

ra chỉ bằng 1/2 so với liều được khuyến cáo bởi ASHP và Bộ Y tế; NB sử dụng kháng sinh từ 15 – 28 ngày chiếm 16,1% và có 6 NB (5,1%) trong nhóm nghiên cứu dùng thuốc kháng sinh sau phẫu thuật nhiều hơn 28 ngày. Kết quả của nghiên cứu cung cấp thêm thông tin để Trung tâm tim mạch chuẩn hóa quy trình sử dụng kháng sinh trong dự phòng phẫu thuật tim mạch từ đó việc sử dụng kháng sinh an toàn, hợp lý hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015; Hướng dẫn sử dụng kháng.
2. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh – Bệnh viện E (2018)
3. Lương Nguyễn Thanh (2019), Triển Khai thí điểm chương trình kháng sinh dự phòng tại Khoa Phẫu thuật Lồng ngực BV Bạch Mai, Khóa luận tốt

- ng nghiệp Dược sĩ, Trường Đại học Dược Hà Nội.
4. Thu Nguyễn Thị Hoài, Tuyên Bùi Kim và cộng sự. (2016), "Thực trạng sử dụng kháng sinh trên người bệnh phẫu thuật và một số yếu tố ảnh hưởng tại khoa ngoại tổng hợp bệnh viện Thanh Nhân, Hà Nội năm 2015", Y tế Công cộng, Số 40, tr. 70-77.
 5. Thư Lê Thị Anh, Trang Đặng Thị Vân (2011), "Những rào cản trong áp dụng hướng dẫn sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân ngoại khoa tại Bệnh viện Chợ Rẫy.", Y học TP. Hồ Chí Minh, Số 15(2), tr. 38 – 43
 6. Bratzler D W, Dellinger E P, Olsen K M, Perl T M, et al (2013), "Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery", Am J Health Syst Pharm (AHSP), 70 (3), pp. 195-283
 7. Leaper D J, Edmiston C E (2017), "World Health Organization: global guidelines for the prevention of surgical site infection", J Hosp Infect, 95 (2), pp. 135-136.

LÁC NGOÀI PHÂN KỲ QUÁ MỨC: ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

Nhuyen Viet Khynch¹, Nguyễn Văn Huy², Mai Quốc Tùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng của lác ngoài phân kỳ quá mức ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 20 bệnh nhân (BN) lác ngoài phân kỳ quá mức khám tại Bệnh viện Mắt trung ương từ tháng 10/2022 đến tháng 10/2023. **Kết quả:** Tuổi xuất hiện lác ở những BN này trung bình là 5,04±2,29 tuổi, thường không có tật khúc xạ hoặc cận thị nhẹ, viễn thị nhẹ, tỷ lệ nhược thị tương đối thấp, là 17,5%. Độ lác trung bình khi nhìn gần và nhìn xa là 12,00 ± 9,97PD và 29,75 ± 6,42PD, sau khi bịt mắt, độ lác nhìn gần tăng lên đáng kể, độ lác nhìn xa tăng lên ít, lần lượt là 20,75 ± 6,94PD và 34,50 ± 5,89PD. Sau bịt mắt, độ lác trung bình khi nhìn gần tăng thêm 8,75 ± 3,11PD, nhìn xa tăng thêm 4,75 ± 2,95 PD. 85% bệnh nhân có thị giác hai mắt. **Kết luận:** Lác ngoài phân kỳ quá mức có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi, hay gặp ở mắt chính thị hoặc tật khúc xạ cận thị nhẹ, viễn thị nhẹ. Độ lác nhìn gần sau khi bịt mắt tăng lên đáng kể, độ lác nhìn xa có tăng lên ít. **Từ khóa:** phân kỳ quá mức, lác ngoài luân hồi, độ lác nhìn xa, độ lác nhìn gần.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF INTERMITTENT EXOTROPIA OF DIVERGENCE EXCESS TYPE AND OUTCOME OF TREATMENT

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nhuyen Viet Khynch

Email: dr.hung.ngn@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2024

Ngày duyệt bài: 6.2.2024

Purpose: Evaluation of clinical characteristics of intermittent exotropia of divergence excess type and outcomes of treatment. **Methods:** Cross-sectional descriptive study in 20 patients with divergence excess type intermittent exotropia seen at the National institute of Ophthalmology during September 2022 to July 2023. **Results:** Average age of clinical visit of intermittent exotropia of divergence type was 5,04±2,29 years, emmetropia is the most common type of refractive error, followed by mild myopia, amblyopia percentage is 17,5%. Average exodeviation at near and distance are 12,00±9,97PD and 29,75±6,42PD respectively, after monocular occlusion, near exodeviation increased significantly, distance exodeviation slightly increased, 20,75 ± 6,94PD và 34,50 ± 5,89PD respectively. Average amount of increased deviation after monocular occlusion is 8,75 ± 3,11PD at near and 4,75 ± 2,95 PD at distance. Stereoacuity is present in 85% patients. **Conclusion:** The majority of intermittent exotropia of divergence excess type may develop at any age with mostly emmetropia, mild myopia or mild hyperopia. There are significant changes in near exodeviation after monocular occlusion and no significant changes in distance exodeviation. **Keywords:** divergence excess, intermittent exotropia, distance/near exodeviation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lác ngoài luân hồi là dạng lác thường gặp nhất với 30-75% trường hợp xảy ra trong những năm đầu đời, với các triệu chứng thường gặp là sợ ánh sáng, song thị, chói mắt và mỏi mắt. Tuy nhiên các triệu chứng của bệnh nhân nhỏ tuổi thường không rõ ràng¹. Trong các hình thái của lác ngoài luân phiên, lác ngoài phân kỳ quá mức là độ lác đo lường ở khoảng cách xa hơn ở gần

≥ 10 đi-ốp lăng kính. Độ lác nhìn xa trung bình theo tác giả Gi Huyn Bae là 28.0±4.2 đi-ốp lăng kính, độ lác nhìn gần là 15.4±5.6 đi-ốp lăng kính². Để phát hiện được lác ngoài phân kỳ quá mức cần phải đánh giá khúc xạ sau liệt điều tiết bằng thuốc tra mắt Cyclogyl hoặc Atropin, độ lác nhìn xa và nhìn gần trước và sau khi bịt mắt 30 phút nhằm phá hợp thị của bệnh nhân để ra độ lác chuẩn. Điều trị lác ngoài phân kỳ quá mức bao gồm chỉnh kính tật khúc xạ tối đa, phục hồi thị lực ở mắt nhược thị và phẫu thuật. Ở Việt Nam, cho đến nay có rất nhiều đề tài nghiên cứu về lác nhưng chưa có một báo cáo nào tìm hiểu sâu về lác ngoài phân kỳ quá mức. Nghiên cứu này của chúng tôi nhằm mục đích: *Nhận xét đặc điểm lâm sàng của lác ngoài phân kỳ quá mức.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN từ 5 đến 15 tuổi, khám tại Bệnh viện mắt TW từ tháng 9/2022 đến tháng 7/2023.
- BN có độ lác nhìn xa lớn hơn độ lác nhìn gần ≥ 10 đi-ốp lăng kính.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- BN có bệnh lý nền nặng, không phối hợp trong quá trình thăm khám.
- Gia đình BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu: thuận tiện (n=20)

2.3. Cách thức tiến hành: BN được thăm khám và điều trị theo trình tự các bước như sau:

- Khai thác tiền sử và bệnh sử
- Đánh giá chức năng thị giác: thị lực, tình trạng thị giác hai mắt (có hay không, đánh giá ở 3 mức độ: đồng thị, hợp thị, phù thị)
- Khám vận nhãn, định thị
- Đánh giá độ lác nhìn xa (độ lác khi BN nhìn vào vật tiêu ở cách mắt 5m), độ lác nhìn gần (độ lác khi BN nhìn vào vật tiêu ở cách mắt 35cm) trước và sau khi bịt mắt.

- Khám các hội chứng kèm theo: A, V,...

- Đánh giá khúc xạ

- Đánh giá thị lực sau khi chỉnh kính tật khúc xạ

2.4. Các phương tiện sử dụng

- Bảng thị lực (bảng Landolt, hoặc bảng hình), hộp thử kính, lăng kính
- Đèn soi bóng đồng tử hình khe
- Máy Synoptophore
- Đèn soi đáy mắt
- Thuốc liệt điều tiết: Atropin 0,5%, Cyclogyl 1%

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, nam chiếm tỷ lệ 55%, nữ chiếm tỷ lệ 45%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0.05. Tuổi khởi phát bệnh trung bình của các trẻ em trong nghiên cứu là 5,04±2,29. Trong số 20 bệnh nhân, lác được phát hiện ở tuổi từ 1 đến 5 nhiều nhất, trung bình là 2,96 ± 1,33 tuổi. Tuổi xuất hiện lác ở nhóm nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Gi Huyn Bae² và nghiên cứu của tác giả H. Lajmi³.

3.2. Đặc điểm lâm sàng lác ngoài phân kỳ quá mức

3.2.1. Thị lực

Bảng 3.1. Thị lực mắt lác trước điều trị

Thị lực	Không kính		Có kính	
	MP n (%)	MT n (%)	MP n (%)	MT n (%)
Thị lực ≥20/25	12 (60,00%)	9 (45,00%)	16 (80,00%)	17 (85,00%)
Thị lực 20/30-20/80	4 (20,00%)	8 (40,00%)	4 (20,00%)	3 (15,00%)
Thị lực 20/100-20/160	0 (0,00%)	1 (5,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Thị lực ≤20/160	4 (20,00%)	2 (10,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Tổng số	20 (100%)	20 (100%)	20 (100%)	20 (100%)

Nhận xét: Thị lực không kính MP ở mức trên 20/25 có 12 bệnh nhân (55%), 45% (09 bệnh nhân) có thị lực MT trên 20/25. Số lượng bệnh nhân thị lực trên 20/25 tăng lên khi đeo kính ở MP và MT lần lượt là 80% và 85%. Có 4 bệnh nhân (25%) có thị lực mắt phải và 40% (8/20) bệnh nhân có thị lực mắt trái ở mức 20/30 đến 20/80 khi không kính. Có 4 bệnh nhân (20%) có thị lực MP và 3 bệnh nhân (15%) có thị lực MT ở mức 20/30 đến 20/80 khi đeo kính. Thị lực không kính MT có 01 bệnh nhân (5%) thị lực 20/100 – 20/160 và 02 bệnh nhân (10%) có thị lực ≤ 20/160; mắt phải có 20% bệnh nhân có thị lực không kính ≤ 20/160. Sau khi đeo kính, không có bệnh nhân nào có thị lực ≤ 20/100 ở cả 2 mắt.

Bảng 3.2. Phân loại mức độ nhược thị của mắt trước điều trị

Thị lực	Số mắt (n)	Tỉ lệ (%)
Không nhược thị	33	82,5%
Nhược thị nhẹ	7	17,5%
Tổng số	40	100%

Nhận xét: Sau khi chỉnh kính, phần lớn các bệnh nhân không có nhược thị. Trong 20 bệnh nhân nghiên cứu có 4 bệnh nhân (7 mắt) chiếm tỉ lệ 17,5% bị nhược thị ở mức độ nhẹ. Không có bệnh nhân nào có nhược thị ở mức độ trung bình và nặng. Kết quả của chúng tôi phù hợp với tác giả Magli A.⁴ và thấp hơn so với tác giả Yang M.⁵. Điều này có thể do BN của chúng tôi được khám và điều trị sớm hơn nên mức độ nhược thị nhẹ hơn.

3.2.2. Tật khúc xạ

Bảng 3.3. Tật khúc xạ của bệnh nhân trước phẫu thuật

Tật khúc xạ	Chính thị	Cận cận loạn cận	Viên và loạn viễn	Loạn thị hỗn hợp	Tổng số
Số bệnh nhân	10	5	3	2	20
Tỷ lệ %	50%	25%	15%	10%	100%

Nhận xét: Trong số 20 bệnh nhân, tỉ lệ bệnh nhân chính thị chiếm tỉ lệ cao nhất với 50% bệnh nhân, tỉ lệ bệnh nhân có tật khúc xạ cận-cận/ loạn-cận chiếm tỉ lệ cao thứ 2 với 25% bệnh nhân. Tỉ lệ loạn thị hỗn hợp thấp nhất với chỉ 10% bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Gi Hyun Bae² và Yang M.⁵

3.2.3. Độ lác

Bảng 3.4. Đặc điểm về độ lác trước phẫu thuật

Độ lác (điốp lăng kính)	Độ lác		Sau bịt mắt 30'	
	Nhìn gần	Nhìn xa	Nhìn gần	Nhìn xa
0 PD-15 PD	15(75%)	0(0%)	7(35%)	0(0%)
>15PD-30PD	5(25%)	16(80%)	12(60%)	8(40%)
>30PD-45PD	0(0%)	4(20%)	1(5%)	12(60%)
Tổng số	20	20	20	20

Nhận xét: Trong 20 bệnh nhân có 75% độ lác gần và không có bệnh nhân nào có độ lác nhìn xa ≤15 PD, có 25% trường hợp có độ lác nhìn gần và 80% trường hợp có độ lác nhìn xa ở mức >15 đến 30 PD. Chỉ có 20% bệnh nhân có độ lác nhìn xa ở mức >30 PD - 45 PD

Khi bệnh nhân được làm test bịt mắt 30 phút thì độ lác của bệnh nhân có sự thay đổi đáng kể. Độ lác nhìn gần ≤15 PD là 35% và mức >15 đến 30 PD có 60% bệnh nhân, ở mức >30 PD - 45PD có 5% bệnh nhân. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,02.

Đối với độ lác nhìn xa, tỉ lệ bệnh nhân có độ lác từ 15PD - 30PD khi nhìn xa giảm từ 80% xuống 40% (08 bệnh nhân). Độ lác từ 30 PD - >45 PD khi nhìn xa tăng thêm 40% (12 bệnh nhân-chiếm 60%). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 3.5. Độ lác trung bình của bệnh nhân trước phẫu thuật

Đặc điểm		Trung bình	Độ lệch chuẩn	Min	Max
Độ lác Trước bịt	Nhìn gần	12,00	7,97	0	30
	Nhìn xa	29,75	6,42	20	45
Sau bịt mắt 30p	Nhìn gần	20,75	6,94	10	35
	Nhìn xa	34,50	5,89	25	45
Tổng số		20	20	20	20

Độ lác trung bình khi nhìn gần và nhìn xa lần lượt là 12,00± 9,97PD và 29,75±6,42PD. Độ lác trung bình khi nhìn gần sau khi bịt mắt hơn rất nhiều so với nhìn xa, lần lượt là 20,75±6,94PD và 34,50±5,89PD. Sau bịt mắt, độ lác trung bình khi nhìn gần tăng thêm 8,75 ± 3,11PD, nhìn xa tăng thêm 4,75 ± 2,95 PD.

3.2.4. Thị giác hai mắt

Bảng 3.6. Thị giác hai mắt trước điều trị

Thị giác hai mắt	Bệnh nhân	Tỷ lệ %	
Không có	3	15%	
Có	Đồng thị	3	15%
	Hợp thị	5	25%
	Phù thị	9	45%
Tổng số	20	100%	

Nhận xét: Tình trạng thị giác hai mắt ở bệnh nhân nghiên cứu được đánh giá, 17 bệnh nhân có thị giác hai mắt (chiếm 85%) và có 15% bệnh nhân (03/20 bệnh nhân) không có thị giác hai mắt. Trong đó tỉ lệ bệnh nhân có thị giác 2 mắt ở mức phù thị chiếm tỉ lệ cao nhất (45%) và 5 bệnh nhân có hợp thị chiếm 25% và chỉ có 3 bệnh nhân có đồng thị chiếm 15%.

Tỉ lệ bệnh nhân có thị giác hai mắt trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của tác giả Gi Hyun Bae (50%) và phù hợp với nghiên cứu của tác giả H. Lajmi (80.4%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 20 bệnh nhân tham gia có 9 bệnh nhân là nữ chiếm 45%, 11 bệnh nhân là nữ chiếm 55%. Ở đây, tỉ lệ nam và nữ gần bằng nhau, qua đó nhận thấy không có sự khác biệt về tỉ lệ phân bố giới tính trong nghiên cứu. Trong số 20 bệnh nhân, lác được phát hiện ở tuổi từ 1 đến 5 nhiều nhất, trung bình là 5,04 ± 2,29 tuổi. Tuổi xuất hiện lác ở nhóm nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả G.H. Bae (2019)² và tác giả D. C. Issaho (2017) (6,8 ± 2,6)⁶.

4.2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu

4.2.1. Đặc điểm về thị lực. Thị lực không

kính nhìn chung tốt, có tới 60% (12 bệnh nhân) có thị lực MP và 45% (9 bệnh nhân) có thị lực MT \geq 20/25, có 20% (4 bệnh nhân) có thị lực MP và 40% (8 bệnh nhân) có thị lực MT ở mức 20/30 đến 20/80. Có tới 35% (7 bệnh nhân) có thị lực ở mức <20/100 khi không đeo kính. Sau khi điều trị chỉnh kính, không còn bệnh nhân nào có nhược thị ở mức độ trung bình và nặng. Như vậy, tỷ lệ nhược thị của bệnh nhân lác ngoài phân kỳ quá mức là khá thấp. Tỷ lệ nhược thị trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả G. H. Bae (2019) là 15,4% và D. C. Issaho (2017) là 9,3%, nhưng thấp hơn nghiên cứu của tác giả H. Lajmi (2020) là 26,3%^{2,3,6}. Điều này có thể do bệnh nhân của chúng tôi được khám và điều trị sớm hơn nên mức độ nhược thị nhẹ hơn và số lượng bệnh nhân nhược thị ít hơn.

4.2.2. Đặc điểm về tật khúc xạ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân chính thị chiếm tỷ lệ cao nhất là 50% (10 bệnh nhân), tỷ lệ bệnh nhân có tật khúc xạ cận/loạn-cận chiếm tỷ lệ cao thứ hai là 25% (5 bệnh nhân). Tỷ lệ bệnh nhân có tật khúc xạ viễn/loạn-viễn và loạn thị hỗn hợp chiếm tỷ lệ thấp nhất là 15% và 10%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân có tật khúc xạ cận thị, loạn thị, viễn thị phù hợp với nghiên cứu của tác giả H. Lajmi(2021) là 26,3%, 15,8% và 10.5%³. Tỷ lệ bệnh nhân chính thị cũng tương đương với kết quả của tác giả H. Lajmi là 47,3%³. So với nghiên cứu của D. C. Issaho (2017) tỷ lệ bệnh nhân chính thị của chúng tôi thấp hơn (50% so với 84,4%), còn tỷ lệ cận thị của chúng tôi lại cao hơn rất nhiều (25% so với 4,7%)⁶.

4.2.3. Đặc điểm về độ lác. Nghiệm pháp che mắt phá hợp thị là một phương pháp chẩn đoán đo độ lác chuẩn ở những bệnh nhân có lác. Nghiệm pháp này được sử dụng để chẩn đoán phân biệt giữa lác ngoài phân kỳ quá mức thực sự và giả lác ngoài phân kỳ quá mức bằng cách phá hợp thị ở những bệnh nhân lác. Hơn nữa, nghiệm pháp này có thể được sử dụng để xác định độ lác lớn nhất ở những bệnh nhân lác ngoài luân hồi. Việc xác định độ lác lớn nhất nhằm giảm thiểu độ lác tồn dư sau phẫu thuật cũng như giảm thiểu khả năng lác tái phát ở những bệnh nhân này. Trung bình của độ lác nhìn gần và độ lác nhìn xa sau khi bịt mắt phá hợp thị là độ lác chuẩn để định lượng phẫu thuật. Do đó, việc bịt một bên mắt nhằm phá hợp thị của bệnh nhân có thể hỗ trợ lập kế hoạch điều trị phẫu thuật thích hợp, từ đó đảm bảo kết quả phẫu thuật thuận lợi.

Trong 20 bệnh nhân có 75% trường hợp có độ lác nhìn gần và 0% bệnh nhân có độ lác nhìn xa ở mức <15 PD, có 25% có độ lác nhìn gần và 80% có độ lác nhìn xa ở mức 15 đến 30PD, có 20% bệnh nhân có độ lác nhìn xa ở mức >30PD – 45PD. Sau khi làm test bịt mắt 30 phút, thì độ lác của nhóm đối tượng nghiên cứu có thay đổi đáng kể. Độ lác nhìn gần của bệnh nhân tăng đáng kể: có 35% (7 bệnh nhân) có độ lác nhìn gần ở mức <-15PD, 60% (12 bệnh nhân) có độ lác ở mức -15PD đến -30PD, và 1 bệnh nhân có độ lác nhìn gần ở mức >30PD. Độ lác nhìn xa cũng tăng nhưng không nhiều, tỷ lệ bệnh nhân có độ lác từ 15PD đến 30PD là 40% (8 bệnh nhân), tỷ lệ bệnh nhân có độ lác ở mức 30PD đến 45PD là 60% (12 bệnh nhân).

Độ lác trung bình khi nhìn gần và nhìn xa trước khi bịt mắt là $12,00 \pm 9,97$ PD và $29,75 \pm 6,42$ PD. Có sự thay đổi đáng kể sau khi làm test bịt mắt 30 phút: độ lác trung bình khi nhìn gần tăng lên đáng kể, độ lác trung bình khi nhìn xa tăng lên nhưng ít, lần lượt là $20,75 \pm 6,94$ PD và $34,50 \pm 5,89$ PD. Sau bịt mắt, độ lác trung bình khi nhìn gần tăng thêm $8,75 \pm 3,11$ PD, nhìn xa tăng thêm $4,75 \pm 2,95$ PD. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả G. H. Bae và A. Magli, và thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả D. C. Issaho (2017)^{2,4,6}.

4.2.4. Đặc điểm về thị giác hai mắt. Lác ngoài phân kỳ quá mức có tính chất không liên tục, cho phép phát triển thị giác hai mắt và thị giác lập thể. Do đó, việc trì hoãn phẫu thuật sẽ không ảnh hưởng nhiều, và nhiều tác giả đã đưa ra ý kiến rằng việc trì hoãn phẫu thuật có thể mang lại kết quả thăm khám và điều trị tốt hơn.

Theo tác giả Jampolsky (1958), việc trì hoãn phẫu thuật cho đến khi trẻ đủ 4 tuổi mang lại kết quả phẫu thuật cao hơn so với việc phẫu thuật sớm⁷. Mặt khác, tác giả Knapp P., Pratt-Johnson và cộng sự đã khuyến cáo nên phẫu thuật điều trị sớm^{8,9}. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng thị giác hai mắt được đánh giá, 85% bệnh nhân có thị giác hai mắt và 15% không có thị giác hai mắt. Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả của tác giả H. Lajmi³ và cao hơn so với tác giả Gi Huyn Bae (50%)². Điều này có thể do nhóm nghiên cứu của chúng tôi đã được điều trị chỉnh kính sớm, và thời điểm phẫu thuật so với tuổi khởi phát bệnh là sớm hơn tác giả trên.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng của BN lác ngoài phân kỳ quá mức. Lác xuất hiện ở độ tuổi từ 1

đến 5 là nhiều nhất, trung bình là $2,96 \pm 1,33$ tuổi. Không có sự khác biệt về tỉ lệ phân bố giới tính trong nghiên cứu. Tuổi trung bình tại thời điểm phẫu thuật là 7 tuổi.

Tỷ lệ nhược thị của bệnh nhân lác ngoài phân kỳ quá mức tương đối thấp. Sau khi điều trị chỉnh kính, không còn bệnh nhân nào có nhược thị ở mức độ trung bình nặng.

Bệnh nhân chính thị chiếm tỷ lệ cao nhất, tỷ lệ bệnh nhân có tật khúc xạ cận-loạn cận, viễn-loạn viễn xếp cao thứ 2, tuy nhiên ở mức độ nhẹ.

Độ lác trung bình khi nhìn gần và nhìn xa trước khi bịt mắt lần lượt là $12,00 \pm 9,97$ PD và $29,75 \pm 6,42$ PD. Có sự thay đổi đáng kể sau khi làm test bịt mắt 30 phút: độ lác trung bình khi nhìn gần tăng lên đáng kể, độ lác trung bình khi nhìn xa có tăng nhưng ít, lần lượt là $20,75 \pm 6,94$ PD và $34,50 \pm 5,89$ PD. Sau bịt mắt, độ lác trung bình khi nhìn gần tăng thêm $8,75 \pm 3,11$ PD, nhìn xa tăng thêm $4,75 \pm 2,95$ PD.

Tình trạng thị giác hai mắt được đánh giá, 85% bệnh nhân có thị giác hai mắt ở mức độ có thị giác hai mắt, 15% bệnh nhân không có thị giác hai mắt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kaur K, Gurnani B.** Intermittent Exotropia. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2023. Accessed

October 6, 2023. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK574514/>

2. **Bae GH, Bae SH, Choi DG.** Surgical outcomes of intermittent exotropia according to exotropia type based on distance/near differences. PLoS ONE. 2019;14(3):e0214478. doi:10.1371/journal.pone.0214478
3. **Lajmi H, Ben Yakhlef A, El Fekih L, Lahdhiri MH, Hmaied W.** Outcomes of intermittent exotropia surgery. J Fr Ophtalmol. 2021;44(7):1001-1007. doi:10.1016/j.jfo.2020.09.038
4. **Magli A, Esposito Veneruso P, Chiariello Vecchio E, Esposito G, Rombetto L.** Divergence Excess Intermittent Exotropia: Long-Term Effect of Augmented Bilateral Lateral Rectus Recession. Semin Ophthalmol. 2018;33(4):512-516. doi:10.1080/08820538.2017.1320414
5. **Yang M, Chen J, Shen T, et al.** Clinical Characteristics and Surgical Outcomes in Patients With Intermittent Exotropia: A Large Sample Study in South China. Medicine (Baltimore). 2016; 95(5): e2590. doi: 10.1097/ MD.0000000000002590
6. **Issaho DC, Wang SX, Weakley Jr. DR.** Intermittent exotropia surgery: results in different age groups. Arq Bras Oftalmol. 2017;80(6). doi:10.5935/0004-2749.20170087
7. **Jampolsky A.** Surgical Management of Exotropia. Am J Ophthalmol; 1958.
8. **Knapp P, Moore S.** Intermittent exotropia. Am Orthopt J. 1960;10:118-122.
9. **Pratt-Johnson J, Barlow J, Tillson G.** Early Surgery in Intermittent Exotropia. Am J Ophthalmol; 1977.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT GLÔCÔM TẠI BỆNH VIỆN MẮT HÀ NỘI NĂM 2023

Trần Thị Thúy¹, Phạm Hồng Vân², Nguyễn Thị Thu Dung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật Glôcôm tại Bệnh viện Mắt Hà Nội năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu quan sát mô tả 145 bệnh nhân phẫu thuật glôcôm tại Bệnh viện Mắt Hà Nội năm 2023. Đánh giá công tác chăm sóc, tư vấn điều dưỡng với những bệnh nhân này. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: tỷ lệ nam 38,6%, nữ 61,4%. Kết quả chăm sóc điều trị qua hồ sơ bệnh án: tỷ lệ thực hiện các bước của qui trình điều dưỡng được ghi nhận đầy đủ trong bệnh án chiếm 83,4% - 100%. Kết quả tư vấn: 89,7% BN được hướng dẫn vệ sinh mắt, 71,0% được hướng dẫn vệ sinh tay, 94,5% được hướng dẫn sử dụng

thuốc, 79,3% được hướng dẫn theo dõi biến chứng, 93,1% được hướng dẫn sinh hoạt nghỉ ngơi. Nội dung hướng dẫn được BN cho là dễ hiểu, dễ làm theo 93,1%, dễ hiểu nhưng khó làm theo 6,9%. **Kết luận:** Glôcôm là bệnh lý hay gặp, diễn biến phức tạp, để lại tổn hại lực nặng nề ngay cả khi được điều trị. Chăm sóc điều dưỡng theo đánh giá chung còn chưa hoàn hảo. Tỷ lệ các qui trình điều dưỡng được ghi nhận chưa đầy đủ trong bệnh án chiếm tỷ lệ. Một số hướng dẫn chăm sóc còn khó hiểu, khó thực hiện. Các hướng dẫn được người bệnh cho là dễ hiểu, dễ làm theo là. Đây là cơ sở để cải thiện, nâng cao chất lượng công tác chăm sóc điều dưỡng hướng tới nâng cao chất lượng điều trị, sự hài lòng của người bệnh.

Từ khóa: phẫu thuật glôcôm, chăm sóc, tư vấn, hướng dẫn

SUMMARY

PATIENT CARE AFTER GLAUCOMA SURGERY AND SOME RELATED FACTORS AT THE GENERAL DEPARTMENT OF HANOI EYE HOSPITAL IN 2023

¹Bệnh viện mắt Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thúy

Email: tranthuy707@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2024

Ngày duyệt bài: 5.2.2024