

[3]. Nguyên nhân có thể do nghiên cứu chúng tôi được phẫu thuật sử dụng dao Ligasure do đó làm giảm đáng kể tác dụng nhiệt đặc biệt trong thì bóc tách bảo tồn tuyến cận giáp, bảo đảm mạch nuôi của tuyến. Suy tuyến cận giáp là biến chứng phổ biến nhất sau phẫu thuật tuyến giáp. Theo các báo cáo tỷ lệ trung bình của suy tuyến cận giáp tạm thời và vĩnh viễn sau phẫu thuật tuyến cận giáp dao động từ 19 - 38% và 0% - 3%. Suy tuyến cận giáp biểu hiện qua tình trạng hạ canxi máu, là một trong những biến chứng cần quan tâm trong hậu phẫu cũng như quá trình tái khám của BN. Sau phẫu thuật cắt giáp, hạ canxi máu thoáng qua có thể giải thích do thao tác phẫu thuật viên trên tuyến giáp và tuyến cận giáp. Tuyến cận giáp bị thương tổn có thể do chấn thương trực tiếp, do tổn thương mạch máu nuôi, hay do bị mất nhiệt trong quá trình phẫu thuật. Kết quả cuối cùng là thiếu máu nuôi tuyến cận giáp, do đó làm giảm tiết PTH. Các thương tổn này có thể phục hồi và tình trạng hạ canxi máu chỉ là thoáng qua. Các báo cáo cũng cho thấy hạ canxi huyết thanh có thể xảy ra độc lập với giảm PTH, nhưng khi giảm PTH thì luôn luôn xảy ra tình trạng hạ canxi máu, mặc dù thời gian có thể trễ từ vài giờ đến vài ngày. Đồng thời, kể cả khi không bị tổn thương tuyến cận giáp thì vẫn có khoảng 5% người bệnh có triệu chứng hạ canxi máu và có thể kéo dài đến 6 tháng. Như vậy, vấn đề suy tuyến cận giáp, hạ canxi huyết thanh và 25(OH)D3 là các vấn đề cần lâm sàng cần được quan tâm ở người bệnh phẫu thuật ung thư tuyến giáp [5].

V. KẾT LUẬN

Đa số là ung thư thể nhú (93,7%). Sau phẫu thuật 24h, triệu chứng thường gặp là khan giọng và nuốt đau. Có 32,6% BN có triệu chứng hạ canxi trên lâm sàng.

Các chỉ số Hóa sinh cần quan tâm chỉ định

theo dõi và bổ sung trong quá trình điều trị ở bệnh nhân UTTG sau phẫu thuật là: Nồng độ PTH và Canxi TP huyết thanh, canxi ion hóa giảm rõ rệt sau phẫu thuật UTTG đặc biệt là phẫu thuật tuyến giáp toàn bộ với $p < 0.001$, Nồng độ 25(OH)D3 có giảm tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu.** Ban hành theo Quyết định số 1514/QĐ-BYT ngày 01 tháng 04 năm 2020 của Bộ trưởng Bộ Y tế (Nhà xuất Bản Y học) 217- 224 (2020).
2. **Trần Minh Khởi, Huỳnh Thảo Luật, Phạm Tuấn Khải.** Nghiên cứu các biến chứng phẫu thuật cắt trọn ung thư tuyến giáp - nạo hạch cổ trên bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp dạng nhú tại Bệnh viện Ung bướu Cần Thơ. Tạp chí ung thư học Việt Nam. 2018; 4: 29-33.
3. **Nguyễn Xuân Hậu.** Kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể nang. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2021; 143(7): 53-59.
4. **Mai Thế Vương, Lê Văn Quảng, Ngô Quốc Duy.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật vi ung thư tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện K. Tạp chí Y học Việt Nam. 2019; 2(481): 189-194.
5. **D. Zhang, J. Zhang, G. Dionigi, et al.** (2019). Recurrent Laryngeal Nerve Morbidity: Lessons from Endoscopic via Bilateral Areola and Open Thyroidectomy Technique, World J Surg,(11), 2829-2841.
6. **Gupta S, Chaudhary P, Durga CK, et al.** Validation of intra-operative parathyroid hormone and its decline as early predictors of hypoparathyroidism after total thyroidectomy: A prospective cohort study. International Journal of Surgery. 2015; 6(18): 1-4.
7. **J. Trahan, L. Pelaez, M. DiLeo, et al.** (2018). Retro-Auricular Thyroidectomy: An Open Approach, Indian J Otolaryngol Head Neck Surg, (2), 218-222.
8. **Maria P.,** (2017), "Population - Based Assessment of Complications following Surgery for Thyroid Cancer", The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 102(7), 2543 – 2551.

ĐÁNH GIÁ CHỈ SỐ CHIỀU DÀI TRỤC NHÃN CẦU/BÁN KÍNH CONG GIÁC MẠC TRÊN MẮT CẬN THỊ Ở TRẺ EM

Bùi Trâm Anh¹, Nguyễn Thị Thu Hiền², Phạm Thị Minh Châu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Đánh giá tỷ lệ chiều dài trục nhãn cầu/bán kính giác mạc (AL/CR), chiều dài trục nhãn cầu, công suất khúc xạ giác mạc. 2. So sánh mối tương quan giữa tỷ lệ AL/CR, chiều dài trục nhãn cầu, công suất khúc xạ giác mạc và mức độ cận thị trên

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Trâm Anh

Email: buitramanh1993309@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2023

Ngày duyệt bài: 14.9.2023

mắt cận thị ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả được tiến hành trên 212 mắt của 106 bệnh nhân, 6-15 tuổi, được chẩn đoán cận thị, được đo các chỉ số chiều dài trục nhãn cầu, bán kính cong giác mạc bằng máy IOLMaster và tính ra tỷ lệ chiều dài trục nhãn cầu/ bán kính cong giác mạc. **Kết quả:** Độ cận thị trung bình, chiều dài trục nhãn cầu và công suất khúc xạ giác mạc và tỷ lệ AL/CR lần lượt là $-3.21 \pm 1,62$ D; $24.87 \pm 0,97$ mm; $43.58 \pm 1,39$ D và 3.21 ± 0.11 . Có mối tương quan chặt chẽ giữa tỷ lệ chiều dài trục nhãn cầu/bán kính cong giác mạc và mức độ cận thị ($r=-0,740$; $p<0,001$); tỷ lệ chiều dài trục nhãn cầu/bán kính cong giác mạc tương quan mạnh hơn với mức độ cận thị so với chỉ riêng chiều dài trục nhãn cầu và công suất khúc xạ giác mạc.

Từ khóa: cận thị, trẻ em, tỷ lệ chiều dài trục nhãn cầu/bán kính cong giác mạc, chiều dài trục nhãn cầu, công suất khúc xạ giác mạc, Chỉ số phân loại: 3.2

SUMMARY

EVALUATING THE AXIAL LENGTH/CORNEAL RADIUS RATIO OF MYOPIA IN CHILDREN

Objectives: 1. To evaluate the axial length/corneal radius ratio (AL/CR), axis length (AL), corneal refractive power (CP). 2. Comparing the Correlation between Axial Length/Corneal Radius Ratio (AL/CR), Axial Length (AL), Corneal Power (CP) and Spherical Equivalent (SE) in Myopic Eyes of Children. **Objects and methods:** A descriptive study was conducted on 212 eyes (106 patients, 6-15 years old) diagnosed with myopia ($SE \leq -0.5D$). **Results:** The average degree of myopia, AL/CR, AL and CP were -3.21 ± 1.62 D, 3.21 ± 0.11 , 24.87 ± 0.97 mm and 43.58 ± 1.39 D, respectively. There was a strong correlation between AL/CR and myopia degree ($r=-0.740$; $p<0.001$); the AL/CR ratio correlates more strongly with myopia degree than AL or CP alone.

Keywords: axial length/ corneal radius ratio (AL/CR); axis length (AL); corneal power (CP), myopia., Classification number: 3.2

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở trẻ em, cận thị là loại tật khúc xạ gặp phổ biến nhất. Cận thị ở trẻ em gia tăng theo từng cấp học và khu vực thành thị cao hơn khu vực nông thôn. Trên thế giới, sự "bùng nổ" của cận thị đang được xem là "đại dịch". Tỷ lệ cận thị lứa tuổi học sinh ở Châu Á rất cao (60%) so với châu Âu (40%) trong đó tỷ lệ cận thị đặc biệt cao ở Đông Á (73%) [1]. Theo nghiên cứu "Thực trạng cận thị của trẻ em tại một số tỉnh ở Việt Nam" của Nguyễn Thị Huyền và cộng sự năm 2019, tỷ lệ học sinh bị cận thị chiếm 32,8% trong khi viễn thị là 0,1%, loạn thị là 0,7% [2].

Cận thị gây ra bởi sự mất cân bằng hài hòa giữa trục trước sau nhãn cầu và công suất quang hệ của mắt khiến cho ảnh hội tụ trước võng mạc. Các chỉ số trục nhãn cầu hay công suất khúc xạ giác mạc của mắt có mối liên quan rõ ràng với cận thị.

Công suất của giác mạc được tính theo công thức: $D = (n-1)/R$. Trong đó: D: công suất khúc xạ giác mạc tính bằng điốp, n: chỉ số khúc xạ giác mạc (thường dùng giá trị 1.3375), R: bán kính độ cong giác mạc tính bằng m. Do đó, khi đo được bán kính độ cong của giác mạc chúng ta hoàn toàn có thể tính được công suất khúc xạ của giác mạc và ngược lại.

Trong 1-2 năm đầu đời, hầu hết trẻ em bị viễn thị, để điều chỉnh chiều dài trục tăng nhanh, cả giác mạc và thủy tinh thể đều trở nên phẳng hơn, giai đoạn này gọi là chính thị hóa. Sau giai đoạn đó, giác mạc tương đối ổn định trong suốt quá trình phát triển, trong khi chiều dài trục (AL-Axial Length) tăng lên. Điều này do phần lớn sự điều chỉnh bù trừ của các thành phần quang học của mắt liên quan đến sự tương tác giữa chiều dài trục và bán kính cong giác mạc (CR- Corneal curvature Radius) trong hai năm đầu đời. Khi chiều dài trục nhãn cầu tiếp tục tăng, mắt đi qua điểm chính thị trở thành cận thị. Trên thực tế, một số mắt có trục nhãn cầu tương đối ngắn có thể bị cận thị, một số mắt có trục nhãn cầu dài nhưng mức độ cận thị nhẹ. Điều này là do phần lớn sự điều chỉnh bù trừ của các thành phần quang học của mắt liên quan đến sự tương tác giữa chiều dài trục và bán kính cong giác mạc. Tỷ lệ AL/CR ở mắt viễn thị, chính thị, cận thị nhẹ, cận thị vừa, cận thị cao trung bình lần lượt là 2.89; 2.98; 3.01; 3.10; 3.23 [3]. Để đo được các chỉ số nêu trên, hiện nay với sự phát triển của công nghệ, với phương pháp đo quang học không tiếp xúc trực tiếp trên nhãn cầu, máy IOL Master giúp các bác sỹ nhãn khoa có thể đo nhanh chóng và an toàn một số chỉ số sinh trắc nhãn cầu.

Tỷ lệ AL/CR có thể là một dấu hiệu hữu ích cho sự khởi phát và tiến triển của cận thị. Đã có rất nhiều nghiên cứu về các chỉ số sinh trắc học nhãn cầu trong và ngoài nước tuy nhiên theo chúng tôi được biết, ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về tỷ lệ AL/CR và mối liên quan với mức độ cận thị như nào. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

1. *Đánh giá tỷ lệ chiều dài trục nhãn cầu/bán kính cong giác mạc (AL/CR), chiều dài trục nhãn cầu, công suất khúc xạ giác mạc.*

2. *So sánh mối tương quan giữa tỷ lệ AL/CR, chiều dài trục nhãn cầu, công suất khúc xạ giác mạc và mức độ cận thị trên mắt cận thị ở trẻ em.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán cận thị với các mức độ :Cận thị mức độ nhẹ: độ cận > -3.00D, cận thị mức độ trung bình: -6.00D < độ cận ≤ -3.00D, cận thị mức độ nặng: độ cận ≤ -6.00D và loạn thị ≤ 1.50D; tuổi từ 6 đến 15.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu; có những tổn thương thực thể tại mắt: Sẹo giác mạc, bong võng mạc, lác, rung giật nhãn cầu, bệnh lý thể thủy tinh, sụp mi, ...; đang điều trị kiểm soát cận thị như thuốc Atropin nồng độ thấp, kính áp tròng, kính đa tròng.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Nghiên cứu được thực hiện trên 212 mắt của 106 bệnh nhân đến khám tại Khoa Khúc xạ - Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 2-3/2023.

Phương tiện nghiên cứu: máy chiếu thị lực, hộp thử kính, máy đo khúc xạ tự động, máy soi bóng đồng tử, máy soi đáy mắt, máy Zeiss IOL Master700, thuốc Cyclogyl 1%, bệnh án nghiên cứu.

Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Thông tin chung: tuổi, giới tính.
- Đo khúc xạ bằng soi bóng đồng tử sau tra thuốc Cyclogyl 1%.
- Đo khúc xạ chủ quan cầu tối ưu và trụ Jackson.
- Khám mắt và soi đáy mắt.
- Đo chiều dài trục nhãn cầu, công suất khúc xạ giác mạc, bán kính cong giác mạc bằng máy IOL Master700.

- **Xử lý số liệu:** số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân: Đặc điểm chung: Nghiên cứu thực hiện trên 106 bệnh nhân, gồm 212 mắt được chẩn đoán cận thị, độ tuổi từ 6 đến 15 tuổi, độ tuổi trung bình là 10.37 ± 2.453 D.

Tổng số mắt nghiên cứu là 212 mắt, trong đó, số mắt của trẻ nam là 92 mắt, tương ứng với 43.4%; số mắt trẻ gái là 120 mắt, tương ứng với 56.6%. Về phân bố nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu: Nhóm tuổi học sinh tiểu học (từ 6 đến 11 tuổi) chiếm 65.1%; nhóm tuổi trung học cơ sở (12 đến 15 tuổi) chiếm 34.9%. (Bảng 1)

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

		2N = 212	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	92	43.4
	Nữ	120	56.6
Nhóm	Nhóm tiểu học	138	65.1

tuổi	Nhóm THCS	74	34.9
Mức độ cận thị	Nhẹ	102	48.1
	Trung bình	86	40.6
	Nặng	24	11.3

Tình hình cận thị: Công suất cận trung bình - 3.21 ± 1.62D, trong đó công suất cận thấp nhất là -1D; cao nhất là -8.75 D. Về mức độ cận thị, nhóm mắt cận thị nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất: 48.1%; nhóm cận trung bình chiếm 40.6%, nhóm cận nặng chiếm tỉ lệ thấp nhất: 11.3%.

Bảng 2. Mối liên quan giữa tuổi và độ cận

Độ cận	Nhóm tuổi tiểu học (6-11 tuổi)	Nhóm tuổi THCS (12-15 tuổi)	p=0.184
Nhẹ	73 (52.9%)	29 (39.2%)	
Trung bình	52 (37.7%)	34 (45.9%)	
Nặng	13 (9.4%)	11 (14.9%)	
Tổng	138 (100%)	74 (100%)	

Trong nhóm tuổi tiểu học (6 – 11 tuổi), mức độ cận nhẹ chiếm tỷ lệ nhiều nhất (52.9%); cận nặng chiếm 9.4%. Trong nhóm tuổi trung học cơ sở (12 – 15 tuổi), mức độ cận trung bình chiếm tỷ lệ lớn nhất (45,9%); cận nặng chiếm 14.9%. Có sự khác biệt giữa mức độ cận với nhóm tuổi. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0.05).

Bảng 3: Mối liên quan giữa tỉ lệ AL/CR, chiều dài trục nhãn cầu (AL), công suất khúc xạ giác mạc (CP) và giới, tuổi

		AL	CP	AL/CR
Giới	Trẻ nam	25.29±0.89	43.06±1.33	3.22 ±0.11
	Trẻ nữ	24.56±0.91	43.98±1.31	3.20±0.11
	p	0.00	0.00	0.096
Nhóm tuổi	Tiểu học	24.66±0.91	43.67±1.27	3.19±0.11
	THCS	25.28±0.94	43.42±1.59	3.25±0.10
	p	0.00	0.453	0.00

Chỉ số chiều dài trục nhãn cầu ở trẻ nam trung bình là 25.29mm cao hơn trẻ nữ: 24.56mm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0.05). Chỉ số chiều dài trục nhãn cầu ở trẻ học tiểu học trung bình là 24.66mm thấp hơn so với trẻ học THCS: 25.28mm. Chiều dài trục nhãn cầu và tuổi có mối tương quan dương thấp (r=0.281) và có ý nghĩa thống kê (p<0.05). Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của Hashemi đo bằng LENSTAR/BioGraph: Trục nhãn cầu ở trẻ nam dài hơn 0.48 mm so với trẻ nữ, trẻ có độ tuổi lớn hơn có chiều dài trục nhãn cầu dài hơn [4]

Chỉ số khúc xạ giác mạc ở trẻ nam trung bình là 43.06 diop thấp hơn so với trẻ nữ: 43.98 diop và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0.05). Chỉ số khúc xạ giác mạc ở trẻ học tiểu học trung

bình là 43.67 diop cao hơn nhóm trẻ trong độ tuổi học THCS là 43.42 diop. Tuy nhiên, mối tương quan âm này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của Hashemi: Công suất khúc xạ giác mạc ở trẻ nam thấp hơn trẻ nữ ($p < 0.01$) nhưng cũng không có thay đổi đáng kể liên quan đến tuổi [4]

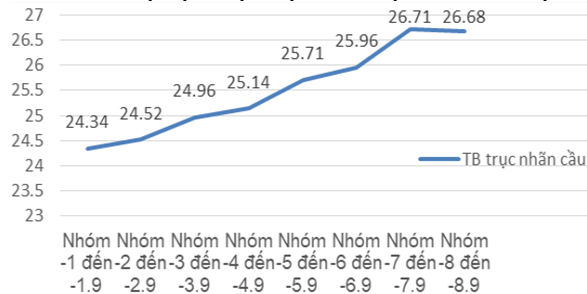
Tỷ lệ AL/CR ở nhóm trẻ nam trung bình là: 3.22 cao hơn so với nhóm trẻ nữ: 3.20 tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (> 0.05)

Tỷ lệ AL/CR ở nhóm tuổi trẻ học tiểu học trung bình là 3.19 thấp hơn so với nhóm trẻ học THCS: 3.25. Tỷ lệ AL/CR và tuổi có mối tương quan dương thấp ($r = 0.271$) với mức độ tin cậy cao và có ý nghĩa thống kê (< 0.05). Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của He (2015) đo các chỉ số sinh trắc nhãn cầu bằng IOL Master: Tỷ lệ AL và AL/CR đều tăng theo độ tuổi; tỷ lệ AL/CR trẻ trai cũng cao hơn trẻ gái [5].

Liên quan giữa các chỉ số sinh học và mức độ cận thị:

Tương quan giữa chiều dài trục nhãn cầu và mức độ cận thị: Chiều dài trục nhãn cầu và mức độ cận thị có mối tương quan nghịch biến khá chặt chẽ ($r = -0.607$) với mức độ tin cậy rất cao và có ý nghĩa thống kê ($p = 0.00 < 0.05$).

Giá trị trung bình chiều dài trục nhãn cầu theo mức độ cận thị được thể hiện trên đồ thị 1.



Đồ thị 1: Chiều dài trục nhãn cầu theo mức độ cận thị

Chiều dài trục nhãn cầu trung bình là 24.87 ± 0.97 mm, trong đó chiều dài trục nhãn cầu thấp nhất là 23.00mm, cao nhất là 27.45mm.

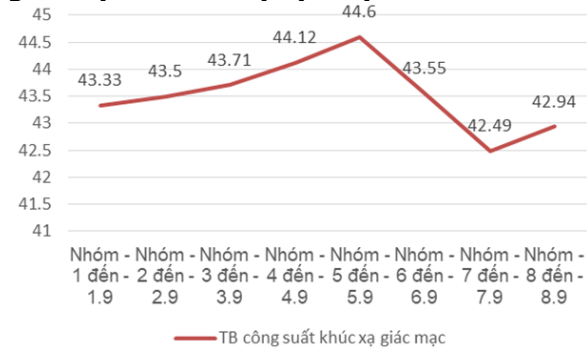
Chiều dài trục nhãn cầu thấp nhất ở nhóm cận từ -1 đến -1.9 D: 24.34mm; tăng dần và cao nhất ở nhóm cận từ -7 đến -7.90 D: 26.71mm giảm rất nhẹ ở nhóm cận -8 đến -8.9 D: 26.68mm, tuy nhiên nhóm cận từ -8 đến -8.9 diop số lượng mắt nghiên cứu ít (3 mắt). Chiều dài trục nhãn cầu và mức độ cận thị có mối tương quan nghịch biến khá chặt chẽ ($r = -0.607$) với mức độ tin cậy rất cao và có ý nghĩa thống kê ($p = 0.00 < 0.05$).

Ngoài ra, AL thay đổi 1mm sẽ làm SE tương ứng thay đổi 1.016 D.

Kết quả này phù hợp với những nghiên cứu trước đây của các tác giả khác như He (2015) [5], tác giả Đường Thị Anh Thơ (2008) [6], tác giả MJ Chen (2009) [7]. Tất cả các nghiên cứu trên đều cho thấy mức độ cận thị càng cao chiều dài trục nhãn cầu càng dài.

Dựa trên kết quả nghiên cứu này, nếu biết được công suất cận thị trên mắt cận thị cao có thể dự đoán được chiều dài trục nhãn cầu, giúp các bác sỹ nhãn khoa tiên lượng được các nguy cơ biến chứng đáy mắt có thể xảy ra với bệnh nhân để có những tư vấn phù hợp.

Tương quan giữa công suất khúc xạ giác mạc và mức độ cận thị



Đồ thị 2. Công suất khúc xạ giác mạc theo mức độ cận thị

Công suất khúc xạ giác mạc trung bình là 43.58 ± 1.39 D, trong đó, công suất khúc xạ giác mạc thấp nhất là 38.86 D, cao nhất là 47,86 D

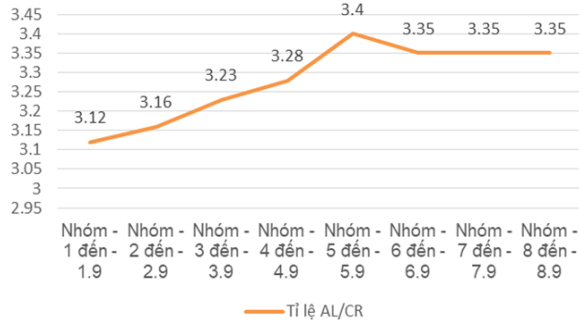
Công suất khúc xạ giác mạc của nhóm cận -1 đến -2 D trung bình là 43.33 D tăng dần đến nhóm cận -5 đến -6 diop cao nhất: 44.60D song giảm nhẹ ở những nhóm cận nặng hơn.

Công suất khúc xạ giác mạc và mức độ cận thị có mối tương quan nghịch thấp ($r = -0.059$) và mỗi tương quan này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0.395 > 0.05$)

Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu của các tác giả khác: Tác giả Đường Thị Anh Thơ: độ cận càng cao công suất khúc xạ giác mạc tăng theo tuy nhiên mỗi tương quan này không chặt chẽ [6] ; tác giả He (2015): Mỗi tương quan giữa SE và công suất khúc xạ giác mạc thấp [5].

Dựa trên kết quả nghiên cứu này, hai chỉ số: công suất khúc xạ giác mạc và độ cận có mối tương quan yếu và không có ý nghĩa nhiều.

Tương quan giữa tỉ lệ AL/CR và mức độ cận thị



Đồ thị 3. Tỉ lệ AL/CR theo mức độ cận thị

Nhận xét: Tỉ lệ AL/CR trung bình là 3.21 ± 0.11 , giá trị AL/CR thấp nhất là 2.96 và cao nhất là 3.67.

Tỉ lệ AL/CR thấp nhất ở nhóm độ cận từ -1 đến -1.9 diop 3.12, tăng dần lên và cao nhất ở nhóm độ cận từ -5 đến -5.9 diop: 3.40 sau đó giảm nhẹ ở những độ cận cao hơn.

Tỉ lệ AL/CR và mức độ cận thị có mối tương quan nghịch biến chặt chẽ ($r=0.740$) hơn so với chỉ riêng AL ($r=0.607$) hay CP với mức độ tin cậy rất cao và có ý nghĩa thống kê ($p=0.00 < 0.001$)

Bên cạnh đó, thay đổi tỉ lệ AL/CR 0.1 đơn vị khiến SE tương ứng thay đổi 1.10D

Kết quả này tương ứng với kết quả của một số tác giả khác trên thế giới: tác giả He (2015): Các hệ số tương quan Pearson giữa SE và AL và giữa SE với tỉ lệ AL/CR lần lượt là -0,657 và -0,811 ($P < 0,001$); thay đổi tỉ lệ AL/CR bằng 0,1 khiến SE tương ứng thay đổi bằng 1,07 D [5]; tác giả Mu (2022) : Độ chính xác của tỉ lệ AL/CR để đánh giá cận thị cao hơn so với AL; SE giảm 0,667 D cho mỗi lần tăng 0,1 tỉ lệ AL/CR [8]

Dựa trên các kết quả nghiên cứu này, mối tương quan giữa độ cận và tỉ lệ AL/CR mạnh hơn mỗi tương quan giữa độ cận và trục nhãn cầu trên mắt cận thị ở trẻ em; ngoài ra tỉ lệ AL/CR có thể là một yếu tố rủi ro cho sự phát triển của cận thị

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 106 bệnh nhân, gồm 212 mắt được chẩn đoán cận thị (độ tương

đương cầu trên -0.5D), độ tuổi từ 6 đến 15 tuổi, kết quả cho thấy:

Chiều dài trục nhãn cầu trung bình là 24.87 ± 0.97 mm, công suất khúc xạ giác mạc trung bình là 43.59 ± 1.39 , tỉ lệ AL/CR trung bình là 3.21 ± 0.11 .

Mối tương quan giữa công suất khúc xạ giác mạc và mức độ cận thị rất thấp và không có ý nghĩa ($r= -0.059$, $p=0.395 > 0.05$) ; mối tương quan giữa độ cận và tỉ lệ AL/CR chặt chẽ và mạnh hơn mỗi tương quan giữa độ cận và trục nhãn cầu lần lượt là $r=-0.740$ và -0.607 ($p=0.00 < 0.001$) trên mắt cận thị ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Grzybowski A., Kanclerz P., Tsubota K. và cộng sự.** (2020). A review on the epidemiology of myopia in school children worldwide. BMC Ophthalmol, 20(1), 27.
2. **Nguyen Thi Hien D.N.H.** (2020). Thực trạng cận thị của học sinh tại một số tỉnh ở Việt Nam năm 2019. Tạp Chí Học Dư Phòng.
3. **Yebrá-Pimentel E., Giráldez M.J., Glez - Méijome J.M. và cộng sự.** (2004). [Changes in axial length/corneal radius ratio (AL/CR) according to refractive state of the eye. Relationship with ocular components]. Arch Soc Espanola Oftalmol, 79(7), 317-324.
4. **Hashemi H., Jafarzadehpur E., Ghaderi S. và cộng sự.** (2015). Ocular components during the ages of ocular development. Acta Ophthalmol (Copenh), 93(1), e74-81.
5. **He X., Zou H., Lu L. và cộng sự.** (2015). Axial Length/Corneal Radius Ratio: Association with Refractive State and Role on Myopia Detection Combined with Visual Acuity in Chinese Schoolchildren. PLOS ONE, 10(2), e0111766.
6. **Đường Thị Anh Thơ** (2009). Khảo sát một số chỉ số sinh học ở mắt trẻ em có tật khúc xạ. Luận án Thạc sĩ Y học- Đại học Y Hà Nội.
7. **Mj C., Yt L., Cc T. và cộng sự.** (2009). Relationship between central corneal thickness, refractive error, corneal curvature, anterior chamber depth and axial length. J Chin Med Assoc, 72(3).
8. **Mu J., Zeng D., Fan J. và cộng sự.** (2022). The accuracy of the axial length and axial length/corneal radius ratio for myopia assessment among Chinese children. Front Pediatr, 10, 859944.

KHẢO SÁT NGUY CƠ OSA Ở NGƯỜI BỆNH MỖ CHƯƠNG TRÌNH TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

Lê Thị Hồng Duyên¹, Nguyễn Hưng Hoà²

TÓM TẮT

¹Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

²Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hưng Hoà