

NGHIÊN CỨU MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA ĐỘ LỒI MẮT VÀ KÍCH THƯỚC CÁC CƠ TRỰC TRONG BỆNH LÝ HỐC MẮT LIÊN QUAN TUYẾN GIÁP

Huỳnh Võ Mai Quyên, Lê Minh Thông**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối tương quan giữa độ lồi mắt và kích thước các cơ trực trong bệnh lý hốc mắt liên quan tuyến giáp.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, thực hiện tại Bệnh viện Mắt TP.HCM từ tháng 9/2008 đến tháng 8/2009, gồm 35 bệnh nhân với 63 mắt được chẩn đoán bệnh lý hốc mắt liên quan tuyến giáp có độ lồi ≥ 17 mm. Bệnh nhân được thăm khám lâm sàng, đo độ lồi mắt, xét nghiệm TSH, FT3, FT4, TRAb, chụp CT scan đo đường kính các bụng cơ trực.

Kết quả: Tần suất phì đại cơ theo thứ tự từ cao đến thấp: trực dưới, trực trên, trực trong, trực ngoài. Có mối tương quan giữa sự phì đại cơ trực trên, trong, dưới và độ hạn chế vận nhãn. Độ lồi mắt trên lâm sàng có tương quan với chỉ số đường kính bụng cơ, xếp loại lâm sàng và mức độ co trợn mí. Phương trình hồi quy giúp đánh giá mức độ lồi mắt trên lâm sàng: Độ lồi mắt trên lâm sàng = $0,32 \times$ Chỉ số đường kính bụng cơ + 10,3. Chẩn đoán bệnh lý hốc mắt liên quan tuyến giáp dựa trên sự tăng nồng độ TRAb hoặc sự phì đại cơ trực có độ phù hợp tốt, chặt chẽ.

Kết luận: Tồn tại mối tương quan thuận giữa độ lồi mắt và kích thước các cơ trực. Cần xem nồng độ TRAb như một yếu tố hỗ trợ chẩn đoán bệnh lý hốc mắt liên quan tuyến giáp.

Từ khoá: bệnh lý hốc mắt liên quan tuyến giáp, lồi mắt, cơ trực, TRAb.

ABSTRACT

EVALUATING THE CORRELATION BETWEEN PROPTOSIS AND RECTUS MUSCLES DIAMETERS IN THYROID RELATED ORBITOPATHY

Huynh Vo Mai Quyen, Le Minh Thong

* Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol.14 -Supplement of No 1-2010: 224 - 230

Purpose: Determining the correlation between proptosis and rectus muscles diameters in thyroid related orbitopathy (TRO).

Methods: A cross-sectional study was conducted: 35 patients with 63 eyes were diagnosed with TRO, with the selection criteria of not less than 17 mm proptosis. All patients received clinical examination, serum TSH, FT3, FT4, TRAb test, a CT scan with measured rectus muscles diameters.

Results: The most seen enlarged rectus muscle is the inferior rectus muscle (IM), then the superior (SM), medial (MM) and lateral (LM), respectively. There is a correlation between SM, MM, IM enlargement and ocular motor restriction. The proptosis is correlated with muscle diameter index (MDI), NOSPECS and eyelid retraction. The regression equation: proptosis = $0.32 \times$ MDI + 10.3. The diagnosis based on rectus muscle enlargement and TRAb level fairly strong agreement.

Conclusion: There is a correlation between proptosis and rectus muscle diameter. TRAb level should be considered as a diagnosis factor in TRO diagnosis.

* Bộ môn Mắt - Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Địa chỉ liên hệ: BS. Huỳnh Võ Mai Quyên

ĐT: 0913709142

Email: hvmaiquyen@gmail.com

Keywords: thyroid related orbitopathy, proptosis, rectus muscle, TRAb.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý hốc mắt liên quan tuyến giáp là một bệnh lý tự miễn xảy ra trên những bệnh nhân rối loạn chức năng tuyến giáp gây ảnh hưởng nặng nề về mặt thẩm mỹ và đời sống của bệnh nhân. Sự xuất hiện của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh mới như siêu âm, CT scan, MRI giúp quan sát sự phì đại cơ vận nhãn, gợi ra giả thuyết rằng có tồn tại mối tương quan giữa độ lồi mắt và sự phì đại cơ vận nhãn. Tuy nhiên, tại Việt Nam, chưa có một nghiên cứu nào chỉ ra sự liên quan giữa các triệu chứng lâm sàng, điển hình là mức độ lồi mắt với kích thước các cơ trực quan sát được trên CT scan, dẫn đến việc ước lượng độ nặng của bệnh chưa đầy đủ.

Vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành công trình “Nghiên cứu mối tương quan giữa độ lồi mắt và kích thước cơ trực trong bệnh lý hốc mắt liên quan tuyến giáp” nhằm xác định mối tương quan giữa độ lồi mắt và kích thước cơ trực cũng như các yếu tố liên quan khác.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích.

Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Mắt Tp Hồ Chí Minh trong thời gian từ 01/10/2008 đến 31/08/2009 được chẩn đoán bệnh lý hốc mắt liên quan tuyến giáp có lồi mắt.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Được chẩn đoán bệnh lý hốc mắt liên quan tuyến giáp, dựa tiêu chuẩn của George Bartley⁽⁴⁾ với:

- Cơ trơn mí: Bờ mí trên nằm ngang hoặc trên cực trên rìa giác cùng mạc.
- Rối loạn chức năng tuyến giáp: trên lâm sàng hoặc cận lâm sàng.
- Lồi mắt: độ lồi Hertel $\geq 17\text{mm}$ hoặc chênh lệch 2 mắt trên 2mm.

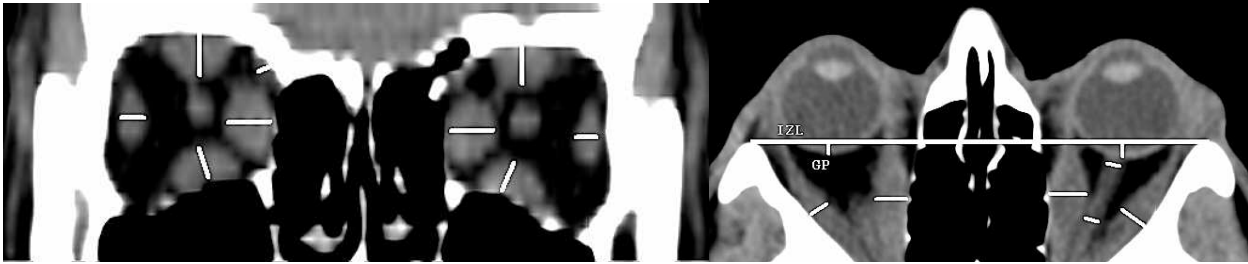
- Ảnh hưởng đến cơ vận nhãn: có giới hạn vận nhãn hoặc phì đại cơ quan sát được trên CT scan.

Bảng 1. Tiêu chuẩn chẩn đoán.

Co trơn mí	+	Rối loạn chức năng tuyến giáp hoặc
		Lồi mắt hoặc
		Ảnh hưởng đến thị thần kinh hoặc
		Có ảnh hưởng đến cơ vận nhãn
Hoặc (không có co trơn mí)		
Rối loạn chức năng tuyến giáp	+	Lồi mắt hoặc
		Ảnh hưởng đến thị thần kinh hoặc
		Có ảnh hưởng đến cơ vận nhãn

- Có độ lồi mắt $\geq 17\text{mm}$.
- Các triệu chứng có thể ở một hoặc cả hai mắt, đồng thời các bệnh lý gây triệu chứng tương tự phải được loại trừ.
- Tại thời điểm nghiên cứu không áp dụng bất cứ phương pháp điều trị tình trạng rối loạn chức năng tuyến giáp nào.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiến hành nghiên cứu: có 63 mắt của 35 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào phân tích. Các bệnh nhân được đo thị lực, thăm khám lâm sàng trên sinh hiển vi, đo độ lồi mắt bằng thước Hertel, xét nghiệm nồng độ TSH, FT3, FT4, TRAb và đo đường kính các bụng cơ trên CT scan theo nguyên tắc của Ewa Fidor-Mikita⁽³⁾ và Nugent⁽¹²⁾. Bụng cơ trực trên và trực dưới được đo ở đường kính lớn nhất trên lát cắt trán. Bụng cơ trực trong và ngoài được đo ở đường kính lớn nhất trên lát cắt trục. Trên thực tế, rất khó phân biệt giữa cơ trực trên phức hợp cơ nâng mi trên – cơ trực trên, nên một số tài liệu gọi chung đây là phức hợp cơ trực trên và tiến này đo đạc trên phức hợp này⁽³⁾. Một cơ trực được xem là phì đại khi đường kính bụng cơ vượt ngưỡng giá trị giá trị trung bình cộng hai lần độ lệch chuẩn⁽⁸⁾. Cơ trực trên: $4,0 \pm 1,4\text{mm}$, cơ trực trong: $3,7 \pm 1,5\text{mm}$, cơ trực dưới: $4,2 \pm 0,8\text{mm}$, cơ trực ngoài: $3,4 \pm 1,3\text{mm}$.



Hình trái. Đường kính bụng cơ trực trên và dưới trên lát cắt trán; **Hình phải.** GP và đường kính bụng cơ trực trong, ngoài.

Độ lồi mắt trên CT scan được đo theo nguyên tắc của Ewa Fidor-Mikita⁽³⁾ và Nugent⁽¹²⁾. Trên lát cắt trực ở vị trí giữa nhân cầu, độ lồi trên CT (GP) là khoảng cách từ cực sau nhân cầu đến đường thẳng nối liền hai móm gò má. Bình thường đường thẳng nối liền hai móm gò má sẽ cắt ngang qua nhân cầu, khi đó GP có giá trị dương. Trường hợp lồi mắt nặng, nhân cầu bị đẩy ra trước quá mức, đường thẳng này không cắt được nhân cầu, GP sẽ có giá trị âm. Mắt được xem là lồi khi có GP thấp hơn khoảng giá trị bình thường là 7,5 – 14,7mm⁽⁸⁾.

Phân tích số liệu: Các thông số được nhập bằng chương trình Epi Data 3.0 và xử lý thống kê bằng phần mềm Stata 10.0.

KẾT QUẢ - BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm dịch tễ

Bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu có độ tuổi từ 20 đến 76, tuổi trung bình $51,06 \pm 13,19$ (năm). Tuổi trung bình ở nữ là $47,63 \pm 3,18$ (năm), ở nam là $55,12 \pm 2,86$ (năm). Phần lớn bệnh nhân từ 55 đến 65 tuổi, chiếm 34%; không có bệnh nhân nào dưới 15 tuổi. Tỷ lệ nữ trong nhóm nghiên cứu có xu hướng trội hơn nam (54% so với 46%).

21% bệnh nhân có tiền sử rối loạn chức năng tuyến giáp trước đó, với thời gian phát hiện trung bình $51,71 \pm 77,64$ tháng. Hiện tại có 43% có biểu hiện cường giáp như run tay, sụt cân, rụng tóc,... Tuy nhiên, kết quả khám nội tiết cho thấy 77% bệnh nhân cường giáp lâm sàng hoặc dưới lâm sàng, 20% bình giáp và 3%

viêm giáp Hashimoto.

Thời gian bắt đầu xuất hiện triệu chứng ở mắt đến nay trung bình khoảng $19,97 \pm 37,83$ tháng.

Đặc điểm lâm sàng

Thị lực LogMAR trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 0,34 (tương đương thị lực Snellen 20/50 – 20/40). 97% bệnh nhân có dấu hiệu co trợn mi trên ở một hoặc cả hai mắt. 46% bệnh nhân có co trợn mi dưới.

9% bệnh nhân có tổn thương biểu mô giác mạc, biểu hiện qua việc thấm màu flour giác mạc. 3% bệnh nhân có tình trạng phù gai thị, 2 bệnh nhân (6%) có gai thị nhạt màu 1 đến 2 mắt. Trong hai bệnh nhân này, có một cận thị nặng, do đó nghi ngờ tình trạng gai thị nhạt và hắc mạc thoái hóa do cận thị

Triệu chứng hạn chế vận nhãn (N = 35 bệnh nhân):

66% bệnh nhân có tình trạng hạn chế vận nhãn ở một hoặc hai mắt, trong số đó thường gặp nhất là hướng lên (60%), kế đến là hướng xuống (46%), trong (32%) và ngoài (32%). Đi vào khảo sát các hướng hạn chế vận nhãn, Jankauskiene ghi nhận 78% có hạn chế vận nhãn hướng ngoài, 72% hướng trong, 63% hướng trên và 37% hạn chế vận nhãn hướng xuống⁽⁵⁾. Sự chênh lệch này có thể do khác biệt về chủng tộc, tiêu chuẩn chọn mẫu lần cỡ mẫu. Một số tác giả giả thuyết, triệu chứng hạn chế vận nhãn xuất hiện do sự phì đại và xơ hóa cơ đối vận, dẫn đến cơ đối vận phải chịu lực lớn hơn bình thường. Bên cạnh đó, chính bản thân cơ phì đại xơ hóa cũng có lực kéo kém hơn, dẫn đến hạn chế vận nhãn tại hướng hoạt

trường của cơ. Thực tế, khi đi sâu vào phân tích sự phì đại cơ vận nhãn, cả nghiên cứu hiện tại lẫn Jankauskiene đều chứng tỏ sự nhất quán trong kết quả.

Phân độ biểu hiện mắt: Trong nghiên cứu này tác giả dựa theo bảng phân loại NOSPECS được Werner giới thiệu vào năm 1963 để phân loại lâm sàng. Nam giới trong nghiên cứu có tình trạng bệnh lý hốc mắt liên quan hốc mắt nặng hơn nữ giới, và sự khác biệt này có ý nghĩa về mặt thống kê (t test: $p=0,02<0,05$). Mức độ nặng của bệnh quan sát được trên lâm sàng có mối tương quan thuận có ý nghĩa với tuổi của bệnh nhân ($p=0,0017<0,05$). Điều này cũng được ghi nhận trong một số y văn trên thế giới⁽¹⁾⁽⁶⁾. Kết quả nghiên cứu tại Việt Nam của tác giả Phạm Thị Bích Thủy cũng cho kết quả tương tự⁽¹¹⁾.

Đặc điểm nội tiết

66% bệnh nhân có biểu hiện cường giáp lâm sàng, 11% cường giáp dưới lâm sàng, 20% bình giáp và 3% thuộc nhóm viêm giáp Hashimoto và không phát hiện bệnh nhân nào nhược giáp. Nồng độ TSH trung bình $1,07 \pm 1,79$ UI/l, giá trị nhỏ nhất là 0,00 và lớn nhất là 8,90 UI/l, không có sự khác biệt về nồng độ TSH giữa các bệnh nhân có xếp loại lâm sàng khác nhau. 97% bệnh nhân trong nghiên cứu có nồng độ TRAb trong máu vượt ngưỡng bình thường. Nồng độ TRAb trung bình là $11,48 \pm 6,02$ UI/l, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của nồng độ TRAb giữa các nhóm bệnh nhân được xếp loại lâm sàng khác nhau.

Độ lồi mắt trung bình

Độ lồi mắt trung bình trên lâm sàng: độ lồi mắt trung bình trên lâm sàng cho cả hai giới là $19,89 \pm 2,44$ mm, dao động từ 17mm đến 28 mm. Giá trị này giữa hai nhóm nam và nữ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (nam $20,29 \pm 4,54$ mm, nữ $19,29 \pm 1,96$ mm, $p=0,04$). Y văn thế giới ghi nhận một số tác giả nghiên cứu trên những bệnh nhân có lồi mắt⁽⁵⁾⁽⁷⁾; tuy nhiên, sự

khác biệt về chủng tộc dẫn đến các tiêu chuẩn định nghĩa lồi mắt khác nhau nên khó có thể kết luận về tính chất tương đồng của các kết quả thu được. Còn tại Việt Nam, hiện vẫn chưa có nghiên cứu nào khảo sát trên những bệnh nhân bệnh lý hốc mắt liên quan tuyến giáp có lồi mắt.

Độ lồi trung bình trên CT scan: giá trị trung bình trong nhóm nghiên cứu là $4,83 \pm 2,43$ mm, dao động từ -3mm đến 8mm. Độ lồi mắt trung bình ghi nhận trên CT scan giữa hai giới có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (nam $4 \pm 0,50$ mm, nữ $5,5 \pm 0,33$ mm, $p = 0,0147$).

Đường kính trung bình bụng các cơ trực

Bảng 2. Đường kính trung bình bụng các cơ trực so sánh với các nghiên cứu khác.

	Cơ trực trên (mm)	Cơ trực trong (mm)	Cơ trực dưới (mm)	Cơ trực ngoài (mm)
H.V.M.Quyên	$6,05 \pm 1,97$	$5,26 \pm 1,38$	$6,71 \pm 1,60$	$4,56 \pm 1,18$
BLHMLQTG*	$5,3 \pm 1,9$	$5,4 \pm 1,8$	$6,5 \pm 2,5$	$3,9 \pm 1,6$
Bình thường α	$3,8 \pm 0,7$	$4,1 \pm 0,5$	$4,9 \pm 0,8$	$2,9 \pm 0,6$
Bình thường β	$3,2 - 6,1$	$3,3 - 5,0$	$3,2 - 6,5$	$1,7 - 4,8$
Bình thường γ	$4,0 \pm 1,4$	$3,7 \pm 1,3$	$4,2 \pm 0,8$	$3,4 \pm 1,3$
Bình thường δ	$3,9 \pm 2,4$	$4,0 \pm 1,8$	$3,9 \pm 2,4$	$3,4 \pm 2,0$

*: Kết quả của Ewa Fidor-Mikita trên bệnh nhân bệnh lý hốc mắt liên quan tuyến giáp; α : theo Nugent (1990)⁽¹²⁾; β : theo Ozgen (1998)⁽¹⁰⁾; γ : theo Lee (2001)⁽⁸⁾; δ : theo Shelkh (2007)⁽¹³⁾.

Đường kính trung bình của cơ trực dưới có giá trị lớn nhất, kể đến là cơ trực trên, cơ trực ngoài. Cơ trực trong có đường kính trung bình nhỏ nhất. Thứ tự này góp phần giải thích cho tần suất giới hạn vận nhãn theo các hướng khác nhau: nhiều nhất là hướng xuống, sau đó hướng lên. Kết quả này là sự trùng khớp với những công bố từ một số nghiên cứu khác như Ewa Fidor-Mikita⁽³⁾ và Shelkh⁽¹³⁾.

Đường kính bụng các cơ trực trên, trong, dưới có mối tương quan có ý nghĩa với mức độ

hạn chế vận nhãn (p lần lượt có giá trị 0,0472; 0,0442 và 0,0342). Cơ thường phì đại nhất là cơ trực dưới (94%), kế đến là cơ trực trên (67%), cơ trực trong (59%) và cuối cùng là cơ trực ngoài (29%). Nhóm cơ thường phì đại nhất là nhóm trực trên, trong, dưới (27%); sau đó đến nhóm cả 4 cơ trực (22%). So sánh với kết quả do Nugent công bố⁽¹²⁾, tác giả ghi nhận sự đảo ngược nhẹ vị trí giữa hai nhóm cơ dẫn đầu này, tuy nhiên sự chênh lệch này có thể xuất phát từ sự khác nhau về cỡ mẫu cũng như chủng tộc.

Trường hợp phì đại đơn độc một cơ, cơ trực dưới là cơ thường bị phì đại nhất. Kết luận này đã được khẳng định bởi Nugent⁽¹²⁾. Trên thực tế lâm sàng, một trường hợp phì đại đơn độc cơ trực rất khó chẩn đoán và đòi hỏi nhà lâm sàng phải tìm thêm những yếu tố hỗ trợ chẩn đoán như tiền sử, xét nghiệm huyết thanh hay thậm chí sinh thiết cơ để xác định.

Tác giả sử dụng một chỉ số đại diện cho từng mắt là chỉ số đường kính bụng cơ (MDI), bằng tổng giá trị kích thước bụng cả 4 cơ trực trên chính mắt đó. Chỉ số này có giá trị trung bình $22,58 \pm 5,01\text{mm}$, giá trị nhỏ nhất là 26,80mm và lớn nhất 79,30mm; giá trị trung vị 22,40mm. Chỉ số này có mối tương quan có ý nghĩa với nồng độ TRAb ($R=0,5973$, $p<0,0001$). Mối tương quan này cũng từng được khẳng định bởi Kvetny⁽⁷⁾. Tuy nhiên, khó có thể nhận định tình trạng phì đại và xơ hóa cơ vận nhãn do chính bản thân kháng thể TRAb tấn công vào, hay tình trạng này là kết quả của các phản ứng miễn dịch mà TRAb chỉ là chỉ số đánh giá mức độ hoạt động.

Mối tương quan giữa độ lồi mắt với phì đại cơ và các yếu tố khác

Kết quả cho thấy độ lồi mắt trên lâm sàng có tương quan mạnh với chỉ số đường kính bụng cơ ($r=0,6506$, $p<0,0001$). Ngoài ra, độ lồi mắt trên lâm sàng còn có tương quan trung bình với xếp loại lâm sàng ($r=0,3683$, $p=0,0030$) và độ co trợn mi ($r=0,3306$, $p=0,0081$). Kết luận

này phù hợp với nghiên cứu của tác giả trên thế giới như Kvetny⁽⁷⁾ và Fidor-Mikita⁽³⁾.

Mặt khác, mối tương quan giữa độ co trợn mi và lồi mắt có thể giúp đặt ra mối quan tâm mới, liệu có phải tình trạng co trợn mi đã góp phần tạo nên "áo giác lồi mắt", do phần diện tích nhãn cầu lộ ra nhiều hơn; hay co trợn mi chỉ là một triệu chứng tương quan thuận với độ nặng trên lâm sàng, cũng như lồi mắt.

Đi vào phân tích hồi quy đơn biến, tác giả ghi nhận được mối tương quan hồi quy giữa độ lồi mắt trên lâm sàng với xếp loại lâm sàng ($p=0,0019$), độ co trợn mi ($p=0,0218$) và chỉ số đường kính bụng cơ ($p<0,0001$). Tuy nhiên, khi đi vào phân tích đa biến, mối tương quan này chỉ còn tồn tại giữa độ lồi mắt trên lâm sàng và chỉ số đường kính bụng cơ chung ($R\text{-squared}=0,3574$, $p<0,0001$).

So sánh R-squared của phương trình đơn biến (0,3459) và phương trình đa biến (0,3574), có thể kết luận mô hình đa biến có tác dụng dự đoán tốt hơn, giải thích được 35,74% sự biến thiên của độ lồi mắt trên lâm sàng. Độ lồi mắt trên lâm sàng = $0,32 \times$ Chỉ số đường kính bụng cơ + 10,31.

Tuy nhiên, tỷ lệ 35,74% là tương đối thấp, do đó gợi ý về sự tồn tại của những yếu tố khác có khả năng ảnh hưởng lên độ lồi mắt. Một trong những yếu tố được y văn thế giới đề cập là mô mỡ hốc mắt⁽⁹⁾⁽¹²⁾. Tuy vậy, một số tác giả khác lại ghi nhận tình trạng mô mỡ thu nhỏ, với lý giải các cơ vận nhãn phì đại sẽ gây chèn ép dẫn đến giảm thể tích mô mỡ⁽⁷⁾. Việc xác định thể tích mô mỡ hốc mắt qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh đòi hỏi những thuật toán phức tạp và sự hỗ trợ từ các chuyên gia chẩn đoán hình ảnh, gợi ý việc thực hiện một công trình nghiên cứu có sự phối hợp từ cả hai phía để làm rõ thêm vấn đề này.

Xác định độ phù hợp giữa sự phì đại cơ trực và nồng độ TRAb trong chẩn đoán bệnh lý hốc mắt liên quan tuyến giáp

Bảng 3. Mức độ phù hợp trong chẩn đoán giữa sự phì đại cơ trực và nồng độ TRAb.

		Phì đại cơ trực		Tổng
		Không	Có	
Tăng nồng độ TRAb	Không	2	0	2
	Có	1	60	61
Tổng		3	60	63
Độ phù hợp quan sát = 98,41% Độ phù hợp tính toán = 92,37% Kappa = 0,79; p < 0,0001				

Việc chẩn đoán bệnh lý hốc mắt liên quan tuyến giáp hiện nay phần lớn dựa trên đặc điểm hình ảnh học, cơ vận nhãn phì đại chủ yếu ở bụng cơ và phần gân cơ không bị ảnh hưởng. Phình bụng cơ có đường viền tròn nhẵn và không phù tổ chức mỡ hốc mắt. Sự phình to của cơ trực trong có thể khiến thành trong hốc mắt võng về phía xương sàng do ảnh hưởng bởi một áp lực mãn tính trên cấu trúc xương.

Thời gian gần đây, xuất hiện một xu hướng mới là sử dụng nồng độ kháng thể TRAb trong chẩn đoán, nhất là trong những trường hợp mới phát hiện và cần cân nhắc. Tác giả Đinh Viết Nghĩa cũng kết luận “TRAb là xét nghiệm có tính đặc hiệu cao và có giá trị chẩn đoán sớm, đáng tin cậy cho bệnh mắt liên quan tuyến giáp tự miễn”⁽²⁾.

Hệ số Kappa=0,79 (p<0,0001) cho thấy sự phù hợp trong hai hướng chẩn đoán, dựa trên sự phì đại cơ trực và dựa trên sự tăng nồng độ TRAb. Độ phù hợp này tương đối mạnh và chặt chẽ, giá trị trong chẩn đoán của hai yếu tố trên là tương đối đồng đều.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu qua 35 bệnh nhân với 63 mắt thỏa điều kiện về độ lồi cho thấy:

- Độ lồi mắt trung bình trên lâm sàng: 20,29 ± 4,54mm ở nam và 19,29 ± 1,96mm ở nữ.
- Đường kính trung bình của bụng cơ trực theo mm: trực trên 6,05 ± 1,97, trực trong 5,26 ± 1,38 , trực dưới 6,71 ± 1,60, trực ngoài 4,56 ± 1,18. Chỉ số đường kính bụng cơ trung bình 22,58 ± 5,01. Tần suất phì đại cơ

theo thứ tự từ cao đến thấp: trực dưới, trực trên, trực trong, trực ngoài. Có mối tương quan giữa sự phì đại cơ trực trên, trong, dưới và độ hạn chế vận nhãn.

- Độ lồi mắt trên lâm sàng có tương quan với chỉ số đường kính bụng cơ, xếp loại lâm sàng và mức độ co trộn mi. (p lần lượt <0,0001; 0,0019 và 0,0218) Phương trình hồi quy giúp đánh giá mức độ lồi mắt trên lâm sàng: Độ lồi mắt trên lâm sàng = 0,32*Chỉ số đường kính bụng cơ + 10,31.
- Chẩn đoán bệnh lý hốc mắt liên quan tuyến giáp dựa trên sự tăng nồng độ TRAb hoặc sự phì đại cơ trực có độ phù hợp tốt, chặt chẽ. Giá trị trong chẩn đoán của hai yếu tố trên là tương đối đồng đều (Kappa=0,79).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Burch H. B., Gorman C.A., Bahn R. S., Garrity J.A. (1996). Ophthalmology. In: Werner and Ingbar's the thyroid: 536 - 553.
2. Đinh Viết Nghĩa (2008). Ứng dụng các xét nghiệm tự kháng thể TRAb và Anti-TPO trong các trường hợp bệnh mắt liên quan tuyến giáp khó chẩn đoán. Paper presented at the Hội nghị nhân khoa toàn quốc 2008, TP. Hồ Chí Minh.
3. Ewa Fidor-Mikita, Witold Krupski (2008). Computed tomography imaging of orbits in thyroid orbitopathy. Journal of Pre-Clinical and Clinical Research; 2(1): 59 - 63.
4. George B. Bartley (2002). Clinical manifestation of Graves' ophthalmology. In: Jonathan J.Dutton, Barrett G.Halk (Eds.). Thyroid eye disease: Diagnosis and treatment: 285 - 308.
5. Jankauskiene J., Imbrasiene D. (2006). Investigations of ocular changes, extraocular muscle thickness, and eye movements in Graves' ophthalmopathy. Medicina (Kaunas); 42(11): 900 - 903.
6. Kendler D.L., Lippa J., Rootman J. (1993). The initial clinical characteristics of Graves' orbitopathy vary with age and sex. Arch Ophthalmol; 111: 197 - 201.
7. Kvetny J., Puhakka K.B., Rohl L. (2006). Magnetic resonance imaging determination of extraocular eye muscle volume in patients with thyroid-associated ophthalmopathy and proptosis. Acta Ophthalmol Scand; 84(3): 419 - 423.
8. Lee J.S., Lim D.W., Lee S.H., Oum B.S., Kim H.J., Lee H.J. (2001). Normative measurements of Korean orbital structures revealed by computerized tomography. Acta Ophthalmol Scand; 79: 197 - 200.
9. Nishida Y., Tian S., Isberg B., Hayashi O., Tallstedt L., Lennerstrand G. (2002). Significance of orbital fatty tissue for exophthalmos in thyroid-associated ophthalmopathy. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol; 240: 515 - 520.

10. Ozgen A., Ariyurek M. (1998). Normative measurements of orbital structures using CT scan. *Am. J. Roentgenol*; 170: 1093 - 1096.
11. Phạm Thị Bích Thủy (2000). Khảo sát những biểu hiện ở mắt trong bệnh Basedow. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú.
12. Robert A. Nugent, Rod I. Belkin, Janet M. Neigel, Jack Rootman, William D. Robertson, John Spinelli, et al. (1990). Graves Orbitopathy: Correlation of CT and clinical findings. *Radiology*; 177: 675 - 682.
13. Shelkh M., Abalkhail S., Doi S.A., Al-Shoumer K.A. (2007). Normal measurement of orbital structures: implications for the assessment of Graves' ophthalmopathy. *Australas Radiol*; 51(3): 253 - 256.

