

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GLÔCÔM THỨ PHÁT DO ĐỤC THỂ THỦY TINH CĂNG PHỒNG

*Phan Văn Năm, Trần Bá Kiên
Trường Đại học Y Dược Huế*

Tóm tắt

Mục đích: Nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị glôcôm do đục thể thủy tinh căng phồng. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả có can thiệp lâm sàng trên 36 bệnh nhân với chẩn đoán glôcôm do đục thể thủy tinh căng phồng đã được nhập viện điều trị tại Khoa Mắt, Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 6/2010 đến tháng 6/2011. Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm thị lực, nhãn áp trước và sau phẫu thuật, các tổn thương kèm theo và các biến chứng chủ yếu sau mổ. Phẫu thuật được xem là thành công khi nhãn áp sau mổ <21mmHg. **Kết quả:** Chủ yếu trên 60 tuổi chiếm 91,7%, nữ chiếm ưu thế, nông thôn chiếm 61,1%, thời gian từ khi mắc bệnh đến khi nhập viện <5 ngày chiếm 77,8%. Nhãn áp trước mổ từ 35-45mmHg chiếm 47,2%, thị lực trước mổ ĐNT<1m chiếm 94,5%, góc tiền phòng đóng chiếm 80,6%. 100% có phù giác mạc, đồng tử giãn trên 5mm chiếm 83,3%. Phẫu thuật chủ yếu là phaco kết hợp cắt bè củng giác mạc và đặt kính nội nhãn 69,5%. Thị lực sau mổ chủ yếu từ 1/10-5/10 chiếm 72,2%. Nhãn áp sau 3 tháng phẫu thuật dưới 21mmHg chiếm 91,7%, nhãn áp từ 22-24mmHg chiếm 8,3%, không có trường hợp nào nhãn áp trên 25mmHg. Biến chứng sau mổ chủ yếu là phù giác mạc và xuất tiết diện đồng tử.

Từ khóa: Glôcôm, đục thể thủy tinh thể

Abstract

STUDY CLINICAL FEATURE AND RESULT OF TREATMENT PHACOMORPHIC GLAUCOMA

*Phan Van Nam, Tran Ba Ken
Hue University of Medicine and Pharmacy*

Purpose: Study clinical feature of phacomorphic glaucoma. To evaluate the result of treatment phacomorphic glaucoma. **Method:** The retrospective, interventional study on 36 cases with phacomorphic glaucoma who underwent treated at Hue Central Hospital from 6/2010 to 6/2011. Standard of research: visual, IOP, before and after surgery, accompanying lesions and post-operative complications. The surgery is considered successful when postoperative IOP less than 21 mmHg. **Results:** Age 50-59 presented 30.5 percent, ≥ 60 presented 91.7 percent. There was a slight female preponderance (66.7%) compared to the male population (33.3%) which implies a statistically marginally significant difference. However there was no statistical significance difference when compared by the two subgroups. Patient in country presented 61,1% and city presented 38,9%. The duration between the onset of pain and surgery from 0 to < 5 days (77.8%), from 6 to 10 (16.7%) and >10 days presented 5.5%. The preoperative intraocular pressure 35 to 45mmHg (47.2%), 46-55 (30.6%), 56-65 (13.9%) and more than 65 presented 8.3%. The visual acuity preoperation less than 1 metre count finger (94.5%), less than 3 metre count finger presented 5.5%. Close anterior chamber angle presented 80.6% and shallow was presented 19.4%. Corneal edema presented 100%, iritis presented 94.4%, dilated pupil larger 5mm presented 83.3%, Synchhynea iris and cataract presented 72.2%. ECCE, implantation IOL combined trabeculectomy presented 11.1%, Phaco, implantation IOL combined trabeculectomy presented 69,5%, ECCE implantation IOL presented 5.6%, Phaco, implantation IOL presented 13.8%. Postoperative visual acuity from 1/10 to 5/10 presented

- Địa chỉ liên hệ: Phan Văn Năm; Email: drnamhue@gmail.com

DOI: 10.34701/jmp.2015.1.9

- Ngày nhận bài: 15/01/2015 * Ngày đồng ý đăng: 27/2/2015 * Ngày xuất bản: 5/3/2015

72.2%, no case have VA larger than 5/10. Postoperative 3 months VA 1/10 to 5/10 presented 72.2%, larger VA 5/10 presented 8.3%. Postoperative 3 months intraocular pressure ≤ 21 mmHg presented 91.7%, 22 to 24mmHg presented 8.3%, no case have IOP ≥ 25 mmHg. Postoperative edema presented 58.3%, iritis presented 58.3%.

Key words: *phacomorphic Glaucoma*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh glôcôm là một trong những nguyên nhân gây mù lòa hàng đầu ở nước ta và trên toàn thế giới. Glôcôm thứ phát do đục thể thủy tinh căng phòng là một trong những hình thái glôcôm thứ phát hay gặp ở các nước đang phát triển. Trước năm 2004 phẫu thuật điều trị áp dụng cho bệnh lý này: phẫu thuật lấy thể thủy tinh ngoài bao đặt thể thủy tinh nhân tạo hậu phòng kết hợp phẫu thuật lỗ dò hai vị trí hoặc một vị trí. Từ năm 2004 đến nay cùng với sự phát triển kỹ thuật tán nhuyễn thể thủy tinh vì vậy điều trị cho những bệnh nhân này có nhiều lựa chọn hơn. Nhìn chung phần lớn bệnh nhân đến khám đều muộn, do đó có hai phương pháp phẫu thuật đang được áp dụng cho những trường hợp này: phẫu thuật lỗ dò phối hợp lấy thể thủy tinh ngoài bao, đặt thể thủy tinh nhân tạo hậu phòng hay phẫu thuật lỗ dò phối hợp phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh, đặt thể thủy tinh nhân tạo hậu phòng. Những phẫu thuật này có thể giải quyết được hai mục tiêu là: cải thiện thị lực và làm hạ nhãn áp cho bệnh nhân trong cùng một lần phẫu thuật. Để đánh giá kết quả điều trị glôcôm thứ phát do đục thể thủy tinh căng phòng tại Huế chúng tôi tiến hành đề tài “**Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị glôcôm thứ phát do đục thể thủy tinh căng phòng**” nhằm 2 mục tiêu:

1. *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của glôcôm thứ phát do đục thể thủy tinh căng phòng.*

2. *Đánh giá kết quả điều trị glôcôm thứ phát do đục thể thủy tinh căng phòng tại Khoa Mắt Bệnh viện Trung ương Huế.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng: 36 bệnh nhân Glôcôm thứ phát do đục TTT căng phòng điều trị tại Khoa Mắt Bệnh viện Trung ương Huế 06/2010-06/2011.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát mô tả tiến cứu. Mỗi trường hợp được điều tra có một phiếu nghiên cứu riêng. Bệnh nhân được

đo thị lực, nhãn áp vào viện, kiểm tra tổn thương bán phần trước dưới đèn khám sinh hiển vi. Sau phẫu thuật bệnh nhân được tiếp tục theo dõi thị lực, nhãn áp, và các biến chứng phẫu thuật sau thời gian 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng. Phẫu thuật được xem là thành công khi nhãn áp sau mổ < 21 mmHg.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả các bệnh nhân glôcôm thứ phát do đục thể thủy tinh căng phòng có nhãn áp từ 25mmHg trở lên đo bằng nhãn áp kế Schiotz.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh glôcôm nguyên phát kết hợp đục thể thủy tinh, bệnh nhân có TL AS (-).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 36 bệnh nhân nghiên cứu hầu hết nằm trong nhóm tuổi từ 70-89 (chiếm tỷ lệ 66,7%) trong đó nhóm tuổi 70-79 là cao nhất chiếm tỷ lệ 38,9%. Bệnh nhân nữ chiếm 66,7% nhiều hơn nam chiếm tỷ lệ 33,3%. Khu vực thành thị có 14 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 38,9% và khu vực nông thôn có 22 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 61,1%.

3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Bảng 1. Tình hình bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm Tuổi	Số bệnh nhân		Tổng	Tỷ lệ
	Nam	Nữ		
50-59	1	2	3	8,3
60-69	3	5	8	22,2
70-79	4	10	14	38,9
80-89	4	6	10	27,8
≥ 90		1	1	2,8
Tổng cộng	12	24	36	100

Chủ yếu trên 60 tuổi chiếm 91,7%, hầu hết bệnh nhân nằm trong nhóm tuổi từ 70-89 (chiếm tỷ lệ 66,7%) trong đó nhóm tuổi 70-79 là cao nhất chiếm tỷ lệ 38,9%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $\bar{X} = 74,8 \pm 9,93$ SD. Tuổi thấp nhất của bệnh nhân là 58 và tuổi cao nhất là 96. Nữ chiếm ưu thế.

3.2. Thời gian mắc bệnh trước khi vào viện

Bảng 2. Thời gian mắc bệnh trước khi nhập viện

Thời gian mắc bệnh (ngày)	0-5	6-10	>10
Glôcôm do Đục TTT căng phòng n=36	28	6	2
Tỷ lệ %	77,8%	16,7%	5,5%

28 mắt có thời gian mắc bệnh ít hơn 5 ngày chiếm tỷ lệ 77,8%, có 6 mắt có thời gian mắc bệnh từ 6-10 ngày chiếm tỷ lệ 16,6% và có 2 mắt có thời gian mắc bệnh kéo dài hơn 10 ngày chiếm tỷ

lệ 5,5%. Thời gian vào viện sớm nhất là 3 ngày và muộn nhất là 15 ngày. Thời gian trung bình từ khi khởi phát triệu chứng lâm sàng đến khi vào viện là $\bar{X} = 6,47 \pm 12,72$.

3.3. Thị lực và nhãn áp vào viện

Bảng 3. Thị lực khi vào viện

Thị lực	ST(+)-ĐNT<1m	Từ ĐNT1m - ĐNT<3m	Từ ĐNT3m - <1/10
Glôcôm do Đục TTT căng phòng n=36	30	4	2
Tỷ lệ %	83,3%	11,2%	5,5%

TL ĐNT <1m chiếm tỷ lệ 83,3% và chỉ có 2 mắt có thị lực vào viện là ĐNT3m-<1/10 chiếm tỷ lệ 5,5%. Thị lực ĐNT<3m chiếm tỷ lệ 94,5%. Thị lực trung bình khi vào viện là $\bar{X} = 0,0128 \pm 0,0254$.

Bảng 4. Nhãn áp khi vào viện

Nhãn áp (mmHg)	35-45	46-55	56-65	>65
Glôcôm do Đục TTT căng phòng n=36	17	11	5	3
Tỷ lệ %	47,2%	30,6%	13,9%	8,3%

Nhãn áp vào viện từ 35-55mmHg chiếm tỷ lệ 77,8%. NA 56-65mmHg chiếm tỷ lệ 13,9%. NA trên 65mmHg chiếm tỷ lệ 8,3%. Nhãn áp trung bình của bệnh nhân khi vào viện là $\bar{X} = 48,5 \pm 9,63$. Nhãn áp thấp nhất là 35mmHg, nhãn áp cao nhất là 70mmHg.

3.4. Các phương pháp phẫu thuật

Bảng 5. Các phương pháp phẫu thuật

Phẫu thuật	ECCE +IOL	PHACO +IOL	ECCE+IOL +lỗ dò	PHACO+IOL +lỗ dò
Glôcôm do Đục TTT căng phòng n=36	2	5	4	25
Tỷ lệ %	5,6%	13,8%	11,1%	69,5%

Phẫu thuật Phaco, đặt IOL hậu phòng kết hợp phẫu thuật lỗ dò chiếm tỷ lệ 69,5%. ECCE, đặt IOL hậu phòng kết hợp lỗ dò chiếm tỷ lệ 11,1%. Phaco, đặt IOL hậu phòng chiếm tỷ lệ 13,8%. ECCE, đặt IOL hậu phòng có 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 5,6%.

3.5. Kết quả thị lực và nhãn áp sau phẫu thuật

Bảng 6. Nhãn áp trung bình sau phẫu thuật từ 1 tuần đến 3 tháng

Thời điểm kiểm tra	Số mắt	NA trung bình (mmHg)	P
Trước phẫu thuật	36	20,4 ± 4,09	p<0,001
Sau phẫu thuật	1 tuần	18,5 ± 3,35	
	1 tháng	17,2 ± 3,22	
	3 tháng	16,8 ± 3,20	

Nhân áp trung bình sau mổ từ 1 tuần đến 3 tháng trong khoảng 16,8-18,5mmHg, so với nhân áp trước mổ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 7. Thị lực trung bình sau phẫu thuật từ 1 tuần đến 3 tháng

Thời điểm kiểm tra		Thị lực trung bình (X±SD)	P
Khi vào viện		0,0128 ± 0,0254	p<0,001
Trước phẫu thuật n=36		0,014±0,024	
Sau phẫu thuật	1 tuần n=36	0,125±0,088	
	1 tháng n=36	0,187±0,129	
	3 tháng n=36	0,232±0,145	

Thị lực trung bình sau phẫu thuật tăng dần theo thời gian, so với thị lực lúc vào viện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Các nghiên cứu trong nước và ngoài nước cho thấy kết quả tương đương với kết quả trong nước, có chênh lệch về tuổi mắc bệnh giữa nghiên cứu trong nước và ngoài nước, các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài có tuổi mắc bệnh sớm hơn trong nước với $p<0,05$. Chúng tôi nhận thấy rằng tuổi là một yếu tố nguy cơ xuất hiện bệnh, tuổi càng cao thì tỷ lệ bệnh xuất hiện càng nhiều. Có 12 bệnh nhân nam (33,3%), 24 bệnh nhân nữ (66,7%) với $p<0,05$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. So sánh về giới với các tác giả khác trong nước cho thấy kết quả tương đương. Nghiên cứu của Hà Tuấn Huy (2000) nữ chiếm 73,1%, nam 26,9%; nghiên cứu của Khúc Thị Nhụn bệnh nhân nữ chiếm 77,36%, nam 22,64%. Bệnh nhân ở nông thôn chiếm tỷ lệ 61,1% cao hơn so với 12 bệnh nhân ở thành thị chiếm tỷ lệ 38,9% tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$. Trong nghiên cứu của Nguyễn Song Sơn Hải và Trần Sơn (2002) tỷ lệ bệnh nhân ở nông thôn là 73,33%. Điều này có thể giải thích do điều kiện kinh tế khó khăn ở nông thôn và trình độ dân trí

thấp nên nhu cầu chăm sóc sức khỏe chưa cao. Bên cạnh đó y tế cơ sở chưa thật sự vững mạnh, việc tuyên truyền về phòng bệnh chưa có hiệu quả.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Tất cả các nhà nhãn khoa trong nước và trên thế giới đều nhất trí cho rằng nhân áp là yếu tố nguy cơ rất quan trọng đối với tổn hại của bệnh Glôcôm. Mắt có nhân áp cao nhất là 70mmHg, mắt có nhân áp thấp nhất là 35mmHg. Nhân áp trung bình là $48,5 \pm 9,63$ mmHg. Nghiên cứu của Nguyễn Cường Nam nhân áp trung bình là 46,2. Nghiên cứu của Ramakrishanan R nhân áp trung bình là 38,4. So với tác giả Nguyễn Cường Nam, Prajna Venkatesh N, Lee SJ nhân áp trung bình khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$. Với tác giả Ramakrishanan R thì nhân áp trung bình của chúng tôi cao hơn với $p<0,01$. Nghiên cứu của Prajna Venkatesh N nhân áp trung bình là 45. Nghiên cứu của Lee SJ nhân áp trung bình là 49.

Thị lực ĐNT<1m trong nghiên cứu của chúng tôi ít hơn so với các tác giả trong nước như Nguyễn Thanh Triết và Trần Văn Đà tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$. So với các tác giả nước ngoài thị lực khi vào viện ĐNT<1m cũng ít hơn, khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,01$. Điều này có thể giải thích bệnh nhân trong nghiên cứu của các tác giả này được điều trị muộn hơn.

4.3. Kết quả phẫu thuật

Tỷ lệ nhân áp điều chỉnh sau phẫu thuật của chúng tôi (91,7%) cao hơn các tác giả nước ngoài, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$, tuy nhiên thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Cường Nam, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$. Xét về tiêu chuẩn mức hạ nhân áp thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi đạt yêu cầu (chỉ số hạ nhân áp 3,6mmHg giảm 17,64% so với trước phẫu thuật).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thị lực tăng sau phẫu thuật là 94,5%, cao hơn các nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Cường Nam, Ramakrishanan R, Prajna Venkatesh N, nhưng thấp hơn nghiên cứu của tác giả Lee SJ. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

5. KẾT LUẬN

Tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm đa số (69,5%). Nam giới chiếm tỷ lệ 33,33%, nữ chiếm tỷ lệ 66,67%. Bệnh nhân ở nông thôn chiếm tỷ lệ 61,1%, ở thành thị chiếm tỷ lệ 38,9%. Thời gian từ khi mắc bệnh đến khi vào viện chủ yếu từ 0-5 ngày chiếm tỷ lệ 77,8%. Nhãn áp vào viện từ 35-45mmHg chiếm đa số (47,2%). Thị lực vào viện chủ yếu ĐNT < 1m chiếm tỷ lệ 94,5%. Góc tiền phòng đóng chiếm tỷ lệ 80,6%, góc tiền phòng hẹp là 19,4%. Phù giác mạc chiếm tỷ lệ 100%, viêm mống mắt chiếm tỷ lệ 94,4%, đồng tử giãn

>5mm chiếm tỷ lệ 83,3%, dính mống mắt vào TTT chiếm tỷ lệ 72,2%. Phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh, đặt thủy tinh thể nhân tạo kết hợp lỗ dò là phương pháp điều trị chủ yếu chiếm 69,5%. Thị lực ra viện từ 1/10-5/10 chiếm đa số (72,2%), trên 5/10 không có trường hợp nào. Sau 3 tháng thị lực từ 1/10-5/10 chiếm tỷ lệ 72,2%, trên 5/10 chiếm tỷ lệ 8,3%. Nhãn áp sau 3 tháng ≤ 21 mmHg chiếm 91,7%, nhãn áp từ 22-24mmHg là 8,3% và không có trường hợp nào nhãn áp ≥ 25 mmHg. Biến chứng phù giác mạc sau mổ 58,3%, phản ứng màng bồ đào 58,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Văn Cường (2013), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị đục thể thủy tinh bằng phẫu thuật phaco trên mắt đã cắt bề cứng giác mạc, Luận án CKII, Đại học Y dược Huế.
2. Hà Tuấn Huy, Lê Phú, Võ Thị Hiệp (2000), “Nhận xét về đặt thể thủy tinh nhân tạo trên những mắt đục thể thủy tinh tăng nhãn áp thứ phát”, *Tạp chí Nhân khoa*, Hội Nhân khoa Việt Nam, 1, tr.14-18.
3. Nguyễn Thanh Hải (2013), Nghiên cứu sự thay đổi nhãn áp sau phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh, đặt thể thủy tinh nhân tạo hậu phòng, Luận án CKII, Đại học Y dược Huế.
4. Hoàng Anh Linh (2003), “Nhận xét kết quả phẫu thuật 174 trường hợp cắt bề cứng mạc đặt kính nội nhãn ở bệnh nhân tăng nhãn áp phối hợp đục thể thủy tinh”, *Nội san Nhân khoa*, Thông tin Khoa học của Hội Nhân khoa-Tổng hội Y Dược học Việt Nam, 10, tr.36-41.
5. Nguyễn Cường Nam, Ngô Văn Tân (1999), “Nhận xét kết quả phẫu thuật cắt bề cứng mạc phối hợp đặt kính nội nhãn ở bệnh nhân đục thể thủy tinh căng phòng tăng nhãn áp”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 1(1), tr.233-239.
6. Vũ Thị Thái, Nguyễn Quốc Anh (2004), “Nghiên cứu phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh đục, đặt thể thủy tinh nhân tạo hậu phòng phối hợp cắt bề cứng giác mạc”, *Tạp chí Nhân Khoa Việt Nam*, Hội Nhân khoa Việt Nam, 1, tr.19-26.
7. Phạm Như Vĩnh Tuyên (2008), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị glôcôm kết hợp đục thể thủy tinh bằng phẫu thuật phaco”, Luận án CKII, Đại học Y dược Huế.
8. Lee SJ, Lee CK, Kim WS (2010), “Long – term therapeutic efficacy of phacoemulsification with intraocular lens implantation in patients with phacomorphic glaucoma”, *J Cataract Refractive Surg*, 36 (5), pp.783-786.
9. Pradhan D, Hennig A, Kumar J, Foster A (2001), “A prospective study of 413 case of Lens – induced Glaucoma in Nepal”, *Indian journal of Ophthalmology*, 49 (2), pp.103-107.
10. Prajan V.N, Ramakrishnan R, Krishnadas R, Manohara N (1996), “Lens induced glaucomas visual result and risk factors for final visual acuity”, *Indian J Ophthalmology*, 44 (3), pp.149-155.