

đáng kể (12 tháng sv 6 tháng, p = 0,038).

## V. KẾT LUẬN

Xạ phẫu Gamma Knife là một phương pháp điều trị hiệu quả đối với bệnh nhân ung thư di căn tại thân não.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alexander E, 3rd, Moriarty TM, Davis RB, et al.** Stereotactic radiosurgery for the definitive, noninvasive treatment of brain metastases. *Journal of the National Cancer Institute.* Jan 4 1995;87(1):34-40. doi:10.1093/jnci/87.1.34
2. **Tosoni A, Ermani M, Brandes AA.** The pathogenesis and treatment of brain metastases: a comprehensive review. *Critical reviews in oncology/hematology.* Dec 2004;52(3):199-215. doi:10.1016/j.critrevonc.2004.08.006
3. **Soffietti R, Ruda R, Mutani R.** Management of brain metastases. *Journal of neurology.* Oct 2002;249(10):1357-69. doi:10.1007/s00415-002-0870-6
4. **Kilburn JM, Ellis TL, Lovato JF, et al.** Local control and toxicity outcomes in brainstem metastases treated with single fraction radiosurgery: is there a volume threshold for toxicity? *Journal of neuro-oncology.* Mar 2014; 117(1):167-74. doi:10.1007/s11060-014-1373-x
5. **Murray L, Menard C, Zadeh G, et al.** Radiosurgery for brainstem metastases with and without whole brain radiotherapy: clinical series and literature review. *Journal of radiation oncology.* 2017;6(1):21-30. doi:10.1007/s13566-016-0281-4
6. **Trifiletti DM, Lee CC, Winardi W, et al.** Brainstem metastases treated with stereotactic radiosurgery: safety, efficacy, and dose response. *Journal of neuro-oncology.* Nov 2015;125(2):385-92. doi:10.1007/s11060-015-1927-6
7. **Trifiletti DM, Lee CC, Kano H, et al.** Stereotactic Radiosurgery for Brainstem Metastases: An International Cooperative Study to Define Response and Toxicity. *International journal of radiation oncology, biology, physics.* Oct 1 2016;96(2): 280-288. doi:10.1016/j.ijrobp.2016.06.009
8. **Nicosia L, Navarra P, Pinzi V, et al.** Stereotactic radiosurgery for the treatment of brainstem metastases: a multicenter retrospective study. *Radiation oncology.* Aug 9 2022;17(1):140. doi:10.1186/s13014-022-02111-5

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH KHÔ MẮT Ở NGƯỜI LỚN TUỔI

Vũ Thị Sao<sup>1</sup>, Trần Khánh Sâm<sup>2</sup>, Phạm Thị Thu Thủy<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh khô mắt ở người lớn tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên bệnh nhân  $\geq 50$  tuổi được chẩn đoán khô mắt tại Bệnh viện Mắt Trung ương (8/2023-8/2024). Tiến hành các khám nghiệm: khai thác triệu chứng bằng bảng hỏi OSDI; test Schirmer I, test TBUT, hình thái võ phim nước mắt, nhuộm bề mặt nhãn cầu; phân độ MGD; đo chiều cao liềm nước mắt (TMH) và chụp tuyến Meibomius máy Keratography. **Kết quả:** Tổng số 27 bệnh nhân (54 mắt). Tuổi trung bình là 58,22 $\pm$ 6,89 tuổi, tỉ lệ nữ/nam là 12,5/1. Điểm OSDI trung bình là 48,67 $\pm$ 13,57 điểm, điểm Schirmer trung bình là 4,48 $\pm$ 2,09. TBUT trung bình là 3,11 $\pm$ 1,93 điểm. 3 dạng võ phim nước mắt: vỡ ngẫu nhiên, vỡ dạng đường và vỡ dạng đốm với tỉ lệ lần lượt là 62,8%, 33,3% và 11,1%. Test nhuộm bề mặt nhãn cầu: tổn thương giác mạc 4,65 $\pm$ 2,02, kết mạc 3,85 $\pm$ 1,35 điểm. 81,48 % mắt có MGD nhiều mức độ, TMH trung bình 0.18 $\pm$ 0,04mm, 66,7% mắt có tổn

thương tuyến Meibomius trên phim chụp. **Kết luận:** Khô mắt ở người lớn tuổi thường gặp ở phụ nữ đã mãn kinh, chủ yếu là dạng hỗn hợp (81,5%), khô mắt do giảm tiết đơn thuần chỉ chiếm 18,5%; với triệu chứng cơ năng và giảm tiết nước mắt ở mức độ trung bình. Bệnh thường đi kèm MGD với tỉ lệ 81,48%.

**Từ khóa:** Khô mắt, người lớn tuổi, MGD.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS OF DRY EYE IN ELDERLY PATIENTS

**Objective:** To describe the clinical and subclinical characteristics of dry eye disease in the elderly. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on patients aged 50 years and older who visited the Viet Nam National Eye Hospital (VNEH, Viet Nam) between August 2023 and August 2024 and were diagnosed with dry eye. Data collected included Schirmer I test, tear break up time (TBUT), corneal and conjunctival staining, Meibomian gland dysfunction (MGD) grading, tear film breakup pattern; quantitative tear meniscus height and MGD grading using Keratography 5M. **Results:** A total of 27 patients (54 eyes) met the inclusion criteria. The mean age was 58.22 $\pm$ 6.89 years, male-to-female ratio was of 12,5/1. The mean OSDI score was 48.67 $\pm$ 13.57. The average score of Schirmer I, TBUT, corneal staining score and conjunctival staining score are: 4.48 $\pm$ 2.09 mm; 3.11 $\pm$ 1.93s, 4.65 $\pm$ 2,02; 3.85 $\pm$ 1,35.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Sao

Email: vusao2102@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2024

Ngày duyệt bài: 14.11.2024

The distribution of tear film breakup patterns was: random (62.8%), line (33.3%), and spot (11.1%). Meibomian gland dysfunction (MGD) was present in 81.48% of eyes, with grades I, II, and III. Keratography 5M results: the average Tear meniscus height was 0.18mm; 66.7% eyes had Meibomian gland dysfunction. **Conclusion:** Dry eyes in the elderly patients is commonly seen in postmenopausal women, primarily in the mixed of dry eye (81.5%), aqueous deficient dry eyes account for only 18.5%; with functional symptoms and decreased tear production are typically moderate. The disease is commonly with MGD at a rate of 81.48%.

**Keywords:** dry eye, elderly, MGD.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khô mắt là một bệnh đa yếu tố của bề mặt nhãn cầu, đặc trưng bởi sự mất ổn định màng phim nước mắt và kèm theo các triệu chứng về mắt, trong đó mất ổn định màng phim nước mắt và tăng áp lực thẩm thấu của phim nước mắt, viêm và tổn hại bề mặt nhãn cầu, bất thường về thần kinh cảm giác đóng vai trò là nguyên nhân<sup>1</sup>.

Theo thống kê, tỉ lệ khô mắt hiện nay dao động từ 5% đến 50%. Phần lớn kết quả của các nghiên cứu cho thấy khô mắt gặp nhiều ở nữ giới gấp 1,33 đến 1,74 lần nam giới<sup>2,3</sup>. Khô mắt gây ra các khó chịu tại mắt như: khô cộm, cảm giác dị vật, đỏ mắt, rối loạn thị giác,... ảnh hưởng trực tiếp tới chất lượng cuộc sống của người bệnh. Bệnh không được điều trị sẽ gây ra các rối loạn khác nhau của bề mặt nhãn cầu có thể dẫn tới giảm thị lực trầm trọng. Đối tượng có nguy cơ cao là nhân viên văn phòng, người già, phụ nữ ở tuổi mãn kinh hoặc người mắc bệnh tự miễn. Tuổi già và phụ nữ mãn kinh là yếu tố nguy cơ rõ ràng nhất gây khô mắt được nhiều nghiên cứu nhắc đến. Khô mắt ở người lớn tuổi được giải thích là do sự lão hoá của tuyến lệ, tuyến Meibomius và kết mạc theo tuổi, có liên quan đến sự thay đổi các hormon nội tiết (androgen, estrogen và progesteron). Nổi bật nhất là sự suy giảm androgen ở phụ nữ giai đoạn mãn kinh dẫn đến giảm chế tiết nước mắt và rối loạn phim nước mắt<sup>4</sup>. Ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu về đặc điểm cũng như đánh giá hiệu quả của các phương pháp điều trị cho từng nhóm nguyên nhân gây khô mắt. Tuy nhiên, khô mắt ở người lớn tuổi không kèm bệnh lý toàn thân hay tại mắt chưa được nghiên cứu đề cập. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân khô mắt ở người lớn tuổi.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân  $\geq 50$  tuổi trở lên được chẩn đoán khô mắt theo tiêu chuẩn

Hội thảo khô mắt quốc tế (DEWS-Dry eye Workshop) lần II năm 2017 có triệu chứng cơ năng đánh giá bằng bảng hỏi OSDI (Ocular surface disease index)  $\geq 13$  điểm và test đánh giá thời gian vỡ phim nước mắt (TBUT-Tear breakup time)  $< 10s$ . Có hoặc không kèm rối loạn chức năng tuyến Meibomius (MGD-Meibomian gland dysfunction).

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Khô mắt khác như hội chứng Sjogren, liên quan đến sử dụng kỹ thuật số, do dùng thuốc. Các bệnh lý bề mặt nhãn cầu cấp và mạn tính. Các bệnh lý mi mắt khác: viêm bờ mi trước, quặm, lật mi, hờ mi, khuyết mi. Đã phẫu thuật tại mắt (thay thể thủy tinh nhân tạo, phẫu thuật khúc xạ,...)  $< 6$  tháng; phẫu thuật động, quặm, glôcôm.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Lấy mẫu thuận tiện.

Quy trình nghiên cứu: Khai thác triệu chứng cơ năng bằng bảng hỏi OSDI; khám sinh hiển vi đo TBUT, đánh giá hình thái vỡ phim nước mắt theo phân loại của Hội Khô mắt châu Á (ADES), mức độ tổn hại nhãn cầu bằng test nhuộm fluorescein và đỏ bengal, phân độ MGD; test Schirmer I, sử dụng máy keratography 5M đo chiều cao liềm nước mắt (TMH-Tear meniscus height) và chụp tuyến Meibomius. Phân loại khô mắt theo DEWS II.

Các chỉ số được thu thập gồm: tuổi, giới, điểm OSDI, test TBUT, test Schirmer I, nhuộm bề mặt nhãn cầu, hình thái vỡ phim nước mắt, phân độ MGD trên lâm sàng, TMH, mức độ tổn thương tuyến Meibomius qua chụp tuyến, phân loại khô mắt.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng

Nghiên cứu thực hiện trên 25 đối tượng nữ giới và 2 đối tượng là nam giới, tỉ lệ nữ/nam là 12,5/1 với độ tuổi trung bình là  $58,22 \pm 6,89$  tuổi. Nhóm tuổi từ 50-60 chiếm tỷ lệ cao nhất là 63%, thấp nhất là nhóm trên 70 tuổi chiếm 7,4%. Trong 25 bệnh nhân nữ có 2 bệnh nhân tiền mãn kinh và 23 bệnh nhân đã mãn kinh.

Điểm triệu chứng cơ năng OSDI trung bình là  $48,67 \pm 13,57$  điểm. Đánh giá theo thang điểm của Caglar 2016, có 37% bệnh nhân xuất hiện triệu chứng mức độ vừa, 63% mức độ nặng. Trong đó, bệnh nhân chủ yếu có triệu chứng cộm mắt và khó chịu tăng lên trong môi trường có gió và khô hanh với tỷ lệ lần lượt là 92,6%; 85,18% và 77,77%.

Thời gian vỡ phim nước mắt (TBUT) trung bình là  $3,11 \pm 1,93$  giây (nhỏ nhất là 0 giây, lớn

nhất là 8 giây). Theo phân loại của DEWS 2007, có 22 mắt (40,7%) có TBUT giảm mức độ vừa, 24 mắt (44,4%) mức độ nặng và 8 mắt (14,8%) mức độ rất nặng.

Chế tiết nước mắt được đánh giá bằng test Schirmer I với giá trị trung bình là 4,48±2,09 mm (thấp nhất là 1 mm, cao nhất là 10 mm). Trong số 54 mắt có 27 mắt có giá trị 5-10mm, 25 mắt 2-5 mm và 2 mắt < 2mm.

Test nhuộm bề mặt nhãn cầu: Điểm bắt màu giác mạc khi nhuộm fluorescein trung bình là 4,65±2,02; trong đó có 47(87%) mắt tổn thương giác mạc mức độ nhẹ và 7(13%) mắt độ vừa. Điểm bắt màu kết mạc khi nhuộm đỏ bengal trung bình là 3.85±1,35 điểm, có 52 mắt tổn thương mức độ nhẹ và 2 mắt tổn thương mức độ vừa.

Mức độ tổn thương tuyến Meibomius: 81,48% số mi mắt của bệnh nhân có tổn thương tuyến Meibomius. Phân độ MGD theo DEWS 2007, số mi mắt có tổn thương độ 1 chiếm 48,1%; số mi mắt tổn thương độ 2 chiếm 25,9% và tổn thương độ 3 chiếm 7,4%. Trong nhóm khô mắt có kèm MGD có giá trị test Schirmer I và TBUT trung bình lần lượt là 4,41±2,14 mm và 3,3±2,06s.

Có ba dạng hình thái vỡ phim nước mắt trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Bao gồm vỡ ngẫu nhiên (random break) 55,6%, vỡ dạng đường (line break) 33,3% và vỡ dạng đốm (spot break) 11,1%. Giá trị test Schirmer I trung bình của từng nhóm hình thái vỡ phim nước mắt lần lượt là 4,53±2,3; 4,66±2,0; và 3,67±1,03 mm.

**Bảng 1. Tỷ lệ giá trị test Schirmer và TBUT theo hình thái vỡ phim nước mắt**

Hình thái vỡ phim nước mắt (N=54)		Random break	Line break	Spot break
Test Schirmer I	Mức độ nhẹ	16 (53,3%)	10 (55,6%)	1 (16,7%)
	Mức độ vừa	13 (43,3%)	7 (38,9%)	5 (83,3%)
	Mức độ nặng	1 (3,4%)	1 (5,5%)	0 (0%)
<b>Tổng</b>		<b>30 (100%)</b>	<b>18 (100%)</b>	<b>6 (100%)</b>
Test TBUT	Mức độ nhẹ	14 (47,7%)	8 (44,4%)	0 (0%)
	Mức độ vừa	16 (53,3%)	6 (33,3%)	2 (33,3%)
	Mức độ nặng	0 (0%)	4 (22,3%)	4 (66,7%)
<b>Tổng</b>		<b>30 (100%)</b>	<b>18 (100%)</b>	<b>6 (100%)</b>

Phân loại khô mắt theo DEWS: Tất cả bệnh nhân đều giảm chế tiết nước mắt. Tổng số 54

mắt có 10 mắt được xếp loại khô mắt do giảm tiết và 44 mắt khô mắt dạng hỗn hợp, không có mắt nào khô mắt do tăng bay hơi đơn thuần. Nhóm khô mắt do giảm chế tiết nước mắt có hình thái vỡ phim nước mắt dạng đường, giá trị test Schirmer I và TBUT trung bình lần lượt là 4,8±1,93mm, 2,3±0,82s. Trong nhóm khô mắt hỗn hợp có cả 3 dạng vỡ phim nước mắt nhưng chủ yếu là vỡ dạng ngẫu nhiên với tỷ lệ 68,18%; giá trị test Schirmer I và TBUT trung bình lần lượt là 4,41±2,14 mm, 3,3±2,06s.

**Bảng 2. Tỷ lệ giá trị test Schirmer và TBUT theo phân loại khô mắt**

Phân loại khô mắt (N=54)		Khô mắt giảm tiết	Khô mắt hỗn hợp
Test Schirmer I	Mức độ nhẹ	5 (50%)	22 (50%)
	Mức độ vừa	5 (50%)	20 (45,5%)
	Mức độ nặng	0 (0%)	2 (4,5%)
<b>Tổng</b>		<b>10 (100%)</b>	<b>44 (100%)</b>
Test TBUT	Mức độ nhẹ	6 (60%)	16 (36,4%)
	Mức độ vừa	2 (20%)	22 (50%)
	Mức độ nặng	2 (20%)	6 (13,6%)
<b>Tổng</b>		<b>10 (100%)</b>	<b>44 (100%)</b>

**3.2. Đặc điểm cận lâm sàng.** Chúng tôi sử dụng máy Keratography 5M để chụp đánh giá chiều cao liềm nước mắt và mức độ tổn thương tuyến Meibomius.

Tất cả bệnh nhân đều giảm thể tích nước mắt với chiều cao liềm nước mắt trung bình của 54 mắt là 0.18±0,04mm. Theo phân loại của Sullivan có 18 mắt thiếu nước mức độ nhẹ, 32 mắt thiếu nước mức độ trung bình và 4 mắt thiếu nước mức độ nặng.

Mức độ tổn thương tuyến Meibomius trên ảnh chụp bằng máy Keratography được phân loại theo tác giả Arita cho thấy có 66,77% tổng số mi có mất tuyến Meibomius. Trong đó, số mi mắt có tổn thương độ 1 chiếm 40,7%, độ 2 chiếm 13% và độ 3 chiếm 13%.

**IV. BÀN LUẬN**

Có sự khác biệt rõ rệt về giới trong nghiên cứu của chúng tôi, nữ giới chiếm 92,6% với tỉ lệ nữ/nam là 12,5/1. Trong 25 bệnh nhân nữ có 23 bệnh nhân đã mãn kinh và 2 bệnh nhân đang trong giai đoạn tiền mãn kinh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu đặc điểm rối loạn chức năng tuyến Meibomius trên bệnh nhân khô mắt của Đinh Đăng Tùng với tỷ lệ nữ là 86,3%<sup>5</sup>. Trong số 25 bệnh nhân nữ có 23 bệnh nhân đã mãn kinh và 2 bệnh nhân ở giai đoạn tiền mãn kinh. Rất nhiều nghiên cứu chỉ ra vai trò quan trọng của nội tiết tố đặc biệt là sự suy giảm androgen dẫn đến sự lão hóa tuyến lệ, tuyến meibomius cũng như bề mặt

nhãn cầu dẫn đến giảm tiết và rối loạn phim nước mắt. Nồng độ androgen ở nam giới cao hơn nhiều so với nữ giới. Đặc biệt, phụ nữ khi bước vào thời kỳ mãn kinh, nồng độ androgen trong huyết thanh suy giảm là một yếu tố khởi phát sự tiến triển của bệnh.

Điểm OSDI trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là  $48,67 \pm 13,57$  điểm tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Đạt là  $47,72 \pm 8,57^6$ . Nghiên cứu của Cubuk (2021) điểm trung bình OSDI là  $51,56 \pm 18,22^7$ . Chúng tôi nhận thấy điểm OSDI trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với triệu chứng cơ năng của bệnh nhân mức độ trung bình, xuất hiện từng lúc. Các triệu chứng xuất hiện chủ yếu là cảm giác cộm mắt, cảm giác khô rát, tăng lên khi ra gió và trong môi trường khô hanh. Rất ít bệnh nhân thấy nhìn mờ, nhòe. Mặc dù, khô mắt của nhóm bệnh nhân nghiên cứu ít ảnh hưởng đến thị lực nhưng lại gây cảm giác khó chịu ảnh hưởng trực tiếp đến sinh hoạt hằng ngày của họ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi điểm TBUT trung bình là  $3,35 \pm 2,30$  điểm tương đồng với nghiên cứu của Reiko Arita có TBUT trung bình là  $3,24 \pm 2,15$ s. Một số nghiên cứu khô mắt trên bệnh nhân Việt Nam cũng cho thấy thời gian TBUT giảm như nghiên cứu của Nguyễn Tiến Đạt (2017) là  $3,87 \pm 2,04$  giây<sup>6</sup>; Đinh Đăng Tùng (2015)  $3,99 \pm 3,26^5$ . Sự mất ổn định màng phim nước mắt là một nguyên nhân chính gây khô mắt, phụ thuộc nhiều yếu tố, bao gồm lớp lipid do tuyến Meibomius tiết ra. TBUT thấp có thể là có thay đổi lớp lipid và rối loạn chức năng tuyến Meibomius. Do vậy, khi TBUT thấp cần kiểm tra chức năng tuyến Meibomius để chẩn đoán và có hướng điều trị thích hợp.

Chế tiết nước mắt: Tất cả bệnh nhân đều có giảm tiết nước mắt với test Schirmer I trung bình là  $4,48 \pm 2,09$  mm và chiều cao phim nước mắt (TMH) đo bằng máy keratography trung bình là  $0,18 \pm 0,04$  mm. Trong 54 mắt, chủ yếu có giảm chế tiết mức độ vừa ở test Shirrmer I là 27 mắt chiếm 50%, và đo TMH là 32 mắt (59%). Giá trị trung bình test Schirmer I cao hơn nghiên cứu khô mắt của Trần Thị Hương Trà trên bệnh nhân Sjogren là  $3,23 \pm 3,18^8$ . Chúng tôi thấy rằng khô mắt ở người lớn tuổi đặc trưng bởi sự lão hóa của tuyến lệ với giảm chế tiết nước mắt ở mức độ trung bình, nhẹ hơn khô mắt trên bệnh nhân Sjogren.

Tổn hại bề mặt nhãn cầu: Trong nghiên cứu chúng tôi nhận thấy tổn thương trên kết, giác mạc chủ yếu tập trung ở vùng khe mi và kết mạc 1/3 dưới, vùng sát rìa tổn thương nặng hơn hai góc trong và ngoài. Điểm nhuộm fluorescein và

đỏ bengal trung bình là  $4,65 \pm 2,02$  và  $3,69 \pm 1,15$ . Kết quả tổn thương bề mặt nhãn của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Tiến Đạt (2017) là  $6,69 \pm 2,64$  và  $6,388 \pm 2,44$  điểm<sup>6</sup>. Nhìn chung, khô mắt trên người lớn tuổi ít tổn thương bề mặt nhãn cầu nên hiếm khi ảnh hưởng đến thị lực.

Hình thái vỡ phim nước mắt: Có 3 dạng vỡ phim nước mắt trong nhóm nghiên cứu: vỡ dạng ngẫu nhiên, vỡ dạng đường và vỡ dạng đốm với tỉ lệ lần lượt 62,8%; 33,3%; 11,1%. Theo ADES: vỡ dạng đốm là tình trạng xuất hiện ngay khi mở mắt, có dạng đốm tròn do giảm tính thấm ướt; vỡ dạng đường xuất hiện khi phim nước mắt di chuyển lên trên, có dạng đường thẳng dọc do giảm tiết nước mắt mức độ trung bình; vỡ ngẫu nhiên sau khi phim nước mắt kết thúc với hình dạng bất kỳ do tăng bay hơi. Chúng tôi nhận thấy trong 6 mắt có vỡ phim nước mắt dạng đốm đều có tình trạng giảm tiết nước mắt với test Schirmer trung bình là  $3,67 \pm 1,03$  mm. Như vậy, khô mắt ở người lớn tuổi bao gồm cả hai hình thái khô mắt do giảm tiết nước mắt và tăng bay hơi.

Tổn thương tuyến Meibomius: Đánh giá trên lâm sàng, có 81,48% mắt có tổn thương tuyến Mebomius chủ yếu là tổn thương độ 1 và 2 chiếm 90% tổng số mắt có MGD. Ngoài ra, chúng tôi còn chụp tuyến Meibomius bằng máy keratography 5M kết quả có 66,7% mi mắt có teo và mất tuyến; theo phân loại của Arita, hầu hết là tổn thương độ 1 và 2 chiếm 80%. Chúng tôi nhận ra rằng khô mắt ở người lớn tuổi thường kèm theo MGD ở mức độ nhẹ và trung bình. Do vậy khi điều trị khô mắt trên bệnh nhân lớn tuổi thì cần chú ý phối hợp với điều trị tổn thương tuyến Meibomius kèm theo và nên bổ sung nước mắt nhân tạo có thành phần lipid.

Theo y văn, khô mắt ở người lớn tuổi đặc trưng bởi tình trạng thiếu nước do tuyến lệ giảm sự bài tiết do sự lão hoá của tuổi tác. Bên cạnh đó, khô mắt ở người lớn tuổi thường đi kèm tổn thương tuyến Meibomius, cho nên khô mắt thường có cả nguyên nhân tăng bốc hơi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận định trên với 18,5% bệnh nhân có khô mắt giảm tiết đơn thuần và 81,5% bệnh nhân khô mắt hỗn hợp theo phân loại của DEWS.

## V. KẾT LUẬN

Khô mắt ở người lớn tuổi chủ yếu là khô mắt dạng hỗn hợp chiếm 81,5%, chỉ 18,5% do giảm chế tiết đơn thuần với triệu chứng cơ năng ở mức độ trung bình (OSDI trung bình là  $48,67 \pm 13,57$ ) và giảm tiết nước mắt ở mức độ vừa với giá trị test Schirmer I và chiều cao liềm

nước mắt trung bình là  $4,48 \pm 2,09$  mm và  $0,18 \pm 0,04$  mm. Bệnh hay gặp ở phụ nữ đã mãn kinh và thường kèm theo MGD với tỉ lệ 81,5% ở các mức độ khác nhau, liên quan đến sự lão hóa tuyến lệ và tuyến Meibomius do tuổi. Do vậy khi điều trị khô mắt cần phối hợp điều trị tổn thương tuyến Meibomius nếu có để tăng hiệu quả điều trị và cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Craig JP, Nichols KK, Akpek EK, et al.** TFOS DEWS II Definition and Classification Report. The ocular surface 2017;15(3):276-283.
2. **Jie Y, Xu L, Wu YY, Jonas JB.** Prevalence of dry eye among adult Chinese in the Beijing Eye study. Eye (Lond). 2009;23(3): 688-693.
3. **Tan LL, Morgan P, Cai ZQ, Straughan RA.** Prevalence of and risk factor for symptomatic dry eye disease in Singapore. Clin Exp Optom. 2015;98(1):45-53.
4. **Belmonte C, Nichols JJ, Cox SM, et al.** TFOS DEWS II pain and sensation report. Ocul Surf. 2017;15(3):404-437.
5. **Đinh Đăng Tùng, Phạm Thị Khánh Vân.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của rối loạn chức năng tuyến Meibomius trên bệnh nhân khô mắt. Luận văn thạc sĩ Y học, trường Đại học Y Hà Nội. 2015.
6. **Nguyễn Tiên Đạt.** Đánh giá hiệu quả của Diquafosol sodium 3% trong điều trị khô mắt vừa và nặng. Luận văn thạc sĩ y học, Nha khoa, Đại học Y Hà Nội. 2017.
7. **Cybuk MO, Ucgul AY, Ozgur A, Ozulken K, Yuksel E.** Topical cyclosporine a (0.05%) treatment in dry eye patients: a comparison study of Sjogren's syndrome versus non-Sjogren's syndrome. Int Ophthalmol. 2021;41(4):1479-1485.
8. **Trần Thị Hương Trà, Phạm Ngọc Đông.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị khô mắt trên bệnh nhân mắc hội chứng Sjogren nguyên phát. Luận văn thạc sĩ y học, Nha khoa, Đại học Y Hà Nội. 2021.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT THANH QUẢN BÁN PHẦN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THANH QUẢN GIAI ĐOẠN T1 - T2 TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP.HCM TỪ 2018 ĐẾN 2022

Bùi Khang Huy<sup>1</sup>, Văn Thị Hải Hà<sup>1</sup>, Lý Xuân Quang<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ung thư thanh quản là một loại ung thư đầu cổ thường gặp. Thành công của các phương pháp bảo tồn thanh quản trong phẫu thuật cắt thanh quản bán phần điều trị ung thư thanh quản không chỉ có ý nghĩa trong việc giải quyết bệnh mà còn bảo tồn chức năng thanh quản và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh. **Mục tiêu:** Khảo sát kết quả phẫu thuật của bệnh nhân ung thư thanh quản sau cắt thanh quản bán phần và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thực hiện trên 38 bệnh nhân ung thư thanh quản được phẫu thuật cắt thanh quản bán phần tại bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ 01/01/2018 đến 01/01/2022 và theo dõi tình trạng tái phát và tử vong của bệnh nhân. **Kết quả:** Phần lớn là nam chiếm 92,9% với tuổi trung bình là  $61,3 \pm 8,8$  tuổi. Phương pháp phẫu thuật bao gồm vi phẫu bằng laser qua đường miệng là 11,9%, phẫu thuật mở cắt thanh quản bán phần là 88,1%. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là  $7,4 \pm 4,4$  ngày. Nhóm vi phẫu laser có thời gian nằm viện sau phẫu thuật ngắn

hơn nhóm phẫu thuật mở với  $p < 0,005$ . Biến chứng sau phẫu thuật nhiều nhất là tràn khí dưới da là 16,7%, viêm phổi là 9,5%, tụ dịch ổ mỡ và nhiễm trùng vết mổ là 4,8%, rò họng, chảy máu và viêm phế quản đều là 2,4%. Kết quả theo dõi xa thấy tỉ lệ tái phát là 9,5%. 100% bệnh nhân sống, không có bệnh nhân tử vong. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là 3,7 năm, tỉ lệ sống thêm không bệnh sau 3 năm là 92,8%. Thời gian sống thêm không bệnh trung bình của nhóm N0 dài hơn nhóm N1, nhóm giai đoạn I và II dài hơn giai đoạn III có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . **Kết luận:** Phẫu thuật cắt thanh quản bán phần điều trị ung thư thanh quản giai đoạn sớm là an toàn và có hiệu quả khá tốt, giúp bệnh nhân bảo tồn được thanh quản mà vẫn đạt được mục đích điều trị bệnh.

**Từ khóa:** Phẫu thuật, cắt thanh quản bán phần, ung thư thanh quản.

### SUMMARY

#### SUMMARY RESULTS OF PARTIAL LARYNGECTOMY IN TREATMENT OF T1 - T2 LARYNGEAL CANCER AT UNIVERSITY MEDICAL HCMC FROM 2018 TO 2022

**Background:** Laryngeal cancer is a common type of head and neck cancer. The success of laryngeal preservation methods in partial laryngectomy for laryngeal cancer treatment is not only meaningful in the resolution of the disease, but also in preserving laryngeal function and improving the quality of life of patients. **Objectives:** Survey on surgical outcomes of patients with laryngeal cancer after partial laryngectomy and indicating important

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Khang Huy

Email: huy.bk@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2024

Ngày duyệt bài: 11.11.2024