

nhiên, các dữ liệu từ nghiên cứu này đóng vai trò quan trọng trong việc xác định phổ vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện, là nền tảng để xây dựng chiến lược kiểm soát nhiễm khuẩn và chính sách sử dụng kháng sinh hợp lý.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông năm 2021 ở mức trung bình thấp (7,7%). Tỷ lệ nhiễm khuẩn cao nhất được ghi nhận tại khoa Ngoại tiêu hóa với 19,5%, tiếp đến là khoa Ngoại thần kinh, Ngoại thận và Chấn thương chỉnh hình. Các tác nhân chính gây nhiễm khuẩn bao gồm *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, và *Staphylococcus epidermidis*. Từ kết quả nghiên cứu này, chúng tôi khuyến nghị việc nhấn mạnh sự cấp thiết trong cải thiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn, tăng cường tuân thủ vệ sinh và quy trình vô khuẩn tại bệnh viện, đặc biệt là ở các khoa có tỷ lệ nhiễm khuẩn cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Anh Thư (2011), Giáo trình kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

- Bộ Y tế (2012), "Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ", Ban hành kèm theo Quyết định số: 3671/QĐ -BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012 của Bộ Y tế.
- Nguyễn Quốc Anh (2008), "Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ tại Bệnh viện Bạch Mai", Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Bệnh viện Bạch Mai - JICA - WHO (2007), Những kiến thức cơ bản về kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện.
- Fehr J, Hatz C, Soka I, et al (2006), Risk factors for surgical site infection in a Tanzanian district hospital: a challenge for the traditional National Nosocomial Infections Surveillance system index. *Infection control and hospital epidemiology*, 27(12), 1401-1404.
- Hoàng Văn Dũng, Nguyễn Phi Long, Vũ Minh Hải Tuyên, Trần Trọng Dương (2016), Thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công an.
- Trần Thị Hà (2015), "Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện và một số yếu tố ảnh hưởng tại bệnh viện Đa khoa Nông Nghiệp năm 2015", Luận văn Thạc sĩ. Trường Đại học Y tế Công cộng. Hà Nội.
- Nguyễn Sử Minh Tuyết và cộng sự (2009), Khảo sát vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện Nhân dân Gia Định, Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, 13(6), 295-300.

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA CẤY CHỈ TRÊN HỌC SINH CẬN THỊ NHẸ

Bùi Tiến Hưng^{1,2}, Đinh Kim Chi³, Vũ Thị Hải Yến⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Sơ bộ đánh giá tác dụng của phương pháp cấy chỉ trên học sinh cận thị nhẹ. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị trên 34 học sinh độ tuổi 9-11 tuổi, tương đương 68 mắt được chẩn đoán cận thị nhẹ thuộc thể Cận huyết hư. **Kết quả:** Sau 30 ngày điều trị, độ cải thiện thị lực nhìn xa trung bình sau điều trị so với trước điều trị là $1,07/10 \pm 0,92$, độ cải thiện chỉ số khúc xạ trung bình sau điều trị so với trước điều trị là $0,04 \pm 0,10$ D. Sự cải thiện thị lực nhìn xa và chỉ số khúc xạ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ khóa: Cận thị, cấy chỉ, cận thị nhẹ, thể cận huyết hư.

SUMMARY

INITIAL EVALUATION OF THE EFFECT OF ACUPOINT CATGUT EMBEDDING ON LOW MYOPIA STUDENTS

Objective: Initial evaluation of the effect of acupoint catgut embedding on low myopia students. **Subjects, methods:** A clinical intervention study was conducted, comparing pre- and post-treatment outcomes in 34 students aged 9-11 years old, equivalent to 68 eyes diagnosed with low myopia of the liver blood deficiency type. **Results:** After 30 days of treatment, the average improvement in visual acuity after treatment compared to before treatment was $1.07/10 \pm 0.92$, the average improvement in refractive index after treatment compared to before treatment was 0.04 ± 0.10 D. The improvement in visual acuity and refractive index was statistically significant with $p < 0.05$.

Keywords: Myopia, acupoint catgut embedding, low myopia, liver blood deficiency type.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cận thị là tật khúc xạ của mắt phổ biến nhất hiện nay. Theo nghiên cứu của Holden và cộng sự năm 2016, ước tính có 22,9% dân số thế giới bị cận thị vào năm 2000, và dự đoán đến năm

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

³Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

⁴Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Thu Cúc

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Kim Chi

Email: kimchi.tq@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 27.11.2024

2050 sẽ có 49,8% dân số thế giới bị cận thị và tỷ lệ cận thị cao trên -6,00D là 9,8% dân số thế giới [6]. Điều đáng lo ngại là độ tuổi mắc cận thị ngày càng trẻ hóa. Tại Việt Nam, một nghiên cứu năm 2019 trên 7217 học sinh tại 4 tỉnh, thành phố đã cho kết quả tỷ lệ học sinh cận thị lên đến 32,8%, trong đó tỷ lệ ở thành phố cao hơn so với nông thôn (42,4% so với 22,9%; $p < 0,001$) [2]. Cận thị học đường đang trở thành vấn đề nhức nhối được cả xã hội quan tâm.

Những phương pháp điều trị cận thị theo Y học hiện đại (YHHĐ) hiện nay có thể kể đến như đeo kính điều chỉnh khúc xạ, kính tiếp xúc Orthokeratology, làm chậm tiến triển cận thị bằng thuốc, phẫu thuật khúc xạ. Tuy nhiên các phương pháp đều có thể gây ra một số bất lợi cho bệnh nhân. Y học cổ truyền (YHCT) xếp cận thị vào chứng "thị bất khả viễn" hay "nặng cận khứ viễn" [4].

Các phương pháp điều trị cận thị bằng YHCT bao gồm dùng thuốc sắc, châm cứu, xoa bóp bấm huyệt và cấy chỉ. Cấy chỉ là một phương pháp châm cứu đặc biệt đã được áp dụng điều trị nhiều bệnh lý và đem lại hiệu quả điều trị rất tốt. Tuy nhiên, tại Việt Nam hiện nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá tác dụng của phương pháp cấy chỉ trong điều trị cận thị. Chính vì những lý do trên, nhóm nghiên cứu tiến hành đề tài mục tiêu: *Sơ bộ đánh giá tác dụng của phương pháp cấy chỉ trên học sinh cận thị nhẹ*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Gồm 34 học sinh trong độ tuổi 9 – 11 tuổi, không phân biệt giới tính, đo khúc xạ có tra thuốc liệt điều tiết được chẩn đoán xác định cận thị nhẹ (chỉ số khúc xạ $\geq -0,50D$ và $< -3,00D$), thuộc thể Cận huyết hử theo phân loại YHCT với triệu chứng: mắt nhìn gần rõ, nhìn xa mờ, hay khô mắt, mỏi mắt, sặc da nhợt, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng mỏng, mạch tế sác.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh có chênh lệch khúc xạ giữa 2 mắt từ 2,00D trở lên, đang sử dụng kính OrthoK, có kèm theo tật khúc xạ khác như loạn thị hay kèm theo nhược thị, có tổn thương thực thể khác tại mắt gây giảm thị lực. Người bệnh có bệnh lý nhiễm trùng, bệnh tim mạch không ổn định, đái tháo đường không kiểm soát hoặc tổn thương da vùng các huyệt cấy chỉ.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 8/2023 đến tháng 9/2024.

- **Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được

tiến hành tại Khoa Y học dân tộc và Khoa Mắt, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị.

2.3.2. Cỡ mẫu: chọn mẫu có chủ đích số lượng 34 người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ.

2.3.3. Quy trình nghiên cứu

- Mỗi người bệnh đến khám, đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ, được giải thích rõ ràng về cơ sở khoa học của phương pháp, tác dụng và tác dụng không mong muốn có thể xảy ra. Sau khi người bệnh và người giám hộ hợp pháp đồng thuận tham gia nghiên cứu, người tiến hành nghiên cứu sẽ lập hồ sơ nghiên cứu, phiếu theo dõi (phụ lục đi kèm).

- Người bệnh tham gia nghiên cứu sẽ được đánh giá (D0)

+ Xác định tên, tuổi, giới tính, địa chỉ, ngày vào viện.

+ Các chỉ số nghiên cứu.

- Người bệnh được tiến hành cấy chỉ theo phương huyệt Phong trì 2 bên, Hợp cốc 2 bên, Cách du 2 bên, Can du 2 bên, Quang minh 2 bên.

Liệu trình cấy chỉ 2 lần: Lần 1 vào thời điểm ngày thứ nhất của liệu trình điều trị và lần 2 vào ngày thứ 15 (sau cấy chỉ lần 1 là 15 ngày)

- Đánh giá kết quả điều trị tại thời điểm sau 30 ngày điều trị (D30).

2.3.4. Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: giới tính, tuổi, thời gian phát hiện cận thị.

- Đặc điểm yếu tố nguy cơ: tiền sử gia đình, thời gian xem thiết bị điện tử hàng ngày, thời gian hoạt động ngoài trời hàng ngày, tư thế ngồi học, thói quen đọc sách.

- Thị lực nhìn xa (TLNX) trước và sau điều trị.

- Phân loại mức độ cải thiện TLNX.

- Chỉ số khúc xạ (CSKX) trước và sau điều trị.

- Phân loại mức độ cải thiện CSKX.

2.3.5. Xử lý và phân tích số liệu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ học sinh tham gia vào nghiên cứu có 52,94% nữ, 47,06% nam.

Độ tuổi trung bình tham gia vào nghiên cứu là $10,26 \pm 0,53$.

Thời gian phát hiện cận thị trung bình là $11,16 \pm 8,21$.

3.2. Đặc điểm yếu tố nguy cơ. Tỷ lệ học sinh có tiền sử gia đình (bố hoặc mẹ hoặc anh

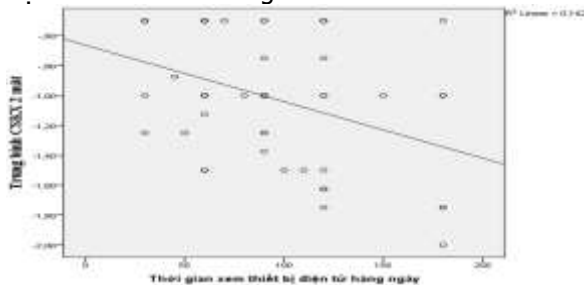
chị em ruột) mắc cận thị là 70,59%.

Thời gian trung bình xem thiết bị điện tử hàng ngày của học sinh tham gia nghiên cứu là $91,8 \pm 42,45$ phút.

Thời gian trung bình dành cho các hoạt động ngoài trời của học sinh tham gia nghiên cứu là $77,2 \pm 34,98$ phút.

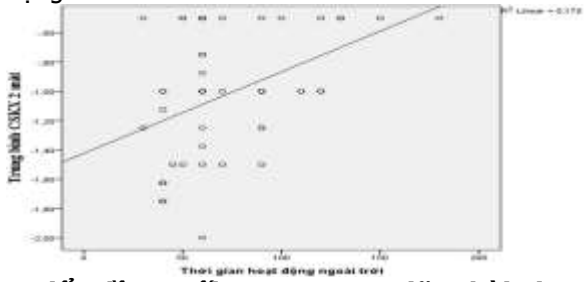
Có 70,59% học sinh có tư thế ngồi học sai như không ngồi thẳng lưng, đầu thấp quá mức (thấp hơn khoảng cách từ khuỷu tay tới đốt ngón tay giữa), nghiêng đầu...

Có 67,65% học sinh có thói quen đọc sách sai bao gồm nằm đọc, không đọc ở góc học tập, đọc nơi thiếu ánh sáng...



Biểu đồ 1. Môi tương quan giữa thời gian xem thiết bị điện tử hàng ngày và trung bình chỉ số khúc xạ giữa 2 mắt

Nhận xét: Từ biểu đồ 1 ta có thể thấy mối tương quan nghịch biến giữa thời gian xem thiết bị điện tử hàng ngày và trung bình CSKX 2 mắt, với $r = -0,38$. Đây là mối tương quan không chặt chẽ nhưng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Mối tương quan nghịch biến cho thấy, thời gian xem thiết bị điện tử hàng ngày càng nhiều, thì trung bình CSKX 2 mắt càng âm, tức là độ cận càng nặng.



Biểu đồ 2. Môi tương quan giữa thời gian hoạt động ngoài trời hàng ngày và trung bình chỉ số khúc xạ giữa 2 mắt

Nhận xét: Từ biểu đồ 2 ta có thể thấy mối tương quan đồng biến giữa thời gian hoạt động ngoài trời hàng ngày và trung bình CSKX 2 mắt, với $r = 0,42$. Đây là mối tương quan không chặt chẽ nhưng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Mối tương quan đồng biến cho thấy, thời gian hoạt động ngoài trời hàng ngày của học sinh càng

nhiều thì trung bình CSKX giữa 2 mắt càng đỡ âm, tức độ cận càng nhẹ.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 1. Thị lực nhìn xa trước và sau điều trị

Thị lực nhìn xa	Trước điều trị (n=68)		Sau điều trị (n=68)	
	Số mắt (n)	Tỷ lệ (%)	Số mắt (n)	Tỷ lệ (%)
1/10 - 3/10	31	45,59	7	10,29
4/10 - 6/10	36	52,94	57	83,82
7/10 - 10/10	1	1,47	4	5,89
Tổng	68	100	68	100
TLNX TB ($X \pm SD$)	3,72/10 \pm 0,15		4,79/10 \pm 0,11	
p	< 0,05			

Nhận xét: TLNX trung bình trước điều trị là $3,72/10 \pm 0,15$, sau điều trị là $4,79/10 \pm 0,11$. TLNX sau điều trị cao hơn có ý nghĩa thống kê so với TLNX trước điều trị với $p < 0,05$.

Bảng 2. Phân loại sự cải thiện thị lực nhìn xa

Phân loại	Chênh lệch TLNX (chỉ số sau điều trị-chỉ số trước điều trị)	Số lượng (n=68)	Tỷ lệ %
Tốt	> 2 hàng	5	7,35
Khá	Từ 1 đến 2 hàng	42	61,76
Không thay đổi	0 hàng	21	30,89
Kém	< 0 hàng	0	0
Tổng		68	100
Độ chênh lệch TB ($X \pm SD$)		1,07 \pm 0,92	

Nhận xét: Có 5 mắt cải thiện ở mức tốt, chênh lệch TLNX trước và sau điều trị > 2 hàng, chiếm tỷ lệ 7,35%. 42 mắt cải thiện ở mức khá, chênh lệch TLNX trước và sau điều trị từ 1 đến 2 hàng, chiếm tỷ lệ 61,76%. 21 mắt không có sự thay đổi về TLNX trước và sau điều trị, chiếm tỷ lệ 30,89%. Không có mắt nào TLNX sau điều trị kém hơn TLNX trước điều trị. Độ chênh lệch TLNX trung bình sau điều trị so với trước điều trị là $1,07 \pm 0,92$ hàng.

Bảng 3. Chỉ số khúc xạ trước và sau điều trị

Chỉ số khúc xạ	Trước điều trị (n=68)		Sau điều trị (n=68)	
	Số mắt (n)	Tỷ lệ (%)	Số mắt (n)	Tỷ lệ (%)
Từ -3D đến -2D	2	2,94	2	2,94
Từ >-2D đến -1D	37	54,41	36	52,94
Từ >-1D đến -0,5D	29	42,65	30	44,12
Tổng	68	100	68	100
CSKX TB ($X \pm SD$)	-0,9 \pm 0,38		-0,86 \pm 0,35	
p	< 0,05			

Nhận xét: CSKX trung bình trước điều trị là $-0,9 \pm 0,38$ và sau điều trị là $-0,86 \pm 0,35$. Kết

luyện CSKX trung bình sau điều trị đỡ âm hơn so với CSKX trung bình trước điều trị, tức là độ cận sau điều trị có giảm hơn so với trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Phân loại sự cải thiện chỉ số khúc xạ

Phân loại	Chênh lệch CSKX (chỉ số sau điều trị - chỉ số trước điều trị)	Số lượng (n=68)	Tỷ lệ %
Tốt	> 1D	0	0
Khá	Từ 0,25D đến 1D	10	14,71
Không thay đổi	0D	58	85,29
Kém	< 0D	0	0
Tổng		68	100
Độ chênh lệch TB ($X \pm SD$)		0,04 \pm 0,10	

Nhận xét: Có 10 mắt cải thiện CSKX ở mức khá, độ chênh lệch CSKX sau điều trị và trước điều trị nằm trong khoảng từ 0,25 đến 1D, chiếm tỷ lệ 14,71%. 58 mắt không có sự cải thiện CSKX sau điều trị so với trước điều trị, chiếm tỷ lệ 85,29%. Không có mắt nào cải thiện CSKX ở mức tốt và cũng không có mắt nào CSKX tiến triển nặng lên. Độ chênh lệch CSKX trung bình sau điều trị so với trước điều trị là $0,04 \pm 0,10$ D.

IV. BÀN LUẬN

Cận thị là tật khúc xạ trong đó các tia sáng song song từ một vật ở xa đi vào mắt được hội tụ phía trước võng mạc khi mắt không điều tiết. Thường xảy ra khi trục nhãn cầu quá dài hoặc do bán kính cong giác mạc quá lớn, thể thủy tinh tăng công suất hoặc do cả hai yếu tố trên. Mắt cận thị có viễn điểm ở cự ly gần mắt và cận điểm cũng ở gần hơn mắt chính thị nên mắt cận thị còn được gọi là "mắt nhìn gần" [3]. Ngoài các nguyên nhân do bất thường cấu trúc của mắt gây ra cận thị (như giác mạc quá cong, thể thủy tinh quá dày, hoặc trục nhãn cầu trước sau quá dài), nguyên nhân gây ra Cận thị vẫn là một vấn đề chưa được xác định chính xác [6]. Trong các tài liệu y khoa thường đề cập đến nguyên nhân gây cận thị học đường do yếu tố di truyền và các yếu tố nguy cơ như nhìn gần, môi trường làm việc học tập thiếu ánh sáng, áp lực học hành quá lớn, ngồi học không đúng tư thế, hạn chế hoạt động ngoài trời...[4] Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ học sinh cận thị có đi kèm yếu tố nguy cơ đều ở mức cao. Thời gian trung bình sử dụng thiết bị điện tử hàng ngày nhiều hơn thời gian trung bình dành cho các hoạt động ngoài trời, tỷ lệ tư thế ngồi học sai lên đến 70,59% và tỷ lệ thói quen đọc sách sai 67,65% là vấn đề cần được nhà trường và gia đình quan tâm, lưu ý. Bởi ngoài yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến mắt,

còn có nguy cơ gây ra các bất lợi khác về sức khỏe thể chất cho học sinh, nhất là các em lại đang trong độ tuổi phát triển.

Theo Y học cổ truyền (YHCT), mắt tuy là khí quan ở bên ngoài cơ thể, nhưng có quan hệ mật thiết với các tạng phủ, phản chiếu tình trạng của tạng phủ, khí huyết, kinh lạc. Quan niệm này đã có từ rất lâu đời, được viết lại rõ ràng trong các sách Hoàng đế nội kinh, Linh khu. Cho nên thịnh suy và bệnh biến của ngũ tạng, lục phủ và khí huyết đều có ảnh hưởng đến công năng của mắt. Cận thị theo YHCT có bệnh danh "thi bất khả viễn" hay "năng cận khứ viễn", đã được mô tả từ lâu trong các tài liệu cổ như tác phẩm "Lý thuyết về nguồn gốc và triệu chứng của các bệnh khác nhau" của tác giả Sào Nguyên Phương (năm 610), tác phẩm "Khảo Hán Thị" của tác giả Phó Nhân Tru (năm 1644), tác phẩm "Mục Kính Đại Thành" viết bởi bác sĩ thời nhà Thanh Hoàng Đình Cảnh. Nguyên nhân gây cận thị theo YHCT có thể là do bẩm thụ tiên thiên bất túc hoặc phát bệnh hậu thiên, dương khí ở trong yếu, hay dùng mắt không hợp lý, huyết hư mà sinh bệnh [5]. YHCT chú trọng vào quan hệ giữa mắt với toàn thân, chú trọng quan hệ giữa mắt với tạng phủ, kinh lạc, khí huyết, tân dịch, căn cứ vào học thuyết âm dương - ngũ hành để biện chứng chữa trị, lấy việc chữa trị toàn thân làm chủ. Có thể áp dụng nhiều phương pháp điều trị cận thị bao gồm thuốc sắc, xoa bóp bấm huyệt, châm cứu, nhĩ châm, khí công, dưỡng sinh, cấy chỉ... Cấy chỉ là phương pháp đưa chỉ catgut (tự tiêu) vào huyết của hệ kinh lạc để duy trì sự kích thích lâu dài qua đó tạo tác dụng điều trị giống như châm cứu.

Trên 34 học sinh mắc cận thị nhẹ thuộc thể Can huyết hư tham gia vào nghiên cứu được cấy chỉ với pháp điều trị Bổ huyết, dưỡng can, minh mục. Bộ huyết cụ thể sử dụng bao gồm Phong trì, Hợp cốc, Cách du, Can du, Quang minh 2 bên. Sau 2 liệu trình cấy chỉ cách nhau 15 ngày, kết quả thu được có cả sự cải thiện về TLNX và CSKX.

Cụ thể về TLNX có 5 mắt cải thiện ở mức tốt, chênh lệch TLNX trước và sau điều trị > 2 hàng, chiếm tỷ lệ 7,35%; 42 mắt cải thiện ở mức khá, chênh lệch TLNX trước và sau điều trị từ 1 đến 2 hàng, chiếm tỷ lệ 61,76%; 21 mắt không có sự thay đổi về TLNX trước và sau điều trị, chiếm tỷ lệ 30,89%; TLNX trung bình trước điều trị là $3,72/10 \pm 0,15$, sau điều trị là $4,79/10 \pm 0,11$; độ chênh lệch TLNX trung bình sau điều trị so với trước điều trị là $1,07 \pm 0,92$ hàng; TLNX sau điều trị cao hơn có ý nghĩa thống kê so với TLNX trước điều trị với $p < 0,05$. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Quang Bình

(2018), nghiên cứu tác dụng làm chậm tiến triển cận thị của thuốc Atropin 0,01% trên 66 học sinh tại Cần Thơ, cho kết quả cải thiện TLNX trung bình là $2,6/10 \pm 0,26$ [1].

Về CSKX, có 10 mắt cải thiện CSKX ở mức khá, chiếm tỷ lệ 14,71%. Độ chênh lệch CSKX trung bình sau điều trị so với trước điều trị là $0,04 \pm 0,10$ D. CSKX trung bình trước điều trị là $-0,9 \pm 0,38$ và sau điều trị là $-0,86 \pm 0,35$. Độ chênh lệch CSKX trung bình sau điều trị so với trước điều trị là $0,04 \pm 0,10$ D. Kết quả cho thấy CSKX trung bình sau điều trị đỡ âm hơn so với CSKX trung bình trước điều trị, tức là độ cận sau điều trị có giảm hơn so với trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu về tác dụng của châm cứu trong điều trị cận thị ở trẻ em tiểu học của Xiaojuan Shang (2018), mức độ cải thiện CSKX trung bình sau châm cứu so với trước châm cứu là 0,05D; tỷ lệ người bệnh cải thiện về CSKX là 15,9% [8].

Có thể thấy mức độ cải thiện cả về TLNX và CSKX của phương pháp cấy chỉ đều chưa cao, nhưng sự khác biệt về ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ cho sơ bộ đánh giá phương pháp cấy chỉ có tác dụng hiệu quả trong điều trị cận thị nhẹ ở học sinh. Đặc biệt không có trường hợp nào có sự tiến triển nặng lên về TLNX và CSKX sau điều trị có thể mở ra hướng nghiên cứu về tác dụng kiểm soát sự tiến triển cận thị bằng phương

pháp cấy chỉ.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy bước đầu đánh giá phương pháp cấy chỉ có hiệu quả trong điều trị học sinh mắc cận thị nhẹ thuộc thể Cận huyết hư, sự cải thiện về thị lực nhìn xa và chỉ số khúc xạ sau điều trị so với trước điều trị tuy hiệu quả chưa cao nhưng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Quang Bình.** Đánh Giá Hiệu Quả Sử Dụng Thuốc Nhỏ Mắt Atropin 0,01% Đối Với Sự Tiến Triển Cận Thị Của Học Sinh Tiểu Học và Trung Học Cơ Sở Tại Thành Phố Cần Thơ. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2018:67-68.
2. **Nguyễn Thị Huyền và cộng sự.** Thực trạng cận thị của học sinh tại một số tỉnh ở Việt Nam năm 2019. Tạp chí Y học dự phòng. 2020;30(4):139-146.
3. **Vũ Quốc Lương.** Khúc xạ Lâm sàng - Thực Hành Nhãn Khoa. Nhà xuất bản Y học; 2007:89-91.
4. **Cù Nhân Nai.** Nhãn Khoa Giản Yếu. Nhà xuất bản Y học; 2004:655-740.
5. **Hoàng Năng Trọng.** Nhãn Khoa Trong Đông Y. Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam; 2015:83-172.
6. **Lê Anh Triết.** Bài Giảng Nhãn Khoa Lâm Sàng. Nhà xuất bản thành phố Hồ Chí Minh; 2007:96-120.
7. **Holden BA et al.** Global Prevalence of Myopia and High Myopia and Temporal Trends from 2000 through 2050. Ophthalmology. 2016;123(5):1036-1042.
8. **Shang Xiaojuan et al.** Acupuncture and Lifestyle Myopia in Primary School Children—Results from a Transcontinental Pilot Study Performed in Comparison to Moxibustion. Medicines. 2018;5(3):95.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT HÀM MẶT CỦA PHONG BẼ DÂY V2, V3 DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM BẰNG ROPIVACAINE PHỐI HỢP DEXAMETHASONE

Vũ Thu Hoài¹, Phạm Quang Minh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả giảm đau của phương pháp gây tê dây thần kinh V2, V3 dưới hướng dẫn siêu âm bằng hỗn hợp Ropivacain phối hợp Dexamethasone so với nhóm Ropivacain đơn thuần. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng, mù đơn. 60 bệnh nhân được chia ngẫu nhiên thành hai nhóm: nhóm RD (Ropivacaine phối hợp

Dexamethasone, n=30) và nhóm R (Ropivacaine đơn thuần, n=30). **Kết quả:** Thời gian giảm đau ở nhóm phối hợp Ropivacaine với Dexamethasone dài hơn nhóm sử dụng Ropivacain đơn thuần. Thể hiện qua tỷ lệ bệnh nhân không có nhu cầu giải cứu đau sau mổ của nhóm RD là 93% cao hơn nhóm R là 60%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điểm VAS nghỉ ngơi và vận động tại tất cả các thời điểm của nhóm RD đều thấp hơn nhóm R, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê đối với VAS vận động tại thời điểm 1 giờ, 2 giờ, 3 giờ, 6 giờ, 9 giờ, 12 giờ, 18 giờ sau gây tê dây thần kinh V2, V3 ($p < 0,05$). Nhóm RD có tỷ lệ bệnh nhân hài lòng – rất hài lòng là 96,7% cao hơn nhóm R là 93,3%, không có sự khác biệt. Các tác dụng phụ buồn nôn, ngứa, tê bì thấp ở cả hai nhóm và không có sự khác biệt ($p > 0,05$). **Kết luận:** Ropivacaine phối hợp dexamethasone khi gây tê dây thần kinh V2, V3 giúp kéo dài thời gian giảm đau sau

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh pôn

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thu Hoài

Email: Vuhoai225@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 28.11.2024