

KẾT QUẢ CỦA PHẪU THUẬT PHACO TRÊN MẮT ĐỤC THỂ THỦY TINH CÓ CẬN THỊ

CUNG HỒNG SƠN, *Bệnh Viện Mắt Trung ương*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật của phẫu thuật phaco và đặt thể thủy tinh nhân tạo (TTT NT) hậu phòng, trên mắt cận thị nặng có đục thể thủy tinh (TTT).

Phương pháp: 46 mắt của 32 bệnh nhân bị cận thị nặng > - 6 D, có kèm theo đục thể thủy tinh, được phẫu thuật bằng phương pháp phaco đặt TTT NT. Thời gian theo dõi sau mổ ít nhất là 6 tháng.

Kết quả: Tất cả các mắt được tiến hành phẫu thuật an toàn. Tuổi trung bình 60,21, khúc xạ cầu trước mổ trung bình là - 12,15 D, sau mổ khúc xạ cầu trung bình là - 1,12 D. Sau mổ 2 mắt (4,3%) bị phản ứng viêm màng bồ đào, 3 mắt (6,5%) đục bao sau được điều trị laser YAG. Không có trường hợp nào bong võng mạc.

Kết luận: Phương pháp Phaco đặt TTT NT trên mắt đục thể thủy tinh có cận thị nặng là phẫu thuật an toàn, điều chỉnh được tật khúc xạ và làm tăng thị lực.

Từ khóa: phẫu thuật phaco, thể thủy tinh nhân tạo

SUMMARY

RESULTS OF PHACOEMULSIFICATION TO TREAT CATARACT PATIENT WITH MYOPIA

Purpose: To assess the results of phacoemulsification combined intraocular implantation in cataract patients with high myopia.

Methods: 46 eyes of 32 cataract patients with high myopia > - 6 D, underwent the phacoemulsification and implantation of intraocular in posterior capsular bag, followed – up at least 6 months.

Results: In all eyes, the surgery was uneventful. The mean patient age at the time of surgery was 60,21 years, the mean preoperative spherical equivalent was - 12, 15 D and the mean postoperative spherical equivalent was - 1,12 D. Postoperation, 2 eyes (4,3%) had inflammatory fibrin membrane, 3 eyes (6,5%) had posterior capsular opacities treated by YAG laser. No complication of retinal detachment.

Conclusion: Phacoemulsification in cataract patients with high myopia is safe, efficient to correct the refractive error and increase the visual acuity.

Keywords: phacoemulsification, myopia

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cận thị là tật khúc xạ hay gặp chiếm khoảng 25% trong dân số. Theo thống kê cận thị nặng chiếm 16% - 2,1% trong dân số. Đây là tình trạng bệnh lý nặng do kéo dài quá mức của trục nhãn cầu, cận thị nặng có biểu hiện lâm sàng rất đa dạng và phức tạp ở hầu hết các thành phần của nhãn cầu. thường kèm theo biến chứng nghiêm trọng gây mù loà như: Bong võng mạc, thoái hoá võng mạc do cận thị...

Có nhiều phương pháp điều trị cận thị như: đeo kính, dùng kính tiếp xúc, đắp giác mạc, đặt thể thủy tinh trong tiền phòng, laser excimer, mổ phaco đặt TTT NT... Tuy nhiên đối với bệnh nhân bị đục thể thủy tinh thì phương pháp lấy TTT và đặt TTT NT hậu phòng là biện pháp tốt nhất vừa giải phóng được môi trường trong suốt của mắt, và đặt loại TTT NT phù hợp với độ cận thị của bệnh nhân, để sau mổ bệnh nhân trở về chính thị, là điều cả bệnh nhân và bác sĩ đều mong muốn.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích: Đánh giá kết quả phẫu thuật phaco trên mắt đục thể thủy tinh có cận thị.

PHƯƠNG PHÁP

Nghiên cứu được tiến hành trên 46 mắt của 32 bệnh nhân có đục thể thủy tinh kèm theo cận thị nặng ≥ - 6 D, được phẫu thuật tại Khoa Đáy Mắt – Màng Bồ Đào, Bệnh Viện Mắt Trung ương từ 6/2006 đến 6/2007, bằng phương pháp phaco và đặt TTT NT hậu phòng.

Bệnh nhân được loại ra khỏi nghiên cứu: có tổn thương giác mạc, viêm màng bồ đào, chấn thương, bong võng mạc... Tất cả bệnh nhân được giải thích trước mổ, và đồng ý chấp nhận phẫu thuật.

Khám trước mổ: đo thị lực, kính, nhãn áp, khám sinh hiển vi, siêu âm, điện võng mạc. Công suất thể thủy tinh được tính theo công thức SRK II.

Phẫu thuật được thực hiện bằng phương pháp phaco gồm các bước sau: đường rạch thái dương 2,8mm, bơm chảy nhày vào tiền phòng, xé bao trước TTT, bơm tách nước, xoay nhân, phaco tán và hút chất nhân, hút sạch cortex, bơm chảy nhày vào tiền phòng và bao TTT, đặt TTT NT hậu phòng, rửa hút sạch chất nhày, bơm phù mép mô. Kết thúc phẫu thuật tiêm kháng sinh và corticoid. Đánh giá các biến chứng xảy ra trong.

Bệnh nhân được khám lại theo định kỳ 1 ngày sau mổ, 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng. Bao gồm: Thủ thị lực, đo khúc xạ tự động, đo nhãn áp, khám tình trạng nhãn cầu và TTT NT, khám võng mạc và các biến chứng sau mổ.

KẾT QUẢ

46 mắt của 32 bệnh nhân bị cận thị nặng (15 bệnh nhân nam và 17 bệnh nhân nữ), 13 bệnh nhân được phẫu thuật 2 mắt và 5 bệnh nhân được phẫu thuật 1 mắt.

- Tuổi trung bình của bệnh nhân 60,21 (từ 42 tuổi đến 76 tuổi).

- Thời gian theo dõi ít nhất là 6 tháng.

Bảng 1: Kết quả thị lực ở các thời điểm sau phẫu thuật

	Trước mổ	1 tuần	1 tháng	3 tháng	6 tháng
< ĐNT 1m	13				
ĐNT 1m – 2m	17	6	4	4	4
ĐNT 3 – 5 m	12	8	10	9	9
0,1 – 0,2	4	18	14	12	12
0,3 – 0,4		6	9	13	13
0,5 – 0,6		5	6	5	5
≥ 0,7		3	3	3	3

- Thị lực trước mổ có kính: 13 mắt (28,3%) có thị lực ĐNT < 1m. 17 mắt (36,9%) có thị lực từ ĐNT 1 m đến ĐNT 2 m. 12 mắt (26,1%) có thị lực từ ĐNT 3 m đến ĐNT 5 m. 4 mắt (8,7%) có thị lực từ 1/10 đến 2/10.

- Độ cận thị trung bình trước mổ là - 12,15 D (từ - 6D đến 19D). Có 11 mắt không đo được khúc xạ tự động do đục thể thủy tinh, chúng tôi dựa vào chỉ số khúc xạ của kính đeo.

- Nhãn áp trung bình trước mổ 15,2 mmHg (từ 11 đến 18 mmHg) Nhãn áp kế Goldmann

- Đánh giá độ cứng TTT: Độ cứng II: 20 (43,5%). Độ cứng

độ III 18 (39,1%). Độ IV 8 mắt (17,4%).

- Chiều dài của trục nhãn cầu trung bình: 27,8 mm (từ 25 mm đến 33 mm). Khúc xạ giác mạc trung bình 44,5 D (từ 40,5 đến 49). Công suất IOL trung bình 7,25 D (từ - 3 D đến + 15D).

* Kết quả thị lực sau mổ có chỉnh kính: Thị lực sau mổ ngay tuần đầu tiên đã tăng lên rất nhiều so với thị lực trước mổ. Thị lực sau mổ 6 tháng: 4 mắt (8,7%) có thị lực từ ĐNT 1 m đến ĐNT 2 m. 9 mắt (19,6%) có thị lực từ ĐNT 3 m đến ĐNT 5 m. 12 mắt (26,1%) có thị lực từ 1/10 đến 2/10. 13 mắt (28,3%) có thị lực từ 3/10 đến 4/10. 5 mắt (10,9%) có thị lực từ 5/10 đến 6/10. 3 mắt (6,5%) có thị lực $\geq 7/10$.

Thị lực sau mổ 100% đều tăng so với trước khi phẫu thuật. Không có mắt nào sau mổ thị lực ĐNT < 1 m. Thị lực sau mổ tại thời điểm 3 tháng và 6 tháng đã ổn định.

* Khúc xạ cầu tại các thời điểm như sau:

Khúc xạ trung bình trước mổ là - 12,15 D, khúc xạ cầu trung bình sau mổ 1 tuần là - 1,11 D, sau mổ 1 tháng là - 1,13 D, sau mổ 3 tháng là - 1,13 D, sau mổ 6 tháng là - 1,12 D.

Nói chung khúc xạ cầu sau mổ giảm - 12,03 D

Bảng 2: Khúc xạ cầu trước và sau phẫu thuật

	Trước mổ	1 tuần	1 tháng	3 tháng	6 tháng
Khúc xạ	- 12,15D	- 1,11D	- 1,13D	- 1,13D	- 1,12D

* Độ loạn thị trước và sau mổ:

Nói chung độ loạn thị không thay đổi so với trước và sau mổ.

Bảng 3: Độ loạn thị tại các thời điểm

	Trước mổ	1 tuần	1 tháng	3 tháng	6 tháng
Loan thị TB	1,65 D	- 1,58 D	- 1,59 D	- 1,60D	- 1,58D

* Nhãn áp sau mổ (nhãn áp kế Godmann): Nhãn áp trung bình trước mổ là 15,2 mmHg. Sau mổ 1 tháng 15,3 mmHg. Sau mổ 3 tháng 15,8 mmHg. Sau mổ 6 tháng 15,9 mmHg.

Trong nghiên cứu không có trường hợp nào nhãn áp cao cần phải điều trị

* Biến chứng trong và sau phẫu thuật: Trong phẫu thuật của chúng tôi không có trường hợp nào bị rách bao, không có trường hợp nào bị viêm nội nhãn sau mổ. Có 2 mắt (4,3%) phản ứng viêm màng bồ đào sau, chúng tôi điều trị bằng thuốc kháng sinh kết hợp với corticoid, hết sau 5 ngày điều trị không để lại di chứng. 3 mắt (6,5%) đục bao sau được điều trị bằng laser YAG. Không có trường hợp nào bị bong võng mạc hoặc rách võng mạc.

BÀN LUẬN

Cận thị ngày càng được các bác sĩ nhãn khoa quan tâm, rất nhiều phương pháp điều trị khác nhau được áp dụng đặc biệt là cận thị nặng, nhưng bệnh nhân có đặc thể thủy tinh phương pháp tốt nhất hiện nay là phẫu thuật phaco đặt TTT NT vừa giải phóng đục môi trường trong suốt của mắt vừa chỉnh độ khúc xạ cận thị. Tuy nhiên trên những mắt cận thị nặng thường có những tổn hại nặng nề dịch kính và võng mạc, đồng thời nhãn cầu giãn lỏng quá mức làm cho độ cận thị tăng nhanh, gây hiện tượng cầu sai, giảm thị lực, không thể đeo kính (1,2). Ở những bệnh nhân cận thị nặng, võng mạc vùng ngoại vi, vì vậy sau khi phẫu thuật điều rất quan trọng là

khám vùng võng mạc ngoại vi phát hiện ra những bất thường như: Rách võng mạc, thoái hoá võng mạc ... nếu cần có thể điều trị dự phòng bong võng mạc bằng laser quang đông.

Kết quả thị lực sau mổ phục hồi nhanh trong khoảng 1 tuần, nhờ tiến bộ sử dụng máy phaco trong phẫu thuật TTT. Thị lực cũng ổn định sau mổ 1 tháng. Sau mổ 3 tháng và 6 tháng thị lực sau khi chỉnh kính cho kết quả tốt.

Biến chứng nặng nề trên bệnh nhân cận thị nặng là bong võng mạc, độ cận thị càng cao tỉ lệ bong võng mạc càng lớn. Theo thống kê tỉ lệ bong võng mạc chiếm tỉ lệ 0,3% trong dân số, chiếm 5% ở những người cận thị cao và 2% ở những mắt không có TTT, tuổi trung bình bong võng mạc từ 40 đến 70 tuổi, còn ở người cận thị nặng nguy cơ bong võng mạc có thể xảy ra bất cứ lúc nào (3). Nguy cơ bong võng mạc ở những mắt đặt TTT NT có thể từ 0,5% đến 5,2%, tùy thuộc vào kỹ thuật mổ TTT và biến chứng trong khi mổ. Rách bao sau trong khi mổ làm tăng tỉ lệ bong võng mạc, nhất là trên mắt cận thị nặng do làm thay đổi độ quán của dịch kính dẫn đến co kéo không đều lên võng mạc. Bong võng mạc ở mắt cận thị nặng liên quan đến độ dài của trục nhãn cầu, khi trục nhãn cầu kéo dài quá mức gây giãn 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 trên đã được cải thiện, làm giảm thiểu các biến chứng trong quá trình phẫu thuật. Mổ TTT bằng phương pháp phaco, đặt TTT NT 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 kẹp vào mép mổ, co kéo võng mạc, làm giảm tỷ lệ bong võng mạc sau mổ (7). Ngoài ra việc đặt TTT NT 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 trường hợp nào bị bong võng mạc, có thể thời gian theo dõi còn ngắn. Tuy nhiên cần phải thăm khám tỉ mỉ để phát hiện ra những trường hợp thoái hoá nặng ở võng mạc chu biên, cũng như các vết rách võng mạc để laser võng mạc khi cần thiết. Sau phẫu thuật khám tỉ mỉ bằng kính 3 mặt gương Goldmann là bước rất quan trọng để đề phòng biến chứng bong võng mạc sau phẫu thuật.

Chúng tôi không gặp trường hợp nào bị viêm nội nhãn, nhưng có 2 mắt (4,3%) có phản ứng màng bồ đào sau mổ, là phản ứng viêm nhẹ vô trùng thường gặp sau phẫu thuật TTT, các biểu hiện thường gặp là xuất tiết trên bề mặt của TTT NT, dính đồng tử, tyndal tiền phòng giảm thị lực tạm thời. Các trường hợp này được điều trị bằng kháng sinh tại chỗ, chống viêm corticoid, chống dính, khỏi hoàn toàn không để lại di chứng sau 1 tuần. Việc lựa chọn TTT NT cho 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 còn lại của bao sau TTT lớn, nếu đặt TTT NT có kích thước nhỏ sẽ làm chùng và tạo 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 TTT NT có công suất thấp, sẽ rất mỏng khi kích thước nhỏ 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 TTT NT với đường kính lớn, để khắc phục nhược điểm nói trên, TTT NT với đường kính lớn còn tạo điều kiện thuận lợi cho những lần khám võng mạc chu biên sau mổ, cũng như laser tổn thương trên võng mạc chu biên. TTT NT dạng chữ C sẽ căng bao 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 nghiên cứu của chúng tôi đục bao sau 3 mắt (6,5%) điều trị phá bao sau bằng laser YAG.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật phaco, đặt TTT NT trong điều trị đục thủy tinh thể trên mắt cận thị nặng cho kết quả khả quan, làm tăng thị lực và triệt tiêu tật khúc xạ do cận thị gây ra.

Biến chứng trong và sau phẫu thuật ít, không ảnh hưởng đến 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 Myopia, p: 312 – 325.
3. Jose I, Gyell, Andres, Roriguez – Arenas et al. Phacoemulsification of the crystalline lens and implantation of an intraocular lens for the correction of moderated and high myopia; Four year follow-up, J Cataract Refract Surg 2003; vol 29, p: 34 – 38.
4. Joseph Colin (2006). Chirurgie du cristallin clair; Passercell entre chirurgie de la cataracte et chirurgie refractive. Quelle indication en 2006, Refexions Ophthalmologie 2006 ; N 96 – Tom 11, P : 40 – 42.
5. Vincenzo pucci, Simonetta Morselli, Federica Romaeli, Silva Pignatto, Fiona Scandellari, Roberto Belluci. (2001). Clear lens phacoemulsification for correction of high myopia. J Cataract Refract Surg 2001 ; vol 27, p: 896 – 900.