

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

TRỊNH THỊ BÍCH NGỌC

NGHIÊN CỨU

**CÁC HÌNH THÁI LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ
LÁC CƠ NĂNG CÓ ĐỘ LÁC KHÔNG ỔN ĐỊNH**

Chuyên ngành : Nhãn khoa

Mã số : 62.72.56.01

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

HÀ NỘI – 2010

Công trình được hoàn thành tại: **trường Đại học y Hà Nội**

Hướng dẫn khoa học:

GS. HÀ HUY TIẾN

Phản biện 1 : PGS.TS.Nguyễn Hồng Giang

Phản biện 2 : PGS.TS.Đỗ Như Hơn

Phản biện 3 : PGS.TS.Hoàng Ngọc Chương

Luận án đã được bảo vệ trước hội đồng chấm luận án cấp nhà nước

Họp tại: Trường Đại học Y Hà Nội

Vào hồi: 08 giờ ngày 10 tháng 3 năm 2010

Có thể tìm hiểu luận án tại

- Thư viện Quốc Gia
- Thư viện Đại học Y Hà Nội
- Thư viện Thông tin y học Trung ương
- Thư viện Bệnh Viện Mắt Trung Ương

Những công trình liên quan đến luận án đã công bố

- 1- Trịnh Thị Bích Ngọc, Hà Huy Tiến, Hà Huy Tài (2007), *Đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật lác ngoài cơ năng có độ lác không ổn định*, Tạp chí y học thực hành số 12 năm 2008, Bộ Y tế xuất bản- trang 58.
- 2- Trịnh Thị Bích Ngọc, Hà Huy Tiến, Hà Huy Tài (2008), *Đánh giá hiệu quả điều trị của lác điều tiết quy tụ*, Tạp chí y học thực hành số 2 năm 2009, Bộ Y tế xuất bản- trang 66.

GIỚI THIỆU LUẬN ÁN

1. Đặt vấn đề

Lác là một bệnh khá phổ biến, đã và đang được quan tâm trong ngành nhãn khoa. Bệnh lác cần được phát hiện sớm và điều trị có hiệu quả, vì lác là một trong những bệnh gây mù ở trẻ em. Theo điều tra dịch tễ học, tỷ lệ mắc bệnh lác trong dân 3 - 7% trong đó lác cơ năng có độ lác không ổn định (LCNCĐLKÔĐ) là hình thái lâm sàng thường gặp, chiếm một tỷ lệ khá cao trong các thể loại lác cơ năng (khoảng 40- 50%). Ngày nay điều trị bệnh lác ngày càng được hoàn thiện để ổn định chức năng thị giác hai mắt và tăng thẩm mỹ.

Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của LCNCĐLKÔĐ còn nhiều quan điểm chưa rõ ràng, hình thái lâm sàng đa dạng với các phương pháp điều trị phức tạp vì vậy trong nhiều thập kỷ qua, các tác giả nước ngoài đã có nhiều công trình nghiên cứu về thể loại lác cơ năng có độ lác không ổn định như: Bielschowsky (1940), Grant (1950), Lavat (1972), Cupper (1976), Quéré (1977), Hardesty (1978), Jampolsky (1978), Hugonnier (1978), Lang J (1980), Gobin (1984), Helveston (1993), Spielmann (1998), Mulvihill (2000), Lambert (2003), Patrick (2004), Lowery (2006)... Việt Nam đã có những công trình nghiên cứu của Hà Huy Tiến (1982) và Nguyễn Ngọc Hoàn (1980), Hà Huy Tiến và Phạm Ngọc Bích (1982), Hà Huy Tài (2004)... về điều trị một số hình thái của LCNCĐLKÔĐ như lác quy tụ hãm, lác có phối hợp với hội chứng A, V... với các phương pháp điều trị khác nhau: phẫu thuật Faden, lùi cơ có vòng quai, lùi chéo cơ trực ngang, can thiệp vào cơ chéo... kết quả bước đầu rất đáng khích lệ tuy nhiên số lượng nghiên cứu còn ít, hiện chưa có một công trình nghiên cứu về các hình thái lâm sàng và điều trị lác cơ năng có độ lác không ổn định.

Trước thực tế trên yêu cầu cần phải có một nghiên cứu hệ thống, toàn diện về các hình thái lâm sàng và phương pháp điều trị của LCNCĐLKÔĐ, vì vậy “Nghiên cứu các hình thái lâm sàng và điều trị lác cơ năng có độ lác không ổn định” được thực hiện nhằm **hai mục tiêu** :

1. Mô tả các hình thái lâm sàng của LCNCĐLKÔĐ.

2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật và không phẫu thuật của LCNCĐLKÔĐ.

2. Đóng góp mới của luận án

Là nghiên cứu đầu tiên của Việt Nam trình bày đầy đủ, có hệ thống và toàn diện về các hình thái lâm sàng và điều trị LCNCĐLKÔĐ.

Công trình đã đưa ra được một số đặc điểm lâm sàng LCNCĐLKÔĐ, với các phương pháp điều trị phù hợp tùy từng hình thái lâm sàng của LCNCĐLKÔĐ. Bệnh nhân trên 14 tuổi lác phân kỳ có độ lác không ổn định, hợp tác tốt, sẽ thực hiện phẫu thuật điều chỉnh chỉ để tăng tỷ lệ thành công của phẫu thuật.

3. Bố cục của luận án:

Luận án có 135 trang gồm: Đặt vấn đề (2 trang), 4 chương: chương 1 - Tổng quan (34 trang), chương 2 - Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (17 trang), chương 3 - Kết quả nghiên cứu (39 trang), chương 4 - Bàn luận (38 trang), Kết luận (2 trang).

Ngoài ra còn có 142 tài liệu tham khảo gồm 21 tiếng Việt, 104 tiếng Anh, 17 tiếng Pháp, 3 phụ lục, 39 bảng, 11 biểu đồ, 21 hình, mục lục, ảnh minh họa, mẫu bệnh án nghiên cứu, danh sách bệnh nhân.

Chương 1. Tổng quan

1.1. Đặc điểm giải phẫu - sinh lý vận nhãn và sinh bệnh của lác cơ năng có độ lác không ổn định, ứng dụng trong chẩn đoán lâm sàng và phẫu thuật lác

1.1.1 Đặc điểm giải phẫu và sinh lý vận nhãn

Đặc điểm giải phẫu cơ vận nhãn

- Mỗi mắt có sáu cơ vận nhãn ngoại lai
- + Bốn cơ thẳng: thẳng trên, thẳng dưới, thẳng trong và thẳng ngoài.
- + Hai cơ chéo: cơ chéo trên hay cơ chéo lớn và cơ chéo dưới hay cơ chéo bé.
- Thân kinh chi phối: Cơ thẳng ngoài do dây VI, cơ chéo trên do dây IV, còn lại do dây III chi phối.
- Các cơ vận nhãn cấp máu chủ yếu từ nhánh của động mạch mắt (trừ cơ thẳng ngoài từ động mạch lệ).

Ngoài sáu cơ vận nhãn ngoại lai trong nhãn cầu còn hai cơ vận nhãn nội tại là cơ thể mi và cơ co đồng tử cùng liên quan đến động tác vận nhãn trong phản xạ điều tiết-quy tụ.

Sinh lý vận nhãn

Chi phối bởi hai quy luật chính: Quy luật Sherrington và quy luật Hering. Ngoài ra, quy luật Donders chi phối động tác xoay của nhãn cầu, giúp cho sự hoàn chỉnh của hệ thống vận nhãn.

Các động tác vận nhãn luôn hoạt động đồng bộ phối vận và đối vận với nhau ở một hoặc giữa hai mắt.

1.1.2 Cơ chế bệnh sinh của lác cơ năng có độ lác không ổn định

Trong nhiều năm qua các nhà lác học trên thế giới đưa ra các giả thuyết về cơ chế bệnh sinh LCNCĐLKÔĐ.

- Thuyết do điều tiết: do rối loạn điều tiết và quy tụ
- Thuyết về thân kinh: do sự khiếm khuyết của hệ thống thân kinh trung ương với quan điểm của các nhà lác học như Jampolsky, Costenbader, Knapp... Mọi trường hợp LCNCĐLKÔĐ được gắn liền với một số khiếm khuyết của sự điều phối từ trung ương xuống hoặc những rối loạn của sự phối hợp giữa điều tiết - quy tụ.
- + Lác phân kỳ không ổn định “là sản phẩm của tổn thương thân kinh”.
- + Lác quy tụ điều tiết: do rối loạn giữa điều tiết- quy tụ.
- Thuyết do: cơ, hoàng điểm ở lệch vị trí bình thường, hợp thị, và do di truyền...
- Tăng hoạt cơ chéo trên và dưới là nguyên nhân lác phối hợp hội chứng A và V.
- Tăng hoạt cơ chéo trên là nguyên nhân của hội chứng Brown.
- Nguyên nhân hội chứng DVD do tăng hoạt cơ thẳng trên hoặc cơ chéo dưới.

1.1.3. Ứng dụng trong chẩn đoán lâm sàng và phẫu thuật lác

Ứng dụng trong chẩn đoán lâm sàng

Khám nghiệm phát hiện độ lác không ổn định trong các điều kiện không gian và thời gian khác nhau, với các test khám nghiệm khác nhau, bộc lộ các đặc điểm giải phẫu cơ vận nhãn biểu hiện bằng độ lác tĩnh và độ lác động do yếu tố thần kinh nó phụ thuộc vào sự định thị, điều tiết- quy tụ. Sự chênh lệch giữa độ lác tĩnh và độ lác động là khoảng dao động của độ lác không ổn định, để xác định độ lác chính xác.

Một số test chẩn đoán độ lác không ổn định thường được sử dụng

Test nhắm mắt - mở mắt, Test chiếu sáng, Test nhìn gần - nhìn xa, Test che 2M bằng tấm che mờ, Test bịt 1M kéo dài và Test kéo cơ cưỡng bức.

Ứng dụng trong phẫu thuật lác

Phẫu thuật viên cần chú ý đặc điểm bám tận của các cơ vận nhãn (vòng xoáy Tillaux). Bộc lộ cơ thẳng hoặc cơ chéo không làm rách bao cơ sẽ gây chảy máu. Phẫu tích giải phóng cơ khỏi các dây chằng và bao tenon...dính quanh bao cơ thì động tác cơ vận nhãn sẽ không bị hạn chế.

1.2. Các hình thái lâm sàng của lác cơ năng có độ lác không ổn định

1.2.1. Lác quy tụ (lác trong)

Lác quy tụ điều tiết do khúc xạ

LQTĐTDKX do bất đồng điều tiết và quy tụ kèm viễn thị từ +3D đến +10D, sau tra d² Atropin 0,5% trong 5 ngày sẽ hết lác.

Lác quy tụ điều tiết không do khúc xạ

LQTĐTKDKX khi độ lác nhìn gần lớn hơn độ lác nhìn xa, có thể viễn thị (trung bình là +2D), cận thị, độ viễn thị. Chính viễn thị hết lác nhìn xa nhưng còn độ lác khi nhìn gần, độ lác giảm khi thêm kính cầu +3D.

Lác quy tụ điều tiết cục bộ (lác quy tụ điều tiết một phần)

LQTĐTCB không phải hoàn toàn do điều tiết, sau khi điều chỉnh hết độ viễn thị vẫn còn lại độ lác nhất định. Xác định độ lác tối thiểu, độ lác tối đa và mức độ dao động của độ lác trước và sau chỉnh kính viễn thị.

1.2.2. Lác phân kỳ (lác ngoài)

Lác phân kỳ thường xuất hiện từ 2 - 6 tuổi hoặc bất kỳ lứa tuổi nào, sau sốt cao, thiếu tập trung.... Độ lác có thể thay đổi theo thời gian hoặc không gian, nhìn xa lác hơn nhìn gần. Đa số là lác luân phiên (thị lực hai mắt tương đương), lác luân hồi.

Theo Duane lác phân kỳ cơ năng không ổn định bao gồm 3 loại

- Lác phân kỳ cơ bản
- Lác phân kỳ do phân kỳ quá mức: thực sự và giả tạo.
- Lác phân kỳ do thiếu năng quy tụ: thực sự và giả tạo.

1.2.3. Lác có phối hợp hội chứng

Hội chứng hãm (lác quy tụ hãm)

Lác mắt xuất hiện rất sớm, độ lác cao và rất không ổn định, vận nhãn ngoài hạn chế, rung giật nhãn cầu tiềm ẩn hoặc bộc lộ rõ khi nhìn cố định vào vật tiêu.

Hội chứng chữ A, V

- Hội chứng A: chênh lệch độ lác khi nhìn lên và xuống $\geq 10\Delta$, thường kèm theo quá hoạt cơ chéo trên.

- Hội chứng V: chênh lệch độ lác khi nhìn xuống và lên phải $\geq 15\Delta$, kèm theo quá hoạt cơ chéo dưới.

Hội chứng DVD (dissociated vertical deviation)

Thể hiếm gặp, xuất hiện khi mệt mỏi, thiếu tập trung. Che mắt thì mắt bị che mắt đó nhãn cầu chuyển lên cao, xoay nhẹ ra ngoài hoặc có rung giật nhãn cầu.

Hội chứng Brown

Hiếm gặp, thường do tăng trương lực, co cứng bất thường của gân bao cơ chéo trên, do ngắn bao gân bẩm sinh. Có hai loại:

- Bẩm sinh: hạn chế lên trên rất nặng vào trong, hạn chế cả ở tư thế nhìn thẳng.
- Mắc phải: xảy ra sau chấn thương, phẫu thuật gấp cơ chéo.

1.3. Các phương pháp điều trị lác cơ năng có độ lác không ổn định

1.3.1. Sự phát triển về điều trị lác cơ năng có độ lác không ổn định

Trong những thập kỷ qua, nhiều công trình nghiên cứu của các tác giả đã thu được những thành tựu đáng kể về LCNCĐLKÔĐ: Brown (1949), Costenbader (1955), Knapp (1962), Hiram và Hardesty (1965), Lavat (1972) Cuppers (1976), Cooper (1977), Jampolsky (1978), Roth (1978), Magoon (1982), VonNooder (1987), Quéré(1988), AnCose (1995), Espinasse (1994), Wringt (1999). Burton (2006).....

Ở Việt Nam tác giả: Hà Huy Tiến, Nguyễn Ngọc Hoàn (1980) thấy phẫu thuật Faden là phẫu thuật có kết quả tốt điều trị lác quy tụ hãm mà phẫu thuật cổ điển bất lực. Hà Huy Tiến (1982) đã thực hiện lùi chéo đường bám cơ thẳng ngang tốt hơn phương pháp di chuyển cơ theo chiều đứng. Hà Huy Tài (2004) cắt buồng cơ chéo kết hợp di chuyển chỗ bám cơ thẳng ngang theo chiều đứng có hiệu quả. Nguyễn Thị Xuân Hồng (2007) đã nghiên cứu yếu tố khúc xạ trong lác cơ năng ở trẻ em.

1.3.2. Các phương pháp điều trị lác cơ năng có độ lác không ổn định

Lác quy tụ

- Lác quy tụ điều tiết do khúc xạ

Là lĩnh vực ưu tiên điều trị không phẫu thuật, chỉ cần chỉnh kính viễn là hết độ lác. Tuy nhiên, một số tác giả chủ trương giải quyết LQTĐTDKX bằng phẫu thuật cổ điển (lùi 1 hoặc 2 cơ thẳng trong 3 - 5mm) hoặc kết hợp phẫu thuật Faden. Tiên lượng khả năng phục hồi TGHM bình thường rất tốt ở bệnh nhân LQTĐTDKX.

- Lác quy tụ điều tiết không do khúc xạ

LQTĐTKDKX có thể điều trị không phẫu thuật. Chỉnh kính hai tròng và thuốc co đồng tử làm giảm AC/A, tạo hợp thị cả nhìn xa và nhìn gần. Chỉ định phẫu thuật lùi hai cơ thẳng trong 2M hoặc phối hợp với phẫu thuật Faden cho kết quả tốt hơn.

- Lác quy tụ điều tiết cục bộ

Sau khi đã chỉnh kính tối đa độ lác còn $\geq 10 - 15\Delta$ và TGHM (-) cần kết hợp chỉnh kính với phẫu thuật giải quyết độ lác còn sau điều chỉnh kính để phục hồi

TGHM. Phẫu thuật lùi cơ thẳng trong 2M có thể kết hợp với Faden cho kết quả tốt. Phẫu thuật dựa trên độ lác giữa độ lác nhìn xa và độ lác nhìn gần .

Ở Việt Nam thường áp dụng phẫu thuật định lượng của Hà Huy Tiến (1970) Việc lựa chọn chỉ định phẫu thuật không đơn giản nên cần nhắc, theo kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

Lác phân kỳ

- Điều trị không phẫu thuật

Thường ít hiệu quả và là biện pháp tạm thời, khi còn độ lác phân kỳ nhỏ $< 20\Delta$, thị lực tốt, khả năng phù thị tốt, cho đeo lăng kính (đáy quay vào trong), tập máy Synoptophore để cải thiện hợp thị , tập quy tụ gần.

- Điều trị phẫu thuật

+ Tuổi can thiệp phẫu thuật: 3 tuổi. Partt, John và Roth khuyên trung bình là 4 tuổi.

+ Chọn phẫu thuật, liều lượng phẫu thuật phụ thuộc vào phẫu thuật viên, độ lác...

+ Phẫu thuật lác phân kỳ không ổn định gồm lùi cơ thẳng ngoài 2M (nếu độ lác xa lớn hơn độ lác gần). Thường phẫu thuật 2M hơn 1M, phẫu thuật lùi cơ kết hợp rút cơ nhiều ở 1M (nếu độ lác xa = độ lác gần).

Đối với bệnh nhân (≥ 14 tuổi), hợp tác tốt một số tác giả: Jampolsky, Fells, Saunder, Spielmann... đã sử dụng phẫu thuật điều chỉnh chỉ, có thể kiểm soát được việc chỉnh non hay già sau phẫu thuật. Phẫu thuật lùi, rút cơ điều chỉnh thì cơ được lùi tới một điểm dự định, cơ được lùi (hoặc rút) có thể dễ dàng điều chỉnh tăng hoặc giảm độ lùi sau phẫu thuật 6 - 24 giờ, làm tăng tỷ lệ thành công của phẫu thuật.

Lác có phối hợp hội chứng

- Hội chứng hãm

Đối với lác quy tụ hãm thì hầu hết các chuyên gia lác trên thế giới đều công nhận rằng công thức điều trị tốt nhất để giải quyết độ lác tĩnh bằng phẫu thuật định lượng và độ lác động bằng phẫu thuật Faden.

Ở Việt Nam, Hà Huy Tiến đã điều trị lác quy tụ hãm, rung giạt nhãn cầu và sụp mi một mắt bằng phẫu thuật Faden. Năm 1980 Nguyễn Ngọc Hoàn đã nghiên cứu “Điều trị lác trong hãm bằng phẫu thuật Faden phối hợp với phẫu thuật cổ điển”.

- Hội chứng chữ A, V

Chỉ định và lựa chọn phương pháp phẫu thuật còn nhiều ý kiến khác nhau.

Ở Việt Nam, tác giả Hà Huy Tiến, Phạm Ngọc Bích đã thực hiện phương pháp lùi chéo đường bám cơ thẳng ngang của Lavat tốt hơn phương pháp di chuyển cơ theo chiều đứng của Costenbader. Hà Huy Tài thực hiện phương pháp cắt buồng cơ chéo, kết hợp với di chuyển chỗ bám của cơ thẳng ngang theo chiều đứng.

+ Hội chứng chữ V

Làm yếu cơ chéo dưới (khi có quá hoạt cơ)

Di chuyển chỗ bám các cơ thẳng ngang: cơ thẳng trong về đỉnh chữ V, cơ thẳng ngoài khỏi đỉnh chữ V.

+ Hội chứng chữ A

Làm yếu cơ chéo trên (khi có quá hoạt cơ)

Di chuyển chỗ bám các cơ thẳng ngang: cơ thẳng trong về đỉnh chữ A, cơ thẳng ngoài khỏi đỉnh chữ A)

- Hội chứng DVD

Nhiều tác giả khuyên không nên can thiệp phẫu thuật. Trong những năm gần đây nhiều tác giả vẫn can thiệp nếu gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ, với các phẫu thuật:

Làm yếu cơ thẳng trên: lùi cơ thẳng trên phải luôn > 4mm.

Làm yếu cơ chéo dưới: Burke, Kratz, Mims đã lùi và di chuyển cơ chéo dưới.

- Hội chứng Brown

Hội chứng Brown bẩm sinh: nếu cần can thiệp phẫu thuật, lựa chọn phương pháp làm yếu cơ chéo trên kết hợp với lùi cơ chéo dưới cùng bên.

Hội chứng Brown mắc phải: có thể sẽ tự khỏi.

Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân LCNCĐLKÔĐ $\geq 5^\circ$ (đánh giá bằng máy Synoptophore) từ 3 tuổi trở lên, được khám và điều trị tại Bệnh viện Mắt Trung Ương từ tháng 1/ 2006 đến tháng 11/ 2008. Có điều kiện theo dõi ít nhất 6 tháng.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân lác liệt, không hợp tác trong thăm khám và theo dõi...

- Kèm theo bệnh cấp tính tại mắt và bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật như: bệnh nhược cơ...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, không có nhóm chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu: được tính theo công thức

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

Trong đó: n: cỡ mẫu

Z: trị số giới hạn của độ tin cậy 100(1- α /2)

Chọn độ tin cậy 95% :

Z (1- α /2)= 1,96

P: tỷ lệ điều trị thành công (p= 0,88)

D: sai số tối thiểu cho phép là 0,05

Với công thức trên, cỡ mẫu tối thiểu được tính là 162 bệnh nhân, trong nghiên cứu chọn được 200 bệnh nhân.

2.2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học sử dụng chương trình SPSS 15.0, dùng thuật toán χ^2 để phân tích sự khác biệt giữa các tỷ lệ và xác định độ tin cậy p. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.2.4. Kỹ thuật và phương tiện nghiên cứu

Kỹ thuật thu thập thông tin

- Lập hồ sơ nghiên cứu theo dõi cho từng bệnh nhân. Bệnh nhân nghiên cứu được nghiên cứu sinh trực tiếp khám, đánh giá, ghi chép vào mẫu bệnh án theo dõi trước và sau điều trị.

- Hỏi tiền sử, bệnh sử và các triệu chứng chủ quan

- Khám lâm sàng

+ Xác định hình thái và tính chất lác. Đánh giá độ lác tĩnh, động và khoảng dao động của độ lác không ổn định trong không gian, thời gian khác nhau.

+ Đo nhiều lần xác định độ lác chính xác với một số test thường sử dụng (test nhắm mở mắt, test chiếu sáng, test nhìn xa - nhìn gần), độ lác trước và sau liệt điều tiết (dd Atropin 0,5% trong 5 ngày) trước, sau chỉnh kính.

+ Xác định khúc xạ bằng cả hai phương pháp:

Chủ quan (Donders): căn cứ sự trả lời của bệnh nhân

Khách quan: bằng khúc xạ kế tự động và soi bóng đồng tử (skiascopy)

+ Xác định mắt chủ đạo

+ Phát hiện nhược thị và các mức độ.

+ Khám vận nhãn các hướng, phát hiện rối loạn vận nhãn và hội chứng phối hợp.

+ Đánh giá các mức độ TGHM (đồng thị, hợp thị và phù thị).

+ Xác định kiểu định thị (trung tâm, cạnh tâm, ngoại tâm).

+ Soi đáy mắt phát hiện tổn thương phối hợp.

Khám cận lâm sàng chuẩn bị trước phẫu thuật.

Chỉ định điều trị từng hình thái lâm sàng LCNCĐLKÔĐ.

Đánh giá, nhận xét trước, trong và sau phẫu thuật.

Phương tiện sử dụng trong nghiên cứu

- Bảng thị lực: bảng hình và bảng vòng tròn hở Landolt.

- Thuốc liệt điều tiết: dung dịch Atropin 0,5% và Cyclogyl 1%

- Máy: khúc xạ tự động, Synoptophore, soi đáy mắt, sinh hiển vi

- Hộp kính và gọng thử kính, bộ thước lăng kính, Test Timus

- Bệnh án nghiên cứu

- Bộ dụng cụ phẫu thuật lác: vành mi tự động, kéo cong tù đầu, 2 panh 1 răng, 2-3 móc lác, 1 panh kẹp cơ, Compas Amsler, 1 móc 2 răng, chỉ 6° tiêu chậm, chỉ khâu kết mạc tự tiêu, kháng sinh tra mắt, băng vô khuẩn.

Quy trình nghiên cứu

- Hỏi bệnh

Tiền sử bệnh lác và các yếu tố liên quan: Ổn định hay không ổn định, liên quan đến tình trạng toàn thân: lơ đãng, thiếu tập trung, đã điều trị nội khoa (đeo kính...).

- Thăm khám, đánh giá bệnh nhân chuẩn bị trước phẫu thuật

Khám thị lực

Khám khúc xạ

- Tra liệt điều tiết bằng dd Atropin 0,5% 1 lần/ ngày trong 5 ngày.
- Tra liệt điều tiết bằng dd Cyclogyl 1% cho bệnh nhân lác lớn tuổi ≥ 15 tuổi.
- Đánh giá khúc xạ sau tra liệt điều tiết, soi bóng đồng tử (skiascopy)
- Bất đồng khúc xạ khi chênh lệch độ khúc xạ giữa 2 mắt $\geq 1^D$.
 - + Xác định hình thái và tính chất lác
 - + Xác định độ lác: một số phương pháp thường được sử dụng
- Phương pháp: Hirschberg, Krimky (che mắt kết hợp với lăng kính)
- Máy Synoptophore: đo độ lác chủ quan và độ lác khách quan.
 - + Xác định mắt chủ đạo
 - + Khám thị giác hai mắt: Máy synoptophore thường được sử dụng thăm khám TGHM, có ba mức độ để đánh giá TGHM: đồng thị, hợp thị và phù thị. Ngoài ra các phương pháp khác khám TGHM như test Timus ...
 - + Khám vận động nhãn cầu: cần khám các hướng nhìn thẳng, bốn hướng chính, bốn hướng phụ để đánh giá hoạt lực các cơ vận nhãn.
 - + Xác định kiểu định thị
 - + Khám điều tiết - quy tụ: đo tỷ số AC/A
- Thực tế trên lâm sàng thường áp dụng đo tỷ số AC/A như sau :
 - + Tỷ số AC/A bình thường: khi nhìn xa và nhìn gần độ lác bằng nhau.
 - + Tỷ số AC/A cao :
 - Lác quy tụ: độ lác gần $>$ độ lác xa 10Δ
 - Lác phân kỳ: độ lác xa $>$ độ lác gần 10Δ
 - + Tỷ số AC/A thấp :
 - Lác quy tụ: độ lác gần $<$ độ lác xa 10Δ
 - Lác phân kỳ: độ lác xa $<$ độ lác gần 10Δ
- Xác định độ lác không ổn định trong lác cơ năng

Khám nghiệm trong không gian và thời gian khác nhau, bằng một số test (nhắm - mở mắt, nhìn xa - gần...) cần xác định độ lác tối thiểu (độ lác tĩnh), độ lác tối đa (độ lác động) và khoảng dao động của độ lác không ổn định.

Điều trị không phẫu thuật

- Chỉ định: Bệnh nhân và gia đình không đồng ý phẫu thuật, độ lác dưới 15Δ , không gây ảnh hưởng thẩm mỹ, LQTĐTDKX (sau điều chỉnh kính hết lác).
- Các phương pháp điều trị không phẫu thuật: tập chỉnh thị, bịt mắt luân phiên, tập quy tụ, chỉnh kính viễn thị (sớm và phù hợp) với hình thái LQTĐTDKX.

Điều trị phẫu thuật

- Chỉ định : tăng tần suất và khoảng thời gian lác ($>50\%$ thời gian xuất hiện).
- Độ lác $\geq 15\Delta$, gây ảnh hưởng thẩm mỹ.

- Kế hoạch phẫu thuật: có thể cân nhắc phẫu thuật sớm khi trẻ 1- 2 tuổi, tuổi can thiệp trung bình ≥ 3 tuổi (trước 7 tuổi), 1M hay 2M, liều lượng phương pháp và tùy trường hợp cụ thể chỉ định phẫu thuật.

- Các phương pháp phẫu thuật đã sử dụng tùy hình thái lâm sàng LCNCĐLKÔĐ:

+ Lác quy tụ (LQTĐTKDKX, LQTĐTCB, hội chứng hãm): mổ theo định lượng (lùi, rút cơ đơn thuần), kết hợp với phẫu thuật Faden.

+ Lác phân kỳ : phẫu thuật định lượng đơn thuần (lùi, rút cơ). Có thể kết hợp thực hiện khâu điều chỉnh chỉ (đối với bệnh nhân ≥ 14 tuổi, hợp tác tốt).

+ Lác có phối hợp hội chứng

* Hội chứng A - V mổ theo định lượng, kết hợp di chuyển đầu bám của cơ lên trên hoặc xuống dưới 5 - 6 mm, cơ thẳng trong về đỉnh chữ A - V, cơ thẳng ngoài khỏi đỉnh chữ A - V. Nếu có quá hoạt cơ chéo thì can thiệp cơ chéo: cắt đoạn cơ...

* Hội chứng DVD: can thiệp cơ thẳng đứng (cơ thẳng trên hoặc rút cơ thẳng dưới) hoặc kết hợp phẫu thuật làm yếu CCD nếu có quá hoạt CCD.

* Hội chứng Brown: Can thiệp cơ thẳng đứng, ngang để giải quyết độ lác đứng và ngang hoặc kết hợp với phẫu thuật làm yếu CCT trong bao nếu có quá hoạt CCT.

- Biến chứng trong khi phẫu thuật: Phản xạ mắt - tim, xuất huyết, tụt cơ, xuyên thủng củng mạc...

- Hậu phẫu: Đánh giá độ lác, tình trạng mép mổ... để xử lý kịp thời.

+Xử lý độ lác tồn dư

Mọi trường hợp sau phẫu thuật lác đều có thể còn độ lác tồn dư, tùy thuộc và độ lác tồn dư lác quy tụ hay lác phân kỳ do chỉnh non hay chỉnh già, dựa vào độ tuổi...

Chỉnh non: độ lác tồn dư trên cùng hướng nhìn như độ lác trước phẫu thuật.

Chỉnh già: độ lác tồn dư ngược hướng nhìn như độ lác trước phẫu thuật.

* Tồn dư sau phẫu thuật lác quy tụ

Khi có chỉnh non:

Trước phẫu thuật tra liệt điều tiết và chỉnh kính theo khúc xạ khách quan

Bịt mắt lạnh hoặc bịt mắt luân phiên, đeo lăng kính điều chỉnh.

Phẫu thuật làm yếu cơ thẳng trong thêm (dựa vào hồ sơ cũ)...

Khi có chỉnh già

Giảm kính viễn thị, có thể đeo kính cận (-2D->- 3D).

Bịt mắt luân phiên, dán kính 1/2 ngoài kính đeo, tập máy Synoptophore.

* Tồn dư sau phẫu thuật lác phân kỳ

Khi có chỉnh già

Nếu không cải thiện theo thời gian sẽ cho đeo kính viễn thị (nếu có viễn thị) hoặc giảm số kính cận, có thể đeo lăng kính đáy quay ra ngoài.

Nếu chỉnh già $> 20^\Delta$ và song thị kéo dài, sẽ phẫu thuật lùi cơ thẳng trong.

Khi có chỉnh non

Nếu chỉnh non ít hoặc trung bình dùng các biện pháp hỗ trợ

Đeo lăng kính đáy quay vào trong, tập quy tụ hợp thị kích thích quy tụ điều tiết.

Phẫu thuật (sau 3 tháng) nếu còn độ lác tồn dư: lùi thêm 2 cơ thẳng ngoài.

- Đánh giá kết quả sau phẫu thuật

+ Kết quả phẫu thuật được đánh giá ở các thời điểm: Sau ra viện 1, 3, 6 tháng.

+ Các chỉ tiêu được đánh giá sau phẫu thuật .

* Thị lực: Thị lực $> 7/10$ (không nhược thị), thị lực $5/10- 7/10$ (nhược thị nhẹ), thị lực $1/10 - 4/10$ (nhược thị trung bình), thị lực $< 1/10$ (nhược thị nặng)

* Độ lác:

Lác quy tụ, lác phân kỳ

Tốt: độ lác (tĩnh, động) tồn dư $\leq \pm 5^0$.

Khá: độ lác (tĩnh, động) tồn dư $> \pm 5^0$ đến $\pm 10^0$.

Kém: độ lác (tĩnh, động) tồn dư $> \pm 10^0$.

Lác có phối hợp hội chứng

Tốt: độ lác tồn dư $< 6\Delta$.

Khá: độ lác tồn dư $6\Delta- 10\Delta$.

Kém: độ lác tồn dư $> 10\Delta$.

* Thị giác hai mắt đánh giá ở các mức độ: đồng thị, hợp thị và phù thị.

* Biến chứng sau phẫu thuật: Nhiễm trùng sẹo mổ, u hạt, nang kết mạc, thiếu máu cục bộ phần trước nhãn cầu, song thị sau mổ, co rút cơ mi ...

- Độ lác tồn dư: chỉnh non, chỉnh già.

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

- Nam: 82 bệnh nhân chiếm 41,0 % Nữ : 118 bệnh nhân chiếm 59,0%

3.1.2. Tuổi xuất hiện và điều trị lác

- Tuổi trung bình xuất hiện lác là $13,4 \pm 14,5$ (tháng).

- Tuổi trung bình điều trị là $8,13 \pm 6,12$ (tuổi).

3.1.3. Một số nguyên nhân gây lác

- Lác không xác định được nguyên nhân 43,5%, lác bẩm sinh 39%, lác sau khi bị sốt cao chiếm 13,5% và lác do chấn thương sản khoa là 4%.

- Lác và yếu tố gia đình: 200 bệnh nhân nghiên cứu gặp 37 bệnh nhân (18,5%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng của lác cơ năng có độ lác không ổn định

3.2.1. Tần suất bệnh

- Lác quy tụ: 83 bệnh nhân (41,5%)

+ Lác quy tụ điều tiết do khúc xạ: 35 bệnh nhân (42,17%).

+ Lác quy tụ không do khúc xạ: 34 bệnh nhân (40,96%).

+ Lác quy tụ điều tiết một phần: 14 bệnh nhân (16,87%).

- Lác phân kỳ: 69 bệnh nhân (34,5%).

+ Lác phân kỳ cơ bản: 41 bệnh nhân (59,4%).

+ Lác phân kỳ quá mức: 26 bệnh nhân (37,7%).

- + Lác phân kỳ thiểu năng quy tụ: 02 bệnh nhân (2,9%)
- Lác có yếu tố đứng: 04 bệnh nhân (2%).
- Lác có phối hợp hội chứng: 44 bệnh nhân (22%).

3.2.2. Tần suất các hội chứng phối hợp

Hội chứng chữ V chiếm tỷ lệ cao nhất 16,5%. Hội chứng chữ A 2,0%. Hội chứng DVD 1% và hội chứng Brown 0,5 % trong LCNCĐLKÔĐ.

3.2.3. Hình thái và tính chất lác cơ năng có độ lác không ổn định

Lác luân phiên 2M chiếm tỷ lệ cao nhất 78,3%, lác có phối hợp hội chứng 84,1%, trong lác phân kỳ chủ yếu là lác luân phiên luân hồi 58,0%.

3.2.4. Hình thái lác và tình trạng vận nhãn

Hầu hết vận nhãn bình thường 79,5%. Vận nhãn bất thường: quá, giảm hoạt gặp chủ yếu ở hình thái lác có yếu tố đứng 50% và lác phối hợp hội chứng 72,7%.

3.2.5. Hình thái lác và tình trạng nhược thị

Mắt không nhược thị IM chủ yếu 73,5% (MP) và 77,5% (MT), vì hầu hết được chỉnh thị, chỉnh quang.

3.2.6. Hình thái lác và kiểu định thị

Chủ yếu là định thị trung tâm 96,5% (MP) và 95,5% (MT)

3.2.7. Hình thái lác và tật khúc xạ MP

Các hình thái lác, tật khúc xạ MP chiếm tỷ lệ đáng kể 77,5%, $p < 0,05$. Trong đó:

- Lác quy tụ: viễn thị và viễn loạn thị chiếm tỷ lệ khá cao 81,2%.
- Lác phân kỳ: tật khúc xạ chiếm 70,4%, cận thị và cận loạn thị 42,3%.
- Lác phối hợp hội chứng: tật khúc xạ 79,5% trong đó viễn + viễn loạn thị 50%.

3.2.8. Hình thái lác và tật khúc xạ MT

Các hình thái lác, tật khúc xạ MT cũng chiếm tỷ lệ đáng kể 75%, $p < 0,05$. Trong đó:

- Lác quy tụ: tật viễn thị và viễn loạn thị chiếm chủ yếu 81,2%
- Lác phân kỳ: tật khúc xạ 67,5% trong đó cận + cận loạn thị 39,4%
- Lác có yếu tố đứng: tật khúc xạ 75%, trong đó viễn + viễn loạn 50%.
- Lác phối hợp hội chứng: tật khúc xạ 75%, viễn + viễn loạn 45,5%.

3.2.9. Hình thái lác và tỷ số AC/A

Chủ yếu AC/A bình thường 74%. Tỷ số AC/ A cao 24,2% trong đó gặp ở lác phân kỳ do phân kỳ quá mức 37,7% và ở lác quy tụ điều tiết không do khúc xạ 18,7% .

3.2.10. Hình thái lác và độ lác tối thiểu nhìn gần - xa đo bằng phương pháp Hirschberg trước phẫu thuật

Gặp chủ yếu ở độ lác tối thiểu $< 10^\circ$ trong lác phân kỳ chiếm 62% (nhìn gần) và 54,9% (nhìn xa).

3.2.11. Hình thái lác và độ lác tối đa nhìn gần - xa đo bằng phương pháp Hirschberg trước phẫu thuật

Gặp nhiều ở độ lác tối đa $\geq 10^\circ - 20^\circ$ trong lác quy tụ chiếm 50% (nhìn gần) và 46% (nhìn xa).

3.2.12. Hình thái lác và khoảng dao động độ lác không ổn định nhìn gần- xa đo bằng phương pháp Hirschberg trước phẫu thuật.

Gặp chủ yếu ở khoảng dao động $> 10^\circ - 15^\circ$ trong lác quy tụ 50% (khi nhìn gần) và 44% (khi nhìn xa).

3.2.13. Hình thái lác và các phương pháp phẫu thuật đã sử dụng

Các phương pháp phẫu thuật sử dụng chủ yếu trong các hình thái lâm sàng LCNCĐLKÔĐ:

- Phẫu thuật định lượng (lùi, rút cơ) thẳng ngang: trong lác quy tụ 60,4%, lác phân kỳ 81,2%.
- Phẫu thuật định lượng + phẫu thuật Faden: trong lác quy tụ 27,1%.
- Phẫu thuật can thiệp vào cơ chéo: trong lác có phối hợp hội chứng 6,8%.
- Phẫu thuật định lượng+di chuyển chỗ bám cơ thẳng: lác phối hợp hội chứng 15,9%.
- Phẫu thuật chỉnh chỉ: lác phân kỳ 17,4% với bệnh nhân ≥ 14 tuổi có hợp tác tốt.
- Phẫu thuật định lượng + can thiệp cơ thẳng đứng: trong lác phối hợp hội chứng 23%
- Phẫu thuật định lượng + can thiệp cơ chéo: trong lác phối hợp hội chứng 34,1%.
- Phẫu thuật định lượng + cơ chéo + Faden: trong lác phối hợp hội chứng 6,8%.
- Phẫu thuật định lượng + chỉnh chỉ + cơ chéo: trong lác phối hợp hội chứng 11,4%.

3.3. Kết quả phẫu thuật

3.3.1. Kết quả phẫu thuật ở các thời điểm

Bảng 3.16. Kết quả phẫu thuật ở các thời điểm

| KQ PT Hình thái lác | Tốt | | | | Khá | | | | Kém | | | |
|---------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-----------------|-------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| | Ra viện | 1 th | 3 th | 6 th | Ra viện | 1 th | 3 th | 6 th | Ra viện | 1 th | 3 th | 6 th |
| Lác quy tụ | 45 90% | 44 88% | 44 88% | 44 88% | 2 4% | 3 6,0% | 3 6,0% | 3 6,0% | 3 6,0% | 3 6,0% | 3 6,0% | 3 6,0% |
| Lác phân kỳ | 64 90% | 63 89% | 59 83% | 57 80% | 2 3% | 2 3% | 5 7,0% | 5 7,0% | 5 7,0% | 6 8% | 7 10% | 9 13% |
| Lác phối hợp HC | 34 77% | 33 75% | 32 73% | 33 75% | 4 9% | 4 9% | 7 16% | 7 16% | 6 14% | 7 16% | 5 11% | 4 9% |
| Tổng số | 143 87% | 140 85% | 135 82% | 134 81% | 8 5% | 9 5,5% | 15 9% | 15 9% | 14 8% | 16 10% | 15 9% | 16 10% |

$$P_{\text{Ra viện}} = 0,304$$

$$P_{\text{1 tháng}} = 0,262$$

$$P_{\text{3 tháng}} = 0,329$$

$$P_{\text{6 tháng}} = 0,290$$

- Kết quả tốt: sau phẫu thuật khi ra viện 87%, sau 1 tháng 85%, sau 3 tháng 82% và sau 6 tháng 81%.

- Kết quả khá: ra viện 5%, sau 1 tháng 5,5%, sau 3 tháng 9%, sau 6 tháng 9%.

- Kết quả kém: ra viện 8%, sau 1 tháng 10%, sau 3 tháng 9%, sau 6 tháng 10%.

Tiến triển của độ lác sau phẫu thuật theo thời gian sau 1 đến sau 6 tháng ở các hình thái lác kết quả có thay đổi nhưng không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.3.2. Kết quả khử độ lác tĩnh (tối thiểu), độ lác động (tối đa) trung bình trước và sau phẫu thuật 1, 3, 6 tháng đo bằng phương pháp Hirschberg:

Kết quả khử độ lác tĩnh (tối thiểu) và độ lác động (tối đa) trung bình trước và sau phẫu thuật đo bằng phương pháp Hirschberg ở các thời điểm 1 - 6 tháng gần như được giải quyết triệt để và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ($P = 0,001$).

3.3.3. Kết quả phẫu thuật sau 6 tháng và kiểu định thị MP - MT:

Có sự tương quan, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ($P = 0,001$).

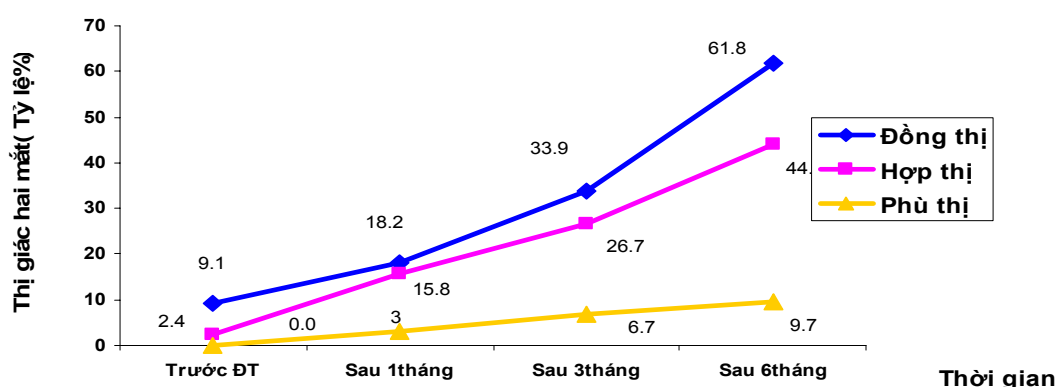
3.3.4. Thị giác hai mắt sau phẫu thuật 6 tháng và tuổi điều trị:

Có sự tương quan và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ($P = 0,008$).

3.3.5. Thị giác hai mắt sau 6 tháng và kết quả phẫu thuật ở các thời điểm

Có sự tương quan và có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. ($P = 0,001$)

3.3.6. Thị giác hai mắt theo thời gian



Trước phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân có TGHM ở mức độ đồng thị (+) từ 9,1% sau 6 tháng 61,8% và tăng thêm 52,7%. Hợp thị từ 2,4% lên 44,2% tăng thêm 41,8% và phù thị từ 0% lên 9,7%. Phục hồi TGHM sau phẫu thuật tăng trung bình 3,33%/ 1 tháng. Phục hồi TGHM theo thời gian được cải thiện, $p < 0,05$ ($P = 0,001$).

3.3.7. Biến chứng của phẫu thuật

- Biến chứng trong phẫu thuật

Trong 165 bệnh nhân được phẫu thuật, hầu như không gặp biến chứng nặng nào xảy ra. Phẫu thuật 156 bệnh nhân (94,5%) không xảy ra biến chứng gì. Có 4 trường hợp (2,4%) chảy máu quá mức, 5 trường hợp (3%) khi lấy cơ gây rối loạn nhịp tim (phản xạ mắt - tim). Không có trường hợp nào: tụt cơ, rách kết mạc, thủng củng mạc hay các biến chứng khác gây ảnh hưởng đến quá trình phẫu thuật.

- Biến chứng sau phẫu thuật

165 bệnh nhân phẫu thuật thấy các biến chứng xảy ra sau:

+ Chỉnh non (Hypocorrection) + Chỉnh già (Hypercorrection): 31 bệnh nhân (18,8%), chỉnh non có 29 bệnh nhân (17,6%), chỉnh già có 03 bệnh nhân (1,8%).

+ 01 bệnh nhân có song thị - chỉnh non 0,6%. 01 bệnh nhân có song thị 0,6%.

Hầu hết không gặp biến chứng: u hạt, nang kết mạc, phản ứng chỉ khâu, thiếu máu cục bộ phần trước nhãn cầu, co rút cơ mi... Tất cả bệnh nhân có biến chứng sau phẫu thuật được giải thích trước và sau phẫu thuật đều tuân thủ theo chỉ định điều trị.

* Điều trị nội khoa: điều chỉnh kính viễn trước - sau phẫu thuật, nếu còn độ lác quy tụ và mắt chính thị, đeo kính hội tụ + 3D (2M), nếu cận thị (-1D) cho đeo kính + 2D (2M).

Độ lác phân kỳ tồn dư < 10° bỏ băng sớm, tập máy Synoptophore, tập quy tụ, dán bịt 1/2 góc thái dương, tập quy tụ gần.

Độ lác quy tụ tồn dư < 10° tra d² Atropin 0,5% hoặc 1% ở mắt lác kết hợp dán kính 1/2 phía mũi, không cho nhìn quy tụ. Đối với những trường hợp cần chỉnh quang thì tập sớm ngay ngày sau mổ.

* Điều trị ngoại khoa: 06 bệnh nhân độ lác tồn dư >10° được phẫu thuật lác bổ sung sau 6 tháng.

Hiện tượng song thị xảy ra sau phẫu thuật trên bệnh nhân ≥ 14 tuổi, lùi rút nhiều trên 1 mắt cũng làm cho bệnh nhân lo lắng, khó chịu, khi giải thích, hướng dẫn tập luyện theo chỉ định và sau từ 1 - 3 tháng thấy phục hồi TGHM (thấp nhất ở mức độ đồng thị), hiện tượng song thị sẽ hết dần sau 3, 6 tháng.

Xử lý độ lác tồn dư trong nghiên cứu được thực hiện kịp thời và có hiệu quả, theo thời gian với sự phối hợp sử dụng các biện pháp điều trị nội khoa kết hợp với phẫu thuật bổ sung đã đem lại hiệu quả cao (80,5%).

3.4. Kết quả điều trị không phẫu thuật

3.4.1. Một số đặc điểm lâm sàng lác quy tụ do điều tiết

- Tuổi trung bình xuất hiện lác từ 2- 3 tuổi
- Tuổi trung bình điều trị 5- 6 tuổi.
- Viễn thị chủ yếu mức độ trung bình (+3D->+ 6D) 54,3% (MP), 60% (MT) và nặng (> 6D) 34,3% (MP), 28,6% (MT)
- Tật khúc xạ 2M chênh nhau là yếu tố nguy cơ gây nhược thị (p < 0,05).

3.4.2. Kết quả điều trị lác quy tụ do điều tiết

Độ lác trung bình trước và sau chỉnh kính

| Độ lác trung bình | | Tối thiểu | Tối đa |
|-------------------|------------|---------------------------|------------------------------|
| Trước chỉnh kính | Hirschberg | 1,570 ± 4,50 (0°- 20°) | 14,860 ± 4,110 (10°- 25°) |
| Sau chỉnh kính | Hirschberg | 0° | 0,860 ± 1,580 (0°- 5°) |

p = 0,001

Bệnh nhân lác quy tụ do điều tiết được điều chỉnh kính viễn thị tối đa (tương đương cầu) theo khúc xạ khách quan. Độ lác quy tụ trung bình tối thiểu và tối đa sau điều chỉnh kính đo bằng phương pháp Hirschberg còn $0^0 - 0,86^0 \pm 1,58^0$.

Công suất kính đeo trước và sau điều trị

- Công suất kính đeo trung bình trước điều trị

MP: $4,9 D \pm 2,02D$ (0 D \rightarrow + 9D) MT: $5,33 D \pm 2,04D$ (0,5 D \rightarrow + 9D)

- Công suất kính đeo ở thời điểm sau điều trị:

MP: $4,36 D \pm 1,94D$ (+ 0D50 \rightarrow + 8,25D) MT: $4,75 D \pm 1,81D$ (0 D \rightarrow + 8,25D)

Sự thay đổi công suất kính cầu (độ viễn thị) thấy có sự giảm độ viễn thị trước và sau điều trị, $p < 0,05$.

- Độ giảm số kính đeo (độ viễn thị) trung bình sau điều trị

MP: $1,00 D \pm 0,40D$ (+ 0D50 \rightarrow + 2D) MT: $1,07 D \pm 0,29D$ (+ 0D50 \rightarrow + 1,75D)

Giảm độ viễn thị trung bình trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Thay đổi công suất kính đeo (độ viễn thị) sau điều trị

Giảm độ viễn thị 60%, giữ nguyên độ viễn thị 31,4%, tăng độ viễn thị 8,6%.

Tình trạng thị lực và nhược thị theo thời gian

Nhược thị là tình trạng gặp phổ biến ở bệnh nhân lác quy tụ điều tiết.

- Trước điều trị: MP: 18/35 (51,43%) MT: 21/35 (60%)

Do trẻ được điều trị muộn (có tật khúc xạ mà không đeo kính) đã gây nhược thị. Sau đeo kính thị lực không tăng nhưng sau một thời gian đeo kính kết hợp với tập nhược thị thấy thị lực đã được cải thiện..

- Sau điều trị: MP: 4/35 (11,4%) MT: 12/35 (34,3%)

Sau thời gian theo dõi 35 bệnh nhân (trung bình 2 năm) thấy MP: 4/35 (11,4%) còn nhược thị và MT: 12/35 (34,3%) còn nhược thị, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Phục hồi thị giác hai mắt ở bệnh nhân lác quy tụ điều tiết (94,3%) rất tốt và hợp thị sẽ xuất hiện trong quá trình phát triển thị giác hai mắt, với $p < 0,05$. ($P=0,001$)

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của lác cơ năng có độ lác không ổn định

4.1.1. Một số đặc điểm chung của bệnh nhân

Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Trong nghiên cứu thấy số bệnh nhân nữ nhiều hơn đáng kể bệnh nhân nam, phù hợp với nghiên cứu của các tác giả: Burton, Dong Gyu Choi, Partric Watts, Se - Youp Lee and YongChum Lee, KevinJ, Kenneth...

Tuổi xuất hiện, tuổi điều trị lác và nguyên nhân gây lác

- Tuổi trung bình xuất hiện lác là $13,4 \pm 14,5$ (tháng)

Chủ yếu xuất hiện lác xuất hiện trước 3 tuổi 96,5% trong đó lác bẩm sinh < 6 tháng là 40,5%. Thống kê của các tác giả thấy lác thường xuất hiện từ 1 đến 4 tuổi.

- Tuổi trung bình điều trị là $8,43 \pm 6,12$ (tuổi).

Tương tự như nghiên cứu của Costenbader, Kenvin J, Kenneth...

- Nguyên nhân gây lác:

Trong nghiên cứu thấy lác có yếu tố gia đình chiếm tỷ lệ 18%. Yếu tố gia đình trong lác khá rõ. Hà Huy Tài thấy yếu tố di truyền trong lác chiếm 18%, tương tự nghiên cứu của một số tác giả thấy khoảng 12- 20%.

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng của lác cơ năng có độ lác không ổn định

Tật khúc xạ:

Tật khúc xạ chiếm phần đáng kể MP 77,5% tương đương MT 75% trong các hình thái LCNCĐLKÔĐ. Tương tự nghiên cứu Phạm Văn Tần, Nguyễn Xuân Hồng ...

Tình trạng nhược thị trong:

- Lác quy tụ: 36,5% (MP), 37,6% (MT).
- Lác phân kỳ: 18,7% (MP), 11,3% (MT).
- Lác phối hợp hội chứng: 22,7% (MP), 11,4% (MT).

Số mắt không nhược thị chiếm tỷ lệ chủ yếu 73,5% (MP), 77,5% (MT) vì hầu hết bệnh nhân đã được chỉnh quang trước khi phẫu thuật. Mắt có nhược thị trung bình và nhược thị nặng gặp ở lác cố định 1M. Chỉ định phẫu thuật do yêu cầu thẩm mỹ, tạo thuận lợi cho tập luyện phục hồi thị giác hai mắt sau phẫu thuật.

Tình trạng vận nhãn: hầu hết bệnh nhân có vận nhãn bình thường chiếm 79,5%.

Vận nhãn bất thường (quá hoạt hoặc giảm hoạt cơ) gặp chủ yếu ở lác có yếu tố đứng và lác có phối hợp hội chứng chiếm 20,5% (quá hoạt cơ chéo trên hay gặp trong hội chứng A và quá hoạt cơ chéo dưới trong hội chứng V). Cần đánh giá tình trạng vận nhãn trong tất cả các hướng để chỉ định can thiệp vào cơ vận nhãn thích đáng.

Rối loạn tình trạng thị giác hai mắt: nghiên cứu đã sử dụng máy Synoptophore để đánh giá tình trạng TGHM ở các mức độ: song thị, hợp thị và phù thị. Để đánh giá phù thị sử dụng thêm test “con ruồi Timus” nhận thức về phù thị rất khó.

4.1.3. Các hình thái lâm sàng của lác cơ năng có độ lác không ổn định.

Các hình thái lâm sàng của LCNCĐLKÔĐ trong nghiên cứu gồm:

Lác quy tụ: là hình thái lác phổ biến 41,5% trong LCNCĐLKÔĐ

- Lác quy tụ điều tiết do khúc xạ 42,17% thấy độ lác gần lớn hơn độ lác xa.
- Lác quy tụ điều tiết không do khúc xạ 40,96% độ lác gần lớn hơn độ lác xa. Tỷ số AC/A cao 78,7%.

- Lác quy tụ điều tiết một phần 16,87%. Sau chỉnh toàn bộ độ viễn thị mà vẫn còn một độ lác nhất định, có thể có tật khúc xạ hoặc không có tật khúc xạ.

Nghiên cứu thấy hình thái lác luân phiên chiếm 78,3%, tình trạng nhược thị gặp 36,5% (MP), 37,6% (MT) và hầu hết vận nhãn bình thường 95,2%. Định thị trung tâm chiếm chủ yếu 96,4% (MP), 92,8% (MT). Tật khúc xạ viễn thị và viễn loạn thị chiếm đáng kể 82,4% (MP), 81,2% (MT), hầu hết được chỉnh thị chỉnh quang. Tật khúc xạ (viễn thị) thường gặp trong hình thái lác quy tụ góp phần đáng kể, chính nó làm tăng tình trạng nhược thị ở hình thái lác này tương tự như các nghiên cứu trước đây. Tỷ số AC/A chủ yếu bình thường 79,2% thấy 18,7% có AC/A cao gặp ở lác quy tụ điều tiết do khúc xạ. Khoảng dao động của độ lác không ổn định đo bằng phương pháp

Hirschberg trước phẫu thuật chủ yếu ở khoảng dao động $> 10^\circ - 15^\circ$ chiếm tỷ lệ 50% (nhìn gần) và 44% (nhìn xa). Độ lác tối thiểu chủ yếu gặp ở độ lác dưới 10° khi nhìn gần 42%, khi nhìn xa 40%.

Độ lác tối đa thường gặp ở độ lác $10^\circ - 20^\circ$, 50% (nhìn gần), 46% (nhìn xa).

Lác phân kỳ: là hình thái lác phổ biến 34,5% trong LCNCĐLKÔĐ.

- Lác phân kỳ cơ bản 59,4% : độ lác xa và gần bằng nhau.
- Lác phân kỳ quá mức 37,7%: độ lác xa lớn hơn độ lác gần 15Δ (AC/A cao).
- Lác phân kỳ do thiếu năng quy tụ 2,9% : độ lác gần $>$ độ lác xa và $>15\Delta$.

Trong nghiên cứu gặp chủ yếu là hình thái lác luân phiên, luân hồi 58%, một đặc điểm của lác phân kỳ tương tự như các nghiên cứu của các tác giả. Cần xác định độ lác phân kỳ tối đa, đo nhiều lần trước phẫu thuật. Vận nhãn hầu hết là bình thường 95,7%, tình trạng nhược thị 16,9% (MP) và 11,3% (MT), mắt không nhược thị chiếm phần lớn vì hầu hết đã được điều trị chỉnh thị, chỉnh quang trước phẫu thuật. Tình trạng nhược thị ở lác phân kỳ gặp ít hơn ở lác quy tụ, phù hợp với các tác giả đã nghiên cứu trước đây: Hà Huy Tiến 50%, Phạm Văn Tần 46,74%, Lang J 50%, Hugonnier $> 50\%$... Định thị trung tâm chiếm 95,7% (MP) và 97,1% (MT).

Tật khúc xạ đóng vai trò quan trọng trong sinh lý bệnh của lác phân kỳ: cận thị và cận loạn thị chiếm tỷ lệ đáng kể 42,3% (MP), 39,4% (MT). Cận thị và cận loạn thị không được điều chỉnh sẽ không kích thích được quy tụ gây lác phân kỳ tương tự như các nghiên cứu trước đây. Tỷ số AC/A cao chủ yếu là bình thường 59,4% và 37,7% có tỷ số AC/A cao gặp ở lác phân kỳ do phân kỳ quá mức. Độ lác tối thiểu đo bằng phương pháp Hirschberg trước phẫu thuật thường gặp ở độ lác $< 10^\circ$: 62% (nhìn gần), 54,9% (nhìn xa). Độ lác tối đa khi nhìn gần tương đương ở các khoảng độ lác và khi nhìn xa gặp chủ yếu ở khoảng độ lác $> 30^\circ$ (36,6%). Khoảng dao động của độ lác không ổn định khi nhìn gần tương đương nhau ở các khoảng dao động và khi nhìn xa đáng kể ở khoảng độ lác $> 10^\circ - 15^\circ$ chiếm 29%.

Lác phối hợp hội chứng

Hình thái lâm sàng có tần suất xuất hiện bệnh là 22%, hình thái luân phiên 84,1%, vận nhãn bất thường chiếm tỷ lệ đáng kể 72,7%. Rối loạn vận nhãn cơ chéo rất phức tạp và đa dạng, gây nên tình trạng bất thường vận nhãn như: quá hoạt cơ chéo dưới thường đi kèm với hội chứng chữ V và DVD, quá hoạt cơ chéo trên gây nên hội chứng chữ A tương tự như các tác giả đã nghiên cứu. Tình trạng nhược thị ít gặp 22,7% (MP) và 11,4% (MT). Định thị trung tâm chiếm 2,3% (MP và MT). Tật khúc xạ viễn thị + viễn loạn thị chiếm chủ yếu 50% (MP) và 45,5% (MT). Tỷ số AC/A đa số là bình thường 88,6%.

- Độ lác tối thiểu đo bằng phương pháp Hirschberg trước phẫu thuật: nhìn gần chủ yếu ở độ lác $10^\circ - 20^\circ$ (54,5%), nhìn xa gặp chủ yếu ở độ lác $10^\circ - 20^\circ$ (50%).

- Độ lác tối đa trước phẫu thuật: nhìn gần chủ yếu độ lác $\geq 20^\circ - 30^\circ$ (38,6%), nhìn xa độ lác $\geq 20^\circ - 30^\circ$ (38,6%).

- Khoảng dao động của độ lác không ổn định: nhìn gần chủ yếu ở khoảng dao động $> 5^\circ - 10^\circ$ (40,9%), nhìn xa chủ yếu ở độ lác $> 5^\circ - 10^\circ$ (36,4%).

Trong lác có phối hợp hội chứng thường có lác ngang kết hợp với lác đứng tạo thành lác chéo, nghiên cứu gặp 44 bệnh nhân lác có phối hợp hội chứng chiếm 22%. Trong đó hội chứng V nhiều nhất 16,5% gấp 8 lần hội chứng chữ A, hội chứng DVD hiếm gặp và hội chứng Brown rất hiếm gặp. Tỷ lệ này thay đổi tùy các tác giả: Hugonnier thấy tỷ lệ là 20% - 25%. Nghiên cứu của Hà Huy Tài trong 150 trường hợp có rối loạn cơ chéo thấy hội chứng chữ V chiếm tỷ lệ cao nhất 29,3%, hội chứng chữ A 12%, hội chứng DVD 11,3%, hội chứng Brown 1,3%. Hội chứng A, V chiếm tỷ lệ khá cao và sự khác nhau về tỷ lệ của các tác giả là do cách thăm khám, tiêu chuẩn chẩn đoán xác định và đối tượng bệnh nhân nghiên cứu. Để chẩn đoán xác định hội chứng chữ A, V trong nghiên cứu đã dựa trên sự thống nhất của đa số các tác giả: Knapp, Park, Lang J, Von Noorden...

Trong nghiên cứu đã gặp 04 bệnh nhân có hội chứng hãm 2%. Tỷ lệ còn thấp hơn so với thực tế có lẽ do việc chẩn đoán xác định thể lác này còn tùy thuộc vào quan điểm nhận thức, đánh giá của mỗi người. Ngay cả các tác giả Lang J, Quéré, Weiss... còn có nhiều quan điểm chưa thống nhất về hình thái lâm sàng.

- Để điều trị hội chứng hãm đa số các tác giả Quéré khuyên phẫu thuật Faden (giải quyết độ lác động) phối hợp phẫu thuật định lượng (giải quyết độ lác tĩnh) để giải quyết lác quy tụ hãm, kết quả tốt đạt 79%.
- Hội chứng DVD (lác đứng phân ly) là một bất thường có tính chất phân ly, hiếm gặp được một số tác giả: Helveston, Hugonnier đã nhận định. Nghiên cứu gặp 02 bệnh nhân có hội chứng DVD (1%).

Trong nghiên cứu cũng như một số tác giả thấy cần thực hiện phẫu thuật lùi cơ thẳng trên hoặc kết hợp lùi cơ thẳng trên và cơ chéo dưới, nhất là DVD có phối hợp với lác ngang đồng hành (lác quy tụ hoặc lác phân kỳ).

- Hội chứng Brown bệnh hiếm gặp, nghiên cứu chỉ gặp 01 bệnh nhân có hội chứng Brown bẩm sinh 1% ở 1M có độ lác đứng cao hơn (15^Δ) độ lác ngang (10°), đã thực hiện phẫu thuật cắt CCT trong bao đạt kết quả tốt.

4.2. Kết quả phẫu thuật

4.2.1. Kết quả phẫu thuật khi độ lác góc (độ lác tĩnh) ở các thời điểm

So sánh với kết quả của các tác giả trước đây đã công bố, kết quả trong nghiên cứu cũng tương đương.

Kết quả phẫu thuật theo thời gian của các hình thái lác có sự thay đổi không đáng kể ở các thời điểm so với lúc bệnh nhân ra viện và không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Để thấy rõ hơn kết quả khử độ lác tĩnh (độ lác tối thiểu) và độ lác động (độ lác tối đa) các hình thái lác trước và sau phẫu thuật ở các thời điểm. Hầu hết các tác giả cho rằng sự chuyển biến độ lác theo thời gian và không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

4.2.2. Kết quả khử độ lác tĩnh (tối thiểu), độ lác động (tối đa) trung bình trước và sau phẫu thuật

Sau phẫu thuật độ lác tĩnh, độ lác động và khoảng dao động của độ lác không ổn định giải quyết gần hết.

Ở Việt Nam, Phạm Văn Tân đã phẫu thuật 26 ca trong đó kết quả tốt là 57%, khá 16%. Khauvphara phẫu thuật 28 ca lác ngoài cơ năng có độ lác không ổn định. Thấy kết quả tốt 96,4% (ra viện) và 89,4% (sau 6 tháng), trung bình 3,6% (ra viện) và 10,6% (6 tháng). Luân Thị Loan phẫu thuật 14 ca lác quy tụ cơ năng có độ lác không ổn định. Khi ra viện kết quả tốt đạt 78,6%, 14,3% kết quả khá, 7,1% kết quả kém, sau 6 tháng kết quả tốt 64,3%, 21,4% kết quả khá, 14,3% kết quả kém. Davoud đã so sánh kết quả của các phẫu thuật thấy sự chênh độ lác trước và sau phẫu thuật (sau 6 tháng) giảm. Nhóm phẫu thuật Faden từ $15,22 \pm 4,08\Delta$ trước phẫu thuật xuống còn $2,55 \pm 4,03\Delta$ sau phẫu thuật giảm được 80,7%, kết quả rất khả quan và tỷ lệ thành công là 77,8%.

Kết quả phẫu thuật lác ngoài cơ năng có độ lác không ổn định không thấy một tác giả nước ngoài nào nêu tỷ lệ cụ thể. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật lác ngoài cơ năng có độ lác không ổn định rất khó tìm thấy sự thống nhất. Do các tiêu chuẩn đánh giá chưa được thống nhất, còn dao động tùy tác giả, thường từ 40% - 92%.

- Nguyễn Ngọc Hoàn điều trị lác quy tụ hãm bằng phẫu thuật Faden phối hợp với phẫu thuật lùi + rút cơ thẳng thực tế đã đem lại kết quả khích lệ, 75% đạt kết quả tốt, 17% kết quả trung bình, 4% kết quả kém.

- Hà Huy Tài đã phẫu thuật cơ chéo trong điều trị một số rối loạn vận nhãn, sử dụng 2 phương pháp làm yếu cơ chéo trên đạt kết quả tốt là 68,2% và phẫu thuật giảm hoạt cơ chéo dưới đạt 77,6% cũng tương đương như kết quả phẫu thuật của Wrigh là 88,8% .

Trong nghiên cứu đã phẫu thuật cho 44 bệnh nhân lác có phối hợp hội chứng trong đó có 33 hội chứng V, 04 hội chứng hãm, 02 hội chứng DVD và 01 hội chứng Brown. Khi ra viện kết quả tốt 77,3%, 9,1% kết quả khá và 13,6% kết quả kém. Sau 6 tháng, kết quả tốt đạt 75%; 15,6% kết quả khá và 9,1% kết quả kém. Sau phẫu thuật theo thời gian kết quả có sự thay đổi nhưng không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Do đó phẫu thuật viên cần lựa chọn phương pháp điều trị để dự đoán được kết quả thành công sau phẫu thuật.

- Hà Huy Tiến thực hiện 30 phẫu thuật lác ngang có phối hợp hội chứng A, V sử dụng định lượng với phương pháp lùi chéo cơ thẳng chỉ định đạt kết quả tốt 56% khử hết A, V. Đối với lác quy tụ hãm, tác giả đã phối hợp cả hai phương pháp định lượng để giải quyết độ lác tĩnh và Faden để giải quyết độ lác động. Chỉ thực hiện Faden đơn thuần khi hãm ít và độ lác nhỏ $< 10^\circ$. Sau phẫu thuật kết quả tốt 33%, khá 46% và kém 21%.

- Hà Huy Tài đã phẫu thuật làm yếu cơ chéo dưới có hoặc không kèm di chuyển cơ thẳng ngang, xử lý hội chứng chữ V, sau 6 tháng đạt kết quả tốt 54,8%; 26,2% khá

và 19% kết quả kém (còn > 10 Δ). 18 bệnh nhân có hội chứng chữ A tùy theo mức độ nặng nhẹ mà xử lý quá hoạt CCT (2/3 bệnh nhân có quá hoạt CCT) 1M, 2M hoặc di chuyển chỗ bám cơ thẳng ngang 1/2 hoặc cả chiều rộng thân cơ. Kết quả tốt 44,4% (sau phẫu thuật còn < 6 Δ) kết quả khá 27,8% (còn 6 - 10 Δ) 27,8% kém (còn > 10 Δ). Bệnh nhân có hội chứng A,V có kèm quá hoạt cơ chéo thì phải phẫu thuật làm yếu cơ chéo. Hội chứng DVD với 17 bệnh nhân thực hiện phương pháp lùi và chuyển chỗ bám CCD ra trước + cắt buồng CCD kết hợp với lùi cơ thẳng trên đạt kết quả tốt 62,5%. Hội chứng Brown gặp 02 ca ở 1M, phẫu thuật cắt buồng CCT với cả bao, sau phẫu thuật giải quyết tốt độ lác (còn < 4 Δ), hết hạn chế vận nhãn trên trong.

4.2.3. Các phương pháp phẫu thuật đã sử dụng

Trong nhiều năm qua, có những công trình nghiên cứu để giải quyết độ lác không ổn định, hình thái lâm sàng đa dạng phức tạp với các phương pháp phẫu thuật khác nhau, nhưng về cơ bản hầu hết vẫn phải dựa vào phương pháp định lượng để giải quyết độ lác gốc (độ lác tĩnh) còn độ lác động thì tùy trường hợp.

Phẫu thuật định lượng

Phẫu thuật định lượng (theo các tiêu chuẩn của Hà Huy Tiến đề xuất năm 1970) hiện đang được áp dụng rộng rãi trong phẫu thuật lác. Nghiên cứu đã thực hiện 91 phẫu thuật định lượng lùi, rút cơ thẳng ngang đơn thuần 55% chủ yếu được áp dụng trong lác phân kỳ 81,2%, lác quy tụ 60,4% và hầu hết đều đạt kết quả tốt.

Phẫu thuật Faden phối hợp phẫu thuật định lượng

Tác giả Cupper người sáng tạo phương pháp Faden và cho đến nay đã được hầu hết các tác giả cho rằng chỉ có phẫu thuật Faden mới giải quyết được độ lác không ổn định. Hà Huy Tiến (1991) thấy hiện nay khó có phương pháp phẫu thuật nào thay thế Faden. Đối với lác quy tụ có độ lác không ổn định nghiên cứu đã áp dụng công thức phẫu thuật định lượng phối hợp với phẫu thuật Faden. Phẫu thuật định lượng để giải quyết độ lác tĩnh (độ lác tối thiểu) phẫu thuật Faden chỉ giải quyết độ lác động (độ lác tối đa).

Phẫu thuật điều chỉnh chỉ

Trong nghiên cứu đã thực hiện 13 phẫu thuật điều chỉnh chỉ, trong đó 12 phẫu thuật ở hình thái lác phân kỳ, 01 phẫu thuật ở hình thái lác quy tụ có độ lác không ổn định, thực hiện trên những bệnh nhân ≥ 14 tuổi dưới tác dụng gây tê tại chỗ bệnh nhân phối hợp tốt. Hiện ở Việt Nam chưa có nghiên cứu thực hiện phẫu thuật chỉnh chỉ để điều trị lác cơ năng có độ lác không ổn định.

Phẫu thuật điều chỉnh chỉ là một phẫu thuật phổ biến được Jampolsky thực hiện năm 1975. Nó cho phép phẫu thuật viên điều chỉnh tăng hoặc giảm lượng cơ lùi rút. Sau phẫu thuật nếu test bịt mắt thấy còn độ lác, thực hiện chỉnh chỉ gồm hai giai đoạn, trong đó lùi hoặc rút cơ và chỉnh chỉ là giai đoạn thứ hai. Hầu hết thực hiện từ 4 - 24 giờ sau phẫu thuật, tùy theo phương pháp gây tê và sự phối hợp của bệnh nhân.

Phẫu thuật di chuyển cơ thẳng ngang trong điều trị hội chứng A,V

Đối với các phẫu thuật viên cần cần nhắc chỉ định dựa trên thực tế lâm sàng, phân tích sự vận động nhãn cầu ở các hướng mà đặt chỉ định cho từng trường hợp cân phẫu thuật cơ thẳng, cơ chéo hoặc phẫu thuật phối hợp. Trong nghiên cứu đã ứng dụng phương pháp can thiệp cơ thẳng ngang của Costenbader: chuyển đường bám của cơ thẳng ngang lên cao hoặc xuống thấp (1/2 chiều rộng thân cơ khoảng 5 mm) kết hợp với lùi cơ thẳng, trong điều trị hội chứng A,V nếu không thấy có sự quá hoạt của cơ chéo.

Nghiên cứu đã thực hiện 07 trường hợp (15,9%) phẫu thuật lùi cơ theo định lượng kết hợp với di chuyển chỗ bám của cơ thẳng ngang theo chiều đứng, di chuyển các cơ thẳng trong về đỉnh chữ A,V và cơ thẳng ngoài khỏi đỉnh chữ A,V hầu hết đều đạt kết quả tốt.

Phẫu thuật can thiệp cơ chéo trong điều trị lác phối hợp hội chứng A, V

Trên thế giới hiện nay có nhiều trường phái, nhiều phương pháp nhưng hầu hết các tác giả lựa chọn phẫu thuật này. Trong nghiên cứu này đã sử dụng phẫu thuật can thiệp vào các cơ chéo (chủ yếu là cơ chéo dưới) tùy theo mức độ quá hoạt cơ chéo mà chỉ định thực hiện phẫu thuật làm yếu cơ (cắt đoạn, buồng cơ hay lùi cơ hoặc di chuyển chỗ bám cơ ra trước, cắt gân cơ chéo), tùy mức độ mà phẫu thuật ở 1M hoặc 2M. Ngoài phẫu thuật cơ chéo có thể kết hợp với phẫu thuật định lượng và di chuyển chỗ bám cơ thẳng ngang như đã nói ở trên. Hầu hết phẫu thuật can thiệp cơ chéo ít gây ảnh hưởng đến độ lác ngang.

Nghiên cứu đã phẫu thuật cho 33 bệnh nhân có hội chứng chữ V và 04 bệnh nhân có hội chứng chữ A, 02 bệnh nhân có hội chứng DVD, 01 bệnh nhân có hội chứng Brown.

4.2.4. Thị giác hai mắt sau phẫu thuật

Trong nghiên cứu thấy tình trạng TGHM theo thời gian được cải thiện ở các mức độ đồng thị, hợp thị phù thị và tăng 3,33%/ tháng, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Phục hồi TGHM có liên quan đến tuổi điều trị và kết quả phẫu thuật. Như vậy phẫu thuật sớm sẽ giúp cho kết quả TGHM phục hồi tốt hơn và đảm bảo kết quả phẫu thuật cao. Điều này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong y văn đã cho rằng TGHM là yếu tố quan trọng cho sự ổn định. Kết quả điều trị lệch trục nhãn cầu sau phẫu thuật và theo thời gian chất lượng TGHM được phục hồi và cải thiện ngày càng hoàn thiện. Do đó lệch trục nhãn cầu và phục hồi TGHM là hai vấn đề không tách rời nhau. Phẫu thuật không những giải quyết về thẩm mỹ mà còn giúp cho phục hồi thị giác mắt lác.

4.2.5. Kết quả phẫu thuật ở các thời điểm kiểm định thị

Nghiên cứu thấy có sự tương quan giữa kết quả phẫu thuật sau 6 tháng với định thị. Như vậy định thị trung tâm sẽ cho kết quả tốt hơn định thị cạnh tâm và ngoại tâm, phù hợp với nghiên cứu của Phạm Văn Tân, Khauvphara.

4.2.6. Biến chứng trong và sau phẫu thuật

Biến chứng trong phẫu thuật: không gặp biến chứng như đục cơ, xuyên thủng củng mạc. Các biến chứng chảy máu quá mức (2,4%), phản xạ mắt tim (3%) được khắc phục kịp thời. Phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả đã phẫu thuật lác.

Biến chứng sau phẫu thuật:

- Song thị dai dẳng sẽ ngăn cản phục hồi TGHM dễ tạo điều kiện cho lác tái phát, tỷ lệ song thị không lớn (0,6%). Nếu chức năng TGHM (-) sẽ hướng dẫn bệnh nhân đeo kính, tập máy Synoptophore, bịt mắt luân phiên, khi TGHM được phục hồi hết dần hiện tượng song thị (1 - 3 tháng).

- Xử lý độ lác tồn dư tùy thuộc vào tồn dư độ lác quy tụ hay phân kỳ, độ tuổi, sự phối hợp của bệnh nhân mà chỉ định điều trị nội khoa (độ lác < 10°) như: tập quy tụ, tập máy Synoptophore, lăng kính điều chỉnh và phẫu thuật lác bổ xung sau 6 tháng (độ lác ≥ 10°) phù hợp nghiên cứu của các tác giả Cooper, Lang J, Khauvphara... Kết quả xử lý độ lác tồn dư trong nghiên cứu đạt 80,5%, Nguyễn Hữu Thanh 80,7%...

4.3. Kết quả điều trị không phẫu thuật

Lác quy tụ do điều tiết (do khúc xạ) là hình thái lác phổ biến. Đây là lĩnh vực ưu tiên điều trị không phẫu thuật. Mục đích của điều trị là phục hồi TGHM và vấn đề thẩm mỹ chỉ là thứ yếu.

Tuổi trung bình xuất hiện lác từ 2- 3 tuổi tương tự nghiên cứu các tác giả: Parks, Costenbader, Deniz...

Tuổi trung bình điều trị 5 - 6 tuổi. Liên quan đến trình độ dân trí...

Viễn thị thường ở mức độ trung bình +3D -> + 6D, 54,3% (MP), 60% (MT). Nhưng không loại trừ viễn thị nhẹ, theo Adler FH thì nó cũng là nguyên nhân gây lác do rối loạn quy tụ - điều tiết. Hầu hết bệnh nhân có tật khúc xạ thường từ +2->+ 6D mà không được điều chỉnh sẽ gây lác quy tụ điều tiết.

Tình trạng nhược thị

Gặp phổ biến ở bệnh nhân lác quy tụ điều tiết. Trong nghiên cứu trước điều trị có 51,43% (MP), 60% (MT) bị nhược thị. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Atulin Berk, Swan ... Tật khúc xạ 2M lệch nhau là yếu tố gây ảnh hưởng đến nhược thị. Nếu nhược thị không được điều trị sớm sẽ ảnh hưởng đến phục hồi chức năng TGHM. Tình trạng nhược thị giảm theo thời gian sau đeo kính và tập luyện MP: 51,43%-> 11,4%, MT: 60% -> 34,3%... theo dõi định kỳ 3 - 6 tháng/ lần. Vì vậy cần cho trẻ đeo kính viễn thị và tập nhược thị (nếu có) càng sớm, càng tốt.

Thị giác hai mắt

Hầu hết bệnh nhân lác quy tụ điều tiết 94,3% được tiên lượng về sự phục hồi TGHM vì lác thường xuất hiện sau 2 tuổi. Trong nghiên cứu thấy 28,6% có phù thị (nhìn hình nổi) và 57,1% có hợp thị ở lần khám cuối. Có rất ít nghiên cứu về chức năng TGHM ở bệnh nhân lác quy tụ do điều tiết.

Nghiên cứu của Atulin, Mulvihill, Swan thấy TGHM đạt khá cao ...

Sự thẳng trục của nhãn cầu

Độ lác sau chỉnh kính viễn thị tối đa theo khúc xạ khách quan đo bằng pp Hirschberg là $0^\circ - 0,86^\circ \pm 1,58^\circ$. Kết quả nghiên cứu cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả VonNoorden, Avilla, Mulvihill... và thấy không có lý do gì để chỉ định phẫu thuật cho trẻ lác quy tụ do điều tiết.

Thị lực tăng tối đa

Phương pháp tập nhược thị thành công giúp cải thiện thị lực tối đa đạt 88% (MP), 65,7% (MT), nhược thị giảm MP: 51,43% \rightarrow 11,4%, MT: 60% \rightarrow 34,3%. Phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Mulvihill, Lambert...

Khúc xạ liệt điều tiết

Trong lác quy tụ điều tiết do tật khúc xạ, chủ yếu thấy tật viễn thị ở mức độ trung bình từ +3 D \rightarrow +6D 54,3% (MP) và 60% (MT) công suất kính đeo có thể giảm khi trẻ nhìn mờ và mỏi mắt và vẫn duy trì TGHM. Giảm công suất kính đeo trung bình trước và sau điều trị MP: $1D \pm 0,4 D$, MT: $1,07 D \pm 0,29 D$, độ viễn thị giảm 60% và 31,4% giữ nguyên độ viễn thị. Mối liên quan giữa viễn thị và lác quy tụ được nhiều tác giả thừa nhận.

Một số nghiên cứu các tác giả Costenbader, Diaz, Raab, Lambert, Helveston, Nguyễn Thị Xuân Hồng... thấy lác quy tụ điều tiết phụ thuộc vào tuổi, giảm mạnh ở bệnh nhân có độ tuổi lớn nhất 4 - 8 tuổi, giảm nhiều nhất sau khi đeo kính được 1 năm. Liên quan đến tuổi bắt đầu đeo kính có thể bỏ kính, độ viễn thị trung bình và nặng (+3D có thể + 8D), độ giảm số kính ít nhất là 1D nhiều nhất là 4D...

KẾT LUẬN

Nghiên cứu 200 bệnh nhân LCNCĐLKÔĐ rút ra một số kết luận sau:

1. Các hình thái lâm sàng của lác cơ năng có độ lác không ổn định

Các hình thái lâm sàng của LCNCĐLKÔĐ rất đa dạng, phong phú: lác quy tụ gặp nhiều nhất 41,5%. Lác phân kỳ 34,5%. Lác có yếu tố đứng 2%. Lác có phối hợp hội chứng 22%.

Lác luân phiên: chủ yếu trong lác quy tụ 78,3% và lác có hội chứng 84,1% và lác luân phiên - luân hồi chủ yếu gặp trong lác phân kỳ 58%.

Tật khúc xạ: viễn thị 81,2% trong lác quy tụ, cận thị 39,4% trong lác phân kỳ

Vận nhãn: quá hoạt, giảm hoạt cơ ở các mức độ chủ yếu ở lác đứng và lác phối hợp hội chứng.

Tình trạng nhược thị: gặp tỷ lệ thấp (hầu hết được chỉnh thị chỉnh quang).

Kiểu định thị: chủ yếu là trung tâm 96,5% (MP) - 95,5% (MT).

Tỷ số AC/A: đa số tỷ số AC/A bình thường 74%. AC/A cao gặp chủ yếu ở lác phân kỳ 37,7% do phân kỳ quá mức, 18,7% ở LQTĐTKDKX.

Độ lác tối thiểu: nhìn gần - xa đo bằng phương pháp Hirschberg, trước phẫu thuật gặp ở lác phân kỳ chủ yếu ở độ lác $< 10^\circ$.

Độ lác tối đa: nhìn gần - xa đo bằng phương pháp Hirschberg, trước phẫu thuật gặp ở lác quy tụ ở độ lác $\geq 10^\circ - 20^\circ$.

Khoảng giao động của độ lác không ổn định: nhìn gần - xa đo bằng phương pháp Hirschberg trước phẫu thuật chủ yếu gặp ở lác quy tụ ở độ lác $10^\circ - 15^\circ$

2- Kết quả điều trị phẫu thuật và không phẫu thuật của lác cơ năng có độ lác không ổn định

Phẫu thuật

- Kết quả phẫu thuật ở các thời điểm thay đổi không đáng kể, kết quả tốt sau 6 tháng: lác quy tụ 88%, lác phân kỳ 88,7%, lác phối hợp hội chứng 75%.

- Độ lác tĩnh và động trung bình trước, sau phẫu thuật triệt tiêu gần hết ($p < 0,05$).

- Các phương pháp phẫu thuật đã sử dụng tùy từng hình thái lâm sàng LCNCĐLKÔĐ:

+ Lác quy tụ và hội chứng hãm: phẫu thuật định lượng phối hợp với phẫu thuật Faden.

+ Lác phân kỳ thực hiện phẫu thuật định lượng, với bệnh nhân ≥ 14 tuổi sử dụng phẫu thuật chỉnh chỉ để tăng tỷ lệ thành công phẫu thuật.

+ Lác phối hợp hội chứng thực hiện phẫu thuật can thiệp cơ chéo kết hợp di chuyển chỗ bám của cơ thẳng ngang theo chiều đứng đều mang lại kết quả tốt.

- Phục hồi TGHM sau phẫu thuật được cải thiện và tăng trung bình 3,33%/ 1 tháng.

Không phẫu thuật

Lác quy tụ do điều tiết (lác quy tụ điều tiết do khúc xạ) được chỉnh kính viễn thị tối đa theo khúc xạ khách quan chủ yếu gặp viễn thị ở mức độ trung bình ($+3D - > +6D$) và nặng ($\geq +6D$), tật khúc xạ 2M chênh nhau là yếu tố nguy cơ gây nhược thị. Viễn thị có xu hướng giảm 60% theo thời gian. Nhược thị phổ biến ở lác quy tụ do điều tiết (51,43% (MP), 60% (MT), nhược thị giảm theo thời gian sau đeo kính và tập luyện 51,43% \rightarrow 11,4% MP, 60% \rightarrow 34,3% MT. Hầu hết (94,3%) trẻ lác quy tụ do điều tiết có phục hồi thị giác hai mắt, 28,6% có phù thị và 57,1% có hợp thị.

KIẾN NGHỊ

- Tiếp tục theo dõi để đánh giá kết quả điều trị lâu dài (phẫu thuật và không phẫu thuật) của các hình thái lâm sàng LCNCĐLKÔĐ

- Thăm khám tỷ mỉ, đúng quy trình, xác định độ lác tối đa, tối thiểu trong không gian và thời gian, chẩn đoán chính xác tùy hình thái lâm sàng LCNCĐLKÔĐ mà lựa chọn chỉ định phù hợp.

- Đưa nội dung này vào chương trình giảng dạy, thường xuyên đào tạo, sinh hoạt chuyên đề lác cho bác sỹ chuyên khoa được nâng cao trình độ chuyên sâu trong lĩnh vực lác.

- Thông tin tuyên truyền phổ cập kiến thức cho nhân dân.