

- Đường viền lợi của răng phục hình là rất tốt sau 3 tháng đạt 100% mức độ đẹp về hình thể và màu sắc (tăng thêm 2 đơn vị phục hình từ trung bình lên tốt). Đó là do sau 3 tháng phục hình bệnh nhân đã biết cách vệ sinh răng miệng và thích nghi với sự hiện diện của phục hình

- Sau phục hình 3 tháng chức năng nhai đạt mức độ tốt là 100% (tăng lên) do có 2 bệnh nhân đã thích nghi với phục hình mới

- Sự hài lòng của bệnh nhân sau phục hình 3 tháng vẫn là 100%.

V. KẾT LUẬN

- Ngay sau khi phục hình cho thấy, tỷ lệ thành công đẹp về hình thể, màu sắc, đường viền lợi là rất cao: hình thể với 96,88%, màu sắc với 100%, đường viền lợi với 97,92%.

- Sau lắp phục hình 3 tháng các tiêu chí đẹp về hình thể và màu sắc là không thay đổi, tiêu chí đường viền lợi thậm chí còn tăng lên

- Về chức năng: 100% bệnh nhân có chức năng ăn nhai và phát âm không bị ảnh hưởng

- Độ bền: Không có trường hợp nào bị mẻ sứ, vỡ sườn, bong mặt dán trong thời gian theo dõi 3 tháng.

- Sau 3 tháng tình trạng vùng quanh răng và tình trạng răng trụ đều rất tốt, không có trường hợp nào có phục hình làm ảnh hưởng đến răng trụ và tổ chức quanh răng

- 100% bệnh nhân đều hài lòng với kết quả

phục hình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sheets CG, Taniguchi T.** Advantages and limitations in the use of porcelain veneer restorations. J prosthet Dent. 1990;64(4):406-411. doi:10.1016/0022-3913(90)9035-6
2. **Strassler HE.** Minimally invasive porcelain veneers: indications for a conservative esthetic dentistry treatment modality. Gen Dent. 2007; 55(7): 686-712
3. **Fradeani M, Redemagni M, Corrado M.** Porcelain laminate veneers: 6-to 12-year clinical evaluation- A Retrospective Study. International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry. 2005; 25(1):9-17
4. **Chu Thị Quỳnh Hương (2010).** Nghiên cứu và đánh giá kết quả sử dụng vật liệu toàn sứ IPS Empress 2 trong phục hình nhóm răng trước, Luận văn tiến sĩ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội
5. **Nobrega A.S., Silva Signoreli A.F. Quinelli Mazzaro J.V., Zavanelli R.A., Zavanelli A.C.** Minimally invasive preparations: contact lenses. Journal of Advanced Clinical & Research Insights. 2015;2:176-179.
6. **Brodbelt RHW, O'Brien WJ, Fan PL (1980).** "Translucency of dental porcelain". J Dent Res. Pp.59:70
7. **Willard A, Gabriel Chu TM.** The science and application of IPS .Max dental ceramic. Kaohsiung J Med Sci. 2018;34(4):238-242. doi: 10.1016/j.kjms.2018.01.012
8. **Peumans M, Van Meerbeek B, Lambrechts P, Vuylsteke- Wauters M, Vanherle G .** Five-year clinical performance of porcelain veneers . Quintessence int . 1998;29(4):211-221

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN GLÔCÔM ÁC TÍNH ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT

Phạm Thị Thu Hà¹, Đỗ Tấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân glôcôm ác tính phải điều trị bằng phẫu thuật. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 53 mắt glôcôm ác tính của 46 người bệnh, tuổi trung bình 59,7, nữ chiếm 76,1%. 77,4% mắt có chẩn đoán glôcôm góc đóng trước khởi phát glôcôm ác tính. Đa số phẫu thuật trước đó là cắt bè cùng giác mạc (CGM) (77,4%). Số mắt có trục nhãn cầu ≤ 22mm chiếm 71,7%. TNC trung bình 21,7mm. Hình ảnh thể mi dẹt và quay trước trên siêu âm UBM gặp ở 85% các

trường hợp. **Kết luận:** Glôcôm ác tính thường xuất hiện trên những người bệnh lớn tuổi, nữ giới, bị Glôcôm góc đóng, đã phẫu thuật cắt bè CGM trước đó và có trục nhãn cầu ngắn.

Từ khóa: Glôcôm ác tính, trục nhãn cầu, thể mi xoay trước

SUMMARY

CLINICAL AND IMAGING FEATURES OF MALIGNANT GLAUCOMA PATIENTS NEEDING SURGICAL TREATMENT

Objectives: To describe the clinical and imaging features of malignant glaucoma patients who needed surgical interventions. **Patients and Methods:** descriptive cross sectional study. **Results:** study recruited 53 eyes from 46 patients who finally treated by surgical interventions. Mean age was 59,7 year old, female accounted for 76.1%. 77.4% was diagnosed with PACG before the onset of malignant glaucoma.

¹Bệnh Viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tấn

Email: dotan20042005@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2021

Ngày duyệt bài: 3.5.2021

Majority of cases had been treated with trabeculectomy before the onset of malignant glaucoma (77.4%). Eyes with AL \leq 22mm accounted for 71.7%. Mean AL was 21.7mm. Flattened and anteriorly rotated ciliary body was observed on UBM in 85% of cases. **Conclusion:** Malignant glaucoma tended to appear in old, female patients, who had been previously diagnosed with PACG, short AL and treated with trabeculectomy.

Key words: Malignant glaucoma, axial length, anteriorly rotated ciliary body.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm ác tính, hay còn gọi là hội chứng thủy dịch lạc đường, được Von Graefe mô tả lần đầu tiên vào năm 1868. Đây là một bệnh cảnh lâm sàng đặc trưng bởi nhãn áp (NA) tăng cao, tiền phòng (TP) nông hoặc xẹp hoàn toàn, có thể xuất hiện vô căn hoặc sau phẫu thuật, thủ thuật nội nhãn. Tỷ lệ bệnh tương đối hiếm, gặp khoảng 2-4% mắt sau phẫu thuật lỗ dò. Cơ chế bệnh sinh của glôcôm ác tính hiện còn nhiều điểm chưa rõ ràng. Cho đến nay glôcôm ác tính vẫn được coi là một trong những bệnh mắt phức tạp, là thách thức đối với các nhà nhãn khoa. Bệnh có thể tiến triển, dẫn đến mù vĩnh viễn nếu không được xử trí hợp lý, kịp thời. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của glôcôm ác tính được mô tả trong y văn tương đối nghèo nàn, lẻ tẻ đặc biệt là các trường hợp phải tiến hành điều trị phẫu thuật. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân glôcôm ác tính cần được điều trị bằng phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Glôcôm bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 10 năm 2012 đến tháng 10 năm 2017. Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân có mắt được chẩn đoán xác định glôcôm ác tính cần được điều trị bằng phẫu thuật.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định glôcôm ác tính với các tiêu chuẩn sau:

+ Tiền phòng xẹp hoặc nông cả ở trung tâm và ngoại vi, tiền phòng nông từ độ 1 trở lên (theo phân độ tiền phòng nông của Spaeth) [1]

+ Nhãn áp cao ($>$ 21mmHg trước điều trị).

+ Khởi phát sau các phẫu thuật nội nhãn hoặc thủ thuật trước đó, loại trừ các nguyên nhân khác gây tiền phòng nông sau phẫu thuật: bong hắc mạc, tăng thoát thủy dịch, xuất huyết thượng hắc mạc chủ yếu dựa trên kết quả siêu âm B.

+ Kết quả siêu âm bán phần trước (UBM): tiền phòng nông ở cả trung tâm và ngoại vi, thể

mi dẹt, quay trước...

+ Điều trị nội khoa và/ hoặc laser thất bại.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Mắt mất chức năng

- Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu và bệnh nhân không đủ điều kiện sức khỏe để theo dõi điều trị và khám lại theo quy trình.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Các bước tiến hành nghiên cứu: Ghi nhận các đặc điểm dịch tễ - lâm sàng của người bệnh: tuổi, giới, mắt bị bệnh, tiền sử phẫu thuật trước đó, hình thái góc tiền phòng (hồi cứu hồ sơ bệnh án); Đánh giá tình trạng giác mạc (GM - trong suốt; phù tối thiểu: phù biểu mô và 1/2 trước nhu mô; phù nhẹ: mờ đục lan ra 1/2 sau nhu mô; phù trung bình: phù toàn bộ chiều dày nhu mô, vẫn quan sát được nội mô GM khi cắt đèn khe; phù nặng: toàn bộ chiều dày nhu mô, khi cắt khe không còn quan sát được nội mô). Đánh giá tình trạng thể thủy tinh (TTT) bằng máy sinh hiển vi Inami. Phân loại đục TTT theo LOC II, chia 4 nhóm (TTT trong, đục độ I: đục nhân nhẹ \pm đục vỏ $<$ 3% \pm đục dưới bao sau $<$ 10%; độ II: đục nhân trung bình \pm đục vỏ 10-50% \pm đục dưới bao sau 30%, độ III: đục nhân ánh nâu vàng \pm đục vỏ 50-90% \pm đục dưới bao sau 50%; độ IV: đục nhân nâu \pm đục vỏ $>$ 90% \pm đục dưới bao sau $>$ 50%, đục ngấm nước); Thị lực (TL-Bảng thị lực Snellen), chia 5 nhóm ($<$ ĐNT1m, ĐNT1m-2,9m, ĐNT3m-20/400,20/399-20/100, $<$ 20/99); Nhãn áp (NA - nhãn áp kế Goldmann) chia 3 nhóm (\leq 21, 22-30, $>$ 30 mmHg), NA $>$ 21 mmHg là mức NA không điều chỉnh; Đánh giá thể mi, độ sâu tiền phòng, độ dày TTT bằng siêu âm sinh hiển vi UBM (Ultrasound Biomicroscopy); đo độ dài trục nhãn cầu (TNC) bằng siêu âm B.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng. Nghiên cứu được tiến hành trên 53 mắt Glôcôm ác tính được điều trị bằng phẫu thuật của 46 bệnh nhân. Tuổi trung bình là 59,7 tuổi, tuổi cao nhất là 83 tuổi, thấp nhất là 37 tuổi. Phân bố tuổi theo nhóm được mô tả trong bảng sau

Bảng 1: phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng	%
\leq 40 tuổi	1	2,2
41-60 tuổi	27	58,7
$>$ 60 tuổi	18	39,1

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của Trope là 70 tuổi, của T.Zarnowsky là 63,3 tuổi. Như vậy, bệnh thường xuất hiện ở lứa tuổi cao [2]. Bình

thường, nhãn cầu đạt được kích thước tương đối ổn định ở độ tuổi 14. Tuy nhiên, theo thời gian, TTT tăng dần kích thước, dẫn đến TP giảm dần độ sâu và thể tích. Trên những mắt có cấu trúc thuận lợi như viễn thị, TNC ngắn, nhãn cầu nhỏ..., thì tiền phòng sẽ nông dần là điều kiện thuận lợi khởi phát glôcôm góc đóng và gây glôcôm ác tính sau phẫu thuật điều trị glôcôm góc đóng.

Trong nghiên cứu có 11 bệnh nhân nam (chiếm 23,9%) và 35 bệnh nhân nữ (chiếm 76,1%). Kết quả này cũng phù hợp với các tác giả khác. Nghiên cứu của Mohammad Reza Razeghinejad (2005) trên 103 bệnh nhân ghi nhận tỉ lệ nữ bị bệnh là 70% [3]. Tương tự, Trope cũng báo cáo tỷ lệ mắc bệnh ở phụ nữ cao hơn 3 lần so với nam giới [2]. Giới tính là một yếu tố nguy cơ quan trọng đối với glôcôm góc đóng nguyên phát cũng như glôcôm ác tính. Các nghiên cứu về glôcôm ác tính đều ghi nhận bệnh hay gặp hơn ở nữ (65-75%). M.R. Razeghinejad (2005) đã đo kích thước tiền phòng của nam và nữ từ 20-61 tuổi, nhận thấy kích thước tiền phòng của nữ nhỏ hơn nam 4%. Vì vậy, tác giả đưa ra giả thuyết rằng tiền phòng ở nữ nhỏ hơn nam giới dẫn đến ở nữ TTT nhỏ hơn trước hơn so với nam giới. Điều này không chỉ làm giảm kích thước tiền phòng mà làm thu hẹp khoảng cách giữa xích đạo TTT và thể mi, tạo điều kiện thuận lợi cho nhén thể mi – TTT, dẫn đến hiện tượng thủy dịch lưu thông ngược chiều vào buồng dịch kính (DK) [3]. Theo Trope, nguyên nhân bệnh hay gặp hơn ở nữ là do phụ nữ thường có nhãn cầu nhỏ hơn với TNC ngắn hơn, dẫn đến thể tích nhãn cầu giảm khoảng 10% so với nam giới. Ngoài ra, các yếu tố nguy cơ khác có thể khiến bệnh hay gặp hơn ở nữ bao gồm sự thay đổi tính thấm thành mạch và co thắt mạch. Những đặc điểm trên có thể khiến khả năng bị cương tụ hắc mạc ở nữ cao hơn nam giới và là tiền đề cho glôcôm ác tính [2].

Tất cả 53 mắt Glôcôm ác tính đều xuất hiện sau 1 phẫu thuật có can thiệp nhãn cầu trước đó. Phẫu thuật cắt bè chiếm 77,4% trong số các phẫu thuật làm khởi phát glôcôm ác tính. Kết quả này cũng phù hợp với báo cáo của các tác giả khác. Nghiên cứu hồi cứu trên 31 mắt của Prata (2013) cho thấy phẫu thuật hay gặp nhất trước khởi phát glôcôm ác tính là cắt bè CGM kết hợp áp MMC (55% - 17/31 mắt), trong đó phối hợp với lấy TTT, đặt IOL là 3/17 mắt (17,6%) [4]. Epstein và một số tác giả cho rằng phẫu thuật cắt bè làm giảm độ sâu tiền phòng do tác dụng của lỗ dò, hiện tượng này trên số mắt

có cấu trúc giải phẫu thuận lợi sẽ làm thay đổi vị trí tương quan giữa dây chằng Zinn, màng hyaloids trước và thể mi, dẫn đến khởi phát bệnh cảnh glôcôm ác tính [5].

Bảng 2: Phẫu thuật trước khi phát bệnh

	Cắt bè	Phaco /IOL	Phaco / IOL+ cắt bè	Cắt CMS	Sửa SB	Tổng
Số lượng (%)	41 (77,4%)	7 (13,2%)	2 (3,8%)	1 (1,9%)	2 (3,8%)	53 (100%)

Ngoài ra nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận một số phẫu thuật gây khởi phát glôcôm ác tính với tần suất nhỏ hơn như Phaco/IOL, phẫu thuật phối hợp Phaco/IOL và cắt bè CGM, phẫu thuật sửa sẹo bong, phẫu thuật cắt củng mạc sâu. Một trong những cơ chế của glôcôm ác tính là do cương tụ hắc mạc. Hắc mạc là một cấu trúc giàu mạch máu nên rất dễ bị ảnh hưởng bởi các phản ứng viêm trong và ngoài nhãn cầu, bởi sự thay đổi áp lực nội nhãn trong và sau phẫu thuật. Những tác động trên sẽ gây ra phù nề hắc mạc do tăng thể tích các khoang gian mạch trong hắc mạc. Trong một nhãn cầu kín, sự tăng thể tích hắc mạc sẽ dẫn đến sự di chuyển ra trước của TTT, mỏng mắt, dẫn đến che lấp vùng bè, xẹp tiền phòng và gây tăng nhãn áp. Hơn nữa nghiên cứu cũng ghi nhận số lượng số mắt bị Glôcôm góc đóng nguyên phát trước đó cao hơn hẳn Glôcôm góc mở (77,4% so với 9,4%), chứng tỏ phẫu thuật trên mắt Glôcôm góc đóng có nguy cơ cao hơn rõ rệt so với mắt Glôcôm góc mở do tính chất "nóng" của những mắt này, kèm theo các yếu tố giải phẫu thuận lợi cho việc xuất hiện của Glôcôm ác tính như tiền phòng nông, trục nhãn cầu ngắn và TTT có kích thước lớn.

Trong số 46 người bệnh nghiên cứu, bệnh xuất hiện ở cả 2 mắt trên 7 người, chiếm 15,2%. Nếu một mắt được chẩn đoán đã bị glôcôm ác tính thì mắt còn lại có nguy cơ rất cao vì có cấu trúc giải phẫu tương tự. Nghiên cứu của Tsai và cs trên 25 bệnh nhân, có 3 bệnh nhân bệnh xuất hiện trên cả 2 mắt (12%) [6]. Nghiên cứu khác của Harbour (1996) có tỉ lệ mắc bệnh ở cả 2 mắt là 9% (2/22 mắt) [7]. Trên những mắt này cần phải rất cẩn nhắc trước khi đưa ra chỉ định phẫu thuật. Nếu nhất thiết phải tiến hành phẫu thuật thì cần phải có sự chuẩn bị kỹ lưỡng như làm laser mỏng mắt chu biên dự phòng, hạ nhãn áp tốt, chống viêm tích cực trước và sau phẫu thuật, dùng thuốc liệt điều tiết sớm trong thời kỳ hậu phẫu. Tác giả N.A. Chaudhry (2014) còn đề nghị cắt dịch kính dự phòng khi tiến hành phẫu

thuật TTT trên những mắt này để dự phòng sự xuất hiện glôcôm ác tính.

Bảng 3: Thời gian xuất hiện glôcôm ác tính sau phẫu thuật.

Số ngày	<=7 ngày	8-30 ngày	31-90 ngày	>90 ngày	Tổng
Số mắt	18	17	9	9	53
Tỷ lệ %	34	32,1	17	17	100

Đa số các ca bệnh xuất hiện trong thời kỳ hậu phẫu sớm của lần phẫu thuật trước đó (trong vòng 3 tháng đầu). Kết quả này phù hợp với nhận định của các tác giả khác. Bệnh thường khởi phát trong giai đoạn hậu phẫu sớm sau phẫu thuật cắt bè. Nghiên cứu của Harbour trên 13 mắt bị glôcôm ác tính sau cắt bè CGM, ghi nhận 7 mắt khởi phát bệnh trong tuần đầu tiên (53%) và 10 mắt xuất hiện bệnh trong tháng đầu tiên sau phẫu thuật (77%) [7].

Phần lớn số mắt nghiên cứu có TL rất thấp, TL từ 20/400 trở xuống là 41 mắt (77,4%), trong đó TL < ĐNT 1m chiếm 39,6%. TL logMAR trung bình khi vào viện là 1,47 ± 0,43. Giảm thị lực này chủ yếu do phù đục các môi trường trong suốt, tăng nhãn áp, tổn hại thị thần kính và các biến đổi của khúc xạ.

NA trung bình khi vào viện rất cao: 34,25 ± 9,3 mmHg. Đa số mắt (92,5%) có NA không điều chỉnh với điều trị nội khoa tối đa. Số mắt có NA cao > 25 mmHg là 47 mắt (88,7%). Chỉ định can thiệp phẫu thuật của các bệnh nhân này là nhãn áp không điều chỉnh và/hoặc đe dọa tổn hại giác mạc không hồi phục. Trong nghiên cứu có đến 81.1% mắt có phù giác mạc ở mức độ nào đó, trong có 4 trường hợp giác mạc phù nhiều đe dọa tổn hại mắt bù nội mô đòi hỏi phải can thiệp phẫu thuật cấp cứu. Phù giác mạc nhiều thường xuất hiện ở các bệnh nhân xẹp tiền phòng kéo dài, có sự cọ sát kéo dài của mặt trước TTT và mỏng mắt với nội mô giác mạc.

Bảng 4: Tình trạng phù giác mạc trước mổ

Tình trạng GM	Trong	Phù ít	Phù trung bình	Phù nhiều	Tổng
Số lượng (%)	10 (18.9)	22 (41.5%)	17 (32,1%)	4 (7,5%)	53 (100%)

Trong bệnh Glôcôm ác tính không phải lúc nào nhãn áp cũng cao do thủy dịch không bị nghiền toàn bộ trong nhãn cầu mà vẫn được dẫn lưu 1 phần qua bong thấm của phẫu thuật lỗ dò trước đó. Trong 46 mắt có phẫu thuật lỗ dò trước khi bị Glôcôm ác tính, có 8 mắt có sẹo

bong khá tốt, đây là 1 yếu tố tiên lượng tốt cho việc điều chỉnh nhãn áp sau phẫu thuật.

Bảng 5: Tình trạng sẹo bong trước phẫu thuật

Tình trạng SB	Lan tỏa	Cương tụ đẹt	Xơ đẹt	Ghồ khur trú	Tổng
Số lượng (%)	8 (17,4%)	31 (67,4%)	6 (13,1%)	1 (2,1%)	46 (100%)

Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 6. Độ dài trục nhãn cầu

Độ dài trục nhãn cầu (mm)	≤ 21	21,01 - 22	> 22	Tổng
Số mắt (n)	11	27	15	53
Tỷ lệ (%)	20,8	50,9	28,3	100

Độ dài TNC trung bình của 41 mắt nghiên cứu là 21,7±0,83mm. Mắt có TNC ngắn nhất là 19,8mm, dài nhất là 23,5mm. Phần lớn số mắt nghiên cứu có TNC trong khoảng 21-22mm (27/53 mắt -50,9%). Số mắt có TNC nhỏ hơn 22mm chiếm đa số đến 71,7% (38/53 mắt). Độ dài TNC là một trong các chỉ số sinh trắc học thể hiện kích thước của nhãn cầu. Những mắt có TNC ngắn thường kèm theo bán kính độ cong GM nhỏ hơn và tiền phòng nông hơn mắt glôcôm góc mở và mắt bình thường. Những đặc điểm này là tiền đề thuận lợi cho glôcôm ác tính khởi phát. Nhận định này được khẳng định qua nhiều báo cáo của các tác giả khác nhau. Như trong nghiên cứu của Zhou, TNC dao động từ 20.42mm - 21.6mm [8], nghiên cứu Malta RFS (1990 - 8 mắt) TNC trung bình 22.1mm, T.Zarnowsky (2014 - 10 mắt) ghi nhận TNC trung bình là 21,3mm, với 8/10 mắt viễn thị. Các tác giả cho rằng trên mắt có TNC ngắn, TTT với kích thước bình thường có thể nhô ra phía trước hơn, tiền phòng nông hơn, góc tiền phòng hẹp hơn bình thường. Hơn nữa kích thước các cấu trúc trong tiền phòng giảm dần theo tuổi dẫn đến nguy cơ khởi phát glôcôm góc đóng nguyên phát rất cao và tiếp sau đó là glôcôm ác tính.

Trên UBM, tất cả các mắt nghiên cứu đều có tiền phòng nông dưới 2mm, độ sâu trung bình trước phẫu thuật là 0,7±0,33mm. Khi sử dụng UBM đánh giá tình trạng thể mi ở các mắt bị Glôcôm ác tính chúng tôi thấy 2 đặc điểm nổi bật là tình trạng đẹt và quay trước. Thể mi phẳng đẹt có thể là do tác dụng của atropine, 1 trong điều trị đầu tay của Glôcôm ác tính, còn tình trạng thể mi xoay trước thể hiện sự dịch chuyển lạc đường của thủy dịch và buồng dịch kính đẩy toàn bộ phức hợp, mỏng mắt – thể mi – thể thủy tinh chuyển dịch ra trước.

Bảng 7. Tình trạng thể mi trên UBM

Tình trạng thể mi	Bình thường	Đẹt và xoay trước	Xoay trước	Đẹt	Tổng
Số lượng (%)	1 (1,9%)	34 (64,2%)	11 (20,8%)	7 (13,2%)	53 (100%)

IV. KẾT LUẬN

Người bệnh glôcôm ác tính thường vào viện trong tình trạng mắt bệnh nặng, với TL kém (dưới 20/400), NA trung bình rất cao (34 mmHg), tiền phòng rất nông hoặc xẹp (độ sâu TP trung bình 0,7mm). Bệnh cảnh lâm sàng nặng nề trên là hậu quả của tình trạng xẹp TP kết hợp với NA cao gây phù GM ở các mức độ khác nhau. Glôcôm ác tính thường gặp trên người bệnh lớn tuổi, nữ giới. Các đặc điểm thuận lợi gây bệnh bao gồm: một mắt đã bị glôcôm ác tính, phẫu thuật cắt bè CGM trên mắt có hình thái góc tiền phòng đóng, TNC ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Spaeth GL and A. S.** Comparison of the configuration of the human anterior chamber angle, as determined by the Spaeth gonioscopic

- grading system and ultrasound biomicroscopy. Trans Am Acad Ophthalmol Soc., 1995. **93**: p. 337-347.
2. **Trope GE.** Malignant glaucoma: clinical and ultrasound biomicroscopic features. Ophthalmology, 1994. 101(6): p. 1030-1035.
3. **Razeghinejad MR, Amini H, Esfandiari H. (2005).** Lesser anterior chamber dimensions in women may be a predisposing factor for malignant glaucoma. Medical Hypotheses; 64:572-574.
4. **Prata TS and Dorairaj. S.** Is preoperative ciliary body and iris anatomical configuration a predictor of malignant glaucoma development? Clin Experiment Ophthalmol, 2013. 41(6): p. 541-545.
5. **Epstein DL and Hashimoto JM.** Experimental perfusions through the anterior and vitreous chambers with possible relationships to malignant glaucoma. Am J Ophthalmology, 1979. 88: p. 1078-1086.
6. **J C Tsai et al (1997).** Surgical results in malignant glaucoma refractory to medical or laser therapy. Eye. 02/1997; 11 (Pt 5)(5):677-81.
7. **Harbour JW., Rubsamen PE, Palmberg P. (1996).** Pars plana vitrectomy in the management of phakic and pseudophakic malignant glaucoma. Arch Ophthalmol; 114:1073-1078.
8. **Zhou et al (2012).** Clinical Analysis of 50 Chinese Patients with Aqueous Misdirection Syndrome: a Retrospective Hospital-based Study. J Int Med Res, 40(4):1568-79.

TÌNH HÌNH THỂ LỰC, BỆNH TẬT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SỨC KHỎE NAM THANH NIÊN THỰC HIỆN NGHĨA VỤ QUÂN SỰ TỈNH CÀ MAU NĂM 2020

Trương Thị Yên Linh¹, Nguyễn Minh Phương²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Theo thống kê báo cáo của các Hội đồng Nghĩa vụ quân sự trong tỉnh Cà Mau, những năm gần đây tỷ lệ thanh niên trong độ tuổi thực hiện nghĩa vụ quân sự (NVQS) có sức khỏe tốt chiếm tỷ lệ thấp, sức khỏe kém chiếm tỷ lệ cao. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1. Xác định tỷ lệ các nhóm sức khỏe, thể lực và bệnh tật của nam thanh niên trong độ tuổi thực hiện nghĩa vụ quân sự. 2. Khảo sát một số yếu tố liên quan đến tình trạng thể lực và bệnh tật của nam thanh niên trong độ tuổi thực hiện nghĩa vụ quân sự tại tỉnh Cà Mau năm 2020. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 814 nam thanh niên trong độ tuổi thực hiện NVQS bằng bộ câu hỏi soạn sẵn. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 19.0. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ sức khỏe loại 1 chiếm 2,1%, loại 2 chiếm 9,2%, loại 3

chiếm 20,1%, loại 4 chiếm 20,9%, loại 5 chiếm 13,8%, loại 6 chiếm 33,9%. Nhóm sức khỏe tốt (loại 1,2,3) chiếm 31,4%, nhóm sức khỏe kém (loại 4,5,6) chiếm 68,6%. Tỷ lệ thể lực loại 1 chiếm 42,4%, loại 2 chiếm 25,3%, loại 3 chiếm 19,4%, loại 4 chiếm 4,9%, loại 5 chiếm 2,9%, loại 6 chiếm 5%. Tỷ lệ nam thanh niên không mắc bệnh nội khoa chiếm 36,2% và không mắc bệnh ngoại khoa chiếm 87%. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng sức khỏe kém của đối tượng nghiên cứu: tuổi >20, học vấn trên THPT, sống ở thành thị, có uống rượu bia. **Kết luận:** Tỷ lệ nam thanh niên có sức khỏe kém chiếm tỷ lệ khá cao. Cần quan tâm đến các yếu tố như độ tuổi, học vấn và sử dụng rượu bia để cải thiện tình trạng sức khỏe của thanh niên.

Từ khoá: thể lực, bệnh tật, thanh niên, nghĩa vụ quân sự, Cà Mau.

SUMMARY

A STUDY OF PHYSICAL CONDITION, DISEASES AND SOME FACTORS RELATED TO THE HEALTH OF MALE ADOLESCENTS PERFORMING MILITARY SERVICE IN CA MAU IN 2020

Background: According to statistics reported by

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Cà Mau

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Phương

Email: nmphuong@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2021

Ngày duyệt bài: 28.4.2021