

các phương pháp điều trị mới, đặc biệt là kỹ thuật can thiệp nội mạch, nhằm nâng cao hiệu quả và giảm biến chứng. Thứ ba, nâng cao nhận thức tại y tế cơ sở để phát hiện sớm, đảm bảo điều trị kịp thời, giảm gánh nặng cho bệnh nhân. Sự phối hợp chặt chẽ giữa các cấp quản lý, cơ sở điều trị và y tế địa phương là chìa khóa để cải thiện chất lượng chăm sóc.

V. KẾT LUẬN

Tóm lại, nghiên cứu mô tả loạt ca người bệnh có dị dạng mạch máu ngoại biên dưới 18 tuổi cho thấy các đặc điểm phổ biến trên đối tượng nghiên cứu. Bên cạnh đó cung cấp thêm những đặc điểm nổi trội của hai nhóm dị dạng tĩnh mạch và dị dạng động – tĩnh mạch. Từ đó cung cấp dữ liệu cho bác sĩ điều trị những lưu ý để phát hiện chính xác loại dị dạng và có các phương án điều trị phù hợp. Mặc dù vậy, với thiết kế mô tả loạt ca, bước đầu chúng tôi tập trung mô tả đơn thuần cho nhóm dân số nghiên cứu, chưa phân tích các yếu tố về di truyền và môi trường liên quan đến tình trạng bệnh. Cần triển khai thêm các nghiên cứu có thiết kế mạnh hơn để tăng tính khái quát vấn đề nhằm đưa ra các khuyến cáo có giá trị ứng dụng trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lee Byung-Boong:** Advanced management of congenital vascular malformations (CVM). *Int Angiol.* 2002, 21:209-213.

2. **Penington Anthony, Phillips Roderic J., Sleebs Nerida, Halliday Jane:** Estimate of the Prevalence of Vascular Malformations. *Journal of Vascular Anomalies.* 2023, 4. 10.1097/jova.000000000000068
3. **Lee Byung-Boong, Bergan John J.:** Advanced Management of Congenital Vascular Malformations: A Multidisciplinary Approach. *Cardiovascular Surgery.* 2002, 10:523-533. 10.1177/096721090201000601
4. **Yun W. S., Kim Y. W., Lee K. B., et al.:** Predictors of response to percutaneous ethanol sclerotherapy (PES) in patients with venous malformations: analysis of patient self-assessment and imaging. *J Vasc Surg.* 2009, 50:581-589, 589 e581. 10.1016/j.jvs.2009.03.058
5. **Nguyễn Công Minh:** Đánh giá điều trị dị dạng mạch máu bẩm sinh ở người lớn trong 6 năm (2005-2010). *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.* 2013, 17:53-60.
6. **Enjolras O., Ciabrini D., Mazoyer E., Laurian C., Herbreteau D.:** Extensive pure venous malformations in the upper or lower limb: a review of 27 cases. *J Am Acad Dermatol.* 1997, 36:219-225. 10.1016/s0190-9622(97)70284-6
7. **Li H. B., Zhang J., Li X. M., et al.:** Clinical efficacy of absolute ethanol combined with n-butyl cyanoacrylate sclerotherapy in the treatment of Puig's classified advanced venous malformation in children. *Exp Ther Med.* 2019, 17:1276-1281. 10.3892/etm.2018.7051
8. **Soulez G., Gilbert Md Frcpc P., Giroux Md Frcpc M. F., Racicot Md Frcpc J. N., Dubois J.:** Interventional Management of Arteriovenous Malformations. *Tech Vasc Interv Radiol.* 2019, 22:100633. 10.1016/j.tvir.2019.100633

ĐÁNH GIÁ KHÔ MẮT SAU PHẪU THUẬT KHÚC XẠ GIÁC MẠC TẠI BỆNH VIỆN MẮT SÀI GÒN - HÀ NỘI

Ngô Thị Lan¹, Bùi Thị Vân Anh^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng khô mắt ở bệnh nhân sau phẫu thuật khúc xạ tại Bệnh viện Mắt Sài Gòn - Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả tiến cứu trên 158 mắt của 79 bệnh nhân được phẫu thuật khúc xạ bằng laser. Tình trạng khô mắt được khảo sát bằng Bảng câu hỏi Chỉ số bề mặt nhãn cầu (OSDI) và bằng các nghiệm pháp Schirmer test I, Schirmer test II, thời gian vỡ màng phim nước mắt (FBUT) và chiều cao liềm nước mắt. Tiêu chuẩn xác

định khô mắt dựa vào tiêu chuẩn của Hiệp hội Khô mắt Châu Á với thang điểm OSDI bằng hoặc lớn hơn 13 điểm. Các bệnh nhân được khảo sát tình trạng khô mắt vào các thời điểm trước phẫu thuật, 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật. **Kết quả:** Tỷ lệ khô mắt sau phẫu thuật tại thời điểm trước phẫu thuật, 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng lần lượt là 38,3%, 86,1%, 63,0% và 38,2%. Schirmer test I tại thời điểm trước phẫu thuật, 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật lần lượt là 13,7 ± 4,8 (mm), 9,0 ± 5,7 (mm), 10,7 ± 5,0 (mm) và 14,3 ± 5,1 (mm). Schirmer test II tại thời điểm trước phẫu thuật, 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật lần lượt là 4,3 ± 2,5 (mm), 5,3 ± 2,5 (mm), 8,1 ± 3,8 (mm), 8,1 ± 3,9 (mm). FBUT tại thời điểm trước phẫu thuật, 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật lần lượt là 5,2 ± 1,5 (giây), 3,8 ± 1,3 (giây), 4,9 ± 1,2 (giây), 5,5 ± 1,6 (giây). **Kết luận:** Tình trạng khô mắt tăng cao nhất tại thời điểm 1 tuần sau phẫu thuật. Sau đó, tình trạng khô mắt giảm dần và trở về tương đương giá trị trước phẫu thuật. Qua đó cho thấy tình trạng khô mắt chỉ biểu

¹Bệnh viện Mắt Sài Gòn - Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, Hà Nội

³Trường Đại học Y dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Lan

Email: ngolan.msg@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

hiện thoáng qua và không ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị của phẫu thuật khúc xạ. **Từ khóa:** Khô mắt, phẫu thuật khúc xạ, OSDI, Schirmer test, FBUT

SUMMARY

EVALUATION OF DRY EYE POST-CORNEAL REFRACTIVE SURGERY AT SAIGON - HANOI EYE HOSPITAL

Objective: To describe the clinical characteristics of dry eye in patients after refractive surgery at Saigon - Hanoi Eye Hospital. **Subjects and Methods:** This study was designed as a prospective descriptive study on 158 eyes of 79 patients who underwent surface laser refractive surgery. The dry eye condition was assessed using the Ocular Surface Disease Index (OSDI) questionnaire and by conducting the Schirmer Test I, Schirmer Test II, Tear Film Breakup Time (FBUT), and Tear Meniscus Height. The criteria for defining dry eye were based on the standards of the Asian Dry Eye Society, with an OSDI score of 13 or higher. Patients were assessed for dry eye before surgery, and at 1 week, 1 month, and 3 months post-surgery. **Results:** The incidence of dry eye pre-surgery and at 1 week, 1 month, and 3 months post-surgery was 38.3%, 86.1%, 63.0%, and 38.2%, respectively. Schirmer Test I results at pre-surgery, 1 week, 1 month, and 3 months post-surgery were 13.7 ± 4.8 mm, 9.0 ± 5.7 mm, 10.7 ± 5.0 mm, and 14.3 ± 5.1 mm, respectively. Schirmer Test II results at pre-surgery, 1 week, 1 month, and 3 months post-surgery were 4.3 ± 2.5 mm, 5.3 ± 2.5 mm, 8.1 ± 3.8 mm, and 8.1 ± 3.9 mm, respectively. FBUT results at pre-surgery, 1 week, 1 month, and 3 months post-surgery were 5.2 ± 1.5 seconds, 3.8 ± 1.3 seconds, 4.9 ± 1.2 seconds, and 5.5 ± 1.6 seconds, respectively. **Conclusion:** The condition of dry eye peaked at 1-week post-surgery, then gradually decreased and returned to pre-surgery levels, indicating that dry eye is only transient and does not affect the therapeutic efficacy of refractive surgery.

Keywords: Dry eye, refractive surgery, OSDI, Schirmer test, FBUT

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tật khúc xạ không được điều trị là nguyên nhân thứ hai trong các nguyên nhân chính gây mù lòa trên thế giới. Trong các tật khúc xạ, cận thị chiếm tỷ lệ cao và gia tăng đáng báo động. Năm 2016, cận thị ảnh hưởng đến 33% dân số toàn cầu (chiếm khoảng 2584 tỷ người) và tiếp tục gia tăng đến 52% (khoảng 4949 tỷ người) vào năm 2050. Do đó nhu cầu điều chỉnh tật khúc xạ do cận thị ngày càng gia tăng [1]. Phẫu thuật khúc xạ bằng Femto-LASIK và ReLex-SMILE là hai phương pháp phẫu thuật khúc xạ sử dụng năng lượng laser điều chỉnh độ dày và hình dạng nhu mô giác mạc để hiệu chỉnh độ khúc xạ. Femtosecond-LASIK sử dụng tia laser femtosecond để tạo vạt trên bề mặt giác mạc và tia laser excimer để bóc hơi nhu mô giác mạc. ReLex-SMILE sử dụng laser femtosecond để cắt

lõi nhu mô giác mạc và lõi nhu mô sau đó được rút ra bằng vết cắt nhỏ trên giác mạc. Cả hai phương pháp phẫu thuật khúc xạ trên được chứng minh là hiệu quả và an toàn. Tuy nhiên, khô mắt là biến chứng hay gặp ở bệnh nhân sau phẫu thuật khúc xạ [2].

Khô mắt gây cảm giác khó chịu và làm giảm hài lòng của bệnh nhân sau phẫu thuật. Hơn nữa, khô mắt gây thiệt hại kinh tế cho người bệnh. Tỷ lệ khô mắt xuất hiện sau phẫu thuật khúc xạ dao động từ 20-50%. Tại Hoa Kỳ, chi phí điều trị khô mắt tốn kém 55,4 triệu đô mỗi năm [3]. Các triệu chứng khô mắt sau phẫu thuật khúc xạ đôi khi biểu hiện thoáng qua và tự hồi phục nhưng cũng có thể biểu hiện mức độ nặng và kéo dài. Tại Việt Nam, hiện còn ít nghiên cứu chi tiết về tình trạng khô mắt sau phẫu thuật khúc xạ bằng laser bề mặt trong khi khô mắt là nguyên nhân chính làm tăng chi phí điều trị và giảm sự hài lòng của người bệnh. Bệnh viện Mắt Sài Gòn - Hà Nội là một trong các bệnh viện được người bệnh tin tưởng và lựa chọn là nơi phẫu thuật khúc xạ. Hiện nay, số lượng bệnh nhân phẫu thuật tại Bệnh viện ngày càng tăng qua hàng năm. Dựa vào các tiền đề trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng của tình trạng khô mắt ở bệnh nhân sau phẫu thuật khúc xạ tại Bệnh viện Mắt Sài Gòn - Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân có độ tuổi từ 18 trở lên, có độ cận nhỏ hơn hoặc bằng -11 D và độ loạn nhỏ hơn hoặc bằng -5 D, khúc xạ ổn định tối thiểu trong vòng 12 tháng trước đó và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tiền sử các bệnh tự miễn, mang thai, giác mạc hình chóp, bản đồ giác mạc bất thường, bệnh màng đáy biểu mô hoặc thoái hóa cấu trúc giác mạc, Chiều dày giác mạc còn lại sau phẫu thuật ≤ 250 μm , Đái tháo đường không kiểm soát và tiền sử phẫu thuật ở mắt

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Cỡ mẫu: Sử dụng công thức tính theo công thức xác định cỡ mẫu nghiên cứu xác định một tỷ lệ.

$$Z_{1-\alpha/2}^2 P(1-p)$$

$$n = \frac{\quad}{\Delta^2}$$

Trong đó: $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ (hệ số tin cậy với xác suất 95%); $\alpha = 0,05$; p là tỷ lệ khô mắt sau phẫu thuật khúc xạ, $p = 0,7$ [2].

Δ: sai số ước lượng trong nghiên cứu (Δ = 0,1). Cỡ mẫu tối thiểu tính được n = 104 (mắt)

Thực tế, nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 158 mắt của 79 bệnh nhân.

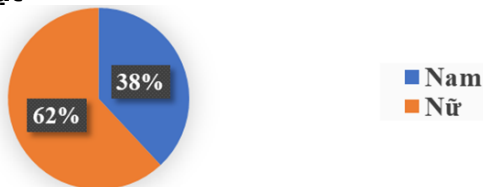
Chọn mẫu: Chúng tôi thu thập thông tin tất cả các bệnh nhân đến phẫu thuật khúc xạ tại bệnh viện Mắt Sài Gòn - Hà Nội đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp tiến hành: Bệnh nhân được theo dõi từ khi nhập viện, phẫu thuật, hậu phẫu, và khám lại sau khi ra viện 1 tuần, 3 tháng. Đo thị lực trước mổ, sau mổ 3 tháng. Thời điểm 3 tháng sau mổ thử thị lực tương phản, phỏng vấn bằng bộ câu hỏi đánh giá mức độ suy giảm chức năng.

Xử lý số liệu: Sử dụng SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới

Tổng số bệnh nhân được nghiên cứu là 79 bệnh nhân. Trong đó, bệnh nhân nam là 30 (38%), bệnh nhân nữ là 49 (62%)

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi

| Nhóm tuổi | Số bệnh nhân (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------|------------------|------------|
| 18 đến 25 | 34 | 43,0 |
| 26 đến 35 | 33 | 41,8 |
| Từ 36 trở lên | 12 | 15,2 |
| Tổng | 79 | 100 |

Tuổi trung bình $27,2 \pm 6,1$ tuổi, tuổi thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 43 tuổi. Đa số bệnh nhân phẫu thuật có độ tuổi từ 18 đến 35 tuổi với tỷ lệ 84,8%. Trong đó, độ tuổi từ 18 đến 25 tương đồng với độ tuổi từ 26 đến 35 với tỷ lệ lần lượt là 43,0% và 41,8%.

Bảng 3.2. Phân bố mức độ cận thị

| Mức độ cận thị (D) | Số mắt (n) | Tỷ lệ (%) |
|--------------------|------------|------------|
| -0.50 đến -3.00 | 24 | 15,2 |
| -3.25 đến -6.00 | 58 | 43,0 |
| ≥ -6.25 | 66 | 41,8 |
| Tổng | 158 | 100 |

Trong nhóm nghiên cứu mức độ cận thị từ -3.25D đến -6.00 D chiếm tỷ lệ cao nhất (43,0%), tiếp đến là nhóm có mức độ cận thị từ -6.25D trở lên (41,8%) và thấp nhất là nhóm có mức độ cận thị từ -0.50 đến -3.00 D.

Bảng 3.3. Phân bố độ dày giác mạc

| Độ dày giác mạc | Trung bình (micromet) | Độ lệch chuẩn |
|--------------------|-----------------------|---------------|
| Mắt phải | 530,5 | 26,6 |
| Mắt trái | 532,8 | 26,4 |
| Trung bình hai mắt | 531,6 | 26,3 |

Độ dày giác mạc trung bình của nhóm nghiên cứu là $531,6 \pm 21,3$ (micromet)

Bảng 3.4. Phân bố lượng nhu mô giác mạc lấy đi

| Lượng nhu mô giác mạc | Trung bình (micromet) | Độ lệch chuẩn |
|-----------------------|-----------------------|---------------|
| Mắt phải | 98,4 | 30,2 |
| Mắt trái | 96,2 | 30,7 |
| Trung bình hai mắt | 97,5 | 29,8 |

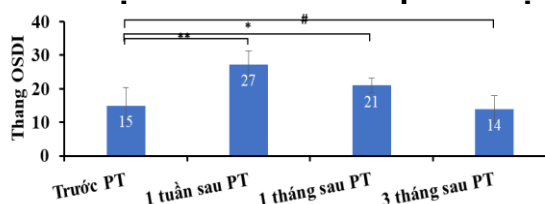
Lượng nhu mô giác mạc lấy đi trung bình hai mắt là $97,5 \pm 29,8$ (thấp nhất 14,5, nhiều nhất 148).

Bảng 3.5. Phân bố phương pháp phẫu thuật

| Phương pháp PT | Số lượng (mắt) | Tỷ lệ (%) |
|----------------|----------------|-----------|
| FEMTO LASIK | 48 | 30,4 |
| SMILE | 110 | 69,6 |

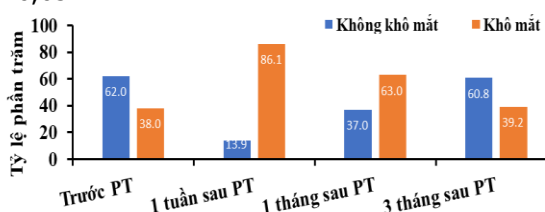
Trong tổng số 158 mắt phẫu thuật, phần lớn bệnh nhân lựa chọn phương pháp phẫu thuật SMILE với tỷ lệ 69,6%.

3.2. Đặc điểm khô mắt sau phẫu thuật



Biểu đồ 3.2. Thay đổi thang điểm OSDI trước và sau phẫu thuật

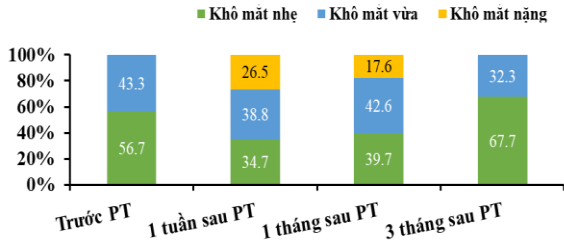
Thang OSDI trước phẫu thuật là $15,5 \pm 5,2$. Thang OSDI tăng cao có ý nghĩa thống kê tại thời điểm 1 tuần sau PT ($27,4 \pm 4,0$) với $p < 0,01$ và 1 tháng sau PT ($21,3 \pm 2,1$) với $p < 0,05$. Sau đó, thang OSDI tại thời điểm 3 tháng ($14 \pm 3,9$) trở về giá trị tương đương thời điểm trước phẫu thuật. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, # $p > 0,05$



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ khô mắt trước và sau phẫu thuật

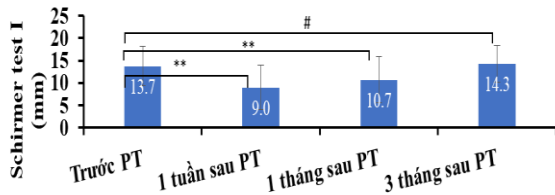
Dựa vào thang OSDI, trước phẫu thuật có 49 bệnh nhân không khô mắt với tỷ lệ 62,0% và 30

bệnh nhân khô mắt với tỷ lệ 38,0%. Tại thời điểm 1 tuần sau phẫu thuật, tỷ lệ khô tăng cao nhanh chóng với tỷ lệ 86,1%. Sau đó, tỷ lệ khô mắt giảm dần và đạt giá trị tương đương lúc trước phẫu thuật với tỷ lệ 39,2%.



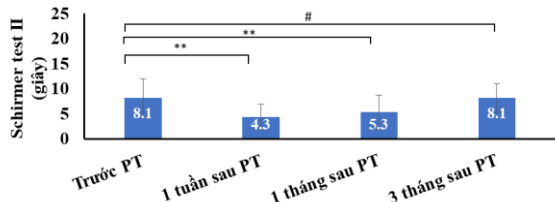
Biểu đồ 3.4. Thay đổi cơ cấu mức độ khô mắt trước và sau phẫu thuật

Về cơ cấu khô mắt, trước phẫu thuật có 56,7% đối tượng nghiên cứu khô mắt mức độ nhẹ, 43,3% khô mắt mức độ vừa. Tỷ lệ khô mắt mức độ nặng tăng cao nhất tại thời điểm sau phẫu thuật 1 tuần với tỷ lệ 26,5%. Sau 1 tháng, tỷ lệ khô mắt mức độ nặng giảm dần. Sau đó, cơ cấu mức độ khô mắt tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật trở về giá trị tương đương trước phẫu thuật.



Biểu đồ 3.5. Thay đổi Schirmer test I trước và sau phẫu thuật

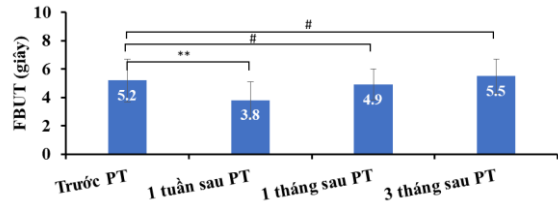
Schirmer test I tại thời điểm trước phẫu thuật là $13,7 \pm 4,8$ (mm). Sau phẫu thuật, Schirmer test I tại các thời điểm 1 tuần và 1 tháng lần lượt là $9,0 \pm 5,7$ (mm) và $10,7 \pm 5,0$ (mm). Sự khác biệt giữa thời điểm trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 1 tuần và 1 tháng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Sau đó, Schirmer test I tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật hồi phục và có xu hướng cao hơn giá trị như trước khi phẫu thuật. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



Biểu đồ 3.6. Thay đổi Schirmer test II trước và sau phẫu thuật

Schirmer test II tại thời điểm 1 tuần sau

phẫu thuật ($4,3 \pm 2,5$ mm) và 1 tháng sau phẫu thuật ($5,3 \pm 2,5$) thấp hơn đáng kể so với thời điểm trước phẫu thuật ($8,1 \pm 3,8$ mm) với $p < 0,01$. Sau đó, Schirmer test I tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật ($8,1 \pm 3,9$ mm) phục hồi như thời điểm trước phẫu thuật.



Biểu đồ 3.7. Thay đổi FBUT trước và sau phẫu thuật

FBUT tại thời điểm trước phẫu thuật là $5,2 \pm 1,5$ (giây). Sau phẫu thuật 1 tuần, FBUT giảm còn $3,8 \pm 1,3$ (giây). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Sau đó, FBUT tại thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật phục hồi và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổng số bệnh nhân được nghiên cứu là 79, trong đó 38% là nam và 62% là nữ. Tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn phản ánh sự phổ biến của phẫu thuật khúc xạ ở nữ giới, tương tự với các nghiên cứu của Mäkinen P. và cộng sự (2024) [4]. Theo chúng tôi, tỷ lệ nữ giới cao hơn có thể liên quan đến việc nữ giới có xu hướng quan tâm nhiều hơn đến thẩm mỹ và cải thiện thị lực, từ đó tăng khả năng họ lựa chọn phẫu thuật khúc xạ. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $27,2 \pm 6,1$ (tuổi). Về thị lực, thị lực có kính trước phẫu thuật đạt 10/10 ở 67,7% bệnh nhân và không còn trường hợp nào dưới 8/10 sau 3 tháng. Tay E. và cộng sự (2020), tỷ lệ đạt thị lực 10/10 ở 3 tháng sau phẫu thuật là 93,0% [5]. Điều đó góp phần khẳng định rằng phẫu thuật khúc xạ bằng laser giúp bệnh nhân phục hồi thị lực tốt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức cận thị từ -3.25D đến -6.00D chiếm 43%, và $\geq -6.25D$ chiếm 41,8%. Gao Q. và cộng sự (2023) nghiên cứu 253 mắt phẫu thuật SMILE, mức độ khúc xạ trung bình $-5,0 \pm 1,6$ (D) [6]. Độ dày giác mạc trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 531,6 μm . Đặng Thị Như Quỳnh và cộng sự (2023) khảo sát 21 bệnh nhân, kết quả cho thấy độ dày giác mạc trung tâm trung bình là 545,5 μm [7]. Độ dày giác mạc trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu trên. Về phương pháp phẫu thuật, phương pháp SMILE

chiếm 69,6% và FEMTO LASIK là 30,4%. Mäkinen P. và cộng sự (2024) cũng chỉ ra rằng SMILE thường được chọn lựa cho bệnh nhân cận thị khi so với FEMTOLASIK [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thang điểm OSDI trung bình tăng từ $15,5 \pm 5,2$ trước phẫu thuật lên $27,4 \pm 4,0$ tại tuần đầu tiên sau phẫu thuật, sau đó giảm dần xuống $21,3 \pm 2,1$ ở tháng thứ nhất, và trở về gần mức ban đầu với $14 \pm 3,9$ tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật. Tsai T. và cộng sự (2022) nghiên cứu tình trạng khô mắt sau phẫu thuật FemtoLASIK. Kết quả cho thấy thang OSDI tăng từ $6,15 \pm 6,9$ tại thời điểm trước phẫu thuật lên $20,39 \pm 12,21$ tại thời điểm 5 ngày sau phẫu thuật. Sau đó, OSDI giảm về giá trị $8,41 \pm 5,40$ tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật [9]. Tương tự với kết quả trên, Toda I. và cộng sự (2013) báo cáo kết quả cho thấy OSDI trung bình tại 1 tháng sau phẫu thuật SMILE là 20,34 và giảm còn 14,31 tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật. Sau đó, OSDI giảm còn 12,11 tại thời điểm 6 tháng trước phẫu thuật [2]. Cui G. và cộng sự (2024) báo cáo kết quả OSDI tăng cao sau phẫu thuật, đặc biệt ở nhóm có khô mắt từ trước, trên cả các triệu chứng trên bề mặt nhãn cầu, triệu chứng liên quan đến thị lực và liên quan đến môi trường sống [10]. Điều này cho thấy sự gia tăng tạm thời các triệu chứng khô mắt ngay sau phẫu thuật là hiện tượng phổ biến, và các triệu chứng này thường giảm dần theo thời gian.

Trước phẫu thuật, phần lớn bệnh nhân không bị khô mắt (62%), một tỷ lệ nhỏ có khô mắt nhẹ (21%) và trung bình (17%) và không có trường hợp khô mắt nặng. Cui Ge và cộng sự (2024) nghiên cứu 57 bệnh nhân phẫu thuật khúc xạ và dựa vào thang OSDI để phân loại khô mắt. Kết quả cho thấy, trước phẫu thuật có 35 bệnh nhân (61,4%) có không có biểu hiện khô mắt và 22 bệnh nhân (38,6%) có biểu hiện khô mắt [10]. Điều đó cho thấy, khô mắt là hiện tượng xuất hiện ở giai đoạn trước phẫu thuật cận thị.

Kết quả Schirmer test I trong nghiên cứu của chúng tôi giảm từ $13,7 \pm 4,8$ (mm) trước phẫu thuật xuống còn $9,0 \pm 5,7$ (mm) vào tuần đầu tiên và $10,7 \pm 5,0$ (mm) vào tháng thứ nhất, trước khi phục hồi về mức trước phẫu thuật ở tháng thứ ba. Toda I. và cộng sự (2013) báo cáo Schirmer test I trung bình trước phẫu thuật là 13,32, giảm có ý nghĩa thống kê tại thời điểm 1 tuần sau phẫu thuật (11,18 mm) và phục hồi về 10,83 (mm) tại thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật [2]. Điều đó khẳng định rằng, Schirmer test giảm ở giai đoạn đầu sau phẫu thuật nhưng hầu hết sẽ

phục hồi tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật.

FBUT trong nghiên cứu của chúng tôi giảm từ $5,2 \pm 1,5$ giây trước phẫu thuật xuống còn $3,8 \pm 1,3$ giây tại tuần đầu tiên, và hồi phục về mức trước phẫu thuật trong các tháng tiếp theo. Kết quả trên tương đồng với Cui G. và cộng sự (2024) [10]. Như vậy, FBUT giảm tại thời điểm 1 tuần sau phẫu thuật và phục hồi sau 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Tại thời điểm 1tuần sau phẫu thuật, tỷ lệ khô tăng cao nhanh chóng với tỷ lệ 86,1%. Sau đó, tỷ lệ khô mắt giảm dần và đạt giá trị tương đương giá trị lúc trước phẫu thuật. Thang OSDI tăng cao tại thời điểm 1 tuần và 1 tháng sau phẫu thuật. Sau đó, thang OSDI phục hồi về giá trị trước phẫu thuật.

Schirmer test I và II tại thời điểm 1 tuần và 1 tháng sau phẫu thuật giảm đáng kể so với trước phẫu thuật và phục hồi tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật. FBUT giảm đáng kể tại thời điểm 1 tuần sau phẫu thuật và phục hồi tại thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bourne RR, Stevens GA, White RA, Smith JL, Flaxman SR, Price H, Jonas JB, Keeffe J, Leasher J, Naidoo K, Pesudovs K, Resnikoff S, Tavlour HR:** Vision Loss Expert Group. Causes of vision loss worldwide, 1990-2010: a systematic analysis. *Lancet Glob Health.* 2013 Dec;1(6):e339-49
- Toda I.** Dry Eye After LASIK. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2018 Nov 1;59(14):DES109-DES115.
- Yu J, Asche CV, Fairchild CJ.** The economic burden of dry eye disease in the United States: a decision tree analysis. *Cornea.* 2011 Apr;30(4):379-87.
- Mäkinen P, Nättinen J, Aapola U, Pietilä J, Uusitalo H.** Comparison of early changes in tear film protein profiles after small incision lenticule extraction (SMILE) and femtosecond LASIK (FS-LASIK) surgery. *Clin Proteom.* 2024;21(1):11.
- Tay E, Bajpai R.** Visual recovery after small incision lenticule extraction (SMILE) in relation to pre-operative spherical equivalent. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2021;259(4):1053-1060.
- Gao S, Li S, Liu L, et al.** Early Changes in Ocular Surface and Tear Inflammatory Mediators after Small-Incision Lenticule Extraction and Femtosecond Laser-Assisted Laser In Situ Keratomileusis. *Taylor AW, ed. PLoS ONE.* 2014;9(9):e107370.
- Quỳnh ĐTN, Hoa NQ, Sơn CH, Thanh PD, Dương ĐTA, Nhu ĐĐ.** Sự thay đổi độ dày giác mạc trung tâm sau phẫu thuật SMILE. *YHCD.* 2023;64(6)
- Sekundo W, ed.** Small Incision Lenticule Extraction (SMILE): Principles, Techniques, Complication Management, and Future Concepts. Springer International Publishing; 2015.

9. Tsai T, Alwees M, Rost A, et al. Changes of Subjective Symptoms and Tear Film Biomarkers following Femto-LASIK. Int J Mol Sci. Published online 2022.

10. Cui G. Changes of dry eye parameters after small incision lenticule extraction surgery in patients with different ocular surface disease index scores. Scientific Reports. Published online 2024.

ĐIỀU TRỊ THUỐC HẠ ĐƯỜNG HUYẾT TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 MỚI CHẨN ĐOÁN

Nguyễn Văn Sĩ^{1,2}, Nguyễn Ngọc Thanh Tuyền¹,
Nguyễn Thị Ngọc Bích², Đinh Quốc Bảo¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Đái tháo đường type 2 là yếu tố nguy cơ tim mạch phổ biến tại Việt Nam. Khởi đầu điều trị thuốc hạ đường huyết theo khuyến cáo ngay tại thời điểm chẩn đoán giúp kiểm soát đường huyết và cải thiện tiên lượng. Do hầu hết các thuốc hạ đường huyết, ngoại trừ insulin, làm giảm HbA1c tương tự nhau nhưng khác biệt về độ an toàn và cơ chế tác động sinh lý bệnh. **Mục tiêu:** Nghiên cứu được thực hiện để xác định tỉ lệ chỉ định các thuốc hạ đường huyết và sự phù hợp với khuyến cáo hiện hành trên người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên người bệnh đái tháo đường type 2 được chẩn đoán trong vòng 6 tháng tại phòng khám Nội tiết và phòng khám Y học gia đình, bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Đơn thuốc được ghi nhận tại thời điểm người bệnh đến thăm khám. Sự phù hợp với khuyến cáo điều trị thuốc hạ đường huyết được đánh giá dựa trên phác đồ điều trị của Bộ Y tế Việt Nam năm 2020 và Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA: American Diabetes Association) năm 2022. **Kết quả:** 275 người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán tham gia nghiên cứu. Tỉ lệ chỉ định các thuốc hạ đường huyết bao gồm metformin, sulfonylurea, ức chế DPP-4, ức chế SGLT2, đồng vận GLP-1, ức chế α – glucosidase, meglitinide, insulin lần lượt là: 84%, 22,9%, 58,5%, 16%, 0,4%, 0,4%, 1,5%, 10,2%. Đa số người bệnh sử dụng phác đồ phối hợp thuốc hạ đường huyết. Nghiên cứu ghi nhận 96% người bệnh được điều trị thuốc hạ đường huyết ngay khi có chẩn đoán, 20,5% chỉ định insulin trên người bệnh có HbA1c \geq 9% hoặc đường huyết đói rất cao \geq 300 mg/dL và 25% lựa chọn thuốc ức chế SGLT2 và/hoặc thuốc đồng vận GLP-1 phù hợp với khuyến cáo. Trong số người bệnh điều trị thuốc hạ đường huyết đường uống, có 5 người bệnh không được chỉ định hợp lý về liều dùng của linagliptin. **Kết luận:** Điều trị thuốc hạ đường huyết theo khuyến cáo trên người bệnh đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán

cần được tối ưu hơn, đặc biệt ở các nhóm thuốc ức chế SGLT-2 và đồng vận GLP-1.

Từ khóa: Đái tháo đường type 2 mới chẩn đoán, thuốc hạ đường huyết

SUMMARY

HYPOGLYCEMIC TREATMENT FOR NEWLY DIAGNOSED TYPE 2 DIABETES PATIENTS

Introduction: Type 2 diabetes is a common cardiovascular risk factor in Vietnam. Initiating guideline-recommended hypoglycemic therapy at diagnosis is crucial for achieving glycemic control and improving prognosis. Most hypoglycemic drugs, except insulin, lower HbA1c similarly but differ in their safety profiles and mechanisms of pathophysiological action.

Objective: The study was conducted to determine the prescription rates of hypoglycemic agents according to current guidelines for newly diagnosed type 2 diabetes patients. **Research Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on type 2 diabetes patients diagnosed within six months at the Endocrinology and Family Medicine clinics of the University Medical Center, Ho Chi Minh City. Prescriptions were recorded at the time of the patient's visit. Compliance with recommendations for hypoglycemic treatment was evaluated based on the 2020 treatment guidelines of the Ministry of Health of Vietnam and the 2022 guidelines of the American Diabetes Association (ADA). **Results:** 275 newly diagnosed type 2 diabetes patients participated in the study. The prescription rates for hypoglycemic agents, including metformin, sulfonylurea, DPP-4 inhibitors, SGLT2 inhibitors, GLP-1 agonists, α -glucosidase inhibitors, meglitinides, and insulin were, respectively, 84%, 22.9%, 58.5%, 16%, 0.4%, 0.4%, 1.5%, and 10.2%. Most patients need two medications to control blood glucose. The study showed that 96% of patients were treated with hypoglycemic agents upon diagnosis, with 20.5% prescribed insulin for patients with HbA1c \geq 9% or very high fasting blood glucose \geq 300 mg/dL and 25% selecting SGLT2 inhibitors and/or GLP-1 agonists as recommended. Among patients treated with oral hypoglycemic agents, five were not appropriately prescribed linagliptin doses.

Conclusion: Guideline-directed hypoglycemic treatment in newly diagnosed type 2 diabetes patients needs further optimization, particularly in the use of SGLT-2 inhibitors and GLP-1 agonists. **Keywords:** Newly diagnosed type 2 diabetes, hypoglycemic agents

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Sĩ

Email: si.nguyen.ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 20.01.2025