

cùng với ondansetron. Đồng thời, tỷ lệ nôn, buồn nôn là tương đối thấp và chủ yếu chỉ gặp nôn, buồn nôn ở mức độ 1; các mức độ khác, đặc biệt là mức độ 4 giảm thấp. Khi so sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả khác như Đỗ Thanh Hòa cho thấy ở mức độ 1, tỉ lệ nôn, buồn nôn ở nhóm dự phòng dexamethasone đơn thuần và nhóm được dự phòng bằng dexamethasone phối hợp cùng với ondansetron là không khác nhau, nhưng ở mức độ cao hơn là mức 2,3,4 ở nhóm dự phòng dexamethasone đơn thuần là cao hơn nhóm phối hợp [6]. Các nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự như nghiên cứu của chúng tôi về sự hiệu quả của dự phòng nôn bằng dexamethasone và ondansetron trong mổ [9].

## V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ nôn - buồn nôn ở nhóm sử dụng đơn thuần dexamethasone (với 15,6%) cao hơn so với nhóm sử dụng phối hợp phối hợp dexamethasone và ondansetron (với 6,9%) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Mức độ nôn, buồn nôn ở mức độ 3 và 4 chiếm tỉ lệ nhỏ và chỉ ở một vài thời điểm nhất định trong cuộc mổ

- Mức độ nôn - buồn nôn ở nhóm sử dụng đơn thuần dexamethason nặng hơn so với nhóm sử dụng phối hợp dexamethasone và ondansetron ở tất cả các các mức độ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Công Quyết Thắng (2017)**, ERAS: Enhanced Recovery After Surgery- Tăng cường hồi phục sau phẫu thuật và vai trò của người làm Gây mê Hồi sức. Hội Gây mê Hồi sức Việt Nam (VSA).
2. **Bộ Y Tế (2002)**, "Dexamethasone". Dược Thư Quốc Gia Việt Nam, 356-357.
3. **Nguyễn Đình Long (2011)**, So sánh tác dụng dự phòng và điều trị nôn và buồn nôn của ondansetron với dexamethasone sau mổ nội soi phụ khoa. Luận văn Thạc sĩ. Đại học y Hà Nội.
4. **Đỗ Thanh Hòa (2012)**, Nghiên cứu tác dụng dự phòng buồn nôn và nôn của dexamethasone đơn thuần hoặc kết hợp với ondansetron sau gây tê tủy sống trong phẫu thuật chi dưới. Y học thực hành, 841.
5. **Klockgether-Radke, A., et al. (1996)**, Nausea and vomiting after laparoscopic surgery: a comparison of propofol and thiopentone/halothane anaesthesia. European journal of anaesthesiology, 13(1): 3-9.
6. **Đỗ Thanh Hòa, Nguyễn Văn Phương (2012)**, nghiên cứu tác dụng dự phòng nôn và buồn nôn của Dexamethasone đơn thuần hoặc kết hợp với ondansetron sau gây tê tủy sống trong phẫu thuật chi dưới. Y học thực hành, 841(số 9/2012): 58-62.
7. **Tugan EB, H andan B et al (2008)**, A comparative study of the antiemetic efficacy of dexamethasone, ondansetron, and metoclopramide in patients undergoing gynecological surgery. Anaesthesia, 2: 226-234.
8. **Tramer MR, et al. (1999)**, Cost-effectiveness of ondansetron for postoperative nausea and vomiting. Anaesthesia, 54: 226-234.
9. **Nguyễn Minh Hải (2011)**, So sánh tác dụng dự phòng buồn nôn và nôn của ondansetron và metoclopramid sau phẫu thuật nội soi ổ bụng, Luận văn thạc sỹ y học, Học viện Quân y 2011.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI KHIẾM THỊ TUỔI TRƯỞNG THÀNH

Nguyễn Thị Thu Hiền<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng của người khiếm thị tuổi trưởng thành. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả được thực hiện trên 167 trường hợp đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn theo yêu cầu của nghiên cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 31,46 ± 16,47; bệnh nhân cao tuổi nhất là 78 tuổi và trẻ nhất là 18 tuổi. Bệnh nhân chưa lập gia đình và sống cùng bố mẹ chiếm nhiều nhất 56,3%. Nguyên nhân gây khiếm thị theo bệnh học: nhóm nguyên nhân thường gặp nhất là các bệnh lý thể thủy tinh

34,1%; nhóm nguyên nhân thường gặp thứ hai là các bệnh lý võng mạc hoàng điểm 23,3%; nhóm nguyên nhân thường gặp thứ ba là các tổn hại của thị thần kinh 14,4%. Thị lực nhìn xa không kính trung bình là 20/333 ± 20/500; 41,3% trường hợp thị lực nhìn xa cải thiện với kính chỉnh tật khúc xạ tối ưu. 73,7% trường hợp khả năng nhạy cảm tương phản tốt dưới 10%. Tất cả các trường hợp bệnh glôcôm và bệnh thoái hóa sắc tố võng mạc đều tổn hại thị trường ngoại vi mức độ nặng. Thị lực gần tốt nhất trung bình là 20/285 ± 20/400. Thị lực xa và thị lực gần có mối liên quan tuyến tính mức độ trung bình với  $r = 0,45$  ( $p = 0,001$ ). **Kết luận:** Tuổi của bệnh nhân: hầu hết ở lứa tuổi lao động, chủ yếu sống cùng với gia đình hoặc người thân. Nguyên nhân gây khiếm thị chủ yếu là bệnh lý của thể thủy tinh. Tình trạng thị lực xa rất kém, cải thiện với kính chỉnh tật khúc xạ. Khả năng nhạy cảm tương phản tốt chiếm 73,7% trường hợp. Thị trường ngoại vi bị tổn hại nặng và khó đánh giá.

<sup>1</sup>Bệnh viện Mắt trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hiền

Email: Thuhienvnio@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.12.2020

Ngày phản biện khoa học: 15.2.2021

Ngày duyệt bài: 24.2.2021

Thị lực gần tốt hơn thị lực nhìn xa. Thị lực xa và thị lực gần liên quan tuyến tính thuận.

**Từ khóa:** khiếm thị

## SUMMARY

### CLINICAL CHARACTERISTICS OF LOW VISION IN ADULTS

**Aims:** To describe the clinical characteristics of low vision in adults. **Methods:** The descriptive study was conducted in 167 low vision people from 18 to 78 years old. **Results:** The average age was  $31,46 \pm 16,47$ ; Un-married patients and living with their parents accounted for the most 56.3%. Causes of low vision according to pathology: the most common group was lens related disorder 34.1%; the second most common group was macular retinopathy 23.3%; the third most common group was optical nerve damage 14.4%. The average distance visual acuity was  $20/333 \pm 20/500$ ; 41.3% cases improved with the best correction glasses. 73.7% of contrast sensitivity cases were below 10%. All cases of glaucoma and retinal pigmentose degeneration cases damaged the peripheral field of severe levels. The average near visual acuity was  $20/285 \pm 20/400$ . Distant vision and near vision have a medium-degree linear connection to  $r = 0.45$  ( $p=0.001$ ). **Conclusion:** Patient age: most of working age, mostly living with family or relatives. The main cause of low vision was lens related disorder. Distance visual acuity was very bad, but improved with the best correction glasses. Good contrast sensitivity accounted for 73.7% of cases. The peripheral field was badly damaged and difficult to assess. The near visual acuity was better than the distance visual acuity. Distant vision and near vision are linearly favorable.

**Key words:** low vision.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đối với những người khiếm thị - người mà khả năng nhìn còn lại rất kém, tổn thương thị giác gây cản trở việc thực hiện các công việc hàng ngày, điều này có thể gây tác động không tốt đến cuộc sống xã hội và kinh tế của họ, việc phục hồi chức năng (PHCN) thị giác sẽ giúp cải thiện chức năng thị giác nhờ áp dụng các phương tiện trợ thị, đồng thời giúp sử dụng phần thị giác còn lại một cách hiệu quả nhất nhờ việc hướng dẫn kỹ năng nhìn, kỹ năng tự phục vụ, từ đó người khiếm thị có thể độc lập trong sinh hoạt, sống hòa nhập với những người bình thường, nhằm xóa đi những mặc cảm về bệnh tật. Với những người khiếm thị tuổi trưởng thành, đặc biệt ở lứa tuổi lao động thì việc PHCN thị giác càng trở nên quan trọng hơn. Tuy nhiên để có thể PHCN thị giác cho đối tượng này, việc đầu tiên cần tìm hiểu các đặc điểm của họ, từ đó giúp các nhân viên PHCN có kế hoạch thực hiện cho từng trường hợp cụ thể để đạt hiệu quả cao nhất.

Khác với trẻ khiếm thị, người khiếm thị trưởng thành có thể sống cùng bố mẹ, hoặc vợ/

chồng và con cái, hoặc sống độc thân. Họ phải tự lao động để kiếm sống, bởi vậy việc độc lập trong cuộc sống là rất quan trọng. Với người khiếm thị lớn tuổi thường phải sống phụ thuộc vào người thân, con cái và thường không tự kiếm sống được nữa. Nguyên nhân gây khiếm thị ngoài những bệnh bẩm sinh còn gặp nhiều bệnh mắc phải gây ra khiếm thị. Từ 40 tuổi trở lên, ngoài thị lực kém do khiếm thị họ còn phối hợp thêm tật lão thị làm cho việc nhìn gần càng trở nên khó khăn. Khi nhìn gần cần ánh sáng có cường độ mạnh hơn so với người trẻ và trẻ em.

Để nắm được những đặc điểm của người khiếm thị trưởng thành giúp cho việc PHCN thị giác, chúng tôi đặt vấn đề nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng của người khiếm thị ở tuổi trưởng thành.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện trên bệnh nhân khiếm thị đến khám tại Đơn vị phục hồi chức năng khiếm thị của Bệnh viện Mắt Trung ương.

### **Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Bệnh nhân được chẩn đoán khiếm thị
- Tuổi từ 18 tuổi trở lên.

**Tiêu chuẩn loại trừ.** Bệnh nhân đang mắc bệnh cấp tính hay tinh thần không ổn định.

### **2.2 Phương pháp nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu:  $n = 167$  bệnh nhân

Phương tiện nghiên cứu: Máy sinh hiển vi khám bệnh, máy soi đáy mắt, hộp thử kính, máy soi bóng đồng tử, bảng thị lực nhìn xa, bảng thị lực nhìn gần, bảng thử khả năng nhạy cảm tương phản

Nghiên cứu được tiến hành theo các bước như sau:

- Hỏi bệnh.
- Khám chẩn đoán nguyên nhân gây khiếm thị.
- Đánh giá chức năng thị giác bao gồm: thử thị lực xa, thử thị lực xa sau chỉnh tật khúc xạ tối ưu, thử khả năng nhạy cảm tương phản, làm thị trường hoặc ám điểm nếu cần, thử thị lực gần.
- Ghi hồ sơ nghiên cứu. Các số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê y học với sự trợ giúp của phần mềm SPSS 20.0

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

**3.1 Đặc điểm tuổi, giới và hoàn cảnh sống.** Nghiên cứu được thực hiện trên 167 trường hợp đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn theo yêu cầu của nghiên cứu. Tuổi trung bình là  $31,46 \pm 16,47$ ; bệnh nhân cao tuổi nhất là 78 tuổi và bệnh nhân trẻ nhất là 18 tuổi, tập trung

chủ yếu ở nhóm tuổi trẻ dưới 40 tuổi (127 bệnh nhân chiếm 76%) và chỉ có 15 bệnh nhân (9%) trên 60 tuổi. Tất cả 167 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu thỏa mãn theo các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Tuy nhiên mong muốn ban đầu của chúng tôi là tập trung vào nhóm bệnh nhân là người cao tuổi nhưng trong thực tế khi thực hiện đề tài thì hầu hết bệnh nhân của chúng tôi ở độ tuổi lao động. Có lẽ đây cũng là một đặc điểm khác với nghiên cứu của rất nhiều tác giả trên thế giới, bởi người Việt nam, nhất là những người già lại hoàn cảnh khó khăn thì đối với họ, chất lượng cuộc sống không được quan tâm bởi gần như họ cam chịu với một tình trạng thị giác kém và hầu hết họ phải sống phụ thuộc vào con cái và những người bảo trợ, những người mà thời gian của họ chủ yếu dành cho sự lo toan cuộc sống và một phần rất ít dành cho việc chăm sóc những người già khiếm thị. Ở nước ngoài, những người già bị khiếm thị vẫn rất quan tâm đến chất lượng thị giác của mình vì họ vẫn phải sống tự lập, họ vẫn phải tự lái xe, vẫn đi du lịch, tự quản lý tài chính...

Một đặc điểm khác với các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài rõ rệt đó là: tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu của tác giả nước ngoài ở cùng độ tuổi trên 18, nghiên cứu của Stelmack trên 215 người khiếm thị từ 18 đến 85 tuổi, tuổi trung bình là  $69,2 \pm 12,3$ ; hoặc một nghiên cứu khác của Ryan thực hiện từ năm 2004 đến 2005 trên 490 người khiếm thị tại Anh, tuổi trung bình là  $80,27 \pm 11,14$  thấp nhất là 18 tuổi và cao nhất là 101 tuổi, rõ ràng tỷ lệ người khiếm thị và cần được PHCN ở nước ngoài chủ yếu là người cao tuổi. Điều này có nghĩa ở độ tuổi lao động tỷ lệ người khiếm thị do các bệnh mắt mắc phải là rất thấp và việc điều trị bệnh kịp thời sẽ làm giảm thiểu tỷ lệ di chứng của bệnh.

Tỷ lệ bệnh nhân nam (59,9%) cao hơn so với bệnh nhân nữ (40,1%).

Số bệnh nhân chưa lập gia đình và sống cùng bố mẹ chiếm nhiều nhất (56,3%), những người đã lập gia đình và sống cùng với vợ hoặc chồng và con cái chiếm tỷ lệ cao thứ hai (34,1%) và 14 người (8,4%) chưa lập gia đình sống độc thân. Những người sống với người thân sẽ có nhiều điều kiện được chăm sóc, giúp đỡ hơn những người sống một mình. Tác giả Ryan nghiên cứu trên 490 người khiếm thị thì có tới 45% các trường hợp sống độc thân, Wolffsohn nghiên cứu trên 590 người khiếm thị ở Úc có tới 40% sống độc thân. Sự khác nhau này là do phong tục tập quán của người Việt nam khác với

phong tục của các nước châu Âu, Úc...

**3.2 Nguyên nhân gây khiếm thị.** Phân loại nguyên nhân gây khiếm thị theo bệnh học: nhóm nguyên nhân thường gặp nhất là các bệnh lý thể thủy tinh: 57 bệnh nhân (34,1%), nhóm nguyên nhân thường gặp thứ hai là các bệnh lý võng mạc hoàng điểm: 39 bệnh nhân (23,3%), nhóm nguyên nhân thường gặp thứ ba là các tổn hại của thị thần kinh: 24 bệnh nhân (14,4%).

Phân loại nguyên nhân gây khiếm thị theo tổn thương chức năng thị giác, chúng tôi chia ra 2 nhóm: 134 trường hợp (80,2%) do nguyên nhân gây tổn hại thị lực - thị trường trung tâm (nhóm I) gồm những BN bị bệnh lý của TTT, bệnh lý của hoàng điểm, tật khúc xạ... và 33 trường hợp (19,8%) do nguyên nhân gây tổn hại thị lực và thị trường ngoại vi (nhóm II) gồm những BN bị bệnh glôcôm, bệnh võng mạc sắc tố...

Tìm hiểu các nghiên cứu của một số tác giả nước ngoài chúng tôi thấy nguyên nhân gây khiếm thị phân loại theo bệnh học của chúng tôi rất khác so với các kết quả của họ. So sánh với nghiên cứu của Robert ở Mỹ trên 407 bệnh nhân tuổi từ 18 đến 100 thấy rằng nguyên nhân gây khiếm thị đứng đầu là bệnh thoái hóa hoàng điểm tuổi già (chiếm 43%) nguyên nhân đứng thứ hai là bệnh võng mạc đái tháo đường (chiếm 17%) và nguyên nhân đứng thứ ba là bệnh glôcôm (chiếm 13%). Rất khác với kết quả nghiên cứu của Suzukamo trên 276 người khiếm thị trên 21 tuổi tại Nhật bản thấy rằng nguyên nhân gây khiếm thị chính là đục thể thủy tinh (34,8%) bệnh thoái hóa hoàng điểm tuổi già (29%) và bệnh glôcôm (25%). Điều này có thể do các bác sỹ chuyên khoa đáy mắt và glôcôm chưa quan tâm đến việc chuyển tuyến để phục hồi cho những đối tượng khiếm thị do glôcôm hoặc thoái hóa hoàng điểm tuổi già.

### 3.3 Đặc điểm chức năng thị giác

**3.3.1 Thị lực nhìn xa không kính.** Thị lực xa không kính ở mắt tốt hơn của bệnh nhân ở mức thấp, chỉ có 21 trường hợp (12,6%) có thị lực trong khoảng 20/200 đến 20/60 và có tới 31 trường hợp (18,6%) có thị lực dưới 20/1000

**3.3.2 Thị lực nhìn xa với kính chỉnh tật khúc xạ tối ưu.** Sau khi thử thị lực xa không kính, chúng tôi chỉnh tật khúc xạ cho bệnh nhân, với người khiếm thị thì thị lực sau chỉnh kính tối ưu tăng được 1 hoặc 2 hàng thị lực là điều quý giá. Trong số 167 bệnh nhân, có 69 trường hợp (41,3%) được chỉ định đeo kính chỉnh tật khúc xạ khi nhìn xa. Trước khi đeo kính có 17 trường hợp (24,6%) có thị lực dưới 20/1000 nhưng sau khi đeo kính chỉnh tật khúc xạ chỉ còn 3 trường

hợp (4,3%) thị lực dưới 20/1000. Đồng thời, trước khi đeo kính chỉ có 7 bệnh nhân (10,1%) có thị lực xa từ 20/200 đến 20/60 nhưng sau khi chỉnh kính nhìn xa có tới 32 bệnh nhân (46,4%) có thị lực xa từ 20/200 đến 20/60.

**Bảng 1: So sánh thị lực xa không kính và thị lực xa sau chỉnh kính tối ưu**

Thị lực	Không kính	Với kính chỉnh TKX
p	20/333±20/500	20/167±20/250
	p = 0,001	

So với thị lực nhìn xa trung bình không kính, thị lực nhìn xa trung bình với kính chỉnh tật khúc xạ tăng lên rõ rệt, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,001$ . Như vậy chỉnh tật khúc xạ là một bước rất quan trọng, không thể thiếu trước khi thử kính trợ thị. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của các tác giả khác như Margrain đã nghiên cứu trên 168 người khiếm thị ở Anh thấy rằng có 35,1% trường hợp thị lực sau chỉnh tật khúc xạ cải thiện trên 1 hàng thị lực.

### 3.3.3 Khả năng nhạy cảm tương phản.

Trong số 167 bệnh nhân có 44 bệnh nhân (26,3%) có khả năng nhạy cảm tương phản kém trên 10%, trong đó có 4 BN (2,4%) có khả năng nhạy cảm tương phản là 100%, có tới 123 bệnh nhân (73,7%) có khả năng nhạy cảm tương phản tốt dưới 10%, trong đó có 19 bệnh nhân (11,4%) có khả năng nhạy cảm tương phản là 1,25%. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nhận xét của Owsley cho rằng: *'Mờ đục của môi trường trong suốt như đục thể thủy tinh người già ảnh hưởng trầm trọng tới khả năng nhạy cảm tương phản'*.

### 3.3.4 Thị trường và ám điểm trung tâm

- Trong số 14 bệnh nhân glôcôm (8,4%), vì thị lực xa quá kém nên không thể đo được thị trường tự động, do vậy không đánh giá được chính xác mức độ thu hẹp thị trường. Chỉ có 4 bệnh nhân có thể đo được thị trường bằng máy Goldman, cả 4 bệnh nhân này đều có tổn hại của thị trường ngoại vi mức độ nặng.

- Trong số 19 bệnh nhân bị bệnh võng mạc sắc tố (11,4%), vì thị lực xa quá kém nên chúng tôi cũng không đo được bằng thị trường tự động. Có 6 bệnh nhân có thể đo bằng thị trường Goldman, kết quả cả 6 bệnh nhân đều tổn hại thị trường ngoại vi mức độ nặng.

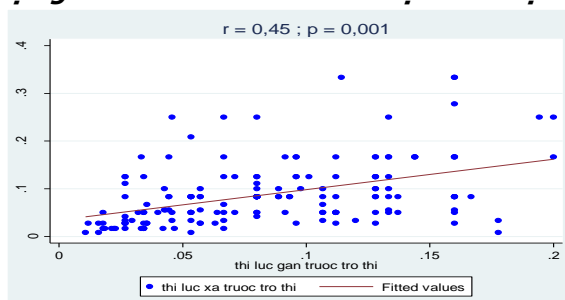
Ám điểm trung tâm: có 7 bệnh nhân bị thoái hóa hoàng điểm tuổi già, 5 bệnh nhân thoái hóa hoàng điểm bẩm sinh được thử bằng bảng Amsler, cả 12 trường hợp (7,2%) này đều có ám điểm trung tâm.

### 3.3.5 Thị lực nhìn gần. Chúng tôi thử lực

gần không kính, thị lực gần với kính chỉnh tật khúc xạ hoặc kính chỉnh lão thị để đánh giá thị lực nhìn gần tốt nhất của bệnh nhân. Trong số 167 bệnh nhân, chỉ có 4 bệnh nhân (2,4%) thị lực nhìn gần dưới 20/1000; có tới 60 bệnh nhân (35,9%) thị lực nhìn gần ở mức 20/200 đến 20/60. Thị lực gần trung bình tốt nhất là 20/285 ± 20/400. Thị lực gần của bệnh nhân tốt hơn thị lực xa ( $p < 0,05$ ).

Khả năng đọc: Một đặc điểm nổi bật ở người trưởng thành là ngoài 40 họ sẽ kèm theo tật lão thị, do vậy thị lực nhìn gần thường kém hơn nhiều so với thị lực gần ở trẻ khiếm thị và khi nhìn gần họ cần ánh sáng có cường độ cao hơn. Ở một số trường hợp tốc độ đọc rất chậm, bởi họ không thể đọc được cả câu mà họ phải đánh vần từng từ. Hơn nữa, khả năng đọc lại rất chủ quan vì nó phụ thuộc vào những yếu tố như tuổi của bệnh nhân, trình độ văn hoá, chất lượng của bản in, khoảng cách giữa các từ... Chúng tôi nhận thấy thị lực nhìn gần của bệnh nhân càng tốt thì khả năng đọc càng tốt, như vậy thị lực gần là yếu tố quan trọng nhất ảnh hưởng tới khả năng đọc của bệnh nhân.

### 3.3.6 Liên quan giữa thị lực xa và thị lực gần tối ưu với kính chỉnh tật khúc xạ



**Đồ thị 1: Liên quan giữa thị lực nhìn xa và thị lực nhìn gần trước trợ thị**

Trong số 167 bệnh nhân, chúng tôi nhận thấy giữa thị lực xa và thị lực gần có mối liên quan tuyến tính mức độ trung bình với  $r = 0,45$  ( $p = 0,001$ ) có nghĩa là bệnh nhân có thị lực xa tốt thì thị lực gần đồng thời cũng tốt. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Margrain trên 168 bệnh nhân thấy rằng thị lực nhìn xa tốt thì đồng thời thị lực gần cũng tốt.

## V. KẾT LUẬN

Tuổi của bệnh nhân: hầu hết ở lứa tuổi lao động, chủ yếu sống cùng với gia đình hoặc người thân.

Nguyên nhân gây khiếm thị chủ yếu là bệnh lý của thể thủy tinh, bệnh lý của võng mạc hoàng điểm.

Tình trạng thị lực xa rất kém, tuy nhiên kính chỉnh tật khúc xạ cải thiện thị lực xa ở 41,3% trường hợp. Khả năng nhạy cảm tương phản tốt chiếm 73,7% trường hợp. Thị trường ngoại vi bị tổn hại nặng và khó đánh giá. Thị lực gần tốt hơn thị lực nhìn xa. Thị lực xa và thị lực gần liên quan tuyến tính thuận.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lee, A. G.; Coleman, A. L. (2001), Geriatric Ophthalmology, American Academy of Ophthalmology, 177 – 202.
2. Margrain, T. H. (2000), Helping blind and partially sighted people to read: the effectiveness of low vision aids, BJO, 84 (8), 919-21.
3. Owsley, C. (2003), Contrast sensitivity, Ophthalmol Clin N Am, 16, 171-177.
4. Robert, W. M. and Ahmadial, L. (2007), What do different visual function questionnaires measure?, Ophthalmic Epidemiology, 14,198-204.
5. Ryan, B. (2008), Measuring low vision service outcomes: Rasch analysis of the seven-item national eye institute visual function questionnaire, Optometry and vision science, 85(2), 112-121.
6. Stelmack, J. (2006), Measuring outcomes of vision rehabilitation with the Veterans Affairs Low Vision Visual Functioning Questionnaire, Invest Ophthalmol Vis Sci, 47(8), 3253-61.
7. Suzukamo, Y. (2005), Psychometric properties of the 25 – item National Eye Institute Visual Function Questionnaire (NEI VFQ – 25), Japanese version, Health and Quality of Life Outcomes, 3, 65 – 75.
8. Wolffsohn, J. S.; Cochrane, A. L. and Watt, N. A., (2000), Implementation methods for vision related quality of life questionnaires, BJO, 84, 1035-1040.

## GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG TRÊN CỘNG HƯỞNG TỪ ĐỐI CHIẾU PHẪU THUẬT

Trần Anh Tuấn<sup>1</sup>, Lê Thị Hoàng Liên<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu giá trị của cộng hưởng từ (CHT) trong chẩn đoán thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) cột sống thắt lưng ở nhóm được phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân được chụp CHT trên máy 1.5T, phát hiện thoát vị đĩa đệm có chỉ định sau đó được phẫu thuật. Từ đó tính độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác... của CHT. **Kết quả:** Có 52 bệnh nhân được nghiên cứu, trong đó thoát vị trung tâm là (45,3%), cạnh trung tâm phải (25%), cạnh trung tâm trái (21,9%). Các rễ thần kinh bị chèn ép nhiều nhất là L5 (50,8%) và S1 (27,7%). Độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác trong chẩn đoán loại thoát vị, tầng thoát vị, thể thoát vị đều rất cao, từ 96,9% đến 100%. **Kết luận:** CHT là phương pháp rất tốt trong chẩn đoán bệnh lý TVĐĐ cột sống thắt lưng, định hướng cho nhà phẫu thuật

**Từ khóa:** Thoát vị đĩa đệm, cộng hưởng từ, rễ thần kinh

#### SUMMARY

##### EVALUATION THE ROLE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN THE PREOPERATIVE DIAGNOSIS OF LUMBAR DISC HERNIATION

**Objectives/Purpose:** The aim of this study was to evaluate the role of magnetic resonance imaging (MRI) in the preoperative diagnosis of lumbar disc

herniation. **Methods and results:** Fifty-two patients with lumbar disc herniation diagnosed at MRI underwent surgery. The findings at operation were compared to assess the sensitivity, the specificity and the accuracy of MRI characterization. Lumbar disc herniations were classified into central herniation (45.3%), right and left posterolateral herniation (25% and 21.9%, respectively). L5 and S1 were the most compressed nerve root by disc herniation (50.8% and 27.7%, respectively). The sensitivity, the specificity and the accuracy in the characterization of lumbar disc herniation were high (96.9% - 100%). **Conclusions:** Our results suggest MRI could play an important role in the preoperative diagnosis and management of lumbar disc herniation.

**Key word:** MRI, lumbar disc herniation, nerve root

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

TVĐĐ cột sống thắt lưng là bệnh thường gặp, chiếm khoảng 66% trong tổng số bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống. Nếu không được điều trị kịp thời, bệnh có thể gây ảnh hưởng đến vận động, lao động, làm giảm chất lượng cuộc sống<sup>(1,2,3)</sup>.

Vai trò và tính ưu việt của phương pháp chụp CHT trong chẩn đoán TVĐĐ cột sống thắt lưng là không thể phủ nhận, tuy nhiên các hình thái của thoát vị rất đa dạng nên việc tìm hiểu đặc điểm các hình ảnh thoát vị đĩa đệm trên cộng hưởng từ, đối chiếu với phẫu thuật là rất cần thiết, góp phần đưa ra chỉ định và phương pháp phẫu thuật phù hợp cho bệnh nhân.

#### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

##### 2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân

<sup>1</sup>Trung tâm điện quang, BV Bạch Mai

<sup>2</sup>BV Đa khoa Lào Cai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Tuấn

Email: BS.trananh tuan@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2021

Ngày phản biện khoa học: 26.2.2021

Ngày duyệt bài: 2.3.2021