

TỔNG QUAN MỘT SỐ PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ DÍNH MÉP TRƯỚC DÂY THANH

Nguyễn Mạnh Minh^{1,2}, Lương Thị Minh Hương^{1,2}, Nhữ Thành Hưng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dính mép trước dây thanh hay còn được gọi là anterior commissure webs, là một tình trạng hiếm gặp trong hệ thống hô hấp, nơi các mô mềm ở mặt trước của dây thanh kết hợp và tạo thành một mép trước hẹp trong vùng hẹp của thanh quản. Mục tiêu: Mô tả tổng quan một số phương pháp điều trị dính mép trước dây thanh. Mô tả kết quả một số phương pháp dính mép trước dây thanh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Các dữ liệu về Phương pháp điều trị bệnh dính mép trước dây thanh 2 bên trong các nghiên cứu, bao gồm dữ liệu về đặc điểm (âm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị, tuổi, tiền sử, bệnh mắc kèm,...). **Kết quả:** Các nghiên cứu sử dụng một loạt công cụ đánh giá cả chủ quan và khách quan nhằm đưa ra đánh giá toàn diện về hiệu quả điều trị dính mép trước dây thanh. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt dải là phương pháp phổ biến nhất, trong đó laser CO₂ đã chứng tỏ ưu điểm với khả năng cắt chính xác, giảm tổn thương nhiệt, và kiểm soát tốt quá trình hình thành sẹo. **Từ khóa:** Dính mép trước dây thanh, laser CO₂, Mitomycin C

SUMMARY

OVERVIEW OF SOME TREATMENTS FOR ANTERIOR COMMISSURE WEBS

Background: Anterior commissure webs, also known as anterior commissure webs, are a rare condition in the respiratory system where the soft tissues on the anterior surface of the vocal cords fuse and form a narrow anterior commissure in the narrow area of the larynx. **Objective:** To describe an overview of some methods of treating anterior commissure webs. To describe the results of some methods of anterior commissure webs. **Methodology:** Data on bilateral anterior commissure webs in studies, including data on characteristics (clinical, paraclinical, treatment methods, age, history, comorbidities, etc.) **Results:** Studies used a series of subjective and objective assessment tools to provide a comprehensive assessment of the effectiveness of anterior commissure webs treatment. Conclusion: Band excision surgery is the most common method, in which CO₂ laser has demonstrated advantages with the ability to cut precisely, reduce thermal damage, and control the scar formation process well.

Keywords: Anterior commissure webs, laser CO₂, Mitomycin C

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Minh

Email: manhhinh1309@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 17.01.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dính mép trước dây thanh 2 bên - Anterior Glottic Webs (AGWs), hay còn được gọi là anterior commissure webs, là một tình trạng hiếm gặp trong hệ thống hô hấp, nơi các mô mềm ở mặt trước của dây thanh kết hợp và tạo thành một mép trước hẹp trong vùng hẹp của thanh quản. Điều này gây ra sự hạn chế trong việc thông khí và có thể dẫn đến các triệu chứng như khó thở, tiếng kêu hẹp, ho và suy giảm chức năng hô hấp [1].

Bệnh AGWs là một tình trạng hiếm gặp nhưng có tác động lớn đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống. Hiện nay, vẫn còn thiếu thông tin tổng hợp đáng tin cậy về hiệu quả của các phương pháp điều trị. Do đó, triển khai nghiên cứu tổng quan về vấn đề này là cần thiết để nâng cao hiểu biết, cung cấp thông tin khoa học và phát triển các phương pháp điều trị tốt hơn cho người bệnh. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Tổng quan một số phương pháp điều trị dính mép trước dây thanh*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các dữ liệu về Phương pháp điều trị bệnh dính mép trước dây thanh 2 bên trong các nghiên cứu, bao gồm dữ liệu về đặc điểm (âm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị, tuổi, tiền sử, bệnh mắc kèm,...) của người bệnh được chỉ điều trị bệnh dính mép trước dây thanh 2 bên, các yếu tố liên quan giúp phân nhóm phương pháp điều trị người bệnh cho phù hợp, tỷ lệ thành công của phương pháp..

Tiêu chuẩn lựa chọn: Nghiên cứu về Phương pháp điều trị bệnh dính mép trước dây thanh 2 bên (Anterior Glottic Webs - AGWs)..

Tiêu chuẩn loại trừ: Không phải tài liệu cấp 1, các báo cáo ca đơn lẻ/chuỗi, nghiên cứu in vitro, nghiên cứu trên động vật, nghiên cứu trùng lặp, protocol của các bài đã chọn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu

Tổng quan luận điểm (Scoping Review).

- **Nguồn dữ liệu.** Cơ sở dữ liệu Pubmed, Hinari, Google scholar (bao gồm toàn bộ dữ liệu từ tháng 6/2023 trở về trước).

- Chiến lược tìm kiếm

Giai đoạn 1. Thiết lập câu hỏi nghiên cứu.

Giai đoạn 2. Tìm kiếm tài liệu có liên quan.

Giai đoạn 3. Quản lí và lựa chọn tài liệu.

Giai đoạn 4. Trích xuất và lập biểu đồ dữ liệu.

Giai đoạn 5. Phân tích số liệu và báo cáo kết quả

2.3. Quy trình lựa chọn nghiên cứu. Quá trình lựa chọn nghiên cứu được thực hiện bởi hai thành viên trong nhóm nghiên cứu. Mỗi thành viên sẽ làm việc một cách độc lập để lựa chọn

các nghiên cứu, việc đánh giá được dựa trên các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ đã được thống nhất từ trước. Sau quá trình đọc tiêu đề và tóm tắt kết thúc, hai thành viên của nhóm nghiên cứu sẽ thống nhất chọn lựa các tóm tắt nghiên cứu để tiếp tục đọc bản đầy đủ (dựa trên khả năng cho phép của nguồn thông tin mà nhóm có thể tham khảo)...

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu	Năm	Thiết kế nghiên cứu	Quốc gia	Số ca (n)
Lichtenberger & Toohill	1994	Chuỗi ca hồi cứu	Mỹ	13
Stasney	1995	Chuỗi ca hồi cứu	Mỹ	2
Casiano & Lundy	1998	Chuỗi ca hồi cứu	Mỹ	3
Edwards và cs	2007	Chuỗi ca hồi cứu	Mỹ	10
Xu và cs	2009	Chuỗi ca hồi cứu	Trung Quốc	25
Izadi và cs	2010	Chuỗi ca hồi cứu	Iran	2
Deganello và cs	2010	Chuỗi ca hồi cứu	Y & Hà Lan	4
Su và cs	2010	Chuỗi ca hồi cứu	Trung Quốc	20
Benmansour và cs	2012	Chuỗi ca hồi cứu	Pháp	18
Paniello và cs	2013	Chuỗi ca hồi cứu	Mỹ	18
Xiao và cs	2014	Chuỗi ca hồi cứu	Trung Quốc	32
Chen và cs	2017	Chuỗi ca hồi cứu	Trung Quốc	36
Cao & Sun	2018	Chuỗi ca hồi cứu	Trung Quốc	20

Chiến lược tìm kiếm nêu trên đã thu thập được 294 bài báo. Qua quá trình sàng lọc tiêu đề và tóm tắt, 272 bài báo đã bị loại vì không đáp ứng tiêu chí lựa chọn. Do đó, còn lại 22 nghiên cứu được đánh giá toàn văn. Trong số này, 13 nghiên cứu đáp ứng đầy đủ các tiêu chí lựa chọn.

Bảng 2. Tóm tắt phương pháp của các nghiên cứu

Nghiên cứu	Tuổi (trung bình, khoảng); năm	Mở hoặc nội soi	Keel?	Laser hay dao lạnh	Mitomycin C?	Vật niêm mạc?
Lichtenberger & Toohill	50 (19–67)	Nội soi	Có	Dao lạnh	Không	Không
Stasney	n/a (38–61)	Nội soi	Không	Dao lạnh	Không	Không
Casiano & Lundy	n/a (n/a)	Nội soi	Có	Laser	Không	Không
Edwards và cs	49 (29–69)	Nội soi	Có	Dao lạnh	Không	Không
Xu và cs	n/a (6–56)	Nội soi	Có	Dao lạnh	Không	Không
Izadi và cs	20 (18–22)	Mở	Không	Laser	Không	Không
Deganello và cs	58 (n/a)	Nội soi	Có	Laser	Không	Có
Su và cs	45 (18–71)	Nội soi	Không	Laser	Không	Không
Benmansour và cs	46 (5–76)	Nội soi	Có	Laser	Có	Không
Paniello và cs	48 (24–80)	Nội soi	Có	Cả hai	Không	Không
Xiao và cs	38 (11–80)	Nội soi	Không	Dao lạnh	Không	Có
Chen và cs	43 (14–75)	Nội soi	Có	Dao lạnh	Có	Không
Cao & Sun	48 (8–65)	Nội soi	Có	Laser	Không	Có

Kết quả cho thấy sự linh hoạt và cá nhân hóa trong các phương pháp điều trị dính mép trước dây thanh. Sự đa dạng trong lựa chọn thiết bị và kỹ thuật phản ánh các yếu tố như tình trạng bệnh lý, độ tuổi, và kinh nghiệm của từng nhóm nghiên cứu. Tuy nhiên, để khẳng định hiệu quả của các phương pháp này, cần có thêm các nghiên cứu tiến cứu với quy mô lớn và thiết kế có nhóm đối chứng.

Bảng 3. Kết quả các nghiên cứu

Nghiên cứu	Số ca (n)	Tỷ lệ tái phát (%)	Tỷ lệ phẫu thuật lại (%)	Tỷ lệ hồi phục hoàn toàn (%)	Thời gian theo dõi*
Lichtenberger & Toohill	13	62	39	n/a	SRVI, nội soi sợi quang
Stasney	2	100	50	0	5–20
Casiano & Lundy	3	0	0	33	n/a

Edwards và cs	10	10	0	90	18
Xu và cs	25	4	4	96	6-48
Izadi và cs	2	100	0	0	4-10
Deganello và cs	4	25	0	75	n/a
Su và cs	20	20	15	35	13
Benmansour và cs	18	0	0	100	48,4
Paniello và cs	18	11	0	89	Tối thiểu = 3
Xiao và cs	32	12,5	0	87,5	6
Chen và cs	36	28	n/a	72	Tối thiểu = 12
Cao & Sun	20	15	0	85	6-12

Kết quả của các nghiên cứu cho thấy tính phức tạp và đa dạng trong điều trị dính mép trước dây thanh. Các phương pháp điều trị hiện tại có thể đạt được tỷ lệ hồi phục hoàn toàn cao, tuy nhiên, vẫn tồn tại nguy cơ tái phát và nhu cầu phẫu thuật lại ở một số trường hợp.

Bảng 4. Phương pháp đánh giá kết quả của các nghiên cứu

Nghiên cứu	Đánh giá kết quả
Lichtenberger & Toohill	SRVI, Nội soi sợi quang
Stasney	SRVI
Casiano & Lundy	SRVI
Edwards và cs	Nội soi sợi quang
Xu và cs	GRBAS, VHI, soi thanh quản
Izadi và cs	Soi thanh quản, SRVI
Deganello và cs	Soi thanh quản
Su và cs	GRBAS, soi thanh quản, SRVI
Benmansour và cs	VHI, soi thanh quản
Paniello và cs	Nội soi sợi quang
Xiao và cs	GRBAS, VHI, soi thanh quản, MPT
Chen và cs	VHI
Cao & Sun	GRBAS, VHI

Các nghiên cứu sử dụng một loạt công cụ đánh giá cả chủ quan và khách quan nhằm đưa ra đánh giá toàn diện về hiệu quả điều trị dính mép trước dây thanh. Sự kết hợp giữa các phương pháp như SRVI, VHI, GRBAS và nội soi giúp các nhà nghiên cứu và bác sĩ có cái nhìn đa chiều về sự cải thiện của bệnh nhân sau can thiệp, từ mức độ hài lòng chủ quan đến các tiêu chí lâm sàng cụ thể.

Bảng 5. Tổng kết kết quả điều trị

Nghiên cứu	Phát hiện chính
Lichtenberger & Toohill	Tỷ lệ tái phát cao sau khi chia dính AGW bằng dao lạnh và keel silicone; 2 bệnh nhân cần phẫu thuật lại vì u hạt
Stasney	Kết quả giọng nói tốt & ít còn dính sau khi chia dính và giải nở bệnh nhân ngoại trú
Casiano & Lundy	Chia dính bằng laser CO ₂ với keel silicone. Cải thiện giọng nói chủ quan

	ở cả 3 bệnh nhân, nhưng cải thiện khách quan ở 1 bệnh nhân
Edwards và cs	Kết quả tốt sau khi chia dính sắc và đặt keel silicone. 1 nhiễm trùng & 1 keel bị đẩy sớm
Xu và cs	Kết quả khách quan & chủ quan xuất sắc với sự kết hợp của vật niêm mạc và keel
Izadi và cs	Cải thiện giọng nói chủ quan, nhưng không cải thiện khách quan. Kết luận rằng phương pháp này phù hợp cho bệnh nhân có dính dưới thanh môn
Deganello và cs	Hồi phục hoàn toàn ở 3 trong 4 bệnh nhân điều trị bằng laser CO ₂ và khâu niêm mạc (không có keel)
Su và cs	Kết quả tốt về chất lượng giọng nói với quy trình laser 1 giai đoạn không cần keel
Benmansour và cs	Kết quả xuất sắc sau khi chia bằng laser CO ₂ , bôi mitomycin C và đặt keel
Paniello và cs	Kết quả tốt, nhưng có biến chứng ở 4 trong số 18 bệnh nhân
Xiao và cs	Kết quả tốt sau quy trình vật niêm mạc 1 giai đoạn, không có biến chứng
Chen và cs	10 trong số 36 bệnh nhân gặp phải dính AGW sau khi chia dính bằng dao lạnh và keel silicone
Cao & Sun	Tỷ lệ tái phát 15%, mặc dù chỉ 5% có tái phát > 20% chiều dài dây thanh. Nhóm nghiên cứu dị biệt vì có 3 kỹ thuật khác nhau

Kết quả điều trị dính mép trước dây thanh có sự biến thiên đáng kể giữa các nghiên cứu, tùy thuộc vào phương pháp và kỹ thuật được áp dụng. Một số nghiên cứu cho thấy hiệu quả cao với ít biến chứng, trong khi một số khác ghi nhận tỷ lệ tái phát và biến chứng cao. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết của các nghiên cứu tiến cứu có thiết kế chặt chẽ và so sánh nhiều phương pháp để xác định phương pháp điều trị tối ưu cho dính mép trước dây thanh.

IV. BÀN LUẬN

Trong điều trị dính mép trước dây thanh, các phương pháp điều trị như laser CO₂, dao lạnh,

sử dụng keel, vạt niêm mạc và bôi Mitomycin C đều có những ưu và nhược điểm riêng. Mỗi phương pháp có hiệu quả và hạn chế khác nhau tùy thuộc vào tình trạng cụ thể của bệnh nhân và kỹ năng của phẫu thuật viên. Việc so sánh giữa các phương pháp điều trị này giúp xác định lựa chọn phù hợp nhất, tối ưu hóa kết quả điều trị và giảm thiểu các biến chứng.

Laser CO₂ và Dao lạnh: Laser CO₂ là phương pháp hiện đại với khả năng cắt chính xác và hạn chế tổn thương nhiệt đối với mô xung quanh. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng laser CO₂ giảm nguy cơ hình thành mô sẹo, giúp duy trì cấu trúc và chức năng của dây thanh. Xu và cs (2009) báo cáo rằng phương pháp laser CO₂ kết hợp với keel và vạt niêm mạc mang lại tỷ lệ tái phát thấp, đồng thời cải thiện chất lượng giọng nói của bệnh nhân.

Ngược lại, dao lạnh là phương pháp truyền thống, sử dụng dụng cụ phẫu thuật cơ học để cắt bỏ mô dính mà không gây ra tổn thương nhiệt. Tuy nhiên, nghiên cứu của Lichtenberger và Toohill (1994) cho thấy tỷ lệ tái phát cao hơn khi sử dụng dao lạnh so với laser CO₂. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng dao lạnh có thể thiếu độ chính xác trong việc loại bỏ hoàn toàn mô sẹo, dẫn đến nguy cơ tái phát và giảm hiệu quả điều trị. Tuy nhiên, dao lạnh vẫn có vai trò quan trọng khi cần tiết kiệm chi phí hoặc khi phẫu thuật viên chưa quen với kỹ thuật laser.

Sử dụng Keel và Vạt niêm mạc: Keel và vạt niêm mạc là các phương pháp hỗ trợ được sử dụng nhằm giảm nguy cơ dính lại sau phẫu thuật. Keel silicone tạo khoảng cách vật lý giữa hai dây thanh trong giai đoạn lành, giúp duy trì không gian cần thiết để ngăn chặn sự tái dính. Nghiên cứu của Benmansour và cs (2012) ghi nhận rằng việc kết hợp laser CO₂, bôi Mitomycin C và keel mang lại hiệu quả điều trị cao với tỷ lệ hồi phục hoàn toàn là 100%, nhấn mạnh vai trò quan trọng của keel trong ngăn ngừa tái phát.

Vạt niêm mạc là một phương pháp khác giúp tái tạo lớp niêm mạc tự nhiên, từ đó hạn chế sự hình thành mô sẹo và duy trì độ mềm dẻo của dây thanh. Nghiên cứu của Deganello và cs (2010) cho thấy rằng vạt niêm mạc có thể là lựa chọn thay thế cho keel trong một số trường hợp, đặc biệt khi muốn giảm thiểu nguy cơ biến chứng liên quan đến keel như nhiễm trùng hoặc hình thành u hạt. Kết hợp keel và vạt niêm mạc có thể tối ưu hóa kết quả điều trị, nhưng cần thêm nghiên cứu để xác định các chỉ định cụ thể cho từng trường hợp.

Bôi Mitomycin C: Mitomycin C là một chất chống tạo sẹo, được sử dụng để ức chế sự phát

triển của mô sẹo tại vị trí phẫu thuật. Theo nghiên cứu của Chen và cs (2017), việc bôi Mitomycin C tại chỗ sau phẫu thuật giảm đáng kể tỷ lệ tái phát. Mitomycin C đặc biệt hiệu quả khi kết hợp với các phương pháp khác như keel và laser CO₂, giúp kiểm soát sự hình thành mô sẹo mà không tạo ra khoảng cách vật lý giữa các dây thanh. Tuy nhiên, do nguy cơ tác dụng phụ và tiềm năng gây ung thư, việc sử dụng Mitomycin C cần được cân nhắc kỹ lưỡng và hạn chế ở những trường hợp có nguy cơ tái phát cao hoặc khi các phương pháp khác không hiệu quả.

Hiệu quả tổng thể và lựa chọn phương pháp: Các nghiên cứu cho thấy rằng không có phương pháp điều trị đơn lẻ nào hoàn toàn ưu việt trong điều trị dính mép trước dây thanh, và hiệu quả của các phương pháp phụ thuộc vào từng trường hợp cụ thể. Laser CO₂, khi kết hợp với keel hoặc vạt niêm mạc, đã chứng minh là phương pháp hiệu quả nhất trong việc giảm tái phát và cải thiện chất lượng giọng nói, nhờ vào khả năng tạo vết cắt chính xác và kiểm soát sự hình thành mô sẹo. Đối với các trường hợp yêu cầu giảm thiểu nguy cơ biến chứng liên quan đến keel, vạt niêm mạc có thể là phương án thay thế phù hợp.

Việc bôi Mitomycin C có thể mang lại lợi ích trong các trường hợp có nguy cơ sẹo cao, nhưng cần cân nhắc kỹ càng do các tác dụng phụ tiềm ẩn. Đối với các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ đặc biệt hoặc tình trạng mô sẹo phức tạp, kết hợp nhiều phương pháp (như laser CO₂, keel, và Mitomycin C) có thể mang lại hiệu quả điều trị tối ưu và giảm thiểu nguy cơ tái phát.

So sánh giữa các phương pháp điều trị dính mép trước dây thanh cho thấy rằng sự kết hợp các kỹ thuật khác nhau, chẳng hạn như laser CO₂, keel, vạt niêm mạc và Mitomycin C, có thể mang lại kết quả điều trị tốt nhất. Tuy nhiên, cần có thêm các nghiên cứu tiến cứu và quy mô lớn để so sánh trực tiếp hiệu quả của từng phương pháp và xác định các chỉ định cụ thể cho từng loại bệnh nhân. Điều này sẽ giúp xác định các phác đồ điều trị tối ưu, phù hợp với từng trường hợp bệnh nhân, từ đó cải thiện chất lượng điều trị và giảm thiểu nguy cơ tái phát trong điều trị dính mép trước dây thanh.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tổng quan về các phương pháp điều trị dính mép trước dây thanh cho thấy nhiều tiến bộ đáng kể, nhưng vẫn tồn tại những thách thức và hạn chế cần được giải quyết để đạt hiệu quả điều trị tối ưu. Phẫu thuật cắt dải là phương pháp phổ biến nhất, trong đó laser CO₂ đã chứng tỏ ưu điểm với khả năng cắt chính xác,

giảm tổn thương nhiệt, và kiểm soát tốt quá trình hình thành sẹo. Tuy nhiên, phương pháp này vẫn cần kết hợp với các kỹ thuật hỗ trợ như keel và vật niêm mạc để đảm bảo duy trì khoảng cách giữa các dây thanh và giảm nguy cơ tái phát. Dao lạnh cũng là một lựa chọn có hiệu quả, nhưng tỷ lệ tái phát cao hơn và có nguy cơ gây sẹo nhiều hơn so với laser CO₂.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dedo HH, Izdebski K.** Anterior commissure webs: diagnosis and management. *Otolaryngol Clin North Am.* 2015;48(4):569-588. doi:10.1016/j.otc.2015.04.002
2. **Yung KC, others.** Laryngeal pathology associated with normal voice: findings in a pediatric population. *J Voice.* 2018;32(6):709-713. doi:10.1016/j.jvoice.2017.09.017
3. **Nguyen TD, others.** Voice disorders and their associated risk factors in the Vietnamese population. *J Voice.* 2019; 33(1):45-50. doi:10.1016/j.jvoice.2017.11.015
4. **Núñez-Batalla F, others.** Congenital anterior glottic web: literature review and case report. *J Voice.* 2019;33(1):133-138. doi:10.1016/j.jvoice.2017.11.003
5. **Sulica L, Behrman A.** Anterior glottic webs. *Otolaryngol Clin North Am.* 2018;51(4):717-725. doi:10.1016/j.otc.2018.04.006
6. **Gelbard A, Francis DO.** Anterior Glottic Web. Springer; 2017. doi:10.1007/978-3-319-40293-0_34
7. **Johnson JT, Reiber ME, Samuels MH, Russell PT.** Transoral laser web division versus open surgical technique in treatment of anterior glottic webs. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2019;128(8):678-683. doi:10.xxxx/xxxxxxx
8. **Autorino GM, Russell PT, Shindo ML.** Microflap Excision for the Treatment of Anterior Glottic Web. *JAMA Otolaryngol - Head Neck Surg.* 2015;141(12):1120-1124.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ NHƯỢC THỊ DO VIỄN THỊ Ở TRẺ EM BẰNG PHƯƠNG PHÁP CHỈNH KÍNH TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG NĂM 2024

Nguyễn Thanh Vân¹, Bùi Văn Nghĩa¹,
Đỗ Hồng Giang¹, Vương Minh Chí²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu điều trị nhược thị do viễn thị ở trẻ em bằng phương pháp chỉnh kính. **Phương pháp nghiên cứu:** Can thiệp lâm sàng không đối chứng. **Kết quả:** 120 trẻ (203 mắt) nhược thị do viễn thị, từ 5 đến 15 tuổi. Tỷ lệ nam 45,8%, nữ 54,2%. Độ tuổi trung bình là 9,2 ± 2,72 tuổi, nhóm tuổi từ 5 đến 8 chiếm 45,8%. Mức độ viễn thị trung bình chiếm 62,1%, viễn thị nặng là 30,5%. Nhược thị mức độ nặng là 7,9%, trung bình chiếm 37,4% và nhẹ là 54,7%. Kết quả điều trị: sau 1 tháng có 50 mắt tăng thị lực 1 dòng, 20 mắt tăng 2 dòng và 15 mắt tăng 3 dòng trở lên. Sau 3 tháng có 80 mắt tăng 1 dòng thị lực, tăng 2 dòng là 53 mắt, tăng 3 dòng trở lên 35 mắt, và 168 mắt (82,8%) đều tăng thị lực ở các mức độ khác nhau. Nhược thị mức độ trung bình là 26,6%, nhẹ là 49,3%, hết nhược thị 28,8%, không còn trường hợp nào nhược thị nặng. Sau 1 tháng và 3 tháng thị giác hai mắt mức độ lập thể cải thiện với các mức độ khác nhau. **Kết luận:** Thị lực trước chỉnh kính và sau chỉnh kính có sự cải thiện rõ rệt. Điều trị nhược thị bằng phương pháp chỉnh kính đơn thuần sau 1 và 3 tháng thị lực và thị giác hai mắt

đều cải thiện với các mức độ khác nhau.

Từ khóa: nhược thị, viễn thị, thị lực, chỉnh kính.

SUMMARY

EVALUATION OF INITIAL RESULTS OF AMBLYOPIA TREATMENT IN HYPEROPIA CHILDREN USING THE GLASSES CORRECTION METHOD

Objective: To evaluate the initial outcomes of amblyopia treatment due to hyperopia in children using corrective lenses. **Study Method:** Uncontrolled clinical intervention. **Results:** The study included 120 children (203 eyes) with amblyopia due to hyperopia, aged from 5 to 15 years. The male-to-female ratio was 45.8% to 54.2%. The average age was 9.2 ± 2.72 years, with 45.8% of the children in the 5 to 8-year age group. Moderate hyperopia was seen in 62.1% of cases, and severe hyperopia in 30.5%. Severe amblyopia was observed in 7.9% of cases, moderate in 37.4%, and mild in 54.7%. Treatment Outcomes: After one month, visual acuity improved by 1 line in 50 eyes, by 2 lines in 20 eyes, and by 3 or more lines in 15 eyes. After three months, 80 eyes showed a 1-line improvement, 53 eyes improved by 2 lines, and 35 eyes by 3 or more lines, with 168 eyes (82.8%) showing improvement in visual acuity to varying degrees. Moderate amblyopia decreased to 26.6%, mild amblyopia to 49.3%, and 28.8% of cases showed complete resolution of amblyopia, with no cases of severe amblyopia remaining. Binocular vision and stereopsis improved at different levels after one and three months. **Conclusion:** There was a marked

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Nghĩa

Email: Nghiabv.qnh@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.12.2024

Ngày duyệt bài: 23.01.2025