

Trong nghiên cứu của chúng tôi khi so sánh điểm SF-36 sau can thiệp 1 tháng và 3 tháng với thời điểm trước can thiệp, có 6 trên 8 lĩnh vực đánh giá (Hoạt động thể chất, những hạn chế hoạt động do sức khỏe thể chất, những hạn chế hoạt động do vấn đề tinh thần, sức lực / sự mệt mỏi, các cơn đau và tình trạng sức khỏe chung) điểm số tăng và 2 trong 5 lĩnh vực đánh giá (các cảm xúc tích cực, hoạt động xã hội), sau 3 tháng điểm số giảm với trước can thiệp có ý nghĩa thống kê. Kết quả này chứng tỏ tác động có hiệu quả của kỹ thuật can thiệp ĐMV qua da trong việc nâng cao khả năng sức khỏe thể chất, khả năng gắng sức, giảm tần số đau ngực và cải thiện CLCS trên bệnh nhân ĐNKOĐ. Điều này cũng phù hợp với các kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Phi, Man Sin Wong. Điểm CLCS về các lĩnh vực cảm xúc tích cực, hoạt động xã hội tuy có giảm sau 1 tháng nhưng có dấu hiệu tăng trở lại sau 3 tháng can thiệp. Sự tăng, giảm nhẹ điểm CLCS của người bệnh sau 1 tháng có thể do bệnh nhân mới mổ xong cả thể chất và tinh thần đều chưa ổn định, tâm lý lo lắng sau khi mổ sẽ làm hạn chế các cảm xúc tích cực và cản trở

sự tham gia hoạt động xã hội. Kết quả nghiên cứu góp phần giúp có thái độ chăm sóc và điều trị phù hợp cho các bệnh nhân sau can thiệp.

KẾT LUẬN

Có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê về chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân ĐTNKOĐ ở thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau can thiệp so với thời điểm trước can thiệp ($p < 0,005$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fallowfield (2009), *What is quality of life? Health economics*, 2th Hayward Group Ltd, London.
2. Hilliers TK, Guyatt GH, Oldridge NB., et al (1994), *Quality of life after myocardial infarction*, *J Clin Epidemiol*, 47, 1287-1296.
3. H J Smith, R Taylor, A Mitchell., et al (2000), *A comparison of four quality of life instruments in cardiac patients: SF36, QLI and SEIQoL*, *Heart*, 84, 390-394.
4. John A. Spertus, Philip Jones, Mary McDonnell., et al (2002), *Health status predicts long term outcome in outpatients with coronary disease*, *Circulation*, 106, 29-43.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ LÂU DÀI CỦA PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ QUÁ HOẠT CƠ CHÉO DƯỚI Ở TRẺ EM

LÊ THỊ KIM XUÂN¹, NGUYỄN XUÂN TỊNH¹
NGUYỄN VĂN QUANG², TRẦN THỊ KIM UYÊN³

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

²Bệnh viện Mắt Quốc tế

³Trung tâm Y tế quận Tây Hồ

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả lâu dài của phẫu thuật điều trị quá hoạt cơ chéo dưới ở trẻ em và nhận xét một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 70 trẻ bị quá hoạt cơ chéo dưới, 48 trẻ bị hai mắt và 22 trẻ bị một mắt, 118 mắt được phẫu thuật làm yếu cơ bằng các phương pháp buông cơ, hoặc lùi cơ chéo dưới tại Khoa Mắt trẻ em, Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 1/2008 đến tháng 12/2013 được theo dõi và đánh giá kết quả lâu dài. **Kết quả:** Tỷ lệ thành công chung của phẫu thuật là 78,6%. Tỷ lệ thành công của phương pháp cắt đoạn buông cơ là 81,9%, lùi cơ đạt 83,3%. Sau theo dõi trung bình 2 năm thị giác hai mắt đạt 78,3%. Không có biến chứng gì được ghi nhận. **Kết quả phẫu thuật của nhóm được mổ dưới 6 tuổi cao hơn nhóm trên 6 tuổi. Kết quả phẫu thuật tốt trong các trường hợp mổ hai mắt tới 93,8%**

cao hơn phẫu thuật một mắt đạt 59,1%. Sau theo dõi lâu dài, kết quả điều chỉnh độ quá hoạt tốt đạt được tỷ lệ thị giác hai mắt cao hơn. Phương pháp phẫu thuật không ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt buồng cơ chéo dưới là phẫu thuật dễ tiến hành, và có hiệu quả trong điều trị quá hoạt cơ chéo dưới ở trẻ em.

Từ khóa: Quá hoạt cơ chéo dưới, cắt buồng cơ chéo dưới, trẻ em.

SUMMARY

LONG TERM RESULTS OF SURGICAL WEAKENING OF INFERIOR OBLIQUE IN CHILDREN

Background/aims—Among the various weakening techniques of inferior oblique muscle overaction, the most commonly used techniques include myectomy, recession, and anterior transposition. To investigate long-term results of inferior oblique weakening procedure in pediatric department VNIQ.

Methods—70 children with IOOR, 48 pts with bilateral +3 overacting inferior oblique muscles and 22 pts monolateral IOOR, 118 eyes underwent a prospective randomised study by which the myectomy procedure, IO recession or anterior transposition procedure.

Chịu trách nhiệm: Lê Thị Kim Xuân
Email: lekxuan@yahoo.com
Ngày nhận: 20/3/2017
Ngày phản biện: 11/4/2017
Ngày duyệt bài: 25/4/2017
Ngày xuất bản: 30/5/2017

Results—Postoperative follow up averaged 2 years. The success rates in two surgical procedures were 76.6%, for the myectomy were 81.9%, for the IO recession were 83.3% (standard of success was based on zero inferior oblique overaction). In only one case did the anterior transposition. After follow up biocular vision gain in 78.3%. There was no complications. The group under 6 year-old has better results than the group older. The bilateral IOOR has success rate in 93.8%, the monolateral IOOR has only 51.9% success.

Conclusions—The myectomy appeared to be effective in eliminating the overaction of inferior oblique muscle.

Keywords: *Inferior oblique overaction, children, inferior oblique myectomy.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Quá hoạt cơ chéo dưới là một bệnh hay gặp trong các rối loạn vận nhãn của cơ chéo dưới chiếm tới 96,7% [1], gặp khoảng 70% trong lác trong và 30% trong lác ngoài, là một trong những nguyên nhân chính gây ra các hội chứng chữ A và V [2]. Quá hoạt cơ chéo dưới được điều trị bằng các phương pháp phẫu thuật làm yếu cơ như: cắt đoạn buồng cơ, lùi cơ, di thực cơ ra trước, cắt chỗ bám cơ... Trong lịch sử phẫu thuật lác, phẫu thuật cơ chéo dưới được cho là khó nhất và có nhiều biến chứng như hội chứng dính cơ – mỡ, tổn thương dây thần kinh thể mi, giãn đồng tử và xuất huyết [3]. Phẫu thuật cơ chéo dưới trải qua nhiều biến động từ trên 160 năm, nhất là trong vòng 20 năm trở lại đây. Năm 1841, Bonnet [4] lần đầu tiên mô tả phương pháp cắt cơ chéo dưới từ đường rạch phía mũi, Duane năm 1906 hoàn chỉnh phương pháp này để điều trị quá hoạt chéo dưới trong liệt chéo trên, sau này là Costenbader, Kertesz (1964) [5] và cho đến nay nhiều nghiên cứu đã được công bố cho thấy phẫu thuật cắt đoạn buồng cơ chéo dưới được lựa chọn nhiều hơn bởi lẽ phẫu thuật tương đối an toàn và hiệu quả, nhanh, dễ, ít biến chứng.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

Là những bệnh nhân được chẩn đoán là quá hoạt cơ chéo dưới nguyên phát được phẫu thuật điều trị tại khoa Mắt trẻ em Bệnh viện Mắt Trung ương độ tuổi dưới 16 tuổi từ 1/1/2008 đến 1/12/2013.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án ghi chép không đầy đủ các thông tin cần nghiên cứu.
- Bệnh nhân không đến khám theo hẹn.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi đã phẫu thuật cơ chéo dưới cho 70 trẻ với 118 mắt, tuổi trung bình tại thời điểm phẫu thuật là $5,56 \pm 2,28$, nhỏ nhất là 2 tuổi, lớn nhất là 12 tuổi. Nam giới chiếm 45,7%, nữ giới chiếm 54,3%. Phẫu thuật 1 mắt chiếm tỷ lệ 31,4%, hai mắt chiếm 68,6%. Mức độ quá hoạt: độ 2 chiếm 34,7, độ 3 chiếm 63,6%, có 2 mắt quá hoạt độ 4.

Trong nghiên cứu có 22 bệnh nhân mổ 1 mắt(31,4%) và 48 bệnh nhân mổ 2 mắt(68,6%).

Về lâm sàng có kết hợp với các rối loạn vận nhãn khác như lác trong bẩm sinh, chiếm 54,5%, lác ngoài bẩm sinh chiếm 16,1%, có hội chứng chữ V kèm theo chiếm 27,7%.

Các phương pháp phẫu thuật: cắt đoạn buồng chéo dưới 89%, lùi cơ ra trước 12 mắt (10,2%), chỉ có 1 mắt được phẫu thuật di thực cơ ra trước, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2. Kết quả của phẫu thuật

Bảng 1: Kết quả cân bằng trục nhãn cầu tại thời điểm theo dõi

Cân bằng Sau mổ	Tốt	Khá	Kém	Tổng
1 năm	6(75,0%)	2(25,0%)	0(0%)	8(100%)
Hai năm	20(66,7%)	8(26,7%)	2(6,6%)	30(100%)
Ba năm	20(90,9%)	1(4,5%)	1(4,5%)	22(100%)
> 3 năm	9(90,0%)	0(0%)	1(10%)	10(100%)
Tổng số	55(78,6%)	11(15,7%)	4(5,7%)	70(100%)

Kết quả cân bằng trục nhãn cầu tốt sau phẫu thuật cơ chéo dưới ở trẻ em là 78,6%.

3. Tình trạng nhược thị

Bảng 2: Tình trạng nhược thị trước phẫu thuật và tại thời điểm nghiên cứu.

Mắt NT	Trước PT		Sau PT	
	Mắt CE	Không CE	Mắt CE	Không CE
Không	32(59,3%)	22(40,7%)	48(73,8%)	40(61,5%)
Nhẹ	11(20,4%)	17(31,5%)	13(20,0%)	18(27,7%)
Tb	9(16,7%)	12(22,2%)	4(6,2%)	6(9,2%)
Nặng	2(3,6%)	3(5,6%)	0(0%)	1(1,5%)
Tổng %	54(100%)	54(100%)	65(100%)	65(100%)

Theo bảng trên thấy tình trạng nhược thị được cải thiện rõ rệt sau điều trị. Sự khác biệt thị lực trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. Kết quả về thị giác hai mắt sau phẫu thuật

Bảng 3: Tình trạng thị giác hai mắt của nhóm thử được theo dõi các thời điểm theo dõi

Tình trạng TG2M	Không có TG2M	Có TG2M	Tổng %
Sau 1 năm	3(37,5%)	5(62,5%)	8(100%)
Sau 2 năm	6(20,7%)	23(79,3%)	29(100%)
Sau 3 năm	4(18,2%)	18(81,8%)	22(100%)
Trên 3 năm	2(20%)	8(80%)	10(100%)
Tổng số	15(21,7%)	54(78,3%)	69(100%)

Trong 69 bệnh nhân thử được thị giác hai mắt có 78,3% có thị giác hai mắt và 21,7% không có thị giác hai mắt. Trong 54 bệnh nhân có thị giác hai mắt có 44 trường hợp có thị giác hai mắt ở mức độ phù thị, chiếm 81,5%. Có 10 trường hợp thị giác hai mắt ở mức độ hợp thị, chiếm 18,5%.

Các mối liên quan đến kết quả cân bằng trục nhãn cầu

Mối liên quan giữa tuổi phẫu thuật và kết quả điều trị: Tỷ lệ thành công đạt kết quả tốt trong nhóm bệnh nhân dưới 2 tuổi là 66,7%. Nhóm bệnh nhân 2-4 tuổi 84,2%, nhóm 4-6 tuổi 86,2%, nhóm trên 6 tuổi là 63,2%. Sự liên quan giữa tuổi phẫu thuật và kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Liên quan giữa độ lác trước phẫu thuật và kết quả cân bằng nhãn cầu: Kết quả tốt trong nhóm có độ lác trước phẫu thuật từ 10^{Δ} - 20^{Δ} là 87,5%, nhóm có độ lác từ 21^{Δ} - 30^{Δ} là 80,0%, nhóm có độ lác trên 30^{Δ} 69,2%. Không có mối liên quan giữa độ lác trước mổ và kết quả cân bằng trục nhãn cầu ($p=0,06$)

Liên quan giữa phương pháp phẫu thuật và kết quả cân bằng trục nhãn cầu: cắt đoạn buồng cơ, đạt kết quả tốt là 81,9%. Lùi cơ chéo dưới 10 mắt đạt kết quả tốt 83,3%. Trong số bệnh nhân nghiên cứu có duy nhất 1 mắt được phẫu thuật bằng phương pháp chuyển vị trí bám của cơ chéo dưới. Kết quả phẫu thuật không liên quan đến phương pháp phẫu thuật với $p > 0,05$ ($p=0,09$).

Liên quan giữa thị giác hai mắt và kết quả điều trị: trong số 55 bệnh nhân có kết quả cân bằng trục nhãn cầu ở mức độ tốt thì 83,6% có thị giác hai mắt, 16,4% không có thị giác hai mắt. Trong nhóm kết quả cân bằng trục nhãn cầu ở mức độ khá 70% có thị giác hai mắt, 30% không có thị giác hai mắt. Chẩn lại 4 trường hợp cân bằng nhãn cầu ở mức độ kém thì có 1 trường hợp có thị giác hai mắt 3 trường hợp không có thị giác hai mắt. Có sự liên quan giữa kết quả chỉnh trục nhãn cầu và thị giác hai mắt với $p < 0,05$ ($p=0,018$).

Bảng 4: Hình thái lác kết hợp trước phẫu thuật và kết quả phẫu thuật (tính theo số mắt)

Kết quả	Tốt	Khá	Kém	Tổng
Lác trong	49(80,3%)	11(18,0%)	1(1,7%)	61(100%)
L ngoài	15(83,3%)	3(16,7%)	0(0%)	18(100%)
Chữ V	26(83,9%)	3(9,7%)	2(6,5%)	31(100%)
DVD	2(100%)	0(0%)	0(0%)	2(100%)
Tổng	92(82,1%)	17(15,2%)	3(2,7%)	112(100%)

Kết quả phẫu thuật ở hình thái kết hợp lác trong có 80,3% đạt kết quả tốt. Ở hình thái kết hợp lác ngoài 83,3% đạt kết quả tốt. Ở hình thái kết hợp với hội chứng chữ V kết quả tốt đạt 83,9%. Trong hình thái kết hợp DVD chỉ có 2 trường hợp cũng đạt kết quả tốt ($p=0,07$).

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu 70 bệnh nhân được phẫu thuật làm yếu cơ chéo dưới, trong các phương pháp phẫu thuật được áp dụng thì cắt đoạn buồng cơ chéo dưới chiếm tỷ lệ cao nhất (89%) và kết quả tốt đạt được là 81,9%. Đây cũng là thực trạng ở khoa Mắt trẻ em, các bác sĩ thường sử dụng phương pháp cắt đoạn buồng cơ do ưu điểm của kỹ thuật cũng như thói quen và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Trước đây các tác

giả sử dụng phương pháp cắt cân cơ tại chỗ bám nhưng kỹ thuật khó, dễ gây biến chứng vì cơ chéo dưới bám gần hoàng điểm nên khi thao tác dễ gây tổn thương hoàng điểm nhất là với phẫu thuật viên ít kinh nghiệm. Ngoài ra với cơ chéo dưới khi bị quá hoạt sẽ được cung cấp máu rất nhiều nên dễ chảy máu khi cắt mà kẹp cầm máu thì khó khăn vì chỗ bám cách xa về phía sau. Tiếp đến là phương pháp cắt cơ rích rắc nhưng kỹ thuật này gây biến chứng chảy máu rất nhiều do không cầm máu được.

Phương pháp di thực cơ ra trước cũng được các tác giả áp dụng trong các trường hợp quá hoạt chéo dưới có kèm DVD, nhưng kỹ thuật phức tạp hơn và kết quả dễ gây lác dưới vì cơ chéo dưới có tác dụng đưa nhãn cầu lên trên nhưng khi đưa ra trước lại biến thành cơ đưa mắt xuống dưới.

Phương pháp lùi cơ chéo dưới được tiến hành trong các trường hợp quá hoạt cơ độ 2, trong nghiên cứu của chúng tôi có 12 trong số 118 mắt (chiếm 10,2%). Phương pháp này có ưu điểm là có thể định lượng được mức độ lùi bao nhiêu nhưng kỹ thuật phức tạp hơn rất nhiều. Theo T Shipman và J Burke (2003)[6] nghiên cứu đánh giá kết quả lâu dài so sánh hai phương pháp cắt buồng cơ và phương pháp lùi cơ, tác giả nghiên cứu trên 23 bệnh nhân phẫu thuật một mắt trong đó 12 mắt buồng cơ và 11 mắt lùi cơ kết quả theo dõi cho thấy tất cả bệnh nhân đều có thị giác hai mắt và kết quả thành công giữa hai phương pháp là tương đương.

KẾT LUẬN

Như vậy giữa các phương pháp phẫu thuật thì phương pháp cắt đoạn buồng cơ có nhiều ưu điểm hơn mà kết quả đem lại không kém so với các phương pháp khác. Đây cũng chính là lý do tại sao phương pháp này lại được chúng tôi lựa chọn nhiều nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Huy Tài (2004) Phẫu thuật cơ chéo trong điều trị một số rối loạn vận nhãn. Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
2. Zhale Rajavi, MD; Arman Molazadeh, MD; Alireza Ramezani, MD; Mehdi Yaseri, PhD (2011): A Randomized Clinical Trial Comparing Myectomy and Recession in the Management of Inferior Oblique Muscle Overaction. Journal of Pediatric Ophthalmology and Strabismus. Volume 48.Issue 6: 375-380.
3. Glenn Davis, MD; Keith W. Mc Neer, MD(1986): Myectomy of the Inferior Oblique Muscle. Arch Ophthalmol- Vol 104
4. David R. Stager, MD (2001) Anatomy and Surgery of the Inferior Oblique Muscle: Recent Findings. J AAPOS;5: 203-208.
5. Costenbader FD, Kertesz E (1964). Relaxing procedures of the inferior oblique: a comparative study. Am J Ophthalmol ; 57:276.
6. T Shipman and J Burke (2003): Unilateral inferior oblique muscle myectomy and recession in the treatment of inferior oblique muscle overaction: a longitudinal study. Eye 17, 1013-1018.