

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐỤC THỂ THỦY TINH NHÂN CỨNG BẰNG PHẪU THUẬT PHACO TẠI HUẾ

PHAN VĂN NĂM

TÓM TẮT

Mục đích: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị đục thủy tinh thể nhân cứng bằng phẫu thuật phaco.

Đối tượng và phương pháp: 30 bệnh nhân (30 mắt) bị đục thể thủy tinh nhân cứng độ IV, V đã được phẫu thuật phaco tán nhuyễn nhân, đặt thể thủy tinh nhân tạo tại Bệnh viện mắt Huế từ tháng 2/2008 đến tháng 9/2008. Thu thập số liệu về tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng, thị lực trước và sau mổ, các biến số về biến cố và biến chứng trong và sau mổ, biến số về đặc điểm kỹ thuật như thời gian phaco nhân, công suất phaco.

Kết quả: 30 bệnh nhân (30 mắt) gồm 20 nữ (66,67%) và 10 nam (33,33%) với độ tuổi trung bình là 70,5 tuổi. Trước mổ tất cả các bệnh nhân đều có thị lực từ ĐNT ≤ 4M, trong đó thị lực từ ST (+) - ĐNT1M có 18 mắt chiếm 60% tổng số bệnh nhân nghiên cứu. Tất cả 100% bệnh nhân sau mổ 1 ngày đều có thị lực từ 1/10 trở lên. Thị lực sau mổ 1 tháng có 25 ca (83,33%) đạt thị lực sau chỉnh kính từ 5/10 trở lên. Thị lực sau mổ 3 tháng có 26/30 mắt (86,67%) có thị lực sau chỉnh kính trên 5/10.

Kết luận: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật phaco, đặt thể thủy tinh nhân tạo, mặc dù đối với đục thể thủy tinh nhân cứng có thể thực hiện được và đem lại kết quả rất khả quan sau phẫu thuật.

Từ khóa: Đục thể thủy tinh nhân cứng, phẫu thuật phaco.

SUMMARY

Purpose: Study on clinical characteristics of cataract with hard nucleus and evaluate outcome of phacoemulsification in treatment cataract with hard nucleus.

Methods: 30 cataract patients (30 eyes) with nucleus hardness 4th and 5th grade had been phacoemulsified with intraocular len (IOL) implantation at Hue Eye Hospital from February 2008 to September 2008. Collecting data about age, sex, clinical characteristics, visual acuity pre and post operation, variable of event, complications intra and postoperation, variable of technical characteristics such as time and power of phacoemulsification.

Results: 30 patients (30 eyes) including 20 females (66.67%) and 10 males (33.33%) were operated and the mean age was 70.5. Preoperatively, vision acuity was under count finger 4 meters in all eyes, including 18 eyes (60%) had vision acuity from light perception to under count finger 1 meter. One day postoperatively, 100% eyes had visual acuity higher than 1/10. One month postoperative, 25 eyes (83.33%) achieve best corrected visual acuity (BCVA) was higher than 5/10. Three months postoperatively,

BCVA is higher than 5/10 in 26 eyes (86.67%).

Conclusion: In spite of cataract with hard nucleus, the phacoemulsification procedure with IOL implantation can be performed and give a good result.

Keywords: Phacoemulsification, cataract with hard nucleus.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đục thể thủy tinh (TTT) là nguyên nhân hàng đầu gây mù loà ở Việt Nam và trên thế giới [5]. Cho đến nay phương pháp điều trị duy nhất và có hiệu quả nhất vẫn là phẫu thuật và hiện nay phương pháp tiến bộ nhất vẫn là phẫu thuật phaco với nhiều ưu điểm: Vết mổ nhỏ (2,2 - 3,2 mm), lành sẹo nhanh, độ loạn thị thấp, thị lực phục hồi nhanh và cao. Tuy nhiên các phẫu thuật viên bước đầu vẫn còn dè dặt đối với những đục TTT nhân cứng. Với sự cải tiến ngày càng hiện đại hơn của máy phaco và kính sinh hiển vi phẫu thuật cũng như kinh nghiệm tay nghề của phẫu thuật viên, các bệnh nhân đục TTT nhân cứng ngày càng được điều trị nhiều bằng phẫu thuật phaco, tuy nhiên chưa có một đánh giá chính xác và hệ thống nào được phổ biến rộng rãi. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị đục thủy tinh thể nhân cứng bằng phẫu thuật phaco tại Huế” nhằm các mục tiêu sau:

1/ Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của đục thủy tinh thể nhân cứng

2/ Đánh giá kết quả điều trị đục thủy tinh thể nhân cứng bằng phẫu thuật

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu. 30 mắt (30 bệnh nhân) với chẩn đoán đục TTT nhân cứng độ IV, V được phẫu thuật phaco, đặt kính nội nhãn tại Bệnh viện mắt Huế trong thời gian từ tháng 2/2008 đến tháng 9/2008.

1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh. Đục TTT nhân cứng độ IV, V, không có các bệnh lý phối hợp khác tại mắt và toàn thân

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

* Tại mắt: Sẹo giác mạc, mộng. Đồng tử không giãn hoặc giãn kém. Các bệnh làm yếu dây chằng Zinn: đục TTT trên mắt giả tróc bao, thể thủy tinh lệch, rách bao TTT do chấn thương. Đục TTT bẩm sinh, đục TTT kèm tăng nhãn áp. Các bệnh lý khác của mắt như viêm màng bồ đào, chấn thương. Kết quả khám siêu âm có bệnh lý của dịch kính, võng mạc như tổ chức hoá dịch kính, bong võng mạc.

* Toàn thân: Những bệnh nhân có bệnh toàn thân chưa ổn định như đái tháo đường, cao huyết áp, già yếu quá (>85 tuổi), viêm phế quản, hen phế quản có thể gây khó khăn trong quá trình điều trị

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả, tiến cứu.

2.2. Phương tiện nghiên cứu

Bảng đo thị lực vòng hở Landolt, bộ thử kính. Máy sinh hiển vi Inami. Nhãn áp kế Schiøtz. Máy đo khúc xạ giác mạc Topcon KR 7100. Máy đo khúc xạ giác mạc cầm tay. Đèn soi đáy mắt trực tiếp Heine Beta 200, kính Wolk 90D. Máy Siêu âm A - B. Thuốc tê bề mặt, thuốc giãn đồng tử, thuốc sát khuẩn. Dụng cụ vi phẫu. Kính hiển vi phẫu thuật Takagi OM8. Máy phaco Nidex CV - 24.000. Kính nội nhãn. Dịch nhầy

2.3. Tiến hành nghiên cứu. Mỗi mắt nghiên cứu có một phiếu theo dõi riêng theo mẫu.

2.3.1. Khám nghiệm trước phẫu thuật

Hỏi bệnh. Thử thị lực có kính và không kính với thị lực vòng hở Landolt. Đo khúc xạ giác mạc. Đo NA bằng nhãn áp kế Schiøtz. Khám trên sinh hiển vi: đánh giá tình trạng giác mạc, độ sâu tiền phòng, tình trạng đồng tử, mống mắt, hình thái đục TTT, độ cứng nhân. Đánh giá độ cứng của nhân và chia độ theo tác giả Lucio Burarto [7]. Độ 1 : Nhân mềm, màu xám nhạt. Độ 2 : Nhân hơi cứng màu xám nhạt hay vàng nhạt. Độ 3 : Nhân cứng trung bình màu vàng ở bệnh nhân > 60 tuổi (đặc trưng của đục TTT tuổi già). Độ 4 : Nhân cứng lớn màu vàng hồ phách. Độ 5 : Nhân rất cứng từ nâu vàng đến đen. Siêu âm A đo trực nhãn cầu, xác định công suất kính nội nhãn. Siêu âm B nhằm phát hiện các bệnh lý dịch kính-võng mạc. Các xét nghiệm tiền phẫu thường quy của Bệnh viện mắt Huế

2.3.2. Tiến hành phẫu thuật

Trước phẫu thuật 1 giờ bệnh nhân được uống 2 viên Acetazolamid 250mg. Nhỏ thuốc giãn đồng tử bằng Tropicamid 0,5% 3 lần, mỗi lần cách nhau 10 phút trước phẫu thuật 30 phút.

Các thì phẫu thuật: Gây tê hậu nhãn cầu bằng Lidocain 2% 6-7ml phối hợp Hyaza 150UI. Tạo vết mổ giác mạc trong bằng dao 2,75mm. Bơm dịch nhầy Methycellulose. Phá bao trước hình tròn liên tục 5,5-6mm. Chọc vết mổ phụ. Tách nhân bằng nước. Tán nhuyễn nhân bằng phaco. Hút sạch cortex. Đặt kính trong bao. Làm kín vết mổ bằng bơm phù mép vết mổ hoặc khâu 1 mũi nylon 10.0

2.4. Điều trị và theo dõi sau phẫu thuật

Bệnh nhân được sử dụng kháng sinh, kháng viêm toàn thân và tại chỗ sau mổ. Trong thời gian nằm viện bệnh nhân được theo dõi tình trạng giác mạc, phản ứng màng bồ đào. Sau khi xuất viện bệnh nhân được hẹn tái khám định kỳ vào thời điểm sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng. Trong mỗi lần khám bệnh nhân được: Đo thị lực không kính và có kính. Đo NA. Khám sinh hiển vi bán phần trước để đánh giá tình trạng giác mạc, phản ứng viêm, TTTNT, bao sau. Soi đáy mắt để đánh giá các tổn thương khác ở đáy mắt nếu có.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật phaco, đặt thể thủy tinh nhân tạo cho 30 bệnh nhân đục thủy tinh

thể nhân cứng trong thời gian từ tháng 2/2008 đến tháng 9/2008 tại Bệnh viện mắt Huế.

1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

1.1. Tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
50 -59	2	6,67
60 -69	11	36,66
70 -79	14	46,67
≥ 80	3	10
Tổng số	30	100

Độ tuổi trung bình là 70,50. Bệnh nhân ở độ tuổi trên 70 chiếm tỷ lệ 56,67%.

1.2. Giới: Bao gồm 20 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 66,37% và 10 bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 33,33% trên tổng số bệnh nhân nghiên cứu.

1.3. Thị lực trước mổ

Thị lực	ST (+)	ĐNT 1M	ĐNT 2M	ĐNT 3M	ĐNT 4M	TỔNG CỘNG
Số mắt	04	14	06	03	03	30
Tỷ lệ %	13,33	46,67	20	10	10	100

Thị lực trước mổ đều ĐNT ≤ 4m, thấp hơn nhiều so với các tác giả khác : Dương Quốc Cường (72,4% thị lực < 1/10), Nguyễn Thu Hương (73,44 % < 1/10), Khúc Thị Nhựt (88,37 % có thị lực < 1/10)[1] [2] [4]. Chúng tôi không có thị lực > ĐNT 4M có thể do số lượng bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu với nhân cứng độ IV và V.

1.4. Độ cứng nhân

Số mắt	Độ cứng nhân	Tỷ lệ %
22	IV	73,33
8	V	26,67

Chủ yếu là độ 4 chiếm 73,33%, tương ứng với Trần Thị Phương Thu 76,5%, cao hơn nhiều so với Nguyễn Thu Hương 17,19% và Khúc Thị Nhựt 30,60%.

2. Thị lực sau mổ

2.1. Thị lực sau mổ 1 tuần

Thị lực	Không chỉnh kính		Có chỉnh kính	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
1/10 - 2/10	6	20	4	13,33
3/10 - 4/10	14	46,67	8	26,67
5/10 - 8/10	10	33,33	17	56,67
> 8/10	0		1	3,33

Thị lực chưa chỉnh kính : > 3/10 chiếm 80%. Trong đó > 5/10 chiếm 33,33 %. Thị lực sau khi chỉnh kính : > 5/10, chiếm 60 %. Có 1 ca có thị lực 9/10, chiếm 3,33 %, thấp hơn so với Nguyễn Thu Hương (74,48 % > 5/10), Khúc Thị Nhựt (94,39 % > 5/10), Trần Thị Phương Thu (92 % > 5/10). Tỷ lệ % chúng tôi thấp hơn do chúng tôi chỉ nghiên cứu với nhân

cứng độ IV và V nên thị lực phục hồi sau phẫu thuật thấp hơn.

2.2. Thị lực sau mổ 1 tháng

Thị lực	Không chỉnh kính		Có chỉnh kính	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
1/10 - 2/10	5	16,67	1	3,33
3/10 - 4/10	13	43,33	4	10
5/10 - 8/10	12	40	24	80
> 8/10	0	0	2	6,67

Thị lực chưa chỉnh kính : > 3/10 chiếm 83,33%. > 5/10 chiếm 40 %. Thị lực sau khi chỉnh kính > 5/10 chiếm 86,67 %. > 8/10 chiếm 6,67 %, tương đương với Nguyễn Thu Hương 89,06 % , thấp hơn của Khúc Thị Nhụn 95,68 % và Trần Thị Phương Thu 96,79.

2.3. Thị lực sau mổ 3 tháng :

Thị lực	Không chỉnh kính		Có chỉnh kính	
	Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
1/10 - 2/10	3	10	1	3,33
3/10 - 4/10	13	43,33	3	10
5/10 - 8/10	14	46,67	23	76,67
> 8/10	0		3	10

Thị lực chưa chỉnh kính > 3/10 chiếm 90 %. > 5/10 chiếm 46,67 %. Thị lực sau khi chỉnh kính > 5/10 chiếm 86,67%. > 8/10 chiếm 10 %, thấp hơn Nguyễn Thu Hương (93,75% > 5/10), Khúc Thị Nhụn (96,50% > 5/10), Trần Thị Phương Thu (97% ≥ 5/10)[2] [4] [6]. Kết quả thị lực có chỉnh kính sau 3 tháng của chúng tôi có thấp hơn các tác giả khác có thể là do các tác giả nghiên cứu phẫu thuật phaco trên đục TTT nói chung, bao gồm cả đục TTT nhân cứng và nhân mềm (tác giả Trần Thị Phương Thu nghiên cứu trên mẫu đục TTT có độ cứng nhân từ độ III - V). Tuy vậy, hầu hết các tác giả đều thu được những kết quả rất khả quan, tương tự như kết quả chúng tôi thu được : trên 85 % có thị lực từ 5/10 trở lên. Với kết quả như vậy, chúng tôi thiết nghĩ khả năng ứng dụng phẫu thuật phaco đối với đục TTT nhân cứng là hoàn toàn có thể thực hiện được với điều kiện trang thiết bị tốt và phẫu thuật viên có vững tay nghề.

3. Biến chứng trong mổ và sau mổ

Chúng tôi gặp 3 ca bị phù giác mạc chiếm tỷ lệ 10%. Tăng nhãn áp có 1 ca chiếm 3,33%. Bồng vết mổ 1 ca chiếm 3,33 % và rách bao sau 1 ca chiếm tỷ lệ 3,33 %, kết quả này tương tự các tác giả Nguyễn Thu Hương, Khúc Thị Nhụn và Trần Thị Phương Thu. Biến chứng gặp nhiều nhất là phù giác mạc với tỉ lệ 10%. Đây là 3 trường hợp nhân cứng độ V. Trong quá trình mổ, cả 3 trường hợp đều phải dùng năng lượng và thời gian cao hơn mức bình thường (Mức trung bình trong nghiên cứu). Tuy nhiên cả 3 trường hợp này đều ổn định sau mổ 1 tuần với corticosteroid nhỏ mắt tại chỗ (Collyre Tobradex, nhỏ 6 lần/ngày). Bồng vết mổ : Chúng tôi gặp 1 ca do áp dụng kỹ thuật Phaco Chop trên nhân cứng độ V phải để thời gian bít tắc kéo dài. Chính thời gian bít tắc kéo dài gây bồng vết mổ. Khi kết thúc phẫu thuật chúng

tôi phải khâu một mũi chỉ và cắt bỏ mũi chỉ sau một tuần, giác mạc trở lại trong hoàn toàn sau 3 ngày. Rách bao sau : Gặp 1 ca, trường hợp này ghi nhận trước mổ không có gì lạ, nhân cứng độ IV, trong lúc mổ chúng tôi ghi nhận có dính nhân - bao sau làm quá trình xoay nhân khó khăn. Tuy nhiên khi phát hiện rách bao sau, chúng tôi ngừng Phaco, bơm thêm chất nhầy để đỡ bao sau và dịch kính xuống, cắt dịch kính trước, mở rộng vết mổ, lấy hết những mảnh nhân còn sót lại. Rửa hút hết lớp vỏ bằng kim hai nòng (mắt này có rất ít lớp vỏ vì nhân cứng độ IV, to, nâu đen). Bơm thêm chất nhầy, vẫn đặt TTT nhân tạo mềm trong bao vì lỗ xé bao trước còn nguyên vẹn và bao sau còn đủ chỗ để đặt TTT nhân tạo. Hậu phẫu bệnh nhân có tăng nhãn áp. Chúng tôi điều trị bằng kháng sinh, corticoit và hạ nhãn áp. Thị lực sau một tuần :3/10, nhãn áp bình thường. Tăng nhãn áp : Đây là mắt có biến chứng thủng bao sau thoát dịch kính trên mắt nhân cứng độ IV đã nêu ở trên, có thể do việc rửa hút chất nhầy sau khi đặt TTT nhân tạo không đảm bảo kỹ, nên ngày hôm sau nhãn áp tăng, giác mạc phù, bong biểu mô. Chúng tôi dùng Diamox 0,25 x 3v / ngày, Kaliclorua 1g/ ngày và corticoid toàn thân, tại chỗ. Nhãn áp hạ thấp dần và hoàn toàn bình thường sau 7 ngày. Ngoài ra chúng tôi cũng chú ý tìm nhưng không ghi nhận những biến chứng nào khác tại thời điểm tái khám như xuất huyết tiền phòng, viêm màng bồ đào, xuất huyết dịch kính, bong võng mạc, viêm mủ nội nhãn.....

KẾT LUẬN:

Qua nghiên cứu và theo dõi kết quả lâu dài trên 30 mắt đục TTT nhân cứng của 30 bệnh nhân được phẫu thuật Phaco tại Bệnh viện mắt Huế từ 2/2008 đến 2/2009, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau: Thị lực sau phẫu thuật phục hồi cao, nhanh và ổn định. Tỷ lệ biến chứng trong và sau phẫu thuật thấp. Chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu sâu hơn, số lượng bệnh nhân nhiều hơn, và với thời gian theo dõi lâu dài hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dương Quốc Cường (2005) : Đánh giá kết quả phẫu thuật Phaco ở bệnh nhân đục TTT già tại Bệnh viện mắt Thành Phố Hồ Chí Minh. Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
2. Nguyễn Thu Hương (2002), "Nghiên cứu một số biến chứng của phẫu thuật tán nhuyễn TTT và cách xử trí", Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Hữu Quốc Nguyên, Tôn Thị Kim Thanh (2004), " Phẫu Thuật Phaco nhập môn ". Nhà xuất bản y học Hà Nội
4. Khúc Thị Nhụn, Tôn Thị Kim Thanh, Hoàng Thị Phúc (2005) " Kết quả lâu dài phẫu thuật tán nhuyễn TTT bằng siêu âm phối hợp đặt TTT nhân tạo qua đường rạch giác mạc bậc thang phía thái dương tại Hải Phòng ". Tạp chí nhãn khoa Việt Nam, 3, tr 39 - 49
5. Tôn Thị Kim Thanh, " Kết quả điều tra dịch tế

học về tình hình mù loà ở Việt Nam năm 2002. Báo cáo tại hội nghị tổng kết công tác phòng chống mù loà toàn quốc 2002 -2004.Huế 2004 ”

6. Trần Thị Phương Thu (2001), “Lượng giá phẫu thuật Phaco stop, chop, chop and stuff trên bệnh nhân đục TTT nhân cứng”, Y học thực hành, 7, tr 57 - 60.

7. Buratto L., MD - P. Barboni, MD - R. Firrincieli, MD (2003), “Developments in cataract surgery”.

8. Nagashime R. J (2004), “Decreased incidence of capsule complications and vitreous loss during phacoemulsification in eyes with pseudoexfoliation syndrome”.

9. Osher R.H., Barros M.G., Marques D.M., Marques F.F., Osher J.M (2004), “Early uncorrected visual acuity as a measurement of the visual outcomes of contemporary cataract surgery”.

10. Murphy C., Tuft ST (2002), “Refractive error and visual outcome after cataract extraction”.