

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN GLÔCÔM GÓC ĐÓNG NGUYÊN PHÁT

Hoàng Quang Vinh¹, Nguyễn Đình Ngân¹, Nguyễn Linh Toàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân glôcôm góc đóng nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp mô tả lâm sàng, thực hiện nghiên cứu trên 101 bệnh nhân bệnh nhân Glôcôm góc đóng nguyên phát tại Bệnh viện Quân Y 103, Bệnh viện mắt Hà Nội và Bệnh viện mắt Hà Đông từ 01/01/2023 đến 31/8/2024. **Kết quả:** Các triệu chứng chính: nhìn mờ (100%), đau nhức mắt (83,2%), đỏ mắt (76,2%), và nhức đầu (77,2%), nhóm thị lực kém chiếm tỷ lệ cao nhất (44,6%). Nhãn áp trung bình: $46,1 \pm 12,4$ mmHg. Phần lớn bệnh nhân có nhãn áp >35 mmHg (67,3%). Tiền phòng nông được ghi nhận ở 100% bệnh nhân, cương tụ kết mạc (80,2%), phù giác mạc (63,4%), và góc tiền phòng đóng hoàn toàn (68,3%). Độ sâu tiền phòng: $2,31 \pm 0,29$ mm. Chiều dài trục nhãn cầu: $22,50 \pm 0,73$ mm. Độ dày thể thủy tinh: $5,10 \pm 0,48$ mm. **Kết luận:** Bệnh nhân glôcôm góc đóng nguyên phát chủ yếu gặp ở nhóm người cao tuổi, đặc biệt là nữ giới, với tỷ lệ mắc cao hơn nam giới. Glôcôm cấp tính chiếm ưu thế hơn so với thể mạn tính, thường đi kèm với triệu chứng nhìn mờ, đau nhức mắt và nhãn áp tăng cao. **Từ khóa:** đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Glôcôm góc đóng nguyên phát.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PRIMARY ANGLE-CLOSURE GLAUCOMA PATIENTS

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of primary angle-closure glaucoma patients. **Subjects and Methods:** A descriptive clinical study was conducted on 101 primary angle-closure glaucoma patients at Military Hospital 103, Hanoi Eye Hospital, and Ha Dong Eye Hospital from January 1, 2023, to August 31, 2024. **Results:** The main symptoms included blurred vision (100%), eye pain (83.2%), redness (76.2%), and headache (77.2%). Patients with poor visual acuity made up the largest group (44.6%). The mean intraocular pressure (IOP) was 46.1 ± 12.4 mmHg, with most patients (67.3%) having an IOP >35 mmHg. Shallow anterior chambers were observed in 100% of patients, along with conjunctival injection (80.2%), corneal edema (63.4%), and complete anterior angle closure (68.3%). The anterior chamber depth was 2.31 ± 0.29 mm, axial length was 22.50 ± 0.73 mm, and lens thickness was 5.10 ± 0.48 mm. **Conclusion:** Primary angle-closure glaucoma

¹Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Quang Vinh

Email: vinh050681@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

predominantly affects elderly individuals, particularly females, with a higher incidence than in males. Acute glaucoma was more prevalent than the chronic form, commonly presenting with symptoms of blurred vision, eye pain, and elevated intraocular pressure.

Keywords: clinical characteristics, paraclinical characteristics, primary angle-closure glaucoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là một nhóm các bệnh thần kinh thị giác liên quan đến những thay đổi cấu trúc đặc trưng ở đầu dây thần kinh thị giác gây ra chết các tế bào hạch võng mạc và sợi trục của chúng, dẫn đến mất thị lực và mù lòa [1]. Đặc điểm chung của bệnh glôcôm khi toàn phát là nhãn áp tăng quá mức chịu đựng của mắt bình thường, lõm, teo thị thần kinh và tổn hại chức năng thị giác (thị trường).

Glôcôm góc đóng nguyên phát (GGĐNP) là hình thái bệnh glôcôm có tỷ lệ cao nhất ở Châu Á [2]. Ước tính đến năm 2040, toàn thế giới có 111,8 triệu người mắc bệnh glôcôm, trong đó riêng GGĐNP chiếm hơn 30 triệu người [2]. Tại Việt Nam, theo điều tra RAAB (Rapid Assessment of Avoidable Blindness) 2015, glôcôm là nguyên nhân thứ 3 gây mù sau đục thể thủy tinh và các bệnh lý đáy mắt với tỷ lệ 4%. Tỷ lệ người mắc bệnh glôcôm là 2.1% dân số > 40 tuổi, hình thái glôcôm góc đóng cấp tính gặp rất cao chưa rõ lý do, vì vậy căn bệnh này là mối đe dọa nguy hiểm đối với sức khỏe cộng đồng [3].

Glôcôm góc đóng nguyên phát là một nhóm bệnh lý nhãn khoa nghiêm trọng, có thể gây mất thị lực không hồi phục nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Trong đó, thể cấp và thể mạn tính là hai dạng biểu hiện lâm sàng quan trọng nhưng có cơ chế bệnh sinh, tiến triển và cách xử trí khác nhau. Đến nay chưa có nghiên cứu mô tả nhóm bệnh nhân này với số lượng đủ lớn tại Việt Nam, vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân glôcôm góc đóng nguyên phát tại một số trung tâm nhãn khoa trong khu vực Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

*** Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu gồm các bệnh nhân được chẩn đoán glôcôm góc đóng nguyên phát nhập viện và điều trị tại Bệnh viện Quân Y 103, Bệnh viện mắt Hà Nội và Bệnh viện mắt Hà Đông.

- **Tiêu chuẩn chọn:** Bệnh nhân được bệnh nhân được chẩn đoán glôcôm góc đóng nguyên phát, tuổi ≥ 18 , tình nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chẩn đoán glôcôm góc đóng nguyên phát cấp tính [4]:

- Nhấn áp cao trên 21 mmHg kèm theo 3 hoặc nhiều hơn dấu hiệu lâm sàng sau: cương tụ kết mạc, mống mắt vòng, phù biểu mô giác mạc, đồng tử không phản xạ, giãn nửa võng và tiền phòng nông.

- Bệnh nhân trải qua ít nhất 2 trong số các triệu chứng cơ năng sau: đau nhãn cầu (nên sửa là đau nhức mắt), buồn nôn và/hoặc nôn, nhìn mờ và thấy vòng nhiều màu sắc.

- Góc đóng $\geq 180^\circ$ ở mắt lên cơn trên soi góc.

Tiêu chuẩn chẩn đoán glôcôm góc đóng nguyên phát mạn tính [5]:

- Nhấn áp > 21 mmHg.

- Góc tiền phòng: đóng ít nhất 180° , không quan sát được vùng bề sắc tố khi soi góc ở vị trí nguyên phát.

- Tổn thương đĩa thị kiểu glôcôm xác định khi: mất viền võng mạc thần kinh với tỷ lệ lõm/ đĩa theo chiều đứng $\geq 0,3$ hoặc tỷ lệ lõm/ đĩa theo chiều đứng chênh lệch giữa hai mắt $> 0,2$ và/ hoặc tổn thương thị trường glôcôm tương ứng.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân được phát hiện có nguyên nhân khác gây tăng nhãn áp. Bệnh nhân có bệnh toàn thân nặng, bệnh tại mắt không cho phép khám và đánh giá các chỉ số nghiên cứu. Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Thu thập số liệu nghiên cứu từ 01/01/2023 đến 31/8/2024

- Địa điểm nghiên cứu: Tiến hành lựa chọn đối tượng nghiên cứu, thu thập mẫu máu, thu thập dữ liệu cho bệnh án nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 103, Bệnh viện mắt Hà Nội, Bệnh viện mắt Hà Đông trong thời gian nghiên cứu.

*Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu nghiên cứu. Chọn cỡ mẫu thuận tiện trong nghiên cứu y sinh học. Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi đã lựa chọn được 101 đối tượng nghiên cứu (101 mắt) thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

*Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới.

- Đặc điểm lâm sàng:

+ Đánh giá mắt bị bệnh và thể bệnh.

+ Thử thị lực không kính và thử kính tối đa bằng bảng thị lực Snellen.

+ Nhấn áp đo bằng nhãn áp kế Goldmann hoặc phụt hơi

+ Giác mạc: đánh giá tình trạng trong suốt, các tổn thương kèm theo.

+ Tình trạng tiền phòng: xác định độ sâu, tua viêm, sắc tố.

+ Đồng tử: đánh giá hình dạng, kích thước, phản xạ của đồng tử.

+ Mống mắt: đánh giá màu sắc, tình trạng thoái hóa.

+ Thể thủy tinh: đánh giá hình thái đục và độ cứng theo LOIC.

+ Soi góc tiền phòng: xác định độ mở của các góc phần tư, có dính góc, dấu hiệu "lạc đà 2 bướu". Làm nghiệm pháp Forbes để đánh giá góc tiền phòng đóng cơ năng hay thực thể.

+ Soi đáy mắt: đánh giá tình trạng lõm đĩa, viền gai thị, xuất huyết cạnh gai thị và tình trạng dịch kính võng mạc (có thể thực hiện sau điều trị).

- Đặc điểm cận lâm sàng

+ Siêu âm A: đo trục nhãn cầu, độ sâu tiền phòng, độ dày thể thủy tinh.

***Xử lý số liệu:** Nhập số liệu bằng phần mềm Excel 2016, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định tính được tính tỷ lệ phần trăm và kiểm định χ^2 hoặc kiểm định Fisher's exact test để tìm sự khác biệt. Biến định lượng được kiểm tra sự khác biệt giữa 2 nhóm bằng kiểm định Paired sample T-test. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

***Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh của Học viện Quân Y. Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ tình trạng bệnh, tiên lượng, hướng điều trị và các thuốc điều trị trong quá trình nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

*Đặc điểm về tuổi và giới

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi và giới

Đặc điểm	Số lượng(n=101)	Tỉ lệ (%)
Giới tính		
Nam	20	19,8
Nữ	81	80,2
Nhóm tuổi		
< 40	0	0,0
40 – 49	1	1,0
50 – 59	11	10,9
60- 69	46	45,5
≥ 70	43	42,6
Tổng	101	100,0
$\bar{x} \pm SD$	67,4 \pm 7,1	

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 67,4 \pm 7,1. Lựa tuổi chủ yếu ở nhóm nghiên cứu là >60 . Nhóm tuổi dưới 60 gặp với tỷ lệ thấp, phần lớn đối tượng nghiên cứu đều là nữ giới (80,2%).

*Đặc điểm hình thái lâm sàng glôcôm.

Trong số các bệnh nhân mắc glôcôm, có 77/101 (76,2%) bệnh nhân mắc glôcôm cấp tính, 24/101 (23,8%) bệnh nhân mắc glôcôm mạn tính.

***Đặc điểm về vị trí mắt bệnh lý.** Kết quả khảo sát về vị trí mắt bệnh lý ở bệnh nhân mắc glôcôm cho thấy, tỷ lệ mắt bị bệnh lý một bên chiếm chủ yếu trong đó vị trí bên phải chiếm tỉ lệ cao nhất với 38,6% và bên trái chiếm tỷ lệ 33,7%. Có 28/101 bệnh nhân (27,7%) bị bệnh ở cả hai mắt. Bệnh nhân mắc thể cấp tính phần lớn thường bị ở một mắt, nhóm mạn tính có tỷ lệ bệnh lý ở cả 2 mắt chiếm chủ yếu (58,4%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

***Đặc điểm về triệu chứng cơ năng**

Bảng 2. Đặc điểm về triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Thể cấp n (%)	Thể mạn n (%)
Đau nhức mắt	77 (100,0)	7 (29,2)
Nhìn mờ	77 (100,0)	24 (100,0)
Đỏ mắt	74 (96,1)	3 (12,5)
Nhức đầu	73 (94,8)	5 (20,8)
Buồn nôn	35 (45,5)	1 (4,2)
Khác		
Chảy nước mắt	2 (2,6)	0 (0,0)
Nôn	3 (3,9)	0 (0,0)
Quầng màu sắc	6 (7,8)	0 (0,0)
Sợ ánh sáng	10 (13,0)	1 (4,2)
Sợ ánh sáng và quầng màu sắc	2 (2,6)	0 (0,0)
Sương mù	7 (9,1)	1 (4,2)

Triệu chứng cơ năng nổi bật ở glôcôm thể cấp bao gồm đau nhức mắt và nhìn mờ, chiếm 100%. Đỏ mắt chiếm tỉ lệ 96,1%, nhức đầu là 94,8% và buồn nôn chiếm 45,5%. Một số triệu chứng ít gặp hơn là chảy nước mắt (2,6%), nôn (3,9%) và quầng màu sắc (7,8%). Ở thể mạn, triệu chứng nhìn mờ vẫn chiếm tỉ lệ 100% nhưng các triệu chứng còn lại như đau nhức mắt (29,2%), đỏ mắt (12,5%), nhức đầu (20,8%) và buồn nôn (4,2%) có tỉ lệ thấp hơn đáng kể.

***Đặc điểm thị lực**

Bảng 3. Đặc điểm thị lực

Thị lực	Thể cấp n (%)	Thể mạn n(%)	Chung n (%)
< ĐNT 1m	27 (35,1)	2 (8,3)	29 (28,7)
ĐNT 1m – < 20/400	4 (5,2)	1 (4,2)	5 (5,0)
20/400 – 20/200	15 (19,5)	4 (16,7)	19 (18,8)
> 20/200 - 20/70	16 (20,8)	10 (41,7)	26 (25,7)
20/60- 20/30	14 (18,2)	5 (20,8)	19 (18,8)
≥ 20/25	1 (1,3)	2 (8,3)	3 (3,0)
Tổng	77 (100,0)	24 (100,0)	101(100,0)
Thị lực LogMar quy	1,31 ± 0,89	0,72 ± 0,53	1,17 ± 0,85

đôi		
p*	0,003	-

* Paired sample T-test

Thị lực mắt bị glôcôm ở thể cấp cho thấy 35,1% có thị lực < ĐNT 1m, đây là tỷ lệ cao nhất, phản ánh tổn thương thị lực nghiêm trọng. Các mức thị lực từ 20/400 đến 20/200 chiếm 19,5% và từ >20/200 đến 20/70 chiếm 20,8%, cho thấy mức độ suy giảm vừa phải. Thị lực tốt hơn (20/60 – 20/30) chiếm 18,2%, trong khi chỉ 1,3% đạt thị lực ≥ 20/25. Ở thể mạn, tỷ lệ mắt có thị lực < ĐNT 1m giảm xuống 8,3%, thể hiện ít tổn thương nghiêm trọng hơn. Thị lực từ >20/200 đến 20/70 chiếm 41,7%, là tỷ lệ cao nhất, trong khi thị lực 20/60 – 20/30 chiếm 20,8% và 8,3% đạt ≥ 20/25.

Thị lực LogMar quy đổi trung bình ở thể cấp cao hơn (1,31 ± 0,89) so với thể mạn (0,72 ± 0,53), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,003$).

***Đặc điểm nhãn áp**

Bảng 4. Đặc điểm nhãn áp

Nhãn áp (mmHg)	Thể cấp n (%)	Thể mạn n (%)	Chung n (%)
≤ 21	9 (11,7)	4 (16,7)	13 (12,9)
22 – 25	3 (3,0)	3 (3,0)	3 (3,0)
26 – 35	17 (16,8)	17 (16,8)	17 (16,8)
> 35	68 (67,3)	68 (67,3)	68 (67,3)
Tổng	77 (100,0)	24 (100,0)	101(100,0)
$\bar{x} \pm SD$	45,6 ± 15,3	34,9 ± 10,9	43,1 ± 15,0
p*	0,002	-	

*Paired sample T-test

Bảng trên cho thấy sự khác biệt rõ rệt về mức nhãn áp giữa bệnh nhân glôcôm thể cấp và thể mạn. Ở thể cấp, 67,3% bệnh nhân có nhãn áp > 35 mmHg, trong khi ở thể mạn, tỷ lệ này tương tự cũng là 67,3%. Nhãn áp trung bình ở thể cấp cao hơn (45,6 ± 15,3 mmHg) so với thể mạn (34,9 ± 10,9 mmHg). Có 12,9% số bệnh nhân có nhãn áp ≤ 21mmHg, đây là những bệnh nhân đã được dùng thuốc hạ nhãn áp. Trong đó, tỷ lệ bệnh nhân có nhãn ≤ 21 mmHg cao hơn ở thể mạn (16,7%) so với thể cấp (11,7%), cho thấy nhãn áp ở thể mạn có xu hướng thấp hơn và ổn định hơn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p = 0,002$.

***Đặc điểm một số dấu hiệu thực thể:**

Bảng 5. Đặc điểm triệu chứng thực thể ở mắt glôcôm

Triệu chứng	Thể cấp n (%)	Thể mạn n (%)	Chung n (%)
Cương tụ kết mạc			
Có	75 (97,4)	6 (25,0)	81 (80,2)
Không	2 (2,6)	18 (75,0)	20 (19,8)

p	<0,001*		
Giác mạc phù			
Trong	63 (81,8)	1 (4,2)	64 (63,4)
Phù	14 (18,2)	23 (95,8)	37 (36,6)
p	<0,001*		
Van Herick			
Độ 1	74 (96,1)	19 (79,2)	93 (92,1)
Độ 2	3 (3,9)	5 (20,8)	8 (7,9)
p	0,017*		
Tiền phòng			
Bình thường	0 (0,0)	1 (4,2)	1 (1,0)
Nông	77 (100,0)	23 (95,8)	100(99,0)
p	0,238*		
Đồng tử giãn méo			
Có	67 (87,0)	7 (29,2)	74 (73,3)
Không	10 (13,0)	17 (70,8)	27 (26,7)
p	<0,001*		
Mỏng mắt			
Bình thường	70 (90,9)	23 (95,8)	93 (92,1)
Dính sau	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (1,0)
Mất viền sắc tố	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (1,0)
Thoái hóa	5 (6,5)	1 (4,2)	6 (5,9)
p	1,0*		
Góc tiền phòng			
Đóng 2/4 góc	8 (10,4)	5 (20,8)	13 (12,9)
Đóng 3/4 góc	10 (13,0)	9 (37,5)	19 (18,8)
Đóng hoàn toàn	59 (76,6)	10 (41,7)	69 (68,3)
p	0,004*		
Độ mở góc trung bình	0,23 ± 0,28	0,32 ± 0,30	0,25 ± 0,29
p	0,155**		
Dính góc			
Có	2 (2,6)	3 (12,5)	5 (5,0)
Không	75 (97,4)	21 (87,5)	96 (95,0)
p	0,086*		
Vấn đục dịch kính			
Có	29 (37,7)	14 (58,3)	43 (42,6)
Không	48 (62,3)	10 (41,7)	58 (57,4)
p	0,098***		

* Fisher's exact test; ** Paired sample T-test; *** Chi-square test

Bảng trên cho thấy các chỉ tiêu có ý nghĩa khác biệt giữa thể cấp và thể mạn. Tỷ lệ cương tụ kết mạc ở thể cấp cao hơn nhiều (97,4%) so với thể mạn (25,0%, $p < 0,001$). Giác mạc phù phổ biến hơn ở thể cấp (18,2%) so với thể mạn (4,2%, $p < 0,001$). Trừ một số trường hợp đã được điều trị thuốc co đồng tử ở những bệnh nhân thể cấp tính, vẫn còn 87,0% đồng tử giãn méo và cao hơn đáng kể so với thể mạn (29,2%, $p < 0,001$). Tỷ lệ góc tiền phòng đóng hoàn toàn ở thể cấp (76,6%) cũng cao hơn so với thể mạn

(41,7%, $p = 0,004$). Các kết quả này phản ánh sự nghiêm trọng hơn của triệu chứng thực thể ở thể cấp so với thể mạn.

***Độ sâu tiền phòng và độ dài trục nhãn cầu**
Bảng 6. Độ sâu tiền phòng và độ dài trục nhãn cầu

Chi số	Thể cấp $\bar{x} \pm SD$	Thể mạn $\bar{x} \pm SD$	Chung $\bar{x} \pm SD$	p*
Độ sâu tiền phòng (mm)	2,26 ± 0,24	2,47 ± 0,35	2,31 ± 0,29	0,001
Độ dài trục nhãn cầu (mm)	22,41 ± 0,75	22,78 ± 0,59	22,50 ± 0,73	0,027
Độ dày thể thủy tinh (mm)	5,14 ± 0,48	4,98 ± 0,49	5,10 ± 0,48	0,154

* Paired sample T-test

Bảng trên cho thấy sự khác biệt đáng kể giữa thể cấp và thể mạn của bệnh glôcôm ở một số chỉ số. Độ sâu tiền phòng ở thể cấp thấp hơn (2,26 ± 0,24 mm) so với thể mạn (2,47 ± 0,35 mm), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$). Độ dài trục nhãn cầu ở thể cấp (22,41 ± 0,75 mm) ngắn hơn so với thể mạn (22,78 ± 0,59 mm), cũng có ý nghĩa thống kê ($p = 0,027$). Tuy nhiên, độ dày thể thủy tinh giữa hai thể bệnh không có sự khác biệt đáng kể ở hai nhóm bệnh nhân thể cấp tính và mạn tính ($p = 0,154$).

IV. BÀN LUẬN

***Triệu chứng lâm sàng.** Nghiên cứu cho thấy các trường hợp bị bệnh ở một bên mắt chiếm đa số, với mắt phải bị ảnh hưởng nhiều nhất (38,6%). Bệnh lý hai mắt chủ yếu gặp ở thể mạn tính (58,4%), một sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với tính chất tiến triển của glôcôm mạn tính, thường ảnh hưởng đến cả hai mắt theo thời gian, không giống như các thể cấp tính [6].

Kết quả từ bảng 2 cho thấy các triệu chứng cơ năng của bệnh glôcôm ở thể cấp có mức độ nghiêm trọng rõ rệt so với thể mạn. Đau nhức mắt và nhìn mờ đều xuất hiện ở 100% bệnh nhân thể cấp, trong khi tỷ lệ này giảm mạnh ở thể mạn, với đau nhức mắt chỉ còn 29,2%. Tương tự, đỏ mắt giảm từ 96,1% ở thể cấp xuống 12,5% ở thể mạn. Một số triệu chứng như buồn nôn và nhức đầu, đặc trưng cho tình trạng tăng nhãn áp cấp tính, cũng giảm đáng kể ở thể mạn (từ 45,5% và 94,8% xuống 4,2% và 20,8%). Những triệu chứng như chảy nước mắt, quầng

màu sắc và sợ ánh sáng xuất hiện với tần suất thấp ở cả hai thể. Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi cơ chế bệnh sinh. Ở thể cấp, sự tăng nhãn áp đột ngột gây áp lực mạnh lên các cấu trúc trong mắt, dẫn đến các triệu chứng rõ ràng hơn như đau nhức mắt và buồn nôn. Trong khi đó, ở thể mạn, tình trạng tăng nhãn áp diễn ra từ từ, ít triệu chứng lâm sàng nhưng có thể gây tổn thương kéo dài đến thần kinh thị giác. Quigley và cộng sự (2006) cũng ghi nhận rằng đau nhức mắt và nhìn mờ là hai triệu chứng phổ biến nhất trong glôcôm cấp tính, với tỷ lệ lần lượt là 95% và 100% [7]. Kết quả này khẳng định vai trò của việc phát hiện sớm các triệu chứng cấp tính để ngăn ngừa tổn thương nghiêm trọng.

Các triệu chứng chính bao gồm nhìn mờ (100%), đau nhức mắt (83,2%) và đỏ mắt (76,2%), đây là những dấu hiệu điển hình của glôcôm cấp tính. Các triệu chứng khác như sợ ánh sáng (10,9%) và quầng màu sắc (5,9%) ít gặp hơn, có thể do sự khác biệt trong cách bệnh nhân báo cáo triệu chứng hoặc do giai đoạn bệnh. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy nhìn mờ và khó chịu ở mắt là những triệu chứng chính của bệnh glôcôm [8].

Kết quả về tổn thương thị lực ở mắt glôcôm khác biệt giữa thể cấp và thể mạn. Ở thể cấp, 35,1% mắt có thị lực < ĐNT 1m, trong khi tỷ lệ này giảm xuống 8,3% ở thể mạn. Thể cấp cũng ghi nhận tỷ lệ cao mắt có thị lực rất kém (20/400 – 20/200: 19,5%). Ngược lại, ở thể mạn, thị lực trung bình và tốt hơn (từ >20/200 đến ≥20/25) phổ biến hơn, với tỷ lệ cao nhất là >20/200 – 20/70 (41,7%). Sự khác biệt này phản ánh tiến triển bệnh lý khác nhau giữa hai thể. Ở thể cấp, tổn thương thị lực do tăng nhãn áp đột ngột gây phù giác mạc và chèn ép thần kinh thị giác dẫn đến suy giảm nghiêm trọng thị lực. Ngược lại ở thể mạn, tổn thương thị thần kinh tiến triển chậm dần, chức năng thị lực chưa bị suy giảm ở giai đoạn đầu, nên thị lực ở mức trung bình hoặc tốt hơn. Nghiên cứu của Foster và cộng sự (2002) về glôcôm ở người châu Á cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có thị lực < ĐNT 1m ở thể cấp là khoảng 30-40%, tỷ lệ thị lực trung bình ở thể mạn (từ >20/200 đến 20/70) cũng được ghi nhận ở mức cao tương tự trong nghiên cứu của họ, chứng minh tính nhất quán về biểu hiện thị lực ở bệnh nhân glôcôm giữa các nghiên cứu khác nhau.

Nhãn áp tăng cao (>35 mmHg) được ghi nhận ở 67,3% mắt, với nhãn áp trung bình là $46,1 \pm 12,4$ mmHg. Quan sát này phù hợp với vai trò bệnh sinh của nhãn áp tăng trong bệnh lý tổn thương thần kinh thị giác [10].

Các dấu hiệu đáng chú ý bao gồm cương tụ kết mạc (80,2%), phù giác mạc (63,4%) và tiền phòng nông (100%), đây là các biểu hiện đặc trưng của glôcôm góc đóng cấp tính. Góc tiền phòng đóng hoàn toàn là phát hiện phổ biến nhất qua soi góc góc tiền phòng (68,3%), trong khi chỉ có 5 trường hợp dính góc. Những kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu mô tả về tỷ lệ phổ biến của góc đóng trong glôcôm cấp tính [2].

***Độ sâu tiền phòng và chiều dài trục nhãn cầu.** Kết quả cho thấy độ sâu tiền phòng và độ dài trục nhãn cầu có sự khác biệt rõ rệt giữa thể cấp và thể mạn của mắt glôcôm. Độ sâu tiền phòng thấp hơn ở thể cấp phản ánh tình trạng đóng góc tiền phòng do mỏng mắt dày lên và áp sát vào giác mạc, gây tắc nghẽn thủy dịch. Điều này thường gặp ở thể cấp và dẫn đến triệu chứng cấp tính. Ở thể mạn, mặc dù đóng góc tiền triển chậm hơn, độ sâu tiền phòng vẫn có xu hướng lớn hơn so với thể cấp cho phép thủy dịch lưu thông tốt hơn, dù có hạn chế. Độ dài trục nhãn cầu ngắn hơn ở thể cấp có thể liên quan đến cấu trúc nhãn cầu nhỏ hơn làm tăng nguy cơ đóng góc, trong khi ở thể mạn, trục nhãn cầu dài hơn thường không tạo ra tình trạng đóng góc nghiêm trọng ngay lập tức. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Foster và cộng sự (2002) khi ghi nhận rằng độ sâu tiền phòng thấp hơn là một yếu tố nguy cơ quan trọng đối với glôcôm góc đóng cấp tính, với trung bình khoảng 2,3 mm [9].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 101 bệnh nhân (101 mắt) glôcôm góc đóng nguyên phát thỏa mãn các tiêu chí đưa vào nghiên cứu trong thời gian từ 01/01/2023 đến 31/8/2024, chúng tôi nhận thấy bệnh nhân glôcôm chủ yếu gặp ở nhóm người cao tuổi, đặc biệt là nữ giới với tỷ lệ mắc cao hơn nam giới. Glôcôm góc đóng cấp tính chiếm ưu thế hơn so với thể mạn tính, thường đi kèm với triệu chứng nhìn mờ, đau nhức mắt và nhãn áp tăng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gupta D., Chen P. P. (2016). Glaucoma. Am Fam Physician, 93(8): 668-74.
2. Tham Y.C, Li, X, Wong, T.Y, Quigley, H.A, Aung, T, Cheng, C.Y (2014). Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. Ophthalmology, 121: 2081-90.
3. Limburg Hans (2015). Result of National Survey on Avoidable Blindness in Viet Nam using RAAB methodology. Medical Service Administration of Viet Nam Ministry of Health and Viet Nam National Institute of Ophthalmology 10/2015.
4. Seah Steve KL, Foster Paul J, Chew Paul TK,

- et al. (1997). Incidence of acute primary angle-closure glaucoma in Singapore: an island-wide survey. Archives of ophthalmology, 115(11): 1436-1440.
5. **Prum Bruce E, Herndon Leon W, Moroi Sayoko E, et al. (2016).** Primary angle closure preferred practice pattern® guidelines. Ophthalmology, 123(1): P1-P40.
 6. **Wang Ya Xing, Xu Liang, Yang Hua, et al. (2010).** Prevalence of glaucoma in North China: the Beijing eye study. American journal of ophthalmology, 150(6): 917-924.
 7. **Quigley Harry A, Broman Aimee T (2006).** The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. British journal of ophthalmology, 90(3): 262-267.
 8. **He Mingguang, Foster Paul J, Ge Jian, et al. (2006).** Prevalence and clinical characteristics of glaucoma in adult Chinese: a population-based study in Liwan District, Guangzhou. Investigative ophthalmology visual science, 47(7): 2782-2788.
 9. **Foster P. J., Buhrmann R., Quigley H. A., et al. (2002).** The definition and classification of glaucoma in prevalence surveys. British journal of ophthalmology, 86(2): 238-242.
 10. **Weinreb Robert N, Khaw Peng Tee (2004).** Primary open-angle glaucoma. The lancet, 363 (9422): 1711-1720.

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ VÀ TÍNH AN TOÀN CỦA TIÊU HUYẾT KHỐI KẾT HỢP PHẪU THUẬT XÂM LẤN TỐI THIỂU ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU NÃO NGUYÊN PHÁT TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Lê Văn Dẫn¹, Nguyễn Thế Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của dùng thuốc tiêu huyết khối kết hợp phẫu thuật xâm lấn tối thiểu trong điều trị chảy máu não nguyên phát tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 6/2021 đến tháng 12/2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp trên 35 bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu não nguyên phát điều trị tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 6 năm 2021 đến tháng 12 năm 2024, các bệnh nhân được can thiệp đặt catheter dẫn lưu ổ máu tụ kết hợp thuốc tiêu sợi huyết. **Kết quả:** Nhóm nghiên cứu có 35 bệnh nhân, trong đó có 43% bệnh nhân nam, 57% bệnh nhân nữ, bệnh nhân trong nhóm chủ yếu có tiền sử tăng huyết áp (77%), đái tháo đường (45%), điểm Glasgow (GCS) lúc vào viện chủ yếu: 13- 15 điểm: 45,7%; 5-8: 34,3%. Bệnh nhân không thở máy lúc vào viện: 60%, bệnh nhân được can thiệp sớm dưới 12h chiếm 86%, thể tích khối máu tụ lớn nhất trước điều trị: 98±30,5, thể tích nhỏ nhất sau điều trị: 8±2,5. Tổng liều tiêu sợi huyết: 9 liều chiếm 68,6%. Mức độ hồi phục theo mRS lúc ra viện: 0-3: 31%, 4-6: 69%; 1 tháng: 0-3: 55%, 4-6: 45%; 3 tháng: 0-3: 73%, 4-6: 27%. Trong số 35 bệnh nhân nghiên cứu: 22 bệnh nhân ra viện chiếm 63%, thời gian nằm viện (ngày): 15.68±8.13. Biến chứng của dẫn lưu ổ máu tụ chủ yếu viêm phổi sau chảy máu não chiếm 28,5%, không có viêm não. **Kết luận:** Áp dụng dùng thuốc tiêu huyết khối kết hợp phẫu thuật xâm lấn tối thiểu trong điều trị chảy máu não nguyên phát cải thiện đáng kể kết cục thần kinh của bệnh nhân. **Từ khóa:** Chảy máu não nguyên phát, phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, tiêu sợi huyết.

¹Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Dẫn
Email: doctorkeryledan86@gmail.com
Ngày nhận bài: 19.11.2024
Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024
Ngày duyệt bài: 23.01.2025

SUMMARY

STUDY ON THE EFFECTIVENESS AND SAFETY OF THROMBOLYSIS COMBINED WITH MINIMALLY INVASIVE SURGERY IN THE TREATMENT OF PRIMARY BRAIN HEMORRHAGE AT THE INTENSIVE CARE DEPARTMENT OF THANH NHAN HOSPITAL

Background: Evaluating the effectiveness and safety of using thrombolytic drugs combined with minimally invasive surgery in the treatment of primary cerebral hemorrhage at the Intensive Care Department of Thanh Nhan Hospital from June 2021 to December 2024. **Methods:** Descriptive study on 35 patients diagnosed with primary cerebral hemorrhage treated at the Intensive Care Unit of Thanh Nhan Hospital from June 2021 to December 2024, patients were treated with catheter placement to drain the hematoma combined with thrombolytic drugs. **Result:** The study group had 35 patients, of which 43% were male, 57% were female, the patients in the group mainly had a history of hypertension (77%), diabetes (45%), GCS at admission mainly: 13-15 points: 45.7%; 5-8: 34.3%. Patients without mechanical ventilation at admission: 60%, patients who received early intervention within 12 hours accounted for 86%, the largest hematoma volume before treatment: 98±30.5, the smallest volume after treatment: 8±2.5. Total dose of thrombolytic: 9 doses accounted for 68.6%. Recovery level according to mRS at discharge: 0-3: 31%, 4-6: 69%; 1 month: 0-3: 55%, 4-6: 45%; 3 months: 0-3: 73%, 4-6: 27%. Of the 35 patients studied: 22 patients were discharged, accounting for 63%, length of hospital stay (days): 15.68±8.13. Complications of hematoma drainage were mainly posterior inflammation after cerebral hemorrhage, accounting for 28.5%, without encephalitis. **Conclusion:** Applying thrombolytic drugs combined with minimally invasive surgery in the treatment of primary cerebral hemorrhage significantly improves