

này nghĩa là các triệu chứng âm tính càng nhiều, mức độ càng nặng thì sự thấu hiểu bản thân càng ít và kém. Ngay từ năm 1998, tác giả Cuesta và các cộng sự nghiên cứu cũng cho thấy kết quả tương tự như của chúng tôi.

Nghiên cứu nhận thấy có mối liên quan nghịch giữa sự thấu hiểu bản thân trên thang SAI-E và mức độ nặng của các triệu chứng tâm bệnh học chung PANSS G ( $p < 0,05$ ). Kết quả này phù hợp với đa số các nghiên cứu trên thế giới, như tác giả Pierre và CS năm 2013 đã nghiên cứu trên 531 bệnh nhân thấy rằng sự thấu hiểu và triệu chứng tâm bệnh học có liên quan mật thiết với nhau với  $p < 0,01$ . Ông đề xuất suy giảm khả năng thấu hiểu được xem như một giá trị tiên đoán cho các kết quả và đáp ứng điều trị kém ở bệnh nhân tâm thần phân liệt, bởi vì kém thấu hiểu bản thân ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và làm tăng nguy cơ tái phát và tái nhập viện<sup>7</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Thấu hiểu bản thân là triệu chứng thường gặp trong bệnh cảnh tâm thần phân liệt thể Paranoid. Điểm số chung trên thang đánh giá thấu hiểu bản thân SAI-E là  $13,25 \pm 5,779$ . Thấu hiểu bản thân không có mối liên quan với triệu chứng dương tính, tuy nhiên có mối liên quan

ngược với triệu chứng âm tính và tâm bệnh học chung trên thang PANSS.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anthony S. David, Xavier F. Amador.** Insight and Psychosis. second. Oxford University Press; 1998.
2. **Lincoln TM, Lullmann E, Rief W.** Correlates and Long-Term Consequences of Poor Insight in Patients With Schizophrenia. A Systematic Review. Schizophrenia Bulletin. 2006;33(6):1324-1342. doi:10.1093/schbul/sbm002
3. **Kim C-H, Jayathilake K, Meltzer HY.** Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: relationship to suicidal behavior. Schizophrenia Research. 2003;60(1):71-80. doi:10.1016/S0920-9964(02)00310-9
4. **Mintz AR, Dobson KS, Romney DM.** Insight in schizophrenia: a meta-analysis. Schizophrenia Research. 2003;61(1):75-88. doi:10.1016/S0920-9964(02)00316-X
5. **Tariku M, Demilew D, Fanta T, Mekonnen M, Abebaw Angaw D.** Insight and Associated Factors among Patients with Schizophrenia in Mental Specialized Hospital, Ethiopia, 2018. Psychiatry J. 2019;2019:2453862. doi:10.1155/2019/2453862
6. **van der Meer L, de Vos AE, Stiekema APM, et al.** Insight in Schizophrenia: Involvement of Self-Reflection Networks? Schizophrenia Bulletin. 2013;39(6):1288-1295. doi:10.1093/schbul/sbs122
7. **Michel P, Baumstarck K, Auquier P, et al.** Psychometric properties of the abbreviated version of the Scale to Assess Unawareness in Mental Disorder in schizophrenia. BMC Psychiatry. 2013;13(1):229. doi:10.1186/1471-244X-13-229

## NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐẶC ĐIỂM HÌNH THỂ LỖ HOÀNG ĐIỂM CHẤN THƯƠNG VỚI KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ

Nguyễn Minh Thi<sup>1</sup>, Thẩm Trương Khánh Vân<sup>2</sup>, Nguyễn Thái Đạt<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Lỗ hoàng điểm sau chấn thương đụng dập nhãn cầu là một bệnh lý nặng gây tổn hại thị giác trầm trọng. Phẫu thuật cắt dịch kính, bóc màng ngăn trong và bơm khí nở nội nhãn mang lại kết quả khả quan làm đóng lỗ hoàng điểm và cải thiện thị lực. Mục tiêu nghiên cứu nhằm đánh giá một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị. Chúng tôi tiến hành phẫu thuật cho 61 mắt lỗ hoàng điểm do chấn thương. Kết quả có 57,4% các mắt có thị lực tăng từ 2 dòng trở lên, lỗ hoàng điểm đóng trong 80,3 % các mắt ở thời điểm 12 tháng sau mổ. Nang bờ lỗ hoàng điểm liên quan đến mức cải thiện thị lực sau mổ tốt hơn. Những lỗ

hoàng điểm không có dịch dưới bờ lỗ cho khả năng đóng lỗ hoàng điểm tốt hơn. Kích thước đỉnh lỗ hoàng điểm nhỏ có liên quan đến khả năng đóng lỗ hoàng điểm tít 1.

**Từ khóa:** Lỗ hoàng điểm, chấn thương đụng dập nhãn cầu

### SUMMARY

#### RESEARCH ON THE RELATIONSHIP BETWEEN THE CHARACTERISTICS OF TRAUMATIC MACULAR HOLE AND SURGICAL RESULTS

Traumatic macular hole is a serious disease that causes visual damage. Vitrectomy, internal limiting membrane peeling and intraocular air tamponade have good results in hole closure and visual acuity improvement. The purpose of the study is to evaluate factors related to treatment outcomes. We performed surgery for 61 eyes with traumatic macular hole. As a result, 57.4% of eyes have visual acuity increased by 2 lines or more, macular hole closed in 80.3% of eyes at 12 months after surgery. Macular hole cysts are associated with better postoperative visual acuity.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Thi

Email: Nguyenminhthi.vnio@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 6.9.2021

Ngày duyệt bài: 14.9.2021

Macular holes without subretinal fluid provide better closure of the macular hole. Small minimum diameter of macular hole is associated with type 1 macular hole closure.

**Keywords:** Macular hole, trauma to the eyeball

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lỗ hoàng điểm (LHD) là sự mất liên tục về giải phẫu của võng mạc thần kinh cảm thụ ở vùng trung tâm hoàng điểm, gây suy giảm nghiêm trọng chức năng thị giác. Bệnh thường là nguyên phát nhưng cũng có thể xảy ra sau chấn thương đục đập nhãn cầu. Do xuất hiện trên mắt bị chấn thương, lỗ hoàng điểm thường hay phối hợp với các tổn thương khác như phù giác mạc, đục thủy tinh thể, xuất huyết nội nhãn, tổn thương võng mạc... khiến việc điều trị trở nên khó khăn và kết quả điều trị còn hạn chế. Mặc dù cơ chế bệnh sinh còn phức tạp và chưa được sáng tỏ nhưng các nghiên cứu trên thế giới cho thấy có một số yếu tố liên quan đến tiến triển, kết quả điều trị cũng như tiên lượng của bệnh

Từ trước những năm 1990, lỗ hoàng điểm được coi là tình trạng bệnh lý không thể điều trị được. Ngày nay, phẫu thuật cắt dịch kính qua pars plana đã trở thành phẫu thuật tiêu chuẩn để điều trị lỗ hoàng điểm, đem lại kết quả khả quan. Trên thế giới, tỉ lệ đóng lỗ hoàng điểm chấn thương sau phẫu thuật dao động lớn từ 45% - 100% với 27% - 100% đạt cải thiện thị lực từ hai dòng Snellen trở lên.<sup>1,2</sup> Tại Việt Nam, theo kết quả nghiên cứu hồi cứu trên 45 mắt của B.C.Ngũ và Đ.N.Hơn (năm 2013), tỷ lệ đóng lỗ hoàng điểm sau phẫu thuật là 78,9%.<sup>3</sup> Một số tác giả cho rằng kích thước lỗ hoàng điểm trước mổ có mối liên quan chặt chẽ với hình thái đóng của lỗ hoàng điểm sau phẫu thuật, từ đó ảnh hưởng đến kết quả thị giác.<sup>4</sup> Lỗ hoàng điểm lớn hơn có xu hướng gây ra đóng lỗ hoàng điểm tếp 2 sau phẫu thuật và lỗ hoàng điểm nhỏ hơn thường dẫn đến đóng lỗ hoàng điểm tếp 1. Theo Ip thất bại của phẫu thuật thường chỉ xảy ra trên những mắt có lỗ hoàng điểm có kích thước từ 400  $\mu\text{m}$  trở lên.<sup>5</sup> Cũng như vậy, trong nghiên cứu của Kang thì 2 trường hợp mở lại của lỗ hoàng điểm đều có kích thước trước mổ tương ứng là 545 $\mu\text{m}$  và 668 $\mu\text{m}$ .<sup>6</sup> Nghiên cứu của Ullrich và cs (năm 2002) trên 94 bệnh nhân lỗ hoàng điểm nguyên phát cho kết luận rằng, kích thước đáy lỗ hoàng điểm và kích thước đỉnh lỗ hoàng điểm là yếu tố tiên lượng cho thành công của phẫu thuật.<sup>7</sup>

Cho đến nay, các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị còn tồn tại nhiều tranh cãi. Chúng tôi tiến hành đề tài "Nghiên cứu mối liên quan

giữa đặc điểm hình thể lỗ hoàng điểm chấn thương với kết quả phẫu thuật điều trị" với mục tiêu: *Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm hình thể lỗ hoàng điểm chấn thương với kết quả phẫu thuật điều trị.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng.** Những mắt bị lỗ hoàng điểm do chấn thương đục đập nhãn cầu có chỉ định phẫu thuật tại khoa Chấn Thương, Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 05 năm 2014 đến hết tháng 07 năm 2020.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** các bệnh nhân có lỗ hoàng điểm toàn bộ chiều dày được chẩn đoán xác định trên lâm sàng và OCT, có tiền sử chấn thương đục đập nhãn cầu rõ ràng, có các triệu chứng cơ năng của lỗ hoàng điểm (nhìn mờ, nhìn méo hình, cong hình, có ám điểm trung tâm) xuất hiện sau chấn thương.

**Tiêu chuẩn loại trừ.** Mắt bị lỗ hoàng điểm do chấn thương phối hợp với những tổn thương quá nặng của nhãn cầu do chấn thương hoặc do các bệnh lý khác (glôcôm, đái tháo đường, viêm hắc võng mạc, tắc mạch võng mạc, thoái hóa võng mạc...)

### 2. Phương pháp

**Thiết kế nghiên cứu:** can thiệp lâm sàng, theo dõi dọc, không đối chứng

**Mẫu nghiên cứu:** nghiên cứu được tiến hành trên 61 mắt bị lỗ hoàng điểm do chấn thương đục đập nhãn cầu

**Phương pháp chọn mẫu:** chọn tất cả các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ

**Phương tiện nghiên cứu:** các phương tiện sẵn có phục vụ khám, phẫu thuật, theo dõi sẵn có tại bệnh viện Mắt Trung ương.

**Các bước tiến hành nghiên cứu:** Các bệnh nhân được giải thích về nghiên cứu và ký cam đoan chấp thuận. Tất cả các mắt được tiến hành cắt dịch kính 23G, bóc màng ngăn trong, bơm khí nở nội nhãn. Bệnh nhân được chỉ định nằm úp sấp mặt trong 1 tuần sau mổ.

Hẹn bệnh nhân khám lại sau 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng: khám và đánh giá theo các tiêu chí nghiên cứu

### Các biến số nghiên cứu:

- Thị lực trước và sau điều trị: phân loại theo Tổ chức y tế thế giới ICD10<sup>8</sup> chia 4 mức:  $\leq 0,5$  logMar, 0,6 logMar - 0,9 logMar, 1 logMar - 1,3 logMar, > 1,3logMar.

- Kích thước đỉnh lỗ hoàng điểm là khoảng cách hẹp nhất của tổn thương võng mạc cảm thụ, là một đoạn thẳng song song với đáy của lỗ

hoàng điểm, chia 4 mức: < 250 μm, 250 μm - 399 μm, 400 μm - 999 μm, ≥ 1000 μm

- Nang bờ lõ hoàng điểm: có nang – không có nang
- Dịch dưới bờ lõ hoàng điểm: có dịch – không có dịch
- Liên quan giữa kích thước đỉnh lõ hoàng điểm với kết quả giải phẫu.
- Liên quan giữa nang bờ lõ hoàng điểm với kết quả thị lực.
- Liên quan giữa dịch dưới bờ lõ hoàng điểm với kết quả giải phẫu.

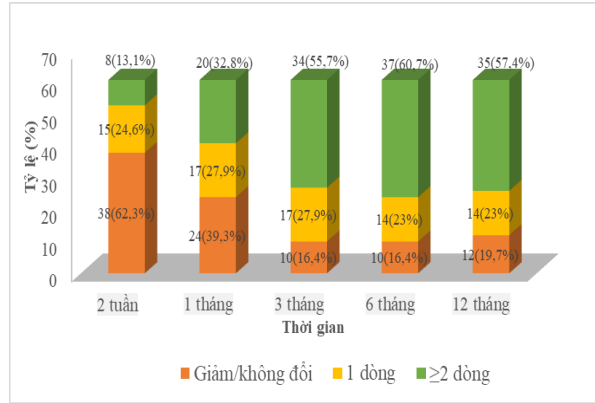
**3. Xử lý số liệu.** Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Mức ý nghĩa thống kê p < 0,05 được sử dụng để đánh giá mối liên quan có ý nghĩa thống kê.

**4. Đạo đức nghiên cứu:** Bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu sau khi hiểu về mục đích và cách thực hiện nghiên cứu. Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Từ tháng 05 năm 2014 đến hết tháng 07 năm 2020, có 61 mắt bị lõ hoàng điểm do chấn thương đụng dập nhãn cầu, đã được điều trị bằng phẫu thuật cắt dịch kính, bóc màng ngăn trong, độn khí nở nội nhãn.

**1. Mức cải thiện thị lực tại các thời điểm theo dõi**



**Biểu đồ 1. Mức cải thiện thị lực tại các thời điểm theo dõi**

Mức cải thiện thị lực trung bình ở thời điểm 2 tuần là -0,07±2,21 dòng, tăng dần từ 1 tháng (1,16±2,33 dòng) lên 2,20±2,26 dòng ở 3 tháng, 2,80±2,41 dòng và 2,79±2,62 dòng ở 6 tháng và 12 tháng.

Nhóm có thị lực cải thiện từ 2 dòng trở lên tăng rõ rệt theo thời gian, từ 13,1% ở 2 tuần tăng lên 32,8%, 55,7%, 60,7%, 57,4% ở 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng. Có sự khác biệt về mức cải thiện thị lực giữa thời điểm sau mổ 2 tuần và 1 tháng (p=0,001), sau mổ 1 tháng với các thời điểm theo dõi tiếp theo (p<0,005, McNemar test).

**2. Tình trạng đóng lõ hoàng điểm ở các thời điểm theo dõi**

**Bảng 1: Tình trạng đóng lõ hoàng điểm tại các thời điểm theo dõi**

Týp đóng lõ hoàng điểm	Thời gian							
	1 tháng		3 tháng		6 tháng		12 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Đóng týp 1	35	57,4	36	59,0	38	62,3	38	62,3
Đóng týp 2	8	13,1	9	14,8	11	18,0	11	18,0
Không đóng	18	29,5	16	26,2	12	19,7	12	19,7
<b>Tổng</b>	61	100	61	100	61	100	61	100
<b>p</b>			0,18		0,014		0,014	

Tại thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật, có 43 bệnh nhân có đóng lõ hoàng điểm, chiếm tỉ lệ 70,5%. Có 18 bệnh nhân phẫu thuật thất bại, lõ hoàng điểm vẫn mở ở 1 tháng sau phẫu thuật, chiếm tỉ lệ 29,5%. Sau 1 tháng, chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật lại cho 4 bệnh nhân có lõ hoàng điểm không đóng sau phẫu thuật lần 1. Kết quả lõ hoàng điểm đóng thành công ở 2 mắt. Tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, tỉ lệ

đóng lõ hoàng điểm là 73,8%. Tỉ lệ phẫu thuật thất bại là 26,2%. Sau 3 tháng, có thêm 8 mắt đã được phẫu thuật lần 2. Có 4 trường hợp thành công, nâng tỉ lệ đóng lõ hoàng điểm ở thời điểm theo dõi 6 tháng lên 80,3% (49/61 bệnh nhân). Tỉ lệ thất bại sau phẫu thuật ở thời điểm 6 tháng là 19,7%. Kết quả này ổn định cho đến cuối thời gian theo dõi

**3. Liên quan giữa nang bờ lõ hoàng điểm và mức cải thiện thị lực**

**Bảng 2. Liên quan giữa nang bờ lõ hoàng điểm và mức cải thiện thị lực**

Nang bờ lõ hoàng điểm	Cải thiện thị lực			
	≥2 dòng	<2 dòng	OR(95%CI)	p

	n	%	n	%		
<b>Có nang</b>	22	73,3%	8	26,7%	3,808 (1,295 – 11,198)	0,02
<b>Không nang</b>	13	41,9%	18	58,1%	1	
<b>Tổng</b>	35	57,4%	26	42,6%		

Tỉ lệ cải thiện thị lực  $\geq 2$  dòng ở nhóm không có nang thấp hơn hẳn so với nhóm có nang: 26,7% so với 73,3%. Hệ số tương quan  $OR=3,808$ ; khoảng tin cậy 95% CI trong khoảng từ 1,295 – 11,198 cho thấy khả năng cải thiện thị lực từ 2 dòng trở lên ở nhóm có nang cao gấp 3,8 lần so với nhóm không có nang bờ lỗ hoàng điểm với  $p=0,02$ .

#### 4. Liên quan giữa dịch dưới bờ lỗ hoàng điểm với kết quả giải phẫu

**Bảng 3. Liên quan giữa dịch dưới bờ lỗ hoàng điểm với kết quả giải phẫu**

Dịch	Lỗ hoàng điểm				Tổng	95%CI	p
	Đóng LHD		Không đóng LHD				
	n	%	n	%			
Không dịch	26	92,9%	2	7,1%	28(100,0%)	5,66 (1,12-28,52)	0,028 (Fisher's Exact Test)
Có dịch	23	69,7%	10	30,3%	33(100,0%)	1	
<b>Tổng</b>	49	80,3%	12	19,7%	61(100,0%)		

Trong nhóm không có dịch dưới bờ lỗ hoàng điểm, có đến 26 bệnh nhân (92,9%) là đóng lỗ hoàng điểm sau 12 tháng theo dõi. Tỉ lệ không đóng lỗ hoàng điểm trong nhóm có dịch dưới bờ lỗ hoàng điểm là 30,3%. Có mối quan hệ có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng dịch bờ lỗ hoàng điểm với khả năng đóng của lỗ hoàng điểm. Tỉ suất chênh  $OR=5,66$ ,  $p = 0,028$ .

#### 5. Liên quan giữa kích thước đỉnh lỗ hoàng điểm và kết quả giải phẫu

**Bảng 4. Liên quan giữa kích thước đỉnh lỗ hoàng điểm và kết quả giải phẫu**

Kích thước đỉnh ( $\mu\text{m}$ )	Kết quả giải phẫu						Tổng	
	Đóng típ 1		Đóng típ 2		Không đóng		n	%
	n	%	n	%	n	%		
<250	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	1	100,0%
250-399	8	80,0%	0	0,0%	2	20,0%	10	100,0%
400-999	28	66,7%	7	16,7%	7	16,7%	42	100,0%
$\geq 1000$	2	25,0%	4	50,0%	2	25,0%	8	100,0%
<b>Tổng</b>	38	62,3%	11	18,0%	12	19,7%	61	100,0%
<b>p</b>	0,029							

Trong nhóm bệnh nhân có kích thước đỉnh lỗ hoàng điểm từ 250-399  $\mu\text{m}$ , có đến 80% là đóng lỗ hoàng điểm típ 1 và 20% không đóng lỗ hoàng điểm sau mổ. Nhóm có kích thước đỉnh lỗ hoàng điểm lớn từ 400-999  $\mu\text{m}$  có tỉ lệ đóng lỗ hoàng điểm típ 1 là 66,7%, lỗ hoàng điểm đóng típ 2 và không đóng có tỉ lệ bằng nhau và bằng 16,7%. Ở nhóm có đỉnh lỗ hoàng điểm rất lớn  $\geq 1000 \mu\text{m}$ , chỉ có 25% số bệnh nhân có đóng lỗ hoàng điểm típ 1 và 50% đóng lỗ hoàng điểm típ 2. Tỉ lệ không đóng lỗ hoàng điểm lên đến 25%. Mối liên quan giữa kích thước đỉnh lỗ hoàng điểm và khả năng đóng cũng như típ đóng của lỗ hoàng điểm có ý nghĩa thống kê với  $p=0,029$  (Fisher's Exact Test).

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả cho thấy sau mổ, mức cải thiện thị lực trung bình tăng dần từ  $1,16 \pm 2,33$  dòng ở thời điểm 1 tháng sau mổ, lên  $2,79 \pm 2,62$  dòng vào 12 tháng sau mổ. Mức cải thiện thị lực  $\geq 2$  dòng tăng từ 13,1% ở 2 tuần sau mổ lên 57,4%

vào cuối thời gian theo dõi. Nhóm có thị lực giảm hoặc không đổi có tỉ lệ giảm rõ rệt. Vậy có thể thấy hiệu quả tốt của phẫu thuật cắt dịch kính điều trị lỗ hoàng điểm về phương diện phục hồi chức năng thị giác cho bệnh nhân. Kết quả của chúng tôi là tương đồng với nghiên cứu của Ghoraba (năm 2019) với thị lực sau mổ cải thiện trung bình là 2,5 dòng.<sup>9</sup>

Về tình trạng đóng lỗ hoàng điểm: Tỉ lệ đóng lỗ hoàng điểm tăng theo thời gian, từ 70,5% ở thời điểm 1 tháng sau mổ, đến 80,3% vào thời điểm 12 tháng sau mổ. Trong cả quá trình theo dõi, có 12 mắt được phẫu thuật lần 2, chiếm tỉ lệ 19,7%. Trong đó có 6 mắt thành công đóng lỗ hoàng điểm. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Ghoraba trên 22 mắt lỗ hoàng điểm chấn thương được cắt dịch kính, bóc màng ngăn trong, cho tỷ lệ đóng lỗ hoàng điểm ban đầu là 81,8%. Một nghiên cứu khác của Ghoraba trên 16 mắt lỗ hoàng điểm chấn thương cũng cho kết quả đóng lỗ hoàng điểm típ 1 ở

81,2% và đóng tít 2 ở 18,7% trong số các mắt có đóng lỗ hoàng điểm sau phẫu thuật.<sup>9</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 12 tháng, tỉ lệ đóng tít 1 là 77,6% và đóng tít 2 chiếm 22,4% trong nhóm đóng lỗ hoàng điểm, là một kết quả khá tương đương với Ghoraba.<sup>9</sup>

- Liên quan giữa nang bờ lỗ hoàng điểm với kết quả phẫu thuật: Cải thiện thị lực ở nhóm có nang bờ lỗ hoàng điểm tốt hơn ở nhóm không có nang. Nang trong bề dày võng mạc là tích tụ dịch ở giữa các tế bào Müller và sợi Henle hoặc sự tích tụ dịch trong tế bào Müller. Biểu mô sắc tố võng mạc tạo thành hàng rào máu ngoài võng mạc giúp vận chuyển dịch từ khoang dưới võng mạc đến mao mạch hắc mạc. Khi có lỗ hoàng điểm, có sự mất kết nối giữa biểu mô sắc tố và võng mạc cảm thụ, do đó bơm biểu mô sắc tố không hoạt động được trên mô võng mạc bị tách ra. Điều này làm rối loạn quá trình vận chuyển dịch dưới võng mạc và trong võng mạc đến mao mạch hắc mạc, gây tích tụ dịch trong võng mạc. Dịch sẽ tiêu đi nhanh chóng trong giai đoạn đầu sau phẫu thuật, một khi võng mạc cảm thụ tái gắn kết với biểu mô sắc tố thì biểu mô sắc tố bắt đầu vận chuyển dịch dưới và trong võng mạc ra ngoài. Điều này có thể giải thích cho hiện tượng cải thiện thị lực tốt hơn của nhóm có nang bờ lỗ hoàng điểm so với nhóm không có nang. Ngoài ra, nhóm không có nang bờ lỗ hoàng điểm có thể bao gồm những bệnh nhân có võng mạc trung tâm bị teo mỏng từ trước do chấn thương, chức năng võng mạc đã bị suy giảm nên thị lực sau mổ cũng không cải thiện nhiều.

-Liên quan giữa dịch bờ lỗ hoàng điểm với kết quả phẫu thuật: Trong nghiên cứu này, tỉ lệ đóng lỗ hoàng điểm nhóm không có dịch cao gấp 5 lần nhóm có dịch. Dịch dưới võng mạc thường được coi là một yếu tố tiên lượng kém cho phẫu thuật lỗ hoàng điểm.<sup>10</sup> Về lý thuyết, dịch mẫn tính có thể làm trầm trọng thêm tổn thương của các tế bào quang thụ, gây rối loạn chức năng nhiều hơn. Do đó, điều quan trọng là phải thực hiện phẫu thuật hiệu quả ở giai đoạn ít tổn thương hơn để phục hồi chức năng sau mổ tối ưu. Trong nghiên cứu trên các lỗ hoàng điểm cận thị, Shao nhận thấy ở những mắt có lỗ hoàng điểm mà không có dịch dưới võng mạc thì có tiên lượng tốt hơn sau phẫu thuật. Nghiên cứu của tác giả cũng cho thấy tỉ lệ đóng lỗ hoàng điểm ở nhóm không có dịch dưới võng mạc cao hơn rất nhiều so với nhóm có dịch dưới võng mạc.<sup>10</sup> Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng.

- Liên quan giữa kích thước đỉnh lỗ hoàng

điểm với kết quả phẫu thuật: Nhóm có kích thước đỉnh lỗ hoàng điểm nhỏ từ 250 – 399 µm có khả năng đóng lỗ hoàng điểm tít 1 cao hơn các nhóm có kích thước đỉnh lỗ hoàng điểm lớn hơn. Nghiên cứu của Ullrich cho thấy kích thước đáy và đỉnh đặc biệt có giá trị tiên lượng trong phẫu thuật lỗ hoàng điểm về kết quả thị lực cũng như kết quả giải phẫu.<sup>7</sup> Theo Kang và cs, kích thước đỉnh lỗ hoàng điểm nhỏ có thể dẫn đến khả năng bịt kín hoàn toàn lỗ hoàng điểm mà không để lộ biểu mô sắc tố bên dưới giúp cho thị lực tốt hơn, mức cải thiện thị lực nhiều hơn và ít tái phát sau phẫu thuật. Tác giả cho rằng lỗ hoàng điểm càng nhỏ thì phẫu thuật càng dễ thành công. Điều này gợi ý việc can thiệp sớm cho những bệnh nhân có lỗ hoàng điểm toàn bộ chiều dày, khi kích thước lỗ hoàng điểm còn nhỏ, sẽ đem lại lợi ích cho bệnh nhân nhiều hơn.<sup>6</sup>

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt dịch kính, bóc màng ngăn trong, bơm khí nở nội nhãn là phương pháp hiệu quả điều trị lỗ hoàng điểm do chấn thương. Tỷ lệ đóng lỗ hoàng điểm sau mổ là 80,3% vào thời điểm 12 tháng, tỷ lệ có thị lực cải thiện trên 2 dòng là 57,4%. Nang bờ lỗ hoàng điểm có liên quan đến mức cải thiện thị lực sau mổ tốt hơn. Những lỗ hoàng điểm không có dịch dưới bờ lỗ cho khả năng đóng lỗ hoàng điểm tốt hơn. Kích thước đỉnh lỗ hoàng điểm nhỏ có liên quan đến khả năng đóng lỗ hoàng điểm tít 1.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Miller JB, Yonekawa Y, Elliott D, et al.** Long-term follow-up and outcomes in traumatic macular holes. *American Journal of Ophthalmology*. 2015;160(6):1255-1258. e1.
2. **Abou Shousha MA.** Inverted internal limiting membrane flap for large traumatic macular holes. *Medicine*. 2016;95(3)
3. **Đ.N.Hơn, B.C.Ngữ, N.M.Thi.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị lỗ hoàng điểm do chấn thương đung dập nhãn cầu Tạp chí Nhân khoa Việt Nam. 2014;34(8/2014):11-18.
4. **Jing H, Yan-rong J.** An analysis of the prognosis and factors of vitrectomy for a traumatic macular hole. *Chinese Journal of Optometry Ophthalmology and Visual Science*. 2013;15(1):26-29.
5. **Ip MS, Baker BJ, Duker JS, et al.** Anatomical outcomes of surgery for idiopathic macular hole as determined by optical coherence tomography. *Arch Ophthalmol*. Jan 2002;120(1):29-35. doi:10.1001/archophth.120.1.29
6. **Kang S, Ahn K, Ham D.** Types of macular hole closure and their clinical implications. *British Journal of Ophthalmology*. 2003;87(8):1015-1019.
7. **Ullrich S, Haritoglou C, Gass Ct,** Schaumberger M, Ulbig M, Kampik A. Macular hole size as a

- prognostic factor in macular hole surgery. British Journal of Ophthalmology. 2002;86(4):390-393.
8. **Colenbrander A.** Aspects of vision loss-visual functions and functional vision. Visual impairment research. 2003;5(3):115-136.
9. **Ghoraba HH, Leila M, Ghoraba H, Heikal MA, Elgemai EEM.** Comparative study between pars plana vitrectomy with internal limiting membrane peel and pars plana vitrectomy with internal limiting membrane flap technique for management of traumatic full thickness macular holes. Journal of ophthalmology. 2019;2019
10. **Shao Q, Xia H, Heussen FM, Ouyang Y, Sun X, Fan Y.** Postoperative anatomical and functional outcomes of different stages of high myopia macular hole. BMC ophthalmology. 2015;15(1):1-8.

## MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở NGƯỜI BỆNH ĐỘNG KINH TOÀN THỂ

Đỗ Quang Vinh\*, Nguyễn Văn Tuấn\*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Rối loạn trầm cảm là bệnh lý hay gặp ở người bệnh động kinh toàn thể gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống người bệnh, vì vậy việc phát hiện sớm vô cùng quan trọng. Nhiều yếu tố được cho rằng làm tăng tỷ lệ rối loạn trầm cảm ở người bệnh động kinh toàn thể như tuổi người bệnh, tình trạng hôn nhân, tần suất cơn co giật. Có nhiều nghiên cứu trên thế giới về vấn đề này tuy nhiên ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu "một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở người bệnh động kinh toàn thể". **Mục tiêu:** Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở người bệnh động kinh toàn thể. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 53 người bệnh có rối loạn trầm cảm trong 243 người bệnh được chẩn đoán động kinh toàn thể, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Tâm Thần Hà Nội và Trung tâm Y tế Huyện Đông Anh từ tháng 9/2020 đến tháng 07/2021, có sử dụng thang điểm đánh giá trầm cảm Hamilton-D (Ham-D). **Kết quả:** Trong 243 người bệnh động kinh toàn thể có 53 người bệnh mắc rối loạn trầm cảm chiếm 21,81%. Một số yếu tố làm tăng nguy cơ mắc rối loạn trầm cảm trong nghiên cứu: tuổi >40 (OR=2,875, p<0,001), tình trạng hôn nhân độc thân (OR=2,039, p=0,046), tuổi khởi phát bệnh (OR=2,763, p=0,009), tần suất cơn > 1 cơn/tháng (OR=9,612, p<0,001), Đa trị liệu (OR=4,097, p<0,001).

**Từ khóa:** rối loạn trầm cảm, động kinh toàn thể.

### SUMMARY

#### SEVERAL ASSOCIATED FACTORS TO DEPRESSIVE DISORDER IN PATIENTS WITH GENERALIZED EPILEPSY

**Background:** Depressive disorder is a common disease in generalized epilepsy patients, which greatly affects the patient's quality of life, so early detection is extremely important. Many factors are thought to increase the prevalence of depressive disorder in

patients with generalized epilepsy, such as the patient's age, marital status, and seizure frequency. **Objectives:** evaluate some associated factors with depressive disorder in patients with generalized epilepsy. **Method:** A cross-sectional study on 53 patients with depressive disorder in 243 outpatients diagnosed with generalized epilepsy, treated at Hanoi Mental Hospital and Medical Center of Dong Anh town, from September 2020 to July 2021, using the Hamilton-D depression rating scale (Ham-D). **Results:** Among 243 generalized epilepsy patients, 53 patients had depressive disorder (21,81%). Some associated factors increase the risk of depressive disorder in the study: age >40 (OR=2.875, p<0.001), single marital status (OR=2.039, p=0.046), age of onset (OR= 2.763, p=0.009), frequency of seizure > 1 seizure/month (OR=9.612, p<0.001), poly-therapy (OR=4,097, p<0.001).

**Keywords:** associated factors, depressive disorder, generalized epilepsy.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là một bệnh lý thần kinh mạn tính phổ biến do nhiều nguyên nhân gây ra với đặc trưng là sự rối loạn thần kinh trung ương theo từng cơn do sự phóng điện đột ngột, quá mức của các tế bào thần kinh gây ra các triệu chứng trên lâm sàng. Tỷ lệ người bị động kinh trên thế giới chiếm 0,3 – 1% dân số [1] con số này tương tự tại Việt Nam. Trong đó, người bệnh động kinh toàn thể chiếm tỷ lệ cao nhất.

Trong các rối loạn tâm thần ở người bệnh động kinh toàn thể, rối loạn trầm cảm gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng sống của người bệnh [2]. Theo Mazza (2006) nghiên cứu đã chỉ ra rằng khoảng 8% nguyên nhân chết ở người bệnh động kinh có liên quan đến tự sát và có các triệu chứng của rối loạn trầm cảm [3]. Một số yếu tố của động kinh toàn thể có thể ảnh hưởng tới rối loạn trầm cảm ở người bệnh được báo cáo như: tuổi khởi phát bệnh, tần suất cơn co giật, phương pháp điều trị, thời gian bị bệnh.

Ở nước ngoài đã có nhiều nghiên cứu về các

\*Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Quang Vinh

Email: Quangvinh2321993@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.7.2021

Ngày phản biện khoa học: 7.9.2021

Ngày duyệt bài: 14.9.2021