

- v524i1B.4774
- Tuấn Anh, V. ., Thi Minh Tân, T. ., & Trong Văn, P. .** (2021). Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân quặm tại Bệnh Viện Mắt Thái Bình. Tạp Chí Y học Việt Nam, 503(1). <https://doi.org/10.51298/vmi.v503i1.714>
  - Shaun R Parsons** (2022). Corneal Complications Secondary to Involuntal Entropion at Presentation, DOI: 10.1097/IOP.0000000000002219
  - Alston Callahan** (1976). Correction of Entropion From Stevens-Johnson Syndrome. Arch Ophthalmol, Vol 94,pp. 1154-1155.
  - Charles R. Leone** (1974). Mucous Membrane Graft for Cicatricial Entropion. Ophthalmic Surgerv, Vol 5, No 2, pp.24-28
  - Hvunkvu Lee** (2022). Outcomes of Lateral Tarsal Strip in Conjunction with a Minimal Skin Muscle Excision Underlying Cauterization in Korean Patients with Involuntal Entropion. Frontier in Surgery, doi:10.3389/fsurg.2022.870751

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ NGUYÊN NHÂN GÂY THIẾU MÁU NHƯỢC SẮC Ở BỆNH NHÂN VÀO ĐIỀU TRỊ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THANH BA

Lê Quốc Tuấn<sup>1</sup>, Phạm Ngọc Linh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** "Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân gây thiếu máu nhược sắc ở bệnh nhân vào điều trị tại Trung tâm Y tế Thanh Ba".  
**Đối tượng và phương pháp:** gồm những bệnh nhân thiếu máu nhược sắc vào khám và điều trị tại Trung tâm Y tế Thanh Ba từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 3 năm 2024. **Kết quả:** Triệu chứng lâm sàng thường gặp: Da xanh niêm mạc nhợt (76,8%), hồi hộp đánh trống ngực (57,1%), đau mỏi cơ khớp (42,8%), đau đầu chóng mặt (41,1%). Giá trị trung bình của RBC là  $2,19 \pm 0,78$  T/L, của HGB là  $83,77 \pm 21,65$  g/L, của MCV là  $76,48 \pm 9,86$  fL. Mức độ thiếu máu nhẹ chiếm 57,1%, vừa chiếm 23,2% và nặng chiếm 19,6%. Có 28,6% trường hợp sắt huyết thanh giảm  $< 11 \mu\text{mol/l}$ , dự trữ sắt thấp chiếm 73,2%, dự trữ sắt cạn kiệt chiếm 26,8%. Nguyên nhân thiếu máu do viêm loét dạ dày tá tràng chiếm 33,9%, trĩ chiếm 39,3%, u xơ tử cung chiếm 10,7%, giun móc chiếm 16,1%.

**Từ khóa:** lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân, thiếu máu nhược sắc

### SUMMARY

#### CLINICAL AND SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS AND CAUSES OF DEMAGIC ANEMIA IN PATIENTS UNDER TREATMENT AT THANH BA MEDICAL CENTER

**Objective:** "Describe the clinical and paraclinical characteristics and causes of hypochromic anemia in patients treated at Thanh Ba Medical Center".  
**Subjects and methods:** including hypochromic anemia patients examined and treated at Thanh Ba Medical Center from January 2022 to March 2024.  
**Results:** Clinical symptoms are common encountered:

Pale skin and mucous membranes (76.8%), palpitations (57.1%), muscle and joint pain (42.8%), headache and dizziness (41.1%). The average value of RBC is  $2.19 \pm 0.78$  T/L, of HGB is  $83.77 \pm 21.65$  g/L, of MCV is  $76.48 \pm 9.86$  fL. The degree of anemia was mild 57.1%, moderate 23.2% and severe 19.6%. 28.6% of cases of serum iron decreased  $< 11 \mu\text{mol/l}$ , low iron reserves accounted for 73.2%, depleted iron reserves accounted for 26.8%. The causes of anemia are duodenal ulcers accounting for 33.9%, hemorrhoids accounting for 39.3%, uterine fibroids accounting for 10.7%, hookworm accounting for 16.1%. **Keywords:** clinical, paraclinical, causes, hypochromic anemia

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo WHO (2013) thế giới có hơn một tỉ người mắc bệnh thiếu máu trong đó thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc chiếm hơn 75%. WHO ước tính thế giới có khoảng 30% dân số bị thiếu máu. Thiếu máu hay gặp ở các nước đang phát triển, thiếu máu hay gặp nhất ở phụ nữ có thai kể đến trẻ em và học sinh.

Theo ước tính gần đây nhất của Tổ chức Y tế Thế giới, trong số hơn 1,62 tỷ người trên toàn cầu bị thiếu máu thì có tới 50% là thiếu máu do thiếu sắt.

Ước tính có 40% trẻ em từ 6–59 tháng tuổi, 37% phụ nữ mang thai và 30% phụ nữ từ 15–49 tuổi bị thiếu máu trên toàn cầu. Năm 2021, 1,92 tỷ người bị thiếu máu. Có thể thấy, thiếu máu là một trong những vấn đề sức khỏe gây ảnh hưởng đến phần lớn người dân trên toàn thế giới, đặc biệt là phụ nữ và trẻ em [4]. Ngoài đối tượng trẻ em và phụ nữ có thiếu máu, còn nhiều đối tượng bệnh nhân khác cũng có tình trạng thiếu máu nhược sắc trên lâm sàng. Để tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các nguyên nhân gây thiếu máu nhược sắc, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: "Mô tả

<sup>1</sup>Trung tâm Y tế Thanh Ba, Phú Thọ

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quốc Tuấn

Email: tuanpk103ck@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.8.2024

Ngày duyệt bài: 30.8.2024

đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân gây thiếu máu nhược sắc ở bệnh nhân vào điều trị tại Trung tâm Y tế Thanh Ba”.

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** gồm những bệnh nhân thiếu máu nhược sắc vào khám và điều trị tại Trung tâm Y tế Thanh Ba từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 3 năm 2024.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN được chẩn đoán thiếu máu nhược sắc dựa vào:

Tổng phân tích tế bào máu: Thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc.

Biểu hiện thiếu sắt: Ferritin huyết thanh < 30ng/mL và hoặc độ bão hòa transferrin < 30%.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Phụ nữ đang có thai, đang cho con bú. Người bị mắc các bệnh về máu, từ chối tham gia nghiên cứu.

**2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành tại Trung tâm Y tế Thanh Ba từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 3 năm 2024.

**2.3. Phương pháp nghiên cứu**

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Cách chọn mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện, có 56 bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu.

- Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập các chỉ tiêu qua hồ sơ bệnh án của bệnh nhân và bảng câu hỏi phỏng vấn.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Hành chính: Họ tên, tuổi, giới.

+ Lâm sàng: da và niêm mạc, tình trạng phù, tình trạng mệt mỏi, hoa mắt chóng mặt, đau đầu, đau mỏi xương khớp, ...

- Xét nghiệm huyết học: Số lượng hồng cầu (T/L), lượng huyết sắc tố (g/l), nồng độ hematocrit (%), lượng huyết sắc tố trung bình hồng cầu (MCH), nồng độ huyết sắc tố trung bình hồng cầu (MCHC), thể tích trung bình hồng cầu (MCV).

- Xét nghiệm sinh hoá máu: Ure, creatinine, glucose, AST, ALT, sắt, ferritin.

Dựa vào lâm sàng, các xét nghiệm để chẩn đoán nguyên nhân thiếu máu nhược sắc là do giảm cung cấp sắt hay mất sắt do mất máu hoặc do các nguyên nhân phối hợp.

**2.4. Tiêu chuẩn đánh giá**

- Tiêu chuẩn chẩn đoán thiếu máu: theo khuyến cáo của tổ chức y tế thế giới (WHO) gọi là thiếu máu khi nồng độ Hemoglobin (HGB) <120g/l [5]. Thiếu máu nhẹ: 100 ≤ HGB < 120g/l; Thiếu máu vừa 70 ≤ HGB < 100 g/l và thiếu máu nặng HGB < 70 g/l.

- Phân loại thiếu máu dựa kích thước hồng

cầu (HC): HC nhỏ: MCV < 85 fL; HC bình thường: 85 ≤ MCV ≤ 100 fL; HC to: MCV > 100 fL.

- Phân loại thiếu máu dựa đặc điểm HC:

Thiếu máu nhược sắc: MCH < 28 pg và MCHC <320 g/L; Thiếu máu bình sắc: 28 ≤ MCH ≤ 36 pg và 320 ≤ MCHC ≤ 380 g/L; Thiếu máu ưu sắc: MCV > 36 pg và MCHC > 380 g/L.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt giai đoạn sớm dựa vào nồng độ Ferritin huyết thanh (SF) bằng phương pháp ELISA. Dự trữ sắt thấp: Ferritin < 30 µg/l; Dự trữ sắt cạn kiệt: Ferritin < 15 µg/l. Theo WHO gọi là thiếu máu thiếu sắt khi bệnh nhân có thiếu máu hồng cầu nhỏ, nhược sắc và ferritin huyết thanh giảm <15µg/l [5].

**2.5. Phương pháp xử lý số liệu.** Số liệu sau khi thu thập được nhập và xử lý bằng phần mềm MicrosoftExcel và SPSS 22. Các số liệu nghiên cứu được xử lý thống kê theo phương pháp t-test Student. Số liệu được biểu diễn dưới dạng: (X̄ ±SD). Sự khác biệt có ý nghĩa khi p < 0,05.

**III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng thiếu máu ở đối tượng nghiên cứu**

	Số BN (n=56)	Tỷ lệ %
Giảm khả năng tập trung	12	21,4
Đau đầu chóng mặt	23	41,1
Mệt mỏi, mất ngủ	19	33,9
Da xanh niêm mạc nhợt	43	76,8
Móng tay khô	12	21,4
Rụng tóc	12	21,4
Hồi hộp đánh trống ngực	32	57,1
Chán ăn	11	19,6
Tiêu chảy	12	21,4
Táo bón	11	19,6
Đau mỏi cơ khớp	24	42,8
Rối loạn kinh nguyệt	8	14,3

Triệu chứng thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi: Da xanh niêm mạc nhợt (76,8%), hồi hộp đánh trống ngực (57,1%), đau mỏi cơ khớp (42,8%), đau đầu chóng mặt (41,1%). Còn theo Mai Quang Huy thì triệu chứng thường gặp nhất là giảm sức lao động (17,3%), hoa mắt, chóng mặt (20,0%), chán ăn (14,7%). Các triệu chứng thực thể thường gặp là da xanh, niêm mạc nhạt màu (80,0%). Lưỡi nhạt màu 13,3%, tóc rụng 10,7% [2].

**Bảng 2. Các chỉ số hồng cầu máu ngoại vi ở đối tượng nghiên cứu**

Chỉ số hồng cầu máu ngoại vi	X̄ ±SD (n=56)
RBC (T/L)	2,19 ± 0,78

HGB (g/L)	83,77 ± 21,65
MCV (fL)	76,48 ± 9,86
HCT (L/L)	0,301 ± 0,053
MCH (pg)	23,67 ± 3,10
MCHC (g/L)	311,19 ± 22,86
RDW-CV (%)	16,62 ± 2,53

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi một số chỉ số huyết học có giá trị trung bình là: RBC là  $2,19 \pm 0,78$  T/L, HGB là  $83,77 \pm 21,65$  g/L, MCV là  $76,48 \pm 9,86$  fL. Nghiên cứu của Jain S. và cộng sự (2010) là  $78 \pm 20$  (g/L), của tác giả Chen YF. và cộng sự (2020) là  $109,08 \pm 17,96$  (g/L) [6].

**Bảng 3. Chỉ số sắt và ferritin huyết thanh ở đối tượng nghiên cứu**

Fe huyết thanh ( $\mu\text{mol/l}$ )	Số BN (n=56)	Tỷ lệ %
< 11	16	28,6
11 - 27	40	71,4
Ferritin ( $\mu\text{g/l}$ )		
Dự trữ sắt thấp	41	73,2
Dự trữ sắt cạn kiệt	15	26,8

Ferritin huyết thanh là xét nghiệm đánh giá gián tiếp lượng sắt dự trữ và chiếm khoảng 1/8 lượng sắt dự trữ trong hệ thống liên vòng nội mô. Nồng độ ferritin huyết thanh thường dùng làm chỉ số chính trong chẩn đoán thiếu máu thiếu sắt tuyệt đối, do tính chính xác và độ nhạy cao. 28,6% trường hợp Fe huyết thanh giảm <  $11 \mu\text{mol/l}$ , dự trữ sắt thấp chiếm 73,2%, dự trữ sắt cạn kiệt chiếm 26,8%. Theo Mai Quang Huy tỷ lệ tăng Ferritin là 48,7%, tỷ lệ giảm sắt huyết thanh là 89,2% [2].

**Bảng 4. Phân loại mức độ thiếu máu theo nồng độ HGB ở đối tượng nghiên cứu**

	Số BN (n=56)	Tỷ lệ %
Thiếu máu nhẹ $90 - < 120$	32	57,1
Thiếu máu vừa $70 - < 90$	13	23,2
Thiếu máu nặng $< 70$	11	19,6

Kết quả phân loại mức độ thiếu máu theo nồng độ HGB ở đối tượng nghiên cứu của chúng tôi: nhẹ chiếm 57,1%, vừa chiếm 23,2% và nặng chiếm 19,6%.

Nghiên cứu của Nguyễn Trọng Hưng (2019) cho thấy có tới 54,2% bệnh nhân bị thiếu máu (ngưỡng huyết sắc tố <  $120\text{g/l}$ ); 4,2% bệnh nhân bị thiếu máu nặng, 8,3% bệnh nhân thiếu máu mức vừa, 41,7% bệnh nhân thiếu máu nhẹ. Nghiên cứu của Vũ Thị Thanh (2011) là 81,4%, của Nguyễn Thị Thu Hà (2005) là 94%. Chen YF. và cộng sự năm 2020 [6], thiếu máu nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất là 71,7%; thiếu máu vừa và nặng chỉ chiếm 28,3%. Nguyễn Chí Thành thiếu máu mức độ nhẹ (67,2%), 35 bệnh nhân thiếu máu

mức độ vừa (28,7%) và 05 bệnh nhân thiếu máu mức độ nặng (4,1%) [3].

**Bảng 5. Nguyên nhân thiếu máu nhược sắc ở đối tượng nghiên cứu**

Nguyên nhân	Số BN (n=56)	Tỷ lệ %
Giun móc	9	16,1
U xơ tử cung	6	10,7
Trĩ	22	39,3
Viêm loét dạ dày tá tràng	19	33,9

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi: Nguyên nhân thiếu máu ở đối tượng nghiên cứu hay gặp là viêm loét dạ dày tá tràng chiếm 33,9%, trĩ chiếm 39,3%, u xơ tử cung chiếm 10,7%, giun móc chiếm 16,1%.

**IV. KẾT LUẬN**

Triệu chứng lâm sàng thường gặp: Da xanh niêm mạc nhợt (76,8%), hồi hộp đánh trống ngực (57,1%), đau mỏi cơ khớp (42,8%), đau đầu chóng mặt (41,1%).

Giá trị trung bình của RBC là  $2,19 \pm 0,78$  T/L, của HGB là  $83,77 \pm 21,65$  g/L, của MCV là  $76,48 \pm 9,86$  fL.

Mức độ thiếu máu nhẹ chiếm 57,1%, vừa chiếm 23,2% và nặng chiếm 19,6%.

28,6% trường hợp sắt huyết thanh giảm <  $11 \mu\text{mol/l}$ , dự trữ sắt thấp chiếm 73,2%, dự trữ sắt cạn kiệt chiếm 26,8%.

Nguyên nhân thiếu máu do viêm loét dạ dày tá tràng chiếm 33,9%, trĩ chiếm 39,3%, u xơ tử cung chiếm 10,7%, giun móc chiếm 16,1%.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Bộ môn Phụ sản** (2021), Sản khoa – phần 3: Sản Bệnh lý – Khoa Y, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Nhà Xuất bản Y học tr 59-73
- Mai Quang Huy** (2022) Đặc điểm của hội chứng thiếu máu ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp Tạp Chí Y Học Lâm Sàng - Số 80: 59-65
- Nguyễn Chí Thành** (2022) Một số đặc điểm xét nghiệm huyết học của bệnh nhân thiếu máu do viêm mạn tính tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. TCNCYH 159 (11) 187-194
- World Health Organization: WHO & World Health Organization: WHO.** (2023, May 1). Anaemia. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/anaemia>
- WHO**, (2017), Nutritional anemias tools for effective prevention and control, This work is available under the Creative Commons AttributionNonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BYNC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>),
- Chen Y fan, Xu S qian, Xu Y chen, et al.** Inflammatory anemia may be an indicator for predicting disease activity and structural damage in Chinese patients with rheumatoid arthritis. Clin Rheumatol. Published online January 9, 2020. doi:10.1007/s10067-019-04873-y

## CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BONG THỂ MI SAU CHẤN THƯƠNG ĐỤNG DẬP NHÃN CẦU

Trần Trung Kiên\*, Thẩm Trương Khánh Vân\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị bước đầu bong thể mi sau chấn thương đụng dập nhãn cầu và một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị bong thể mi về mặt giải phẫu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả tiến cứu không có nhóm chứng trên 60 mắt bong thể mi sau chấn thương đụng dập nhãn cầu được điều trị khoa Chấn thương và phòng khám ngoại trú Bệnh viện Mắt Trung ương từ 01/2017 đến 07/2018. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân là nam giới, tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 6/1. Độ tuổi trung bình là 39,0±12,3 tuổi, đa số trong nhóm tuổi 31 – 50 tuổi. Thị lực trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu trước điều trị là 0,2±0,3, sau 3 tuần là 0,08±0,16 và sau 3 tháng là 0,05±0,08. Nhãn áp trung bình trước điều trị là 14,3±4,7 mmHg. Sau điều trị 3 tháng, nhãn áp trung bình là 19,9 ± 2,9 mmHg. Tỷ lệ tăng nhãn áp sau 3 tuần điều trị là 8,3%. Tỷ lệ bệnh lý hoàng điểm nhãn áp thấp là 36,7%. Nhãn áp và mức độ sâu của khe bong thể mi khi vào viện có tương quan nghịch với nhau ( $r=-0,4$ ,  $p=0,0015$ ). Các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị về mặt giải phẫu bao gồm độ sâu khe bong thể mi ban đầu, mức độ bong thể mi ban đầu phân loại theo độ rộng khe bong, bệnh hoàng điểm nhãn áp thấp và phân loại nhãn áp trước điều trị. Kết quả điều trị không phụ thuộc vào các yếu tố tuổi, giới, thời gian từ khi chấn thương tới khi điều trị và thị lực trước điều trị. **Kết luận:** Bong thể mi là tổn thương trầm trọng gặp trong chấn thương đụng dập nhãn cầu. Điều trị bong thể mi phụ thuộc vào mức độ bong và các tổn thương phối hợp. Một số yếu tố có thể được sử dụng để tiên lượng khả năng điều trị thành công về mặt giải phẫu.

### SUMMARY

#### DIAGNOSIS AND TREATMENT CYCLODISYSLYSIS AFTER OCULAR BLUNT TRAUMA

**Objective:** To evaluate the initial outcomes and some factors affecting the anatomical results of treatment of cyclodialysis after ocular blunt trauma. **Subjects and research methods:** A prospective descriptive study without a control group on 60 eyes diagnosed with cyclodialysis after ocular blunt trauma treated at the Trauma department and outpatient clinic of Vietnam National Eye Hospital from 01/ 2017 to 07/2018. **Results:** Most patients were male, the ratio male / female was approximately 6/1. The average age was 39,0 ± 12,3, most of them were in the groups of 31 – 50 years old. The average visual acuity (VA) pre – treatment was 0.2±0.3, after 3

weeks it was 0.08±0.16 and after 3 months it was 0.05±0.08. The average intraocular pressure (IOP) pre - treatment was 14.3±4.7 mmHg. After 3 months of treatment, the average IOP was 19.9 ± 2.9 mmHg. The percentage of patients with high IOP after 3 weeks of treatment was 8.3%. The proportion of hypotony maculopathy was 36,7%. IOP and the depth of cyclodialysis cleft were inversely correlated ( $r=-0.4$ ,  $p=0.0015$ ). Factors affecting the anatomical outcome included initial depth of cyclodialysis cleft, initial grade of cyclodialysis, hypotony maculopathy, and pre-treatment IOP. Age, gender, time from injury to treatment and pre - treatment visual acuity had no effect on the anatomical outcome. **Conclusion:** Cyclodialysis is a serious injury in ocular blunt trauma. Treatment of cyclodialysis depend on the grade and associated injuries. Some factors can be used to prognosis the anatomical outcome.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bong thể mi là tình trạng một phần hoặc toàn bộ dải cơ dọc thể mi tách khỏi cửa củng mạc, dẫn tới sự nối thông bất thường giữa tiền phòng và khoang dưới thể mi – hắc mạc<sup>1</sup>. Bong thể mi là một biến chứng nặng sau chấn thương đụng dập nhãn cầu, trực nhãn cầu bị nén đột ngột, rách đạo nhãn cầu giãn ra gây co kéo, rách và bong các tổ chức nội nhãn<sup>2</sup>. Bong thể mi dẫn đến giảm thị lực, đục thể thủy tinh, viêm màng bồ đào, nhãn áp thấp kéo dài, phù hoàng điểm do nhãn áp thấp và có thể dẫn tới teo nhãn cầu<sup>3</sup>. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Chẩn đoán và điều trị bong thể mi sau chấn thương đụng dập nhãn cầu" với 2 mục tiêu:

1. Đánh giá kết quả điều trị bước đầu bong thể mi sau chấn thương đụng dập nhãn cầu.
2. Một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị bong thể mi về mặt giải phẫu.

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

**2.1 Đối tượng nghiên cứu.** Là 60 mắt trên 49 bệnh nhân được chẩn đoán bong thể mi sau chấn thương đụng dập nhãn cầu được điều trị tại khoa Chấn thương mắt và phòng khám ngoại trú Bệnh viện Mắt Trung ương từ 01/2017 đến 7/2018.

**Tiêu chuẩn lựa chọn.** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán bong thể mi sau chấn thương đụng dập nhãn cầu được chẩn đoán bằng siêu âm bán phần trước (UBM) và đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ.** Chúng tôi loại khỏi nghiên cứu tất cả các bệnh nhân bị bong thể mi

\*Bệnh viện Mắt TW

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trung Kiên

Email: dr.ttkien@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 7.8.2024

Ngày duyệt bài: 30.8.2024