

phối hợp có cao hơn (75% so với 60% ở nhóm chỉ tiêu độc và 75% so với 55% ở nhóm chỉ cắt lọc VT ở ngày thứ 20) nhưng sự so sánh không có ý nghĩa thống kê ( $P > 0,05$ ) là do số lượng động vật nghiên cứu trong các nhóm còn ít.

### KẾT LUẬN

- Tỷ lệ sống sót của chuột nhắt trắng ở nhóm có vết thương bị nhiễm độc DCDS hoặc CDA đều thấp hơn so với nhóm nhiễm độc qua da lành và nhóm VT không nhiễm độc.

- Tiêu độc VT bị nhiễm DCDS ở thời điểm 2 phút hoặc cắt lọc vết thương ở phút thứ 30 sau nhiễm độc đều làm tăng tỷ lệ sống sót của chuột nhắt trắng so với nhóm không điều trị. Điều trị phối hợp tiêu độc VT ở thời điểm 2 phút, cắt lọc tổ chức ở phút thứ 30 sau nhiễm độc kết hợp với bôi VT bằng kem Herbavera làm tăng tỷ lệ sống sót của chuột nhắt trắng so với nhóm chỉ tiêu độc hoặc chỉ cắt lọc đơn thuần. Tiêu độc VT ở thời điểm 30 phút sau nhiễm độc, tỷ lệ chuột sống sót thay đổi không có ý nghĩa thống kê so với nhóm không được điều trị.

- Tiêu độc VT bị nhiễm CDA ở thời điểm 2 phút hoặc cắt lọc vết thương ở phút thứ 10 sau nhiễm độc đều làm tăng tỷ lệ sống sót của chuột nhắt trắng so với nhóm không điều trị. Điều trị phối hợp bằng cách tiêu độc vết thương ở thời điểm 2 phút, cắt lọc tổ chức ở phút thứ 10 sau nhiễm độc và bôi VT bằng kem Herbavera cũng làm tăng tỷ lệ sống sót của chuột nhắt trắng so với nhóm không điều trị, nhưng so với nhóm chỉ tiêu độc hoặc chỉ cắt lọc vết thương sự thay

đổi này không có ý nghĩa thống kê. Tiêu độc VT bị nhiễm CDA ở thời điểm 10 phút sau nhiễm độc, không cải thiện được tỷ lệ chuột sống sót.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Long và CS (2009), *Nghiên cứu bào chế và đánh giá tác dụng điều trị vết thương, vết bỏng của kem Herbavera*, Báo cáo tổng kết đề tài KCB-04.02.02.

2. Nguyễn Hoàng Ngân, Nguyễn Văn Long, Nguyễn Văn Thư (2008), *Nghiên cứu tác dụng của Herbavera điều trị tổn thương bỏng trên động vật thực nghiệm*, *Tạp chí Y học Quân sự*, số 6(255)/2008, Cục Quân y, tr 17-20.

3. Nguyễn Bằng Quyền và CS (2002), *Độc học và phòng xạ quân sự*. NXB quân đội nhân dân, tr 57-67.

4. Goldman M, Dacre J.C (1989), Lewisite: its chemistry, toxicology, biological effects, *Rev Environ contam Toxicol*, 110, pp. 75-115.

5. Hambrook J. L, Howells D.J, Schock C. (1993), Biological fate of sulphur mustard (1,1-thiobis (2-chloroethane)): uptake, distribution and retention of 35S in skin and in blood after cutaneous application of 35S-sulphur mustard in rat and comparison with human blood in vitro, *Xenobiotica*. 23 (5), pp. 537-561.

6. Sidell F.R (1990), What to do in case of unthinkable chemical warfare attack or accident, USA, *Poison gas*, Vol 88 (No 7), pp. 70 – 83.

## BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHƯƠNG PHÁP GHÉP XƯƠNG ĐỒNG LOẠI ĐỒNG KHỔ KHỬ KHOÁNG ĐIỀU TRỊ KHUYẾT XƯƠNG VÙNG HÀM MẶT

NGUYỄN ĐÌNH PHÚC, MAI ĐÌNH HÙNG

### TÓM TẮT

Khuyết hồng xương vùng hàm mặt là một thể bệnh lý rất hay gặp trong Răng Hàm Mặt, gây ra bởi nhiều nguyên nhân khác nhau, những khuyết hồng có thể nhỏ nhưng cũng có thể rộng gây biến dạng mặt. Vì bộ mặt ngoài các chức năng ăn nhai, phát âm... còn là nơi biểu lộ cảm xúc và thể hiện đặc điểm riêng của mỗi cá nhân, nên những khuyết hồng xương vùng hàm mặt dù ít hay nhiều đều gây ảnh hưởng tới sức khỏe của người bệnh.

Việc điều trị những khuyết hồng này được đặt ra với mục tiêu loại trừ hết các tổ chức bệnh lý, phục hồi lại các tổn thương xương đã mất qua đó phục hồi tối đa các chức năng và thẩm mỹ cho người bệnh. Nhiều phương pháp điều trị đã được áp dụng như ghép xương tự thân, ghép các vật liệu sinh học... một trong các phương pháp đó là ghép xương đồng loại đồng loại đã được khử khoáng, sản phẩm này đã được sản xuất tại Labo bảo quản mô, bộ môn Mô, trường Đại học Y Hà Nội. Được nghiên cứu sử dụng trên 31 khuyết tổn xương hàm với nhiều kích thước và vị trí khác nhau, bệnh nhân được phẫu thuật lấy bỏ tổ chức bệnh lý sau đó được ghép xương đồng loại đồng loại, được theo dõi, đánh giá sau phẫu thuật 3

tháng, 6 tháng, 12 tháng. Kết quả nghiên cứu cho thấy hiệu quả điều trị thành công tới 80,65%. Phương pháp này có thể sử dụng thuận tiện ở các cơ sở y tế với mức chi phí thấp, dễ sử dụng, dễ bảo quản, đáp ứng nhu cầu xương ghép không chỉ trong phẫu thuật hàm mặt mà còn trong ngoại khoa nói chung.

**Từ khóa:** Khuyết hồng xương vùng hàm mặt, ghép xương đồng loại đồng loại đã được khử khoáng

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuyết hồng xương vùng hàm mặt là một thể bệnh lý rất hay gặp trong bệnh lý của răng hàm mặt. Có nhiều nguyên nhân gây ra khuyết hồng xương vùng hàm mặt. Ta có thể chia các nhóm nguyên nhân gây tổn khuyết xương như sau:

- Những tổn khuyết bẩm sinh: Thường gặp ở những bệnh nhân có những dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt như khe hở môi, khe hở vòm miệng, khe hở ngang, chéo mặt...

- Nhóm bệnh lý u hoặc nang xương hàm lúc đầu tổn thương nhỏ, sau phát triển một cách âm thầm trong một khoảng thời gian dài gây phá hủy xương rộng, khối u hoặc nang có thể phá hủy xương gây biến dạng mặt.

Nhóm bệnh này thường gây ra tình trạng khuyết hồng xương lớn sau khi điều trị bằng phẫu thuật, nếu không được ghép xương sẽ gây ra tình trạng biến dạng mặt ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng, sức khỏe, thẩm mỹ của bệnh nhân, sẽ gây ra nhiều khó khăn trong giao tiếp, hòa nhập vào cộng đồng. Mặt khác tỷ lệ của nhóm bệnh này khá cao, vì vậy nhu cầu ghép xương là rất cao.

- Khuyết tổn xương do các nguyên nhân khác như tai nạn giao thông, chiến tranh.

Vì khối xương mặt là cơ quan nâng đỡ tổ chức phần mềm tạo nên đặc điểm khuôn mặt của mỗi người và thực hiện nhiều chức năng quan trọng nên việc khuyết hồng xương vùng hàm mặt gây ảnh hưởng tới sức khỏe, chức năng và thẩm mỹ của người bệnh.

Nhiều phương pháp điều trị đã được tiến hành như ghép xương tự thân tự do hoặc cò mạch nuôi, xương đồng loại, xương khác loại, ghép các vật liệu sinh học như cacbon xốp, san hô, đặt màng tái sinh mô có hướng dẫn, ghép chất kích thích tái tạo xương.

Ghép xương tự thân về mặt lý thuyết là lý tưởng nhất nhưng đôi khi việc lấy xương tự thân khó thực hiện do bệnh nhân sợ và có thể gây ra tổn khuyết xương lớn khác, việc sử dụng xương tự thân đôi khi không đáp ứng được những yêu cầu về chất lượng đặc biệt là số lượng mà thực tế đòi hỏi. Ghép chất kích thích tái tạo xương có hiệu quả tốt trong quá trình tái tạo và hình thành tổ chức xương mới sinh lý, tuy nhiên chi phí quá cao.

Để khắc phục nhược điểm của các phương pháp trên việc lựa chọn ghép xương đồng loại đồng khô là giải pháp được lựa chọn nghiên cứu. Xương đồng khô đồng loại là tổ chức xương người được xử lý không có mạch máu và tế bào sống có thể đáp ứng được những yêu cầu ghép xương do không có tính kích thích nơi nhận, đã được tiệt trùng, dễ bảo quản [2]. Đặc biệt có thể đáp ứng được nhu cầu ghép xương rất lớn trong điều trị nhất là những khuyết hồng xương lớn [1]. Bột xương đồng loại đồng khô đã được khử khoáng do Trung tâm bảo quản mô bộ môn Mô - Trường Đại Học Y Hà Nội sản xuất đã được áp dụng trong điều trị đáp ứng nhu cầu chất liệu ghép phục hồi xương rất cao hiện nay [1], [3].

Xuất phát từ những nhu cầu rất cao này trong điều trị phục hồi những khuyết hồng xương vùng hàm mặt chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu sau.

#### Mục tiêu nghiên cứu:

*Bước đầu đánh giá kết quả phương pháp phẫu thuật ghép xương đồng loại đồng khô khử khoáng trong điều trị khuyết xương vùng hàm mặt*

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là 31 tổn khuyết xương vùng hàm mặt đến khám và điều trị tại Khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Việt Nam – Cu Ba từ tháng 7/2006 tới tháng 6/2007.

#### 1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân khuyết xương vùng hàm mặt:

\* Bệnh nhân có những tổn khuyết xương hàm kích thước dưới 20cm<sup>3</sup> (3x3 cm x2 cm- tương ứng với độ dày của xương hàm dưới, kích thước này được đo tương đối chính xác trên film quang trước mổ).

\* Bệnh nhân có tổn khuyết xương do 2 nhóm nguyên

nhân sau:

- Các tổn thương bệnh lý lành tính xương hàm, gồm:
  - + U, nang vùng chân răng
  - + Nang, u xương hàm do răng và không do răng

- Các tổn thương có cấu trúc xương bình thường, gồm:

- + Dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt
- + Thiểu hồng xương sau phẫu thuật lấy răng ngầm

#### 1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không nằm trong đối tượng nghiên cứu nếu:

-Toàn thân: Có bệnh lý kèm theo như bệnh về máu, bệnh hệ thống.

-Tại chỗ: Viêm tủy xương, có xương chết, có lỗ dò. Da và niêm mạc trên tổn thương xấu.

-Rất thận trọng với bệnh nhân vệ sinh răng miệng kém, bệnh nhân nghiện thuốc lá nặng.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng theo dõi dọc, tiến cứu.

#### 3. Các bước tiến hành nghiên cứu

##### \* Bước 1. Thăm khám lâm sàng:

Khám lâm sàng, thu thập triệu chứng theo mẫu bệnh án thống nhất.

##### \* Bước 2. Xét nghiệm cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu cơ bản. Chụp X quang, đo kích thước vùng tổn thương xương hàm

##### \* Bước 3. Thực hiện điều trị tiền phẫu thuật:

- Đánh giá mức độ vệ sinh răng miệng. Lấy cao răng. Điều trị tủy các răng có liên quan.

##### \* Bước 4. Thực hiện phẫu thuật:

- Đường rạch phẫu thuật chủ yếu là đường rạch qua niêm mạc miệng, trong trường hợp tổn thương rộng để kiểm soát tốt vùng phẫu thuật sẽ rạch thêm đường ngoài da.

- Lấy bỏ tổ chức bệnh lý triệt để, gửi bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh

- Chuẩn bị ổ ghép để tiếp nhận xương ghép: ổ xương phải được làm sạch tới xương lành, được bơm rửa kỹ, cầm máu tốt nhưng không làm tổn thương mạch cấp máu cho xương và phần mềm xung quanh. Đo lại kích thước của vùng khuyết xương. Chất liệu ghép được lấp đầy vào ổ tổn khuyết không lún chặt.

- Khâu phục hồi vết mổ cẩn thận tránh thông thương từ ổ ghép xương với môi trường miệng hoặc bên ngoài, vì đa số đường phẫu thuật là đường trong miệng nên việc khâu đóng vết mổ kín là yếu tố rất quan trọng quyết định đến sự thành công của phẫu thuật.

##### \* Bước 5. Điều trị sau phẫu thuật:

Kháng sinh toàn thân, giảm đau, giảm phù nề và bơm rửa vệ sinh răng miệng

### KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Phân loại theo tuổi và giới

	<13	13 - 20	20 - 45	45- 60	>60
Nam	6	2	7	1	0
Nữ	2	2	7	2	2

Nhóm tuổi dưới 45 tuổi gặp nhiều nhất, đây là nhóm bệnh nhân có khả năng lao động cao nhất nếu không điều trị triệt để sẽ gây ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe và khả năng hòa nhập cộng đồng. Vì vậy nhu cầu ghép xương rất cao.

**Bảng 2: Phân loại theo nguyên nhân gây mất xương và vị trí mất xương**

	Xương hàm trên	Xương hàm dưới
U, Nang xương hàm	8	18
Răng ngầm	2	3
Tổng số	10	21

Bệnh lý gặp nhiều ở xương hàm dưới, và nguyên nhân chủ yếu là nang, u xương hàm, đây là nhóm bệnh lý nếu phát hiện muộn sẽ gây khuyết hồng xương nhiều, gây biến dạng mặt, khó khăn trong quá trình điều trị.

**Bảng 3: Vị trí và kích thước tổn thương**

	< 6 cm <sup>3</sup>	6 - 12 cm <sup>3</sup>	12- 20 cm <sup>3</sup>
Hố nanh	4	5	
Xoang hàm			
Xương khâu cái		1	
Cằm	2	11	
Cạnh cằm		2	2
Góc hàm		1	3

Tổn thương trong nhóm nghiên cứu chủ yếu có kích thước 6 - 12cm<sup>3</sup>, đây là tổn thương có kích thước trung bình, bắt đầu phá hủy xương rộng, những tổn thương này được phát hiện và điều trị kịp thời sẽ ít gây hậu quả mất xương rộng. Với những tổn thương là nang xương hàm phát hiện muộn gây tổn thương rộng tới 20 cm<sup>3</sup> và gặp ở vùng góc hàm hoặc cạnh ngang xương hàm dưới, những tổn thương này với các phương pháp điều trị trước đây có thể phải cắt đoạn xương hàm, với biện pháp ghép xương này có thể hạn chế sự tàn phá cho bệnh nhân [6]

**Bảng 4: Tình trạng nhiễm trùng trước mổ**

	< 6 cm <sup>3</sup>	6 - 12 cm <sup>3</sup>	12- 20 cm <sup>3</sup>
Có nhiễm trùng	0	5	1
Không nhiễm trùng	6	15	4

Nhiễm trùng có ảnh hưởng nhiều đến kết quả ghép xương, chúng tôi gặp 1 trường hợp tổn thương lớn có nhiễm trùng là nang xương hàm dưới đã phẫu thuật nhiều lần.

**Bảng 5: Đường phẫu thuật**

	Niêm mạc	Da	Da - Niêm mạc
Hàm trên	10		
Hàm dưới	18	1	2

Đường mổ chúng tôi sử dụng qua niêm mạc nhằm hạn chế sẹo cho bệnh nhân, duy chỉ có một trường hợp phải rạch qua da vùng góc hàm để lấy nang và răng thừa ngầm vùng ngành lên xương hàm dưới, 2 trường hợp có cả đường rạch niêm mạc và rạch da vùng góc hàm do nang quá to, phá hủy xương rộng cạnh ngang, góc hàm và một phần ngành lên xương hàm dưới nên nếu chỉ mở đường rạch niêm mạc sẽ khó kiểm soát việc làm sạch tổn thương bệnh lý.

**Bảng 6: Kết quả điều trị**

	Tốt /Chỉ số hiệu quả	Trung bình	Thất bại
Kết quả gần	27/87,09%	3	1
Sau 3 tháng	26/83,87%	4	1
Sau 6 tháng	25/80,65%	4	2
Sau 12 tháng	25/80,65%	4	2

Chỉ số hiệu quả được tính theo công thức : Chỉ số hiệu quả = (1 - RR)x100%

Kết quả điều trị gần được đánh giá ngay sau phẫu thuật và đánh giá là tốt khi không có nhiễm trùng, không thoát dịch, vết mổ liền tốt, ổ xương khuyết được lấp đầy, không gây lép xương vùng bị tổn thương [7],[5]. Kết quả điều trị được đánh giá là ổn định sau phẫu thuật 6 tới 12 tháng, những trường hợp có kết quả thất bại thường diễn biến xấu ngay sau khi phẫu thuật hoặc diễn biến trong 3 tháng đầu, trong 2 trường hợp thất bại 1 chúng tôi gặp do tình trạng bội nhiễm nang xương hàm lớn trước mổ và 1 trường hợp khuyết hồng xương lớn sau phẫu thuật được điều trị tia một phần phần còn lại vẫn giữ lại nhưng, số lượng ít không đạt yêu cầu điều trị. Nhìn chung kết quả điều trị đạt kết quả tốt có tỷ lệ khá cao với hiệu quả điều trị đạt tới 80,65% sau 12 tháng phẫu thuật, bệnh nhân được đánh giá là có kết quả điều trị tốt khi vết mổ liền tốt, da và niêm mạc trên vùng ghép bình thường, ổ xương ghép đồng nhất với vùng xương lành, kích thước tổn khuyết xương thu nhỏ, không có khoảng trống, sự liên tục của xương tốt, ấn chắc, không đau, hoạt động chức năng của xương hàm bình thường, phục hồi răng trên vùng ghép tốt, khuôn mặt cân đối, kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Bodner, L. và cộng sự (1996) [4].

### KẾT LUẬN

Xương đồng khô đồng loại khử khoáng là chất liệu ghép xương phổ biến ở các nước phát triển, nó được sử dụng phổ biến trong lĩnh vực ngoại khoa do có thể đáp ứng được số lượng lớn xương ghép, bảo quản dễ dàng và hầu như không gây thải loại. Phương pháp xử lý xương đồng loại bằng khử khoáng và đông khô làm giảm đáng kể tính miễn dịch của xương do đã được rửa sạch tủy xương và diệt khuẩn bằng tia Gamma đã loại trừ các tế bào tủy xương (là thành phần chính sinh miễn dịch trong xương). Các tế bào xương không gây đáp ứng miễn dịch vì chúng chỉ có kháng nguyên MHC lớp I mà không có kháng nguyên MHC lớp II và chúng không kích thích các tế bào Lympho. Tại Việt nam việc nghiên cứu sử dụng xương đồng khô đồng loại đã được thực hiện từ lâu nhưng chất liệu sử dụng không đồng nhất. Hiện nay ở nước ta có một số nơi như labo bảo quản mô, bộ môn Mô trường Đại Học Y Hà Nội, Ngân hàng Mô - trường Đại học Y Phạm Ngọc Thạch thành phố Hồ Chí Minh đã sản xuất thành công xương đồng khô đồng loại khử khoáng theo tiêu chuẩn của hiệp hội ngân hàng mô châu Á - Thái bình dương. Qua nghiên cứu của chúng tôi tuy số lượng bệnh nhân chưa nhiều và thời gian theo dõi còn ngắn nhưng cũng cho thấy kết quả điều trị với hiệu quả tốt tới 80,65%. Với nhu cầu sử dụng xương ghép rất cao trong ngoại khoa nói chung và trong phẫu thuật mặt hàm nói riêng, sản phẩm xương đồng khô đồng loại đã giúp cho các phẫu thuật viên có thêm phương tiện trong điều trị là một sản phẩm ứng dụng công nghệ hiện đại sản xuất trong nước, có chi phí thấp, cung cấp số lượng và chủng loại phong phú có thể áp dụng tại nhiều cơ sở ngoại khoa một cách đơn giản, hiệu quả điều trị tốt, giảm chi phí cho người bệnh, giúp họ trở lại cuộc sống bình thường nhanh chóng.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Tứ Minh (2003), " Ghép xương đồng loại đồng khô thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng", Luận án tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.

2. Phạm Quang Ngọc (1995), "Xây dựng tiêu chuẩn với mô xương ghép đồng loại", Tạp chí Ngoại khoa, 25 (3), tr 14 - 21".

3. Nguyễn Đức Thắng (2004), "Nghiên cứu điều trị phẫu thuật viêm quanh răng bằng ghép bột xương đồng loại đồng khô khủ khoáng", Luận án tiến sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.

4. Bodner L. (1996), "Effect of decalcified freeze-dried bone allograft on the healing of jaw defects after cyst enucleation", J Oral Maxillofac Surg, 54(11), pp. 1282-6.

5. Saad A.Y. and Abdellatif E.M. (1991),

"Healing assessment of osseous defects of periapical lesions associated with failed endodontically treated teeth with use of freeze-dried bone allograft", Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 71(5), pp. 612-7.

6. Yoshiura K., Weber A.L., Runnels S., et al. (2003), "Cystic lesions of the mandible and maxilla", Neuroimaging Clin N Am, 13(3), pp. 485-94.

7. Zhe C. and Tingchun W. (1982), "Reconstruction of mandibular defects with composite autologous iliac bone and freeze-treated allogeneic rib grafts", J Oral Maxillofac Surg, 40(1), pp. 29-33.

## THEO DÕI TIẾN TRIỂN CẬN THỊ Ở HỌC SINH PHỔ THÔNG SAU BA NĂM ĐEO KÍNH

TRẦN MINH ĐẠT, HÀ HUY TÀI – Bệnh viện Mắt TW  
HUỖNH BÁ HUY - ECF

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá mức độ tiến triển cận thị ở học sinh phổ thông (HSPT) sau 3 năm đeo kính khám lại tại BV Mắt TW năm 2009. **Phương pháp và đối tượng:** Hồi cứu và mô tả cắt ngang trên 13 HSPT (26 mắt). **Kết quả:** Mức độ tiến triển cận thị trung bình trong 3 năm là  $1,98D \pm 0,61D$ . Mức tăng cận thị trung bình ở nữ là  $2,08D$ , ở nam là  $1,67D$ . Độ tuổi 12-13 có mức tăng cận thị nhanh nhất ( $2,35D/3$  năm), độ tuổi 16-18 có mức tăng thấp nhất ( $1,52D/3$  năm). Nhóm bắt đầu đeo kính với số từ 2D trở xuống có mức tăng là  $1,61D/3$  năm và nhóm với số từ 2D trở lên có mức tăng là  $2,5D/3$  năm. **Kết luận:** Mức tăng cận thị trung bình trong 3 năm ở HSPT là  $1,98D \pm 0,61D$ . Mức tăng cận thị trung bình ở nữ cao hơn nam; Độ tuổi 12-13 có mức tăng cận thị cao nhất trong các nhóm nghiên cứu; Nhóm học sinh bắt đầu đeo kính với số từ 2D trở xuống có mức tăng thấp hơn nhóm với số từ 2D trở lên.

**Từ khoá:** Cận thị, tiến triển cận thị, học sinh phổ thông.

### SUMMARY

**A 3-year longitudinal study of myopia progression in school children examined in National Eye Hospital**

**Purpose:** To evaluate the progression of myopia in school children wearing glasses more than 3 years examined in National Eye Hospital in the year 2009.

**Methods and objectives:** Retrospective and cross sectional descriptive study on 13 myopic children (26 eyes). **Results:** The average myopic progression rate of 3 year was  $1.98D \pm 0.61D$ ; The myopic increase in female was  $2.08 D$  and in male:  $1.67D$ . Myopic progression rate in children group aged of 12-13 was fastest:  $2.35D/3$  years; Progression rate of group wearing glasses at beginning with power more than  $2 D$  was  $2,5D/3$  years and with power  $\leq 2 D$  was  $1.61D/3$  years. **Conclusions:** The mean rate of myopic progression in wearred glasses children/ 3 year was  $1.98D$ . The myopic increase rate in female higher than male. Myopic progression rate in children group aged of 12-13 year old is fastest in 5 studied age groups; Children in group wearing glasses with more than  $2 D$  at beginning have progression rate higher than group

wearing glasses with power  $\leq 2 D$  at the beginning

**Key words:** Myopia, myopic progression, school children.

### ĐẠT VĂN ĐỀ

Tỷ lệ trẻ em bị cận ngày càng tăng cao là một vấn đề sức khoẻ có ý nghĩa xã hội. Mặt khác mức tiến triển của cận thị hàng năm ở trẻ em đã được đeo kính cũng được rất nhiều người quan tâm cả trong ngành nhãn khoa và cả trong nhân dân vì nó liên quan tới nhiều yếu tố nguy cơ trong sinh hoạt và học tập của trẻ em, liên quan tới các biện pháp nhằm hạn chế tốc độ tăng cận thị và là nỗi lo lắng nhiều khi thái quá của các bậc phụ huynh. Ở Việt Nam, từ trước tới nay đã có khá nhiều nghiên cứu về tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở trẻ em, nhất là cận thị nhưng có rất ít nghiên cứu theo dõi và đánh giá về mức độ tiến triển của cận thị hàng năm cũng như các giai đoạn trong thời kỳ học sinh phổ thông và các nghiên cứu tìm hiểu về các yếu tố liên quan tới tiến triển cận thị. Trong khi trên thế giới có khá nhiều tài liệu đề cập tới các vấn đề đó. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này tại Phòng khám Bệnh viện mắt TW năm 2009 nhằm đánh giá sự tiến triển cận thị ở học sinh phổ thông đã đeo kính qua thời gian theo dõi từ 1 năm đến 3 năm, qua đó tìm hiểu một số yếu tố liên quan tới tiến triển của cận thị. Trong khuôn khổ bài báo này, chỉ xin giới thiệu kết quả đánh giá tiến triển cận thị ở những HSPT đã được đeo kính sau 3 năm theo dõi.

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 1. Đối tượng nghiên cứu

Học sinh trong độ tuổi 6-18 được chẩn đoán là cận thị và đã đeo kính với thời gian khoảng 3 năm (trong tổng số 150 học sinh đã đeo kính trên 1 năm) đến khám lại tại BV mắt TW từ tháng 6/2009, với các điều kiện: bệnh nhân (BN) có sổ khám bệnh cũ được ghi chép rõ ràng về kết quả khám, thử kính và đo khúc xạ của các lần khám trước đây 1 năm và 2 năm. Ở các lần khám trước, thị lực với kính đeo phải đạt 10/10.

#### 2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp hồi cứu và mô tả cắt ngang.

- Mẫu nghiên cứu: 13 học sinh (Với 26 mắt) đã được đeo kính trong khoảng 3 năm. (Trong cỡ mẫu chung là 150 học sinh đã được đeo kính)