

- after cesarean section", Perspectives in Clinical Research. 4 (2), pp. 136-141
- Cobby T. F. et al. (1999)**, "Rectal paracetamol has a significant morphine- sparing effect after hysterectomy", Br J Anaesth. 83 (2), pp. 253-256.
 - Siddik S. M. et al. (2001)**, "Diclofenac and/or propacetamol for postoperative pain management after cesarean delivery in patients receiving patient controlled analgesia morphine", Reg Anesth Pain Med. 26 (4), pp. 310- 315.
 - Montgomery J. E. et al. (1996)**, "Morphine consumption in patients receiving rectal paracetamol and diclofenac alone and in combination", Br J Anaesth. 77 (4), pp. 445-447.
 - Ulubay M. et al. (2016)**, "Skin incision lengths in caesarean section", Cukurova Medical Journal. 41, pp. 82.

NHẬN XÉT MỐI LIÊN QUAN GIỮA TỔN THƯƠNG HOÀNG ĐIỂM TRÊN OCT VÀ THỊ LỰC SAU PHẪU THUẬT BONG VỠNG MẠC NGUYÊN PHÁT QUÁ VÙNG HOÀNG ĐIỂM

Chu Mạnh Thanh¹, Hồ Xuân Hải²,
Nguyễn Đỗ Thị Ngọc Hiền³, Đoàn Thị Thoa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả hình ảnh OCT sau phẫu thuật và mối liên quan giữa tổn thương hoàng điểm trên OCT và thị lực sau phẫu thuật bong võng mạc nguyên phát qua vùng hoàng điểm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả tiến cứu trên những bệnh nhân đã được chẩn đoán bong võng mạc nguyên phát qua vùng hoàng điểm, khám và điều trị tại bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 8/2022 đến tháng 6/2023. **Kết quả:** Nghiên cứu thực hiện trên 59 mắt của 59 bệnh nhân được phẫu thuật bong võng mạc nguyên phát qua vùng hoàng điểm. Thời gian chụp OCT $2,2 \pm 1,2$ tháng sau phẫu thuật, có 50/59 mắt (84,7%) có bất thường trên OCT, trong đó tổn thương lớp EZ 19 mắt (32,2%), lớp màng ngăn ngoài 14 mắt (23,7%), dịch dưới võng mạc 9 mắt (15,3%), số mắt có dịch trong võng mạc là 11 mắt (18,7%) và màng trước võng mạc là 10 mắt (17,0%), tổn thương phối hợp màng ngăn ngoài và lớp EZ là 8/59 mắt (13,5%). Tổn thương lớp màng ngăn ngoài, tổn thương phối hợp màng ngăn ngoài và lớp EZ, trên OCT có giá trị tiên lượng phục hồi thị lực kém ($p < 0,05$). **Kết luận:** OCT là một phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại, không xâm lấn, giúp đánh giá các tổn thương vùng hoàng điểm sau phẫu thuật bong võng mạc nguyên phát. Tổn thương lớp màng ngăn ngoài, tổn thương lớp EZ và tổn thương cả hai lớp này có giá trị tiên lượng phục hồi thị lực kém. **Từ khóa:** tổn thương hoàng điểm trên OCT, bong võng mạc.

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN MACULAR

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc

²Bệnh viện Mắt Trung Ương

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Chu Mạnh Thanh

Email: chumanhthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 14.3.2024

LESIONS ON OCT AND VISUAL OUTCOME AFTER MACULAR-OFF PRIMARY RETINAL DETACHMENT REPAIR

Purpose: Analyze the correlation between macular lesions observed in post-surgical OCT images and visual outcomes following primary retinal detachment repair for macular-off patients. **Method:** This prospective, descriptive study was conducted on individuals who were diagnosed with macular-off primary retinal detachment and treated at the Central Eye Hospital. **Results:** For this study, 59 eyes out of 59 patients were analyzed. During the OCT imaging, which occurred at an average of 2.2 ± 1.2 months post-surgery, 50 eyes had abnormalities, making up 84.7% of the total. The most common lesions were EZ zone lesions (found in 19 eyes, or 32.2%), followed by external limiting membrane lesions (found in 14 eyes, or 23.7%), sub-retinal fluid (found in 9 eyes, or 15.3%), cystoid macular edema (found in 11 eyes, or 18.7%), and epiretinal membrane (found in 10 eyes, or 17.0%). Additionally, 8 eyes (13.6%) had miscellaneous lesions that involved both the external limiting membrane and EZ zone. There is a statistically significant correlation between visual outcome and external limiting membrane, EZ zone, and miscellaneous lesions ($p < 0.05$). **Conclusion:** Following a successful surgery to repair macular-off retinal detachment, OCT is a non-invasive imaging diagnostic method that can accurately and effectively assess macular lesions. Lesions such as those on the external limiting membrane, EZ zone, and miscellaneous areas can help determine the potential for vision recovery after surgery. **Keywords:** macular lesions on OCT, retinal detachment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bong võng mạc là tình trạng lớp võng mạc cảm thụ ánh sáng bị tách ra khỏi lớp biểu mô sắc tố. Bong võng mạc là một bệnh lý nặng có nguy cơ gây mất thị lực nếu không được điều trị kịp thời. Tỷ lệ mắc bệnh bong võng mạc trên thế

giới hiện nay khoảng 6,3 đến 17,9 trên 100.000 dân.¹ Tại Mỹ, tỷ lệ bong võng mạc nguyên phát là 12/100.000 dân, tại châu Âu và châu Á, tỷ lệ mắc bệnh là 7-14/100.000 dân. Theo thống kê tại bệnh viện Mắt Trung ương năm 2003, tỷ lệ bệnh nhân bong võng mạc chiếm 21,2% số bệnh nhân nội trú và 22,7% số ca phẫu thuật tại khoa Đáy mắt - Màng bồ đào.

Từ năm 1930, tác giả Gonin nêu ra nguyên tắc để phẫu thuật bong võng mạc là đóng tất cả vết rách võng mạc và điện đông tạo sẹo dính hắc võng mạc. Đến năm 1957, Schepens và Arruga tiếp tục phát triển và hoàn thiện phương pháp đai củng mạc điều trị bong võng mạc có vết rách. Tới năm 1970, tác giả Machemer đưa ra phương pháp cắt dịch kính để điều trị các trường hợp bong võng mạc phức tạp mà phương pháp đai củng mạc không thể điều trị. Hiện nay, hai phương pháp chính điều trị bong võng mạc được áp dụng là phẫu thuật đặt đai củng mạc và phẫu thuật cắt dịch kính qua đường pars plana. Mỗi phương pháp có những ưu điểm và nhược điểm riêng, được chỉ định trên từng bệnh nhân cụ thể.

Ngày nay, với những tiến bộ của trang thiết bị, tỷ lệ thành công về mặt giải phẫu của phẫu thuật bong võng mạc lên đến hơn 90%. Tuy nhiên, nhiều trường hợp võng mạc áp sau phẫu thuật nhưng thị lực hồi phục không tương xứng, đặc biệt là khi võng mạc bong qua hoàng điểm. Nguyên nhân có thể do những thay đổi cấu trúc của vùng hoàng điểm mà chúng ta không quan sát được khi khám đáy mắt.

Chụp cắt lớp võng mạc (optical coherence tomography-OCT) là một kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn, có độ phân giải cao. Trong khi siêu âm chỉ có độ phân giải 100 micron thì OCT có độ phân giải 1-10 micron. Do đó, OCT giúp đánh giá các tổn thương vùng hoàng điểm không phát hiện được trên hình ảnh siêu âm hoặc khi khám đáy mắt, đặc biệt là tình trạng của lớp tế bào cảm thụ quang. Sự toàn vẹn của các tế bào cảm thụ quang là yếu tố quan trọng giúp tiên lượng thị lực sau phẫu thuật. Nghiên cứu của Wakabayashi (2009) thực hiện trên 38 bệnh nhân sau phẫu thuật bong võng mạc qua vùng hoàng điểm cho thấy tỷ lệ tổn thương lớp EZ là 61%, lớp màng ngăn ngoài là 24%. Một nghiên cứu khác tương tự của Cheng (2016) trên 32 bệnh nhân ghi nhận tỷ lệ tổn thương của lớp EZ là 59%, lớp màng ngăn ngoài là 34% và sự tổn thương của tế bào cảm thụ quang là yếu tố quan trọng tiên lượng thị lực kém sau phẫu thuật.

Vì vậy, việc tìm hiểu mối liên quan giữa tổn thương hoàng điểm trên OCT với thị lực sau

phẫu thuật bong võng mạc là một vấn đề cần thiết, giúp tiên lượng khả năng phục hồi thị lực sau phẫu thuật. Do đó, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu "Nhận xét mối liên quan giữa tổn thương hoàng điểm trên OCT và thị lực sau phẫu thuật bong võng mạc nguyên phát qua vùng hoàng điểm".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu trên 59 mắt của 59 bệnh nhân, đã được chẩn đoán bong võng mạc nguyên phát qua vùng hoàng điểm, được khám và điều trị tại khoa dịch kính võng mạc bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 08/2022 đến tháng 06/2023.

Thiết kế nghiên cứu: mô tả tiến cứu

Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$N = Z^2_{1-\alpha/2} \times \frac{p \times (1-p)}{(p \times \epsilon)^2}$$

Trong đó. Giá trị $Z_{1-\alpha/2} \approx 1,96$ thu được từ bảng tương ứng với $\alpha = 0,05$; p: tỉ lệ thành công của phẫu thuật ước tính là 89,4%²

$q = 1-p$; ϵ : sai số mong muốn chọn là 0,1

Tính toán ra cỡ mẫu tối thiểu là 56 mắt.

Trong nghiên cứu này chúng tôi lấy cỡ mẫu là 59 mắt.

Thiết kế quy trình nghiên cứu. Các bệnh nhân được khám trước phẫu thuật gồm đo thị lực, đo nhãn áp, soi tình trạng bán phần trước, soi 3 mặt gương đánh giá vết rách và mức độ bong võng mạc, tiến hành phẫu thuật bong võng mạc và khám sau phẫu thuật gồm đo thị lực, đo nhãn áp, soi đáy mắt với giãn đồng tử tối đa, đánh giá tình trạng võng mạc sau phẫu thuật và chụp OCT.

Quy trình chụp OCT và đánh giá kết quả. Chuẩn bị bệnh nhân, khởi động quá trình chụp, căn chỉnh và tối ưu hóa hình ảnh OCT, sau khi hình ảnh đã được tối ưu, ấn chụp và yêu cầu bệnh nhân giữ yên trong suốt quá trình chụp, lưu hoặc xóa ảnh, hình ảnh được lưu tạm vào máy có thể xem lại ngay sau chụp, sau đó máy sẽ lưu vào hồ sơ bệnh nhân và bắt đầu quá trình chụp tiếp theo.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm lâm sàng và bất thường hình thái OCT sau phẫu thuật

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Biến số	Mắt (n=59)
Tuổi (X ± SD)	55 ± 16,5
Thời gian từ có triệu chứng tới	14 ± 11,4

phẫu thuật ($\bar{X} \pm SD$)	
Thị lực trước phẫu thuật ($\bar{X} \pm SD$) logMAR	1,65 ± 0,16
Thị lực sau phẫu thuật 3 tháng ($\bar{X} \pm SD$) logMAR	0,83 ± 0,34

Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 55 ± 16,5 tuổi (12-80). Thời gian từ khi có triệu chứng tới khi phẫu thuật 14 ± 11,4 ngày. Thị lực trước phẫu thuật là 1,65 ± 0,16 logMAR và thị lực sau phẫu thuật 3 tháng là 0,83 ± 0,34 logMAR.

Bảng 3.2. Phân bố tổn thương trên OCT

Kết quả OCT		n	%
Tổn thương đơn lẻ	Dịch dưới võng mạc	9	15,3
	Dịch trong võng mạc	6	10,1
	Màng trước võng mạc	5	8,5
	Tổn thương màng ngăn ngoài	6	10,1
	Tổn thương lớp EZ	11	18,6
Tổn thương phối hợp	Dịch trong võng mạc và màng trước võng mạc	5	8,5
	Tổn thương màng ngăn ngoài và lớp EZ	8	13,6
Bình thường	Không có tổn thương	9	15,3
Tổng		59	100

Bảng 3.3. Thị lực trung bình sau phẫu thuật theo tổn thương

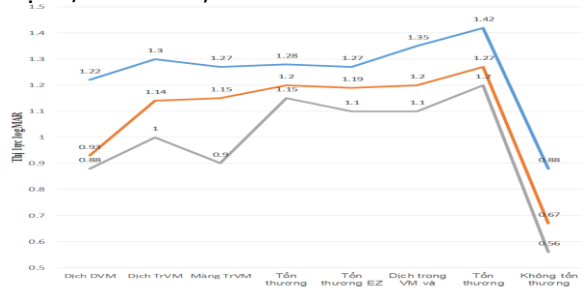
Tổn thương	Thị lực sau phẫu thuật $\bar{X} \pm SD$ (logMAR)		
	1 tuần	1 tháng	3 tháng
Dịch dưới võng mạc	1,22 ± 0,35	0,93 ± 0,48	0,88 ± 0,35
Dịch trong võng mạc	1,30 ± 0,25	1,14 ± 0,20	1,00 ± 0,21
Màng trước võng mạc	1,27 ± 0,20	1,15 ± 0,13	0,90 ± 0,14
Tổn thương màng ngăn ngoài	1,28 ± 0,32	1,20 ± 0,28	1,15 ± 0,24
Tổn thương lớp EZ	1,27 ± 0,31	1,19 ± 0,27	1,10 ± 0,28
Dịch trong võng mạc và màng trước võng mạc	1,35 ± 0,32	1,20 ± 0,28	1,01 ± 0,24
Tổn thương màng ngăn ngoài và lớp EZ	1,42 ± 0,29	1,27 ± 0,27	1,20 ± 0,28
Không có tổn thương	0,88 ± 0,26	0,67 ± 0,19	0,56 ± 0,22

Thị lực trung bình của nhóm có tổn thương hoàng điểm trên OCT thấp hơn nhiều so với nhóm không có tổn thương hoàng điểm trên OCT. Trong đó, thị lực trung bình nhóm có tổn thương phối hợp màng ngăn ngoài và lớp EZ là thấp nhất.

Bảng 3.4. Liên quan giữa tổn thương hoàng điểm trên OCT và thị lực sau phẫu thuật

Tổn thương hoàng điểm trên OCT		Thị lực sau phẫu thuật $\bar{X} \pm SD$ (logMAR)		
		1 tuần	1 tháng	3 tháng
Dịch dưới võng mạc	Có	1,22 ± 0,35	0,93 ± 0,48	0,88 ± 0,35
	Không	1,07 ± 0,38	0,91 ± 0,42	0,80 ± 0,35
p		0,329	0,778	0,852
Dịch trong võng mạc	Có	1,32 ± 0,25	1,16 ± 0,20	1,02 ± 0,21
	Không	1,10 ± 0,32	0,98 ± 0,25	0,88 ± 0,27
p		0,232	0,006	0,098
Màng trước võng mạc	Có	1,31 ± 0,25	1,14 ± 0,20	1,00 ± 0,22
	Không	1,07 ± 0,31	0,96 ± 0,24	0,87 ± 0,29
p		0,232	0,170	0,142
Dịch trong võng mạc và màng trước võng mạc	Có	1,34 ± 0,32	1,20 ± 0,28	1,10 ± 0,24
	Không	1,06 ± 0,34	0,99 ± 0,35	0,86 ± 0,31
p		0,152	0,181	0,353

Trong 59 mắt nghiên cứu, có 50/59 mắt (84,7%) có bất thường trên OCT sau phẫu thuật, không có tổn thương là 9/59 mắt chiếm 15,3%. Tổn thương hay gặp nhất là lớp EZ 19/59 mắt 32,2%, tổn thương ít gặp nhất là dịch dưới võng mạc 9/59 mắt 15,3%.



Biểu đồ 3.1. Thị lực trung bình theo tổn thương

Theo biểu đồ 3.1 cho thấy thị lực sau phẫu thuật cải thiện tăng dần theo thời gian một tuần, một tháng, ba tháng, thị lực của nhóm có tổn thương đơn lẻ trên OCT cao hơn của nhóm có tổn thương phối hợp. Trong đó ở nhóm có tổn thương trên OCT thị lực của nhóm có dịch dưới võng mạc là tốt nhất và nhóm tổn thương phối hợp màng ngăn ngoài và lớp EZ là thấp nhất.

Tại thời điểm một tuần, một tháng và ba tháng, thị lực của nhóm bệnh nhân có tổn thương trên OCT thấp hơn so với nhóm không có tổn thương trên OCT. Tuy nhiên, sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.5. Liên quan giữa thị lực và tổn thương tế bào quang thụ

Tổn thương hoàng điểm trên OCT		Thị lực sau phẫu thuật X ± SD (logMAR)		
		1 tuần	1 tháng	3 tháng
Tổn thương màng ngăn ngoài	Có	1,28 ± 0,32	1,20 ± 0,28	1,15 ± 0,24
	Không	0,87 ± 0,33	0,70 ± 0,28	0,67 ± 0,36
p		0,002	0,001	0,002
Tổn lớp EZ	Có	1,27 ± 0,31	1,19 ± 0,27	1,10 ± 0,28
	Không	0,95 ± 0,34	0,83 ± 0,39	0,73 ± 0,23
p		0,004	0,001	0,001
Tổn thương màng ngăn ngoài và lớp EZ	Có	1,42 ± 0,29	1,27 ± 0,27	1,20 ± 0,28
	Không	0,96 ± 0,36	0,79 ± 0,40	0,75 ± 0,31
p		0,002	0,001	0,001

Tại thời điểm một tuần, một tháng và ba tháng sau phẫu thuật, thị lực của nhóm không có tổn thương lớp tế bào quang thụ có thị lực tốt hơn nhóm có tổn thương tế bào quang thụ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là $55 \pm 16,5$, bệnh nhân thấp tuổi nhất là 12 tuổi và cao tuổi nhất là 80 tuổi, nhóm tuổi > 40 chiếm đa số với tỉ lệ 78%. Điều này, có thể do tình trạng dịch kính hóa lỏng thường bắt đầu xuất hiện ở lứa tuổi trung niên, dẫn đến tình trạng co kéo vùng nền dịch kính gây bong võng mạc. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như số tác giả Ngô Thị Huyền (2022) nhưng thấp hơn tác giả Cho (2012) là 62,7 tuổi.^{3,4}

Thị lực của bệnh nhân trước phẫu thuật là $1,65 \pm 0,46$ logMAR, thị lực này phù hợp với tình trạng bệnh nhân bong võng là một bệnh lý nặng trong nhãn khoa, làm suy giảm thị lực trầm trọng, đặc biệt các bệnh nhân bong võng mạc qua hoàng điểm. Thị lực trước phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi, tương tự so với các nghiên cứu của Nguyễn Thị Hà Mi (2019) là $1,39 \pm 0,97$ logMAR. Thị lực của bệnh nhân trước phẫu thuật chủ yếu thấp hơn 1,0 logMAR chiếm 88,0%, kết quả này tương tự với Trần Thị Lê Hoa (2013) có 63,6% và Bùi Văn Xuân (2015) 76,5% bệnh nhân có thị lực vào viện thấp hơn 1,0 logMAR. Thị lực sau phẫu thuật một tuần là $1,11 \pm 0,37$ logMAR, sau một tháng là $0,91 \pm 0,39$ logMAR và sau ba tháng là $0,83 \pm 0,34$ logMAR, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với thị lực trước phẫu thuật ($p < 0,05$).⁵

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian chụp OCT $2,2 \pm 1,2$ tháng sau phẫu thuật có 50/59 mắt (84,7%) bất thường trên OCT, trong

đó tổn thương lớp EZ 19 mắt (32,2%), lớp màng ngăn ngoài 14 mắt (23,7%), dịch dưới võng mạc 9 mắt (15,3%), số mắt có dịch trong võng mạc là 11 mắt (18,7%) và màng trước võng mạc là 10 mắt (17,0%), tổn thương phổi hợp màng ngăn ngoài và lớp EZ là 8/59 mắt (13,5%). Thị lực sau phẫu thuật của nhóm bệnh nhân có tổn thương trên OCT thấp hơn so với nhóm không có tổn thương trên OCT tại các thời điểm một tuần, một tháng và ba tháng. Tuy nhiên, sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Thị lực sau phẫu thuật của nhóm có tổn thương tế bào cảm thụ quang thấp hơn so với nhóm không có tổn thương tế bào cảm thụ quang tại các thời điểm theo dõi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương tự với một số tác giả như Nguyễn Thị Hà Mi (2019), Cho (2012), Wakabayashi (2009), cho thấy tổn thương các lớp tế bào cảm thụ quang như lớp EZ, lớp màng ngăn ngoài là yếu tố tiên quyết thị lực kém sau phẫu thuật.^{3,6,7}

V. KẾT LUẬN

Chụp OCT là một phương pháp hiện đại, không xâm lấn, giúp đánh giá các tổn thương vùng hoàng điểm sau phẫu thuật bong võng mạc nguyên phát. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 50/59 mắt (84,7%) bất thường trên OCT sau phẫu thuật, trong đó tổn thương hay gặp là lớp EZ 19/59 mắt (32,2%), tổn thương dịch dưới võng mạc ít gặp nhất 9/59 mắt (15,3%). Tổn thương lớp màng ngăn ngoài, tổn thương lớp EZ và tổn thương phổi hợp lớp màng ngăn ngoài và lớp EZ có giá trị tiên lượng phục hồi thị lực kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sodhi A.** Recent trend in the management of rheumatogenous retinal detachment. Surv Ophthalmol. 2008(53):tr. 50-67.

- Hassan TS, Sarrafzadeh R, Ruby AJ, Garretson BR, Kuczynski B, Williams GA. The effect of duration of macular detachment on results after the scleral buckle repair of primary, macula-off retinal detachments. *Ophthalmology*. 2002;109(1):146-152.
- Cho M, Witmer MT, Favaron G, Chan RP, D'Amico DJ, Kiss S. Optical coherence tomography predicts visual outcome in macula-involving rhegmatogenous retinal detachment. *Clinical ophthalmology (Auckland, NZ)*. 2012;6:91-96.
- Ngô Thị Huyền, Hồ Xuân Hải. Đánh giá kết quả điều trị bong võng mạc nguyên phát bằng phương pháp cắt dịch kính qua PARS PLANA phối hợp với đại củng mạc. Đại Học Y Hà Nội: Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú 2022.
- Trần Thị Lệ Hoa. Đánh giá kết quả lâu dài điều trị bong võng mạc nguyên phát tại Bệnh viện Mắt Trung Ương, Đại học Y Hà Nội; 2013.
- Wakabayashi T, Oshima Y, Fujimoto H, et al. Foveal microstructure and visual acuity after retinal detachment repair: imaging analysis by Fourier-domain optical coherence tomography. *Ophthalmology*. 2009;116(3):519-528.
- Nguyễn Thị Hà Mi. Đánh giá tình trạng hoàng điểm bằng chụp OCT sau phẫu thuật đại củng mạc điều trị bệnh nhân bong võng mạc: Luận văn thạc sĩ, Đại Học Y Hà Nội; 2019.

NGHIÊN CỨU TỔNG QUAN PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐƯỜNG TRƯỚC ỔNG LỆ MŨI TRONG ĐIỀU TRỊ U NHÚ MŨI XOANG

Nguyễn Minh Quang¹, Trần Thị Thu Hằng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tổng hợp phương pháp phẫu thuật nội soi đường trước ống lệ mũi trong điều trị u nhú mũi xoang. **Đối tượng và phương pháp:** Tổng quan luận điểm: các bài báo, các nghiên cứu, bài giảng, sách giáo khoa tại 3 cơ sở dữ liệu Pubmed, Google Scholar, Scienccdirect đạt các tiêu chí nghiên cứu. **Kết quả:** Tìm được 300 tài liệu. Sau khi phân tích, 13 bài báo được đưa vào nghiên cứu: nghiên cứu sử dụng thiết kế hồi cứu 92.3% (12), nghiên cứu lâm sàng 7.7% (1) và cỡ mẫu của các nghiên cứu ít nhất 05 người, nhiều nhất 155 người. Độ tuổi trung bình từ 23-83 tuổi trong đó độ tuổi phổ biến từ 30-60. tỷ lệ nam/nữ: 1.94/1. 13 bài báo cho thấy hiệu quả rõ rệt về vấn đề tái phát và biến chứng sau phẫu thuật nội soi đường trước ống lệ mũi trong điều trị u nhú mũi xoang. **Kết luận:** Đường vào xoang hàm trước ống lệ mũi qua nội soi là một phương pháp an toàn, hiệu quả được sử dụng phẫu thuật để cắt các khối u lành tính trong xoang hàm nói chung và u nhú nói riêng, đặc biệt vị trí thành trước và đáy xoang hàm, các vị trí rất khó để kiểm soát qua đường mổ nội soi ở khe giữa thông thường, tránh cho bệnh nhân khỏi mổ mở hoặc cắt vách mũi xoang, tránh tái phát giúp bảo tồn được cuốn dưới và ống lệ mũi. **Từ khóa:** Đường vào trước ống lệ mũi, u nhú mũi xoang

SUMMARY

OVERVIEW CLINICAL, PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF ALLERGIC FUNGAL SINUSITIS

Objectives: Synthetic description of clinical and paraclinical characteristics of allergic fungal sinusitis.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Quang

Email: minhquang06021993@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 15.3.2024

Subjects and methods: Scoping Review: articles, studies, lectures, textbooks at 3 databases Pubmed, Google Scholar, Scienccdirect met the research criteria. Result: Found 300 documents. After analysis, 13 articles were included in the study: the study used a retrospective design of 92.3% (12), a prospective study of 7.7% (1) and the sample size of the studies is at least 5 people, maximum 155 people. The average age is from 23-83 years old, with the most common age range being 30-60 years old. Male/female ratio: 130/67. 13 articles showed clear effectiveness in terms of recurrence and complications after endoscopic anterior nasolacrimal duct surgery in the treatment of sinonasal papillomas. **Conclusion:** Endoscopic prelacrimal approach is very effective in benign tumor resection in maxillary sinus, espedally hard-to-reach area such as anterior wall or base of maxillary sinus. This approach helps to preserve inferior turbinate and nasolacrimal duct, and avoid mdoscopic medial maxilledomy fiir sinusal inverted papilloma resedion

Keywords: Prelacrimal approach, cavernous haemangioma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nhú mũi xoang hay còn gọi là Schneiderian papillomas, là khối u lành tính vùng mũi xoang phát triển từ lớp biểu mô Schneiderian của hốc mũi và các xoang cạnh mũi. U nhú mũi xoang chiếm tỷ lệ khoảng 0,5-4,7% các khối u vùng mũi xoang. Theo Tổ chức y tế thế giới (2017), u nhú mũi xoang được chia làm 3 loại mô bệnh học gồm có u nhú thường, u nhú đảo ngược, u nhú tế bào lớn ưa axit, trong đó hai loại u nhú sau có thể xâm lấn, ăn mòn các cơ quan lân cận, có thể tiến triển ác tính hoá.

- Đường vào xoang hàm trước ống lệ mũi qua nội soi là một phương pháp an toàn, hiệu quả được sử dụng phẫu thuật để cắt các khối u lành tính trong xoang hàm, đặc biệt vị trí thành