

6. Jain D, Zaiem F, Solomon G, et al. 429 Survival outcomes in young patients with endometrial cancer: insights from a multi-institutional study. Int J Gynecol Cancer. 2024;34 (Suppl 1):A178. doi:10.1136/ijgc-2024-ESGO.335

7. Utilization and Outcomes of Ovarian Conservation in Premenopausal Women With Endometrial Cancer - PubMed. Accessed August 22, 2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26646128/>

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TÁN NHUYỄN THỂ THỦY TINH TRÊN BỆNH NHÂN CÓ TIỀN PHÒNG NÔNG

Đoàn Kim Thành¹, Nguyễn Thị Diễm Uyên²,
Trần Anh Tuấn¹, Nguyễn Thị Vân Anh², Dương Nguyễn Anh Thư¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh (PHACO) trên mắt có tiền phòng nông theo từng mức độ cứng của nhân. **Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu quan sát, mô tả, tiến cứu có nhóm chứng. 71 mắt của 62 bệnh nhân gồm 39 mắt có tiền phòng nông ($\leq 2,5$ mm) và 32 mắt thuộc nhóm chứng ($> 2,5$ mm) có chỉ định phẫu thuật PHACO đặt kính nội nhãn trong bao tại bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh (TPHCM) từ tháng 02/2024 đến tháng 09/2024. Bệnh nhân được chia vào 3 nhóm theo độ cứng nhân; độ II, độ III, độ IV. Thị lực được đo trước và sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng. Sau phẫu thuật, ghi nhận các thông số trên máy Infiniti Ozil: Tổng thời gian tán nhuyễn thể thủy tinh (UST), năng lượng phát tán tích lũy (CDE), năng lượng tán nhuyễn thể thủy tinh (năng lượng PHACO) và thể tích dung dịch tưới. **Kết quả:** Bệnh nhân đục thể thủy tinh có độ tuổi trung bình là $67,08 \pm 9,57$ và độ sâu tiền phòng trung bình là $2,34 \pm 0,23$ mm. Có sự cải thiện thị lực sau phẫu thuật ở nhóm tiền phòng nông, không khác biệt so với nhóm chứng. UST ở nhóm tiền phòng nông cao hơn so với nhóm chứng ở nhân cứng độ III ($P < 0,01$). UST kéo dài (≥ 60 giây) trên mắt có độ sâu tiền phòng trung bình $2,28 \pm 0,31$ mm. Thể tích dịch sử dụng ở nhóm tiền phòng nông cao hơn so với nhóm chứng đối với nhân cứng độ II và độ III ($P < 0,05$ và $P < 0,01$). UST, thể tích dịch sử dụng ghi nhận có mối tương quan với độ sâu tiền phòng đối với nhân cứng độ III. **Kết luận:** Xác định độ sâu tiền phòng trước phẫu thuật giúp các phẫu thuật viên tiên lượng được nguy cơ và độ khó của phẫu thuật. **Từ khóa:** Độ sâu tiền phòng, phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh, thời gian tán nhuyễn thể thủy tinh

SUMMARY

OUTCOME OF PERFORMING PHACOEMULSIFICATION SURGERY IN SHALLOW ANTERIOR CHAMBER EYES

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Dương Nguyễn Anh Thư

Email: dnathu2203@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

Objective: To assess the outcome of phacoemulsification in shallow anterior chamber eyes according to different nuclear density. **Methods:** This was a prospective case-control study. Seventy-one eyes of 62 patients including 39 eyes in the shallow anterior chamber group and 32 eyes in the control group underwent phacoemulsification surgery with intracapsular intraocular lens implantation. The study was conducted at HCMC Eye Hospital, from February 2024 to September 2024. All eyes were divided into 3 subgroups according to three nuclear opalescence (NO): NO2, NO3, NO4. Corrected distance visual acuity (CDVA) was measured prior surgery and re-examined at 1 week, 1 month postoperatively. Surgical parameters including UST, CDE, PHACO power, the volume of BSS used were obtained. **Results:** In our study, the mean age in the shallow anterior chamber group was 67.08 ± 9.57 years, and mean anterior chamber depth (ACD) was 2.34 ± 0.23 mm. There was a postoperative improvement in logMAR CDVA among the shallow anterior chamber group and the control group, the difference was not statistically significant. The shallow anterior chamber group used a longer UST than the control group in the NO3 subgroup ($P < 0,01$). Eyes with mean ACD 2.28 ± 0.31 mm required prolonged UST (> 60 s). BSS use showed higher in the shallow anterior chamber group than the control group, in the NO2 ($P < 0,05$) and NO3 ($P < 0,01$). There was a statistically significant inverse correlation between ACD and UST, BSS use in the NO3. **Conclusion:** Measuring ACD prior surgery would help the surgeons to assess the difficulty and intraoperative risks. **Keywords:** Anterior chamber depth, phacoemulsification, ultrasound time.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền phòng nông được định nghĩa là mắt có độ sâu tiền phòng $\leq 2,5$ mm. Tiền phòng nông thường gặp ở những người tuổi cao, nữ giới, trục nhãn cầu ngắn, tật viễn thị và thể thủy tinh dày. Mắt có tiền phòng nông không chỉ tăng nguy cơ phát triển thành bệnh góc đóng tăng nhãn áp, glaucoma góc đóng nguyên phát mà còn gây khó khăn cho các can thiệp phẫu thuật bán phần trước.

Tại Việt Nam, tỉ lệ bệnh nhân đục thể thủy tinh có tiền phòng nông chiếm 43,3% dân số. Với sự cải tiến liên tục từ trang thiết bị đến kỹ thuật, phẫu thuật PHACO hiện nay được xem là

phương pháp điều trị tốt nhất trên những bệnh nhân đục thể thủy tinh. Tuy nhiên, những mắt có tiền phòng nông vẫn được xem là một thách thức lớn đối với các phẫu thuật viên mổ PHACO vì hạn chế các thao tác xoắn vặn và nguy cơ mất ổn định tiền phòng trong quá trình phẫu thuật, dẫn đến tổn thương mất tế bào nội mô do sự va chạm với các mảnh nhân và tác động của nhiệt độ cao từ đầu tip.[2],[3],[6] Tuy nhiên, một số tác giả lại cho rằng không có sự ảnh hưởng đáng kể của độ sâu tiền phòng lên kết quả phẫu thuật.[5],[7] Các nghiên cứu này không đánh giá những yếu tố đã được chứng minh là có ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật như độ cứng nhân, kĩ thuật tán nhân, thể tích dung dịch tưới, thời gian và năng lượng tán nhuyễn thể thủy tinh. Để chứng minh có hay không sự tác động của độ sâu tiền phòng, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật PHACO trên mắt có tiền phòng nông theo từng mức độ cứng của nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đục thể thủy tinh có tiền phòng nông được chỉ định phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh kèm theo đặt kính nội nhãn tại khoa Tổng hợp bệnh viện Mắt TPHCM từ tháng 02/2024 đến tháng 09/2024.

Tiêu chí chọn mẫu

Tiêu chuẩn chọn vào: Bệnh nhân được chẩn đoán đục thể thủy tinh có chỉ định phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh kèm theo đặt kính nội nhãn trong bao, thỏa các đặc điểm: từ 45 tuổi trở lên, đục nhân thể thủy tinh từ độ II - IV theo Lucio Buratto 1998, độ sâu tiền phòng ≤ 2,50 mm được đo bằng IOL Master 500. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Tiền căn phẫu thuật ở mắt, chấn thương mắt, các bệnh ở mắt (glôcôm, viêm màng bồ đào, khô mắt, bệnh lý giác mạc, bệnh lý đáy mắt). Bệnh nhân có các bệnh hệ thống: đái tháo đường, hội chứng già tróc bao. Đục thể thủy tinh bán lệch, lệch được chẩn đoán trong phẫu thuật. Có biến chứng trong và sau phẫu thuật. Bệnh nhân bỏ tái khám.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát, mô tả, tiến cứu có nhóm chứng.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 02/2024 đến tháng 09/2024 tại khoa Tổng hợp bệnh viện Mắt TP HCM.

Cỡ mẫu: Lấy mẫu 71 mắt

Quy trình nghiên cứu: Khai thác tuổi, tiền căn bệnh lý mắt, bệnh lý toàn thân, chấn thương, phẫu thuật mắt của bệnh nhân. Đo thị

lực. Nhỏ giãn đồng tử bằng Collyre. Mydrin P đánh giá tình trạng giác mạc, tiền phòng, dây chằng Zinn, đáy mắt.

Tiến hành đo độ sâu tiền phòng bằng máy đo công suất thể thủy tinh IOL Master 500. Dựa vào kết quả, mắt có độ sâu tiền phòng (ACD) ≤ 2,50 mm được chọn vào nhóm tiền phòng nông, mắt có độ sâu tiền phòng >2,50mm sẽ chọn vào nhóm chứng. Bệnh nhân được chia vào 3 nhóm dựa vào độ cứng nhân:

- + Nhóm 1: Nhân cứng độ II.
- + Nhóm 2: Nhân cứng độ III.
- + Nhóm 3: Nhân cứng độ IV.

Tất cả bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh có đặt kính nội nhãn trong bao bởi cùng một bác sĩ có nhiều kinh nghiệm phẫu thuật (N.T.D.U), sử dụng một máy phẫu thuật Infiniti Ozil với đầu PHACO (gồm tay khoan xoắn Ozil và đầu Kelman gấp góc 45°), đường mổ chính bằng dao 2,2 mm. Phẫu thuật viên sử dụng kĩ thuật tán nhân Stop and Chop, chế độ Burst và các thông số được cài đặt theo thói quen của phẫu thuật viên. Kết thúc phẫu thuật, ghi nhận ghi nhận các thông số trên máy Infiniti Ozil: Tổng thời gian tán nhuyễn thể thủy tinh (UST), năng lượng phát tán tích lũy (CDE), năng lượng tán nhuyễn thể thủy tinh (năng lượng PHACO) và thể tích dung dịch tưới.

Tái khám sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng ghi nhận thị lực.

Phương pháp thống kê: Số liệu được phân tích và xử lí bằng phần mềm SPSS 27.0, phân phối chuẩn của biến số được xác định bằng phép kiểm Shapiro-Wilk.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm trước phẫu thuật. Nghiên cứu được tiến hành trên 71 mắt của 62 bệnh nhân gồm 39 mắt có tiền phòng nông và 32 mắt thuộc nhóm chứng. Đặc điểm trước phẫu thuật của nhóm nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm trước phẫu thuật nhóm nghiên cứu

Đặc điểm trước phẫu thuật	Nhóm tiền phòng nông (n=39)	Nhóm chứng (n=32)
Tuổi (năm)	67,08±9,57	68,94±10,35
ACD (mm)	2,34±0,23	2,83±0,19
Thị lực (theo logMAR)	0,40±0,40	0,40±0,30

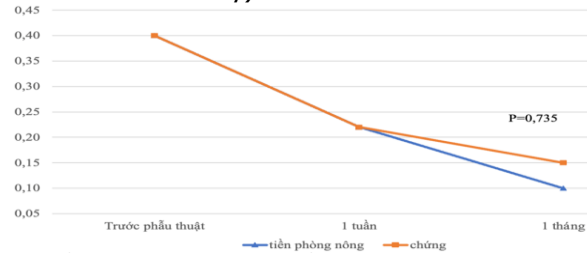
Nhóm có tiền phòng nông có độ tuổi trung bình là 67,08 ± 9,57 tương đương với độ tuổi trung bình của nhóm chứng là 68,94 ± 10,35. Độ sâu tiền phòng trung bình ở nhóm tiền phòng nông là 2,34 ± 0,23 mm với độ sâu tiền phòng nhỏ nhất là 1,83 mm và lớn nhất là 2,50 mm.

Nhóm chứng có độ sâu tiền phòng trung bình là $2,83 \pm 0,19$ mm với dao động từ 2,53 – 3,36 mm. Thị lực logMAR trung bình trước phẫu thuật của nhóm có tiền phòng nông và nhóm chứng tương đương nhau, lần lượt là $0,40 \pm 0,40$ và $0,40 \pm 0,30$ (tương ứng thị lực thập phân là 4/10).

Kết quả phẫu thuật. Hiệu quả của phẫu thuật PHACO đối với mắt đục thể thủy tinh có tiền phòng nông được biểu hiện qua sự thay đổi thị lực trước và sau phẫu thuật.

Cả 2 nhóm đều có sự cải thiện thị lực sau phẫu thuật. Thị lực logMAR trung bình 1 tuần của nhóm tiền phòng nông và nhóm chứng lần lượt là $0,22 \pm 0,24$ và $0,22 \pm 0,15$ (tương ứng 6/10 thị lực thập phân), thị lực sau 1 tháng là $0,10 \pm 0,18$ (tương ứng 8/10) và $0,15 \pm 0,12$ (tương ứng 7/10). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả thị lực sau phẫu thuật

1 tuần, 1 tháng giữa nhóm có tiền phòng nông và nhóm chứng ($P=0,794$ và $P=0,735$. Phép kiểm Mann-Whitney).



Biểu đồ 1. Sự thay đổi thị lực trước và sau phẫu thuật của 2 nhóm nghiên cứu

Chúng tôi tiếp tục chia mỗi mắt vào các nhóm theo 3 mức độ cứng của nhân. Đặc điểm thông số kết quả phẫu thuật của mẫu nghiên cứu được trình bày ở bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm thông số kết quả phẫu thuật của mẫu nghiên cứu

Thông số kết quả	Nhóm tiền phòng nông			Nhóm chứng		
	Độ II (n=13)	Độ III (n=14)	Độ IV (n=12)	Độ II (n=10)	Độ III (n=11)	Độ IV (n=11)
CDE (%giây)	4,7±1,3	9,2±3,2	12,1±10,5	4,7±2,4	9,5±1,9	14,0±10,8
UST (giây)	17,5±4,8	33,8±8,2*	49,2±23,4	15,8±6,9	25,7±4,7	48,7±30,0
Năng lượng PHACO (%)	12,4± 4,5	16,2±3,5	19,2±3,8	13,0±4,6	17,2±3,1	18,6±4,9
Thể tích dịch (ml)	58,4±20,2*	61,1±16,5*	61,7±16,1	39,0±15,2	39,8±11,8	51,0±11,0

* $P<0,05$. Phép kiểm T độc lập so sánh nhóm tiền phòng nông và nhóm chứng trong cùng phân độ nhân.

Nhóm tiền phòng nông có thời gian PHACO là $33,8 \pm 8,2$ giây, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là $25,7 \pm 4,7$ giây đối với nhân cứng độ III ($P<0,01$). Về thể tích dịch BSS, nhóm tiền phòng nông có thể tích dịch sử dụng ở trường hợp nhân cứng độ II ($58,4 \pm 20,2$ ml) và độ III ($61,1 \pm 16,5$ ml) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng lần lượt là $39,0 \pm 15,2$ ml và $39,8 \pm 11,8$ ml ($P<0,05$ và $P<0,01$).

Ảnh hưởng của độ sâu tiền phòng lên kết quả phẫu thuật

Sự ảnh hưởng của độ sâu tiền phòng lên kết quả phẫu thuật được đánh giá dựa vào sự khác biệt về thông số kết quả phẫu thuật giữa 2 nhóm nghiên cứu và độ khó của phẫu thuật. Độ khó của phẫu thuật trên mắt có tiền phòng nông được biểu hiện qua độ sâu tiền phòng tương ứng với tổng thời gian hoàn thành thì PHACO. Với thời gian hoàn thành thì PHACO ngắn là < 60 giây và thời gian kéo dài là ≥ 60 giây. Kết quả được trình bày trong bảng 3.

Bảng 3. Độ sâu tiền phòng trung bình tương ứng với tổng thời gian PHACO

Tổng thời gian PHACO (giây)	Số lượng (mắt)	ACD (mm)	P*
-----------------------------	----------------	----------	----

<60 giây	65	$2,57 \pm 0,30$	<0,05
≥ 60 giây	6	$2,28 \pm 0,31$	
Tổng	71		

*Phép kiểm T độc lập so sánh độ sâu tiền phòng giữa 2 nhóm < 60 giây và ≥ 60 giây.

Độ sâu tiền phòng trung bình khi thực hiện PHACO với thời gian ngắn (< 60 giây) là $2,57 \pm 0,30$ mm, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với độ sâu tiền phòng trung bình khi thực hiện PHACO trong thời gian dài (≥ 60 giây) là $2,28 \pm 0,31$ mm ($P<0,05$).

Tương quan giữa độ sâu tiền phòng và thông số kết quả phẫu thuật chính như thời gian PHACO, thể tích dịch BSS được trình bày trong bảng 4.

Bảng 4. Tương quan giữa độ sâu tiền phòng và thông số kết quả phẫu thuật

Thông số	Hệ số tương quan R (P)		
	ACD		
	Độ II	Độ III	Độ IV
UST	-0,331 (0,123)	-0,575 ($<0,01$)	-0,280 (0,195)
Thể tích dịch	-0,372 (0,081)	-0,649 ($<0,001$)	-0,169 (0,440)

Có mối tương quan nghịch mức độ trung bình có ý nghĩa thống kê giữa thời gian PHACO và độ sâu tiền phòng của nhân cứng độ III ($R=-0,575$; $P<0,01$). Tuy nhiên, không có mối tương

quan giữa thời gian PHACO và độ sâu tiền phòng đối với nhân cứng độ II và độ IV. Tương tự, có mối tương quan nghịch mức độ trung bình có ý nghĩa thống kê giữa thể tích dịch BSS và độ sâu tiền phòng của nhân cứng độ III ($R=-0,649$; $P<0,001$). Không có mối tương quan giữa thể tích dịch BSS và độ sâu tiền phòng đối với nhân cứng độ II và độ IV.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật PHACO hiện nay được xem là phương pháp hiệu quả trong điều trị đục thể thủy tinh do tuổi. Trên những cơ địa mắt có tiền phòng nông, sự tiếp xúc gần hơn của dụng cụ phẫu thuật với những cấu trúc xung quanh trong thời gian dài khiến chúng dễ bị tổn thương do tác động nhiệt và cơ học, tăng nguy cơ xuất hiện biến chứng. Xác định độ sâu tiền phòng trước phẫu thuật không chỉ giúp phẫu thuật viên tiên lượng kết quả mà còn có kế hoạch thực hiện phẫu thuật. Những bệnh nhân đục thể thủy tinh có tiền phòng nông trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là $67,08\pm 9,57$ và độ sâu tiền phòng trung bình là $2,34\pm 0,23$ mm với độ sâu tiền phòng dao động từ 1,83 - 2,50 mm. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Verma[6] và Hwang[2] là tiền phòng nông thường gặp ở độ tuổi trung bình trong khoảng 60 - 70 tuổi. Chúng tôi nhận thấy những bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có thị lực trước mổ là 4/10, (phân độ tốt theo phân độ thị lực của WHO) và tương ứng với thị lực trước mổ của nhóm chứng. Kết quả của nghiên cứu được đánh giá qua sự thay đổi thị lực và sự khác biệt các thông số kết quả phẫu thuật. Về sự thay đổi thị lực, phẫu thuật PHACO giúp cải thiện thị lực ở những bệnh nhân có tiền phòng nông tương đương với những bệnh nhân có tiền phòng bình thường sau 1 tuần ($P=0,794$), 1 tháng ($P=0,735$). Điều này cho thấy phẫu thuật PHACO vẫn được xem là một phương pháp điều trị hiệu quả cho những bệnh nhân đục thể thủy tinh có tiền phòng nông. Tuy nhiên, khi xét đến thông số kết quả phẫu thuật, đối với nhân cứng độ III, nhóm tiền phòng nông có thời gian PHACO là $33,8\pm 8,2$ giây, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là $25,7\pm 4,7$ giây ($P<0,01$) nhưng lại không có sự khác biệt ở nhân cứng độ II và độ IV. Kết quả này cho thấy độ cứng nhân có ảnh hưởng đến thời gian PHACO bên cạnh độ sâu tiền phòng. Nhân độ II tương đối mềm do đó thời gian tán nhuyễn là không đáng kể, ngược lại thời gian tán nhuyễn thường kéo dài đối với những nhân quá cứng độ IV. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phương pháp tán nhân

Stop and Chop và máy phẫu thuật Infinity Ozil giúp phẫu thuật viên sử dụng ít năng lượng hơn các nghiên cứu khác,[2],[6] và không có sự khác biệt giữa nhóm tiền phòng nông và nhóm chứng. Khi xét đến thể tích dịch sử dụng, nhóm tiền phòng nông có thể tích dịch sử dụng ở trường hợp nhân cứng độ II ($58,4\pm 20,2$ ml) và độ III ($61,1\pm 16,5$ ml) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là $39,0\pm 15,2$ ml và $39,8\pm 11,8$ ml ($P<0,05$ và $P<0,01$). Điều này tương đồng với kết quả của tác giả Hwang,[2] trên những bệnh nhân có tiền phòng nông, thời gian tưới rửa để loại bỏ mảnh nhân và chất nhầy thường kéo dài dẫn đến tăng tiêu thụ dịch, có thể tổn thương tế bào nội mô.[4] Tiền phòng càng nông, thể tích dịch BSS sử dụng càng cao ($R=-0,649$; $P<0,001$). Ngoài ra, thời gian PHACO kéo dài (≥ 60 giây) khi phẫu thuật trên mắt có độ sâu tiền phòng trung bình $2,28\pm 0,31$ mm cho thấy việc xác định độ sâu tiền phòng trước phẫu thuật là rất quan trọng, tiền phòng càng nông đòi hỏi thời gian PHACO càng kéo dài do hạn chế thao tác. Nghiên cứu của chúng tôi và Dighe[1] đã chứng minh có mối tương quan nghịch mức độ trung bình giữa độ sâu tiền phòng và thời gian PHACO trên nhân cứng mức độ trung bình (độ III). Như vậy, khi phẫu thuật PHACO đối với những trường hợp đục thể thủy tinh có tiền phòng nông, đòi hỏi phẫu thuật viên phải có nhiều kinh nghiệm, thao tác cẩn thận, điều chỉnh thông số thích hợp nhằm hạn chế biến chứng. Nghiên cứu này củng cố tầm quan trọng của việc xác định độ sâu tiền phòng trước phẫu thuật và tạo nền tảng cho các nghiên cứu lớn hơn trong việc xây dựng hệ thống tính điểm khách quan nhằm phân loại các vấn đề của phẫu thuật PHACO phục vụ cho công tác giảng dạy. Hạn chế của nghiên cứu là cỡ mẫu nhỏ, chưa xét đến tình trạng tổn thương tế bào nội mô khi đánh giá kết quả phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật PHACO giúp cải thiện thị lực trên những bệnh nhân có tiền phòng nông. Tuy nhiên, phẫu thuật PHACO trên mắt có tiền phòng nông đòi hỏi nhiều kỹ thuật và kinh nghiệm. Xác định độ sâu tiền phòng trước phẫu thuật giúp các phẫu thuật viên tiên lượng được nguy cơ và độ khó của phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dighe Kedar (2022), "Correlation between phacoemulsification effective time and anterior chamber depth in uncomplicated cataract surgery", MedPulse International Journal of Ophthalmology, 21 (1), 05-08.

2. Hwang H. B., Lyu B., Yim H. B., et al. (2015), "Endothelial Cell Loss after Phacoemulsification according to Different Anterior Chamber Depths", J Ophthalmol, 2015, 210716.
3. Khalid M., Ameen S. S., Ayub N., et al. (2019), "Effects of anterior chamber depth and axial length on corneal endothelial cell density after phacoemulsification", Pak J Med Sci, 35 (1), 200-204.
4. Mahdy M. A., Eid M. Z., Mohammed M. A., et al. (2012), "Relationship between endothelial cell loss and microcoaxial phacoemulsification parameters in noncomplicated cataract surgery", Clin Ophthalmol, 6, 503-10.
5. Reuschel A., Bogatsch H., Oertel N., et al. (2015), "Influence of anterior chamber depth, anterior chamber volume, axial length, and lens density on postoperative endothelial cell loss", Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol, 253 (5), 745-52.
6. Solanki Meghna, Verma Gargi, Kumar Ankur, et al. (2018), "Comparative Study of Endothelial Cell Loss after Phacoemulsification in Different Anterior Chamber Depth Groups", Journal of Clinical and Diagnostic Research.
7. Walkow T., Anders N., Klebe S. (2000), "Endothelial cell loss after phacoemulsification: relation to preoperative and intraoperative parameters", J Cataract Refract Surg, 26 (5), 727-32.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN XEP ĐỐT SỐNG NGỰC – THẮT LƯNG DO BỆNH LÝ KUMMELL TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đỗ Mạnh Hùng¹, Vũ Văn Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân xep đốt sống ngực – thắt lưng do bệnh lý Kummell ở Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu với 27 bệnh nhân gù cột sống ngực-thắt lưng sau chấn thương tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2021 – tháng 1/2023. Kết quả: có 27 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nữ chiếm 70,4%, tuổi trung bình là $58,6 \pm 4,9$. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân: điểm VAS trung bình $7,4 \pm 0,8$, có 5 bệnh nhân tổn thương thần kinh mức độ AIS D, điểm ODI trung bình $67,2\% \pm 4,8\%$. Trên Xquang: hầu hết các bệnh nhân tổn thương 1 đốt sống chiếm 92,6%, góc xẹp thân đốt sống trung bình là $29,2^\circ \pm 1,4^\circ$, góc gù vùng là $33,3^\circ \pm 1,8^\circ$. Tscore trung bình là $-3,4 \pm 0,5$, dấu hiệu khoảng sáng trong thân đốt sống chiếm 100%. Trên MRI: có 77,8% bệnh nhân phù nề thân đốt sống, 29,6% bệnh nhân hẹp ống sống, 18,5% bệnh nhân tổn thương phức hợp dây chằng phía sau PLC, dấu hiệu tổn thương giảm tín hiệu trên T1W và tăng tín hiệu trên T2W chiếm 100%. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng nổi bật của bệnh nhân xep đốt sống do bệnh Kummell là đau cột sống, có thể có biểu hiện tổn thương thần kinh chủ yếu ở mức độ nhẹ và trung bình. Trên Xquang các bệnh nhân có biểu hiện gù cột sống với góc gù vùng và góc xẹp thân đốt sống tăng, dấu hiệu khoảng sáng trong thân đốt sống. Trên MRI có thể thấy biểu hiện tổn thương phức hợp dây chằng phía sau PLC, phù tủy sống và dấu hiệu khe hở trong thân đốt sống tăng tín hiệu trên T2W và giảm tín hiệu trên T1W. **Từ khóa:** Chấn thương cột sống ngực – thắt lưng, loãng xương, gù cột sống ngực – thắt lưng, bệnh lý Kummell

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND IMAGING DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH THORACOLUMBAR VERTEBRAL COMPRESSION DUE TO KUMMELL'S DISEASE AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with thoracolumbar vertebral compression due to Kummell's disease at Viet Duc University Hospital. **Methods:** A prospective descriptive study conducted on 27 patients with thoracolumbar vertebral compression due to Kummell's disease at Viet Duc University Hospital from January 2021 to January 2023. Results: Among the 27 patients in our study, the majority were female, accounting for 70.4%, with an average age of $58,6 \pm 4,9$ years. The clinical characteristics of the patients included an average VAS score of $7,4 \pm 0,8$, with 5 patients presenting with AIS D-level neurological injury, and an average ODI score of $67,2\% \pm 4,8\%$. On X-ray imaging: most patients had damage to a single vertebra (92,6%), with an average vertebral body compression angle of $29,2^\circ \pm 1,4^\circ$, and a regional kyphotic angle of $33,3^\circ \pm 1,8^\circ$, 100% of patients had intravertebral vacuum sign. The average T-score was $-3,4 \pm 0,5$. On MRI: 77,8% of patients had vertebral body edema, 29,6% had spinal canal stenosis, and 18,5% had posterior ligamentous complex (PLC) injury, 100% of patients had intravertebral vacuum sign hyperintense on T2W and hypointense on T1W. **Conclusion:** The prominent clinical symptom of patients with vertebral compression due to Kummell's disease is spinal pain, which may be accompanied by neurological symptoms, primarily of mild to moderate severity. On X-rays, patients exhibit spinal kyphosis with an increased kyphotic angle and vertebral body collapse angle, along with a visible intravertebral vacuum sign. MRI may reveal damage to the posterior ligamentous complex (PLC), spinal cord edema, and a signal void within the vertebral body that appears hyperintense

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Mạnh Hùng

Email: manhhungdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 18.10.2021

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024