

KẾT QUẢ BAN ĐẦU ĐIỀU TRỊ BỆNH CẬN THỊ Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH BẰNG PHƯƠNG PHÁP TÁN NHUYỄN THỂ THỦY TINH ĐẶT IOL HẬU PHÒNG

**HOÀNG TRẦN THANH,
VŨ THỊ THÁI,
TRẦN NGUYỆT THANH
Bệnh viện mắt Trung ương**

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá kết quả và độ an toàn của phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh (TTT), đặt TTT nhân tạo (IOL) hậu phòng trên bệnh nhân cận thị nặng, điều trị tật khúc xạ, các biến chứng và biện pháp khắc phục.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu không đối chứng trên 68 mắt của 43 bệnh nhân bị cận thị nặng ≥ -6 diop (D), có hoặc không kèm theo đục TTT, thời gian

theo dõi sau phẫu thuật 6 tháng. Tất cả các mắt đều được phẫu thuật bằng phương pháp phaco và đặt IOL trong bao TTT. Bệnh nhân được kiểm tra trước mổ để đánh giá mức độ và hình thái đục TTT, tình trạng võng mạc, siêu âm và điện võng mạc. Tất cả bệnh nhân được theo dõi theo định kỳ: 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật.

Kết quả: Tất cả các mắt được phẫu thuật đều an

toàn, không có biến chứng gì trầm trọng. Tuổi trung bình của bệnh nhân được phẫu thuật là 55.12 (từ 26-70 tuổi), khúc xạ cầu trước mổ trung bình -15.14D, sau mổ giảm xuống còn trung bình là -1.31D (từ +0.75D đến -3D). Không có mắt nào bị viêm nội nhãn, 3 mắt phản ứng viêm màng bồ đào sau mổ, không có trường hợp nào bị tăng nhãn áp, 6 mắt có hiện tượng đục bao sau nhưng chưa phải điều trị laser, không có mắt nào bị bong võng mạc trong quá trình theo dõi.

Kết luận: Bằng phương pháp kiểm tra đánh giá kỹ lưỡng trước mổ và phẫu thuật an toàn, bệnh nhân được mổ phaco và đặt IOL hậu phòng để điều chỉnh khúc xạ do cận thị nặng, có cải thiện đáng kể về thị lực và ít biến chứng.

Từ khóa: tán nhuyễn thể thủy tinh, cận thị nặng, IOL

SUMMARY

Primary results surgery treatment for high myopia in adults by Phacoemulsification of the crystalline lens and IOL implantation

Purpose: To assess the safety of lens extraction and intraocular lens (IOL) implantation in patients with high myopia treated and refractive indications.

Methods: This descriptive analysis comprised 68 eyes of 43 consecutive myopic patients $\geq -6D$ who had surgery because of initial lens opacity and refractive indications during 1 year period. The follow-up in all patients was 6 months. In each case, phacoemulsification was performed using an ultrasonic technique and an IOL was implanted in the capsular bag. The patients were seen preoperatively to evaluate retinal pathology, echogram, electroretinogram. All patients were followed at regular intervals 1 week, 1 month, 3 months, 6 months postoperative.

Results: In all eyes, the surgery was uneventful. The mean patient age at surgery was 55.12 years; the mean preoperative spherical equivalent (SE) was -15.14 diopters (D) and the mean postoperative SE -1.31D. No eye had a infection postoperative, 3 eyes had an inflammatory fibrin membrane, no eye had elevated intraocular pressure, 6 eyes of clinically significant posterior capsule opacification. No eye had a retinal detachment during the follow-up.

Conclusion: With a thorough preoperative ophthalmologic evaluation and uneventful surgery, patients who have phacoemulsification and IOL implantation for the correction of high myopia have a satisfactory chance of obtaining good visual results with few complications.

Keywords: high myopia, Phacoemulsification, IOL

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cận thị là một tật khúc xạ hay gặp nhất chiếm khoảng 25% tổng dân số trên thế giới, bao gồm cận thị sinh lý (thường gọi là cận thị học đường hay cận thị đơn thuần) và cận thị bệnh lý (cận thị tiến triển hay cận thị ác tính). Theo thống kê ở Mỹ: nhóm cận thị nặng chiếm 2,1%, còn ở Châu Âu là từ 1,6%-2,1% tổng dân số (2). Đây là tình trạng bệnh lý nặng do sự kéo dài quá mức của trục nhãn cầu, thường kèm theo những biến chứng nghiêm trọng và là nguyên nhân đứng thứ 7 gây mù loà ở Mỹ, là gánh nặng kinh tế và xã hội đáng kể cho toàn cầu. Tổ chức Y tế Thế giới cũng đã đưa ra mục tiêu toàn cầu thanh toán mù loà gây ra do các bệnh có thể tránh

được vào năm 2020, trong đó tật khúc xạ được ưu tiên hàng đầu.

Cận thị nặng gây ra những biểu hiện lâm sàng rất đa dạng và phức tạp ở hầu như tất cả các thành phần của nhãn cầu. Việc thăm khám lâm sàng một cách có hệ thống toàn bộ nhãn cầu kết hợp với những thông tin thu nhận được từ việc khám siêu âm, điện võng mạc ... là rất quan trọng, giúp ích rất nhiều cho người thầy thuốc trong việc chẩn đoán chính xác tình trạng bệnh, tiên lượng bệnh cũng như xác định phương hướng điều trị thích hợp.

Từ trước đến nay, có nhiều phương pháp điều trị cận thị như: mang kính gọng, mang kính tiếp xúc, đắp củng mạc (Epikeratomileusis), đặt thể thủy tinh nhân tạo trong tiền phòng (phakic), mổ bằng Laser Excimer, lấy thể thủy tinh còn trong và đặt thể thủy tinh nhân tạo công suất thấp... Mỗi phương pháp đều có những ưu điểm và nhược điểm riêng. Vì vậy, đứng trước mỗi trường hợp, người thầy thuốc cần phải cân nhắc thận trọng khi lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp, đặc biệt trong trường hợp cận thị nặng có kèm đục thể thủy tinh. Do những đặc điểm bệnh lý và những nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau mổ lấy thể thủy tinh trên mắt bị cận thị nặng, nên trước đây, các nhà nhãn khoa thường chỉ định mổ lấy thể thủy tinh ở giai đoạn rất muộn khi thể thủy tinh đã đục nhiều. Ngày nay, với những ưu thế lớn của phương pháp mổ tán nhuyễn thể thủy tinh bằng siêu âm (phacoemulsification), các tác giả đã chỉ định mổ lấy thể thủy tinh rất sớm ngay cả khi thể thủy tinh còn trong hoặc chỉ đục rất ít để điều trị cận thị, phục hồi sớm sức nhìn, mang lại chất lượng cuộc sống tốt hơn cho người bệnh, góp phần giải phóng mù loà.

Ở Việt Nam, cho đến nay, chưa có đề tài nào đi sâu nghiên cứu một cách toàn diện, có hệ thống các biểu hiện trên lâm sàng, trên khám nghiệm siêu âm, điện võng mạc cũng như việc đánh giá kết quả điều trị bệnh cận thị bằng phương pháp mổ tán nhuyễn thể thủy tinh. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Nghiên cứu kết quả, biến chứng điều trị cận thị nặng bằng phương pháp tán nhuyễn thể thủy tinh đặt IOL công suất thấp hậu phòng.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 68 mắt bị cận thị nặng $>-6D$ của 43 bệnh nhân đến khám và điều trị tại khoa Glôcôm bệnh viện mắt TW từ tháng 1/2005 đến tháng 1/2006. Những bệnh nhân này ≥ 40 tuổi, cận $\geq -6D$, trục nhãn cầu $\geq 26mm$, hoặc bệnh nhân <40 tuổi cận thị cao $\geq -6D$, có kèm đục TTT hoặc chiều dày giác mạc không thể triệt tiêu hoàn toàn độ cận bằng laser hoặc mắc cận thị nặng từ nhỏ nhưng không thể đeo được kính cao số do nhức mắt, gần đây, xuất hiện nhìn mờ nhiều, ảnh hưởng đến công việc và sinh hoạt. 43 bệnh nhân gồm 20 nam và 23 nữ được phẫu thuật mắt cận thị nặng bằng phương pháp tán nhuyễn TTT, đặt IOL công suất thấp trong bao TTT.

Đánh giá sau mổ gồm: Thị lực có chỉnh kính, khúc xạ cầu, độ loạn thị, biến chứng trong và sau mổ, nhãn áp, tình trạng bao sau TTT.

Bệnh nhân được khám lại định kỳ theo hẹn, sau mổ 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng. Chu trình khám lại bao gồm thử thị lực có chỉnh kính theo khúc xạ tự động, đo nhãn áp, tình trạng nhãn cầu và IOL, võng mạc hậu cực

và chu biên. Các biến chứng sau mổ, cách khắc phục.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong số 68 mắt của 43 bệnh nhân được phẫu thuật, bao gồm 20 nam và 23 nữ. Có 23 bệnh nhân được phẫu thuật 2 mắt không đồng thời, 21 bệnh nhân được phẫu thuật 1 mắt.

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 55,12 tuổi (từ 26 tuổi đến 70 tuổi).

Thời gian theo dõi trung bình ở tất cả bệnh nhân là 11,4 tháng (từ 6 tháng đến 20 tháng). 68 mắt được theo dõi ít nhất là 6 tháng, 13 mắt được theo dõi nhiều nhất là 18 tháng.

Thị lực không có kính trước mổ bao gồm: 35 mắt (51,47%) có thị lực đnt <1m. 29 mắt (42,64%) có thị lực đnt từ 1m-3m. 3mắt (4,4%) có thị lực đnt từ 3m - 5m. 1mắt có thị lực 1/10. Không có mắt nào thị lực >1/10.

Thị lực trước mổ có chỉnh kính như sau: 18 mắt (26,5%) có thị lực đnt <1m. 13 mắt (19,1%) có thị lực đnt 1m-3m. 15 mắt (22%) có thị lực đnt 3m-5m. 16 mắt (23,5%) có thị lực 1/10-2/10. 6 mắt (9%) có thị lực 3/10-4/10. Không có mắt nào thị lực có chỉnh kính >5/10.

Độ cận thị trung bình trước mổ là -15,14 Dioptris (từ -9 đến -23 Dioptris). Trong đó 17 bệnh nhân không đo được khúc xạ kế tự động vì đục TTT. Nhãn áp trung bình trước mổ 18,2mmhg (từ 16mmhg-22mmhg), những bệnh nhân có nhãn áp cao sẽ bị loại khỏi diện nghiên cứu.

Đánh giá độ cứng TTT theo bảng phân loại của Lucio Burato năm 1998 : TTT đục độ I hoặc còn trong: 27 mắt (39,7%), có 22 mắt (32,4%) đục độ II, 19 mắt còn lại (27,9%) đục độ III. Hình thái đục TTT trên 41 mắt như sau: 20 mắt (48,8%) đục nhân trung tâm, 14 mắt (34,1%) đục dưới vỏ, 7 mắt (17,1%) đục cực sau và bao sau.

Chiều dài trục nhãn cầu trung bình 28,6 mm (từ 26mm đến 34mm). Khúc xạ giác mạc đo bằng máy Javal trung bình 44,5 (từ 40,5 đến 49). Công suất IOL trung bình +6,35D (từ -5 đến +13D), có 41mắt được đặt IOL cứng chất liệu PMMA, 27 mắt còn lại được đặt IOL mềm chất liệu Acrylic. Trên điện võng mạc: có 16 mắt (23,5%) ĐVM giảm sút trầm trọng, 24 mắt (35,2%) ĐVM giảm sút còn khoảng 1/2 ngưỡng sinh lý, 17 mắt (25,1%) ĐVM giảm sút nhẹ chỉ có 11 mắt (16,2%) ĐVM trong giới hạn bình thường.

Kết quả thị lực sau mổ có chỉnh kính như sau:

***Thị lực 1 ngày sau phẫu thuật:** có 3mắt (4,4%) thị lực đnt <1m; có 10 mắt (14,7%) thị lực đnt 1m-3m; có 15 mắt (22%) thị lực đnt 3-5m; có 25 mắt (36,8%) thị lực 1/10-3/10; có 7 mắt (10,3%) thị lực 3/10-<5/10; và 8 mắt (11,8%) thị lực từ 5/10-7/10. So sánh với thị lực có chỉnh kính trước mổ chúng tôi thấy 100% số mắt có thị lực bằng hoặc tăng hơn.

*Kết quả thị lực ở các thời điểm sau phẫu thuật:

Thị lực Thời điểm	đnt <1m	đnt1m -đnt <3m	đnt3m-đnt <5m	1/10- < 3/10	3/10- < 5/10	5/10- <7/10	>7/10
Trước mổ	18 (26,5%)	13 (19,1%)	15 (22%)	16 (23,5%)	6 (9%)	0	0
1 tuần sau mổ	0 mắt	9 (13,2%)	12 (17,6%)	27 (39,7%)	8 (11,8%)	8 (11,8%)	4 (5,9%)
1 tháng	0	7 (10,3%)	14 (20,6%)	22 (32,4%)	12 (17,6%)	9 (13,2%)	4 (5,9%)
3 tháng	0	7 (10,3%)	11 (16,2%)	20 (20,6%)	18 (26,5%)	8 (11,8%)	4 (5,9%)
6 tháng	0	7 (10,3%)	11 (16,2%)	20 (20,6%)	18 (26,5%)	8 (11,8%)	4 (5,9%)

Nhận xét thấy không có mắt nào sau mổ có thị lực đnt <1m do tình trạng giác mạc, nhãn cầu đã ổn định. Thị lực sau mổ tại thời điểm 3 tháng và 6 tháng ổn định, không thay đổi nhiều sau khi đã được điều chỉnh loạn thị bằng cắt chỉ khâu giác mạc. Tại thời điểm này thị lực bằng so với chỉnh kính tốt nhất trước mổ là 13 mắt (19,1%), còn lại 55 mắt thị lực tăng ít nhất 1 hàng (80,9%).

Khúc xạ cầu tại các thời điểm theo dõi như sau: Khúc xạ cầu trung bình trước mổ là -15,14D, khúc xạ cầu trung bình sau mổ 1tuần là -1,55D (từ +1D đến -4D); sau mổ 1tháng là -1,55D (+1D↔-4D); sau mổ 3 tháng là -1,35 D (từ +1D đến -3,5D); sau mổ sáu tháng là -1,31D (từ +0,75D đến -3D) như vậy so với khúc xạ trung bình trước mổ (-15,14D), khúc xạ cầu trung bình tại thời điểm 6 tháng sau mổ đã giảm được -13,83D (91,34%).

Kết quả độ loạn thị sau mổ:

Thời điểm	Trước mổ	1 tuần sau mổ	1tháng sau mổ	3 tháng sau mổ	6 tháng sau mổ
độ loạn TB	1,79D (0D↔4D)	2,2D (0D↔6D)	2,2D (0D↔6D)	1,14D (0D↔2,5D)	1,1D (0D↔2D)

Độ loạn thị sau mổ được phát hiện từ ngay 1 tuần sau mổ, nhưng chưa được xử lý ngay vì bệnh nhân mới mổ chưa thể cắt chỉ điều chỉnh độ loạn thị do khâu giác mạc gây ra. ở thời điểm sau 1 tháng nếu độ loạn thị cao

gây ảnh hưởng đến thị lực chúng tôi tiến hành cắt chỉ điều chỉnh cận thị. Sau 3 tháng trở đi độ loạn thị hoàn toàn ổn định, do vậy những bệnh nhân này sẽ được đeo thêm kính loạn nếu thị lực tăng thêm.

Về tình hình nhãn áp sau mổ như sau:

- Nhãn áp trước mổ trung bình là 18,2mmHg.
- Nhãn áp sau mổ 1 tuần trung bình là 17,5 mmHg.
- Nhãn áp sau mổ 1 tháng trung bình là 18,4 mmHg.
- Nhãn áp sau mổ 3 tháng trung bình là 18,8 mmHg.
- Nhãn áp sau mổ 6 tháng trung bình là 18,9 mmHg.

- Trong nhóm nghiên cứu không có trường hợp nào bị tăng nhãn áp cần phải điều trị bằng thuốc hoặc phẫu thuật 100% bệnh nhân có nhãn áp trong giới hạn bình thường.

Biến chứng trong và sau phẫu thuật:

biến chứng	rách bao sau	viêm nội nhãn	viêm MBD	bong võng mạc	rách võng mạc	tăng nhãn áp
số lượng	2 mắt	0	3	0	0	0
tỷ lệ %	2,94%	0%	4,4%	0%	0%	0%

Biến chứng trong phẫu thuật có 2 (2,94%) trường hợp rách bao sau 1tuần hợp xảy ra trong quá trình phaco nhân TTT, 1 trường hợp khác bị rách bao sau khi đánh bóng bao sau. Viêm nội nhãn sau mổ chúng tôi

không gặp trường hợp nào. Phản ứng viêm màng bồ đào sau mổ có 3 mắt (4,4%), những mắt viêm này xảy ra sớm 2 tuần sau mổ, tất cả đều được điều trị kháng sinh, chống viêm, chống dính... sớm nên khỏi hoàn toàn sau 5 ngày điều trị, không có di chứng, thị lực tăng trở lại. Các biến chứng nặng nề khác như bong võng mạc, rách võng mạc không gặp một trường hợp nào.

Tóm lại: Kết quả về thị lực giữ nguyên ở tất cả các mắt được phẫu thuật (100%) so với chỉnh kính tốt nhất, thị lực tăng thêm ở 50 mắt (73,5%), 18 mắt còn lại (26,5%) thị lực không thay đổi so với chỉnh kính tối đa. Thị lực tăng trên hai hàng ở 46 mắt (67,6%), tăng 1 hàng trên 4 mắt (5,9%). Khúc xạ khách quan sau phẫu thuật trong khoảng $\pm 1D$ ở 41 mắt (60,3%), khúc xạ khách quan trong khoảng $\pm 2D$ ở 65 mắt (95,58%).

BÀN LUẬN

Cận thị nặng ngày càng được các bác sĩ nhãn khoa quan tâm hơn, rất nhiều cách thức điều trị được đề xuất. Các phương pháp phẫu thuật khác nhau cũng đã

được áp dụng để giải quyết những hạn chế ở bệnh nhân cận thị. Nhưng cận thị nói chung, đặc biệt là cận thị nặng, do còn chưa được hiểu rõ nguyên nhân, bản chất cũng như cơ chế bệnh sinh, những tổn hại trên võng mạc thường nặng nề, đồng thời nhãn cầu giãn lồi quá mức làm cho độ cận thị tăng nhanh, gây hiện tượng cầu sai, giảm thị lực, không thể đeo kính (1) (2).

Kết quả thị lực sau mổ cải thiện nhanh khoảng 1 tuần sau mổ nhờ tiến bộ sử dụng máy phaco trong phẫu thuật TTT. Thị lực này cũng ổn định nhanh chóng sau mổ 1 tháng, do tại thời điểm này những mắt bị loạn thị cao do khâu mép mổ qua chặt sẽ được cắt chỉ điều chỉnh loạn thị, độ loạn thị sẽ ổn định trong khoảng thời gian từ 1 tháng đến 3 tháng sau phẫu thuật. Ở thời điểm này thị lực tăng trên 1 hàng so với chỉnh kính tốt nhất trước mổ là 55 mắt, chiếm tỷ lệ 80,9%. So sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả nước ngoài thấy tỷ lệ đạt kết quả tốt cũng tương tự như các tác giả khác.

Tác giả	Perter Montgomery	Vincenzo Pucci	Jose Guell	Francois Fontaine	Hoàng Trần Thanh Vũ Thị Thái Trần Nguyệt Thanh
Năm thực hiện	1999	2001	2003	2006	2006
Tỷ lệ đạt kết quả tốt	78,3%	84%	72,5%	84%	80,9%

Biến chứng nặng nề trên bệnh nhân cận thị nặng là bong võng mạc, độ cận càng cao tỷ lệ bong võng mạc càng lớn. Theo thống kê tỷ lệ bong võng mạc chiếm khoảng 0,3% dân số, chiếm 5% ở những người bị cận thị cao và 2% ở những mắt không có TTT, tuổi trung bình bong võng mạc từ 40 tuổi đến 70 tuổi, còn ở người bị cận thị nặng nguy cơ bong võng mạc tồn tại suốt cả cuộc đời (4). Nguy cơ bong võng mạc ở những mắt đặt IOL thay đổi rất lớn tùy theo tác giả từ 0,3% đến 5,2%. Sự thay đổi này có lẽ do khác nhau về kỹ thuật mổ, tỷ lệ biến chứng trong mổ. Rách bao sau trong mổ làm tăng tỷ lệ bong võng mạc, nhất là trên mắt cận thị nặng do làm thay đổi độ quán tính của dịch kính dẫn đến co kéo không đều lên võng mạc. Bong võng mạc ở mắt cận thị nặng còn phải tính đến một yếu tố nữa đó là độ dài của trục nhãn cầu, khi trục nhãn cầu kéo dài quá mức gây dẫn mỏng võng mạc hậu cực và chu biên có thể tạo ra vết rách trên võng mạc gây bong võng mạc. Ngày nay nhờ tiến bộ của kỹ thuật mổ TTT, các hạn chế nói trên đã được cải thiện, làm giảm thiểu các biến chứng trong quá trình phẫu thuật. Mổ TTT bằng phương pháp phaco, đặt IOL hậu phòng cho bệnh nhân cận thị nặng trở nên an toàn hơn rất nhiều, ít bị rách bao sau nên không bị dịch kính phôi kết vào mép mổ, co kéo võng mạc, làm giảm tỷ lệ bong võng mạc sau mổ (7). Ngoài ra, việc đặt IOL vào trong bao TTT làm cho nhãn cầu ổn định ít thay đổi cấu trúc ban đầu cũng làm hạn chế nguy cơ bong võng mạc. Trong nghiên cứu này chúng tôi không gặp bất kỳ trường hợp nào bị bong võng mạc trong thời gian theo dõi sau mổ, có lẽ thời gian theo dõi còn ngắn, tuy nhiên, một lý do quan trọng khác cũng phải kể đến đó là việc thăm khám võng mạc trước mổ tỉ mỉ nên những trường hợp có thoái hóa nặng ở võng mạc chu biên cũng như các trường hợp có vết rách võng mạc đã được loại trừ, những thoái hóa ở võng mạc như thoái hóa hàng rào, bọt sên,

lỗ hoàng điểm và các vết rách được phát hiện khi soi kính 3 mặt gương Goldmann sẽ gửi đi để điều trị laser hoặc phẫu thuật. Vì vậy, quá trình thăm khám lâm sàng kỹ lưỡng, tỉ mỉ và khám võng mạc bằng kính 3 mặt gương là bước cực kỳ quan trọng để đề phòng biến chứng bong võng mạc sau mổ.

Viêm nội nhãn sau mổ là một biến chứng nặng nhất của phẫu thuật TTT. Theo các báo cáo của các tác giả trong và ngoài nước tỷ lệ biến chứng viêm nội nhãn sau mổ TTT khoảng 0,1%-0,3%. Ngoài việc giảm hoặc mất thị lực, viêm nội nhãn rất khó điều trị do tỷ lệ thuốc ngấm vào nội nhãn rất ít, các vi khuẩn thường kháng rất nhiều kháng sinh, vì vậy mọi phẫu thuật viên tìm mọi cách để phòng biến chứng này. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào bị viêm nội nhãn sau mổ, có thể do mọi bệnh nhân đều được dự phòng tra kháng sinh trước mổ để làm sạch cùng đồ kết mạc... nên đã tránh được biến chứng trầm trọng này. Kháng sinh tra dự phòng thuộc nhóm quinolon thế hệ 2 (oflovid) tra vào cùng đồ kết mạc 4 lần ngày trước mổ và 2 lần 2 giờ trước phẫu thuật. Về phản ứng viêm màng bồ đào sau mổ, chúng tôi cũng gặp 3 mắt (4,4%), đây là những viêm nhẹ, vô trùng thường gặp sau phẫu thuật TTT, các biểu hiện thường gặp là xuất tiết trên bề mặt IOL, dính đồng tử, tyndal trong tiền phòng làm giảm thị lực tạm thời. Tất cả được điều trị bằng kháng sinh tại chỗ, chống viêm nhóm corticoid, chống dính... và khỏi hoàn toàn không để lại di chứng sau 1 tuần.

Việc lựa chọn loại IOL đặt trong mắt cũng rất quan trọng, do TTT ở những mắt cận thị cao thường có chiều dày và đường kính lớn hơn mắt chính thị và viễn thị, vì vậy sau khi lấy hết TTT, thể tích phần còn lại của bao TTT lớn, nếu đặt IOL có kích thước nhỏ sẽ làm chùng và tạo ra các nếp gấp trên bao sau TTT, tạo điều kiện thuận lợi đục bao sau thứ phát. Một lý do nữa phải cân

nhắc, đó là chiều dày của IOL công suất thấp rất mỏng khi kích thước IOL nhỏ sẽ không đủ sức căng để ổn định dịch kính phía sau, điều đó có thể gây ra phù hoàng điểm dạng nang, ảnh hưởng tới chất lượng thị lực sau mổ. Do đó chọn IOL đường kính lớn, càng chữ C là tốt nhất để khắc phục các nhược điểm nói trên. IOL đường kính lớn còn tạo điều kiện thuận lợi cho những lần khám võng mạc chu biên sau mổ, cũng như laser điều trị tổn thương trên võng mạc chu biên. Càng chữ C sẽ làm căng bao sau tốt hơn có thể tránh được tình trạng nhãn bao sau, hạn chế đục bao sau TTT sau phẫu thuật, tăng cường chất lượng thị lực sau mổ. Trong nhóm nghiên cứu này, số lượng đục bao sau không nhiều (6 mắt), mức độ đục ít, không ảnh hưởng tới thị lực. Vì vậy chưa cần thiết phải điều trị laser cắt bao sau. Có thể thời gian theo dõi còn ngắn, nhưng ngay trong khi phẫu thuật tất cả các mắt đã được đánh bóng bao sau và phần còn lại của bao trước TTT rất kỹ, các tế bào nội mô đã được rửa sạch do đó làm hạn chế di chuyển các tế bào này ra phía sau của TTT nhân tạo nên cũng phần nào hạn chế được hiện tượng đục bao sau.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật phaco TTT, đặt IOL trong bao TTT điều trị khúc xạ cho mắt bị cận thị nặng có kết quả khả quan, làm tăng thị lực cho bệnh nhân... nhờ làm triệt tiêu hiện tượng cầu sai do cận thị cao gây ra.

Phương pháp này cũng khắc phục được hạn chế mà các phẫu thuật khúc xạ khác khi áp dụng cho mắt cận thị cao trên -10 D, chiều dày của giác mạc không đủ để triệt

tiêu hoàn toàn độ cận.

Biến chứng trong và sau phẫu thuật hầu như không đáng kể, ít ảnh hưởng tới kết quả thị lực sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bellucci, Frano Spedale (2001). Clear Lens Extraction, J. Cataract Refract Surg, vol 25, P. 593-597.
2. Brian J. Curtin, (1985). The Myopias, P. 312-325.
3. Diane Vicary, Fracs, Xiao-Yi Sun, MD, Peter Montgomery, MSc. Refractive lensectomy to correct ametropia, J. Cataract Refract Surg 1999; vol 25, P : 943-948.
4. José L. Gyll, MD, PhD, Andrés F. Rodriguez-Arenas, MD, Oscar Gris, MD, PhD, Francoise Malecaze, MD, PhD, Fortino Vlasco, MD (2003). Phacoemulsification of the crystalline lens and implantation of an intraocular lens for the correction of moderate and high myopia: Four year follow-up, J Cataract Refract Surg 2003; vol 29, P: 34-38.
5. Vincenzo Puci, MD, Simonetta Morselli, MD, Federica Romanelli, MD, Silvia Pignatto, MD, Fiona Scandellari, MD, Roberto Bellucci, MD (2001). Clear lens phacoemulsification for correction of high myopia, J Cataract Refract Surg 2001; vol 27, P: 896-900.
6. F. Fontaine (2006). L'extraction du cristallin chez le myope fort; thèse de médecine, Bordeaux 2006.
7. Joseph Colin (2006). Chirurgie du cristallin clair: Passerelle entre chirurgie de la cataracte et chirurgie réfractive. Quelles indications en 2006, Réflexions Ophtalmologiques 2006; N 96 - Tom 11, P40-42.