

- Trường Đại học Y dược Cần Thơ. 2024.
2. **Nguyễn Khánh Quang, Vũ Trí Thanh, Luân Trần Minh Bảo.** Kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ. Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 2022, 26(1), 271-277.
  3. **Phạm Kiều Anh Thơ.** Nghiên cứu đặc điểm điện sinh lý thần kinh và kiểu gen HLA-B, HLA-DRB1 trên bệnh nhân nhược cơ. Luận văn tiến sĩ y học. Trường Đại học Y dược Hà Nội. 2022.
  4. **Dresser L., Wlodarski R., Rezania K., Soliven B.** Myasthenia Gravis: Epidemiology, Pathophysiology and Clinical Manifestations. J Clin Med. 2021, 10(11), 10.3390/jcm10112235.
  5. **Gilhus N. E.** Myasthenia gravis. Disease Primer. 2019, 5, 30.
  6. **Nelke C., Stascheit F., Eckert C., Pawlitzki M., Schroeter C. B. et al.** Independent risk factors for myasthenic crisis and disease exacerbation in a retrospective cohort of myasthenia gravis patients. J Neuroinflammation. 2022, 19(1), 89, 10.1186/s12974-022-02448-4.
  7. **Geng Y., Zhang H., Wang Y.** Risk factors of myasthenia crisis after thymectomy among myasthenia gravis patients: A meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2020, 99(1), 1-9, 10.1097/MD.00000000000018622.
  8. **Romi F., Gilhus N. E., Aarli J. A.** Myasthenia gravis: clinical, immunological, and therapeutic advances. Acta Neurol Scand. 2005, 111(2), 134-141, 10.1111/j.1600-0404.2005.00374.x.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ ÁP XE RUỘT THỪA TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Vũ Khang Ninh<sup>1</sup>, Đặng Quốc Ái<sup>2,3</sup>, Hà Thị Thúy Hằng<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Áp xe ruột thừa là biến chứng hiếm gặp của viêm ruột thừa cấp, chiếm 2-7% trường hợp. Điều trị tối ưu vẫn còn tranh cãi trong lâm sàng. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của áp xe ruột thừa, đồng thời đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cấp cứu. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 1190 bệnh nhân viêm ruột thừa cấp tại Bệnh viện Thanh Nhàn (1/2019 - 12/2024). Chúng tôi phân tích 50 trường hợp áp xe ruột thừa được phẫu thuật cấp cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ áp xe ruột thừa là 4,2%, tuổi trung bình 40,51 (15-89), nam/nữ = 1,94:1. Triệu chứng chính gồm đau bụng (100%), sốt (78%), phản ứng thành bụng (92%). Xét nghiệm cho thấy tăng bạch cầu (98%), CRP cao (96%). Chẩn đoán hình ảnh xác định 100% trường hợp. Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật nội soi, thời gian mổ trung bình 120 phút, nằm viện 5 ± 1,3 ngày. Tỷ lệ tử vong 0,02% (1 trường hợp). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị áp xe ruột thừa, với kết quả sớm khả quan. **Từ khóa:** áp xe ruột thừa, phẫu thuật nội soi, Bệnh viện Thanh Nhàn

### SUMMARY

#### SURGICAL OUTCOMES FOR THE TREATMENT OF APPENDICEAL ABSCESS AT THANH NHAN HOSPITAL

**Background:** Appendiceal abscess is a rare

complication of acute appendicitis, accounting for 2-7% of cases. The optimal treatment approach remains controversial in clinical practice. **Objective:** To describe the epidemiological, clinical, and paraclinical characteristics of appendiceal abscess and evaluate the early outcomes of emergency surgery. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 1,190 patients with acute appendicitis at Thanh Nhan Hospital (January 2019 - December 2024). We analyzed 50 cases of appendiceal abscess undergoing emergency surgery. **Results:** The incidence of appendiceal abscess was 4.2%, with a mean age of 40.51 years (range: 15-89) and a male-to-female ratio of 1.94:1. The predominant symptoms were abdominal pain (100%), fever (78%), and abdominal wall tenderness (92%). Laboratory findings revealed leukocytosis (98%) and elevated CRP (96%). Imaging confirmed abscesses in 100% of cases. All patients underwent laparoscopic appendectomy, with an average operative time of 120 minutes and a postoperative hospital stay of 5 ± 1.3 days. The mortality rate was 0.02% (one case). **Conclusion:** Laparoscopic appendectomy is a safe and effective treatment for appendiceal abscess, demonstrating favorable early outcomes. **Keywords:** appendiceal abscess, laparoscopic surgery, Thanh Nhan Hospital

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe ruột thừa là một biến chứng hiếm gặp nhưng nghiêm trọng của viêm ruột thừa cấp, với tỷ lệ mắc bệnh dao động từ 2-7% trong các báo cáo y văn. Sự hình thành áp xe thường liên quan đến sự vỡ khu trú của ruột thừa viêm, dẫn đến phản ứng viêm mạnh mẽ và tạo ổ áp xe trong ổ bụng.<sup>1</sup>

Chẩn đoán áp xe ruột thừa là đơn giản nhờ sự ứng dụng rộng rãi của siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng tại các cơ sở y tế. Hiện nay, hai phương pháp điều trị chính thường được áp dụng là điều trị bảo tồn bằng kháng sinh kết hợp dẫn lưu áp xe qua da và phẫu thuật cắt ruột

<sup>1</sup>Bệnh viện Thanh Nhàn

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện E

<sup>4</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 14.4.2025

thừa cấp cứu. Một số nghiên cứu gợi ý rằng điều trị bảo tồn có thể giúp tránh phẫu thuật cấp cứu, giảm nguy cơ biến chứng hậu phẫu, đặc biệt ở bệnh nhân có tình trạng bệnh nền nặng. Tuy nhiên, điều trị bảo tồn cũng có thể kéo dài thời gian nằm viện, làm tăng nguy cơ tái phát viêm ruột thừa hoặc dẫn đến phẫu thuật trì hoãn với nguy cơ dính ruột cao hơn. Ngược lại, phẫu thuật cắt ruột thừa cấp cứu, đặc biệt bằng phương pháp nội soi, có thể giúp loại bỏ ổ nhiễm trùng triệt để nhưng cũng đặt ra thách thức về mặt kỹ thuật, đặc biệt trong những trường hợp ổ áp xe lớn hoặc dính ruột phức tạp.<sup>2,3</sup>

Mặc dù nhiều nghiên cứu đã đề cập đến chiến lược điều trị áp xe ruột thừa, vẫn còn thiếu bằng chứng rõ ràng về hiệu quả và tính an toàn của phẫu thuật nội soi cấp cứu trong nhóm bệnh nhân này. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân áp xe ruột thừa, đồng thời đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi cấp cứu trong điều trị. Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp thêm bằng chứng về vai trò của phẫu thuật nội soi cấp cứu trong xử trí áp xe ruột thừa, góp phần hỗ trợ các quyết định lâm sàng tối ưu.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Đây là một nghiên cứu hồi cứu mô tả được thực hiện tại Bệnh viện Thanh Nhân từ tháng 01/2019 đến 12/2024 nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi cấp cứu trong điều trị áp xe ruột thừa.

**2.2. Đối tượng nghiên cứu.** Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án của 1.190 bệnh nhân được chẩn đoán viêm ruột thừa cấp và điều trị phẫu thuật trong giai đoạn nghiên cứu. Trong số này, 50 bệnh nhân có biến chứng áp xe ruột thừa được đưa vào phân tích.

### Tiêu chí lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán áp xe ruột thừa trên lâm sàng và hình ảnh học (siêu âm hoặc CT scan).
- Được điều trị bằng phẫu thuật cắt ruột thừa cấp cứu bằng phương pháp nội soi hoặc có chuyển đổi sang mổ mở.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin về lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị.

### Tiêu chí loại trừ

- Viêm ruột thừa không có biến chứng.
- Viêm ruột thừa có biến chứng viêm phúc mạc toàn thể mà không có ổ áp xe khu trú.
- Bệnh nhân có áp xe ngoài ruột thừa (ví dụ: áp xe do nguyên nhân khác trong ổ bụng).
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ dữ liệu cần thiết.

## 2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

• **Đặc điểm lâm sàng:** Tuổi, giới, triệu chứng cơ năng và thực thể.

• **Cận lâm sàng:** Công thức máu (số lượng bạch cầu, bạch cầu trung tính), CRP, hình ảnh học (siêu âm và CT scan).

• **Kết quả phẫu thuật:** Loại phẫu thuật (nội soi hay chuyển mổ bụng), vị trí ruột thừa, kích thước ổ áp xe, tổn thương trong mổ.

• **Diễn biến hậu phẫu:** Thời gian nằm viện, biến chứng hậu phẫu, tỷ lệ tử vong.

**2.4. Xử lý số liệu.** Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn (SD), trong khi các biến định tính được thể hiện dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm.

**2.5 Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục đích khoa học, mọi thông tin về bệnh nhân đảm bảo bí mật.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### Tỷ lệ mắc bệnh và đặc điểm bệnh nhân.

Trong số 1.190 bệnh nhân bị viêm ruột thừa cấp được phẫu thuật tại Bệnh viện Thanh Nhân trong thời gian nghiên cứu, có 50 trường hợp (4,2%) tiến triển thành áp xe ruột thừa. Độ tuổi trung bình là 40,51 tuổi (dao động từ 15-89 tuổi), với tỷ lệ nam/nữ = 1,94:1.

**Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chỉ định phẫu thuật.** Triệu chứng phổ biến nhất là đau bụng (100%), trong đó 94% có đau khu trú tại hố chậu phải. Sốt kèm theo đau hố chậu phải là triệu chứng liên quan thường gặp nhất (78%). Khám lâm sàng phát hiện phản ứng thành bụng ở 92% bệnh nhân và khối sờ thấy ở 8% trường hợp.

Xét nghiệm cho thấy bạch cầu đa nhân trung tính tăng ở 98% bệnh nhân và CRP tăng cao ở 96%.

Siêu âm bụng phát hiện áp xe ruột thừa ở 26 bệnh nhân (52%). Trong số 50 bệnh nhân, có 45 trường hợp được chụp cắt lớp vi tính (CT) bụng, giúp xác định chẩn đoán áp xe với độ chính xác 100%. Đường kính ổ áp xe trên CT dao động từ 1 đến 14 cm, trung bình 4 cm.

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được chỉ định mổ cấp cứu cắt ruột thừa. Trong 50 bệnh nhân, 43 trường hợp (86%) được thực hiện bằng phẫu thuật nội soi, trong khi 7 bệnh nhân (14%) phải chuyển sang mổ mở.

### Bảng 1. Tóm tắt đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân

| Biến số             | Phẫu thuật nội soi (n=43) | Chuyển sang mổ mở (n=7) |
|---------------------|---------------------------|-------------------------|
| Thời gian khởi phát |                           |                         |

| <b>triệu chứng</b>                       |    |   |
|------------------------------------------|----|---|
| <3 ngày                                  | 30 | 2 |
| 3-7 ngày                                 | 10 | 2 |
| >7 ngày                                  | 3  | 3 |
| <b>Triệu chứng lâm sàng</b>              |    |   |
| Phản ứng thành bụng                      | 41 | 5 |
| Cảm ứng phúc mạc                         | 28 | 1 |
| Sờ thấy khối áp xe                       | 3  | 1 |
| <b>Đường kính áp xe trên CT &gt;5 cm</b> | 12 | 5 |

**Kết quả phẫu thuật.** Trong 48 bệnh nhân (96%), việc cắt ruột thừa được thực hiện thành công, trong khi 2 bệnh nhân (4%) cần phải cắt bỏ hồi tràng - manh tràng.

Vị trí phổ biến nhất của ruột thừa là sau manh tràng (52%), tiếp theo là trước hồi tràng (28%), dưới manh tràng (8%), hố chậu (6%), và sau hồi tràng (6%).

Dính ruột non gặp ở 74% bệnh nhân, gây khó khăn trong quá trình phẫu tích bóc lộ ruột thừa. Đáng chú ý, cả 7 bệnh nhân phải chuyển từ mổ nội soi sang mổ mở đều có dính ruột nặng. Giả mạc được phát hiện ở 36% bệnh nhân và có 1 trường hợp u ruột thừa. Các trường hợp chuyển sang phẫu thuật mở được thực hiện qua đường rạch trắng giữa.

Thời gian phẫu thuật nội soi trung bình là 120 phút (dao động từ 40-220 phút).

#### **Diễn tiến hậu phẫu và biến chứng.**

Trong số các bệnh nhân phẫu thuật nội soi, 7 bệnh nhân bị viêm phúc mạc khu trú tại hố chậu phải. Trong đó, 6 bệnh nhân cần phẫu thuật nội soi lần hai, trong khi 1 bệnh nhân được điều trị bảo tồn bằng kháng sinh tích cực. Tất cả 7 bệnh nhân đều có tiên lượng tốt.

Một bệnh nhân tử vong sau phẫu thuật nội soi do viêm phổi tiến triển trên nền gãy cổ xương đùi nằm tại chỗ, dẫn đến tỷ lệ tử vong 0,02% trong nhóm nghiên cứu.

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ nội soi là  $5 \pm 1,3$  ngày (dao động từ 4-10 ngày).

#### **IV. BÀN LUẬN**

Áp xe ruột thừa là một biến chứng của viêm ruột thừa cấp, thường liên quan đến biểu hiện lâm sàng không điển hình hoặc sự chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị, đặc biệt khi bệnh nhân đến khám sau hơn 72 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng.<sup>1</sup> Các nghiên cứu trước đây cho thấy nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao nhất rơi vào độ tuổi 30–49.<sup>4,5</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi, 78% bệnh nhân có biểu hiện đau hố chậu phải kèm sốt, và 92% có phản ứng thành bụng khi khám lâm sàng.

Chụp cắt lớp vi tính (CT) ổ bụng là công cụ

chẩn đoán quan trọng, đặc biệt khi có sự hiện diện của khối giảm âm ngấm thuốc cản quang mạnh, dấu hiệu thủng ruột thừa hoặc hình ảnh không điển hình.<sup>3,6,7</sup> Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho thấy CT scan vẫn có thể bỏ sót hoặc đánh giá chưa đầy đủ mức độ nghiêm trọng của bệnh. Vons et al. báo cáo rằng trong nhóm bệnh nhân được chẩn đoán viêm ruột thừa trên CT, vẫn có 18% bệnh nhân được phát hiện có viêm phúc mạc trong quá trình phẫu thuật.<sup>7</sup> Để cải thiện độ chính xác chẩn đoán, Atema et al. đã xây dựng một mô hình đánh giá dựa trên các yếu tố lâm sàng (tuổi, nhiệt độ, thời gian khởi phát triệu chứng, số lượng bạch cầu, CRP) và các dấu hiệu trên CT (khí tự do, dịch quanh ruột thừa, sỏi phân), giúp tăng khả năng phân loại viêm ruột thừa phức tạp với độ chính xác lên đến 95%.<sup>8</sup>

Việc lựa chọn phương pháp điều trị áp xe ruột thừa vẫn còn nhiều tranh cãi. Điều trị bảo tồn bằng kháng sinh và dẫn lưu qua da đã được đề xuất như một phương án thay thế cho phẫu thuật, nhưng có một số hạn chế. Một số nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ thất bại của điều trị bảo tồn lên đến 14%, làm tăng nguy cơ viêm phúc mạc, kéo dài thời gian nằm viện và tăng tỷ lệ tái phát lên đến 50%.<sup>4,9</sup> Hơn nữa, điều trị bảo tồn có thể dẫn đến chẩn đoán chậm trễ các bệnh lý ác tính như ung thư manh tràng, với tỷ lệ chẩn đoán sai lên đến 15%.<sup>7</sup>

Phẫu thuật cắt ruột thừa cấp cứu giúp khắc phục những hạn chế của phương pháp bảo tồn, tuy nhiên, vẫn còn nhiều tranh luận về việc lựa chọn mổ nội soi hay mổ mở. Một số nghiên cứu trước đây khuyến cáo tránh phẫu thuật nội soi trong viêm ruột thừa phức tạp do nguy cơ biến chứng cao hơn, bao gồm áp xe trong ổ bụng sau mổ.<sup>6,9</sup> Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng phẫu thuật nội soi có nhiều lợi ích như giảm nhiễm trùng vết mổ, ít biến chứng hô hấp hơn so với mổ mở, đặc biệt khi được thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm.<sup>10</sup>

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 71,4% bệnh nhân có khối áp xe >5 cm trên CT hoặc có thời gian khởi phát triệu chứng >3 ngày phải chuyển từ nội soi sang mổ mở. Điều này cho thấy kích thước khối áp xe và thời gian diễn tiến bệnh là những yếu tố quan trọng dự báo khả năng chuyển đổi phẫu thuật, phù hợp với các nghiên cứu trước đây.<sup>8-10</sup>

Nhìn chung, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị áp xe ruột thừa, với tỷ lệ tử vong thấp và kết quả hậu phẫu khả quan. Tuy nhiên, những

trường hợp có khối áp xe lớn hoặc diễn tiến bệnh kéo dài cần được đánh giá cẩn thận để có kế hoạch can thiệp phù hợp.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn, giúp giảm tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ và biến chứng hậu phẫu. Tuy nhiên, các yếu tố như kích thước áp xe lớn (>5 cm) và thời gian khởi phát triệu chứng kéo dài (>3 ngày) có thể làm tăng nguy cơ chuyển từ mổ nội soi sang mổ mở. Do đó, việc đánh giá cẩn thận các yếu tố nguy cơ trước phẫu thuật là rất quan trọng để tối ưu hóa kết quả điều trị.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi góp phần củng cố vai trò của phẫu thuật nội soi trong điều trị áp xe ruột thừa, đồng thời nhấn mạnh tầm quan trọng của việc lựa chọn phương pháp can thiệp phù hợp dựa trên đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học của bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Reddy LM, Bai VR, Lakshmi VV. A study on need of emergency laparoscopic appendectomy for appendiceal masses. IJCMSR. 2020;5(1):228.
2. Debnath J, Kumar R, Mathur A, Sharma P, Kumar N, Shridhar N, et al. On the role of ultrasonography and ct scan in the diagnosis of acute appendicitis. Indian J Surg. 2015;77(Suppl 2):221–6.
3. Demetrashvili Z, Kenchadze G, Pipia I, Khutsishvili K, Loladze D, Ekaladze E, et al. Comparison of treatment methods of appendiceal

- mass and abscess: a prospective cohort study. Ann Med Surg (Lond). 2019;48:48–52.
4. Okune EB, Marek G, Jarosaw K. Management of appendiceal mass in children and adults: our experience. Internet J Surg. 2006 (cited 2021 Jan 24);9(2).
5. Elkbuli A, Diaz B, Polcz V, Hai S, McKenney M, Boneva D. Operative versus non-operative therapy for acute phlegmon of the appendix: is it safer? A case report and review of the literature. Int J Surg Case Rep. 2018;50:75–9.
6. Horvath P, Lange J, Bachmann R, Struller F, Königsrainer A, Zdiclavsky M. Comparison of clinical outcome of laparoscopic versus open appendectomy for complicated appendicitis. Surg Endosc. 2017;31(1):199–205.
7. Vons C, Barry C, Maitre S, Pautrat K, Leconte M, Costaglioli B, et al. Amoxicillin plus clavulanic acid versus appendectomy for treatment of acute uncomplicated appendicitis: an open-label, non-inferiority, randomised controlled trial. Lancet. 2011;377:1573–9.
8. Atema JJ, van Rossem CC, Leeuwenburgh MM, Stoker J, Boermeester MA. Scoring system to distinguish uncomplicated from complicated acute appendicitis. Br J Surg. 2015;102(8):979–90.
9. Tartaglia D, Fatucchi LM, Mazzoni A, Miccoli M, Piccini L, Pucciarelli M, et al. Risk factors for intra-abdominal abscess following laparoscopic appendectomy for acute appendicitis: a retrospective cohort study on 2076 patients. Updates Surg. 2020;72(4):1175–80.
10. Quah GS, Eslick GD, Cox MR. Laparoscopic appendectomy is superior to open surgery for complicated appendicitis. Surg Endosc. 2019;33(7):2072–82.

# MỐI LIÊN QUAN CỦA ĐA HÌNH RS1056836 TRÊN GEN CYP1B1 VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN GLÔCÔM GÓC ĐÓNG NGUYÊN PHÁT

Hoàng Quang Vinh<sup>1,2</sup>, Nguyễn Đình Ngân<sup>1</sup>, Nguyễn Linh Toàn<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định mối liên quan của đa hình rs1056836 trên gen CYP1B1 với một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân Glôcôm góc đóng nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp mô tả lâm sàng, thực hiện nghiên cứu trên 101 bệnh nhân Glôcôm góc đóng nguyên phát và 102 đối chứng tại bệnh viện Quân Y 103,

bệnh viện mắt Hà Nội cơ sở 1 và cơ sở 2 từ 01/01/2023 đến 31/8/2024. **Kết quả:** Có 3 kiểu gen CC, CG và GG; kiểu gen CC phổ biến nhất (86,1% ở nhóm bệnh và 83,3% ở nhóm đối chứng). Không có mối liên quan giữa đa hình rs1056836 với tiền sử gia đình, độ dài trục nhãn cầu, độ sâu tiền phòng, độ dày thể thủy tinh và tiền sử mắc đái tháo đường ( $p > 0,05$ ). Tuy nhiên, kiểu gen CG xuất hiện nhiều hơn ở nhóm bệnh mạn tính (29,2% so với nhóm cấp tính 9,1%) và xuất hiện nhiều hơn ở nhóm có tăng huyết áp (25,7% so với nhóm không tăng huyết áp 7,6%) với  $p < 0,05$ . Có mối liên quan giữa đa hình rs1056836 với tiền triển của đóng góc tiền phòng và bệnh tăng huyết áp kèm theo ở bệnh nhân GGĐNP. **Kết luận:** Đa hình rs1056836 có liên quan đến thể bệnh cấp/mạn tính và bệnh tăng huyết áp kèm theo nhưng không có mối liên quan đáng kể với tiền sử gia đình, độ dài trục nhãn cầu, độ sâu tiền phòng, độ dày thể

<sup>1</sup>Học viện Quân Y

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Quang Vinh

Email: vinh050681@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 14.4.2025