

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

improvement in visual acuity before and after correction with glasses. Amblyopia treatment using only corrective lenses showed significant improvements in visual acuity and binocular vision at both one and three months, with varying degrees of improvement. **Keywords:** amblyopia, hyperopia, visual acuity, corrective glasses.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhược thị là tình trạng giảm thị lực (TL) ở một hoặc cả hai mắt $\leq 20/30$ hoặc khi chênh lệch TL giữa hai mắt là trên 2 dòng mặc dù đã được chỉnh kính tối ưu và không tìm được nguyên nhân thực thể tại mắt gây giảm TL. Nhược thị cũng được coi là nguyên nhân hàng đầu gây giảm TL ở trẻ em [5], [6]. Phần lớn các trường hợp nhược thị nếu được phát hiện sớm và điều trị kịp thời thì đều có khả năng phục hồi TL [7]. Nhược thị nếu không được điều trị sẽ gây giảm TL vĩnh viễn, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân như giảm hoặc mất khả năng lao động và sinh hoạt bình thường, có thể tác động đến sự phát triển tâm lý của trẻ.

Có nhiều nguyên nhân gây nên nhược thị, tật khúc xạ (TKX) là nguyên nhân gây nhược thị đứng thứ hai sau lác, trong đó viễn thị là loại tật khúc xạ thường gặp ở trẻ em. Nguyễn Thị Thu Hiền (2021) nghiên cứu trên 117 trẻ 6 tuổi với 228 mắt được chẩn đoán TKX cho thấy tỷ lệ viễn thị là 19,3%; nhược thị chiếm 42,1% [3]. Theo nghiên cứu Leenheer R.S năm 2012 nhận thấy trẻ có viễn thị mức độ từ trung bình đến nặng có nguy cơ lác gấp 13 lần vào lúc 4 tuổi nếu không được chỉnh kính, bên cạnh đó nguy cơ bị nhược thị cũng gấp 6 lần so với trẻ chính thị [8]. Với những trường hợp viễn thị cao ($\geq +5.00D$) và lệch khúc xạ ($+1.50D$), nếu không được chỉnh kính và điều trị kịp thời sẽ có nguy cơ cao gây nhược thị. Hiện nay đã có một số nghiên cứu về các phương pháp điều trị nhược thị do TKX. Tuy nhiên để đánh giá tầm quan trọng của việc chỉnh kính và điều trị nhược thị do TKX bằng phương pháp chỉnh kính thì ít có tác giả đề cập đến, để góp phần chăm sóc mắt trẻ em và giúp đưa ra các khuyến nghị, khuyến cáo cũng như phối hợp điều trị sớm nhược thị do TKX ở trẻ em chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đánh giá kết quả bước đầu điều trị nhược thị do viễn thị ở trẻ em bằng phương pháp chỉnh kính".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Với 120 trẻ (203 mắt), từ 5 đến 15 tuổi, được khám và chẩn

đoán nhược thị do viễn thị, được điều trị cấp kính gọng và theo dõi ngoại trú tại khoa khúc xạ, bệnh viện Mắt trung ương từ tháng 3 đến tháng 9 năm 2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Trẻ em từ 5 - 15 tuổi
- Có viễn thị (viễn đơn thuần, loạn viễn, lệch khúc xạ do viễn) một hoặc hai mắt, đã được điều chỉnh kính tối ưu mà TL ở một hoặc hai mắt $\leq 20/30$.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ - Bệnh nhân nhược thị có bệnh toàn thân nặng và bệnh cấp tính.

- Bệnh nhân có lác cơ năng và lác điều tiết.

2.2. Phương pháp nghiên cứu - Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng.

- Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó: n: Số trẻ tối thiểu cần cho nghiên cứu; p = 0,5: tỷ lệ điều trị thành công ước tính [2].

- $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ ở ngưỡng $\alpha = 0,05$. Độ tin cậy bằng 95%.

- d: Độ chính xác mong muốn giữa kết quả nghiên cứu và thực tế (d = 5%).

Thay các trị số vào công thức trên, cỡ mẫu chúng tôi chọn là n = 120 trẻ (203 mắt).

2.2.1. Nội dung nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh, được thử kính sau liệt điều tiết bằng Cyclogyl 1%.

Đánh giá phân loại BN nghiên cứu dựa vào:

- Khúc xạ được xác định bằng công thức SE = công suất cầu + 1/2 công suất trụ.

- Về phân loại theo mức độ viễn thị được chia làm 3 mức độ như sau:

- + Viễn thị nhẹ khi mức độ viễn thị $\leq +2D$.

- + Viễn thị trung bình khi mức độ viễn thị từ +2.25D đến +5D

- + Viễn thị nặng khi mức độ viễn thị $\geq +5D$ [10].

- Xác định độ lệch khúc xạ giữa hai mắt: chúng tôi tính theo tương đương cầu

- Xác định mức độ nhược thị: chúng tôi dựa trên phân loại của Bộ Y tế (2015) [4]

- + Nhược thị nhẹ khi thị lực từ 20/40 đến 20/30

- + Nhược thị trung bình khi thị lực từ 20/200 đến 20/50

- + Nhược thị nặng khi thị lực dưới 20/200

- Đánh giá mức độ khỏi và chưa khỏi dựa vào thị lực

- + Hết nhược thị: thị lực > 20/30

- + Chưa hết nhược thị: thị lực $\leq 20/30$

- Đo thị giác lập thể (TGLT) bằng test hình nổi (Stereo fly test): trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ đánh giá TGLT, so sánh mức độ thị giác

theo lứa tuổi và tính giá trị trung bình theo từng thời điểm [8].

Tên test	Tuổi	Kết quả bình thường
Stero fly test	5 tuổi	< 140 giây
	6 tuổi	< 80 giây
	7 - >9 tuổi	< 60 giây
	≤9 tuổi	< 40 giây

2.2.2. Điều trị: Tất cả 120 trẻ được đeo kính tối ưu và theo dõi điều trị ngoại trú.

2.2.3. Xử lý số liệu. Số liệu thu được xử lý theo thuật toán thống kê y học.

2.3. Các chỉ số và biến số nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu được đánh giá dựa trên các chỉ số: đặc điểm viễn thị, hình thái viễn thị, mức độ nhược thị, mức độ thị lực sau chỉnh kính, tình trạng nhược thị sau điều trị, mức độ thị giác lập thể trước và sau điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

Giới	Tuổi			Tổng số	
	≤5 - 8	9-12	13-15	n	Tỷ lệ %
Nam	22	22	11	55	45,8%
Nữ	33	25	7	65	54,2%
Tổng	55(45,8%)	47(39,2%)	18(15%)	120	100%

Bảng 3.1 cho thấy 54,2% trẻ nữ và 45,8% trẻ nam. Độ tuổi trung bình là 9,2±2,72 tuổi, có nhóm tuổi từ 5 đến 8 chiếm 45,8%, tuổi 9-12 là 39,2%; tuổi 13-15 chiếm 15%.

3.1.2. Lý do đến khám. Đa số bệnh nhân đến khám với lý do nhìn mờ 1 hoặc 2 mắt (chiếm 90,2%). Một số bệnh nhân đến vì lý do môi mắt, nheo mắt (chiếm 9,8%).

3.1.3. Đặc điểm về độ viễn thị theo tuổi

Bảng 3.2. Phân bố mức độ viễn thị theo tuổi $p = 0.411$

Mức độ viễn thị	Tuổi			Tổng số	
	5 - 8	9-12	13-15	n	Tỷ lệ %
Nhẹ	5 (2,5%)	8 (3,9%)	2 (1%)	15	7,4%
Trung bình	64 (31,5%)	45 (22,2%)	17 (8,3%)	126	62,1%
Nặng	32 (15,8%)	26 (12,8%)	4 (2%)	62	30,5%
Tổng	101 (49,8%)	79 (38,9%)	23 (11,3%)	203	100%

Bảng 3.2 cho thấy mức độ viễn thị trung bình nhiều nhất 126 mắt chiếm 62,1%, viễn thị nặng là 62 mắt chiếm 30,5%, viễn thị nhẹ 15 mắt là 7,4%, độ viễn thị trung bình là 3,86 ±

2,1, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa độ viễn thị và các nhóm tuổi ($P>0,05$).

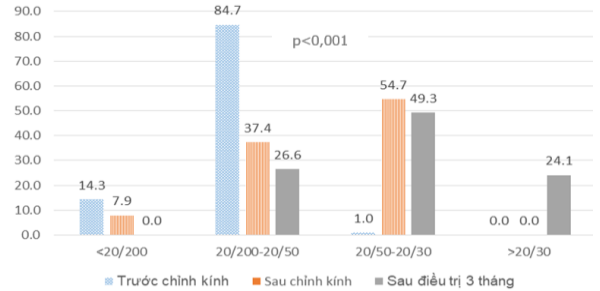
Bảng 3.3. Phân bố mức độ nhược thị theo độ viễn thị trước điều trị $p<0.001$

Độ viễn thị	Mức độ nhược thị			Tổng số	
	Nặng	Trung bình	Nhẹ	n	Tỷ lệ %
Nhẹ	0 (0,0%)	2 (1%)	13 (6,4%)	15	7,4%
Trung bình	0 (0,0%)	44 (21,6%)	82 (40,4%)	126	62,1%
Nặng	16 (7,9%)	30 (14,8%)	16 (7,9%)	62	30,5%
Tổng	16 (7,9%)	76 (37,4%)	111 (54,7%)	203	100%

Bảng 3.3 cho thấy mức độ nhược thị nặng là 7,9%, nhược thị trung bình là 37,4%, nhược nhẹ là 54,7%. Sự phân bố giữa các mức độ nhược thị có sự khác biệt, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với ($p < 0.001$).

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Mức độ nhược thị sau chỉnh kính



Biểu đồ 3.1. Sự phân bố thị lực trước, sau chỉnh kính và sau điều trị 3 tháng

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy sự phân bố thị lực trước, sau chỉnh kính và sau điều trị 3 tháng có sự khác biệt rõ rệt, có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$).

Bảng 3.4. Phân bố mức độ nhược thị theo độ viễn thị sau điều trị 3 tháng

Độ viễn thị	Mức độ nhược thị			Tổng số	
	Trung bình	Nhẹ	Hết nhược thị	n (%)	Tổng số
Nhẹ	0 (0,0%)	9 (4,4%)	6 (3%)	15	7,4%
Trung bình	18 (8,9%)	72 (35,6%)	36 (17,7%)	126	62,1%
Nặng	36 (17,7%)	19 (9,3%)	7 (3,4%)	62	30,5%
Cộng	54 (26,6%)	100 (49,3%)	49 (24,1%)	203	100%

$P<0,001$

Bảng 3.4 cho thấy mức độ nhược thị trung bình sau điều trị 3 tháng là 26,6%, nhược thị

nhe có 49,3%; hết nhược thị là 28,8%; đặc biệt mức độ nhược thị nặng đã hết. Sau điều trị 3 tháng có sự cải thiện ở các mức độ nhược thị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

3.2.2. Thị lực sau điều trị 1 tháng và 3 tháng

Bảng 3.5. Kết quả điều trị tại các thời điểm
 $p < 0,001$

Thị lực	1 tháng n(%)	3 tháng n(%)
Không tăng	118(58.1%)	35(17.2%)
Tăng 1 dòng	50(24.6%)	80(39.4%)
Tăng 2 dòng	20(9.9%)	53(26.1%)

Tăng ≥ 3 dòng	15(7.4%)	35(17.3%)
Tổng	203(100%)	203(100%)

Bảng 3.5 cho thấy sau 1 tháng điều trị có 50 mắt tăng 1 dòng thị lực, 20 mắt tăng 2 dòng, 15 mắt tăng 3 dòng trở lên, sau 3 tháng có 80 mắt tăng 1 dòng thị lực, 2 dòng là 53 mắt và tăng 3 dòng trở lên 35 mắt, 168 mắt chiếm (82,8%) đều tăng thị lực các mức độ khác nhau. Sự cải thiện thị lực sau 1 tháng và 3 tháng có sự khác biệt, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

3.2.3. Thị giác hai mắt mức độ lập thể

Bảng 3.6. Thị giác hai mắt mức độ lập thể tại các thời điểm

Thời điểm	Trước điều trị (Giây cung)	1 tháng (Giây cung)		3 tháng (Giây cung)	
		Không kính	Có kính	Không kính	Có kính
Kết quả điều trị	172,07 ± 146,90	157,44 ± 143,972	81,38 ± 50,08	142,76 ± 136,23	78,42 ± 48,43
p		<0,001 ^c	<0,001 ^c	<0,001 ^c	<0,001

Bảng 3.6 cho thấy mức độ thị giác lập thể trung bình sau điều trị 1 tháng và sau 3 tháng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 3.7. Thị giác hai mắt mức độ lập thể tại các thời điểm theo nhóm tuổi

KQ điều trị	Tuổi	5 tuổi	6 tuổi	7-9 tuổi	>9 tuổi	p
	Trước điều trị (Giây cung)		117.78 ± 27.29	184.14 ± 120.88	183,18 ± 172.01	
1 tháng	Không kính	113.33 ± 26,46	157.93 ± 106,68	173.41 ± 169,8	144.16 ± 123.60	0.463
	Có kính	84.44 ± 8,82	86,90 ± 41,50	85.68 ± 60.83	74.03 ± 41.21	0.444
3 tháng	Không kính	104.44 ± 21,86	127.59 ± 86.75	157,27 ± 154.44	136.36 ± 117.73	0.527
	Có kính	84.44 ± 8.82	84,83 ± 42,56	82.73 ± 59.51	70.39 ± 37.36	0.328

Bảng 3.7 cho thấy sự khác biệt thị giác lập thể giữa các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đối tượng nghiên cứu và đặc điểm về độ viễn thị. Nghiên cứu của chúng tôi có 120 trẻ (203 mắt) điều trị nhược thị do viễn thị. Trong đó nữ là 54,2% và nam là 45,8%. Độ tuổi trung bình là $9,2 \pm 2,72$ tuổi. Tỷ lệ nam và nữ gần tương đương nhau tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Bích Hường (2018) với tỷ lệ nam nữ là 42,6% và 57,4% [1] và nghiên cứu của Merjean (2014) có tỉ lệ nam nữ là 46,7% và 53,3% [9].

Nghiên cứu của chúng tôi thấy mức độ trung bình là 62,1%, viễn thị nặng 30,5%, nhẹ là 7,4%, độ viễn thị trung bình là $3,86 \pm 2,1$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy mức độ viễn thị trung bình đều thấp hơn tác giả Nguyễn Bích Hường (2018) là $+7,25 \pm 1,31D$ do nghiên cứu trên tác giả đã chọn trẻ có khúc xạ cầu tương đương $\geq +5D$ [1].

4.2. Đánh giá kết quả bước đầu điều trị nhược thị do viễn thị bằng phương pháp chỉnh kính

Bảng 4.1. kết quả thị lực sau 1 tháng và 3 tháng trong nghiên cứu của các tác giả khác

Tác giả	n	Kết quả sau 1 tháng điều trị so với ban đầu	Kết quả sau 3 tháng điều trị so với ban đầu
Nguyễn Thanh Vân [2]	150	64,7%	100%
Nguyễn Bích Hường [1]	125	33,6%	44,6%
Nhóm nghiên cứu	203	41,9%	82,8%

Sau 1 tháng điều trị: có 55 mắt tăng 1 dòng thị lực, 20 mắt tăng 2 dòng, 15 mắt tăng 3 dòng trở lên chiếm tổng số (41,9%) số mắt tăng thị lực, kết quả này cao hơn với kết quả của Nguyễn Bích Hường (2018) kết quả thị lực tăng sau 1 tháng là 33,6% [1].

Sau 3 tháng 80 mắt tăng 1 dòng thị lực, 53 mắt tăng 2 dòng và 35 mắt tăng 3 dòng thị lực trở lên chiếm (82,8%) tổng số mắt tăng thị lực. Kết quả này thấp hơn của tác giả Nguyễn Thanh Vân (2003) là 100% mắt tăng thị lực sau 3 tháng [2], nhưng kết quả lại cao hơn so với tác giả Nguyễn Bích Hường (2018) với 44,6% số mắt tăng TL [1]. Sự khác biệt này có thể được giải thích do tỷ lệ trẻ có tình trạng nhược thị nặng tại thời điểm bắt đầu điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi (14,3%) cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Vân (12,7%), ngoài ra bên

chính phương pháp chỉnh kính tác giả Nguyễn Thanh Vân còn kết hợp đồng thời bịt mắt hoặc gia phạp mắt tốt hơn [2], cỡ mẫu của chúng tôi lớn hơn, còn nghiên cứu của chúng tôi kết quả cao hơn của Nguyễn Bích Hường(2018) [1] bởi vì nghiên cứu này tác giả đã chọn mức độ viễn thị nặng cao hơn mức độ viễn thị trong nghiên cứu của chúng tôi. Thị giác lập thể có kính hay không kính sau 1 tháng, 3 tháng đều có sự cải thiện so với thời điểm trước điều trị, kết quả này có nghĩa thống kê với ($p < 0.05$). Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của Nguyễn Bích Hường (2018) [1]. Khi so sánh kết quả thị giác lập thể trong nghiên cứu của chúng tôi với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Bích Hường, có thể thấy mức độ thị giác lập thể trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, điều này do mức độ nhược thị và viễn thị trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Bích Hường cao hơn chúng tôi. Theo tác giả Marjean, mức độ thị giác lập thể liên quan đến mức độ viễn thị, cụ thể mức độ thị giác lập thể của nhóm trẻ có mức độ viễn thị càng cao sẽ càng kém [9].

V. KẾT LUẬN

Điều trị nhược thị do viễn thị ở trẻ em bằng phương pháp chỉnh kính mang lại kết quả tốt:

- Sau 3 tháng điều trị số mắt tăng 1 dòng là 80 mắt (39,4%), tăng 2 dòng là 53 mắt (26,1%), tăng 3 dòng trở lên 35 mắt (17,3%) và 168 mắt chiếm (82,8 %) đều tăng thị lực không có trường hợp nào biến chứng và giảm thị lực sau đeo kính.

- Mức độ thị giác lập thể sau điều trị 1 tháng và 3 tháng có kính đều cải thiện tốt so với thời điểm trước điều trị ($p < 0.001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bích Hường (2018), Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều chỉnh quang học viễn thị cao ở trẻ em, luận văn thạc sĩ, trường đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Thanh Vân (2003), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị nhược thị do viễn thị ở trẻ em. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Hương V.T.và Hiền N.T.T. (2023). Nhận xét đặc điểm tật khúc xạ ở trẻ em tại bệnh viện mắt trung ương giai đoạn 2021-2022. Tạp chí Y học Việt Nam, 523(1)
4. Bộ Y tế (2015), "Nhược thị", Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt, Bộ y tế.
5. Zagui R.M.B. (2018). Amblyopia: Types, diagnosis, treatment, and new perspectives. American Academy of Ophthalmology, 102, 1492-1496.
6. Birch E.E, và Kelly K.R. (2023). Amblyopia and the whole child. Progress in Retinal and Eye Research, 93, 101168.
7. Emmanuel B.U.I., Burns J.G., và Thomson B. (2023). Amblyopia: A review of unmet needs, current treatment options, and emerging therapies. Survey of Ophthalmology, 68(3), 507-525.
8. Ramaswamy S., O'Leary K., Han M. và cộng sự. (2019). Comparison Between the Best Stereopsis Test and the Stereo Fly Test. Optometry & Visual Performance, 7(3).
9. Marjean Taylor Kulp, Gui-shuang Ying, Jiayan Huang, Bruce D. Moore, et al (2014), Associations between Hyperopia and other Vision and Refractive Error Characteristics. Optometry and vision science, 91,4: 383-389.
10. American Optometric Association (1997). Care of the patient with hyperopia, St.Louis.

ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ LOÃNG XƯƠNG Ở NAM GIỚI CAO TUỔI ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA LÃO, BỆNH VIỆN ĐA KHOA VÙNG TÂY NGUYÊN

Phan Vũ Nguyên¹, Võ Thị Diệu Hà², Hoàng Khánh Hằng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ loãng xương và các yếu tố liên quan đến loãng xương ở nam giới cao tuổi đang điều trị tại Khoa Lão, Bệnh viện đa khoa vùng Tây Nguyên. **Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 304

người bệnh là nam giới từ 72 tuổi trở lên có chỉ định đo mật độ xương lần đầu tại Bệnh viện đa khoa vùng Tây Nguyên. Bệnh nhân được phân nhóm sau khi đo mật độ xương và phỏng vấn trực tiếp mặt đối mặt bằng bộ câu hỏi soạn sẵn có cấu trúc. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 79,73 ± 6,74 tuổi, tỷ lệ loãng xương của đối tượng nghiên cứu là 30,59%, loãng xương tại cột sống thắt lưng và cổ xương đùi lần lượt là 23,36% và 19,08%. Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan giữa tuổi, chiều cao, cân nặng, BMI, hút thuốc lá và đại tháo đường type 2 với loãng xương. **Kết luận:** Tỷ lệ loãng xương ở bệnh nhân nam giới khá cao, các yếu tố nguy cơ loãng xương ở nam giới liên quan đến chỉ số nhân trắc và lối sống, có thể đề ra kế hoạch can thiệp để cải thiện nguy cơ loãng xương cho bệnh nhân. **Từ khóa:** loãng xương, mật độ xương, người cao tuổi

¹Trường Đại học Tây Nguyên

²Bệnh viện Đa khoa vùng Tây Nguyên

³Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

Chịu trách nhiệm chính: Phan Vũ Nguyên

Email: pvnguyen@ttn.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025