

V. KẾT LUẬN

Can thiệp GDSK góp phần kiểm soát các chỉ số của các YTNC tim mạch:

- Giảm các chỉ số YTNC liên quan đến chuyển hóa:

+ Giảm LDL-C máu ($3,11 \pm 1,1$ mmol/L so với $3,57 \pm 1,8$ mmol/L với $p = 0,004$).

+ Giảm glucose máu ($6,07 \pm 1,8$ mmol/L so với $6,75 \pm 2,3$ mmol/L với $p = 0,007$).

+ Giảm BMI ($25,12 \pm 2,6$ kg/m² so với $25,78 \pm 3,1$ kg/m² với $p = 0,012$).

- Thay đổi các chỉ số YTNC liên quan đến hành vi (tỷ lệ BN sau can thiệp so với trước):

+ Giảm tỷ lệ BN sống tĩnh tại, ít vận động (38% so với 52% với $p = 0,019$).

+ Tăng tỷ lệ BN có chế độ ăn theo khuyến cáo: Hạn chế chất béo xấu (84% so với 26% với $p = 0,001$); thay bằng chất béo tốt (76% so với 48% với $p = 0,018$); hạn chế tinh bột và kiểm soát cân nặng (58% so với 32% với $p = 0,022$); ăn tăng chất xơ và thức ăn có GI thấp (96% so với 74% với $p = 0,050$); ăn giảm muối (64% so với 30% với $p = 0,005$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Vạn Phước** (2006), Dịch tễ học - Bệnh mạch vành trong thực hành lâm sàng. Nhà xuất bản Y học, TPHCM, tr. 8-11.

2. **Bộ Y Tế**, 2020. Quyết định số 5332/QĐ- BYT về ban hành tài liệu chuyên môn "Thực hành chẩn đoán và điều trị bệnh mạch vành"
3. **Abu Shuaib K, Ismail M, Fouad NAM**, 2014. Effect of educational program on compliance of myocardial infarction patients in Gaza. JEP. 2014;5:5-14.
4. **Ghahramanian A, Golchin M, Rostami H**, 2011. Educational needs of myocardial infarction patients. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2011;9:157-163.
5. **WHO**, 2007. Prevention of Cardiovascular Disease-Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. ISBN 978 92 4 154717 8. Pp.27
6. **Carlene M M Lawes** (2002). Blood pressure and coronary heart disease: a review of the evidence. 2002 Nov;2(4):355-68.doi: 10.1055/s-2002-36765. PMID: 16222626 DOI:10.1055/s-2002-36765
7. **WHO**. Global Health Observatory (GHO) data. https://.who.int/gho/ncd/risk_factors/cholesterol_text/en.
8. **Alkhwam H, Nguyen J, Sayanlar J, Sogomonian R, Desai R, Jolly J, et al** (2016). Coronary artery disease in patients with body mass index ≥ 30 kg/m² : a retrospective chart analysis. J Community Hosp Intern Med 2016; 6(3):31483.
9. **Norazlin AB Manap, et al** (2018). Effect of an education programme on cardiovascular health index among patients with myocardial infarction: a preliminary study. 2018;25(2):105-115..<https://doi.org/10.21315/mjms2018.25.2.11>

ĐẶC ĐIỂM BỆNH LÝ VỔNG MẠC Ở TRẺ SINH NON ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Phạm Thanh Liêm¹, Nguyễn Đức Toàn^{2,3}, Nguyễn Thị Ngọc Anh³, Nguyễn Kiến Mậu³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh lý vồng mạc ở trẻ sinh non là một rối loạn phát triển vồng mạc ở trẻ sinh non do sự phát triển của vồng mạc bắt nguồn từ thần kinh thị giác trong quá trình mang thai không hoàn chỉnh cùng với sự non nớt của vồng mạc. Điều trị ROP hiện nay tại Việt Nam cũng đang áp dụng các phương pháp hiện đại trên thế giới. Biết được đặc điểm bệnh lý vồng mạc ở trẻ sinh non giúp ích rất nhiều trong thực hành lâm sàng tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán và

điều trị bệnh lý vồng mạc ở trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả loạt ca từ 11/2023 đến 5/2024 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Kết quả:** Nghiên cứu khảo sát trên 176 trẻ được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng 1. Bệnh thường được phát hiện ở thời điểm 44 ngày tuổi (34,0-64,5) với tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1/1. Tuổi thai nhỏ nhất của mẫu nghiên cứu là 24 tuần, lớn nhất là 34 tuần với trung vị là 29 tuần (27-30). Cân nặng lúc sinh nhỏ nhất trong nghiên cứu là 600 gam, lớn nhất là 2300 gam với trung vị là 1100 gam (950-1375). Trẻ có các tình trạng như suy hô hấp (100%), sử dụng surfactant (90,9%), thở FiO₂ $\geq 40\%$ (89,8%), truyền chế phẩm máu (76,1%), viêm phổi (88,6%), vàng da (69,3%), nhiễm trùng huyết (60,8%), thiếu máu (63,1%), và tim bẩm sinh (51,7%), ngoài ra còn có một số tình trạng như tiền căn viêm ruột (23,9%), bệnh phổi mạn (11,4%) và viêm màng não (1,7%). Với tỷ lệ mắc ROP nặng trước điều trị ở mức cao, thể AP-ROP (19,9%) và plus disease (65,3%). Phương pháp điều trị chủ yếu là tiêm nội nhãn anti-VEGF

¹Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Bệnh viện Nhi Đồng 1

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Liêm

Email: pthanhlhiemmd@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 6.11.2024

Ngày duyệt bài: 3.12.2024

(96,6%) với tỷ lệ đáp ứng điều trị cao (98,3%) và ít biến chứng (4,0%). **Kết luận:** Bệnh lý võng mạc là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến mù lòa ở trẻ em, thường gặp ở trẻ sơ sinh non tháng và những trẻ có cân nặng lúc sinh thấp. Phương pháp điều trị phổ biến nhất hiện nay là tiêm nội nhãn anti-VEGF, có tỷ lệ đáp ứng điều trị cao và ít biến chứng hơn so với phương pháp laser quang đông trước đây.

Từ khoá: bệnh lý võng mạc, sơ sinh non tháng

SUMMARY

FEATURES OF RETINOPATHY OF PREMATURITY IN NEONATES

HOSPITALISED AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Background: Retinopathy of prematurity (ROP) is a disorder of retinal development in preterm neonates due to incomplete development of the retina originating from the optic nerve during pregnancy and the retinal immaturity. Current ROP treatment in Vietnam can catch up with modern methods globally. Knowing the characteristics of ROP should be helpful in clinical practice. **Objectives:** Description of clinical features of ROP at Children's Hospital 1. **Methods:** Case series from November 2023 to May 2024 at Children's Hospital 1. **Results:** This study enrolled 176 children diagnosed and treated at Children's Hospital 1. The disease is usually diagnosed at 44 days old (34.0-64.5) with a male/female ratio of approximately 1/1. The smallest gestational age of the study samples was 24 weeks, the largest was 34 weeks with a median of 29 weeks (27-30). The smallest birth weight in the study was 600 grams, the largest was 2300 grams with a median of 1100 grams (950-1375). Children had conditions such as respiratory failure (100%), surfactant use (90.9%), FIO₂ ≥40% (89.8%), blood product transfusion (76.1%), pneumonia (88.6%), jaundice (69.3%), sepsis (60.8%), anemia (63.1%), and congenital heart disease (51.7%), in addition to some conditions such as a history of enteritis (23.9%), chronic lung disease (11.4%), and meningitis (1.7%). With a high pre-treatment rate of severe ROP, AP-ROP (19.9%) and plus disease (65.3%). The main treatment method was intravitreal injection of anti-VEGF (96.6%) with a high treatment response rate (98.3%) and few complications (4.0%). **Conclusion:** Retinopathy is the leading cause of blindness in children, often occurring in premature infants and those with low birth weight. The most popular treatment method today is Intravitreal injection of anti-vascular endothelial growth factor (VEGF) agents, which has a high treatment response rate and fewer complications than previous laser photocoagulation method.

Keywords: retinopathy of prematurity, preterm neonates

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý võng mạc ở trẻ sinh non (retinopathy of prematurity – ROP), ROP là một rối loạn phát triển võng mạc ở trẻ sinh non nhẹ cân và là nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa ở trẻ em^[4]. Điều trị bệnh lý võng mạc trẻ sinh non có khá nhiều phương pháp như lạnh đông, laser

quang đông, kháng-VEGF, và các phương pháp phẫu thuật dùng điều trị ROP nặng, các biện pháp điều trị chủ yếu nhằm ngăn ngừa tiến đến giai đoạn tiến triển, có biến chứng bong võng mạc. Đến 2019, thời điểm Avastin được đưa vào sử dụng trong điều trị ROP tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. Hiện các nghiên cứu cập nhật hơn về chẩn đoán và điều trị ROP ở trẻ sơ sinh vẫn còn hạn chế. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm khảo sát các đặc điểm của bệnh lý võng mạc ở trẻ sinh non tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Trẻ sinh non mắc ROP được nhập viện và điều trị tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Tiêu chuẩn chọn vào: Bệnh nhi được chẩn đoán ROP, có chỉ định nhập viện và điều trị ROP tại bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 11/2023 đến tháng 5/2024.

Tiêu chuẩn loại trừ: tử vong trước 7 ngày tuổi, thân nhân bệnh nhi không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 11/2023 đến tháng 5/2024 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, lấy trọn mẫu 176 bệnh nhân

Nội dung nghiên cứu: mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán và điều trị bệnh lý võng mạc ở trẻ sinh non tại Bệnh viện Nhi Đồng 1

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Thu thập số liệu: từ hồ sơ bệnh án, sử dụng bảng thu thập số liệu soạn sẵn.

Xử lý số liệu: phân tích theo phương pháp thống kê y học, trên chương trình SPSS 25.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 176 bệnh nhân là trẻ sơ sinh mắc ROP tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 tháng 11/2023 đến tháng 5/2024 và ghi nhận được kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán ROP

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán (N=176)	Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Phái tính: Nam	94 (53,4%)
Nữ	82 (46,6%)
Tuổi thai	29 (27-30)
Cân nặng lúc sinh	1100 (950-1375)
Cách sinh	
Sinh thường	82 (46,6%)

Sinh mổ	94 (53,4%)
Thời điểm phát hiện ROP (ngày tuổi)	44 (34,0-64,5)
Bệnh nền	
Suy hô hấp	176 (100%)
Viêm phổi	156 (88,6%)
Bệnh phổi mạn	20 (11,4%)
Viêm màng não	3 (1,7%)
Viêm ruột	42 (23,9%)
Tim bẩm sinh	91 (51,7%)
Nhiễm trùng huyết	107 (60,8%)
Vàng da	122 (69,3%)
Thiếu máu	111 (63,1%)
Điều trị nền	
Sử dụng Surfactant	160 (90,9%)
FiO ₂ ≥40%	158 (89,8%)
Chế phẩm máu	134 (76,1%)
Hỗ trợ hô hấp (ngày)	22 (14,0-35,0)
Cận lâm sàng	
Giảm Hct	58 (33,0%)
Siêu âm tim	96 (54,6%)
Siêu âm xuyên thóp	48 (27,3%)
Chẩn đoán ROP	
AP-ROP	35 (19,9%)
Không AP-ROP	141 (80,1%)
Plus disease	115 (65,3%)
Giai đoạn 1	0 (0,0%)
Giai đoạn 2	90 (51,1%)
Giai đoạn 3	48 (27,3%)
Giai đoạn 4	3 (1,7%)
ROP nặng (AP-ROP hoặc có plus disease hoặc trên giai đoạn 3)	152 (86,4%)

Nhận xét: Về các đặc điểm dịch tễ, trong số 176 trẻ tham gia nghiên cứu, có 94 trẻ nam (53,4%) và 82 trẻ nữ (46,6%). Tỷ số nam nữ xấp xỉ 1/1. Với tuổi thai lúc sinh là 29 tuần (27-30). Trong đó, trẻ có tuổi thai thấp nhất được ghi nhận là 24 tuần và cao nhất là 34 tuần. Cân nặng lúc sinh của các trẻ tham gia nghiên cứu có trung vị là 1100 gam (950-1375) với cân nặng lúc sinh nhỏ nhất trong mẫu nghiên cứu là 600 gam và lớn nhất là 2300 gam. Hình thức sinh chủ yếu là sinh mổ với 94 ca (53,4%). Và được phát hiện ROP chủ yếu tại thời điểm 44 ngày tuổi (34,0-64,5).

Về các đặc điểm tiền căn/bệnh lý nền, trong số 176 trẻ mắc ROP được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng 1, đa phần trẻ có tiền căn như suy hô hấp 176 ca (100%), viêm phổi 156 ca (88,6%), vàng da có chỉ định điều trị 122 ca (69,3%), nhiễm trùng huyết 107 ca (60,8%), thiếu máu 111 ca (63,1%), và tim bẩm sinh 91 ca (51,7%), ngoài ra còn có một số tình trạng như tiền căn viêm ruột 42 ca (23,9%), bệnh phổi mạn 20 ca (11,4%) và viêm màng não 3 ca (1,7%).

Về các đặc điểm trong điều trị bệnh nền, có 160 trẻ từ sử dụng surfactant sau sinh, chiếm tỷ lệ 90,9%. 158 ca (89,8%) có hỗ trợ hô hấp với FiO₂ ≥40% với thời gian hỗ trợ hô hấp chủ yếu kéo dài 22 ngày (14,0-35,0). Nghiên cứu cũng ghi nhận được có 134 trẻ (76,1%) trong tổng số 176 trẻ đã từng hoặc có truyền chế phẩm máu trong lần nhập viện này.

Tại thời điểm nhập viện để điều trị ROP, nghiên cứu cũng ghi nhận 58 trường hợp (33,0%) có giảm Hct <30%, đa phần các trường hợp này cần truyền máu trước khi thực hiện can thiệp điều trị ROP. Nghiên cứu cũng ghi nhận trong số 176 trẻ tham gia có bất thường về siêu âm tim 96 ca (54,6%) và siêu âm xuyên thóp 48 ca (27,3%).

Các đặc điểm về chẩn đoán ROP trước điều trị, nghiên cứu ghi nhận trong 176 trẻ tham gia nghiên cứu, có 35 trường hợp (19,9%) mắc thể AP-ROP, một dạng rất nặng cần can thiệp điều trị anti-VEGF sớm. Trong 141 trường hợp còn lại, số ca mắc ít nhất 1 trong 2 bên mắt ở giai đoạn 4 là 3 ca (1,7%), giai đoạn 3 với 48 ca (27,3%), và chủ yếu tập trung vào giai đoạn 2 với 90 ca (51,1%). Plus disease có 115 ca, chiếm 65,3%.

Bảng 2. Đặc điểm các phương pháp điều trị ROP

Đặc điểm các phương pháp điều trị (N=176)	Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Laser quang đông	6 (3,4%)
Anti-VEGF	170 (96,6%)
Thời gian bắt đầu điều trị	
<24 giờ	135 (76,7%)
24-48 giờ	41 (23,3%)

Nhận xét: Nghiên cứu trên 176 trẻ được chẩn đoán và nhập viện điều trị ROP tại bệnh viện Nhi Đồng 1, ghi nhận đa số trẻ hiện nay được điều trị bằng phương pháp tiêm nội nhãn kháng anti-VEGF với 170 ca, chiếm 96,6%, phương pháp còn lại được thực hiện là laser quang đông với 6 ca, chiếm 3,4%. Toàn bộ 176 trẻ (100%) đều được tiến hành điều trị trong vòng 48 giờ kể từ khi chẩn đoán.

Bảng 3. Kết quả điều trị ROP

Kết quả điều trị ROP (N=176)	Số ca (%) hoặc Trung vị (Khoảng tứ phân vị)
Thành công	173 (98,3%)
Thất bại	3 (1,7%)
Biến chứng	
Viêm kết mạc	7 (4,0%)
Viêm kết mạc	6 (3,4%)
Xuất huyết võng mạc	2 (1,1%)

Nhận xét: Nghiên cứu theo dõi đáp ứng sau điều trị, ghi nhận đến 3 tháng sau điều trị cho tỷ lệ thành công là 98,3%, 173 trẻ này có sự thoái

triển các tân mạch cũng như tổ chức xơ kèm theo hoặc không các biến chứng nhẹ có thể hồi phục tốt sau xử lý. Có 3 trẻ thất bại/không đáp ứng với điều trị, trong đó có 1 trẻ được điều trị bằng phương pháp laser quang đông và 2 trẻ điều trị bằng tiêm nội nhãn anti-VEGF. Biến chứng của điều trị 7 ca, chiếm 4% trong đó ghi nhận chủ yếu là viêm kết mạc 6 ca (3,4%) sau đó là xuất huyết võng mạc 2 ca (1,1%).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn đoán ROP. Yếu tố nguy cơ quan trọng nhất để tiến triển đến ROP là mức độ sinh non. Tuy nhiên, đã có hơn 50 yếu tố nguy cơ đã được xác định có liên quan đến tỷ lệ mắc ROP. Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến tỷ lệ cao mắc ROP, chúng là sinh non, cân nặng lúc sinh thấp, oxy, truyền máu, nhiễm trùng huyết, liệu pháp surfactant, xuất huyết não thất, bệnh phổi mạn, dinh dưỡng tĩnh mạch, hạ đường huyết...

Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát trên 176 trẻ được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng 1. Bệnh thường được phát hiện ở thời điểm 44 ngày tuổi (34,0-64,5) với tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1/1. Tuổi thai nhỏ nhất của mẫu nghiên cứu là 24 tuần, lớn nhất là 34 tuần với trung vị là 29 tuần (27-30). Cân nặng lúc sinh nhỏ nhất trong nghiên cứu là 600 gam, lớn nhất là 2300 gam với trung vị là 1100 gam (950-1375) là thấp hơn so với nghiên cứu của nhóm tác giả Tô Vũ Thiên Hương và cộng sự^[2] với tuổi thai trung vị là 32 tuần với thấp nhất là 27 tuần (3 trẻ) và cân nặng lúc sinh trung bình là 1700 ± 375 g. Các tình trạng thường gặp ở trẻ mắc ROP như suy hô hấp, nhiễm trùng huyết, tim bẩm sinh, truyền máu thì tương tự với nhóm tác giả trên.

Với tỷ lệ mắc ROP nặng trước điều trị ở mức cao, thể AP-ROP (19,9%) và plus disease (65,3%). Bệnh đa số ở giai đoạn 2 với 90 ca (51,1%) khác biệt so với nghiên cứu trước đó của nhóm tác giả Tô Vũ Thiên Hương và cộng sự^[2], bệnh chủ yếu ở giai đoạn 1 (>70%). Bệnh giai đoạn 3 với 48 ca (27,3%) và giai đoạn 4 với 3 ca (1,7%) được ghi nhận nhiều hơn đáng kể so với nghiên cứu của nhóm tác giả trên với 0 ca được ghi nhận từ giai đoạn 3 trở lên.

Những sự khác biệt kể trên có thể do sự tiến bộ của lĩnh vực y sơ sinh hiện nay giúp gia tăng tỷ lệ sống sót của những trẻ cực non, cực nhẹ cân, cũng như việc nâng cao nhận thức và phổ biến hướng dẫn sàng lọc ROP góp phần gia tăng đáng kể tỷ lệ mắc ROP cũng như mức độ nặng trước điều trị của bệnh.

Đặc điểm các phương pháp điều trị ROP

Lựa chọn liệu pháp: các phương pháp điều trị ROP hiệu quả bao gồm laser quang đông và tiêm thuốc anti-VEGF vào dịch kính (ví dụ: bevacizumab, ranibizumab, aflibercept). Cả hai phương pháp điều trị này đều được sử dụng rộng rãi trên toàn thế giới. Các thử nghiệm ngẫu nhiên so sánh liệu pháp quang đông bằng laser và liệu pháp tiêm anti-VEGF bị giới hạn bởi cỡ mẫu nhỏ và thời gian theo dõi tương đối ngắn^[5].

Một số điểm quan trọng thường được cân nhắc trong chọn lựa liệu pháp bao gồm: Sử dụng dễ dàng: tiêm nội nhãn anti-VEGF có thể thực hiện dưới gây tê tại chỗ, trong khi laser quang đông đòi hỏi nhiều thời gian chuẩn bị hơn và thường gây stress cho trẻ sơ sinh, thường được thực hiện dưới gây mê toàn thân. Do đó tiêm nội nhãn anti-VEGF có ưu điểm hơn laser quang đông ở những trẻ lâm sàng không ổn định. Thời gian đáp ứng điều trị: liệu pháp anti-VEGF cho thời gian thoái triển ROP nhanh hơn. Mức độ nặng của bệnh: laser quang đông là điều trị đã được thiết lập cho ROP hình thái I, tiêm nội nhãn anti-VEGF hiện nay cho thấy có hiệu quả với ROP thể sau (thể AP-ROP được ghi nhận với tỷ lệ thất bại khá cao đối với laser quang đông). Khả năng gây tác dụng toàn thân: về mặt lý thuyết, có sự lo ngại rằng liệu pháp anti-VEGF có khả năng làm giảm mức VEGF toàn thân, và từ đó ảnh hưởng đến các cơ quan khác. Các dữ liệu về độ an toàn ngắn hạn hiện có chưa chứng minh được rõ ràng về các tác dụng phụ toàn thân so với liệu pháp laser quang đông, và có rất ít dữ liệu dài hạn. Về laser quang đông, không có biến cố toàn thân trực tiếp nhưng các biến cố không mong muốn có thể đến từ việc gây mê toàn thân, thuốc an thần hoặc các stress liên quan đến thủ thuật.

Kết quả điều trị ROP. Phương pháp điều trị chủ yếu hiện nay là tiêm nội nhãn anti-VEGF 170 ca (96,6%) với tỷ lệ đáp ứng điều trị cao (98,3%) và ít biến chứng (4,0%), trong đó viêm kết mạc 6 ca (3,4%) và xuất huyết võng mạc 2 ca (1,1%) thấp hơn so với tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của tác giả Hà Ngọc Phương Anh vào năm 2017^[1] ghi nhận trên những trẻ mắc ROP điều trị bằng laser quang đông là 16,88% trong đó bong võng mạc chiếm 10,63%, đục thủy tinh thể chiếm 3,71%, xuất huyết võng mạc và co kéo võng mạc (<2%). Các trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu được điều trị bằng phương pháp tiêm nội nhãn anti-VEGF nên cho ra kết quả khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Phan Đình Toàn vào năm 2012^[3], nghiên cứu trên chỉ khảo sát về các trẻ điều trị tiêm nội nhãn anti-VEGF với kết quả tỷ lệ thoái lui (đáp

ứng điều trị) sau mũi tiêm thứ nhất là 95%, sau mũi bổ sung là 98%, với tỷ lệ tái phát 4% và biến chứng được ghi nhận nhiều nhất là xuất huyết kết mạc.

V. KẾT LUẬN

Bệnh lý võng mạc là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến mù loà ở trẻ em, thường gặp ở trẻ sơ sinh non tháng và những trẻ có cân nặng lúc sinh thấp. Phương pháp điều trị phổ biến nhất hiện nay là tiêm nội nhãn anti-VEGF, có tỷ lệ đáp ứng điều trị cao và ít biến chứng hơn so với phương pháp laser quang đông trước đây.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anh Hà Ngọc Phương.** Tỷ lệ biến chứng sau 6 tháng điều trị bệnh lý võng mạc ở trẻ sanh non

- bằng laser quang đông tại khoa sơ sinh bệnh viện Nhi Đồng 1, Luận văn bác sĩ nội trú - ĐHYK Phạm Ngọc Thạch, Bệnh viện Nhi Đồng 1. 2017.
2. **Hương Tô Vũ Thiên, Thu Trần Thị Hoài, Mậu Nguyễn Kiên, Tâm Phạm Thị Thanh.** Tỷ lệ mắc bệnh lý võng mạc ở trẻ sinh non nhập viện vào khu chuyên sâu Sơ sinh Bệnh viện Nhi Đồng 1, Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, 2016. (2), 43 - 47.
3. **Toàn Phan Đình.** Đặc điểm lâm sàng bệnh võng mạc trẻ đẻ non hình thái nặng và kết quả ban đầu điều trị bằng tiêm Avastin nội nhãn, Luận văn thạc sĩ y học. ĐHY Hà Nội. 2012.
4. **Lad E. M., Nguyen T. C., Morton J. M. Moshfeghi D. M.** Retinopathy of prematurity in the United States, Br J Ophthalmol, 2008. 92 (3), 320-5.
5. **Mintz-Hittner H. A., Kennedy K. A. Chuang A. Z.** Efficacy of intravitreal bevacizumab for stage 3+ retinopathy of prematurity, N Engl J Med, 2011. 364(7), 603-15.

ĐÁNH GIÁ MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA MỘT SỐ CHỈ SỐ HUYẾT ĐỘNG VỚI ÁP LỰC TĨNH MẠCH TRUNG ƯƠNG (CVP - CENTRAL VENOUS PRESSURE) BẰNG SIÊU ÂM DOPPLER (USCOM - ULTRASONIC CARDIAC OUTPUT MONITOR) Ở BỆNH NHÂN BỎNG NẶNG TRONG 8 GIỜ ĐẦU SAU BỎNG

Nguyễn Tiên Dũng¹, Hoàng Văn Vụ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự biến đổi một số thông số huyết động và mối tương quan giữa chỉ số CVP và một số chỉ số đánh giá tiền gánh ở bệnh nhân (BN) bỏng nặng trong 8h đầu sau ỔI bỏng bằng máy USCOM (Ultrasonic Cardiac Output Monitor). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 30 BN bỏng vào điều trị nội trú tại khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Bỏng Quốc Gia Lê Hữu Trác trong vòng 8h đầu sau bỏng, từ tháng 08/2023 - 05/2024. BN được đo một số chỉ số huyết như Cung lượng tim (CO) và chỉ số tim (CI), thể tích nhát bóp (SV) và chỉ số thể tích nhát bóp (SVI), Sức co bóp cơ tim (INO), thể tích nhát bóp (SVV) và thời gian tổng máu hiệu chỉnh (FTc) và áp lực tĩnh mạch trung ương (CVP) bằng USCOM. **Kết quả:** CO ($2,87 \pm 0,94$ ml/ph), CI ($1,69 \pm 0,52$ ml/ph/m²), SV (27,9 ml), SVI (16,5 ml/m²), FTc (287,2 ms) và INO (0,94W) đều giảm thấp dưới ngưỡng bình thường. Chỉ số SVV (30,9%) tăng cao tại thời điểm nhập viện. SVI, SVV và FTc có mối tương quan chặt chẽ với CVP. **Kết luận:** Các chỉ số tiền gánh (CO, CI, SV, SVI, FTc) ở BN bỏng nặng giảm thấp trong 8h đầu sau bỏng. SVI, SVV và FTc có thể thay thế cho CVP trong việc đánh giá tiền gánh. **Từ khóa:** Bỏng nặng, tiền gánh, áp lực tĩnh mạch trung ương, USCOM

SUMMARY

STUDYING THE RELATIONSHIP BETWEEN SOME HEMODYNAMIC INDICATORS AND CENTRAL VENOUS PRESSURE (CVP) USING DOPPLER ULTRASOUND (USCOM - ULTRASONIC CARDIAC OUTPUT MONITOR) IN SEVERE BURN PATIENTS IN THE FIRST 8 HOURS AFTER THE BURN

Objective: Evaluating some hemodynamic indicators and their relationship with CVP in severe burn patients in the first 8 hours after burn using USCOM. **Subject and methods:** A study was conducted on 30 severe burn patients, who were treated at the Intensive Care Unit, National Burn Hospital in the first 8 hours after burn, from August, 2023 to May, 2024. These patients were measured Cardiac Output (CO), Cardiac Index (CI), Stroke Volume (SV), Stroke Volume Index (SVI), Inotropic Index (INO), Stroke Volume Variation (SVV), and Folw Time Corrected (FTc) and Central Venous Pressure (CVP) by USCOM. **Results:** CO (2.87 ± 0.94 ml/min), CI (1.69 ± 0.52 ml/min/m²), SV (27.9 ml), SVI (16.5 ml/m²), FTc (287.2 ms), and INO (0.94W) all decreased below normal thresholds. SVV (30.9%) was elevated at admission. SVI, SVV and FTc were closely correlated with CVP. **Conclusion:** CO, CI, SV, SVI, FTc of severe burn patients decreased within 8 hours after the burn. SVI, SVV and FTc can be substituted for CVP in assessing cardiac preload.

Keywords: Severe Burn injury, Cardiac preload, Central Venous Pressure, USCOM

¹Bệnh viện Bỏng Quốc gia, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiên Dũng

Email: nzung_0350@yahoo.com

Ngày nhận bài: 25.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 6.11.2024

Ngày duyệt bài: 5.12.2024