

V. KẾT LUẬN

Độ dày cơ tứ đầu đùi là một chỉ số quan trọng trong việc đánh giá dinh dưỡng và dự báo biến chứng sớm sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng. Kết hợp đánh giá dinh dưỡng bằng PG-SGA và đo độ dày cơ tứ đầu đùi bằng siêu âm có thể giúp cải thiện kết quả điều trị và giảm nguy cơ biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barret M, Malka D, Aparicio T, et al. Nutritional status affects treatment tolerability and survival in metastatic colorectal cancer patients: results of an AGEO prospective multicenter study. *Oncology*. 2011;81(5-6):395-402. doi:10.1159/000335478
2. Poziomyck AK, Fruchtenicht AV, Kabke GB, Volkweis BS, Antoniazzi JL, Moreira LF. Reliability of nutritional assessment in patients with gastrointestinal tumors. *Rev Col Bras Cir*. May-Jun 2016;43(3):189-97. doi:10.1590/0100-69912016003006
3. Looijaard W, Molinger J, Weijs PJM. Measuring and monitoring lean body mass in critical illness. *Curr Opin Crit Care*. Aug 2018; 24(4): 241-247. doi:10.1097/MCC. 0000000000000511
4. Parry SM, El-Ansary D, Cartwright MS, et al. Ultrasonography in the intensive care setting can be used to detect changes in the quality and quantity of muscle and is related to muscle strength and function. *J Crit Care*. Oct 2015; 30(5): 1151 e9-14. doi:10.1016/j.jcrc.2015. 05.024
5. Zusman O, Singer P. Resting energy expenditure and optimal nutrition in critical care: how to guide our calorie prescriptions. *Crit Care*. Jun 5 2017;21(1):128. doi:10.1186/s13054-017-1717-y
6. Shearer R, Gale M, Aly OE, Aly EH. Have early postoperative complications from laparoscopic rectal cancer surgery improved over the past 20 years? *Colorectal Dis*. 2013;15(10):1211-26. doi:10.1111/codi.12302
7. Mai Phan Tường Anh, Huỳnh Thanh Nhứt, Nguyễn Văn Hải. Đánh giá sự phục hồi sau mổ của bệnh nhân ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2013;17(6):198-202.
8. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Ann Surg*. Aug 2004;240(2): 205-13. doi:10.1097/01.sla.0000133083.54934.ae
9. Galindo Martin CA, Ubeda Zelaya RDC, Monares Zepeda E, Lescas Mendez OA. ROUNDS Studies: Relation of Outcomes with Nutrition Despite Severity-Round One: Ultrasound Muscle Measurements in Critically Ill Adult Patients. *J Nutr Metab*. 2018;2018:7142325. doi:10.1155/2018/7142325
10. Toledo DO, Freitas BJ, Dib R, et al. Peripheral muscular ultrasound as outcome assessment tool in critically ill patients on mechanical ventilation: An observational cohort study. *Clin Nutr ESPEN*. Jun 2021;43:408-414. doi:10.1016/j.cnesp.2021. 03.015

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG LÁC NGOÀI TỪNG LÚC CÓ ĐỘ LÁC NHỎ

Lê Thị Liên^{1,3}, Phạm Thị Minh Châu², Hoàng Cương^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân lác ngoài từng lúc có độ lác nhỏ. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 32 bệnh nhân lác ngoài từng lúc khám tại Bệnh viện Mắt Trung Ương từ tháng 5/2025 đến tháng 9/2025. **Kết quả:** 32 bệnh nhân tham gia nghiên cứu với tỉ lệ nam 59,4% và nữ 40,6%, độ tuổi trung bình là 9,1±3,1 tuổi. Có 24 bệnh nhân (chiếm 75%) phát hiện lác trước 6 tuổi và 28,1% bệnh nhân có thời gian biểu hiện lác tăng theo thời gian. 50/64 mắt (78,1%) có tật khúc xạ đi kèm, trong đó cận thị hay gặp nhất (54,7%). Thị lực sau chỉnh kính cải thiện rõ rệt. Độ lác xa trung bình là 16,66±4,09PD, độ lác gần trung bình 15,50±4,38PD. Hình thái lác ngoài cơ bản chiếm tỉ lệ lớn nhất 87,5%,

có 12,5% lác ngoài quá mức phân kỳ. Điểm kiểm soát Newcastle trung bình 3,94±0,95. Mức độ kiểm soát tốt chiếm 28,1% và trung bình 71,9%. 100% bệnh nhân có thị giác hai mắt trong đó có 28 bệnh nhân (87,5%) có thị giác lập thể với mức độ trung bình 153,93±153,003 giây cung. **Kết luận:** Lác ngoài từng lúc thường khởi phát trước 6 tuổi trong đó hình thái lác ngoài từng lúc cơ bản chiếm tỉ lệ lớn. Bệnh nhân thường có thị giác hai mắt nhưng biểu hiện ở nhiều mức độ khác nhau. **Từ khóa:** lác ngoài từng lúc, điểm kiểm soát Newcastle

SUMMARY**CLINICAL CHARACTERISTICS OF INTERMITTENT EXOTROPIA WITH SMALL DEVIATION**

Objective: To describe the clinical characteristics of intermittent exotropia with small deviation. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 32 patients with intermittent exotropia examined at the Vietnam National Eye Hospital from May 2025 to September 2025. **Results:** 32 patients participated with a male-to-female ratio of 59,4% to 40,6% and an average age of 9,12 ± 3,1 years. Twenty-four patients (75%) presented with exotropia before the age of 6 and 28,1% showed

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Huế

²Bệnh viện Mắt Trung ương

³Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Liên

Email: ltlien@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

progression over time. Refractive errors were present in 78,1% of eyes, with myopia being the most common (54.7%). Visual acuity improved significantly after refractive correction. The mean distance deviation was $16,66 \pm 4,09$ PD, and the mean near deviation was $15,50 \pm 4,38$ PD. The basic type of intermittent exotropia accounted for the highest proportion (87.5%), followed by divergence excess types (12,5%). The mean Newcastle Control Score was $3,94 \pm 0,95$ with 28.1% of patients having good control and 71,9% having fair control. All patients (100%) had binocular vision, among whom 28 patients (87,5%) demonstrated stereopsis with a mean stereopsis of $153,93 \pm 153,003$ arc-seconds.

Conclusions: Intermittent exotropia most commonly begins before 6 years of age. The basic type predominates. Binocular vision is generally present but varies in quality among patients.

Keywords: Intermittent exotropia, Newcastle Control Score (NCS)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lác ngoài từng lúc là loại lác ngang cơ năng phổ biến nhất ở châu Á và chiếm khoảng 1% dân số chung. Bệnh đặc trưng bởi tình trạng lác ngoài không liên tục ở một hoặc cả hai mắt, đặc biệt là khi nhìn xa hoặc khi mệt mỏi, ốm, thiếu tập trung. Do tính chất gián đoạn nên phần lớn bệnh nhân lác ngoài từng lúc vẫn duy trì thị lực tốt, song có nhiều mức độ rối loạn thị giác hai mắt. Dựa trên mối tương quan giữa độ lác xa và gần, tác giả Burian phân lác ngoài từng lúc gồm ba nhóm lác ngoài phân kỳ, lác ngoài cơ bản và lác ngoài thiếu năng quy tụ. [1,2,4]

Khi tần suất biểu hiện lác ngoài tăng lên, khả năng duy trì thị giác hai mắt và chức năng hợp thị sẽ bị suy giảm, ảnh hưởng đến quá trình phát triển thị giác bình thường. Việc theo dõi tiến triển của lác ngoài từng lúc có ý nghĩa đặc biệt quan trọng. Hiện nay, mức độ nặng và tiến triển của lác ngoài từng lúc thường được đánh giá qua ba nhóm chỉ số chính: độ lác, thị giác hai mắt và khả năng kiểm soát lác. Khả năng kiểm soát được hiểu là khả năng bệnh nhân tự phục hồi và duy trì tư thế mắt thẳng trở lại sau khi mắt bị lệch, phản ánh tần suất xuất hiện lác.

Điều trị lác ngoài từng lúc gồm phẫu thuật và các phương pháp không phẫu thuật. Nghiên cứu khảo sát tại Anh ghi nhận 38,9% bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật và 61,7% bệnh nhân được điều trị không phẫu thuật gồm pháp bịt mắt luân phiên, luyện tập thị giác, thẳng chỉnh kính trừ. Phẫu thuật được chỉ định khi bệnh nhân có góc lác lớn, lác tiến triển gần như liên tục, mất khả năng kiểm soát hoặc gặp vấn đề về thẩm mỹ rõ rệt. Phẫu thuật thường không được chỉ định cho những bệnh nhân có độ lác dưới 20 điốp lăng kính trừ khi có bằng chứng giảm kiểm

soát đáng kể. Nhiều tác giả nước ngoài cho rằng tỷ lệ tự hồi phục tự nhiên của lác ngoài từng lúc là rất thấp, phẫu thuật thường được khuyến nghị cho những bệnh nhân có lác ngoài liên tục với góc lệch lớn trong quá trình theo dõi [2,4,6]. Tuy nhiên tại Việt Nam, đa số các nghiên cứu hiện tại tập trung vào nhóm bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật; trong khi đó, nhóm bệnh nhân lác ngoài từng lúc có độ lác nhỏ, chưa cần can thiệp phẫu thuật vẫn chưa được khảo sát đầy đủ về đặc điểm lâm sàng và diễn tiến bệnh. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: "*Đặc điểm lâm sàng của lác ngoài từng lúc có độ lác nhỏ*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán lác ngoài từng lúc tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 5 đến tháng 12 năm 2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Trẻ em từ 6 - 18 tuổi
- Có một hoặc hai mắt thỉnh thoảng bị lác ra ngoài
- Độ lác ≤ 20 điốp lăng kính.
- Có khả năng thực hiện bài kiểm tra thị giác hai mắt

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có bệnh mắt cấp tính khác kèm theo
- Bệnh nhân không phối hợp trong thăm khám
- Bệnh nhân và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Chúng tôi nghiên cứu trên 32 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng xét duyệt đề cương Bộ môn Mắt Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội. Nghiên cứu được Bệnh viện Mắt Trung ương chấp thuận. Mọi thông tin cá nhân và tình trạng bệnh tật của người bệnh được giữ kín, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi nghiên cứu trên 32 bệnh nhân được chẩn đoán lác ngoài từng lúc tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 5 đến tháng 9 năm 2025

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi (n=32)

Tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
6-10	26	81,3
11-15	3	9,4
> 15	3	9,4

Tổng	32	100,0
Trung bình	9,1 ± 3,1	

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 9,1 ± 3,1 tuổi, trong đó có 26 bệnh nhân (81,3%) ≤ 10 tuổi, 3 bệnh nhân (9,4%) thuộc nhóm tuổi 11-15 và trên 15 tuổi.



Biểu đồ 3.1. Sự phân bố giới tính

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nam tham gia nghiên cứu chiếm 59,4% và nữ chiếm 40,6%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu

3.2.1. Đặc điểm khởi phát và tiến triển:

Bảng 3.2. Bệnh sử

Đặc điểm	Lý do	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Lý do đến khám	Lác	24	75
	Nhìn mờ	8	25
	Khác	0	0
Thời điểm phát hiện bệnh	<6 tuổi	24	75
	6-12 tuổi	6	18,8
	>12 tuổi	2	6,3
Tiến triển	Giảm	0	0
	Không đổi	23	71,9
	Tăng	9	28,1

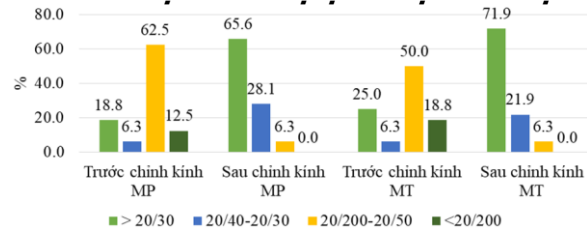
Nhận xét:

Trong tổng số 32 bệnh nhân lác ngoài từng lúc, 75% trẻ đến khám vì lác và 25% trẻ lác ngoài từng lúc đến khám với lý do nhìn mờ.

Trẻ được phát hiện bệnh trong độ tuổi từ <6 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 75%, sau đó độ tuổi phát hiện 6-12 tuổi chiếm 18,8%. Nhóm tuổi phát hiện > 12 tuổi chiếm tỷ lệ rất nhỏ với 6,3%.

Phần lớn gia đình và trẻ không thấy sự gia tăng biểu hiện lác theo thời gian 71,9%. Có 28,1% trẻ biểu hiện lác nhiều hơn theo thời gian và không có đối tượng nghiên cứu nào thấy lác giảm đi.

3.2.2. Đặc điểm thị lực và tật khúc xạ:



Biểu đồ 3.2. Sự phân bố thị lực trước, sau chỉnh kính

Nhận xét: Trước khi chỉnh kính, nhóm bệnh nhân có thị lực trong khoảng 20/200 – 20/50 chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai mắt với 62,5% ở mắt phải và 50% ở mắt trái. Sau khi chỉnh kính, tỷ lệ này giảm xuống đáng kể, chỉ còn 6,3%. Bên cạnh đó, thị lực dưới 20/200 được ghi nhận ở 12,5% mắt phải và 18,8% mắt trái trước điều chỉnh, sau khi đeo kính không có bệnh nhân nào có mức thị lực này. Ở mức thị lực cao hơn, 18,8% bệnh nhân có thị lực không kính mắt phải trên 20/30 và 25% ở mắt trái. Sau chỉnh kính, số bệnh nhân đạt thị lực >20/30 tăng rõ rệt lên với 65,6% ở mắt phải và 71,9% ở mắt trái. Thị lực trước và sau chỉnh kính ở cả hai mắt có sự khác biệt rõ rệt, có ý nghĩa thống kê (p<0,001).

Bảng 3.3. Phân bố tật khúc xạ

Tật khúc xạ	Số lượng (mắt)	Tỷ lệ (%)
Chính thị	14	21,9
Cận thị	35	54,7
Viễn thị	15	23,4
Tổng	64	100

Nhận xét: Tỷ lệ mắt cận thị chiếm tỷ lệ cao nhất 54,7%. Mắt viễn thị và chính thị chiếm tỉ lệ khá tương đương lần lượt là 23,4% và 21,9%.

3.2.3. Đặc điểm độ lác:

Bảng 3.4. Độ lác trung bình

Đặc điểm	Trung bình (PD)	Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Nhìn xa	16,66	4,09	6	20
Nhìn gần	15,50	4,38	6	20

Nhận xét: Độ lác trung bình khi nhìn xa và nhìn gần lần lượt là 16,66 ± 4,09 và 15,50 ± 4,38. Độ lác xa - gần lớn nhất và nhỏ nhất đều là 6PD và 20PD.

Bảng 3.5. Hình thái lác ngoài từng lúc

Hình thái	Số lượng (n)	Tỷ lệ
Quá mức phân kỳ	4	12,5
Cơ bản	28	87,5
Thiếu năng quy tụ	0	0
Tổng	32	100

Nhận xét: Dựa vào sự chênh lệch độ lác xa và gần sau khi thực hiện test bịt mắt 30 phút trong trường hợp có chênh lệch trên 10PD ở lần đo ban đầu, bệnh nhân lác ngoài quá mức phân kỳ trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 12,5%. Lác ngoài cơ bản có tỷ lệ lớn nhất 87,5% và không có bệnh nhân thiếu năng quy tụ trong nghiên cứu này.

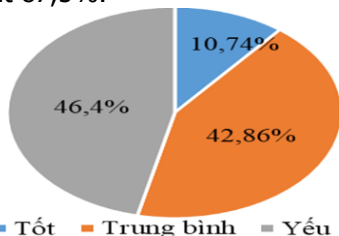
3.2.4. Đặc điểm thị giác hai mắt:

Bảng 3.6. Các mức độ thị giác hai mắt

Thị giác hai mắt	Số lượng (n)	Tỷ lệ(%)	
Không có	0	0	
Có	Đồng thị	1	3,1
	Hợp thị	3	9,4

Thị giác lập thể	28	87,5
Tổng	32	100

Nhận xét: 100% bệnh nhân có thị giác hai mắt trong đó tỉ lệ bệnh nhân có thị giác hai mắt ở có mức độ cao nhất là thị giác lập thể chiếm tỉ lệ cao nhất 87,5%.



Biểu đồ 3.3. Phân bố mức độ thị lực lập thể

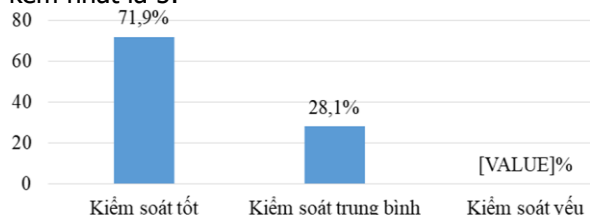
Nhận xét: Trong 28 bệnh nhân có phủ thị, phần lớn bệnh nhân có thị lực lập thể trung bình (42,86%) và yếu (46,4%), chỉ một số ít bệnh nhân có thị lực lập thể tốt (10,74%)

3.2.5. Điểm kiểm soát lác:

Bảng 3.7. Điểm kiểm soát Newcastle

Đặc điểm	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Điểm kiểm soát	3,94	0,95	2	5

Nhận xét: Điểm kiểm soát Newcastle trung bình $3,94 \pm 0,95$. Bệnh nhân có điểm kiểm soát tốt nhất là 2 và bệnh nhân có điểm kiểm soát kém nhất là 5.



Biểu đồ 3.4. Sự phân bố mức độ kiểm soát

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát lác mức độ trung bình cao nhất với 71,9%. 28,1% bệnh nhân kiểm soát lác tốt.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tuổi của đối tượng nghiên cứu tập trung chủ yếu ở nhóm 6-10 tuổi (81,3%) với tuổi trung bình $9,12 \pm 3,1$ tuổi. Kết quả này tương đồng với tác giả Dae Hee Kim [5] với độ tuổi trung bình $8,2 \pm 7,6$ tuổi, tuy nhiên cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nhuien Viet Khynch[1] với tuổi trung bình $5,04 \pm 2,29$. Sự phân bố về tuổi có sự khác biệt giữa các tác giả chủ yếu do sự khác nhau trong tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu.

Về giới tính, nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam cao hơn tỷ lệ nữ, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này khá

tương tự các báo cáo ở châu Á như nghiên cứu của Byung Joo Lee ở Hàn Quốc [7] với tỷ lệ nam nữ là 55,8% - 44,2% và nghiên cứu của Nhuien Viet Khynch[1] ở Việt Nam có tỷ lệ nam nữ là 44%-56%. Trong khi các nghiên cứu phương Tây lại thường cho thấy xu hướng nữ chiếm ưu thế như kết quả của Kevin J Nusz và cộng sự [3] với nữ chiếm 64,1%.

4.2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

4.2.1. Đặc điểm khởi phát và tiến triển:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, lý do đến khám phổ biến nhất là biểu hiện lác chiếm 75% số trường hợp. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Lee [6], trong đó 77/86 bệnh nhân (89,5%) được người nhà phát hiện biểu hiện lác là triệu chứng đầu tiên khi đến khám. Những triệu chứng cơ năng như nhìn mờ, mỏi mắt thường khó được trẻ than phiền chính xác, do đó ít khi là lý do đầu tiên để khám bệnh.

Thời điểm phát hiện lác nhiều nhất dưới 6 tuổi chiếm 75%. Tuổi xuất hiện này phù hợp tác giả Khynch[1] là 80% khởi phát trước 5 tuổi và tuổi phát hiện trung bình $5,04 \pm 2,29$, tác giả Buck [3] là 1,95 tuổi và Sung [8] là $4,9 \pm 2,5$ tuổi. Điều này phù hợp với y văn thấy rằng lác ngoài từng lúc thường được phát hiện lần đầu ở giai đoạn sơ sinh hoặc thời thơ ấu, và có thể khởi phát rất sớm.

Kết quả khảo sát ghi nhận không có trường hợp nào thấy giảm đi. Điều này hợp lý bởi vì chính vì độ lác không giảm hoặc tiến triển theo thời gian dẫn đến bệnh nhân mới đi khám và điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Lee [6] nghiên cứu trên 86 bệnh nhân có độ lác bé dưới 18PD được theo dõi ít nhất hai năm ghi nhận 32,6% bệnh nhân có tiến triển $\geq 5PD$, 59,3% giữ nguyên và 8,1% cải thiện $\geq 5PD$.

4.2.2. Đặc điểm về thị lực và tật khúc xạ:

Trước chỉnh kính, mức thị lực 20/200–20/50 chiếm tỷ lệ cao nhất (62,5% mắt phải; 50% mắt trái) và mức thị lực <20/200 lần lượt là 12,5% và 18,8%. Sau chỉnh kính, nhóm 20/200–20/50 giảm còn 6,3% ở cả hai mắt và không còn trường hợp <20/200. Thị lực >20/30 tăng từ 18% lên 65,6% ở mắt phải và từ 25% lên 71,9% ở mắt trái. Thị lực bệnh nhân trước chỉnh kính và sau chỉnh kính cải thiện có ý nghĩa thống kê, điều này chứng minh việc chỉnh kính đóng vai trò quan trọng trong điều trị lác.

Tỷ lệ tật khúc xạ ở nghiên cứu chúng tôi là 78,1%. So với nghiên cứu của tác giả Kim [5], tỷ lệ chính thị chúng tôi thấp hơn (21,9% so với 55,4%) trong khi tỷ lệ cận thị lại cao hơn (54,7

so với 32,6%). Tác giả Ekdawi [3] ghi nhận ở lần khám đầu 62% viễn thị, 29% cận thị và 8% chính thị với tuổi trung bình là 5,2 tuổi; sau theo dõi trung bình 10,1 năm, ở lần khám cuối tỷ lệ thay đổi thành 25% viễn thị, 70% cận thị, và 4,4% chính thị. Như vậy, sự khác biệt về phân bố tật khúc xạ giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến độ tuổi, chủng tộc hay tiêu chuẩn chẩn đoán. Ghi nhận về mối liên quan cận thị và lác ngoài, người ta cho rằng khả năng kiểm soát độ lác xa ở người cận thị kém do nhìn xa mờ và nhìn gần rõ, do độ trễ điều tiết lớn hơn, bệnh nhân cần ít nỗ lực điều tiết hơn để nhìn rõ, dẫn đến giảm đáp ứng hội tụ điều tiết và cuối cùng là tình trạng thiếu hội tụ.

4.2.3. Đặc điểm về độ lác:

Nghiên cứu	Mẫu	Độ lác xa (PD)	Độ lác gần (PD)	Min	Max
Sung [7]	82	17,9±1,8	16,5±3,4	10	20
Kim Dae Hee [5]	86	15,4±2,3 PD	10	18	
Nhuien Viet Khynch [1]	20	34,50 ±5,89	20,75 ±6,94	10	45
Lê Thị Liên, Phạm Thị Minh Châu	32	16,66 ±4,09	15,50 ±4,38	6	20

Độ lác trung bình xa và gần lần lượt là 16,66 ± 4,09PD và 15,50 ± 4,38. Kết quả này tương đồng với các báo cáo quốc tế nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân lác ngoài từng lúc có độ lác nhỏ điều trị không phẫu thuật. Độ lác trong nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn rõ rệt so với nghiên cứu của Khynch[1], bởi tác giả nghiên cứu trên những bệnh nhân lác ngoài quá mức phân kỳ có chỉ định phẫu thuật, tức là các trường hợp có góc lác lớn hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm lác ngoài phân kỳ chiếm tỷ lệ 12,5% trong khi lác ngoài cơ bản chiếm tới 87,5% và không ghi nhận trường hợp thiếu năng quy tụ. Lác ngoài cơ bản là hình thái thường gặp nhất được ghi nhận qua nhiều nghiên cứu như Kim Dae Hee [5] 86,2%, Byung Joo Lee [6] 88,4%. Test che mắt nên được thực hiện khi đo độ lác để bộc lộ độ lác chính xác và phân biệt lác ngoài quá mức phân kỳ và lác ngoài cơ bản.

4.2.4. Đặc điểm về thị giác hai mắt:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân có thị giác hai mắt và phần lớn bệnh nhân vẫn duy trì được mức độ cao nhất của thị giác hai mắt (87,5%). Trong nghiên cứu của Buck [2], 198/212 (93,4%) trẻ lác ngoài từng lúc trên 4 tuổi có thị lực lập thể (TLLT) gần trung bình 85 giây cung. Về mức độ thị lực lập thể, nghiên cứu chúng tôi chỉ có 15/28 trẻ (53,6%) có mức TLLT

tốt và trung bình. Tỷ lệ này khá tương đồng với kết quả của Sung [7] (59,5%), nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Lee [7] (81,3%).

4.2.5. Đặc điểm khả năng kiểm soát lác:

Điểm Newcastle đánh giá dựa trên hai yếu tố tốc độ phục hồi hợp thị sau phân ly và tỷ lệ thời gian xuất hiện lác ngoài quan sát được, kết hợp cả đánh giá khách quan của bác sỹ tại phòng khám và quan sát chủ quan của bố mẹ tại nhà. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm kiểm soát Newcastle trung bình là 3,94 ± 0,95, dao động từ 2 đến 5 điểm, cho thấy nhóm bệnh nhân lác ngoài từng lúc có độ lệch nhỏ kiểm soát lác khá tốt có thể được chỉ định các phương pháp điều trị không phẫu thuật như luyện tập thị giác... Cụ thể trong nghiên cứu này, 9 bệnh nhân (28,1%) có kiểm soát tốt và 23 bệnh nhân (71,9%) kiểm soát trung bình, không có trường hợp kiểm soát kém. Nghiên cứu của Buck [2] nghiên cứu trên 212 bệnh nhân dưới 12 tuổi cho thấy: 35% kiểm soát tốt, 56% kiểm soát trung bình, 9% kiểm soát kém với điểm trung vị Newcastle lần lượt tại nhà, tại phòng khám và điểm tổng lần lượt là 1 - 2 - 4.

V. KẾT LUẬN

Lác ngoài từng lúc thường khởi phát sớm trước 6 tuổi trong đó hình thái lác ngoài từng lúc cơ bản chiếm tỉ lệ lớn. Bệnh nhân thường có thị giác hai mắt nhưng biểu hiện ở nhiều mức độ khác nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nhuien Viet Khynch**, Lác ngoài phân kỳ quá mức: Đặc điểm lâm sàng, Tạp chí Y học Việt Nam, 2024. 535(2)
2. **Buck D., et al.**, Presenting features and early management of childhood intermittent exotropia in the UK: inception cohort study. Br J Ophthalmol, 2009. 93(12): p. 1620-4.
3. **Ekdawi NS, Nusz KJ, Diehl NN, Mohny BG.** The development of myopia among children with intermittent exotropia. Am J Ophthalmol. 2010 Mar;149(3):503-7.
4. **Heydarian S., et al.**, Non-surgical Management Options of Intermittent Exotropia: A Literature Review. J Curr Ophthalmol, 2020. 32(3): p. 217-225.
5. **Kim DH, Jung JH, Choi MY, Hwang JM, Kim SJ, Lee YH, Han SH, Choi DG;** A cross-sectional study of ophthalmologic examination findings in 5385 Koreans presenting with intermittent exotropia, Korean Association of Pediatric Ophthalmology and Strabismus (KAPOS).
6. **Lee B.J., S.J. Kim, and Y.S. Yu**, The Clinical Course of Intermittent Exotropia With Small Initial Deviation. J Pediatr Ophthalmol Strabismus, 2015. 52(4): p. 206-12.
7. **Sung, J.Y., Yang, H.K. & Hwang, JM.** Comparison of surgery versus observation for small angle intermittent exotropia. 2020, Sci Rep 10, 4631