dần. Các công trình nghiên cứu cho thấy nguyên nhân thất bại của PT có nhiều lý do nhưng chủ yếu là sự tăng sinh xơ sau PT. Để khắc phục tình trạng này, trên thế giới và Việt Nam đã có nhiều biện pháp. Đặc biệt việc sử dụng thuốc chống chuyển hoá Mitomycin C và 5 Fluorouracil trong và sau PT cắt bè ngày càng phổ biến. Phương pháp này cho kết quả hạ NA tốt hơn PT cắt bè đơn thuần nhưng có nhiều tác dụng không

mong muốn như viêm giác mạc, phù hoàng điểm do nhãn áp thấp...và đặc biệt là nguy cơ rò vỡ sẹo bong đưa đến nhiễm trùng sẹo bong và nhiễm trùng nội nhãn.

Màng ối người là mô sinh học vô mạch với những đặc tính sinh học ưu việt như khả năng ức chế quá trình tạo xơ, ức chế quá trình tăng sinh mạch máu, chống viêm, kháng khuẩn, ức chế miễn dịch, không bị thải loại mảnh ghép. Trên thế giới, PT cắt bè CGM ghép màng ối đã được tiến hành từ những năm đầu thế kỷ XXI. Nghiên cứu của Lu H. (2003), Stavrakas P. (2008) đều đưa ra nhận xét sử dụng PT

*Bệnh viện Hữu Nghị

**Bệnh viện Mắt Trung ương

cắt bì CGM ghép màng ối hiệu quả và an toàn.

Do vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này với mục tiêu:

1. *Đánh giá kết quả của PT cắt bì CGM có ghép màng ối.*

2. *Nhận xét đặc điểm kỹ thuật của PT cắt bì CGM có ghép màng ối.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

34 mắt glôcôm góc đóng, góc mở nguyên phát đã PT cắt bì củng giác mạc nhãn áp không điều chỉnh (> 21mmHg đo bằng NA kế Goldmann) khám thấy sẹo xơ xấu từ tháng 08/2007 đến tháng 11/2008 tại khoa Glôcôm, Bệnh viện Mắt Trung ương.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Sử dụng phương pháp mô tả lâm sàng tiến cứu không đối chứng.

- Phương pháp phẫu thuật cắt bì CGM ghép màng ối: về cơ bản là PT cắt bì thông thường kèm thêm thì làm sạch màng ối, đặt màng ối dưới và trên vạt củng mạc có khâu cố định.

- Các bước tiến hành:

+ Đặt chỉ cơ trực 5/0 tương ứng vị trí định phẫu thuật.

+ Tạo vạt kết mạc khoảng 6 mm đáy quay về cùng đồ.

+ Đốt cầm máu củng mạc.

+ Tạo nắp củng mạc hình chữ nhật kích thước 3 mm x 4 mm, dày 1/2 chiều dày củng mạc.

+ Mở đường phụ trên giác mạc vào tiền phòng.

+ Cắt mẫu bì kích thước 1 mm x 2 mm.

+ Cắt móng mắt chu biên sát chân.

+ Đặt màng ối kích thước 10 mm x 10 mm giữa vạt củng mạc và nền củng mạc.

+ Khâu phục hồi vạt củng mạc có cố định màng ối ở 2 góc bằng 2 mũi chỉ nylon 10 - 0.

+ Cắt màng ối quanh vạt củng mạc cách mép vạt củng mạc 2 mm.

+ Cắt màng ối thứ 2 kích thước 6 mm x 10 mm đặt phía trên nắp vạt củng mạc và vùi dưới vạt kết mạc.

+ Khâu cố định màng ối vào vùng rìa bằng 2 mũi chỉ nylon 10 - 0 tại 2 rìa GCM. Phần còn lại trải phẳng ra phía sau củng mạc không khâu.

+ Khâu kết mạc bằng chỉ nylon 10 - 0 giấu đầu chỉ.

+ Tái tạo tiền phòng bằng dung dịch Ringer Lactat.

- Kết quả PT được đánh giá khi ra viện, sau 1 tuần, 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 5 tháng.

- Trong mỗi lần khám, bệnh nhân được kiểm tra thị lực, nhãn áp, mép mổ, sẹo bong, giác mạc, tiền phòng, đồng tử, thể thủy tinh, gai thị, biến chứng trong và sau mổ.

- Đánh giá kết quả:

Thị lực: biến đổi thị lực có ý nghĩa khi:

*Thị lực $\geq 1/10$ có biến đổi ít nhất một hàng theo bảng thị lực Landolt.

* Thị lực $< 1/10$ có bất kỳ sự thay đổi nào.

+ Nhãn áp được chia thành các mức: điều chỉnh tuyệt đối (≤ 21 mmHg không cần dùng thuốc hạ NA bổ sung); điều chỉnh tương đối (> 21 mmHg khi dùng thuốc hạ NA bổ sung), không điều chỉnh (> 21 mmHg dù đã dùng thuốc hạ NA bổ sung).

+ Sẹo bong: tốt (bong thấm tỏa lan, bề mặt bong vô mạch); khá (bong thấm tỏa lan nhưng bề mặt nhiều mạch máu); xấu (không tạo bong).

+ Số loại thuốc hạ NA trung bình được tính bằng tổng số các loại thuốc hạ của tất cả các đối tượng nghiên cứu chia trung bình.

- Xử lý số liệu thống kê bằng chương trình Epi info 2008 và SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

1. Kết quả sau PT

- **Thị lực:** TL cải thiện tăng dần theo thời gian. Không mắt nào bị giảm TL trong suốt thời gian nghiên cứu.

Bảng 1. Biến đổi thị lực có chỉnh kính sau PT

Biến đổi TL Thời gian	Tăng		Ổn định		Tổng
	Số mắt	%	Số mắt	%	
Ra viện	15	44,1	19	55,8	34 (100,0%)
Sau 1 tuần	20	58,8	13	41,2	34 (100,0%)
Sau 2 tuần	21	61,8	13	38,2	34 (100,0%)
Sau 1 tháng	22	64,7	11	35,3	34 (100,0%)
Sau 3 tháng	23	67,6	11	32,4	34 (100,0%)
Sau 5 tháng	24	73,5	9	26,5	33(100,0%)

- Kết quả NA:

Sau mổ, tình trạng NA đã có sự thay đổi rất rõ rệt. NA hạ xuống nhiều rồi ổn định ngay sau 2 tuần. Thời điểm 5 tháng đối tượng nghiên cứu chỉ còn lại 33 mắt vì một trường hợp ở tháng thứ 3 sau PT, NA không điều chỉnh mặc dù đã dùng thuốc hạ NA nên đã chuyển sang PT khác.

NA trung bình tại các thời điểm theo dõi hạ rõ rệt so với trước mổ có ý nghĩa thống kê tại tất cả các thời điểm. NA trung bình trước mổ là 31,79 mmHg hạ xuống còn 12,15 mmHg (ra viện), 13,21 mmHg (sau 1 tuần), 15,68 mmHg (sau 2 tuần), 16,74 mmHg (sau 1 tháng), 16,65 mmHg (sau 3 tháng), 15,64 mmHg (sau 5 tháng). Mức hạ NA ở các thời điểm sau mổ so với trước mổ dao động từ 15,05 mmHg (47,3%) đến 19,64 mmHg (61,8%). Mức hạ NA nhiều nhất ở thời điểm ra viện.

- Đánh giá mức điều chỉnh NA sau PT:

Bảng 2. Mức điều chỉnh NA sau PT

Nhãn áp Thời gian	NA điều chỉnh tuyệt đối	NA điều chỉnh tương đối	NA không điều chỉnh	Tổng
Trước PT	0(0,0)	0(0,0)	34(100,0%)	34(100,0%)
Ra viện	30(88,2%)	3(8,8%)	1(2,9%)	34(100,0%)
1 tuần	30(88,2%)	4(11,8%)	0(0,0%)	34(100,0%)
2 tuần	27(79,4%)	7(20,6%)	0(0,0%)	34(100,0%)
1 tháng	24(70,6%)	8(23,5%)	2(5,9%)	34(100,0%)
3 tháng	21(61,8%)	11(32,4%)	2(5,9%)	34(100,0%)
5 tháng	22(66,7%)	11(33,35%)	0(0,0%)	33(100,0%)

Tại thời điểm 1 tuần sau mổ gần như tổng số các mắt đều có NA điều chỉnh trong đó có 4 mắt phải dùng thêm 1 loại thuốc tra hạ NA. Ở những thời điểm theo dõi tiếp sau, mặc dù vẫn có 32 mắt (88,2%) có NA nằm trong giới hạn bình thường. Tuy nhiên, số mắt phải dùng thêm thuốc hạ NA bổ sung đã tăng lên đến 7 mắt (20,6%) rồi 8 mắt (23,5%) và 11 mắt (32,4%).

- Thuốc tra hạ NA sau PT:

So với trước mổ số loại thuốc tra hạ NA bổ sung trung bình đã giảm từ 1,18 ± 0,521 (trước PT) xuống 0,18 ± 0,576 (sau 1 tuần), 0,24 ± 0,496 (sau 2 tuần), 0,38 ± 0,652 (sau 1 tháng), 0,45 ± 0,711 (sau 5 tháng). Mức hạ này là 61,8% (sau 5 tháng) với p < 0,001.

- Sẹo bong sau phẫu thuật: giai đoạn sớm sau PT, hầu hết sẹo bong đều tốt (91,2%). Tỷ lệ này giảm dần theo thời gian, ngược lại tỷ lệ sẹo khá tăng dần theo thời gian lúc ra viện là 8,8% mà sau 5 tháng là 72,7%.

-Biến chứng: chúng tôi không gặp biến chứng gì đặc biệt trong và sau PT.

2. Đặc điểm kỹ thuật

- Thì làm sạch màng ối: dùng gelaspon gạt sạch lớp trung sản mạc ở mặt sau.

- Thì đặt màng ối dưới vạt củng mạc: màng ối được kẹp giữa vạt củng mạc và nền củng mạc với

kích thước rộng hơn nắp vạt củng mạc.

- Thì đặt màng ối trên vạt củng mạc: màng ối trải trên nắp củng mạc và khâu cố định vào sát rìa CGM. Phần còn lại sẽ được đẩy trượt ra phía sau áp vào bề mặt củng mạc để tạo điều kiện dẫn lưu ra phía sau.

IV. BÀN LUẬN

1. Kết quả sau PT

- Thị lực:

Số mắt có tăng TL sau mổ của chúng tôi khá cao bởi trước mổ hầu hết bệnh nhân đều có NA rất cao, các môi trường trong suốt bị phù nhiều. Sau mổ, NA hạ tốt và hầu như không có biến chứng gì trong và sau mổ nên nhiều mắt trong nhóm đã có TL cải thiện hơn. Tuy nhiên do các mắt đã bị bệnh ở giai đoạn nặng nên TL có tăng nhưng không nhiều.

- Kết quả về nhãn áp:

Mức hạ NA so với trước mổ nhiều nhất là thời điểm ra viện. Như vậy PT phát huy tác dụng tối đa sớm sau mổ và duy trì hiệu quả sau 2 tuần. Chúng tôi có thể lý giải hiện tượng này bởi màng ối có tác dụng và sau đó tiêu đi trong vòng 36 ngày [1]. Đây là thời điểm sự tăng sinh xơ, phản ứng viêm, miễn dịch xuất hiện nên màng ối phát huy hiệu quả đúng lúc. Kết quả của chúng tôi tương tự Lu H., Stavrakas P. nhãn áp sau PT đều hạ rất tốt.

Bảng 3. Mức thay đổi NA trên mắt tăng NA tái phát

Tác giả	Số mắt	NA trước mổ (mmHg)	NA sau mổ (mmHg)	Mức hạ NA
Lu H. (2003) [4]	17	39,72 ± 7,26	14,62 ± 3,72	15,1 mmHg (38,0%)
Stavrakas P. (2008) [5]	20	24	15,18 ± 2,3	8,82 mmHg (36,8%)
V.T.Thái và T.T.Thuỷ (2008)	34	31,79 ± 6,395	16,21 ± 2,382	15,6mmHg (49,0%)

- Biến đổi thuốc hạ NA trước và sau mổ:

Sau mổ, số loại thuốc tra hạ NA trung bình sau mổ so với trước mổ của chúng tôi giảm đi rõ rệt có ý nghĩa thống kê. Mức độ hạ này của chúng tôi (61,8%) khác nghiên cứu của Stavrakas P. (78,1%) do nhóm đối tượng của tác giả nước ngoài là glô-côm góc mở nên số loại thuốc hạ NA dùng trước mổ của họ là khá nhiều.

- Kết quả giải phẫu:

Ngay sau mổ, tất cả sẹo bong đều tốt. Tuy nhiên sau PT 1 tháng, chúng tôi nhận thấy kích thước, độ gồ của sẹo vẫn được ổn định nhưng theo thời gian xuất hiện mạch máu trên bề mặt sẹo. Do vậy số sẹo tốt giảm dần thay vào đó sẹo khá tăng tương ứng. Để giải thích hiện tượng này, một số tác giả cho rằng khi màng ối còn tồn tại thì luôn tiết một số yếu tố endostatin, thrombospondin-1, PEDF (pigment epithelium derived factor) ... [2], [3] nên có khả năng ức chế tăng sinh tân mạch nhưng khi màng ối tiêu tác dụng này không còn nữa.

- Biến chứng:

+Biến chứng trong PT: cũng như kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới trong quá trình PT, chúng tôi không gặp biến chứng.

+Biến chứng sau PT: khác với nghiên cứu của chúng tôi Lu H, Stavrakas P gặp một số biến chứng nhẹ như phản ứng tiền phòng, bong nang bao ten-on.

2. Đặc điểm kỹ thuật

- Thì làm sạch màng ối:

Màng phải được làm càng sạch càng tốt vì lớp trung sản mạc vẫn bám thì hơi hoặc nước sẽ ngấm vào làm cho màng ối phồng lên rất khó khâu cố định.

- Thì đặt màng ối dưới vạt củng mạc:

Chính vạt củng mạc áp xuống khi khâu sẽ có tác dụng giữ màng ối không xô dịch, không co dúm và

không chui vào miệng lỗ rò. Hơn nữa, thao tác khâu sẽ dễ dàng hơn vì màng ối không bị co dúm, đỡ trơn trượt, đỡ bùng nhùng.

- Thì đặt màng ối trên nắp vạt củng mạc:

Sau khi dính cố định màng ối bằng 2 mũi chỉ ở sát rìa phần còn lại chúng tôi trải dài ra sau (phía cùng đồ) mà không khâu. Cách làm này sẽ đơn giản hoá thao tác kỹ thuật vì cùng đồ chặt hẹp.

V. KẾT LUẬN

PT đã có tác dụng hạ NA rất tốt, TL ở mức ổn định hoặc tăng hơn trước mổ, không có trường hợp nào sẹo xấu, không bị biến chứng. Trong PT chú ý làm sạch màng ối sau đó đặt trên và dưới nắp vạt củng mạc với kích thước lớn hơn nắp củng mạc sẽ giúp việc khâu cố định màng ối dễ dàng hơn ♦

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. BARTON K., ET AL (2001), “Glaucoma filtration surgery using amniotic membrane transplatation”, *Invest Ophthamol Vis Sci*, 42(8), 1762 - 1768.
2. DUA S.H, GOMES J.A.P, ET AL (2004), “The amniotic membrane in ophthalmology”, *Survey of Ophthalmology*, 49(1), 51 - 77.
3. HAO Y. (2000), “Identification of antiangiogenic and antiinflammatory proteins in human amniotic membrane”, *Cornea*, 19(3), 384 - 352.
4. LU H., MAI D. (2003), “Trabeculectomy combined amniotic membrane transplatation for refractory glaucoma”, *Yan Ke Xue Bao*, 19(2), 89 - 91.
5. STAVRAKAS P. (2007), “Amniotic membrane transplantation in glaucoma filtration surgery: comparison between amnion shieldel trabeculectomy and standard trabeculectomy”, *Online Abstract Submission and Invitation System*.

SUMMARY

USING AMNIOTIC MEMBRANE IN TRABECULECTOMY FOR TREATING RECURRENT GLAUCOMA

The failure of trabeculectomy is mainly related to the continuous process of fibroblastic proliferation postop-

eration. Amniotic membrane (AM) can prevent postoperative adhesion of conjunctiva and sclera. Using AM in trabeculectomy has been showed it is beneficial effect on treatment of glaucoma.

Objectives: to evaluate the effect and surgical technique of trabeculectomy combined AM transplantation.

Methods: clinical prospective study, 34 eyes with primary glaucoma after unsuccessful trabeculectomy have fibroblastic flat bleb.

Results: the mean preoperative intraocular pressure (IOP) was 31.79 ± 6.395 mmHg which decreased to a mean postoperative IOP of 16.21 ± 2.382 mmHg ($p < 0.001$). The mean postoperative IOP decreased from 15.05 mmHg (47.3%) to 19.64 mmHg (61.8%). The mean number of medications for treating glaucoma was reduced from 1.18 preoperatively to 0.45 postoperatively. The visual acuities were remained or increased in all most of cases. There were 27.3% diffusion blebs and 72.7% functional blebs post-operation of 5 months. No complication is in operation and postoperation.

Conclusions: trabeculectomy combined AM transplantation is safe and effective. This is a good method of choice in uncontrollable glaucoma treatment.

Key words: trabeculectomy, amniotic membrane transplantation.

Phẫu thuật xử lý yếu tố lác đứng trong bệnh cảnh rối loạn vận nhãn cơ chéo

Hà Huy Tài*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: đánh giá kết quả phẫu thuật xử lý yếu tố lác đứng trên bệnh nhân (BN) có rối loạn vận nhãn (RLVN) cơ chéo.

Đối tượng và phương pháp: 150 BN từ 4 tuổi trở lên bị lác có yếu tố đứng kèm theo RLVN cơ chéo được khám tại Bệnh viện Mắt TW từ năm 1998- 2004.

Kết quả: đánh giá ở thời kỳ ngắn hạn: 72,7% đạt loại tốt; 20% loại khá và 7,3% không đạt. Kết quả tốt giảm dần theo thời gian sau PT: đánh giá ở thời kỳ trung hạn: 62,7% loại tốt; 27,5% loại khá; 9,8% không đạt. Ở thời kỳ dài hạn thì tỷ lệ tốt chỉ còn 58,6%; khá: 30,3% và 11,1% loại không đạt. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa loại tốt ở 3 thời kỳ đánh giá không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,08$). Tương tự, kết quả loại khá và không đạt có sự khác biệt nhưng cũng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,63$ và $p = 0,88$).

Kết luận: kết quả PT xử lý yếu tố lác đứng là khả quan. Kết quả PT tương đương với các nghiên cứu trên thế giới. Phẫu thuật xử lý yếu tố lác đứng rất đa dạng, khó và phức tạp, cần chọn lựa và kết hợp các phương pháp thích hợp với từng bệnh cảnh RLVN cơ chéo. Chỉ định PT là vấn đề quan trọng và khó nhất. Muốn làm tốt, đòi hỏi phẫu thuật viên phải có trình độ và nhiều kinh nghiệm trong đánh giá, chẩn đoán cũng như kỹ năng thực hành phẫu thuật.

Từ khoá: lác có yếu tố đứng, rối loạn vận nhãn cơ chéo, cơ chéo trên, cơ chéo dưới.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù các y văn đã đề cập rất nhiều đến các phương pháp và kết quả phẫu thuật (PT) lác, cả lác ngang lẫn lác đứng nhưng cho tới nay trong lĩnh vực PT xử lý lác đứng cũng như PT cơ chéo vẫn còn rất nhiều vấn đề chưa thống nhất, còn nhiều tranh luận giữa các nhà lác học trên thế giới. Ở Việt Nam, vài năm gần đây lĩnh vực PT cơ chéo và xử lý lác đứng mới được nghiên cứu và thực hiện tương đối có bài bản, tuy nhiên mới có rất ít kết quả được công bố và còn hạn chế về số lượng cũng như tầm vóc nghiên cứu. Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này hy vọng sẽ đánh giá kỹ hơn về kết quả điều trị PT một số RLVN cơ chéo trên BN Việt Nam và rút ra một số

chỉ định về xử lý độ lác đứng. Hầu hết rối loạn vận nhãn (RLVN) cơ chéo đều gây ra yếu tố lác đứng và thường kết hợp cùng lác ngang tạo nên lác chéo, nghĩa là đa số bệnh nhân có lác đứng hay lác chéo đều liên quan tới vấn đề RLVN cơ chéo. RLVN cơ chéo chiếm tỷ lệ khá lớn trong tổng thể các hình thái lác- RLVN, nhất là trong lác quy tụ ở trẻ em (khoảng 60%). Khoảng 15 đến 50% RLVN cơ chéo có kèm theo các hội chứng (HC) như HC chữ cái (HC chữ A, V, X...), HC Brown, HC lác đứng phân ly (DVD). Yếu tố đứng trong lác cơ năng và trong các hội chứng RLVN cần được xử lý tốt để đạt được thị giác hai mắt và sự cân bằng vận nhãn ở các hướng

|| * Bệnh viện Mắt Trung Ương

nhìn, ngoài mục tiêu cải thiện thẩm mỹ.

Trong khuôn khổ bài báo này chúng tôi xin trích đăng một phần nghiên cứu về RLVN cơ chéo kèm theo lác đứng với các mục tiêu: *đánh giá kết quả phẫu thuật xử lý độ lác đứng trên bệnh nhân có rối loạn vận nhãn cơ chéo.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Bệnh nhân (BN) từ 4 tuổi trở lên bị lác có RLVN cơ chéo kèm theo yếu tố lác đứng (có hoặc không độ lác ngang) được khám và phẫu thuật tại khoa Mắt trẻ em, Bệnh viện Mắt TW từ năm 2000.

2. Phương pháp

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

- Cỡ mẫu nghiên cứu: 150 bệnh nhân
 - Quy trình nghiên cứu: gồm các phần hỏi bệnh, thăm khám mắt đánh giá tình hình lác- vận nhãn trước PT, chỉ định PT, phẫu thuật, theo dõi và đánh giá sau phẫu thuật (đặc biệt chú ý các điểm: độ lác, tình trạng vận nhãn cơ chéo, tư thế nghiêng đầu, song thị, các hội chứng phối hợp), đánh giá kết quả PT ở 3 thời điểm sau mổ: ngắn hạn (2 tuần tới 1 tháng sau PT), trung hạn (1-6 tháng), dài hạn (trên 6 tháng) với các dữ kiện và tiêu chuẩn được định sẵn.

- Xử lý và phân tích số liệu: với chương trình Epi-info 6.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp phẫu thuật xử lý độ lác đứng

Bảng 1. Phẫu thuật xử lý độ lác đứng (tính theo người)

Độ lác đứng (Δ)	Bệnh nhân		PT cơ chéo (CC)				PT cả cơ chéo và cơ trực đứng (CTĐ)							
			1 CC		>1 CC		1 CC + 1 CTĐ		2 CC + 1 CTĐ		1 CC + 2 CTĐ		2 CC + 2 CTĐ	
	n	%*	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<10	27	18	15	55,6	12	44,4								
10-15	45	30	3	6,7	18	40	10	22,2	7	15,5	4	8,9	3	6,7
16-19	48	32			4	8,3	17	35,4	14	29,2	8	16,7	5	10,4
>19	30	20			2	6,7	7	23,3	4	13,4	10	33,3	7	23,3
T. số	150	100	18	12	36	24	34	22,7	25	16,6	22	14,7	15	10

*% này được tính theo hàng dọc, các % khác tính theo hàng ngang.

Nếu tính theo số lượng cơ chéo và cơ trực đứng được PT thì:

+ Có 18 BN phải PT 1 cơ chéo (12 %).

+ 36 BN phải PT hơn 1 cơ chéo (2 hoặc 3 cơ chéo vì có thể cả cơ chéo dưới và cơ chéo trên) (24 %).

+ 34 BN phải PT 1 cơ chéo và 1 cơ trực đứng (22,7 %).

+ 25 BN phải PT 2 cơ chéo và 1 cơ trực đứng (16,6 %).

+ 22 BN phải PT 1 cơ chéo và 2 cơ trực đứng (14,7 %).

+ 15 BN phải PT trên 3 cơ (2 cơ chéo và 2 cơ trực đứng) (16,6 %).

2. Kết quả phẫu thuật

2.1. Kết quả phẫu thuật xử lý yếu tố lác đứng

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật lác đứng theo 3 thời kỳ theo dõi sau PT

Phân loại kết quả PT theo độ lác đứng (Δ)	Độ lác đứng sau PT theo 3 thời kỳ						χ^2	P
	Ngắn hạn		Trung hạn		Dài hạn			
	n	%	n	%	n	%		
Tốt ($< 6^\Delta$)	109	72,7	89	62,7	85	58,6	4,95	0,08
Khá ($6-12^\Delta$)	30	20	39	27,5	44	30,3	0,92	0,63
Không đạt ($>12^\Delta$)	11	7,3	14	9,8	16	11,1	0,25	0,88
Tổng số	150	100	142 (*)	100	145 (*)	100		

Thống kê được tính theo người, dựa vào mắt có độ lác đứng cao nhất.

(*): có 8 người không đến khám lại trong thời kỳ trung hạn (5,3%) và 5 người không đến khám lại trong thời kỳ dài hạn (3,3%).

-150 BN được đánh giá ở thời kỳ theo dõi ngắn hạn sau PT: có 72,7% đạt loại tốt; 20% loại khá; 7,3% “không đạt”.

-Ở thời kỳ theo dõi trung hạn, có 142 BN tới khám lại (94,7% số BN được mổ lần 1): 62,7% đạt loại tốt; 27,5% đạt loại khá; 9,8% loại “không đạt”. Trong thời kỳ này có 11 người được PT bổ sung (là những người PT lần đầu có kết quả thuộc loại “không đạt”) và hầu hết những BN này về sau đều có kết quả loại tốt, tuy nhiên, còn 2 BN sau này vẫn phải mổ thêm lần 3.

-Ở thời kỳ theo dõi dài hạn, có 145 BN tới khám lại (96,7% số BN được mổ lần 1): 58,6% loại tốt; 30,3% loại khá; 11,1% không đạt. Trong thời kỳ này có 3 người được PT bổ sung trong đó có 2 BN phải PT lần 3.

-Kết quả loại tốt có xu hướng giảm dần theo 3 thời kỳ đánh giá sau PT từ 72,7% xuống 62,7% và 58,6% (với $p = 0,08$). Tương tự, kết quả loại khá và không đạt cũng có sự khác biệt nhưng cũng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,63$ và $p = 0,88$).

2.2. So sánh độ lác đứng theo 3 thời kỳ theo dõi sau PT

Bảng 3. Độ lác đứng trung bình còn sau phẫu thuật (theo hình thái lác)

Hình thái lác	Độ lác trung bình (Δ) ở các thời kỳ theo dõi		
	Ngắn hạn	Trung hạn	Dài hạn
Lác chéo trong	3,4	4,3	6,0
Lác chéo ngoài	3,7	4,7	6,4
Lác đứng	2,8	3,3	4,5

Lác đứng có xu hướng tái phát theo thời gian sau PT đối với tất cả các hình thái lác. Lác đứng đơn thuần có độ lác trung bình sau PT thấp nhất ở cả 3 thời kỳ theo dõi sau đó đến hình thái lác chéo trong và cuối cùng là lác chéo.

2.3. So sánh độ lác đứng trung bình trước

Bảng 4. So sánh độ lác đứng trung bình trước và sau PT theo hình thái lác

Hình thái lác Độ lác đứng trung bình (Δ)	Lác chéo trong	Lác chéo ngoài	Lác đứng	Chung các hình thái
Trước phẫu thuật	18,0	17,5	18,1	18,2
Sau phẫu thuật	6,0	6,4	4,5	6,1
Độ lác (và %) giảm được sau phẫu thuật	12,0 (67,7 %)	11,1 (63,4%)	13,6 (75,1%)	12,1 (66,5%)
P (test)	0,003	0,004	0,002	0,003

- Độ lác đứng trung bình giảm được sau PT chung cho các hình thái lác là 12,1 Δ (66,5%).

- Sau PT ở cả 3 hình thái lác độ lác đều giảm từ 11,1 Δ đến 13,6 Δ , sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với P < 0,01 cho cả 3 hình thái lác.

IV. BÀN LUẬN

Trong lác cơ năng ở trẻ em, độ lác đứng là một yếu tố rất quan trọng cần xử lý triệt để nhằm phục hồi chức năng thị giác hai mắt và duy trì sự cân bằng lâu dài của nhãn cầu sau PT. Trên BN lác chéo (vừa có lác ngang vừa có yếu tố đứng) nếu PT giải quyết tốt yếu tố lác ngang mà vẫn còn yếu tố đứng (do PT chưa khử hết độ lác đứng) thì một thời gian sau PT có thể BN bị tái phát lác ngang (các tác giả gọi là lác chạy). PT xử lý độ lác đứng rất khó về mặt định lượng cũng như lựa chọn giải pháp can thiệp phù hợp vì nó liên quan nhiều tới cơ trục đứng và cơ chéo là những cơ phức tạp hơn rất nhiều so với các cơ trục ngang cả về giải phẫu sinh lý vận nhãn cả về bệnh học lâm sàng gây ra, hơn nữa khi PT còn phải kết hợp xử lý đồng thời cả các hội chứng kèm theo. Với lác ngang, các tác giả nước ngoài và cả trong nước đã đưa ra được bảng định lượng tiêu chuẩn cho PT lác và có một sự thống nhất tương đối cao, còn đối với lác đứng thì chưa ai đưa ra được một bảng định lượng PT nào. Kể từ khi các phương pháp PT xử lý lác đứng mới ra đời cho tới nay các tác giả liên tục tranh luận, bàn cãi và sáng tạo các phương

pháp PT mới cũng như đưa ra cách tính toán để giải quyết độ lác đứng.

Tất cả bệnh nhân có RLVN cơ chéo bao gồm cả những người có kèm theo các HC trong nghiên cứu của chúng tôi đều có độ lác đứng, có khi chỉ rất nhỏ (5 Δ) nhưng có khi cũng rất cao (80 Δ), trung bình là 18,2 Δ .

Theo cách phân loại của Helveston EM. chúng tôi chia BN lác đứng thành 4 nhóm: mức độ nhẹ: 18%; mức độ trung bình: 30%; mức độ nặng: 32%, mức độ rất nặng: 20%

Bảng 1 cho biết các phương pháp và số lượng cơ được PT để xử lý độ lác đứng theo 4 nhóm BN có độ lác đứng nặng dần. Nhìn chung độ lác đứng càng lớn thì càng phải PT nhiều cơ. PT đồng thời nhiều cơ trục đứng cũng có tác dụng cộng hưởng theo quy luật Alverot giống như trong lác ngang.

Bảng 2 cho thấy kết quả PT ở 3 thời kỳ theo dõi hậu phẫu: thời kỳ ngắn hạn, trung hạn và dài hạn. Chúng tôi quan tâm nhất tới kết quả được đánh giá ở thời kỳ theo dõi dài hạn sau PT với 3 mức độ như sau:

- Kết quả loại tốt: độ lác đứng còn lại sau PT dưới 6 Δ : 58,6%.

- Kết quả khá: độ lác đứng còn lại dưới 6-12^Δ: 30,3%.

- Kết quả không đạt: độ lác đứng còn trên 12^Δ: 11,1%. Có 16 người ở mức không đạt nhưng thực ra 10 người đã được PT bổ sung ngay từ thời kỳ trung hạn và sau đó đã đạt kết quả tốt và khá, nhưng để thống kê chung có tính hợp lý giữa các thời kỳ nên chúng tôi không trừ đi con số đó.

Kết quả PT đạt loại tốt giảm dần theo thời gian sau PT từ 72,7% ở thời kỳ ngắn hạn xuống 62,7% ở thời kỳ trung hạn và 58,6% ở thời kỳ dài hạn, nghĩa là lác đứng có xu hướng tái phát tăng dần theo thời gian, nhất là đối với những người không có thị giác hai mắt. Chúng tôi thấy điều này cũng giống như kết quả PT lác ngang, nhất là kết quả trong 1 tuần đầu sau PT sẽ thay đổi khá nhiều về sau. Ngược lại, kết quả loại khá lại tăng dần theo thời gian (số liệu ở 3 thời kỳ là: 20%; 27,5%; 30,3% cho riêng mỗi loại), bởi vì có một số người từ loại tốt sẽ giảm xuống thành loại khá theo thời gian sau PT và tương tự như vậy thì tỷ lệ loại “không đạt” cũng tăng dần theo 3 thời kỳ (7,3; 9,8 và 11,1% riêng cho mỗi loại). Tuy vậy, sự khác biệt về kết quả giữa 3 thời kỳ sau PT đều không có ý nghĩa thống kê với p đều > 0,05.

Tham khảo một số kết quả PT lác đứng của các tác giả khác:

- Simons BD. nghiên cứu trên 2 nhóm bệnh nhân: nhóm 1 (chỉ PT 1 cơ): 68% loại tốt; 16% loại khá và 16% không đạt; nhóm 2 (PT trên 1 cơ): 49% loại tốt; 22% loại khá và 29% không đạt.

Kết quả nhóm 1 tốt hơn vì độ lác đứng trung bình nhỏ hơn nhóm 2. Tuy nhiên tiêu chuẩn xếp loại đánh giá của ông khắt khe hơn các tác giả khác. Loại tốt: 0-3^Δ ; khá: 4-7^Δ và không đạt là trên 7^Δ.

- Kutschner PJ. và Scott WE.: 86% đạt loại tốt.

- Morad Y. và CS.: loại tốt và khá từ 75- 85% tùy theo phương pháp PT.

- Helveston EM.: 76% đạt loại tốt.

So với kết quả của các tác giả khác thì kết quả của chúng tôi đạt loại tốt và khá là 88,9% (tốt là 58,6%) cũng không phải là cao. Tuy nhiên khó có thể so sánh chính xác các kết quả của các tác giả khác nhau vì có nhiều yếu tố không đồng nhất: tình trạng bệnh lý của BN, phương pháp phẫu thuật, cách thức và tiêu chuẩn đánh giá...

*** So sánh độ lác đứng theo 3 thời kỳ đánh giá sau phẫu thuật**

Độ lác đứng trung bình còn lại sau PT (theo hình thái lác) được chỉ ra trong bảng 3. BN được chia theo 3 hình thái lác chính, BN lác đứng đơn thuần có độ lác đứng trung bình sau PT nhỏ nhất ở cả 3 thời kỳ theo dõi (2,8; 3,3 và 4,5^Δ cho riêng mỗi thời kỳ sau PT), tiếp theo là lác chéo trong (3,4; 4,3 và 6,0^Δ) và cuối cùng là lác chéo ngoài (3,7; 4,7 và 6,4^Δ), chúng tôi cho rằng kết quả này một phần liên quan tới tính chất phức tạp của từng loại lác và chỉ định PT được đặt ra. Kết quả trên cho thấy độ lác đứng có xu hướng tái phát tăng dần theo thời gian sau PT đối với tất cả các hình thái lác.

*** So sánh độ lác đứng trung bình trước và sau phẫu thuật**

Bảng 4 cho thấy độ lác đứng trung bình trước và sau PT (thời kỳ theo dõi dài hạn) ở tư thế nguyên phát: chung cho tất cả các hình thái lác là 18,2^Δ và 6,1^Δ riêng cho mỗi loại, như vậy độ lác trung bình giảm được là 12,1^Δ. Trong 3 hình thái lác thì nhóm lác đứng đơn thuần có độ lác giảm được nhiều nhất (75,1%). Tiếp đó là nhóm lác chéo trong (67,7%) và cuối cùng là nhóm lác chéo ngoài (63,4%). Trong tất cả các các hình thái lác, sự khác biệt độ lác giữa trước và sau PT đều có ý nghĩa thống kê (p < 0,01).

Dưới đây là số liệu tham khảo của một số tác giả trên thế giới:

Bảng 5. Độ lác đứng trung bình trước và sau phẫu thuật

Tác giả	Độ lác trung bình trước PT ^(Δ)	Độ lác trung bình sau PT ^(Δ)	Độ lác trung bình giảm được ^(Δ)
Jones TW. (1984)	18	4	12
Morris RJ. (1992)	15	3,6	11,4
Simons BD. (1998)	14	4,3	9,7
Morad Y. et al (2001)	14,7	5,6	9,1
Yanyali A. et al. (2001)	22,5	4	18,5
Farvadin M. (2002)	17,2	2,2	15
H.H.Tài (2004)	18,2	6,1	12,1

BN của chúng tôi có độ lác đứng trước PT thuộc loại cao nhất, kết quả giảm độ lác sau PT thuộc loại khá (ở nhóm giữa). Các tác giả thường có nhận xét là nhóm có độ lác đứng càng cao thì tỷ lệ thành công sau PT càng thấp.

Tuỳ theo từng loại RLVN cơ chéo mà quyết định can thiệp PT bằng phương pháp nào và vào cơ nào sẽ có tác dụng giảm độ lác đứng cho riêng từng bệnh cảnh đó. Ví dụ: Farvadin M. cho rằng phương pháp lùi và chuyển chỗ bám của CCD ra trước có thể làm mất hạ xuống tối đa 25^Δ ở tư thế nguyên phát. Cooper và Sandall cho rằng phương pháp lùi CCD có thể làm giảm độ lác đứng khoảng 7^Δ ở tư thế nguyên phát và 12,3^Δ ở hướng nhìn về phía hoạt trường của cơ, còn theo Mittelman và Folk thì lùi CCD từ 10 đến 12mm có thể làm giảm độ lác đứng 9^Δ ở tư thế nguyên phát và nếu kết hợp cắt buồng CCD cùng với lùi cơ trực dưới mắt kia thì có thể giải quyết được trên 25^Δ ở tư thế nguyên phát. Morad và CS: lùi CCD 10mm giảm được trung bình 9,1^Δ ở tư thế nguyên phát. Toosi và Von Noorden thì thấy buồng CCD có thể làm giảm độ lác đứng 11,9^Δ. Saunders RA thấy gấp gân CCT kết hợp buồng CCD giảm được trung bình 24,5^Δ. Theo Helveston EM. thì can thiệp cơ chéo sẽ đạt được hiệu quả về độ lác đứng như sau:

- Làm yếu CCD sẽ giảm được từ 10^Δ trở xuống ở hướng nhìn nguyên phát và trên 20^Δ ở hướng nhìn về phía hoạt trường của cơ.
- Làm yếu CCT giải quyết được khoảng 5-10 ở

hướng nhìn nguyên phát.

- Làm khoẻ CCT sẽ giảm được dưới 15^Δ lác trên ở hướng nhìn nguyên phát.
- Lùi hoặc rút cơ trực đứng riêng biệt sẽ giải quyết được tối đa là 15^Δ. Kết hợp cả lùi và rút cả 2 cơ đó thì sẽ đạt 30^Δ.

Theo Maruo T. và CS: trong trường hợp liệt CCT bẩm sinh thì lùi 1mm cơ trực dưới có tác dụng giải quyết được 2,2^o; lùi 1mm cơ trực trên: 2,0^o ở tư thế nguyên phát, nhưng nếu liệt mắt phải thì chỉ khử được 1,7^o.

Chúng tôi cho rằng muốn phẫu thuật giải quyết tốt độ lác đứng phải xem xét và dựa vào các yếu tố sau:

- Độ lác ở tư thế nguyên phát, độ lác ở tư thế thứ phát.
- Chỉ có độ lác trên (trong hội chứng DVD hoặc một số trường hợp quá hoạt CCD 1 hay 2 mắt khi làm tét che mắt sẽ không có động tác trả từ dưới lên) hay có cả độ lác trên và dưới (với lác đứng thông thường thì khi làm tét che mắt luân phiên sẽ thấy 1 mắt trả trên xuống và 1 mắt trả dưới lên).
- Tình trạng quá hoạt cơ chéo và giảm hoạt cơ chéo, 1 mắt hay 2 mắt.
- Mức độ lác đứng.
- Các hội chứng kèm theo.

Đánh giá, phân tích các yếu tố trên để đi đến lựa chọn một giải pháp PT thích hợp cho mỗi loại bệnh lý có RLVN cơ chéo gây ra yếu tố lác đứng.

V. KẾT LUẬN

Công trình nghiên cứu này cho thấy kết quả PT xử lý yếu tố lác đứng là khả quan. Đánh giá ở thời kỳ ngắn hạn: 72,7% đạt loại tốt; 20% loại khá và 7,3% không đạt. Kết quả tốt giảm dần theo thời gian sau PT: ở thời kỳ trung hạn: 62,7% loại tốt; 27,5% loại khá; 9,8% không đạt; ở thời kỳ đánh giá dài hạn, thì tỷ lệ tốt chỉ còn 58,6%; khá: 30,3% và 11,1% loại không đạt. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa loại tốt ở 3 thời kỳ đánh giá không có ý nghĩa thống kê ($P = 0,08$). Tương tự, kết quả loại khá và không đạt cũng có sự khác biệt nhưng cũng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,63$ và $p = 0,88$). Nhìn chung các kết quả này cũng tương đương với các tác giả trên thế giới.

Phẫu thuật xử lý yếu tố lác đứng rất đa dạng khó và phức tạp, cần chọn lựa và kết hợp các phương pháp thích hợp với từng bệnh cảnh RLVN cơ chéo. Chỉ định PT mới là vấn đề quan trọng và khó nhất. Muốn làm tốt, đòi hỏi phẫu thuật viên phải có trình độ và nhiều kinh nghiệm trong đánh giá, chẩn đoán cũng như kỹ năng thực hành phẫu thuật ♦

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. DIAS C.S., GOLDCHMIT M. (1998), "Unilateral inferior oblique weakening for the correction of hypertropia in primary position", *AJO*, 48, pp. 131-135.
2. DONAHUE S.P ET AL (2001), "Skew deviation and inferior oblique palsy", *AJO*, 132(5), pp. 751-756.
3. ENGMAN JH. ET AL. (2001) "Efficacy of inferior oblique anterior transposition placement grading for dissociated vertical deviation" *Ophthalmology*, 108, 11, pp. 2045-2050.
4. HELVESTON E.M. (1996), "Surgical management of strabismus", *Ed. Mosby*.
5. HOYT C.S. (1996), *Strabismus Management*, Ed. Butterworth- Heinemann, 313 Washington str., Newton, USA. Chap. 10-16.
6. HUGONNIER R. ET HUGONNIER S. (1981), "Les strabismes horizontaux avec composante verticale", *Strabismes, Hétérophories et Paralysies oculomotrices*, Ed. Masson, pp. 156-233.
7. MORAD Y. ET AL. (2001), "Outcome of inferior oblique recession with or without vertical rectus recession for unilateral superior paresis" *Binocular Vision & Strabismus Quartely*, 16, pp. 23-28.
8. QUERE M.A. (1991), "Abord du probleme Etiopathogénique des facteurs verticaux", *Le praticien et les facteurs verticaux- colloque Nantes*.

SUMMARY

SURGICAL MANAGEMENT FOR VERTICAL STRABISMUS IN CONTEXT OF MOTILITY DISTURBANCE OF THE OBLIQUE MUSCLES

Objectives: *to assess the results of surgery for vertical strabismus in patients with motility disturbance of the oblique muscles.*

Method and patients: *prospective clinical trial study on 150 patients over 3 year old suffering from strabismus with vertical element operated in Institute of Ophthalmology from 1998 to 2004.*

Results: *72.7% of patients had good result, 20% belongs to fair and 7.3% belongs to bad result in the short term evaluation. The good results reduce by the post operation time: 62.7% in medium and 58.6% in long term assessment. However the differences were not significant statistically. Similarly, the fair and bad results were not significant different statistically between 3 stage evaluations after surgery.*

Conclusions: *the results of surgery was optimistic, similar with the results of some authors in the world. Surgical management for strabismus with vertical element is variable, difficult and and complicated. To decide a accurate and proper surgical indication is most difficult and important, demanding the eye doctors to have good knowledge and experience in assessment, diagnosis and surgical practice.*

Key words: *vertical strabismus, disturbance of the oblique muscle motility, superior oblique, inferior oblique.*

Một trường hợp lấy đa dị vật trong và dưới biểu mô giác mạc bằng microkeratome

Vũ Anh Lê*, Trần Hải Yến*
Phạm Thị Thủy Tiên*, Đặng Hồng Sơn*

TÓM TẮT

Giới thiệu một trường hợp đa dị vật giác mạc sâu được xử trí bằng phương pháp cắt phiến giác mạc nông (Superficial keratectome) sử dụng microkeratome. Thị lực của bệnh nhân (BN) cải thiện rất tốt, 5 tháng sau phẫu thuật thị lực có chỉnh kính là 9/10, thật sự mang lại hài lòng cho người bệnh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lấy đa dị vật giác mạc sâu nằm trong biểu mô và phần trên của nhu mô giác mạc là một thách thức lớn đối với các nhà nhãn khoa cũng như đối với sự phục hồi chức năng thị lực cho người bệnh. Đa dị vật giác mạc sâu hiếm gặp ở các nước có nền kinh tế phát triển cao và trình độ khoa học kỹ thuật tiên tiến như ở châu Âu, châu Mỹ. Ngược lại ở Việt Nam, di chứng sau chiến tranh do các loại trái nỏ còn sót lại, nên dị vật giác mạc sâu thỉnh thoảng vẫn xảy ra trong đời sống lao động sinh hoạt hàng ngày như trái nỏ ghim nhiều mảnh dị vật kim loại li ti hoặc nỏ lớp xe hơi cuốn theo bụi cát, đá ghim vào giác mạc.... Thường đa dị vật bắn và đi kèm theo bong giác mạc vì sức nóng của trái nỏ. Thông thường bệnh nhân đến nhập viện trong tình trạng thị lực giảm sút trầm trọng.

Từ trước đến nay người ta sử dụng các phương pháp lấy dị vật như sử dụng kim tiêm khều dị vật ra, dùng dụng cụ đánh bóng vòng ri sét, nam châm điện hút dị vật... Các phương pháp này có hiệu quả đối với dị vật đơn giản, nông trên biểu mô hoặc không quá nhiều dị vật trên giác mạc. Đối với đa dị vật li ti ghim sâu dưới biểu mô và phần trước nhu mô trên diện rộng, các phương pháp lấy dị vật thông thường ít hiệu quả do số lượng nhiều, không lấy hết, thủ

thuật xâm lấn, làm tổn thương giác mạc nặng nề. Vì vậy, cần tìm một kỹ thuật mới, sao cho dị vật được lấy đi một cách tối đa nhưng ít gây tổn thương giác mạc nhất. Chúng tôi đã tìm hiểu để ứng dụng phương pháp cắt phiến giác mạc nông (Superficial keratectome) bằng microkeratome thay vì lấy dị vật giác mạc theo lối thông thường. Việc điều trị mang tính sáng tạo, kết hợp kỹ thuật cao đã giúp cải thiện thị lực tốt và mang lại hài lòng cho người bệnh.

II. GIỚI THIỆU BỆNH ÁN

Bệnh nhân nam, 35 tuổi, nhà ở Lâm Đồng đến khám và được nhập viện ở Bệnh viện Mắt TP Hồ Chí Minh ngày 24/03/2008 trong tình trạng MP mờ nhiều, cộm, đỏ, và chảy nước mắt.

Cách nhập viện 10 ngày, BN đang đun bếp thì bị vật nỏ không rõ loại trong bếp lửa nỏ văng vào MP. BN đến khám và điều trị cấp cứu tại Bệnh viện Lâm Đồng với chẩn đoán đa dị vật giác mạc sâu do trái nỏ, điều trị với kháng sinh và giảm đau uống và nhỏ tại chỗ. Sau 10 ngày điều trị bệnh không cải thiện, BN được chuyển khám và điều trị ở Bệnh viện Mắt TP Hồ Chí Minh.

- *Tiền sử*: BN không có tiền căn chấn thương gì trước đó.

- *Khám lúc nhập viện*:

BN tỉnh táo, tiếp xúc tốt, tổng quát: sơ bộ không

|| * Bệnh viện Mắt TPHCM

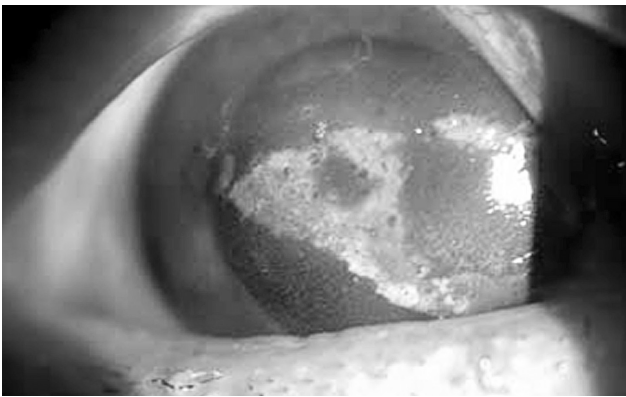
phát hiện gì bất thường.

-Khám mắt:

MT: bình thường, TL 10/10 . MP: thị lực: ĐNT 5m.

Soi SHV: đa dị vật kết mạc góc trong góc ngoài.

Tróc biểu mô giác mạc gần trung tâm đường kính khoảng 6x7mm, vô số dị vật giác mạc có ánh kim loại ghim sâu trong lớp biểu mô và nhu mô giác mạc. Lớp biểu mô cô đặc ngay trung tâm và cạnh trung tâm do bỏng nhiệt.



Hình 1. Đa dị vật giác mạc sâu có ánh kim loại nằm ở biểu mô, trong biểu mô và nhu mô giác mạc kèm theo bỏng lớp biểu mô giác mạc

1. Các xét nghiệm cận lâm sàng

-Siêu âm: dịch kính vẫn đục rải rác, không tìm thấy dị vật trong nhãn cầu.

-X quang: không thấy dị vật trong hốc mắt.

-Kết luận:

MP: đa dị vật giác mạc sâu dưới biểu mô và phần trước của nhu mô giác mạc kèm theo bỏng gây giảm thị lực trầm trọng không thể điều trị bằng phương pháp lấy dị vật giác mạc thông thường. Cần phải tiến hành phẫu thuật microkeratome cắt phiến giác mạc chứa đựng vô số dị vật và phần giác mạc bị cháy do bỏng.

2. Phẫu thuật lần thứ nhất

- Tiến hành:

+ Bóc lớp biểu mô giác mạc, kết mạc góc mũi

+ Lấy một số dị vật to trên lớp biểu mô bằng kim

và dụng cụ đánh bóng.

+ Rửa và chùi đi phần mô bỏng nông kèm theo dị vật bằng nước muối đẳng trương và tắm bông

Thủ thuật được tiến hành dưới kính hiển vi tại phòng mổ.

- Kết quả:

+ Kết mạc và giác mạc hết dị vật nông, còn nhiều dị vật giác mạc sâu li ti nằm dưới biểu mô và phần trước nhu mô giác mạc hòa quyện vào thành phần giác mạc.

+ Mắt bớt cộm, nhưng còn mờ do thị lực không cải thiện.



Hình 2. Sau khi lấy một số dị vật giác mạc trên lớp biểu mô. Còn lại đa dị vật giác mạc sâu li ti trong biểu mô và nhu mô giác mạc kèm phần biểu mô cô đặc do bỏng.

3. Phẫu thuật lần thứ hai (cắt bỏ phiến giác mạc nông bằng microkeratome)

- Tiến hành:

+ Tê tại chỗ.

+ Bóc toàn bộ biểu mô giác mạc bề mặt chưa vùng sát rìa.

+ Cắt phiến giác mạc trước chiều dày 200µm bằng microkeratome, vạt rời (free flap).

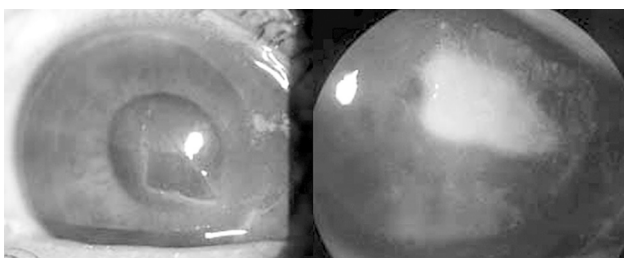
+ Đặt kính tiếp xúc.



Hình 3. Mảnh vật giác mạc kèm vô số dị vật li ti trong nhu mô trước

- Kết quả ở ngày thứ 5, sau mổ lần 2:

- + Mí mắt kết mạc không phù nề.
- + Giác mạc trong hơn, hầu hết các dị vật giác mạc sâu và phần mô bỏng đã được lấy đi.
- + Khuyết mô trung tâm ít, giảm sẹo mờ.
- + Tiền phòng (+), sạch.
- + Đồng tử 2mm, pxas (+).
- + Thị lực cải thiện rõ 1/10 kính lỗ 2/10.



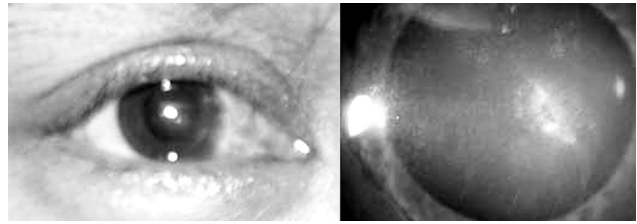
Hình 4. Hậu phẫu ngày thứ 5, giác mạc trong hơn, còn khuyết mô trung tâm

BN được xuất viện điều trị ngoại trú, theo dõi hàng tuần, hàng tháng, đánh giá thị lực, nhỏ kháng sinh, nước muối và nước mắt nhân tạo.

- Kết quả sau mổ 1 tháng:

- + Giác mạc lành, sẹo mỏng, hết dị vật.
- + Tiền phòng (+), sạch.

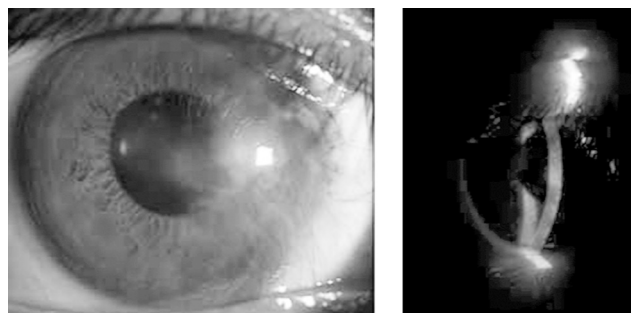
- + Đồng tử 2mm, pxas (+).
- + Thị lực cải thiện 2/10.



Hình 5. Hậu phẫu 1 tháng, sẹo giác mạc mỏng mờ

- Kết quả sau mổ 5 tháng:

- + Giác mạc lành, sẹo mỏng.
- + Tiền phòng (+), sạch.
- + Đồng tử 2mm, pxas (+).
- + Thị lực cải thiện 9/10 với điều chỉnh kính.



Hình 6. Hậu phẫu sau 5 tháng, sẹo giác mạc mỏng mờ, giác mạc trong hơn

III. NHẬN XÉT - BÀN LUẬN

Đây là trường hợp đa dị vật kết giác mạc sâu phức tạp nguyên nhân do trái nổ, với nhiều mảnh kim loại nhỏ li ti ghim sâu vào trên, trong và dưới biểu mô giác mạc diện khá rộng chiếm gần hết diện tích bề mặt giác mạc đặc biệt là vùng giác mạc trung tâm kèm theo bỏng nhiệt gây giảm thị lực trầm trọng.

Không thể giải quyết lấy dị vật giác mạc bằng các phương pháp thông thường, cần phải tiến hành phẫu thuật thêm cắt phần giác mạc chứa đựng vô số dị vật và phần giác mạc trung tâm bị cháy do bỏng để phục hồi thị lực và phối hợp điều trị phẫu thuật cắt giác mạc bằng microkeratome.

Sử dụng microkeratome cắt bỏ đi phần giác mạc trước đã bị bong cô đặc và trộn lẫn với vô số đa dị vật giác mạc li ti là sự lựa chọn khoa học đầy tính sáng tạo của các bác sĩ 2 khoa chấn thương và khúc xạ. Ứng dụng nhiều công trình nghiên cứu của các tác giả trên thế giới đã sử dụng Laser cắt gọt phần giác mạc trước trong điều trị các bệnh lý giác mạc như: bệnh lý giác mạc bong, thoái hóa giác mạc, bệnh lý giác mạc dải băng, sẹo giác mạc sau mổ mổ màng thịt... đều thu được kết quả khả quan. Nhìn vào kết quả chung cuộc, thị lực của BN cải thiện rất tốt, 5 tháng sau phẫu thuật thị lực có chỉnh kính là 9/10, thật sự mang sự hài lòng cho người bệnh.

Bảng. Kết quả thị lực đạt được sau điều trị

Thời gian	Thị lực MP (TLKK/TLCK)	Khúc xạ
Nhập viện	Đnt 5m	Không đo được
Xuất viện	0,1 / 0,2	Kính lõ
HP 1 tháng	0,2 / 0,2	+ 0,75 (-1,75 x 5)
HP 2 tháng	0,2 / 0,5	Plano (- 2,00 x 175)
HP 3 tháng	0,5 / 0,6	+ 1,00 (-2,25 x 165)
HP 5 tháng	0,5 / 0,9	+ 3,50 (- 0,50 x 90)

Việc cắt bỏ 200 μ m chiều dày giác mạc bao gồm biểu mô và gần 1/3 nhu mô có thể chấp nhận được về mặt cấu trúc và sinh lý vì sử dụng dao cắt tự động microkeratome, đường cắt mịn, chính xác, nhẹ nhàng không làm xáo trộn sự sắp xếp đồng nhất của sợi collagen, tế bào nhu mô giác mạc và chất nền mucopolysacharid, giữ nguyên vẹn tính trong suốt của nhu mô giác mạc còn lại.

Sử dụng microkeratome cắt giác mạc nhu mô trước để lấy đa dị vật nhu mô nông, diện rộng là phương pháp điều trị rất hiệu quả cho trường hợp chấn thương này, với thị lực chung cuộc sau 5 tháng điều trị là 9/10 có chỉnh kính. Tuy nhiên việc cắt nhu mô trước cũng cần phải cân nhắc vì gây ra thay đổi độ khúc xạ, phát sinh viễn thị do giác mạc bị dẹt hơn vì chiều dày giác mạc mỏng đi. Điều này phải tính đến việc đeo kính sát tròng hoặc đặt kính nội nhãn điều chỉnh độ viễn thị sau này. Trong trường hợp trên thì đây là cách duy nhất để cứu vãn và cải thiện thị lực cho BN tránh biến chứng nhiễm độc kim loại do dị vật gây ra do chấn thương.

Cắt bỏ phần giác mạc thừa lại từ 1 đến 2 mm quanh chu vi rìa để bảo vệ tế bào gốc giác

mạc nguyên vẹn giúp lành sẹo biểu mô tốt.

Không có biến chứng xảy ra trong phẫu thuật và thời gian hậu phẫu, BN không phản nản về cộm xốn hay chói mắt.

IV. KẾT LUẬN

Laser Excimer sử dụng microkeratome cắt bỏ phần giác mạc trước áp dụng trong lấy đa dị vật li ti ở giác mạc sâu nằm trong biểu mô và nhu mô giác mạc là chỉ định đúng đắn. Phẫu thuật có tính chính xác, mang lại hiệu quả điều trị cao, phục hồi được thị lực tốt cho BN. Nên áp dụng kỹ thuật cao này cho những trường hợp chấn thương đa dị vật giác mạc sâu khó, phức tạp và tiên lượng nặng và không thể xử lý lấy dị vật bằng phương pháp thông thường được vì không mang lại hiệu quả. Tuy nhiên cũng cần cân nhắc kỹ về phẫu thuật cho từng trường hợp vì có sự thay đổi khúc xạ, phát sinh viễn thị sau phẫu thuật. Quyết định ứng dụng kỹ thuật này còn tùy thuộc mức độ nông sâu của dị vật, cũng như chiều dày giác mạc nguyên thủy, cần lưu ý giác mạc khi bị tổn thương thường phù nề và chiều dày đo được có thể cao hơn thực tế. Phẫu thuật nên tiến hành ở những bệnh viện chuyên khoa mắt đầu ngành nơi

có chuyên khoa sâu, máy móc hiện đại, kỹ thuật cao và có sự phối hợp đồng bộ về chẩn đoán và điều trị giữa hai khoa chấn thương và khúc xạ như ở Bệnh viện Mắt TP Hồ Chí Minh ♦

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. BROWN N, CLEMETT R, GREY R. Corneal rust removal by electric drill. Clinical trial by comparison with manual removal. *BrJ Ophthalmol* 1975; 59: 586.
2. SRIDHAR MS, RAPUANO CJ, COSAR CB, ET AL. Phototherapeutic keratectomy versus diamond burr polishing of Bowman's membrane in the treatment

of recurrent corneal erosions associated with anterior basement membrane dystrophy *Ophthalmology* 2002; 109:674-9.

3. TRẦN HẢI YẾN, ĐINH TRUNG NGHĨA, PHẠM NGUYỄN HUÂN: Điều trị bệnh lý giác mạc dải băng có kèm tật khúc xạ bằng Laser Excimer 2007, 11 (1): 199-203.

4. AZAR DT, STEINERT RF, STARK WJ. Excimer Laser Phototherapeutic Keratectomy. Management of scar, dystrophies, and PRK complications, Williams & Wilkins, 1st Edition 1977. p 104.

5. KANSKI JJ, Clinical ophthalmology, Butter worth Heinrman, 5th edition 2003, pp 122,123.

SUMMARY

A case of various foreign bodies in deep cornea was treated by superficial keratectomy using automatic microkeratome. Patient's visual acuity improved very well. Best corrected visual acuity was 0.9 five month post operation, giving pleasure for patient.

So sánh kích thước lỗ hoàng điểm đo bằng chụp cắt lớp võng mạc, chụp ảnh đáy mắt và khám lâm sàng

Người dịch: Trần Văn Hà*; Nguyễn Kiếm Hiệp**

Comparison of macular hole size measured by optical coherence tomography, digital photography and clinical examination

(Tạp chí Nature Publishing Group, eyes 2008 Jan;22: 87-90)

SE Benson, PG Schottmann, C Bunce and
DG Charteri

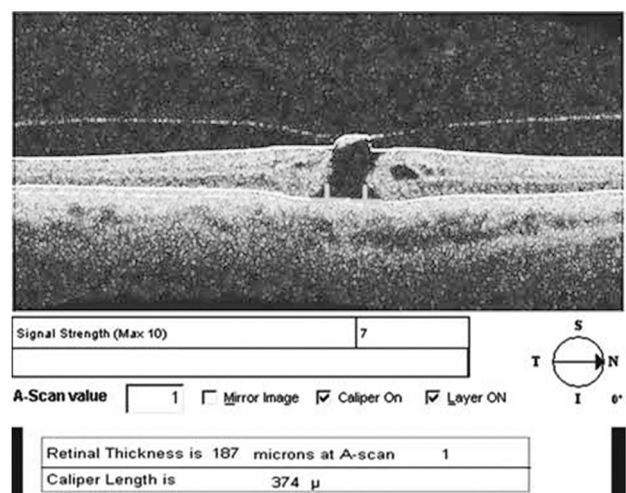
GIỚI THIỆU

Kích thước lỗ hoàng điểm là một chỉ số tiên lượng cho kết quả thị lực và sự thành công về giải phẫu của phẫu thuật. Có rất nhiều phương pháp dùng để đo kích thước lỗ hoàng điểm, bao gồm: chụp cắt lớp võng mạc (Optical coherence tomography_OCT), chụp ảnh kỹ thuật số và quét laser qua máy soi đáy mắt. Nghiên cứu này được thực hiện để đánh giá khả năng lặp lại kết quả giữa các lần chụp OCT và chụp ảnh kỹ thuật số và xác định mối liên quan giữa 2 phương pháp này với đánh giá lâm sàng.

PHƯƠNG TIỆN VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân được phẫu thuật lỗ hoàng điểm và được theo dõi 18 tháng tại Bệnh viện Mắt Moorfields. Tất cả bệnh nhân được chụp OCT bởi máy STRATUSOCT 3000 (Zeiss Humphrey Instrument, dublin, CA, USA), chụp OCT với chế độ “6X6 radial line” và hình ảnh đáy mắt được chụp bởi máy chụp ảnh võng mạc kỹ thuật số TRC 501A, chụp một ngày trước phẫu thuật. Chụp OCT được cho là có chất lượng tốt và được sử dụng khi tất cả 6 hình ảnh có tín hiệu lớn hơn 35 db, hơn 95% sự chấp nhận của đường quét và cường độ tín hiệu là 5 hoặc nhiều hơn khuyến cáo của nhà sản xuất. Tất cả 6 hình ảnh được kiểm tra bởi một bác sĩ mắt có kinh nghiệm về đọc OCT. Kích thước lỗ hoàng điểm sử dụng compa ngoài trong phần phân tích chiều dày võng mạc (hình 1). Đường quét qua khoảng cách rộng nhất giữa các bờ của lỗ thể hiện chính xác nhất khả năng đại diện cho đường kính thực sự của lỗ hơn là kích thước đo ngoài trung tâm. Điều này đặc biệt

thích đáng với nhiều bệnh nhân lỗ hoàng điểm có ám điểm trung tâm hoặc định thị trung tâm kém. Từ khoảng cách ngắn nhất đường quét được chọn trên bề dày tổn thương được xác định là kích thước của lỗ như mô tả của các nghiên cứu trước đây. Một chuyên gia có kinh nghiệm trong lĩnh vực chẩn đoán



Hình 1. Kích thước lỗ hoàng điểm đo bằng phương pháp OCT

*Khoa Mắt - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

**Bệnh viện Mắt Trung ương

hình ảnh, sử dụng hệ thống phần mềm kỹ thuật số IMAGENet (Topcon, America Corporation, Paramus, NJ, USA) để phân tích hình ảnh đáy mắt cho mỗi bệnh nhân. Nếu có nhiều ảnh được chụp sẽ đánh giá ảnh có chất lượng tốt nhất. Hình ảnh được coi là có chất lượng tốt nhất khi nhìn thấy các lớp sợi thần kinh võng mạc. Tất cả hình ảnh trong phạm vi 350, hai chiều (hình ảnh nổi không được sử dụng), với 1024 điểm ảnh trên linch phân giải (ppi), và được xem trong chế độ màu. Cả 2 đường kính ngang và dọc được đo và ghi lại cho mỗi ảnh (hình 2). Trung bình đường kính dọc và ngang của mỗi ảnh cho kết quả đường kính của bệnh nhân. Phẫu thuật viên (tổng số 4 người) được hỏi về ước lượng đường kính lỗ trong mối liên quan với kích thước đĩa thị với trị số gần nhất là 50 μm trong lúc phẫu thuật, sử dụng hệ thống soi góc BIOM hoặc kính tiếp xúc Machermer.



Hình 2. Phép đo đường kính lỗ hoàng điểm qua hình ảnh kỹ thuật số

Để đánh giá thống nhất giữa các phương pháp đo, chúng tôi sử dụng kỹ thuật Bland và Altman. Để đánh giá lặp lại, chúng tôi thực hiện đo lại kích thước lỗ hoàng điểm bằng cách phân tích hình ảnh chụp kỹ thuật số và chụp OCT lần hai cho mỗi bệnh

nhân. Không lặp lại ước lượng của phẫu thuật viên vì phẫu thuật viên không thể lặp lại ước lượng của họ trong quá trình phẫu thuật. Tất cả các phân tích số liệu thống kê được sử dụng phần mềm STATA phiên bản 7. Chúng tôi cam đoan những quy định hiện hành và những quy định của chính phủ liên quan đến đạo đức con người, việc sử dụng tình nguyện viên đều đã được cho phép trong nghiên cứu này.

KẾT QUẢ

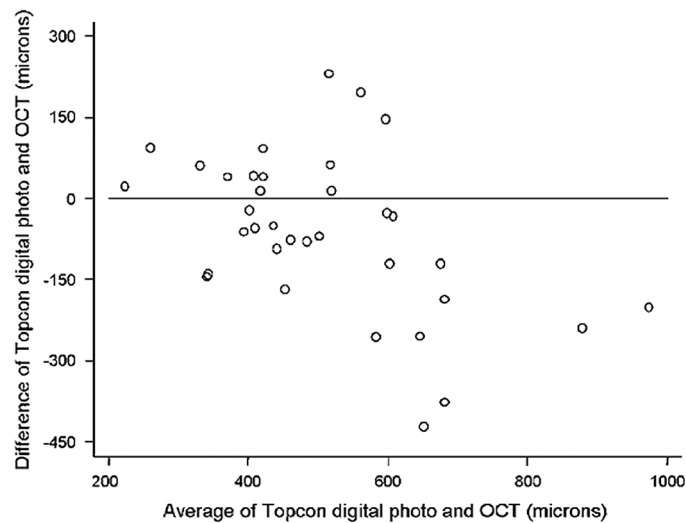
Có 50 bệnh nhân được tuyển chọn, trong đó có 3 bệnh nhân không được chụp ảnh kỹ thuật số và 11 bệnh nhân không được ước lượng kích thước lỗ của phẫu thuật viên và 3 bệnh nhân không được chụp OCT. Kích thước trung bình của lỗ hoàng điểm đo bằng OCT là 512 μm (212- 1073 μm). Kích thước trung bình ước lượng của lỗ hoàng điểm đo bằng kỹ thuật số là 578 μm (153,5 - 996 μm). Kích thước trung bình của lỗ hoàng điểm ước lượng của phẫu thuật viên là 400 μm (100-800 μm).

LẶP LẠI KẾT QUẢ

Không có bằng chứng về sai số hệ thống giữa kết quả đo lặp lại của kích thước lỗ hoàng điểm bằng kỹ thuật số (47 bệnh nhân, $P=0,36$) hoặc đo bằng OCT (47 bệnh nhân $p=0,58$). Khoảng giới hạn 95% của mối liên quan giữa các lần đọc ảnh là từ -36,99 đến 32,31 và của OCT là -121,66 đến 112,22.

SO SÁNH CÁC ĐÁNH GIÁ

Có bằng chứng về sai số hệ thống giữa việc đo lỗ hoàng điểm của chụp ảnh kỹ thuật số và phẫu thuật viên, với hình ảnh kỹ thuật số đọc được kết quả hầu như cao hơn so với ước lượng của phẫu thuật viên (37 bệnh nhân, khác biệt trung bình 173,3 μm , $p<0,001$). Tương tự đo bằng OCT thường cao hơn phẫu thuật viên (37 bệnh nhân, sự khác biệt trung bình 153,3 μm , $p<0,001$). Khoảng giới hạn 95% mối liên quan của hình ảnh kỹ thuật số và phẫu thuật viên là -179 đến 526,4 μm , và OCT với phẫu thuật viên là -209,4 đến 509,9 μm . Hình 3 minh họa, trong khi hình ảnh kỹ thuật số đo được có xu hướng lớn hơn kết quả của OCT ở những lỗ hoàng điểm nhỏ. Trái lại với các lỗ hoàng điểm lớn kết quả đo bằng



Hình 3. Mối liên quan giữa các phép đo bằng OCT và chụp ảnh kỹ thuật số

kỹ thuật số lại thấp hơn so với OCT. Nhìn chung có bằng chứng sai số hệ thống với giá trị trung bình khác nhau là $-61 \mu\text{m}$, $p=0,02$. Khoảng giới hạn 95% về mối liên quan trong phạm vi $-349,7$ đến $227,7 \mu\text{m}$.

Với những lỗ hoàng điểm nhỏ hơn (phía trái của đường nằm ngang), có xu hướng là các phép đo bằng chụp ảnh thì cao hơn các phép đo bằng OCT (những điểm nằm phía trên đường ngang), ngược lại với các lỗ lớn hơn thì các phép đo bằng chụp ảnh lại thấp hơn so với các phép đo bằng OCT (những điểm nằm dưới đường ngang).

BÀN LUẬN

Việc đánh giá chính xác kích thước lỗ hoàng điểm quan trọng cho cả việc nghiên cứu và hướng dẫn theo dõi lâm sàng, kích thước của lỗ đã ảnh hưởng đến thành công của phẫu thuật về giải phẫu và thị lực. Nghiên cứu này đã được tiến hành để xác định mức độ liên quan giữa các phương pháp thông thường đo kích thước lỗ hoàng điểm (OCT, chụp ảnh kỹ thuật số và khám lâm sàng), kết quả cho thấy trong khi OCT và chụp ảnh kỹ thuật số cho kết quả lặp lại rất tốt, hai phương pháp không có mối liên quan cao trong đánh giá kích thước lỗ hoàng điểm. OCT và chụp ảnh kỹ thuật số có tính trực giác ít chủ quan hơn so với ước lượng trên lâm sàng, có thể được trông đợi mối liên quan chặt chẽ hơn của 2 phương pháp so với ước lượng của phẫu thuật viên.

Tuy nhiên, phân tích OCT và chụp ảnh kỹ thuật số không phải hoàn toàn khách quan: với OCT, compa ngoài phải được đặt bởi người đo, giống như vậy chụp ảnh kỹ thuật số người đo phải chọn điểm đo khởi đầu và kết thúc. Nghiên cứu chi tiết các điểm ảnh của hình ảnh kỹ thuật số có thể cho đánh giá kích thước lỗ khoa học và chính xác hơn, tuy nhiên sẽ tốn thời gian và không thực tế lâm sàng, đáng chú ý là hình ảnh kỹ thuật số có xu hướng cho kết quả kích thước lỗ lớn hơn so với OCT ở các lỗ hoàng điểm nhỏ và ngược lại cho kích thước lỗ nhỏ hơn ở các lỗ hoàng điểm lớn. Có thể ở những bệnh nhân lỗ hoàng điểm lớn đường quét (cắt) của OCT qua vùng ám điểm trung tâm lớn hơn do đó kết quả sai số lớn hơn trong việc đo kích thước lỗ. Kết quả của chúng tôi cho thấy trên lâm sàng đánh giá kích thước lỗ thấp hơn OCT và chụp ảnh kỹ thuật số, có thể vì ánh sáng phản chiếu từ quanh lỗ hoặc mô dọc bờ lỗ.

Việc thống kê đánh giá mối liên quan giống như mô tả của Bland và Altman đã được chọn do được áp dụng đo trực tiếp không gây ảnh hưởng xấu là những khó khăn hay không thể thực hiện (trong trường hợp này trực tiếp đo lường lỗ hoàng điểm). Theo giá trị thực của ẩn số chúng tôi sử dụng phương pháp đánh giá gián tiếp và đây là đánh giá theo cặp (OCT, chụp ảnh kỹ thuật số và khám lâm sàng). Bland và Altman cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc

lặp lại trong việc đánh giá mối liên quan của các phương pháp bởi vì một phương pháp ít lặp lại sẽ không bao giờ được chấp nhận như các phương pháp khác. Lý tưởng cho việc đánh giá mối liên hệ như mô tả sẽ có các quan sát viên cùng tham gia vào phép đo để tránh những sai số quan sát. Tuy nhiên, vì kỹ năng và kinh nghiệm đòi hỏi ở mỗi phương pháp khác nhau, các phép đo trong nghiên cứu này được thực hiện bởi các cá nhân khác nhau. Quan sát viên khác nhau cũng được giới thiệu là những phẫu thuật viên khác nhau (tổng số là 4), đánh giá kích thước lỗ tại thời điểm phẫu thuật. Tuy nhiên chúng ta xem xét điều này trong hoàn cảnh thực tế đối với các phẫu thuật viên dịch kính võng mạc.

Chúng tôi thực hiện lặp lại các lần chụp OCT và chụp ảnh kỹ thuật số, một bước quan trọng để đánh giá mối liên quan. Với phẫu thuật viên không thể lặp lại kết quả đánh giá lâm sàng, khi đó vẫn giữ nguyên kết quả của họ và do đó không có kết quả phân tích lặp lại cho phương pháp này.

Các biến số, được xem xét trong kế hoạch đánh giá kích thước lỗ của mỗi phương pháp. Ví dụ, khó khăn trong việc định thị một đám điểm trung tâm có thể ngăn cản đường cắt ngang qua đúng đường kính lớn nhất của lỗ với cả chụp OCT và chụp ảnh kỹ thuật số. Để cố gắng giảm những sai số này nhiều đường cắt và nhiều ảnh chụp hoặc được lặp lại đến khi đạt được việc định thị tốt nhất hay với OCT được sử dụng nguồn sáng cố định bên ngoài.

Các tật khúc xạ có thể ảnh hưởng sự phóng đại của số đo tuyệt đối, do phẫu thuật viên ước lượng kích thước lỗ hoàng điểm (dù sử dụng các hệ thống quan sát khác nhau) là một đo lường liên quan (so với kích thước thị thần kinh) không được tính đến. Không chính sửa được những sai số do khúc xạ khác nhau trong phương pháp đo lường của chúng tôi (OCT hay chụp ảnh kỹ thuật số). Bởi vậy, bất kỳ những sai số đưa ra được áp dụng vào các phương pháp đánh giá mặc dù có thể gây biến đổi không tương xứng. Chúng tôi giới hạn ước lượng kích thước lỗ của phẫu thuật viên tới 50 μm ngắn nhất vì chúng tôi thấy bất kỳ những sai số nhỏ hơn tăng lên sẽ không thực tế lâm sàng (khó ước lượng). Tuy nhiên,

chúng tôi biết hạn chế đó chỉ ở một phương pháp đo kích thước lỗ này có thể đưa đến sai số.

Sử dụng hệ thống chụp kỹ thuật số cho nhiều kết quả và chúng tôi kết luận rằng trung bình hai số đo là kết quả có giá trị lâm sàng, hơn nữa chúng tôi lựa chọn chế độ “6X6 radial line” cung cấp 6 đường quét đều nhau trên khoảng 600 góc trung tâm là hoàng điểm. Điều đó được xem xét trên lâm sàng chắc chắn đường kính lỗ lớn nhất nằm tại 1 trong 6 đường quét. Chế độ “Radial line” của OCT thực hiện lâu hơn vài giây so với chế độ “fast macula scan”, cung cấp độ phân giải hình ảnh cao hơn (512 A-scans và 128 A-scans) và vì thế nó được chọn để xác định chính xác hơn bờ của lỗ.

OCT và chụp ảnh kỹ thuật số mô tả khả năng lặp lại tốt kết quả của kích thước lỗ hoàng điểm mặc dù không thấy sự liên quan kết quả thu được từ OCT, chụp ảnh kỹ thuật số và khám lâm sàng. Vì vậy, chúng tôi khuyên rằng nên thận trọng trong các nghiên cứu so sánh, hai phương pháp đo kích thước lỗ hoàng điểm khác nhau được sử dụng và kết quả để tư vấn cho bệnh nhân về tiên lượng của họ. Để xác định phương pháp đo gián tiếp nào chính xác nhất, mối liên quan sẽ là lý tưởng được ước định dựa vào phép đo trực tiếp kích thước lỗ hoàng điểm. Khả năng phương pháp này được thực hiện bằng dụng cụ quang học trong lúc mổ hoặc mẫu xét nghiệm mặc dù cả hai phương pháp vốn có những điểm yếu của nó vì tính quang sai và quá trình chế tác dụng cụ. Trong thực hành lâm sàng chắc chắn cả OCT và chụp kỹ thuật số đều được sử dụng để đo kích thước lỗ và đưa ra tư vấn cho bệnh nhân về tiên lượng của họ. Cả hai phương pháp đều có thể lặp lại đáng tin cậy, chúng là hai phương pháp có giá trị như nhau (và tốt hơn đánh giá lâm sàng), nếu những tính toán của các phẫu thuật kết quả dựa vào phép đo kích thước lỗ. Ngoài ra không được tùy tiện giới hạn kích thước lỗ (ví dụ 400 μm), giá trị có ý nghĩa tiên lượng phẫu thuật thay đổi và kết quả đó biến thiên trực tiếp với các kích thước lỗ liên tục. Sự đánh giá tuyệt đối kích thước lỗ hoàng điểm so với các nghiên cứu trước đó vì thế chỉ là điều quan trọng thứ 2 ♦

Kết quả phẫu thuật lác ngoài luân hồi ở trẻ em dựa trên nghiên cứu thuần tập ở cộng đồng

Người dịch: Hà Huy Thiên Thanh*

Postoperative outcomes in children with intermittent exotropia from a population-based cohort

(JAAPOS, Volume 13, Number 1, February 2009)

Noha S. Ekdawi, Kevin J. Nusz, Nancy N. Diehl
và Brian G. Mohney

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả kết quả lâu dài sau phẫu thuật lác ngoài luân hồi ở trẻ em với nghiên cứu thuần tập.

Phương pháp: hồi cứu bệnh án của tất cả trẻ em (<19 tuổi) sống tại vùng Olmsted, Minnesota (Mỹ), từ 1/1/1975 đến 31/12/1994 được chẩn đoán lác ngoài luân hồi và đã được điều trị phẫu thuật.

Kết quả: trong 184 bệnh nhân (BN) bị lác ngoài luân hồi, 61 BN (33%) được mổ ở tuổi trung bình là 7,6 tuổi (tuổi nhỏ nhất là 3,2 và lớn nhất là 23 tuổi). 12 trong số 61 BN (19,7%) được mổ lần 2 (10 trường hợp tái phát và 2 trường hợp lác trong do phẫu thuật quá mức), không có BN nào phải mổ ≥ 3 lần trong thời gian theo dõi 10 năm từ lần mổ đầu tiên. 56/61 bệnh nhân (92%) được đánh giá kết quả lần cuối sau lần mổ đầu trung bình 7,4 năm (dao động 0 -18 năm): có 31/56 bệnh nhân (55%) độ lác trong khoảng 9^Δ hai mắt cân bằng nhìn xa và 25/55 BN (45%) có kết quả nhìn thấy hình nổi tốt hơn 60 cung/giây. Tỷ lệ Kaplan – Meier về phát triển độ lác $\geq 10^{\Delta}$ sau lần mổ đầu tiên là 54% sau 5 năm, 76% sau 10 năm và 86% sau 15 năm.

Kết luận: nghiên cứu về phẫu thuật lác ngoài luân hồi ở trẻ em cho thấy chỉ có 1/5 số BN phải mổ lại lần hai, sau khoảng thời gian theo dõi trung bình là 8 năm, có khoảng 50% số BN được chỉnh lác thẳng trục và 45% có phù thị.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lác ngoài luân hồi là hình thái thường gặp nhất trong lác ngoài ở trẻ em, xuất hiện trên một trẻ khỏe mạnh bị lác ngoài mắc phải nhưng không liên tục. Xử lý hình thái lác này bao gồm các giai đoạn: theo dõi, điều trị bảo tồn (chỉnh thị, đeo kính trờ và che mắt luân phiên) và can thiệp phẫu thuật (PT). Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu về kết quả PT ở những BN này được công bố, nhưng chưa có nghiên cứu nào dựa trên một quần thể được xác định rõ. Nghiên cứu này mô tả kết quả lâu dài sau PT ở trẻ em được chẩn đoán lác ngoài luân hồi trong khoảng thời gian 20 năm, sử dụng một hệ thống hồi cứu hồ sơ bệnh

án dựa trên cộng đồng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án của tất cả những BN dưới 19 tuổi sống tại vùng Olmsted, Minnesota từ 1/1/1975 đến 31/12/1994 và được một bác sĩ nhãn khoa chẩn đoán bị bất kỳ thể lác ngoài nào đều được xem xét. Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng phê chuẩn. Lác ngoài luân hồi được tách riêng khỏi các hình thái lác ngoài khác và được định nghĩa là lác ngoài không liên tục, độ lác ít nhất là 10^Δ khi nhìn xa mà không có nguyên nhân hay liên quan đến bệnh lý

|| * Bệnh viện Mắt Trung ương

thần kinh, liệt vận nhãn hay bệnh lý nhãn cầu khác. Các ca bệnh này được rút ra nhờ Rochester Epidemiology Project, một hệ thống kết nối hồ sơ bệnh án được thiết kế để lấy thông tin từ bất cứ lần khám nào với các bác sĩ ở vùng Olmsted. Tỷ lệ chủng tộc trong dân cư vùng Olmsted năm 1990 là 96% da trắng, 3% gốc Á, 0,7% gốc Phi, 0,3% gốc bản xứ và các chủng tộc khác. Quần thể dân cư của vùng này (gồm 106.470 người năm 1990) sống tương đối biệt lập với các khu vực thành thị khác nên hầu như việc chăm sóc sức khỏe dân cư được bệnh xá Mayo đảm nhiệm hoặc do tập đoàn Y tế Olmsted và các chi nhánh. Những BN không sống ở vùng Olmsted vào thời gian chẩn đoán cũng được loại khỏi nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

Độ lác được xác định bằng kỹ thuật dùng lăng kính phối hợp nghiệm pháp che mắt khi nhìn xa và gần, 11% BN được đánh giá bằng phương pháp Hirschberg hoặc kỹ thuật Krimsky cải tiến ở khoảng cách gần. Hầu hết BN được đo khúc xạ sau khi nhỏ cyclopentolate hoặc atropine (ở trẻ nhỏ) hoặc đo khúc xạ bằng thử kính (ở trẻ lớn). Đo độ cảm thụ bằng test Titmus và test hình nổi của Lang. Không có tiêu chuẩn cụ thể nào để lựa chọn điều trị bảo

tồn hay PT mà phương pháp điều trị được thầy thuốc cân nhắc với sự đồng ý của bố mẹ BN. Thời gian theo dõi được tính từ lần chẩn đoán đầu tiên đến lần khám cuối có đo độ thẳng trục nhãn cầu.

Các biến liên tục được trình bày bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn SD, các biến phân loại được trình bày bằng số lượng và phần trăm. So sánh các biến liên tục giữa các nhóm được thực hiện bằng test Wilcoxon rank-sum, các biến phân loại được so sánh bằng test Fisher. Các phép kiểm định đều được thực hiện 2 phía, với mức ý nghĩa thống kê $p = 0,05$. Phẫu thuật thành công khi độ lác còn dưới 10^Δ . Tỷ lệ phát triển $\geq 10^\Delta$ độ lệch sau mổ được tính bằng phương pháp Kaplan-Meier.

III. KẾT QUẢ

Trong 20 năm có 184 ca được chẩn đoán lác ngoài luân hồi ở vùng Olmsted. Bảng 1 cho thấy các đặc trưng về tiền sử và lâm sàng của 61 BN (33%) được PT. Tuổi trung bình khi chẩn đoán của 61 BN là 4,3, trong đó 2/3 là nữ. Có 4 trẻ bị nhược thị nhẹ, độ lác ngoài trung bình tư thế nguyên phát là 20^Δ nhìn xa và 14^Δ nhìn gần. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 61 BN được PT và 123 BN còn lại về độ tuổi khi được chẩn đoán: 4,3 so với 7,4 ($p < 0,0001$); và về tật khúc

Bảng 1. Đặc trưng cá nhân và lâm sàng của 61 trẻ lác ngoài luân hồi được PT

Số trẻ trai (%) / gái (%)	19 (31) / 42 (69)
Số trẻ đẻ non (%)	4 / 52 (7,7)
Cân nặng trung bình tính bằng gram (khoảng dao động)	3288 (953-4330)
Tuổi trung bình khi chẩn đoán lác	4,3 (1-18,6)
Số trẻ nhược thị (%)	4 (6,6)
Góc lác ngang trung bình nhìn xa tư thế nguyên phát	20^Δ (10^Δ - 45^Δ)
Góc lác ngang trung bình nhìn gần tư thế nguyên phát	14^Δ (0^Δ - 45^Δ)
Số trẻ có rối loạn cơ chéo bé (%)	9 (14,8)
Số trẻ có lác đứng phân ly (%)	3 (4,9)
Độ khúc xạ liệt điều tiết (công suất cầu tương đương) (khoảng dao động)	+0,5D (-7,8D- +3,1D)

|| *JAAPOS, Volume 13, Number 1, February 2009

xạ trung bình: +0,45D so với +0,2D ($p = 0,035$).

Các đặc trưng PT của 61 BN trong nhóm được PT được trình bày trong bảng 2. Độ lác ngoài trung bình là 28^Δ (dao động $10^\Delta - 45^\Delta$) khi nhìn xa và 24^Δ (dao động $10^\Delta - 45^\Delta$) khi nhìn gần. 12 trẻ (19,7%) trong số 61 trẻ phải mổ lần hai (10 BN tái phát và 2 BN lác trong do

PT quá mức), không có BN nào phải mổ từ lần 3 trở lên trong thời gian theo dõi. 56 trong số 61 trẻ được kiểm tra lần cuối sau PT trung bình 10 năm (dao động 0 – 26 năm). Sau lần mổ đầu tiên: 31/ 56 BN (55%) có độ lác trong khoảng 9^Δ . 55 BN (90%) có khả năng nhìn hình nổi sau mổ (≤ 3000 cung giây),

Bảng 2. Đặc trưng phẫu thuật của 61 trẻ được mổ

Tuổi trung bình lúc PT (độ dao động)	7,6 (3,3 đến 22,8)
Độ lác trung bình nhìn xa khi PT (độ dao động)	28^Δ ($10^\Delta - 45^\Delta$)
Độ lác trung bình nhìn gần khi PT (độ dao động)	24^Δ ($10^\Delta - 45^\Delta$)
Số trẻ phải PT lần 2 (%)	12 (19,7)
Số trẻ cần xử lý yếu tố đứng ở lần PT đầu tiên (%)	2 (3,2)
Số trẻ phải PT lần 3 (%)	0 (0)
Thời gian theo dõi trung bình tính bằng năm từ lần PT cuối (độ dao động)	10,2 (0 đến 25,8)
Số trẻ được theo dõi ≥ 4 tuần sau PT (%)	56 (91,8)
Số trẻ $\leq 10^\Delta$ sau mổ hoặc chính thị sau PT (%)	31 (56)
Số trẻ ≥ 60 cung giây sau PT (%)	25/55 (45,5)

trong đó chỉ có 25 (45%) có kết quả tốt hơn 60 cung giây.

Tỷ lệ Kaplan– Meier về phát triển độ lác trên 10^Δ khi nhìn xa sau lần mổ đầu tiên là 54% sau 5 năm, 76% sau 10 năm và 86% sau 15 năm. Kết quả nhân cầu thẳng trục khi nhìn xa ở lần kiểm tra cuối không liên quan đến thời gian từ lúc chẩn đoán đến lúc mổ, tuổi mổ, độ lác nhìn xa trước mổ, khả năng nhìn nổi sau mổ, lác ngoài chữ A hay V và phương pháp PT. Những BN có kết quả trong khoảng 9^Δ , so với nhóm $\geq 10^\Delta$, có thời gian theo dõi ngắn hơn, số liệu có ý nghĩa thống kê ($p = 0,016$).

27 trong số 61 BN (44,3%) được lùi cơ trục ngoài (TN) 2 mắt; 33 BN (54,1%) được lùi cơ TN và rút ngắn cơ trục trong một mắt, 1 BN được lùi cơ TN 1 mắt. 15/ 27 BN (56%) được lùi cơ TN cả 2 mắt có kết quả độ lác còn $<10^\Delta$, so với 19/33 trẻ (58%) được lùi cơ TN và rút ngắn cơ trục trong một mắt (p

$= 1,00$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này cung cấp số liệu dựa trên cộng đồng về kết quả PT 61/184 trẻ được chẩn đoán lác ngoài luân hồi trong thời gian 20 năm. PT thành công, với kết quả độ lác còn $<10^\Delta$ ở 56% BN trong thời gian theo dõi trung bình 10 năm. Chỉ 20% BN trong nghiên cứu phải mổ lần hai, có 45% BN kết quả tốt hơn 60 cung giây về khả năng nhìn nổi. Tuy nhiên, chỉ có một yếu tố lâm sàng liên quan tới kết quả chỉnh thẳng trục kém sau mổ là thời gian theo dõi dài ($p = 0,016$).

Kết quả theo dõi lâu dài sau PT cho thấy tỷ lệ thành công là 56%, tương đương với các báo cáo trước đó (bảng 3). Mặc dù tỷ lệ thành công trong các nghiên cứu đã công bố dao động từ 50% đến 79%, nhưng thời gian theo dõi sau mổ đều ngắn hơn

Bảng 3. Các nghiên cứu đã công bố về tỷ lệ thành công trên BN lác ngoài luân hồi

Nghiên cứu	Tỷ lệ thành công	Khái niệm PT thành công (Độ lác)	Số năm theo dõi trung bình	Năm công bố
Burian và Spivey	50%	$<10^{\Delta}$	2,5	1964
Hardesty et al	51%	Hết lác, có thị giác nổi	6,1	1978
Pratt-Johnson	68%	$<10^{\Delta}$	1 đến 8	1977
Richard và Parks	56%	$<10^{\Delta}$	2 đến 8	1983
Stoller et al	58%	$<10^{\Delta}$	1	1994
Maruo et al	50%	Hết lác, vi lác	4	2001
Jeoung et al	67%	$<10^{\Delta}$	1,3	2006
Chia et al	56%	$<10^{\Delta}$	1	2006
Wu et al	79%	$<8^{\Delta}$	1	2006
Nghiên cứu này	56%	$<10^{\Delta}$	10,2	

nghiên cứu này. Nhìn chung, các nghiên cứu có thời gian theo dõi ngắn cho thấy tỷ lệ thành công cao hơn so với các nghiên cứu theo dõi dài hơn.

Mặc dù chúng tôi không thấy sự khác biệt về tỷ lệ thành công của phương pháp lùi 2 cơ trực ngoài (56%) với phương pháp lùi cơ trực ngoài và rút trực trong, nhưng nghiên cứu của Maruo cho thấy có 66,7% thành công trong phương pháp lùi 2 cơ trực ngoài so với 32,8% của phương pháp lùi cơ trực ngoài và rút trực trong, hết độ lác hoặc còn rất nhỏ (vi lác) trong thời gian theo dõi trung bình 4 năm sau mổ (bảng 4). Trong một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên trên 113 BN, Jeoung công bố 48,3% BN được mổ với phương pháp lùi 2 cơ trực ngoài và 83,3% BN của phương pháp lùi cơ trực ngoài và rút trực trong có kết quả $<10^{\Delta}$ sau thời gian theo dõi trung bình 15,8 tháng. Tuy vậy, nghiên cứu năm 1998 của Kushner nhằm so sánh 2 phương pháp PT đó trong hình thái lác ngoài cơ bản lại cho thấy phương pháp lùi cơ trực ngoài và rút trực trong tốt hơn (82% so với 52%); nhưng kết quả cũng bằng lùi 2 cơ trực ngoài (81%) đối với hình thái lác đa năng phân kỳ sau 1 năm theo dõi. Gần đây hơn, Chia và cộng sự cho thấy mặc

dù phương pháp lùi cơ trực ngoài và rút trực trong có kết quả tốt hơn sau 1 năm theo dõi, nhưng nó có thể làm biến đổi từ lác ngoài thành lác trong sau PT. Tác giả cũng thấy kết quả kém hơn ở hình thái lác ngoài cơ bản so với hình thái đa năng phân kỳ. Trong nghiên cứu này không đề cập đến phân nhóm của lác ngoài luân hồi nên chúng tôi không so sánh được với kết quả của Kushner và Chia.

Chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa các yếu tố lâm sàng với kết quả thành công sau mổ ở trẻ em bị lác ngoài luân hồi như các tác giả khác. Pratt-Johnson và cộng sự kết luận rằng thời gian mổ trước 4 tuổi là yếu tố quan trọng nhất để có kết quả tốt. Saunders và Trivedi gần đây đã công bố rằng thậm chí PT cho trẻ nhỏ hơn (tuổi trung bình 17 tháng) mang lại kết quả tốt. Trong số 12 BN, 7 BN (58%) có kết quả $\leq 10^{\Delta}$ sau 5 năm theo dõi. Richard, Parks và Stoller cho thấy tuổi BN khi bắt đầu bị lác và tuổi khi mổ không có ảnh hưởng xấu đến kết quả PT. Stoller và cộng sự còn nhận thấy không có mối liên hệ giữa kết quả sau PT và triệu chứng trước mổ, dấu hiệu nhược thị, lệch khúc xạ hai mắt và bất đồng hành. Gerzer và cộng sự thấy nhóm có độ lác trước mổ $< 40^{\Delta}$ và tật khúc xạ < 2 D viễn thị,

Bảng 4. So sánh tỷ lệ thành công của 2 phương pháp PT xử lý lác ngoài luân hồi

Nghiên cứu	Số BN	% thành công	Thời gian theo dõi (năm)	Năm công bố
<i>Maruo et al</i>				
Lùi 2 cơ trực ngoài (TN)	210	66,7	4	2000
Lùi cơ TN và rút trực trong	180	32,8		
<i>Jeoung et al</i>				
Lùi 2 cơ trực ngoài	58	48,3	15,3	2006
Lùi cơ TN và rút trực trong	66	83,3		
<i>Kushner thể cơ bản</i>				
Lùi 2 cơ TN	19	52	1	1998
Lùi cơ TN và rút trực trong	17	82		
<i>Kushner thể đa năng phân kỳ</i>				
Lùi 2 cơ TN	68	81	1	1998
<i>Nghiên cứu của chúng tôi</i>				
Lùi 2 cơ TN	27	56	7,8	
Lùi cơ TN và rút trực trong	33	58		

có khả năng cao đạt kết quả độ lác <10^A. Tuy nhiên, không có yếu tố nào trên đây có ý nghĩa thống kê trong quần thể nghiên cứu của chúng tôi.

Chúng tôi cũng thống kê kết quả lâu dài về cảm thụ ở 55 trong số 61 BN. 25 BN (45%) có phù thị 60 cung giây hoặc tốt hơn sau thời gian theo dõi trung bình 10 năm. Wu cho thấy 74% trong số 34 BN lác ngoài luân hồi có kết quả từ 60 cung giây trở lên sau 1 năm theo dõi. Nghiên cứu của họ sử dụng phương pháp lùi cơ trực ngoài 2 mắt và lùi- rút cơ 1 mắt, dựa vào độ lác khi nhìn xa. Kết quả sau 1 năm của họ cũng tốt hơn nghiên cứu này, phù hợp với kết quả về phù thị.

Kết quả của nghiên cứu này có một số hạn chế. Vì là nghiên cứu hồi cứu nên tiêu chuẩn lựa chọn BN có thể không chính xác và theo dõi không đều đặn. Hơn nữa, có thể một số BN lác ngoài được điều trị ngoài khu vực nghiên cứu dẫn đến sai số. Kết quả thu được ở quần thể này cũng có thể bị sai lệch về phía những BN có kết quả

PT kém, vì họ có xu hướng quay lại khám mắt nhiều hơn. Tuy vậy, đa số BN của chúng tôi tiếp tục theo dõi ở cơ sở y tế vì cần kính đeo hoặc kính tiếp xúc. Ngoài ra, đặc điểm nhân khẩu học vùng Olmsted làm hạn chế khả năng ngoại suy từ kết quả nghiên cứu này cho các cộng đồng da trắng khác ở Mỹ. Chúng tôi cũng không phân loại BN theo phân nhóm lác ngoài (thể cơ bản, đa năng phân kỳ...). Mà trong một số nghiên cứu khác, phân loại này cũng ảnh hưởng đến kết quả PT. Cuối cùng, mặc dù phần lớn BN đều được các bác sĩ chuyên khoa nhãn nhi thực hiện nhằm hạn chế sự điều chỉnh quá mức, nhưng chúng tôi không có đủ phương tiện để đánh giá và bàn luận về thành công hay thất bại của phương pháp này.

Trong nghiên cứu dựa vào cộng đồng này, có 1/5 BN phải mổ lần hai. Ở lần khám cuối, 56% BN được chỉnh thẳng trực và 45% thấy hình nổi tốt. Tỷ lệ phát triển độ lác ≥10^A sau lần mổ đầu tiên được ước tính là 54% sau 5 năm và 86% sau 15 năm ♦

Các loại kháng sinh mới trong nhãn khoa

Người dịch: Ngô Thị Hồng Thắm*, Vũ Thị Tuệ Khanh*

New Antimicrobials in Ophthalmology

(*Ophthalmology Clinics of North America*, 2005; 18 (493-509))

Brett A. Levinson, MD; Allan R. Rutzen, MD**

Nhìn lại lịch sử vào cuối thế kỷ 19, Joseph Lister, Jules Francois Jouberts và Louis Pasteur cùng chỉ ra có những loài nấm có thể chống lại sự phát triển của vi khuẩn. Vào những năm 1830, cùng với việc sử dụng Nitrate bạc trong điều trị viêm nội nhãn, bác sỹ Carl Crede đã dùng Nitrate bạc phòng viêm kết mạc do lậu cầu ở trẻ sơ sinh vào những năm 1880. Từ đó đến nay các bác sỹ nhãn khoa đã luôn tìm kiếm những loại kháng sinh mới hơn, mạnh hơn và an toàn hơn.

Về thuật ngữ kháng sinh (Antibiotic), là từ trước đây cũng như ngày nay hay được sử dụng. Trong bài báo này chúng tôi sử dụng thuật ngữ kháng vi sinh (KVS) (Antimicrobials) để chỉ tất cả những thuốc có tác dụng chống lại các tác nhân gây bệnh. Một KVS được coi là lý tưởng khi có tính chọn lọc 100% trong phổ tác dụng, không gây độc cho vật chủ và diệt hoàn toàn tác nhân gây bệnh. Trên thực tế, tất cả các loại KVS, cho dù là kháng hay diệt tác nhân gây bệnh, đều gây độc cho cơ thể vật chủ ở một mức độ nào đó.

Bài báo này điểm lại sự phát triển của các loại KVS được sử dụng trong nhãn khoa, đặc biệt tập trung vào những phát triển của dạng thuốc tra mắt và thuốc uống đã được đề cập trong y văn.

DƯỢC ĐỘNG HỌC CỦA THUỐC TRA MẮT

Dưới 5% các loại thuốc tra mắt ngấm vào hệ tuần hoàn của cơ thể. Thuốc KVS tra tại mắt có ưu điểm là phát huy tác dụng ngay tại nơi xảy ra nhiễm khuẩn. Mức độ tan trong nước và trong lipid

là yếu tố quyết định khả năng ngấm vào tổ chức của thuốc tra mắt. Thuốc muốn qua được hàng rào tế bào biểu mô giác mạc tốt thì khả năng tan trong mỡ của thuốc phải tốt và nếu khả năng tan trong nước tốt thì sẽ khuếch tán qua nhu mô giác mạc tốt và vào tiền phòng. Nếu tăng nồng độ thuốc có thể tăng tốc độ hấp thu thuốc.

Những hàng rào ngăn cản thuốc thấm vào trong mắt (như biểu mô giác mạc, hàng rào máu – võng mạc, hàng rào máu – thủy dịch) có thể được khắc phục bằng cách như tiêm nội nhãn, loại bỏ lớp biểu mô giác mạc. Trong trường hợp nhiễm trùng nội nhãn nặng, sự yếu đi của hàng rào máu – thủy dịch, hàng rào máu – võng mạc sẽ làm tăng tính thấm của thuốc vào nơi tổn thương nhưng cũng nhanh chóng đẩy thuốc ra khỏi nhãn cầu do giảm thời gian bán hủy của thuốc.

ĐỘ NHẠY

Nếu nồng độ của KVS tại nơi tổn thương thích hợp cho việc tìm khuẩn hoặc diệt khuẩn và dung nạp được tại tổ chức đó, thì tác nhân gây bệnh tại tổ chức đó được coi là nhạy cảm với KVS. Nói chung, vi khuẩn được coi là nhạy cảm với kháng sinh nếu nồng độ đạt được trong huyết thanh cao gấp 4 lần nồng độ ức chế tối thiểu (MIC). Tuy vậy trong nhãn khoa có sự khác biệt, nếu một vi khuẩn được thông báo là kháng kháng sinh vì có nồng độ trong huyết thanh thấp, nhưng vẫn có thể nhạy cảm nếu thuốc sử dụng theo đường tra mắt vì nồng độ thuốc tại nơi tổn thương sẽ tăng bằng cách tăng số lần tra thuốc.

*Bệnh viện Mắt Trung ương

**Department of Ophthalmology and Visual Sciences, University of Maryland Medical Centre, Baltimore, USA

KHÁNG THUỐC

Vi khuẩn có 4 cách để phát triển sự kháng kháng sinh: (1). Biến đổi thành phần màng tế bào; (2). Điều chỉnh cơ chế vận chuyển tích cực để vô hiệu hóa tính chất được động học của thuốc; (3). Biến đổi cấu trúc enzym đích; (4). Sản sinh ra enzym gây bất hoạt hoặc trung hòa thuốc.

KHÁNG SINH

Fluoroquinolones

Fluoroquinolone là kháng sinh diệt khuẩn bằng cách ức chế tổng hợp DNA của vi khuẩn thông qua việc ngăn chặn sự hoạt động của hai enzym topoisomerase I và IV. Vi khuẩn có thể kháng lại fluoroquinolone bằng cách biến đổi enzym đích, thay đổi tính thấm của màng tế bào vi khuẩn với thuốc, tăng cường bơm thuốc ra khỏi tế bào, kích hoạt các gen kháng lại fluoroquinolone. Sự kháng lại fluoroquinolone đã được chứng minh trong phòng thí nghiệm, nhưng với nồng độ cao tại mắt thì thuốc vẫn có tác dụng.

Fluoroquinolone thế hệ 2 và 3

Fluoroquinolone thế hệ thứ 2 bao gồm ciprofloxacin và ofloxacin, có phổ kháng khuẩn rộng đối với vi khuẩn gram dương và gram âm. Hai thuốc này có nồng độ là 0,3%, chất bảo quản là BAK 0,005%. Tuy nhiên, nồng độ pH trung tính 6,4, tan trong lipid tốt của ofloxacin làm cho khả năng thấm qua biểu mô giác mạc tốt hơn và không gây kết tủa trên bề mặt giác mạc như ciprofoxacin.

Levofloxacin là thuốc fluoroquinolone thế hệ thứ 3, với nồng độ thuốc cao hơn là 0,5%, chất bảo quản BAK 0,005%, khả năng hòa tan của thuốc cao hơn ở nồng độ pH là 6,5. Tác dụng phụ của thuốc có thể là cảm giác khó chịu tại mắt, cương tụ hoặc phù kết mạc, mi và viêm biểu mô giác mạc dạng chấm nông.

Một vài nghiên cứu đã đề cập đến việc so sánh hiệu quả sử dụng ofloxacin và ciprofloxacin với việc điều trị phối hợp 2 loại kháng sinh nồng độ cao cefazolin và tobramycin (double-fortified antibiotic therapy). Với nghiên cứu ngẫu nhiên, mù

đôi, kết hợp nhiều trung tâm trên 140 bệnh nhân bị viêm loét giác mạc do vi khuẩn, O'Brien và CS đã cho thấy hiệu quả điều trị giữa 2 nhóm là như nhau, nhưng ofloxacin ít độc tính hơn và dễ pha chế hơn. Hyndiuk và CS chỉ ra hiệu quả của ciprofloxacin không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong việc giảm các dấu hiệu lâm sàng, thời gian nhiễm khuẩn, hay tỷ lệ thất bại trong điều trị. Trên thực tế lâm sàng, cả 2 phác đồ điều trị, dùng phối hợp hai kháng sinh nồng độ cao (cefazolin và tobramycin) và dùng đơn độc một fluoroquinolone đều được chấp thuận.

Theo hướng dẫn của nhà sản xuất, trong trường hợp viêm loét giác mạc, ciprofloxacin liều dùng: trong ngày đầu, 6 giờ đầu cứ 15 phút tra một lần x 2 giọt, 2 giọt/15 phút; thời gian còn lại trong ngày đầu 2 giọt/30 phút. Ngày thứ 2: mỗi giờ tra 2 giọt. Ngày tiếp theo: 4 giờ tra 2 giọt. Đối với ofloxacin: 2 ngày đầu, 1-2 giọt/30 phút lúc thức, 1-2 giọt một lần lúc ngủ. Từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 7, tra mắt 1 lần/giờ, sau đó duy trì 4 lần/ngày.

Một vài nghiên cứu tập trung vào khả năng thấm của thuốc vào tiền phòng. Kết quả cho thấy ofloxacin có khả năng thấm vào tiền phòng tốt, nhưng ciprofloxacin có nồng độ ức chế tối thiểu thấp hơn của ofloxacin. Levofloxacin có nồng độ ức chế tối thiểu còn thấp hơn nữa và khả năng xâm nhập vào tiền phòng tốt.

Nghiên cứu hồi cứu, cắt ngang, đa trung tâm về tỷ lệ viêm nội nhãn trong 9000 ca mổ đục thủy tinh thể trong vòng 4 năm, Jensen và CS đã chỉ ra tỷ lệ viêm mủ nội nhãn cao gấp 5,5 lần trong nhóm sử dụng ciprofloxacin sau phẫu thuật Phacoemulsification so với nhóm sử dụng ofloxacin, số lượng bệnh nhân ở hai nhóm bằng nhau (tỷ lệ 0,48% so với 0,08%). Sau đó, nhóm nghiên cứu đã thay đổi liệu pháp điều trị, chỉ dùng ofloxacin thì tỷ lệ viêm nội nhãn sau mổ còn 0,03% trên 3000 bệnh nhân. Điều này có thể giải thích bằng khả năng thấm tốt của ofloxacin vào tiền phòng. Mặt khác, vi khuẩn thường gặp trong viêm mủ nội nhãn là coagulase-

negative Staphylococcus và *S. aureus*, nhiều nghiên cứu chỉ ra tỷ lệ Staphylococcus kháng ciprofloxacin dần dần tăng lên. Đối với trực khuẩn mũ xanh *Pseudomonas aeruginosa* nghiên cứu cũng cho thấy koaij vi khuẩn này đã kháng với nhiều thế hệ fluoroquinolone.

Fluoroquinolone thế hệ thứ 4

Fluoroquinolone thế hệ thứ 4 gồm moxifloxacin 0,5%, chất bảo quản là axit boric, độ pH 6,8 và gatifloxacin 0,3%, chất bảo quản BAK 0,005%, độ pH 6,0. Loại fluoroquinolone cũ gắn chặt vào topoisomerase II, loại mới thì gắn cả 2 loại topoisomerase II và IV cho nên có tác dụng tốt hơn đối với vi khuẩn gram dương và ít khả năng gây kháng thuốc. Các báo cáo cho thấy nồng độ ức chế tối thiểu của fluoroquinolone thế hệ 4 thấp hơn so với thế hệ 2 và 3. Với các chủng vi khuẩn hay gặp thì mức độ nhạy cảm vẫn như nhau nếu so sánh cả 3 thế hệ fluoroquinolone 2,3,4.

Fluoroquinolone thế hệ 4 đặc biệt có tác dụng với coagulase-negative Staphylococcus, Streptococcus viridans là 2 yếu tố hay gặp nhất gây viêm mắt nội nhãn sau mổ.

Với chủng coagulase-negative Staphylococcus đã kháng với fluoroquinolone thì nhạy cảm ở mức trung bình với moxifloxacin (50%) và gatifloxacin (40%), trong khi đó với levofloxacin là 10% và với ciprofloxacin, ofloxacin là 0%. Về khả năng xâm nhập vào tiền phòng giữa 2 loại fluoroquinolone thế hệ 4 không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu về độc tính của các fluoroquinolone tra mắt với các tế bào biểu mô của giác mạc cho thấy không có tổn thương tế bào biểu mô thậm chí sử dụng ở liều cao. Donnenfeld và CS chỉ ra gatifloxacin có khả năng dung nạp thuốc tốt hơn, ít đau, khó chịu hoặc đỏ mắt hơn.

Fluoroquinolone trong điều trị viêm mắt nội nhãn

Nghiên cứu về khả năng thấm của fluoroquinolone vào phần sau nhãn cầu, Kowalski và CS cho thấy cả ofloxacin và ciprofloxacin đều không có khả

năng đảm bảo nồng độ điều trị các nhiễm khuẩn bán phần sau nhãn cầu. Hariprasad và CS cho thấy với 2 liều uống gatifloxacin 400mg, có thể đạt được liều điều trị bệnh trong dịch kính. Kết luận tương tự của Garcia-Saenz và CS nếu dùng 1 liều uống moxifloxacin 400mg hoặc levofloxacin 400mg. Tuy nhiên, việc điều trị ban đầu viêm mắt nội nhãn nên được suy nghĩ thận trọng, vì không một kháng sinh nào có thể điều trị được tất cả các loại vi khuẩn.

Việc sử dụng phối hợp kháng sinh tiêm nội nhãn là phác đồ tiêu chuẩn: Phối hợp vancomycin và ceftazidime hoặc amikacin. Sau khi có kết quả nuôi cấy vi khuẩn từ bệnh phẩm sinh thiết dịch kính, tùy thuộc vào sự đáp ứng trên lâm sàng có thể điều chỉnh liệu trình điều trị. Theo nghiên cứu của EVS (Endophthalmitis Vitrectomy Study) thì không có lợi ích nào từ việc dùng amikacin và ceftazidime đường toàn thân, vì 2 loại KVS này xâm nhập vào dịch kính kém. Việc sử dụng theo đường toàn thân các KVS có khả năng xâm nhập vào dịch kính tốt với mục đích tăng cường điều trị cũng không được khuyến cáo.

Thuốc chống virus

Acyclovir, valacyclovir, famciclovir

Acyclovir là thuốc được coi là chuẩn vàng trong việc điều trị và dự phòng nhiễm vi-rút herpes simplex cũng như vi-rút herpes zoster. Với liều uống acyclovir 400 mg x 2 lần/ngày, kéo dài 12 tháng đã cho thấy hiệu quả phòng tái phát bệnh. Bằng đường uống, thuốc có tác dụng điều trị an toàn, ít tác dụng phụ. Nhưng vì thời gian bán hủy ngắn cho nên phải chia đều 5 lần/ ngày.

Valganciclovir

Valacyclovir là tiền chất của acyclovir 1000 mg uống 2 hoặc 3 lần/ngày với liều điều trị, 500 mg/1 lần/ngày với liều dự phòng. Ngay sau khi uống thuốc, valacyclovir chuyển hóa hoàn toàn thành acyclovir và có độ sinh khả dụng gấp từ 3 đến 5 lần so với acyclovir. Độ sinh khả dụng của acyclovir là 20% và 12% sau khi uống một liều acyclovir 200 mg và 800 mg. Trong khi đó, uống một liều valacy-

clovir 1000 mg, độ sinh khả dụng của thuốc là 54% và nồng độ trong huyết thanh bằng với nồng độ acyclovir dùng theo đường truyền tĩnh mạch. Nồng độ acyclovir trong tổ chức giác mạc liên quan chặt chẽ tới nồng độ của thuốc trong huyết thanh. Nồng độ acyclovir trong tiền phòng tăng gấp đôi sau khi uống valganciclovir so với sau khi uống acyclovir. Fanciclovir là tiền chất của penciclovir, có tác dụng tốt như valganciclovir trong điều trị herpes zoster. Valganciclovir và fanciclovir là những sản phẩm tốt, có độ sinh khả dụng cao, giảm số lần uống thuốc trong ngày hơn so với acyclovir. Tuy nhiên, giá thành của cả 2 thuốc cao hơn so với giá của acyclovir.

Valganciclovir

Valganciclovir được FDA phê chuẩn năm 2001, là tiền chất của ganciclovir. Độ sinh khả dụng cao khoảng 60%, chỉ định chủ yếu trong viêm võng mạc do cytomegalovirus (CMV). Hiệu quả tác dụng của valganciclovir đường uống được so sánh với hiệu quả của các thuốc khác theo đường tiêm truyền tĩnh mạch. Hiện tượng viêm thường ở mức độ nhẹ nếu viêm võng mạc do CMV trên bệnh nhân HIV. Với phác đồ điều trị HAART trên những bệnh nhân HIV, nếu hệ miễn dịch toàn thân không cải thiện, CMV có thể kháng valganciclovir cũng như các thuốc điều trị CMV khác. Nếu hệ miễn dịch toàn thân cải thiện tốt thì có thể ngừng thuốc điều trị CMV. Một số bệnh nhân bị giảm thị lực do phù hoàng điểm được điều trị valganciclovir 900 mg/1 lần/ngày trong 3 tháng, kết quả cho thấy thị lực tăng, mức độ viêm màng bồ đào được cải thiện (immune recovery uveitis). Việc sử dụng valganciclovir trong điều trị hoại tử võng mạc cấp tính, hoại tử võng mạc tiến triển đã được một số tác giả báo cáo.

Thuốc chống nấm

Voriconazole

Voriconazole được FDA phê chuẩn vào năm 2002, thuộc nhóm triazole và là dẫn chất của fluconazole, có 2 dạng trình bày dạng viên và dạng tiêm truyền tĩnh mạch. Độ sinh khả dụng của thuốc là 96%, đạt nồng độ tối đa trong huyết thanh sau

2 – 3 giờ uống thuốc. Liều khởi đầu trong ngày đầu tiên 400 mg/12 giờ, liều duy trì 200 mg/12 giờ. Khoảng 30% số bệnh nhân có tác dụng phụ như lóa sáng, thay đổi thị lực màu, nhìn mờ. Ngoài ra, có tác dụng không mong muốn như ngứa, ban đỏ ở da, tăng men gan. Nhiều tác giả nghiên cứu tác dụng của voriconazole trong điều trị viêm loét giác mạc và viêm mắt nội nhãn do nấm sợi (82%), nấm men (18%), trong đó chủng *Fusarium* thường gặp nhất (49%), chủng *Candida* (17%), chủng *Aspergillus* (7%). Tất cả các chủng nấm đều nhạy cảm với voriconazole, nhưng nồng độ ức chế tối thiểu MIC90 của thuốc này thấp hơn nồng độ ức chế tối thiểu MIC90 của các thuốc khác như fluconazole, itraconazole, ketoconazole và thấp hơn MIC90 của amphotericin B trong điều trị nấm *Aspergillus*, *Candida*. Tuy nhiên, theo nghiên cứu của Hariprasad và cộng sự, nồng độ thuốc trong thủy dịch và trong dịch kính, sau khi uống voriconazole 400 mg/2 lần/12 giờ, cao hơn nồng độ ức chế tối thiểu MIC90 của các chủng nấm trừ chủng *Fusarium*. Với liều tiêm truyền tĩnh mạch voriconazole đến 25 µg/mL trong nghiên cứu thực nghiệm chưa có biểu hiện thay đổi về giải phẫu cũng như điện võng mạc. Nhiều báo cáo đã cho thấy hiệu quả tốt của voriconazole trong điều trị các trường hợp viêm loét giác mạc, viêm nội nhãn do nấm kéo dài, tiến triển nặng lên và thất bại điều trị với các thuốc chống nấm khác.

Other triazoles

Posaconazole, ravuconazole là kháng sinh chống nấm có phổ tác dụng rộng, hiện nay còn đang trong giai đoạn nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng.

Nhóm Echinocandins

Caspofungin, được FDA phê chuẩn năm 2001, có tác dụng lên màng tế bào nấm. Do đó, cho phép thuốc có tác dụng chọn lọc phá hủy tế bào nấm và nghiên cứu trong phòng thí nghiệm cho thấy caspofungin là thuốc diệt nấm. Một số tác dụng không mong muốn như ban đỏ da, nhức đầu, sốt, viêm cầu thận ♦

Tin trong nước

Hội thảo “Xây dựng chương trình đào tạo chuyên khoa mắt” lần 1:

Đi tìm mô hình đào tạo nhãn khoa phù hợp ở Việt Nam

Hội thảo “Xây dựng chương trình đào tạo chuyên khoa mắt” lần 1 do Bệnh viện mắt TW phối hợp với Quỹ FHF, Tổ chức AP, đại diện Bộ Y tế, cùng sự tham dự của các đại biểu đại diện 9 trường Đại học Y toàn quốc, diễn ra từ ngày 25-26/12/2009 với mục tiêu đưa ra những luận cứ khoa học và tính khả thi của chương trình đào tạo nhãn khoa thống nhất trên phạm vi toàn quốc, chuẩn bị những điều kiện cần thiết hướng tới xây dựng một trung tâm đào tạo nhãn khoa tầm cỡ quốc gia và khu vực.

Trong vai trò bệnh viện đầu ngành, Bệnh viện mắt TW nhận thấy sự cần thiết phải xây dựng một trung tâm đào tạo nhãn khoa cộng đồng hiện đại, đổi mới phương pháp dạy - học, hiện đại trang thiết bị giảng dạy...để đáp ứng nhu cầu phát triển nguồn nhân lực nhãn khoa đạt trình độ cao phục vụ chiến lược phòng chống mù loà Việt Nam từ nay đến năm 2020. Tuy nhiên, lựa chọn mô hình đào tạo nào để phù hợp? chương trình đào tạo cho bác sỹ và điều dưỡng chuyên khoa mắt nào là chuẩn? kinh phí đầu tư trang thiết bị giảng dạy?...là những vấn đề cần chuẩn bị chu đáo và khoa học.

Hiện nay, Bệnh viện Mắt TW và Bệnh viện Mắt TP. Hồ Chí Minh là 2 trung tâm nhãn khoa lớn tổ chức đào tạo tuy nhiên cũng chỉ mới đáp ứng được 30-50% nhu cầu nhân lực ngành mắt cả nước với các khoá đào tạo cơ bản (bác sỹ chuyên khoa các cấp, điều dưỡng chuyên khoa mắt...).

Cùng với công tác nghiên cứu khoa học, chỉ đạo tuyến và khám chữa bệnh mắt tuyến cao nhất, Bệnh viện Mắt TW là “cái nôi” đào tạo hàng ngàn thầy thuốc nhãn khoa cả nước ...tuy nhiên, chất lượng và

quy mô đào tạo chủ yếu hình thành trên nền tảng “cầm tay chỉ việc”, “kiêm nhiệm”, chương trình và phương pháp giảng dạy đã lỗi thời, công tác tổ chức thiếu tính chuyên nghiệp, bài bản, phương tiện giảng dạy thiếu và không còn phù hợp...

Hội thảo tập trung thảo luận các nội dung: từ các mô hình đào tạo bác sỹ chuyên khoa tại Ấn Độ, Mỹ và Úc, các nhà nhãn khoa sẽ tìm ra mô hình đào tạo bác sỹ nhãn khoa phù hợp với Việt Nam; Đối với chương trình đào tạo điều dưỡng định hướng chuyên khoa mắt (hệ 6 tháng), hội thảo sẽ đưa ra mô hình đào tạo của các nước: Thái Lan, Anh, Pháp, Úc, Mỹ để thảo luận và đi đến thống nhất giáo trình, tài liệu giảng dạy, thời gian và nội dung thực hành...

* * *

Hội nghị khoa học điều dưỡng Bệnh viện Mắt TW lần II:

Thực tiễn cần nhiều hơn những sáng kiến cải tiến!

Ngày 14/11/2009, Bệnh viện Mắt TW tổ chức Hội nghị khoa học điều dưỡng lần II với sự tham gia của 25 đề tài nghiên cứu khoa học của điều dưỡng, trong đó Bệnh viện Mắt Trung ương có 7 đề tài, còn lại là sự tham gia của các bệnh viện bạn: Bệnh viện Lao & Phổi TW, Bệnh viện TW Quân đội 108, Bệnh viện Thanh Nhàn (Hà Nội), Bệnh viện Tai Mũi Họng TW, Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện K, Bệnh viện Y học cổ truyền TW, Viện Lão khoa Quốc gia.

Hội nghị khoa học điều dưỡng đã thu hút đông đảo điều dưỡng viên quan tâm và có đã thảo luận sôi nổi, tuy nhiên diễn đàn này vẫn chưa thu hút nhiều sự quan tâm của khối bác sỹ - đồng nghiệp có quan hệ mật thiết và tương hỗ với các điều dưỡng viên ở bệnh viện.

Nhiều đề tài khoa học đã được nhiều đại biểu quan tâm thảo luận và đánh giá chất lượng như: đánh

giá tai nạn thương tích tại phòng trực cấp cứu Bệnh viện Mắt TW; đánh giá thực trạng tiêm an toàn tại Bệnh viện Y học Cổ truyền TW 2009; nghiên cứu sự ảnh hưởng tâm lý của người bệnh đến cảm giác đau trong và sau phẫu thuật tại Bệnh viện Mắt TW; đánh giá hiệu quả của khí OZONE trong khử trùng không khí phòng tiêm ...

Nhìn chung, các công trình nghiên cứu của điều dưỡng công phu, chịu khó tìm tòi, nhiều đề tài điều dưỡng viên lựa chọn nghiên cứu rất hay như đánh giá sự hài lòng của người bệnh, cảm giác người bệnh đau trong và sau phẫu thuật.... Tuy nhiên, những đề tài ấy liên quan đến vấn đề xã hội, yếu tố tâm lý, giao tiếp... thiếu sự tham gia hướng dẫn của các chuyên gia ngành khoa học xã hội nên không ít đề tài báo cáo theo hướng định tính, thiếu cơ sở lý luận nên chỉ dừng ở việc khảo sát!

Có ý kiến cho rằng, hội nghị sẽ thành công hơn nếu chủ đề tập trung, khuyến khích các sáng kiến, cải tiến của khối điều dưỡng, kỹ thuật viên sẽ phát huy nguồn sáng tạo tiềm năng của các điều dưỡng viên, không nhất thiết phải có nhiều đề tài khoa học “hoành tráng” mà đôi khi chỉ vài sáng kiến, cải tiến “nhỏ nhoi” của các điều dưỡng sẽ mang lại hiệu quả và giá trị thực tiễn hơn.

* * *

Lần đầu tiên ở Việt Nam triển khai phương pháp điều trị nhược thị bằng máy tính

Phần mềm hỗ trợ điều trị nhược thị đầu tiên tại Việt Nam do một nhóm các bác sỹ Bệnh viện Mắt Trung ương nghiên cứu trong ba năm qua sẽ được triển khai từ tháng 12/2009.

Nhược thị là nguyên nhân hàng đầu gây giảm thị lực ở trẻ em. Ở Việt Nam, theo điều tra 5.077 học sinh phổ thông của trạm mắt Ninh Bình năm 1997, tỷ lệ nhược thị là 0,26%.

Theo ThS. Nguyễn Thanh Vân - Đại diện nhóm nghiên cứu cho biết: nhược điểm của các phương pháp hỗ trợ điều trị nhược thị đang sử dụng hiện nay là bệnh nhi phải đến bệnh viện thực hiện một số phương pháp như khâu hạt cườm hay sử dụng máy CAM nên đơn điệu, khiến trẻ mau chán và rất tốn kém cho các bệnh nhân ở xa. Với phương pháp mới, máy tính sẽ cung cấp các bài thể dục cho mắt một cách thú vị và hiệu quả thay vì các bài tập đơn điệu trước đây.

Phương pháp này cho phép quản lý và theo dõi bệnh nhân trong quá trình điều trị. Mỗi bệnh nhân sẽ được cấp mã số riêng và có thể tự luyện tập tại nhà dưới sự giám sát của bác sỹ qua hệ thống. Điều đặc biệt của phương pháp này là bệnh nhân chỉ cần ngồi trước màn hình máy tính và nhìn vào các bài tập được thiết kế riêng chạy trên màn hình. Các bài tập này đã được các nhà khoa học nghiên cứu, cung cấp cho mắt các bài thể dục buộc mắt phải vận động, điều tiết hoặc kích thích phản xạ. Phần mềm này cung cấp hàng trăm bài tập khác nhau cho bệnh nhân. Tùy thuộc vào tình trạng mắt, mức độ nhược thị nặng, nhẹ, bác sỹ sẽ hướng dẫn cho bệnh nhân lựa chọn bài tập phù hợp. Các bài tập sẽ phức tạp dần lên.

Phương pháp này đã được thực hiện thành công tại một số nước như: Nga, Singapore... Khi được thiết kế tại Việt Nam, các bác sỹ đã lưu ý thiết kế sao cho các hình ảnh trong bài tập phù hợp với văn hóa của người Việt, đặc biệt là phù hợp với tâm lý trẻ nhỏ. Có rất nhiều bài tập vui nhộn như: hứng trứng gà, tìm máy bay, v.v... Sau 15 phút luyện tập sẽ có phần nghỉ ngơi thư giãn cho mắt ngay trên máy tính. Tùy thuộc mức độ nặng nhẹ của bệnh mà bệnh nhân sẽ luyện trên máy từ 15 – 60 phút mỗi ngày.

Nhóm nghiên cứu hi vọng có thể triển khai phương pháp này rộng rãi ra cộng đồng.

Kế hoạch đào tạo Nhân khoa năm 2010 của Bệnh viện Mắt Trung ương

Stt	Thời điểm khai giảng	Nội dung đào tạo	Thời gian đào tạo	Cán bộ phụ trách lớp của Phòng Quản lý Khoa học & đào tạo
1	Tháng 1/2010	Lớp Điều dưỡng Mắt khoá 1/2010	6 tháng	BS.ThS. Hoàng Cường
2	Tháng 2/2010	Lớp tiếng Pháp DIU	2 tuần	BS.ThS. Hoàng Cường
3	Tháng 3/2010	Lớp khúc xạ khoá 1/2010 (ICEE)	3 tháng	BS.ThS. Nguyễn Kiên Trung
4	Tháng 4/2010	Kỹ thuật ghép màng ối điều trị viêm loét giác mạc- Phẫu thuật mống	2 tháng	BS.ThS. Phạm Thu Minh
5	Tháng 5/2010	- Các bệnh mắt trẻ em	2 tháng	BS.TS. Hà Huy Tài
6		- Lớp KTV mài lắp kính (ICEE)	2 tuần	BS.ThS. Nguyễn Kiên Trung
7	Tháng 6/2010	Lớp Phaco khoá 1/2010	2 tháng	BS.ThS. Bùi Văn Anh
8	Tháng 7/2010	- Chuyên đề MBĐ- Dịch kính- Vỡng mạc	2 tháng	BS.ThS. Phạm Thu Minh
9		- Lớp Điều dưỡng Mắt khoá 2/2010	6 tháng	BS.ThS. Hoàng Cường
10	Tháng 8/2010	Lớp khúc xạ khoá 2/2010 (VNIO)	3 tháng	BS.ThS. Nguyễn Kiên Trung
11	Tháng 9/2010	Phẫu thuật dịch kính - vỡng mạc	2 tháng	BS.ThS. Hoàng Cường
12	Tháng 10/2010	Chuyên đề Glôcôm	2 tháng	BS.ThS. Bùi Văn Anh
13	Tháng 11/2010	- Lớp Phaco khoá 2/2010	2 tháng	BS.ThS. Bùi Văn Anh
14	Tháng 12/2010	- Lớp tiếng Pháp DIU	2 tuần	BS.ThS. Hoàng Cường
15		Siêu âm trong chẩn đoán nhãn khoa	1 tháng	BS.ThS. Bùi Văn Anh

Ghi chú:

- Các khoá chuyên đề do chuyên gia nước ngoài giảng dạy phụ thuộc vào kế hoạch hợp tác quốc tế năm 2010
- Khoá tập huấn BS tuyến huyện và đào tạo liên tục trong BV phụ thuộc vào kinh phí của Bộ Y Tế
- Đề nghị các học viên đăng ký trước một tháng so với thời điểm khai giảng, liên hệ với cán bộ phục trách lớp thuộc Phòng QLKH&ĐT theo số điện thoại: 04 38228956

Kế hoạch quốc gia phòng chống mù loà và chăm sóc mắt ở Việt Nam giai đoạn 2010 – 2013

Lời toà soạn: Ngày 11/9/2009 Bộ trưởng Bộ Y tế đã chính thức phê duyệt Kế hoạch Quốc gia phòng chống mù loà (PCML) và chăm sóc mắt giai đoạn 2010 – 2013 theo quyết định số 4322/QĐ-BYT. Kế hoạch này sẽ là “đòn bẩy” chiến lược thúc đẩy công tác PCML ở Việt Nam với quy mô sâu rộng

hơn, toàn diện hơn, huy động các nguồn lực xã hội, thu hút sự tham gia của các cấp, các ngành và tầng lớp nhân dân.

Từ số này **Tạp chí Nhân khoa Việt Nam** lược đăng Kế hoạch Quốc gia PCML để bạn đọc tham khảo, quan tâm, chung sức cùng ngành Mắt Việt Nam phấn đấu vì mục tiêu chung: “Thị giác 2020: kiểm soát các bệnh gây mù có thể phòng tránh được”.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

1.1. Tình hình mù loà và các nguyên nhân gây mù chính ở Việt Nam hiện nay

Năm 2007, được sự giúp đỡ của Tổ chức Atlantic, một cuộc điều tra dịch tễ học trên diện rộng ở 16 tỉnh thành cả nước được tiến hành đã cho thấy tỷ lệ mù loà ở Việt nam đã giảm xuống so với năm 2002 (từ 4,7% xuống 3,1% ở người từ 50 tuổi trở lên) được thể hiện qua bảng sau:

Bảng 1. Tỷ lệ mù loà và thị lực thấp ở nước ta hiện nay

Năm	Nguồn số liệu điều tra	Cơ mẫu điều tra	Tỷ lệ mù 2 mắt trong dân số (từ 50 tuổi trở lên)	Tỷ lệ thị lực thấp 2 mắt (từ 50 tuổi trở lên)	Dân số (người từ 50 tuổi lên)	Số mù hiện nay (nghìn)	Số TL thấp hiện nay (nghìn)
2002	RACSS	13.896	4,7%	21,27%	11.046	519	2.350
2007	RAAB	28.033	3,1%	13,6%	12.286	381	1.671

Các nguyên nhân gây mù chính hiện nay qua điều tra cho thấy vẫn là đục thể thủy tinh (chiếm 66,1%), bệnh glôcôm (6,5%), tật khúc xạ (2,5%) và bệnh mắt hột (1,7% tổng số người mù). Hiện nay ước tính có khoảng 380.800 người mù 2 mắt, trong đó có 251.700 người mù do đục thể thủy tinh, 24.800 người mù do bệnh glôcôm và 6500 người mù do bệnh mắt hột, ngoài ra có hàng trăm nghìn người mù và giảm thị lực do tật khúc xạ chưa được chỉnh và cấp kính.

1.2. Số lượng và chất lượng cán bộ chăm sóc mắt hiện nay

Hiện nay cả nước có khoảng 1.083 bác sỹ nhãn khoa, trong đó chỉ có 555 người có thể mổ được đục thể thủy tinh chiếm tỷ lệ 13 người/1triệu dân, và 1208 y sỹ, y tá nhãn khoa trong cả nước chiếm tỷ lệ 14,5 người/1triệu dân. Như vậy là còn ít so với nhu cầu. Mặt khác số cán bộ này lại phân bố không đều, chủ yếu tập trung ở thành phố và đồng bằng, còn ở miền núi và Tây nguyên lại rất thiếu như ở Đắc Nông, Lai Châu, Điện Biên, Bình Phước. Hiện còn tới 8 tỉnh như Bến tre, Long An, Đồng Nai, Đồng Tháp, Hậu Giang, Tây Ninh, Khánh Hoà, Quảng Nam chưa thành lập Trung tâm Mắt hoặc Trung tâm PCBXH là đơn vị chăm sóc mắt cho

dân ở cộng đồng. Nhiều tỉnh chưa có đủ số bác sỹ và phẫu thuật viên nhãn khoa và điều dưỡng nhãn khoa, đặc biệt tại các tỉnh miền núi và Tây Nguyên. Tại tuyến huyện, hiện chỉ có 211 huyện thị có y tá/bác sỹ chuyên khoa (CK) mắt (chiếm 1,6%) làm việc trong tổng số 668 huyện cả nước. Rất nhiều huyện còn trống không có một bác sỹ hoặc y sỹ, y tá chuyên khoa Mắt để chăm sóc mắt cho nhân dân. Tuyến trung ương, đặc biệt là 2 bệnh viện lớn bệnh viện mắt TW và bệnh viện mắt TP Hồ Chí Minh là 2 trung tâm đào tạo lớn của cả nước, có khả năng hỗ trợ tuyến dưới về đào tạo cán bộ và chuyển giao kỹ thuật tiên tiến trong nhãn khoa cho các địa phương. Đặc biệt theo đề án 1816 của Bộ Y tế, 2 trung tâm lớn này hàng năm sẽ cử rất nhiều cán bộ kỹ thuật đi hỗ trợ cho những nơi còn yếu kém về mặt kỹ thuật. Hệ thống CSMBĐ ở tuyến xã còn yếu kém do mới đào tạo được mỗi xã 1-2 cán bộ y tế về CSMBĐ để lồng ghép vào CSSKBĐ ở 317 huyện (chiếm 47,45%) trong cả nước. Như vậy nhu cầu được đào tạo thêm cho tất cả các tuyến, đặc biệt là số cán bộ chuyên khoa mắt cho tuyến huyện là rất lớn và rất cấp bách...

(còn nữa)

Tin Quốc tế

Các nước hưởng ứng ngày Thị giác Thế giới 2009

Tại Canada

Seva Canada - một tổ chức phi chính phủ của Canada hỗ trợ các nước đang phát triển phục hồi thị lực và phòng chống mù loà đã phát động cuộc thi video “Cách nhìn của em”. Seva Canada kêu gọi mọi công dân Canada từ 13 tuổi trở lên cùng chung sức giúp đỡ phụ nữ và các em bé gái phòng chống bệnh mắt gây mù thông qua việc xây dựng những đoạn video ngắn về chủ đề thị giác và bình đẳng giới.

Tại Botswana

Năm nay tại nước Cộng hoà Botswana, ngày Thị giác Thế giới được tổ chức vào ngày 15/10 tại Bệnh viện Livingstone, Molepolole, quận Kwaneng. Trong suốt tuần lễ (từ 12 đến 16/10/2009). Tại đây tổ chức khám sàng lọc khúc xạ, cấp kính, phẫu thuật đục thể thủy tinh miễn phí, triển khai các hoạt động tuyên truyền phòng chống mù loà trong cộng đồng.

Cuộc tuần hành “Đi bộ vì Thị giác” năm 2009, từ 7h sáng ngày chủ nhật 4/10. Khoảng 1000 người đã tham gia đi bộ vòng quanh công viên Savannah tại thủ đô Trinidad, tất cả đều mặc áo thun trắng để biểu lộ tình đoàn kết với những người khiếm thị. Ngoài ra, Ban tổ chức khám sàng lọc thị lực, xét nghiệm đường huyết và đo huyết áp cho những người tham gia. Một chiến lược truyền thông rộng rãi trên báo viết, truyền thanh và truyền hình đã được triển khai kèm theo để nâng cao hơn nữa kiến thức về những bệnh mắt gây mù có thể phòng tránh được đồng thời quảng bá về cuộc tuần hành để khuyến khích sự tham gia tích cực hơn nữa của xã hội.

Tại Iran

Một chương trình tổng hợp tại thủ đô Iran, bao gồm các cuộc hội thảo chuyên đề, các đợt khám mắt miễn phí cho phụ nữ, tổ chức thi vẽ tranh cho thiếu nhi về đề tài chăm sóc mắt (đặc biệt chăm sóc mắt cho phụ nữ).

Hoạt động của tổ chức Fred Hollows Foundation (FHF) tại Australia

Quỹ FHF đã công bố cuộc triển lãm “Qua đôi mắt em”. Đây là cuộc triển lãm ảnh do con gái của

cố Giáo sư Fred Hollow (người sáng lập Quỹ FHF) tổ chức để hưởng ứng ngày Thị giác Thế giới 2009.

Các hoạt động của tổ chức ORBIS Quốc tế

Tổ chức ORBIS Quốc tế triển khai chiến lược truyền thông rộng rãi trong 4 tuần để hưởng ứng ngày Thị giác Thế giới 2009. Thông qua một loạt phóng sự trực tiếp về các hoạt động của Bệnh viện Bay. Với sự tài trợ của hãng Alcon - một công ty dược phẩm và thiết bị y tế toàn cầu- ORBIS đã triển khai các hoạt động như: thực hiện các phóng sự chăm sóc mắt thông qua hoạt động của Bệnh viện Bay tại Nam Phi và phát sóng trong các đợt phẫu thuật tại Jaipur, Ấn Độ và Chittagong, Bangladesh, cũng như trên các mạng thông tin toàn cầu eDM, e-newsletters, Facebook, YouTube, Twitter...

ORBIS Canada

Bệnh viện Bay sẽ có mặt tại Chittagong, Bangladesh trong ngày Thị giác Thế giới 2009. Một nửa thời gian trong chương trình 2 tuần được ghi dấu là Tuần lễ Canada. ORBIS Canada khởi động chương trình gây quỹ và ủng hộ số tiền thu được cho ngày TGTG.

ORBIS Hồng Kông

Chương trình “Đeo huy hiệu ORBIS” hàng năm lần thứ 6 đã được tổ chức để hưởng ứng ngày Thị giác Thế giới 2009. Mỗi người tham gia đều đóng góp 100 đôla Hồng Kông và đều đeo một huy hiệu ORBIS trong suốt tháng 10 để bày tỏ sự ủng hộ đối với sứ mệnh bảo vệ ánh sáng cho đôi mắt. Năm ngoái chương trình này đã thu được 3,3 triệu đôla Hồng Kông từ gần 500 tổ chức và 20.000 cá nhân tham gia.

ORBIS Macao và Đài Loan

Macao và Đài Loan đã triển khai Chương trình “Hành động Xanh”, về thực chất đây chính là sự mở rộng của chương trình “Đeo huy hiệu” do ORBIS châu Á khởi xướng. ORBIS Macao và Đài loan sẽ mời mọi người tham gia theo nhiều cách khác nhau như: mặc quần áo màu xanh, tổ chức các buổi tiệc xanh, bán các sản phẩm màu xanh để gây quỹ. Mục đích của chương trình là từng bước xây dựng màu xanh da trời trở thành biểu tượng gắn liền với vai trò quan trọng của đôi mắt, qua đó kết nối mọi người cùng tham gia sự nghiệp bảo vệ ánh sáng cho đôi mắt.

Vũ Long (TH)

THỂ LỆ ĐĂNG BÀI TRÊN TẠP CHÍ NHÂN 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 NHÂN KHOA VIỆT NAM

HUYỀN THOẠI

Lửa

Lịch sử iện Mắt và ngành Mắt Việt Nam có ghi rõ nữ bác sĩ Đặng Thuỳ Trâm là người thứ tư của Viện được cử vào chiến trường sau khoá huấn luyện chuyên khoa mắt chuẩn bị cho nhiệm vụ này. Lúc đó chị 24 tuổi, trẻ trung, nụ cười tươi và đôi bím tóc dày, quá vai một chút... thật nữ tính và dễ gần. Lúc đó, là ngày 23 tháng 12 năm 1966, những năm đầu của cuộc chiến chống Mỹ mở rộng xâm lược ra miền Bắc Xã hội Chủ nghĩa.

Cha chị là bác sĩ Đặng Ngọc Khuê- Chủ nhiệm khoa Ngoại, Bệnh viện Saint Paut (đã mất); mẹ là dược sĩ Doãn Ngọc Trâm cán bộ Trường Đại học Dược -

Hà Nội. Chị là người con trưởng, dưới chị có bốn đứa em. Tốt nghiệp năm 1966, có nghĩa là chỉ chừng dăm bảy tháng sau khi thành bác sĩ, Đặng Thuỳ Trâm đã lên đường phục vụ chiến trường. Dường như tôi đã cảm thấy ngọn lửa nhiệt huyết trong trái tim cô gái Hà Nội trẻ trung ấy từ lâu đã nhằm hướng thẳng tới chiến trường, tới nơi gian khổ, ác liệt...

Nơi ấy, Đặng Thuỳ Trâm phải ba tháng trời hành quân mới tới. Nơi ấy được chị kể lại trong thư gửi cho người bạn (tên là Niệm) đề ngày 23



tháng 4 năm 1967: “Viết thư cho Niệm giữa lúc máy bay địch gào thét trên đầu. Trục thăng quạt hàng tràn đại liên. Phản lực tuôn bom điên cuồng. Mặc kệ. Chúng thừa bom đạn thì cứ rải. Cùng lắm chỉ chết lũ cây rừng. Mình được phân công về huyện Đức Phổ. Cơ quan vừa bị oanh tạc tuần trước. Thiệt về người không lớn nhưng bệnh xá tan hoang. Thuỳ về, vắc ba lô đi giữa những căn nhà sập nát. Đồ đạc, dụng cụ y tế vương vãi đầy sân. Không một bóng người. Thuỳ không khóc mà lòng rớm máu. Thuỳ lang

thang đi thăm từng buồng bệnh cũ. Những chiếc khay đựng xơ-ranh, dao kéo..., những giá treo áo blouse...tất cả gãy vụn. Ai có cách gì nói hết nỗi đau của Thuỳ? Nỗi đau cắn vào xương thịt, không dừng lại ở cảm giác... Thế đó! Niệm ơi, hãy tin rằng cô bạn gái của Niệm sẽ giữ mãi bản chất yêu đời, dù trong lửa bom, bão đạn...”. Nơi ấy là huyện Đức Phổ- một huyện ven biển nằm trong chiến tranh ác liệt nhất.

Đại tá Tư Thắng, người anh hùng huyền thoại

của đường mòn trên biển đã kể về bệnh xá huyện Đức Phổ và Đặng Thuỳ Trâm với lòng ngưỡng mộ đến kinh ngạc: “Các anh hiểu thế nào là một cái bệnh xá huyện trong chiến tranh miền Nam hồi bấy giờ không? Riêng tôi, thật ra đến lúc đó, có dịp trôi dạt vô đó, tôi mới hiểu. Thì ra, giữa chiến tranh, ở một vùng đất quá ác liệt, thì một đơn vị bộ đội, chủ lực hay địa phương, thậm chí có khi cả du kích nữa, rồi các cơ quan chỉ huy, chỉ đạo...có thể tạm thời lánh đi đâu đó, thời gian ngắn hay dài. Nhưng một cái bệnh xá huyện thì không thể lánh đi đâu được, đơn giản chỉ vì nó là cái bệnh xá huyện, nó phải có mặt ở đó bất kể lúc nào, trụ bám ở đó vì thương binh, vì những người dân bị thương, bị bệnh...”

Mà Đức Phổ hồi bấy giờ là một trong những huyện ác liệt nhất ở chiến trường khu 5. Sư đoàn không vận số 1 Mỹ quần nát ở đó, rồi lữ đoàn 196 Mỹ, sư đoàn dù 101 Mỹ, rồi Rồng Xanh, Bạch Mã, Nam Triều Tiên, rồi sư 2, sư 22, sư 23 nguy, thủy quân lục chiến, dù nguy, chẳng thằng nào thiếu mặt ở đây. B52 đâm nát một vùng bán sơ địa, ngang dọc chỉ vài chục cây số... Thế mà trên cái vùng đất ghê gớm ấy, suốt hàng chục năm trời, vẫn tồn tại, trụ bám một cái bệnh xá huyện nho nhỏ, vô danh, gan lì, bất khuất. Và người phụ trách, người chỉ huy cái bệnh xá ấy là một cô gái, một bác sĩ trẻ người Hà Nội. Năm ấy tuổi chị khoảng chưa đến 30. Tên chị là Trâm. Rất tiếc, tôi có lỗi, tôi không hỏi địa chỉ gia đình chị ở Hà Nội...Và chị chỉ huy cái bệnh xá ấy, trụ bám gan lì đến kì lạ, kỳ quặc suốt mấy năm trời trên vùng đất hẹp bị đánh nát như băm ấy...cho đến ngày chị hy sinh...” (Trích trong tập ký sự “Có một con đường mòn trên biển Đông” của nhà văn Nguyễn Ngọc- NXB Hà Nội 1994).

Đó là chiều ngày 19 tháng 6 năm 1970, chị mới 27 tuổi đời và là người đảng viên chưa đầy 2 tuổi Đảng.

Một y tá đồng nghiệp tại bệnh xá huyện kể lại “Chị Trâm chỉ huy mọi người sơ tán thương binh

xuống các hầm ngầm. Ba hôm sau, chị dẫn nhóm cán bộ 4 người xuống núi tìm địa điểm mới ở khu rừng Ba Khâm thuộc huyện Ba Tư để di chuyển cơ quan. Tai hoạ đã xảy ra. Cả tốp sa vào ổ phục kích. Cuộc chiến không cân sức kết thúc lúc 4 giờ 45 phút chiều... Chị Trâm đã anh dũng hi sinh...”. Đó là lúc một tốp lính địch tìm thấy và xúm vào đọc cuốn nhật ký của chị. Có tên định đốt đi. Một lính Mỹ ngăn lại: Đừng đốt! Trong đó có lửa...

Và sau đó hơn 30 năm...

Cuốn nhật ký còn đó, và rất nhiều người đã được đọc, đã thấy sự thật và huyền thoại về chị. Và chắc chắn trong lòng ai cũng bật lên câu hỏi: Sao người con gái Hà Nội ấy làm trụ cột một cơ sở nhỏ bé, khó khăn, bận rộn và duy trì nó trong niềm say mê, tận tụy suốt bấy ngày tháng ở nơi bom đạn liên miên như vậy?

Cuộc đời ấy đã đem lửa trái tim mình vào công việc, vào từng dòng nhật ký; cuộc đời ấy từ ngày còn là học sinh ở trường Trung học Chu Văn An rồi sinh viên Đại học Y Hà Nội đã đem lửa vào những bài hát yêu thích, trong đó có bài Su-li-cô- dân ca Gruzia. Bài hát về tình yêu và chiến tranh, về sự hện hò và hy sinh mất mát.

Ngọn lửa ấy ở trong ba lô khi chị khoác lên vai từ biệt gia đình, bè bạn đi vào tuyến lửa...

Ngọn lửa đó vẫn ấm áp lan tỏa.

Người viết bài này mỗi khi đến thăm mộ cô em họ là liệt sỹ, thể nào cũng tới thắp hương trước mộ hai liệt sỹ Nguyễn Văn Thạc và Đặng Thuỳ Trâm. Hai khu mộ họ ở khá gần nhau, lúc nào cũng nhiều hương hoa.

Mỗi lần như thế tôi thấy lòng mình dâng đầy cảm xúc tự hào, tin tưởng và thêm bao nhiêu ấm cúng, bình an ♦

Phạm Đức

Đôi mắt trong thi ca Việt Nam:

*Đôi mắt
là gương...*

Đôi mắt là một bộ phận quan trọng của con người. Phần lớn lượng thông tin thu nhận của con người là bằng mắt. Thế nhưng đôi mắt còn thể hiện “nhân sinh quan”, thể hiện cảm xúc của mỗi tâm hồn... Tự bao giờ, đôi mắt đã trở thành cảm hứng sáng tác của nghệ thuật, thơ văn... Đôi mắt đã lúng liếng đi vào những câu thơ, tục ngữ, trường tồn trong vốn văn hoá dân gian của dân tộc với những sắc thái khác nhau, duyên dáng đến lạ thường....

Từ xưa ông cha chúng ta đã có câu:

“Đôi tay là ngọc, đôi mắt là vàng”

Hoặc

“Giàu hai con mắt khó hai bàn tay”

Đôi mắt đã được gọi bằng nhiều tên rất biểu tượng như là: đôi mắt huyền, mắt nhung, mắt biếc, mắt buồn tênh, mắt nai tơ, mắt tình nhân, mắt thù hận, mắt bạc tình, mắt dao cau, mắt sắc như dao, mắt bơ vơ, mắt xanh, mắt lá dăm, mắt toét....

Ciceron có nói: *“Khuôn mặt là chân dung của tâm hồn mà đôi mắt là để diễn tả”*.

Quả vậy, khi người ta bị mù loà hoặc khiếm thị biết kể kiếm sống sao được, nói gì đến việc làm giàu. Những người bị mù loà, khiếm thị kéo theo công sức chăm sóc của người lành nữa nên cả nhà, cả đời đều nghèo khó.

Đôi mắt: là tất cả của một đời người. Tạo hoá sinh ra con người. Tạo hoá cho con



người đôi mắt quý giá biết bao. Người đời nay đã nói:

“Đôi mắt là cửa sổ của tâm hồn”

Quả không sai. Đôi mắt là nơi người ta biểu lộ tất cả những gì chứa đựng bên trong tâm hồn: yêu thương, hờn giận, buồn nản, chán chường, chân tình hoặc gian xảo nên khôn hoặc dại cũng biểu lộ trên đôi mắt.

Xin ghi lại “Mắt Biếc” của Bích Khê diễn tả nhiều khả năng đáng yêu của mắt:

“Ôi! cặp mắt của người trong tơ ngọc

Sáng như gương và chấp chóa kim cương

Mỗi cái ngó là một vì sao mọc!

Mỗi liếc yêu lá phảng phất mùi hương.

Hai mắt ấy chói hòa quang sáng ngợp

Dẫn hồn ta vào thế giới thiêng liêng.

Hớp nhiều trăng cho niêm trình rất ngợp

Say nhạc hường nổi bông giữa đào nguyên”.

Còn ở Trịnh Công Sơn với “Những con mắt trần gian”:

“Những con mắt tình nhân,

Nuôi ta biết nông nản

Những con mắt thù hận,

Cho ta đời lạnh căm

Những con mắt cỏ non,

Xanh cây trái địa đàng

Những con mắt bạc tình,
Cháy tan ngày thần tiên...”

Hay trong ca dao:

“Trời sinh con mắt là gương

Người ghét ngó ít người thương ngó nhiều”.

Đôi mắt là nơi biểu lộ nhất là tình yêu:

“Yêu nhau đứng ở đằng xa

Đôi mắt liếc lại bằng ba đứng gần”.

...

“Con dao dọc lá trầu vàng

Mắt anh anh liếc, mắt nàng nàng đưa”.

Trong tục ngữ dân gian dân tộc Mường có ghi rằng:

“Khăn thương nhớ ai khăn rơi xuống đất

Khăn thương nhớ ai khăn vắt lên vai

Đèn thương nhớ ai mà đèn không tắt

Mắt thương nhớ ai mắt ngủ không yên”.

Trong kho tàng văn học có biết bao câu nói về cảm xúc tình yêu qua đôi mắt:

“Nhớ ai cặp mắt lim dim

Chân đi thối thểu như chim tha mồi”.

...

“Song Hồ khép nửa cánh mây

Tùng đông ghé mắt ngày ngày ngóng trông”.

...

“Cầm vàng ném xuống ao sâu

Mắt vàng không tiếc tiếc đôi mắt mờ câu hữu tình”.

Đôi mắt là vẻ đẹp, là bộ phận trang trí tuyệt đỉnh cho con người:

“Em như tố nữ trong tranh

Anh như ngòi bút chấm cành hoa mai

Tiệc thay mắt phượng mày ngài

Hồng nhan như vậy nở hoài tấm thân”.

...

“Mắt lá dăm

Lông mày lá liễu

đáng trăm quan tiền”.

...

“Cổ tay em trắng như ngà

Đôi mắt em sắc như là dao cau”.

Nơi nhìn đầu tiên thuở gặp nhau, điều đầu tiên là cái nhìn bắt gặp từ đôi mắt. Cái cảm tình yêu thương ấy cũng từ trong đáy mắt sâu thẳm:

“Lạ kỳ đôi mắt của em

Ngước nhìn như thể mắt chim dụ dàng

Mà sao trút lửa nồng nàn

Phút đầu tiên ấy bàng hoàng lòng anh

Mắt em óng ánh long lanh

Mở cho anh thấy cao xanh tâm hồn”.

...

“Mắt em là gương trong

Soi đời anh lấp lánh

Trong những đêm giá lạnh

Mắt em là què hương”.

Xa thì nhớ, gần thì thương. Trong tình yêu xa cách nỗi nhớ da diết nhất vẫn là đôi mắt:

“Đôi mắt em lặng buồn

Nhìn tôi mà chẳng nói

Tình đôi ta vời vợi

Có nói cũng khôn cùng”.

...

“Cánh bướm bay bổng tuyệt vời

Đã mòn con mắt phương trời dăm dăm”.

Các đôi trai gái yêu nhau xa nhau thương nhớ thầm khóc vọng cũng biểu lộ ở giọt lệ của đôi mắt:

“Nhớ ai em những khóc thầm

Đôi hàng nước mắt đầm đầm nước mưa”.

...

“Thương em anh biết để đâu

Để vào tay áp lâu lâu lại làm

Chiều chiều mây phủ sơn trà

Lòng ta thương bạn nước mắt và lẫn cơm”.

Các nhà thơ, nhà văn, nhạc sỹ nào cũng đều đắm đuối trong cặp mắt tình yêu:

“Đôi mắt em mơ màng

Như h ồ sương gợn sóng

Làm hồn tôi mơ mộng

Bay trong vườn cỏ hoa”.

Con người ta: khôn hay dại, hiền hay ác, buồn hay vui cũng đều biểu lộ trên đôi mắt:

“Người khôn con mắt đen sì

Người dại con mắt nửa chì nửa than”.

...

“Khen cho con mắt tình đời

Anh hùng đoán giữa trần ai mới già”

...

“Khi khoẻ hạnh, khi nét ngài

Khi ngâm ngợ nguyệt, khi cười cợt hoa” (Truyện Kiều).

...

“Chém cha con mắt đa đoan

Càng lắm nhân ngài càng mang tiếng thù”.

...

“Miệng cười môi đỏ trái hồng

Răng đều hạt bắp là hàng phu nhân

Trán cao, mắt sáng lung linh

Trai thì trung tính, gái thì lòng son”.

Người ta đẹp cũng từ đôi mắt; xấu xí cũng vì đôi mắt. Thật thà hay gian đảo cũng từ đôi mắt:

“Cô gái Sơn Tây yếm lòng tay gác

Răng đen hạt nhót chân đi cù lèo”.

...

“Chồng em rõ sẹo rõ si

Chân đi chữ bát mắt thì ngưỡng thiên”.

Trong ngôn từ dùng thường nhật người đời cũng thường ví von từ đôi mắt với nhân cách con người.

Yêu say yêu đắm thì thường ví cặp mắt: yêu đắm đuối. Cặp mắt thần thờ, si tình.

Với những kẻ gian thì người đời bảo rằng: lắm la lắm lét. Với những kẻ lác các thì gọi là: “*mắt láng láng láo láo như cáo vào chuồng gà*”.

Cùng với môi miệng, cặp mắt con người ta cũng cười: cười trong khoẻ mắt. Điều này rất rõ ở những người thầy thuốc trong phòng bệnh. Khi cái miệng của người thầy thuốc đã bịt khẩu trang rồi chỉ còn đôi mắt thể hiện tình cảm vui buồn yêu thương đối với các bệnh nhân là đôi mắt. Khi đó nơi đuôi những con mắt cười thực sự, đáy mắt vui hay giận thể hiện thực sự:

“Trực khuya mắt đã thâm quầng

Nụ cười em gói ở trong mộng rồi

Biết rằng em vẫn yêu tôi

Nếp nhăn đuôi mắt em cười đó thôi”.

Mắt là tâm hồn, mắt là niềm vui nỗi buồn, mắt là yêu thương hờn giận ... Mắt là tất cả của đời người, là vật báu vô giá mà tạo hoá đã ban cho chúng ta. Thế nhưng trong xã hội cũ, trong xã hội lạc hậu thì

việc chăm sóc và gìn giữ đôi mắt lại có nơi dùng phải bài thuốc của lang băm rất nguy hiểm như: đã nhái xanh đắp vào mắt, đã lá khắc dẹt vào mắt dẫn đến viêm nhiễm loét mắt ba vành. Cả họ bị loét, cả làng bị loét rồi đổ cho:

“Toét mắt là tại hướng đình

Cả làng này toét riêng gì mình em”.

Tôi còn nhớ ở cái thời kỹ thuật công nghệ mở mắt đầu được thực hiện ở Thanh Hoá. Có một cụ già gần 70 tuổi đã mất ánh sáng 20-30 năm. Sau khi người bác sỹ thay băng cụ đã nhìn thấy đất trời cỏ cây. Bất chấp việc kiêng kỵ cụ mừng quá bỏ dùng băng ra đường như người điên dại mà hét lớn: “Mắt tôi sáng rồi, cảm ơn Đảng, cảm ơn Bác Hồ”. Rồi cứ thế, cụ vừa về vừa la lớn nhưng cụ nào biết đường về quê...

Ngày nay, nền Nhân khoa hiện đại với những bước tiến vượt bậc đã mang lại ánh sáng cho hàng triệu triệu người, chữa được nhiều bệnh về mắt mà trước đây ngành chúng ta phải bó tay.

Mắt là vật sở hữu quý giá nhất của con người mà cho tới nay chưa có cách nào để thay thế toàn bộ được. Người ta có thể thay tim, thay thận, thay gan, nhưng mắt chỉ mới thay một phần trong con mắt như: giác mạc, thủy tinh thể... mà thôi. Chính vì mắt là ngọc, là vàng, là bộ phận trong con người ta vô giá như vậy nên mỗi người phải tự chăm sóc gìn giữ.

Bệnh viện Mắt Trung ương mới thành lập Ngân hàng Mắt đầu tiên ở Việt Nam. Ước gì mỗi người dân chúng ta, ai ai cũng thấu hiểu nỗi khổ của hàng triệu người bị mù vì hỏng giác mạc để tự nguyện hiến mắt khi đã qua đời, âu đó cũng là “kỷ vật” lại cho đời, để chính đôi mắt mình vẫn lưu lại, vẫn được soi mãi cuộc đời vô vàn tươi đẹp này!

... Nói về mắt, viết về mắt không biết bao giờ mới cạn dòng. Trong khuôn khổ hạn hẹp bài viết này hy vọng mọi người chúng ta thêm công sức gìn giữ và chăm sóc vẻ đẹp quý giá của đôi mắt để tô điểm cho cuộc đời ngày càng tươi đẹp hơn ♦

Xuân Lộc

