

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA HỒI PHỤC TĂNG CƯỜNG TRONG PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM RUỘT THỪA CẤP Ở TRẺ EM

Huỳnh Giới¹, Hồ Văn Quang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của việc áp dụng phác đồ phục hồi tăng cường (ERAS - Enhanced Recovery After Surgery) trong phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt ruột thừa viêm ở trẻ em. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu phân tích các bệnh nhi viêm ruột thừa cấp được PTNS cắt ruột thừa. Thông tin nghiên cứu gồm tuổi, giới, áp dụng phác đồ ERAS và kết quả lâm sàng. **Kết quả:** Có 77 bệnh nhi được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình $10,9 \pm 2,8$ tuổi. Tỷ lệ nữ/nam = 1/1,96. Tất cả bệnh nhi được áp dụng phác đồ ERAS của bệnh viện. Thời gian mổ $33,2 \pm 5,1$ phút, 98,7% trường hợp uống nước lần đầu trong 6 giờ sau mổ, 66,2% trường hợp ăn hoàn toàn bằng đường miệng trong 12 giờ sau mổ. Tỷ lệ bệnh nhi nôn sau mổ 5,2%, nhiễm trùng vết mổ 2,6%, áp xe tồn dư 3,9%, tái nhập viện trong 30 ngày sau mổ 2,6%, không có trường hợp nào mổ lại. Thời gian nằm viện trung bình $3,1 \pm 0,8$ ngày. **Kết luận:** Áp dụng ERAS trong PTNS cắt ruột thừa ở trẻ em là an toàn và hiệu quả, làm giảm ngày nằm viện nhưng không tăng tỷ lệ biến chứng sau mổ, tỷ lệ tái nhập viện và mổ lại.

Từ khóa: Hồi phục tăng cường sau mổ; Viêm ruột thừa ở trẻ em

SUMMARY

EVALUATING THE EFFICACY OF ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY IN PEDIATRIC APPENDICITIS

Objective: To evaluate the effectiveness of implementing the enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol in laparoscopic appendectomy (LA) for pediatric appendicitis. **Methods:** A retrospective study was conducted to analyze pediatric patients with acute appendicitis who underwent LA appendectomy. The study included information on age, gender, ERAS protocol implementation, and clinical outcomes. **Results:** A total of 77 patients were included in the study. The mean age was 10.9 ± 2.8 years. The female-to-male ratio was 1:1.96. All patients received the hospital's ERAS protocol. The mean operating time was 33.2 ± 5.1 minutes. The first oral intake of water was initiated within 6 hours postoperatively in 98.7% of cases, and full oral intake was achieved within 12 hours postoperatively in 66.2% of cases. The postoperative nausea and vomiting rate was 5.2%, the surgical site infection rate was 2.6%, residual abscess rate was 3.9%, 30-day readmission rate was 2.6%, and there was no reoperation. The mean length

of hospital stay was 3.1 ± 0.8 days. **Conclusion:** The implementation of ERAS in LA for pediatric appendicitis is safe and effective, reducing the length of hospital stay without increasing postoperative complication rates, readmission rates, or reoperation rates. **Keywords:** Enhanced recovery after surgery; Pediatric appendicitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phục hồi sau phẫu thuật là một quá trình khó khăn đối với tất cả các bệnh nhân, nhưng mức độ khó khăn này phụ thuộc vào nhiều yếu tố như loại phẫu thuật, tình trạng bệnh nhân, tuổi và các yếu tố khác. Đối với trẻ em, quá trình phục hồi sau phẫu thuật có thể phức tạp hơn do trẻ bị tác động rất lớn bởi môi trường bệnh viện hoặc khó khăn trong việc diễn đạt những lo lắng và khó chịu của mình. Do đó, cần có sự chăm sóc đặc biệt hơn để cải thiện quá trình phục hồi sau phẫu thuật ở trẻ em.¹ Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã được tiến hành để giúp trẻ em thích ứng tốt hơn với sự căng thẳng của phẫu thuật và giảm thiểu sự khó chịu. Các nghiên cứu đã chứng minh rằng các phác đồ phục hồi tăng cường (ERAS -Enhanced Recovery After Surgery) có thể áp dụng an toàn cho trẻ em trong phẫu thuật đường tiêu hóa thường quy.^{1,2} Việc sử dụng ERAS trong phẫu thuật người lớn đã được thực hiện thường quy.³ Tuy nhiên, áp dụng ERAS trong phẫu thuật ở trẻ em còn rất ít được nghiên cứu, đặc biệt là trong phẫu thuật ổ bụng cấp cứu, hiện chưa có sự đồng thuận và hướng dẫn cụ thể.

Một số nghiên cứu ở trẻ em đã cho thấy việc áp dụng nhịn ăn tối thiểu trước phẫu thuật, bắt đầu cho ăn đường miệng sớm, tránh đặt đường truyền tĩnh mạch và dẫn lưu thường quy đã rút ngắn thời gian nằm viện sau phẫu thuật, giảm chi phí nằm viện và đẩy nhanh quá trình phục hồi sau phẫu thuật mà không làm tăng tỷ lệ biến chứng.^{1,2} Tuy nhiên, tại Việt Nam, ERAS chưa được áp dụng thường quy trong phẫu thuật trẻ em. Nghiên cứu này thực hiện nhằm đánh giá việc triển khai ERAS có mang lại hiệu quả cho bệnh nhi cắt ruột thừa hay không?

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả của việc áp dụng phác đồ phục hồi tăng cường sau phẫu thuật cắt ruột thừa viêm ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Tất cả bệnh nhi, được chẩn đoán viêm ruột thừa cấp và được chỉ định phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi từ tháng 01/2022 đến

¹Bệnh viện Phúc Hưng

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Giới

Email: bsgioiqn@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2024

Ngày duyệt bài: 8.10.2024

tháng 3/2024 tại Bệnh viện Đa khoa Phúc Hưng.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

- (1) Tất cả bệnh nhi ≤ 15 tuổi
- (2) Có triệu chứng, dấu chứng lâm sàng, xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh viêm ruột thừa cấp chưa biến chứng.
- (3) Được phẫu thuật cắt ruột thừa nội soi.
- (4) Được can thiệp trước, trong và sau mổ theo một số tiêu chuẩn của Phác đồ hồi phục tăng cường sau phẫu thuật (Bảng 1)
- (5) Phân loại gây mê: ASA 1 và 2.

Bảng 1. Phác đồ hồi phục tăng cường sau phẫu thuật

Giai đoạn tiền phẫu	Tư vấn bệnh nhân/người chăm sóc Thời gian nhịn ăn giới hạn (tối đa 6 giờ) Kháng sinh dự phòng Không chuẩn bị đường ruột Hướng dẫn đi tiểu và không đặt thông tiểu thường quy
Giai đoạn trong mổ	Gây mê nội khí quản Duy trì nhiệt độ cơ thể ≥ 36 °C Phẫu thuật nội soi ổ bụng Không đặt dẫn lưu Rút thông dạ dày (nếu có) khi kết thúc phẫu thuật Tiêm Lidocaine (2%; 2 ml) pha loãng vào dưới da mỗi vết mổ
Giai đoạn hậu phẫu	Giảm đau bằng paracetamol, hạn chế tối đa sử dụng thuốc giảm đau thuộc họ Morphin Hạn chế truyền dịch Hạn chế hoặc không sử dụng thông dạ dày Hạn chế hoặc không sử dụng các loại dẫn lưu khác (dẫn lưu ổ bụng, thông tiểu) Bắt đầu ăn uống đường miệng sớm Vận động sớm

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- (1) Bệnh nhân trên 15 tuổi;
- (2) Tiền sử phẫu thuật bụng trước đây;
- (3) Có các triệu chứng liên quan đến hơn 2 tuần hoặc có tiền sử viêm ruột thừa mạn tính;
- (4) Có bệnh nền khác hoặc có bất thường về giải phẫu;
- (5) Bệnh nhân không thể dung nạp phẫu thuật nội soi hoặc phẫu thuật nội soi thất bại và phải chuyển sang mổ mở.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Các thông tin nghiên cứu: Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, số lượng bạch cầu, tỷ lệ bạch cầu trung tính, dấu hiệu chẩn đoán hình ảnh, thời gian mổ, giải phẫu bệnh ruột thừa, các tai biến trong mổ, các biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện, tỷ lệ tái khám cấp cứu, tái nhập viện trong vòng 30 ngày, mổ lại trong vòng 90 ngày sau phẫu thuật.

2.2.2. Đánh giá kết quả: Thời gian nằm viện sau phẫu thuật; biến chứng sau phẫu thuật liên quan đến việc triển khai phác đồ ERAS được đo bằng tỷ lệ bệnh nhi tái khám cấp cứu, tái nhập viện trong vòng 30 ngày, mổ lại trong vòng 90 ngày sau phẫu thuật.

Bệnh nhân được xuất viện khi tình trạng toàn thân tốt, kiểm soát được đau, ăn uống đường miệng hoàn toàn, tiểu tiện và đại tiện bình thường.

2.2.3. Xử lý số liệu: số liệu được nhập vào phần mềm Epidata 3.1 và được xử lý trên phần mềm STATA 16.0. Số liệu được trình bày theo thống kê mô tả dưới dạng: tần suất, tỷ lệ %, trung bình cộng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 3 năm 2024 có 77 bệnh nhi được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là 10,9 ± 2,8 tuổi, nhỏ nhất 5 tuổi, lớn nhất 15 tuổi. Lứa tuổi gặp nhiều nhất là 11 – 15 tuổi, chiếm tỷ lệ 54,5%. Trẻ nam gặp nhiều hơn trẻ nữ với tỷ số 1,96/1. Triệu chứng đau bụng và phản ứng thành bụng gặp trong tất cả các trường hợp (100%). Tuy nhiên, sốt và nôn ít gặp (15,6%). Bạch cầu tăng trong hầu hết trường hợp (94,8%) nhưng tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính chỉ tăng trong 61% trường hợp. Siêu âm chẩn đoán xác định và chính xác trong hầu hết trường hợp (93,5%) và chỉ có 6,5% trường hợp không xác định được chẩn đoán nên phải sử dụng chụp cắt lớp vi tính ổ bụng để chẩn đoán. Thương tổn giải phẫu bệnh ruột thừa chủ yếu là viêm nung mủ (93,5%). Thời gian phẫu thuật trung bình 33,2 ± 5.1 phút (Bảng 2)

Bảng 2. Đặc điểm bệnh nhi nghiên cứu

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Tuổi (năm): ≤ 5	1	1,3
6 – 10	34	44,2
11 - 15	42	54,5
Giới: - Nữ	26	33,8
- Nam	51	66,2
Triệu chứng lâm sàng		
- Đau bụng	77	100,0
- Nôn	12	15,6
- Sốt	12	15,6
- Phản ứng thành bụng	77	100,0
Xét nghiệm		
- Bạch cầu tăng	73	94,8
- Tỷ lệ bạch cầu trung tính tăng	47	61,0
Chẩn đoán hình ảnh		
- Siêu âm chẩn đoán xác định	72	93,5
- Cắt lớp vi tính chẩn đoán xác định	5	6,5
Thương tổn ruột thừa		

- Viêm cấp	5	6,5
- Nung mủ	72	93,5
Dẫn lưu ổ bụng: - Có	1	1,3
- Không	76	98,7
Thời gian phẫu thuật (phút)	33,2 ± 5,1 (20 - 45)	

Bệnh nhân trong nghiên cứu đều được áp dụng một số yếu tố của ERAS, bao gồm tư vấn tiền phẫu cho bệnh nhân/cha mẹ, thời gian nhịn ăn hạn chế, dự phòng kháng sinh và không chuẩn bị đường ruột. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được phẫu thuật cắt ruột thừa dưới gây mê toàn thân và không có bệnh nhân nào phải đặt thông dạ dày hoặc thông tiểu sau mổ. Tất cả bệnh nhân đều được đánh giá và kiểm soát đau sau mổ theo cùng một cách. Dẫn lưu ổ bụng không được sử dụng thường xuyên, chỉ có 1 (1,3%) trường hợp đặt dẫn lưu ổ bụng do phải khâu gốc ruột thừa hoại tử qua nội soi. Tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật nội soi ổ bụng (Bảng 1). Sau mổ, chỉ có 5,2% trường hợp có triệu chứng nôn, phải sử dụng thuốc chống nôn. Hầu hết trường hợp (98,7%) uống được nước lần đầu trong vòng 6 giờ sau mổ; có 1 (1,3%) trường hợp nôn nhiều sau khi tỉnh nên sau mổ 8 giờ mới bắt đầu uống nước. Có 66,2% trường hợp ăn hoàn toàn bằng đường miệng trong vòng 12 giờ và 33,8% trường hợp ăn hoàn toàn bằng đường miệng trong vòng 13 – 24 giờ (Bảng 3).

Bảng 3. Diễn biến sau mổ

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Nôn: - Không	73	94,8
- Có	4	5,2
Uống nước lần đầu sau mổ (giờ): - ≤ 6	76	98,7
- > 6	1	1,3
An hoàn toàn bằng đường miệng (giờ): - ≤ 12	51	66,2
- 13 - 24	26	33,8

Bảng 4. Biến chứng sau mổ

Kết quả	n	Tỷ lệ %
Chảy máu vùng mổ	0	0,0
Nhiễm trùng vết mổ	2	2,6
Áp xe tồn lưu	3	3,9
Tái khám cấp cứu	0	0,0
Tái nhập viện trong vòng 30 ngày	2	2,6
Mổ lại trong vòng 90 ngày	0	0,0
Thời gian nằm viện (ngày)	3,1±0.8 (2-5)	

Chỉ có 2,6% trường hợp bị nhiễm trùng nhe vết mổ trocar được thay bằng và sử dụng kháng sinh đường uống. Có 3,9% trường hợp bị áp xe tồn dư trong ổ bụng, kích thước áp xe < 3 cm nên được điều trị bảo tồn bằng kháng sinh, trong đó 2,6% trường hợp phải tái nhập viện trong vòng 30 ngày để truyền kháng sinh tĩnh

mạch. Không có trường hợp nào phải mổ lại trong vòng 90 ngày sau mổ cắt ruột thừa. Thời gian nằm viện trung bình là 3,1 ± 0,8 ngày (Bảng 4).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 10,9 ± 2,8 tuổi, chỉ có 1,3% trường hợp dưới 5 tuổi, 44,2% từ 6 - 10 tuổi và 54,5% từ 10 - 15 tuổi. Tuổi trung bình trong các nghiên cứu dao động từ 10 – 11,4 tuổi.^{2,4} Nghiên cứu của Taher¹ có 10,9% bệnh nhi ≤ 5 tuổi, 54,5% tuổi từ 6-10 tuổi và 34,5% tuổi từ 11-18 tuổi. Tỷ lệ trẻ nam gấp 1,96 lần trẻ nữ, các nghiên cứu khác cho thấy tỷ lệ nam/nữ dao động từ 1,04/1 – 2,60/1.^{1,2}

Trong mổ chỉ có 1,3% trường hợp cần đặt dẫn lưu ổ bụng, hầu hết các trường hợp còn lại không đặt dẫn lưu ổ bụng. Nghiên cứu của Taher¹ có 7,3% trường hợp có đặt dẫn lưu ổ bụng. Đặt dẫn lưu ổ bụng sẽ gây đau cho bệnh nhi sau mổ nên trẻ khó vận động sớm, làm chậm quá trình hồi phục. Do đó, cần hạn chế tối đa đặt dẫn lưu ổ bụng sẽ giúp trẻ vận động sớm, thúc đẩy quá trình hồi phục nhanh hơn. Thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu chúng tôi là 33,2 ± 5,1 phút nhanh hơn trong nghiên cứu của Liu⁵ là 56 ± 1,83 phút và Zhang² là 70 phút. Các nghiên cứu cho thấy thời gian mổ ngắn, áp lực bơm CO2 ổ bụng thấp cũng là các yếu tố giúp hồi phục nhanh sau mổ.³

Về diễn biến sau mổ, chỉ có 5,4% trường hợp nôn phải dùng thuốc chống nôn. Nghiên cứu của Zhang² có 7,4% trường hợp nôn sau mổ. Nôn sau mổ làm cho bệnh nhi không uống được nước và chậm ăn trở lại bằng đường miệng. Hầu hết các trường hợp còn lại không nôn nên có thể uống nước sớm khi bệnh nhi tỉnh táo hoàn toàn sau gây mê. Chính vì vậy, có đến 98,7% bệnh nhi uống nước lần đầu trong vòng 6 giờ sau mổ, giúp hạn chế lượng dịch truyền, kích thích nhu động ruột và rút ngắn thời gian ăn hoàn toàn bằng đường miệng với tỷ lệ 66,2% trường hợp trong vòng 12 giờ sau mổ, góp phần thúc đẩy nhanh quá trình hồi phục. Nghiên cứu của Taher¹ chỉ có 61,8% bệnh nhi uống nước lần đầu trong vòng 12 giờ sau mổ. Ngược lại, nghiên cứu của Jeski⁶ có 100% bệnh nhi uống nước lần đầu trong 8 giờ sau mổ.

Về biến chứng sau mổ, chỉ có 2,6% nhiễm trùng lỗ trocar mức độ nhẹ, chỉ cần thay băng và sử dụng kháng sinh đường uống. Nhiễm trùng vết mổ trong PTNS cắt ruột thừa thường khoảng 5% trường hợp.^{7,8} Có 3,9% trường hợp bị áp xe tồn dư nhưng kích thước ổ áp xe nhỏ dưới 3 cm

nên chỉ cần điều trị bảo tồn mà không cần đặt dẫn lưu ổ mù. Các nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ áp xe tồn dư thay đổi từ 0,4% - 3,7% trường hợp.^{2,4} Không có trường hợp nào phải tái khám cấp cứu. Có 2,6 % trường hợp tái nhập viện do áp xe tồn dư để truyền kháng sinh và ổ áp xe đã thoái triển mà không cần phải chọc hút dẫn lưu. Không có trường hợp nào phải mổ lại trong vòng 90 ngày sau phẫu thuật. Nghiên cứu của Taher¹ cho thấy tỷ lệ tái khám cấp cứu là 5,5% và của Pennell⁴ là 6,3%. Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tái nhập viện trong 30 ngày dao động từ 1,8% - 3,6% trường hợp^{1,4} và tỷ lệ mổ lại trong vòng 90 ngày thay đổi từ 0,4% - 1,8% trường hợp.^{1,4} Như vậy tỷ lệ biến chứng sau mổ của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu khác.

Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu chúng tôi là 3.1 ± 0.8 ngày. Thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn trong nghiên cứu của Zhang² (4,43 ngày) nhưng dài hơn trong nghiên cứu của Taher¹ (2,24 \pm 1,52 ngày). Mặt khác, thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn so với các phương pháp chăm sóc truyền thống từ 4,51 - 6,91 ngày.^{5,8} Điều này cho thấy việc áp dụng ERAS trong phẫu thuật cắt ruột thừa ở trẻ em làm giảm thời gian nằm viện, giúp bệnh nhi sớm trở lại trường học, bố mẹ sớm trở lại công việc và có thể giảm được chi phí điều trị.

V. KẾT LUẬN

Áp dụng ERAS trong PTNS cắt ruột thừa ở trẻ em là an toàn và hiệu quả, không làm tăng tỷ lệ biến chứng sau mổ, tỷ lệ tái nhập viện và mổ lại, giúp bệnh nhi phục hồi sớm và làm giảm ngày nằm viện so với cách chăm sóc truyền thống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Al-TaHER R, Alshahwan H, Abdelhadi S, et al.** Enhanced recovery concepts in paediatric patients who underwent appendectomy: a retrospective cohort study at a tertiary university hospital. *Journal of International Medical Research*. 2023;51(2):03000605231158524.
2. **Zhang S-M, Chen J, Li H, et al.** Clinical application of enhanced recovery after surgery concept in laparoscopic treatment of pediatric acute appendicitis. *Pediatric Surgery International*. 2023;39(1):178.
3. **Nechay T, Sazhin A, Titkova S, et al.** Evaluation of enhanced recovery after surgery program components implemented in laparoscopic appendectomy: prospective randomized clinical study. *Scientific Reports*. 2020;10(1):10749.
4. **Pennell C, Meckmongkol T, Arthur LG, et al.** A standardized protocol for the management of appendicitis in children reduces resource utilization. *Pediatric quality*. 2020;5(6):e357.
5. **Liu J, Chen G, Mao X, et al.** Single-incision laparoscopic appendectomy versus traditional three-hole laparoscopic appendectomy for acute appendicitis in children by senior pediatric surgeons: a multicenter study from China. *Frontiers in Pediatrics*. 2023;11:1224113.
6. **Jeski MA, Stainger JD, Schafer MS, Osten AW, Connors GP.** Reducing Post-Operative Hospital Length of Stay following Uncomplicated Appendectomy in Pediatric Patients: A Prospective Clinical Study. *Healthcare*. 2024, 12, 474. <https://doi.org/10.3390/healthcare12040474>.
7. **Trương Nguyễn Uy Linh.** Ngoại Nhi lâm sàng. Nhà xuất bản Y học; 2018:152-160.
8. **Botchway E, Marcisz L, Schoeman H, Botchway PPK, Mabitsela EM, Tshifularo N.** Laparoscopic versus open appendectomy: A retrospective cohort study on the management of acute appendicitis (simple and complicated) in children under 13 years of age. *African Journal of Paediatric Surgery*. 2021;18(4):182-186.

MỘT VÀI TRƯỜNG HỢP TRẺ BỊ BỆNH VỔNG MẠC TRẺ ĐẸ NON KHÔNG ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ ANTI-VEGF NỘI NHÃN

Phạm Thị Tuyết Quỳnh¹, Nguyễn Ngân Hà², Nguyễn Minh Phú²

TÓM TẮT

Bệnh vồng mạc trẻ đẻ non là một bệnh mắt rất đặc thù chỉ gặp ở những trẻ đẻ thiếu tháng, nhẹ cân. Đối tượng bệnh là những trẻ sinh non nên có rất

nhều bệnh toàn thân nặng, sức đề kháng kém, ngoài ra không phải tất cả các bác sĩ mắt đều có thể khám sàng lọc, theo dõi và điều trị bệnh vồng mạc trẻ đẻ non được do đó việc theo dõi và điều trị bệnh cũng gặp nhiều khó khăn. Ngày nay chỉ định tiêm nội nhãn anti-VEGF cho những trẻ có bệnh vồng mạc trẻ đẻ non đang ngày càng rộng rãi hơn và cho kết quả rất khả quan. Tuy nhiên sau một thời gian tìm hiểu tôi thấy vẫn có những trường hợp trẻ không đáp ứng với điều trị anti-VEGF nội nhãn, làm bệnh tiến triển nặng thêm và cần phải can thiệp thêm bằng phẫu thuật hoặc laser cho nhiều kết quả khả quan.

Từ khóa: bệnh vồng mạc trẻ đẻ non, ROP, anti-VEGF

¹Bệnh viện Mắt Thái Bình

²Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Phú

Email: phamtuyetquynh222@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 9.9.2024

Ngày duyệt bài: 7.10.2024