

trường. Do đó, sự trao đổi giữa các nhà giải phẫu bệnh và lâm sàng là cần thiết trong những trường hợp khó.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã mô tả một số đặc điểm của nhóm BN có tổn thương tăng BCAT tại một số vị trí trên đường tiêu hoá (thực quản, dạ dày, tá tràng, đại tràng,...). Đây là nhóm bệnh lý có triệu chứng lâm sàng đa dạng và không đặc hiệu, cần chú ý tới một số đặc điểm nội soi điển hình để tiến hành sinh thiết và làm mô bệnh học, từ đó có thêm căn cứ trong chẩn đoán, điều trị và theo dõi BN.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dellon, E.S., et al.,** International Consensus Recommendations for Eosinophilic Gastrointestinal Disease Nomenclature. Clin Gastroenterol Hepatol, 2022. 20(11): p. 2474-2484.e3.
2. **Jensen, E.T., et al.,** Prevalence of Eosinophilic Gastritis, Gastroenteritis, and Colitis: Estimates From a National Administrative Database. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2016. 62(1): p. 36-42.
3. **Dhar, A., et al.,** British Society of Gastroenterology (BSG) and British Society of

- Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (BSPGHAN) joint consensus guidelines on the diagnosis and management of eosinophilic oesophagitis in children and adults. Gut, 2022. 71(8): p. 1459-1487.
4. **Lucendo, A.J., et al.,** Guidelines on eosinophilic esophagitis: evidence-based statements and recommendations for diagnosis and management in children and adults. United European Gastroenterol J, 2017. 5(3): p. 335-358.
  5. **Dellon, E.S., et al.,** ACG clinical guideline: Evidence based approach to the diagnosis and management of esophageal eosinophilia and eosinophilic esophagitis (EoE). Am J Gastroenterol, 2013. 108(5): p. 679-92; quiz 693.
  6. **Warners, M.J., et al.,** Systematic Review: Disease Activity Indices in Eosinophilic Esophagitis. Am J Gastroenterol, 2017. 112(11): p. 1658-1669.
  7. **Redd, W.D. and E.S. Dellon,** Eosinophilic Gastrointestinal Diseases Beyond the Esophagus: An Evolving Field and Nomenclature. Gastroenterol Hepatol (N Y), 2022. 18(9): p. 522-528.
  8. **Uppal, V., P. Kreiger, and E. Kutsch,** Eosinophilic Gastroenteritis and Colitis: a Comprehensive Review. Clin Rev Allergy Immunol, 2016. 50(2): p. 175-88.
  9. **Alfadda, A.A., M.A. Storr, and E.A. Shaffer,** Eosinophilic colitis: an update on pathophysiology and treatment. Br Med Bull, 2011. 100: p. 59-72.

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT BỎ NHÂN CẦU Ở TRẺ EM BẰNG KỸ THUẬT ĐÍNH CƠ VÀO KẾT MẠC CÙNG ĐỒ VÀ ĐẶT IMPLANT HỐC MẮT

Nguyễn Chí Trung Thế Truyền<sup>1</sup>, Đoàn Kim Thành<sup>2</sup>, Võ Ngọc Bích Minh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định kết quả thẩm mỹ và tính an toàn của kỹ thuật cắt bỏ nhân cầu đặt implant hốc mắt bằng kỹ thuật đính cơ vào kết mạc cùng đồ so với kỹ thuật cột 4 cơ kinh điển. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân ung thư nguyên bào võng mạc không thể điều trị bảo tồn tại khoa Mắt Nhi bệnh viện Mắt trong thời gian từ tháng 02/2021 đến tháng 09/2022. **Kết quả:** Sau 6 tháng theo dõi, không ghi nhận sự khác biệt về đặc điểm hình thể mi mắt như chiều cao khe mí, hõm mí trên, xệ mí dưới và tình trạng cận cùng đồ kết mạc giữa hai nhóm ( $p > 0,05$ ). Tỷ lệ di lệch bi hốc mắt ở nhóm đính cơ vào kết mạc cùng đồ là 15,6%, còn nhóm cột 4 cơ kinh điển là 37,5% ( $p = 0,048$ ); tỷ lệ lộ bi hốc mắt ghi nhận 01 trường hợp ở nhóm đính cơ vào kết mạc cùng đồ với 3,1% ( $p > 0,05$ ) và tỷ lệ thái bi hốc mắt ở nhóm đính cơ vào kết mạc cùng đồ là 3,1% còn ở nhóm cột 4 cơ

kinh điển là 6,2% ( $p > 0,05$ ). **Kết luận:** Phương pháp phẫu thuật cắt bỏ nhân cầu đặt implant hốc mắt bằng kỹ thuật khâu đính cơ vào kết mạc cùng đồ có tỷ lệ thành công về mặt thẩm mỹ tương đương với kỹ thuật cột 4 cơ kinh điển. Tuy nhiên nhóm khâu đính cơ vào kết mạc cùng đồ giúp giảm tỷ lệ di lệch bi hốc mắt đáng kể so với nhóm cột 4 cơ kinh điển.

**Từ khóa:** Cắt bỏ nhân cầu; implant hốc mắt; ung thư nguyên bào võng mạc; kỹ thuật đính cơ vào kết mạc cùng đồ; kỹ thuật cột cơ kinh điển

## SUMMARY

### EVALUATION THE RESULT OF MYOCONJUNCTIVAL ENUCLEATION WITH ORBITAL IMPLANT IN CHILDREN

**Purpose:** To evaluate the cosmetic results and safety of myoconjunctival enucleation with orbital implant compared with the traditional enucleation with muscle imbrication. **Method:** Serial cases report of unilateral enucleation patients, including retinoblastoma patients who failed conservative therapy, treated at the Pediatric ophthalmology department of Ho Chi Minh City Eye Hospital from 02/2021 to 09/2022. **Result:** After 6 months of follow-up, there are no differences between the two groups about cosmetic results (palpebral high, upper eyelid shallow, lower eyelid laxity, and socket

<sup>1</sup>Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Trường Đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Võ Ngọc Bích Minh

Email: vongocbichminh@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 15.7.2024

contraction) ( $p>0,05$ ). The implant migration in myoconjunctival technique group is 15,6%, and muscle imbrication group is 37,5% ( $p=0,048$ ); implant exposure was only noted in myoconjunctival technique group with 3,1% ( $p>0,05$ ); implant extrusion in myoconjunctival technique group is 3,1% and muscle imbrication group is 6,2% ( $p>0,05$ ). **Conclusion:** The myoconjunctival enucleation with orbital implant has the same cosmetic results as the traditional enucleation with muscle imbrication, but the myoconjunctival technique group has a lower rate of implant migration. **Keywords:** enucleation; orbital implant; retinoblastoma; myoconjunctival technique; muscle imbrication technique

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt bỏ nhãn cầu đặt implant hốc mắt ở trẻ em giúp bù lại phần thể tích hốc mắt bị mất đi sau khi loại bỏ nhãn cầu, từ đó giúp cải thiện về mặt thẩm mỹ và quan trọng hơn là tác dụng làm đầy của bi hốc mắt giúp kích thích hốc mắt của trẻ tiếp tục phát triển<sup>1</sup>. Ngày nay, mặc dù đã có nhiều phương pháp phẫu thuật với các loại implant hốc mắt khác nhau được sử dụng trên thế giới, nhằm tăng tính thẩm mỹ và giảm nguy cơ xảy ra biến chứng liên quan đến implant hốc mắt, nhưng tại Việt Nam hiện nay loại implant hốc mắt được sử dụng chủ yếu vẫn là bi tròn acrylic kèm theo đó là sự hạn chế về vật liệu phủ bên ngoài implant. Phương pháp phẫu thuật hiện đang được áp dụng tại Bệnh viện Mắt là kỹ thuật cột 4 cơ kinh điển (muscle imbrication technique) trong đó các cơ trực dọc và cơ trực ngang được cột thành từng cặp phía trước bi tròn acrylic, tuy nhiên phương pháp này có mặt hạn chế là tỉ lệ di lệch bi hốc mắt cao, tác giả Debraj Shome (2010)<sup>2</sup> ghi nhận có đến 40% trường hợp bị lệch bi. Trong khi đó kỹ thuật khâu dính 4 cơ trực vào kết mạc cùng đồ (myoconjunctival technique), với các cơ trực được dính lần lượt vào 4 góc của cùng đồ tương ứng với các mặt phẳng giải phẫu của các cơ trực, giúp làm giảm tỉ lệ di lệch implant hốc mắt. Tác giả Shikha Taneja (2021)<sup>3</sup> khảo sát trên 321 trẻ bị ung thư nguyên bào võng mạc (UTNBVM) được phẫu thuật cắt bỏ nhãn cầu đặt bi tròn hốc mắt bằng kỹ thuật dính cơ trực vào kết mạc cùng đồ cho thấy tỉ lệ biến chứng thấp với 9% có lệch bi hốc mắt, 2% bị lộ bi và 3% bị rút bi hốc mắt.

Ở Việt Nam hiện nay vẫn chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phương pháp này. Do đó chúng tôi quyết định tiến hành nghiên cứu "Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt bỏ nhãn cầu ở trẻ em bằng kỹ thuật dính cơ vào kết mạc cùng đồ và đặt implant hốc mắt" so sánh với kỹ thuật cột cơ kinh điển hiện đang được áp

dụng tại bệnh viện Mắt nhằm xác định xem liệu phương pháp này có đem lại hiệu quả hơn về mặt thẩm mỹ và an toàn hơn cho bệnh nhân không.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Các bệnh nhân UTNBVM có chỉ định phẫu thuật cắt bỏ nhãn cầu đặt implant hốc mắt tại khoa Mắt Nhi bệnh viện Mắt trong thời gian từ tháng 02/2021 đến tháng 09/2022

**Tiêu chí chọn vào.** UTNBVM một mắt không thể điều trị bảo tồn.

UTNBVM 2 mắt: trong đó một mắt không thể điều trị bảo tồn mắt còn lại thuộc nhóm A hoặc B.

Bệnh nhân có đầy đủ các xét nghiệm hình ảnh học: siêu âm nhãn cầu, siêu âm doppler màu hốc mắt, chụp MRI sọ não hốc mắt để loại trừ các trường hợp có dấu hiệu u xuất ngoại.

**Tiêu chí loại trừ.** Có bất thường cấu trúc xương hốc mắt bẩm sinh.

Sau phẫu thuật có chỉ định xạ trị.

UTNBVM có chỉ định cắt bỏ nhãn cầu cả 2 mắt.

Bệnh nhân không theo dõi tái khám đầy đủ.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu can thiệp phẫu thuật, tiến cứu loạt ca.

**Cỡ mẫu.** Từ 02/2021 đến tháng 10/2022 chúng tôi chọn được 64 bệnh nhân thỏa các tiêu chuẩn chọn vào mẫu, bệnh nhân được chia vào 2 nhóm: Nhóm nghiên cứu (nhóm 1) gồm 32 bệnh nhân được phẫu thuật bằng kỹ thuật dính cơ vào kết mạc cùng đồ và nhóm kiểm chứng (nhóm 2) gồm 32 bệnh nhân được phẫu thuật bằng phương pháp cột 4 cơ kinh điển.

### Phương pháp tiến hành

Ghi nhận các biến số dịch tễ và lâm sàng như tuổi, giới tính, số mắt bị ung thư nguyên bào võng mạc (UTNBVM), giai đoạn UTNBVM, độ dài thân kinh thị cắt được (mm), thể tích nhãn cầu cắt bỏ (cm<sup>3</sup>), kết quả giải phẫu bệnh.

### Các biến số liên quan đến tính thẩm mỹ

Chiều cao khe mi (so sánh giữa 2 mắt): tốt khi chiều cao khe mi lệch  $\leq 2$ mm so với mắt lành, khá khi lệch 2- 3mm so với mắt lành, không đạt khi lệch  $> 3$ mm so với mắt lành.

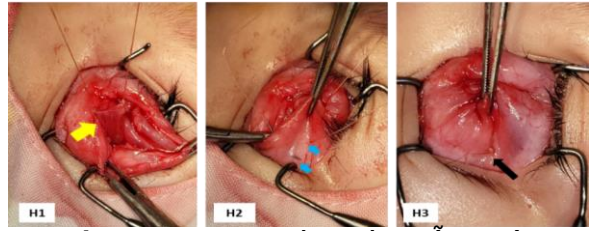
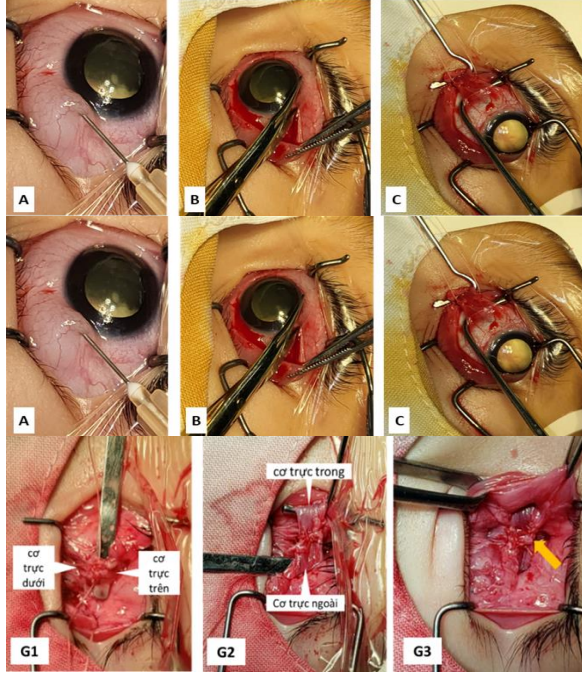
Hõm mi trên: độ I  $< 5$  mm, độ II hõm 5- 10 mm, độ III hõm  $> 10$  mm.

Xệ mi dưới (so sánh giữa hai mắt): không có hoặc nhẹ: chênh lệch  $\leq 1$  mm, trung bình chênh lệch 2-3 mm, nặng chênh lệch  $> 3$  mm);

Cạn kết mạc cùng đồ: độ I co rút cùng đồ mức độ nhẹ, vẫn đeo mắt giả được; độ II co rút cùng đồ trên và/hoặc dưới trung bình, mắt giả bị lệch hoặc không thể đeo; độ III co rút cùng đồ tiến triển không thể đeo mắt giả được.

**Thành công về mặt thẩm mỹ được xác định khi:** chiều cao khe mi tốt (chênh lệch <2mm so với mắt lành); không có hõm mi trên, không có xệ mi dưới hoặc nhẹ và không có cạn cùng đồ.

**Các biến số liên quan tính an toàn** gồm các biến số liên quan biến chứng liên quan đến phẫu thuật (chảy máu khó cầm, thủng nhãn cầu, tuột cơ, hở vết mổ, nhiễm trùng) và (2) các biến số liên tình trạng bi hốc mắt (di lệch bi, lộ bi và thối bi hốc mắt).



**Hình minh họa:** Các bước phẫu thuật: (A) Chích tê dưới kết mạc, (B) Bóc tách kết mạc 360 độ quanh rìa, (C) Móc cơ, cột cổ định và cắt các cơ trực, (D) xác định lớp tenon sau, (E-F) đặt bi tròn acrylic vào phía sau tenon sau nằm trong chóp cơ, (G1-3) kỹ thuật cột 4 cơ kinh điển thành một nút cơ phía trước bi hốc mắt; (H1-3) kỹ thuật khâu dính 4 cơ vào 4 phía của cùng đồ (Nguồn: Tác giả)

**2.3. Phân tích thống kê.** Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các phép kiểm thống kê như Mann-Whitney U, Chi bình phương, kiểm định Fisher.

**2.4. Y đức.** Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học tại bệnh viện Mắt số 314/BVM-HĐĐĐ.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng.** Tuổi trung bình của bệnh nhân là  $27,14 \pm 10,63$  tháng với 46,9% bệnh nhân từ 25-36 tháng tuổi. Nam giới chiếm 54,7% và nữ chiếm 45,3%. So sánh đặc điểm dịch tễ và lâm sàng giữa hai nhóm cho thấy không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm (bảng 1).

**Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của bệnh nhân trong nghiên cứu**

Đặc điểm		Nhóm 1	Nhóm 2	Giá trị p
Tuổi trung bình (tháng)		22,66±11,22	27,63±10,72	0,767*
Giới tính	Nam	13 (40,6%)	22 (68,8%)	0,024**
	Nữ	19 (59,4%)	10 (31,3%)	
Số mắt bị UTNBVM	1 mắt	25 (78,1%)	23 (71,9%)	0,564**
	2 mắt	7 (21,9%)	9 (28,1%)	
Phân nhóm UTNBVM mắt PT	Nhóm D	9 (28,1%)	12 (37,5%)	0,424**
	Nhóm E	23 (71,9%)	20 (62,5%)	
Độ dài thần kinh thị cắt được		13,72 ± 1,59mm	14,06 ± 1,52 mm	0,335*

\*Kiểm định phi tham số Mann-Whitney, \*\*Kiểm định Chi-bình phương

**Đặc điểm thẩm mỹ.** Các đặc điểm về hình thể của mi mắt được đánh giá tại thời điểm 3 tháng và 6 tháng sau khi bệnh nhân đã đặt mắt giả. Nhóm khâu dính cơ vào kết mạc cùng đồ (nhóm 1) có 01 trường hợp thối bi nên còn 31 mắt, nhóm cột 4 cơ kinh điển (nhóm 2) có 02 trường hợp thối bi nên còn 30 mắt.

**Bảng 2: So sánh đặc điểm hình thể mi mắt giữa hai nhóm tại các thời điểm**

Chiều cao khe mi		Tốt	Khá	Không đạt	Giá trị p
3 tháng	Nhóm 1 (n=31)	27 (87,1%)	4 (12,9%)	0%	0,508*
	Nhóm 2 (n=30)	24 (80%)	6 (20%)	0%	
6 tháng	Nhóm 1 (n=31)	24 (77,4%)	5 (16,1%)	2 (6,5%)	0,654*
	Nhóm 2 (n=30)	21 (70%)	5 (16,7%)	4 (13,3%)	

<b>Hõm mí trên</b>		<b>Không</b>	<b>Độ I</b>	<b>Độ II</b>	<b>Giá trị p</b>
3 tháng	Nhóm 1 (n=31)	28 (90,3%)	3 (9,7%)	0%	
	Nhóm 2 (n=30)	25 (83,3%)	5 (16,7%)	0%	
6 tháng	Nhóm 1 (n=31)	25 (80,6%)	6 (19,4%)	0%	0,949*
	Nhóm 2 (n=30)	22 (73,3%)	8 (26,7%)	0%	
<b>Xệ mí dưới</b>		<b>Không có</b>	<b>Trung bình</b>	<b>Nặng</b>	<b>Giá trị p</b>
3 tháng	Nhóm 1 (n=31)	30 (93,8%)	1 (3,2%)	0%	
	Nhóm 2 (n=30)	29 (96,7%)	1 (3,3%)	0%	
6 tháng	Nhóm 1 (n=31)	28 (90,3%)	2 (6,5%)	1 (3,2%)	0,548*
	Nhóm 2 (n=30)	26 (86,7%)	3 (10%)	1 (3,3%)	
<b>Cạn cùng đồ kết mạc</b>		<b>Không có</b>	<b>Nhẹ</b>	<b>Trung bình</b>	<b>Giá trị p</b>
3 tháng	Nhóm 1 (n=31)	30 (96,8%)	1 (3,2%)	0%	
	Nhóm 2 (n=30)	30 (100%)	0%	0%	
6 tháng	Nhóm 1 (n=31)	30 (96,8%)	1 (3,2%)	0%	0,612*
	Nhóm 2 (n=30)	28 (93,3%)	2 (6,7%)	0%	

\* Kiểm định Chi bình phương, \*\* Kiểm định Fisher

Chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt về đặc điểm hình thể mi mắt như chiều cao khe mi, hõm mí trên, xế mí dưới và tình trạng cạn cùng đồ kết mạc giữa hai nhóm nghiên cứu với các giá trị p>0,05 (Bảng 2).

**Bảng 3: Kết quả đánh giá thành công về mặt thẩm mỹ**

<b>Kết quả thẩm mỹ</b>		<b>Đạt</b>	<b>Chấp nhận được</b>	<b>Không đạt</b>	<b>Giá trị p</b>
3 tháng	Nhóm 1 (n=31)	27 (87,1%)	4 (12,9%)	0%	
	Nhóm 2 (n=30)	24 (80%)	6 (20%)	0%	
6 tháng	Nhóm 1 (n=31)	24 (77,4%)	5 (16,1%)	2 (6,5%)	0,789*
	Nhóm 2 (n=30)	21 (70%)	6 (20%)	3 (10%)	

\* Kiểm định Chi bình phương, \*\* Kiểm định Fisher

Chúng tôi ghi nhận kết quả thành công về mặt thẩm mỹ tại thời điểm 3 tháng và 6 tháng (bảng 3) của nhóm khâu đính cơ vào kết mạc cùng đồ là 87,1% và 77,4%, còn nhóm cột 4 cơ kinh điển thì tỉ lệ này lần lượt là 80% và 70% (không có sự khác biệt giữa hai nhóm p>0,05).

**Tính an toàn của phương pháp phẫu thuật.** Đối với biến chứng trong phẫu thuật không có trường hợp thủng nhãn cầu nào được ghi nhận ở cả hai nhóm, chảy máu lâu cầm ở nhóm khâu đính cơ vào kết mạc cùng đồ ghi nhận có 3 trường hợp (9,4%) và nhóm cột 4 cơ kinh điển có 2 trường hợp (6,2%), ngoài ra có 01 trường hợp (3,1%) bị tuột cơ ở nhóm khâu đính cơ vào kết mạc cùng đồ (không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm với các giá trị p>0,05).

**Bảng 4: Các biến chứng liên quan đến bi hốc mắt**

<b>Biến chứng</b>		<b>Nhóm 1</b>	<b>Nhóm 2</b>	<b>Giá trị p</b>
Di lệch bi hốc mắt	1 tháng	0%	0%	
	3 tháng	3(9,4%)	7(21,9%)	0,168*
	6 tháng	5(15,6%)	12(37,5%)	0,048**
	Anh hưởng mắt giả	2(6,2%)	8(25,0%)	0,039*
	Phẫu thuật chỉnh bi lệch	1(3,1%)	2(6,2%)	1,0*
Lộ bi hốc	1 tháng	1(3,1%)	0%	1,0*
	3 tháng	0%	0%	

mắt	6 tháng	0%	0%	
Thải bi hốc	1 tháng	0%	0%	
hốc	3 tháng	0%	1(3,1%)	
mắt	6 tháng	1(3,1%)	1(3,1%)	

Về di lệch bi hốc mắt, tại thời điểm 1 tháng và 3 tháng không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Tuy nhiên tại thời điểm 6 tháng nhóm đính cơ vào kết mạc cùng đồ có 15,6% trường hợp di lệch bi hốc mắt, còn nhóm cột 4 cơ kinh điển có đến 37,5% trường hợp (p=0,048). Ở nhóm đính cơ vào kết mạc cùng đồ có 6,2% trường hợp di lệch bi ảnh hưởng đến mắt giả và có 3,1% trường hợp cần phẫu thuật để chỉnh lại bi trong khi đó ở nhóm cột 4 cơ kinh điển có đến 25% trường hợp ảnh hưởng đến mắt giả và 6,2% trường hợp cần phẫu thuật chỉnh bi.

Về lộ bi hốc mắt, chỉ ghi nhận ở nhóm khâu đính cơ vào kết mạc cùng đồ 01 trường hợp lộ bi hốc mắt (5mm), bệnh nhân sau đó đã được phẫu thuật bóc tách các lớp và khâu đóng lại.

Về thải bi hốc mắt, tại thời điểm 6 tháng tỉ lệ thải bi hốc mắt của nhóm khâu đính cơ vào kết mạc cùng đồ là 3,1% còn nhóm cột 4 cơ kinh điển là 6,2% (không có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm).

#### IV. BÀN LUẬN

Về tuổi của bệnh nhân, tương tự các nghiên cứu khác về cắt bỏ nhãn cầu trên bệnh nhân

UTNBVM<sup>5,6</sup> có tuổi trung bình dao động từ 23-24 tháng, bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình tương tự là 27 tháng. Về đặc điểm giới tính, các nghiên cứu về cắt bỏ nhãn cầu trên bệnh nhân UTNBVM cũng cho thấy không có sự chênh lệch đáng kể về tỉ lệ giữa nam giới và nữ giới tương tự như trong nghiên cứu của chúng tôi<sup>4,5,6</sup>.

Dựa theo lâm sàng và kết quả giải phẫu bệnh, chúng tôi ghi nhận nhóm dính cơ vào kết mạc cùng đồ có 71,9% mắt thuộc nhóm E và nhóm cột 4 cơ kinh điển có 63,5% mắt thuộc nhóm E (bảng 1). Nghiên cứu của tác giả Taneja<sup>3</sup> và Kaliki<sup>5</sup> cũng ghi nhận đa số mắt có chỉ định cắt bỏ nhãn cầu ở nhóm E với tỉ lệ lần lượt là 82% và 88%.

Để đạt được độ dài thần kinh thị tối đa khi cắt bỏ nhãn cầu chúng tôi áp dụng kỹ thuật được mô tả bởi tác giả Santosh G. Honavar<sup>6</sup>, khi tiến hành cắt thần kinh thị chúng tôi sử dụng kéo cong đầu tù đi từ phía thành ngoài hốc mắt hướng về phía đỉnh hốc mắt để tiếp cận thần kinh thị, sau khi xác định được đoạn thần kinh thị ở sát đỉnh hốc mắt chúng tôi lùi mũi kéo lại từ 4-5mm (để tránh làm tổn thương vòng gân Zinn và các cấu trúc vùng đỉnh) sau đó cắt thần kinh thị. Với phương pháp này chúng tôi cắt được độ dài thần kinh thị trung bình là 13,89 ± 1,56mm trong đó dài nhất là 16mm và ngắn nhất là 10mm (không có sự khác biệt giữa hai nhóm, p=0,335).

Chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt về chiều cao khe mi giữa hai nhóm tại thời điểm 3 tháng và 6 tháng (p lần lượt là 0,508 và 0,654). Ở cả hai nhóm, chiều cao khe mi đều có khuynh hướng giảm dần theo thời gian, kết quả này tương tự như quan sát trong nghiên cứu của tác giả Minh Nguyệt (2014)<sup>7</sup>. Các cơ chế dẫn đến tình trạng giảm độ cao khe mi theo thời gian gồm: do sự di lệch xuống phía dưới và ra sau của mô hốc mắt từ đó kéo theo sự thay đổi vị trí của phức hợp cơ nâng mi trên và cân cơ nâng mi, hoặc có thể do tổn thương cơ hoặc thần kinh chi phối cho cơ nâng mi trên trong quá trình phẫu thuật hoặc mắt giả không đủ kích thước để nâng đỡ các mô hốc mắt ở phía trên<sup>10</sup>. Tình trạng hõm mí trên cũng không có sự khác biệt về mức độ hõm mí trên giữa hai nhóm tại thời điểm 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật (với p lần lượt là 0,473 và 0,949). Chúng tôi quan sát thấy hõm mí trên có khuynh hướng tăng theo thời gian, nguyên nhân là do thể tích bi hốc mắt không đủ để thay thế nhãn cầu đã cắt bỏ, kèm theo đó là sự teo mô mỡ sau mổ. Tương tự như

vậy chúng tôi cũng nhận thấy không có sự khác biệt về tình trạng xệ mi dưới và cạn cùng đồ giữa hai nhóm (với các giá trị p>0,05). Kết quả thành công về mặt thẩm mỹ (bảng 3) cho thấy không có sự khác biệt giữa hai nhóm tại thời điểm 3 tháng (p=0,508) và 6 tháng (p=0,789).

Về tình trạng di lệch bi hốc mắt, ở thời điểm 3 tháng và sau tháng 6 phẫu thuật thì tình trạng di lệch bi hốc mắt bắt đầu xuất hiện và tăng dần theo thời gian (bảng 4) với nhóm dính cơ vào kết mạc cùng đồ có tỉ lệ di lệch bi hốc mắt thấp hơn so với kỹ thuật cột 4 cơ trực kinh điển (15,6% so với 37,5%). Nghiên cứu của tác giả Taneja<sup>3</sup> ghi nhận có 9% mắt được phẫu thuật bằng kỹ thuật dính cơ vào kết mạc cùng đồ có tình trạng lệch bi hốc mắt. Còn tác giả Shome<sup>2</sup> ghi nhận kỹ thuật cột cơ kinh điển có đến 40% trường hợp di lệch bi. Như vậy giống như giả thuyết mà các nghiên cứu đưa ra<sup>2,3,10</sup>, chúng tôi nhận thấy kỹ thuật dính 4 cơ vào kết mạc cùng đồ không những giúp các cơ nằm đúng theo mặt phẳng giải phẫu mà còn giúp giảm lực ép lên bi hốc mắt (đặc biệt khi các cơ hốc mắt bị co rút) từ đó giảm nguy cơ di lệch bi. Còn đối với kỹ thuật cột 4 cơ kinh điển, theo như giả thuyết được đưa ra của tác giả Allen<sup>10</sup> vị trí điểm nút (nơi cột 4 cơ phía trước bi hốc mắt) thường có khuynh hướng bị trượt về một phía khi các cơ co giãn từ đó đẩy bi hốc mắt về phía ngược lại dẫn đến tình trạng di lệch bi hốc mắt.

Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ lộ bi hốc mắt và thái bi hốc mắt rất thấp, tương tự như vậy tác giả Taneja<sup>3</sup> cũng ghi nhận chỉ có 2% trường hợp có tình trạng lộ bi hốc mắt và 3% trường hợp có thái bi hốc mắt khi sử dụng kỹ thuật khâu dính 4 cơ vào kết mạc cùng đồ.

## V. KẾT LUẬN

Phương pháp phẫu thuật đặt implant hốc mắt bằng phương pháp khâu dính cơ vào kết mạc cùng đồ và phương pháp cột 4 cơ kinh điển không có sự khác biệt về mặt hình thể mi mắt với tỉ lệ thành công của hai nhóm là tương đương nhau tại thời điểm 3 tháng và 6 tháng. Tuy nhiên nhóm khâu dính cơ vào kết mạc cùng đồ có tỉ lệ di lệch bi hốc mắt thấp hơn đáng kể so với nhóm cột 4 cơ kinh điển.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chojniak M. M. M. et al.** (2012), "Abnormal orbital growth in children submitted to enucleation for retinoblastoma treatment", *Journal of pediatric hematology/oncology*. 34 (3), pp. e102-e105.
2. **Shome D. et al.** (2010), "Implant and prosthesis movement after enucleation: a randomized controlled trial", *Ophthalmology*. 117 (8), pp.

- 1638-1644.
3. **Taneja S. et al.** (2020), "Primary orbital polymethylmethacrylate implant following primary enucleation for retinoblastoma: a study of 321 cases", *Orbit*. 40 (2), pp. 127-132.
  4. **Mourits D. L. et al.** (2016), "Orbital implants in retinoblastoma patients: 23 years of experience and a review of the literature", *Acta ophthalmologica*. 94 (2), pp. 165-174.
  5. **Kaliki S. et al.** (2020), "High-risk retinoblastoma based on age at primary enucleation: a study of 616 eyes", *Eye*. 34 (8), pp. 1441-1448.
  6. **Honavar S. G. et al.** (2005), "Management of advanced retinoblastoma", *Ophthalmology clinics of North America*. 18 (1), pp. 65-73, viii.
  7. **Trần Thị Minh Nguyệt và cộng sự** (2014), "So sánh kết quả đặt bi tròn và bi cơ acrylic sau cắt bỏ nhãn cầu ở trẻ em", *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 18, Phụ bản của Số 1.
  8. **Levitt A. E. et al.** (2020), "Anophthalmic Socket Syndrome", *Anophthalmia*, Springer, pp. 139-148.
  9. **Yadava U. et al.** (2004), "Myoconjunctival enucleation for enhanced implant motility. result of a randomised prospective study", *Indian journal of ophthalmology*. 52 (3), pp. 221-226.
  10. **Allen L.** (1983), "The argument against imbricating the rectus muscles over spherical orbital implants after enucleation", *Ophthalmology*. 90 (9), pp. 1116-1120.

## HIỆU QUẢ CỦA VẬT LÝ TRỊ LIỆU TRONG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG ỔNG CỔ TAY

Nguyễn Mai Anh<sup>1</sup>, Võ Nguyên Trung<sup>2</sup>, Đặng Thị Thúy Hằng<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả điều trị của vật lý trị liệu ở người bệnh hội chứng ống cổ tay. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tổng quan tài liệu hiệu quả giảm đau, cải thiện triệu chứng, chức năng và thống số sinh lý thần kinh của các phương pháp vật lý trị liệu trong điều trị hội chứng ống cổ tay từ các bài báo trên hai cơ sở dữ liệu Pubmed và PEDro. **Kết quả:** Trong 11 nghiên cứu được đưa vào tổng quan, hầu hết các nghiên cứu đều thực hiện trên người bệnh có mức độ nhẹ và trung bình, chỉ có 3 nghiên cứu thực hiện trên người bệnh mức độ nặng. Các phương pháp vật lý trị liệu (VLTL) có hiệu quả trong việc cải thiện các dấu hiệu lâm sàng như cường độ đau, mức độ đau về đêm, triệu chứng và chức năng cũng như các chỉ số sinh lý thần kinh của chi trên. Ngoài ra, vật lý trị liệu cũng có thể được kết hợp hiệu quả với các lựa chọn điều trị không xâm lấn khác. **Kết luận:** Người bệnh mắc hội chứng ống cổ tay từ nhẹ đến nặng có các lựa chọn điều trị không phẫu thuật khác nhau để giảm cường độ đau, mức độ các triệu chứng và cải thiện chức năng bàn tay cũng như sinh lý thần kinh. Hiệu quả của các can thiệp VLTL có thể đạt được sớm hơn và kéo dài tương đương khi so với phẫu thuật. Việc phối hợp các phương pháp điều trị cũng cho thấy mang lại hiệu quả cao hơn.

**Từ khóa:** Vật lý trị liệu, Hội chứng ống cổ tay

### SUMMARY

#### EFFECTIVENESS OF PHYSICAL THERAPY IN THE TREATMENT CARPAL TUNNEL SYNDROME

<sup>1</sup>Trường Đại học Y tế Công cộng

<sup>2</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Trường Đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mai Anh

Email: nma1@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024

Ngày duyệt bài: 17.7.2024

**Objective:** To evaluate the effectiveness of physical therapy in patients with carpal tunnel syndrome (CTS) of all degrees, with or without comorbidities. **Material and method:** Literature review on pain relief, symptom improvement, function and neurophysiological parameters of physical therapy methods in the treatment of carpal tunnel syndrome from articles on two Pubmed databases and PEDro. **Result:** Of the 11 studies included in the systematic review, most of the studies were performed on patients with mild and moderate severity, only 3 studies were performed on patients with severe severity. Physiotherapeutic methods were effective in improving clinical signs such as pain intensity, nocturnal pain severity, symptoms and function as well as neurophysiological indices of the upper extremities. Additionally, physiotherapy treatments can also be effectively combined with other noninvasive treatment options. **Conclusion:** Patients with mild to severe carpal tunnel syndrome have nonsurgical treatment options to reduce pain intensity, symptom severity, and improve hand function and neurophysiology. The effectiveness of physiotherapy interventions can be achieved earlier and last equivalently when compared to surgical methods. Combining treatment methods has also been shown to be more effective. **Keywords:** Physiotherapy, Carpal tunnel syndrome

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ống cổ tay (HC OCT) là hội chứng thường gặp, chiếm 90% trong các bệnh lý thần kinh do chèn ép<sup>1</sup>. Ở Mỹ mỗi năm có khoảng hơn một triệu người trưởng thành mắc HC OCT với chi phí điều trị chủ yếu đến từ phẫu thuật là khoảng 2 tỷ đô la mỗi năm<sup>1,2</sup>.

Vật lý trị liệu (VLTL) là phương pháp điều trị không xâm lấn được xem là một trong những chiến lược điều trị bảo tồn đầu tiên cho những người bị HC OCT trong thời gian gần đây. Đã có