

BỆNH MẮT TUYẾN GIÁP CÓ CHÈN ÉP THỊ THẦN KINH: BÁO CÁO LOẠT CA

Đậu Thị Cẩm Thăng¹, Nguyễn Quốc Anh², Nguyễn Ngân Hà^{1,2}

TÓM TẮT

Bệnh mắt tuyến giáp (BMTG) là một rối loạn tự miễn thường gặp ở bệnh nhân Basedow và các bệnh lý tuyến giáp tự miễn khác. Trong đó, chèn ép thị thần kinh (TTK) là biến chứng hiếm nhưng nghiêm trọng, có thể gây mất thị lực vĩnh viễn nếu chẩn đoán và điều trị chậm trễ.¹ Nhận biết sớm và xử trí kịp thời giúp cải thiện đáng kể tiên lượng, dù vẫn có trường hợp tiến triển nặng ngay cả khi đã điều trị đầy đủ. Tuy nhiên, việc chẩn đoán có chèn ép TTK thường khó khăn do biểu hiện lâm sàng không điển hình và hiện còn nhiều tranh cãi về tiêu chuẩn xác định. Chúng tôi báo cáo hai trường hợp Basedow được chẩn đoán BMTG có chèn ép TTK tại Bệnh viện Mắt Trung ương, cả hai đều suy giảm thị lực nặng, nhưng bị bỏ sót chẩn đoán trong quá trình theo dõi nội tiết. Hai bệnh nhân này đều hồi phục thị lực tốt sau phẫu thuật giảm áp hốc mắt kịp thời. Những trường hợp này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc nhận biết sớm chèn ép TTK trong BMTG để nâng cao chất lượng cuộc sống bệnh nhân.

Từ khóa: Bệnh mắt tuyến giáp, chèn ép thị thần kinh, bệnh nhãn giáp, phản xạ đồng tử hướng tâm

SUMMARY

THYROID EYE DISEASE WITH DYSTHYROID OPTIC NEUROPATHY: A CASE SERIES

Thyroid eye disease (TED) is an autoimmune disorder frequently associated with Graves' disease and other autoimmune thyroid conditions. Dysthyroid optic neuropathy (DON) is a rare but serious complication that can lead to permanent vision loss if diagnosis and treatment are delayed.¹ Early recognition and timely management significantly improve prognosis, although severe progression may still occur despite appropriate therapy. However, diagnosing DON remains challenging due to atypical clinical manifestations, and the diagnostic criteria remain a matter of debate. We report two cases of Graves' disease complicated by TED with dysthyroid optic neuropathy at the Vietnam National Eye Hospital, both presenting with severe visual impairment that had initially been missed during endocrine follow-up. Both patients achieved good visual recovery following prompt orbital decompression surgery. These cases highlight the importance of early recognition of DON in TED to improve patient outcomes and quality of life.

Keywords: Thyroid eye disease, dysthyroid optic

neuropathy, thyroid-associated ophthalmopathy, relative afferent pupillary defect.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mắt tuyến giáp (BMTG) là một rối loạn tự miễn phức tạp, thường gặp ở bệnh nhân Basedow và các bệnh tuyến giáp tự miễn khác. Một trong những biến chứng nặng nề nhất của BMTG là chèn ép TTK, dù tương đối hiếm, khoảng 5–8% trường hợp, nhưng có thể gây mất thị lực vĩnh viễn nếu chẩn đoán và điều trị chậm trễ.¹ Tổn thương TTK chủ yếu là do chèn ép bởi nguyên nhân phì đại cơ ngoại nhãn, chủ yếu ở bụng cơ, một số trường hợp phì đại ở gân cơ, gây hiện tượng chen chúc ở đỉnh hốc mắt.² Độ tuổi trung bình của bệnh là 61 tuổi.³ Tuổi càng cao, giới tính nam, hút thuốc lá và những trường hợp kèm đái tháo đường là những yếu tố gây tăng nguy cơ mắc bệnh, tăng mức độ nghiêm trọng, đáp ứng điều trị kém và tiên lượng thị lực xấu hơn.³ Lâm sàng có thể biểu hiện bằng giảm thị lực, rối loạn sắc giác, tổn thương phản xạ đồng tử hướng tâm (RAPD), tổn thương thị trường và bất thường đĩa thị.^{1,2} Kết quả thị trường thường cho thấy khuyết nửa dưới hoặc nửa trên thị trường, ám điểm trung tâm hoặc cạnh trung tâm, ám điểm hình cung.^{2,4} Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI) ghi nhận tình trạng chèn ép TTK, phì đại cơ ngoại nhãn, mô mỡ hốc mắt.^{3,4} Liệu pháp điều trị bao gồm corticosteroid đường tĩnh mạch hoặc uống, tuy có hiệu quả tạm thời nhưng dễ tái phát khi giảm liều; xạ trị có thể được sử dụng để trì hoãn hoặc hỗ trợ trước phẫu thuật; giảm áp hốc mắt là phương pháp điều trị quan trọng, mang lại hiệu quả phục hồi thị lực kể cả trường hợp mất thị lực nặng hoặc phẫu thuật chậm trễ.^{1,5}

Hiện còn nhiều tranh cãi về tiêu chuẩn xác định, việc chẩn đoán giai đoạn đầu thường khó khăn. Vì vậy, chúng tôi báo cáo hai trường hợp sau đây, mô tả những biểu hiện sớm và dễ nhận biết của BMTG có chèn ép TTK. Đồng thời cho thấy sự quan trọng của việc phát hiện và xử trí kịp thời là yếu tố then chốt để bảo tồn thị lực và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

2.1. Ca lâm sàng số 1. Bệnh nhân nam 59 tuổi tiền sử Basedow cách nay 3 năm có điều trị bằng thuốc kháng giáp, cách nay 2 tháng được

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngân Hà

Email: nguyenngha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến giáp hiện đang sử dụng Levothyroxine. Bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá hơn 20 năm, đã bỏ cách nay 1 năm, không có tiền sử đái tháo đường, các bệnh lý về não. Cách nay 3 tháng, bệnh nhân thấy hai mắt (2M) nhìn mờ tăng dần, không đau nhức, không chảy nước mắt, nghĩ do lớn tuổi nên không khai các dấu hiệu này với bác sĩ nội tiết. Các triệu chứng này tiến triển từ từ cho đến khi 2M nhìn mờ nhiều đặc biệt là mắt phải, 2M nhìn màu sắc thay đổi, sẫm màu hơn trước, kèm theo song thị khi nhìn ra ngoài, khiến bệnh nhân khó khăn trong sinh hoạt, nên bệnh nhân đến Bệnh viện Mắt Trung ương để được thăm khám. Xét nghiệm chức năng tuyến giáp hiện tại bệnh nhân bình giáp.

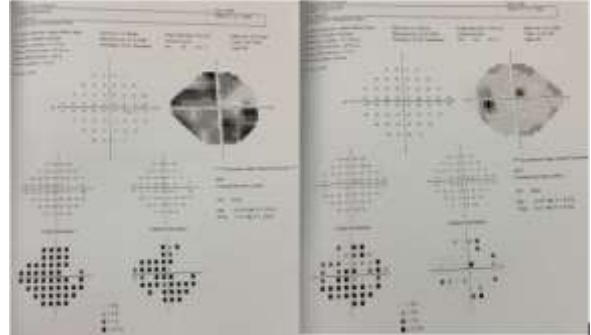
Khám lâm sàng cho thấy thị lực kém với mắt phải (MP) ĐNT 0,3m, mắt trái (MT) 20/160, thị lực chính kính 2M không tăng. Nhãn áp: MP 15 mmHg, MT 16 mmHg. Khám bán phần trước: MP có mộng góc trong độ II; 2M không sung huyết hay phù nề kết mạc, không sưng đỏ cục lệ, giác mạc trong, tiền phòng trung bình, sạch, đồng tử kích thước 2,5 mm phản xạ ánh sáng tốt, RAPD âm tính. Bán phần sau: 2M thể thủy tinh đục nhân độ I, hình dạng đĩa thị bình thường, không phù gai thị, võng mạc hồng, các mạch máu võng mạc chưa ghi nhận bất thường. 2M hạn chế vận nhãn khi nhìn ra ngoài (Hình 1). Độ lồi mắt đo bằng thước Hertel: MP 19 mm, MT 20 mm. Hở mí: MP 2mm, MT 1,5 mm. 2M có cơ rút mí trên và dưới. Chức năng cơ nâng mí 2M 12 mm. Đánh giá thang điểm CAS bệnh nhân không ở giai đoạn viêm.



Hình 1. Hình ảnh vận nhãn 9 hướng của bệnh nhân cho thấy 2M hạn chế vận nhãn ra ngoài

Kiểm tra sắc giác bằng bảng Ishihara: 2M có rối loạn sắc giác, không phân biệt được các màu. Bệnh nhân được chỉ định đo thị trường. Kết quả thị trường MP tuy cho hình ảnh tổn thương gần toàn bộ thị trường, giai đoạn nặng nhưng từ các

chỉ số tin cậy thì kết quả thị trường này không chính xác, vì bị ảnh hưởng bởi thị lực MP kém. Kết quả thị trường MT cho hình ảnh tổn thương dạng ám điểm cạnh trung tâm (Hình 2).



Hình 2. Hình ảnh thị trường Humphrey của bệnh nhân

Các bằng chứng lâm sàng cho thấy bệnh nhân có dấu hiệu của TTK bị chèn ép. Để chẩn đoán xác định, chúng tôi chỉ định chụp CLVT hốc mắt, kết quả thấy rõ tình trạng chèn chúc ở đỉnh hốc mắt, phì đại các cơ trực chủ yếu phần bụng cơ, có chèn ép TTK ở vùng đỉnh, dày tăng thể tích mỡ vùng mí, hai nhãn cầu lồi độ II (Hình 3).



Hình 3. Hình ảnh CLVT hốc mắt cho thấy sự phì đại của các cơ vận nhãn dẫn đến tình trạng chèn chúc ở đỉnh hốc mắt

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định 2M Bệnh mắt tuyến giáp có chèn ép TTK, được chỉ định 2M phẫu thuật giảm áp bằng cách lấy mỡ hốc mắt và một phần thành trong và thành ngoài xương hốc mắt. Ngay sau ngày hậu phẫu thứ ba, thị lực bệnh nhân cải thiện lên nhiều: MP ĐNT 1m, MT 20/60, tuy vẫn còn rối loạn sắc giác nhưng nhìn màu sắc sáng hơn và có sự phân biệt giữa các màu.

2.2. Ca lâm sàng số 2. Bệnh nhân nữ 63 tuổi tiền sử Basedow cách nay 25 năm đã phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, từ đó không tái khám tuyến giáp thường xuyên, không có tiền sử hút thuốc lá, đái tháo đường và các bệnh lý về não. Cách nay 8 tháng, bệnh nhân cảm thấy lồi 2M kèm nhìn mờ tăng dần, được bác sĩ nội tiết điều trị corticoid toàn thân. Bệnh nhân khám mắt tại phòng khám tư và được chẩn đoán 2M đục thể

thủy tinh, nghĩ bản thân lớn tuổi gây ra thị lực kém nên không điều trị gì. Tuy nhiên 2M ngày càng mờ nhiều, khó phân biệt màu sắc, nhìn màu sắc có vẻ sẫm hơn, đau nhức tự phát, chảy nước mắt, không kèm theo song thị, khiến bệnh nhân đi lại và sinh hoạt cần có người hỗ trợ, nên đến khám tại Bệnh viện Mắt Trung ương. Xét nghiệm chức năng tuyến giáp hiện tại bệnh nhân nhược giáp, đang điều trị Levothyroxine.

Khám lâm sàng cho thấy kết quả thị lực kém: MP ĐNT 1m, MT ĐNT 0,2m, thị lực chính kính 2M không tăng. Nhãn áp: MP 17 mmHg, MT 16 mmHg. Khám bán phần trước: 2M điểm lệ hẹp, không sung huyết hay phù nề kết mạc, không sưng đỏ cục lệ, giác mạc trong, tiền phòng trung bình, sạch, đồng tử kích thước 3,5mm, phản xạ ánh sáng chậm MT nhiều hơn MP, RAPD dương tính ở 2M không đồng đều (độ co lại đồng tử của MT chậm hơn và yếu hơn MP). Bán phần sau: 2M thể thủy tinh đục nhân độ I, tỉ lệ C/D là 0,3, hình dạng đĩa thị bình thường và không phù gai thị, võng mạc hồng, các mạch máu võng mạc chưa ghi nhận bất thường. 2M hạn chế vận nhãn ở cả 9 hướng, đặc biệt là các hướng nhìn lên (Hình 4). Độ lồi mắt đo bằng thước Hertel: MP 23 mm, MT 23 mm. Hở mí MP 1 mm, MT 1 mm. 2M có cơ rút mí trên và dưới. Chức năng cơ nâng mí 2M 12 mm. Đánh giá thang điểm CAS bệnh nhân không ở giai đoạn viêm.



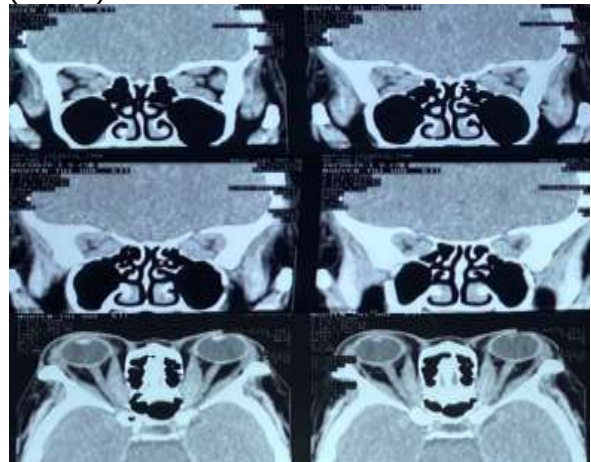
Hình 4. Hình ảnh vận nhãn 9 hướng của bệnh nhân cho thấy 2M hạn chế vận nhãn cả 9 hướng, đặc biệt là các hướng nhìn lên

Kiểm tra sắc giác bằng bảng Ishihara, bệnh nhân có rối loạn sắc giác ở cả 2M, bệnh nhân không phân biệt được các màu. Kết quả thị trường Humphrey cho hình ảnh tổn thương toàn bộ thị trường giai đoạn nặng, tuy nhiên từ các chỉ số tin cậy thì kết quả này không chính xác, vì thị lực bệnh nhân kém (Hình 5). Các bằng chứng lâm sàng đã chỉ rõ bệnh nhân có chèn ép TTK ở cả 2M.



Hình 5. Hình ảnh thị trường Humphrey của bệnh nhân

Với bằng chứng về hình ảnh thì kết quả chụp CLVT cho thấy 2 hốc mắt phì đại toàn bộ các cơ vận nhãn chủ yếu phần bụng cơ, có chèn ép TTK vùng đỉnh, dày tăng thể tích mỡ kèm thâm nhiễm vùng mí, 2M nhãn cầu lõi độ II, hình ảnh biểu hiện rõ tình trạng chèn chúc ở đỉnh hốc mắt (Hình 6).



Hình 6. Hình ảnh CLVT hốc mắt cho thấy các cơ vận nhãn phì đại, tình trạng chèn chúc ở đỉnh hốc mắt

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định 2M Bệnh mắt tuyến giáp có chèn ép TTK, được chỉ định 2M phẫu thuật giảm áp bằng lấy mỡ hốc mắt và một phần thành trong xương hốc mắt. Sau phẫu thuật ba ngày, bệnh nhân còn đau nhức nhẹ hốc mắt sau phẫu thuật nhưng thị lực đã được cải thiện cả 2M: MP ĐNT 3m, MT ĐNT 2m, 2M nhìn màu sắc sáng hơn trước, tuy nhiên vẫn còn rối loạn sắc giác, chưa phân biệt được các màu.

III. BÀN LUẬN

Việc cải thiện thị lực sau điều trị chèn ép TTK do BMTG phụ thuộc vào mức độ phì đại cơ vận nhãn và tăng thể tích mô mềm hốc mắt. Do đó, phát hiện sớm bệnh lý trong thăm khám lâm sàng có ý nghĩa quan trọng. Phần lớn bệnh liên quan đến cường giáp nhưng có thể xảy ra ở

những bệnh nhân bình giáp hoặc thậm chí suy giáp. Cả hai ca bệnh trên đều có tình trạng nhược giáp sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, do tự kháng thể lưu hành trong máu (TRAb) vẫn còn, nên quá trình viêm hốc mắt vẫn tiếp tục. Nói cách khác, BMTG hoạt động độc lập với chức năng tuyến giáp. Hai trường hợp đều trên cơ địa lớn tuổi, ca bệnh số 1 có tiền sử hút thuốc lá lâu năm, nhiều báo cáo đã chỉ ra rằng bệnh nhân có biến chứng chèn ép TTK có độ tuổi trung bình (61 tuổi) lớn hơn đáng kể so với những người chỉ mắc BMTG (30 - 50 tuổi), đặc biệt là nam giới.^{3,4} Hút thuốc lá được xác định là yếu tố nguy cơ cao nhất trong sự tiến triển của bệnh.³

Theo nhiều báo cáo, chẩn đoán dựa trên sự kết hợp của hai dấu hiệu trở lên: giảm thị lực, tổn thương phản xạ đồng tử hướng tâm, rối loạn sắc giác, bất thường đĩa thị, khiếm khuyết thị trường và bằng chứng trên CLVT hoặc MRI; trong khi các biểu hiện như lồi mắt, co rút mi không có giá trị tương quan.^{2,4} Trong đó, giảm thị lực là triệu chứng phổ biến nhất mà bệnh nhân thường than phiền ngay từ lần khám đầu, phần lớn có thị lực dưới 20/40.³ Trong hai ca bệnh chúng tôi theo dõi, cả hai đều giảm thị lực sớm. Tuy nhiên trên cơ địa bệnh nhân lớn tuổi, các bác sĩ không chuyên khoa mắt thường dễ bỏ sót các bệnh lý toàn thân có biểu hiện ở mắt, do nhầm lẫn với đục thể thủy tinh hoặc các bệnh nhãn khoa khác. Hơn nữa, nhiều trường hợp tiến triển chậm gây chủ quan cho người bệnh, dẫn đến chẩn đoán muộn và thị lực suy giảm nặng hơn. RAPD dương tính được xem là triệu chứng đặc hiệu của chèn ép TTK, nhất là khi xuất hiện ở một mắt hoặc không đối xứng. Dù vậy, nhiều báo cáo ghi nhận RAPD hai mắt hoặc đối xứng phổ biến hơn, nên cần loại trừ thêm các bệnh lý khác.³ Ở ca lâm sàng số 2, bệnh nhân đã loại trừ bệnh não, gai thị và võng mạc bình thường, đồng tử 3,5 mm, co chậm khi chiếu sáng, 2 mắt RAPD dương tính, rõ rệt hơn ở mắt trái. Ngược lại, ca số 1 có phản xạ ánh sáng tốt, 2 mắt RAPD âm tính. Tuy nhiên, thị lực bình thường hay không có RAPD không loại trừ chèn ép TTK, bởi hơn 50% trường hợp vẫn duy trì thị lực tốt và phản xạ bình thường.^{3,5} Ở bệnh nhân mắc BMTG có chèn ép TTK, kết quả sắc giác thường rối loạn trục vàng - xanh, tuy nhiên chúng tôi không có đủ điều kiện thực hiện đầy đủ các kiểm tra sắc giác trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Sử dụng bảng Ishihara cho thấy cả hai ca bệnh đều có rối loạn sắc giác, biểu hiện bằng nhìn màu sẫm hơn và khó phân biệt màu sắc, được xem là dấu hiệu sớm và thường gặp của chèn ép TTK.² Khám đáy mắt hai ca bệnh đều không thấy bất thường

võng mạc hay đĩa thị, phù hợp với nhiều báo cáo rằng hơn 50% trường hợp BMTG chèn ép TTK có gai thị bình thường.^{2,3} Khi TTK bị chèn ép, các bó sợi thần kinh tổn thương không đồng đều tạo nên khiếm khuyết trên thị trường, hầu như các trường hợp đều có mở rộng điểm mù, ám điểm trung tâm hoặc cạnh trung tâm, ám điểm hình cung, khuyết nửa trên hoặc nửa dưới thị trường.^{2,4} Ca lâm sàng số 1 cho thấy, với bên mắt còn duy trì thị lực thì tổn thương trên kết quả thị trường có ám điểm cạnh trung tâm. Các trường hợp giảm thị lực nặng thì khó cho ra kết quả thị trường chính xác.

Chụp CLVT có vai trò quan trọng trong phát hiện tình trạng chèn ép tại đỉnh hốc mắt trên các lát cắt coronal, được chứng minh là bằng chứng giá trị trong chẩn đoán BMTG có chèn ép TTK.³ Ngoài ra một số báo cáo cho rằng MRI cho hình ảnh tương tự nhưng vượt trội hơn về mô mềm, đặc biệt ở chuỗi T2W và STIR giúp phát hiện phi đại cơ vận nhãn và tăng thể tích mỡ hốc mắt.⁴ Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân ưu tiên chụp CLVT hơn, nhằm đánh giá mức độ xương để can thiệp trong phẫu thuật. Hai ca bệnh trên cũng có biểu hiện phi đại cơ vận nhãn, tăng mỡ hốc mắt, hình ảnh chèn ép tại đỉnh hốc mắt trên chụp CLVT, phù hợp với các báo cáo.

Cả hai bệnh nhân được phẫu thuật giảm áp bằng cách lấy bớt mỡ và một phần thành xương hốc mắt, đều có kết quả cải thiện thị lực và sắc giác sau những ngày đầu hậu phẫu. Hiện vẫn còn nhiều tranh cãi trong điều trị, bao gồm: theo dõi, điều trị nội khoa, xạ trị, phẫu thuật, phẫu thuật phối hợp nội khoa, sử dụng các tác nhân ức chế miễn dịch và sinh học khác.⁴ Corticoid toàn thân thường hiệu quả, nhất là khi cần trì hoãn phẫu thuật.⁶ Giải nén hốc mắt bằng cắt thành trong, kết hợp thành ngoài hoặc sàn khi cần, đã chứng minh hiệu quả.⁷ Một số nghiên cứu còn cho rằng giải nén mỡ có thể tương đương giải nén xương.⁸ Những trường hợp này cho thấy việc nhận diện sớm các dấu hiệu tinh vi của chèn ép TTK là rất cần thiết để kịp thời ngăn ngừa mất thị lực.

IV. KẾT LUẬN

Biến chứng chèn ép TTK ở bệnh nhân BMTG hiếm gặp nhưng nặng, dễ bỏ sót giai đoạn sớm do triệu chứng không điển hình, thiếu hỗ trợ của CLVT/MRI và tiêu chuẩn chẩn đoán còn tranh cãi. Đa số chỉ được phát hiện khi thị lực đã tổn hại đáng kể. Các ca chúng tôi báo cáo cho thấy đủ chẩn đoán muộn, thị lực và triệu chứng chèn ép vẫn cải thiện rõ sau phẫu thuật giảm áp kịp

thời. Về chẩn đoán, cần lưu ý giảm thị lực, rối loạn sắc giác, RAPD, bất thường đĩa thị, khiếm khuyết thị trường, kết hợp hình ảnh chèn chúc đỉnh hốc mắt trên CLVT/MRI. Đặc biệt thận trọng ở bệnh nhân nam, lớn tuổi, hút thuốc, hoặc có đái tháo đường. Các trường hợp này nhấn mạnh vai trò thăm khám kỹ lưỡng kết hợp hình ảnh học hiện đại để nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Potvin ARGG, Pakdel F, Saeed P.** Dysthyroid Optic Neuropathy. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2023;39(6S):S65-S80.
2. **McKeag D, Lane C, Lazarus JH, et al.** Clinical features of dysthyroid optic neuropathy: a European Group on Graves' Orbitopathy (EUGOGO) survey. *Br J Ophthalmol.* 2007;91(4):455-458.
3. **Blandford AD, Zhang D, Chundury RV, Perry JD.** Dysthyroid optic neuropathy: update on pathogenesis, diagnosis, and management. *Expert Rev Ophthalmol.* 2017;12(2):111-121.
4. **Saeed P, Tavakoli Rad S, Bisschop PHLT.** Dysthyroid Optic Neuropathy. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2018;34(4S Suppl 1):S60-S67.
5. **Jeon C, Shin JH, Woo KI, Kim YD.** Clinical profile and visual outcomes after treatment in patients with dysthyroid optic neuropathy. *Korean J Ophthalmol KJO.* 2012;26(2):73-79.
6. **Bartalena L, Baldeschi L, Boboridis K, et al.** The 2016 European Thyroid Association/European Group on Graves' Orbitopathy Guidelines for the Management of Graves' Orbitopathy. *Eur Thyroid J.* 2016;5(1):9-26.
7. **Korkmaz S, Konuk O.** Surgical Treatment of Dysthyroid Optic Neuropathy: Long-Term Visual Outcomes with Comparison of 2-Wall versus 3-Wall Orbital Decompression. *Curr Eye Res.* 2016;41(2):159-164.
8. **Kazim M, Trokel S, Acaroglu G, Elliott A.** Reversal of dysthyroid optic neuropathy following orbital fat decompression. *Br J Ophthalmol.* 2000;84(6):600-605.

NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ VIÊM PHẦN PHỤ ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI KHOA PHỤ SẢN - BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Thành Khiêm^{1,2}, Đỗ Văn Hảo², Trần Minh Chiến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị viêm phần phụ được phẫu thuật tại Khoa Phụ sản - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu được tiến hành trên 62 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm phần phụ được phẫu thuật tại Khoa Phụ sản từ tháng 9 năm 2023 đến tháng 3 năm 2025. **Kết quả:** Bệnh nhân chủ yếu ở độ tuổi từ 31 - 50 (87.1%), tuổi trung bình là 41.6 ± 6.5 tuổi. Tỷ lệ mổ mở (91.9%), mổ nội soi (8.1%). Chỉ định phẫu thuật viêm phần phụ cấp điều trị nội khoa không đáp ứng có tỷ lệ cao nhất (82.3%). Trong phẫu thuật, tổn thương hay gặp nhất là vòi tử cung ứ mủ (88.7%), dính tiểu khung (66.7%), vòi tử cung viêm dính (40.3%). Can thiệp trong phẫu thuật chủ yếu cắt 2 vòi tử cung (56.5%). Thời gian hậu phẫu trung bình 6.7 ± 1.0 ngày. Không có biến chứng sau phẫu thuật. **Kết luận:** Viêm phần phụ được điều trị chủ yếu là mổ mở, chỉ định phẫu thuật đa số là do điều trị nội khoa không đáp ứng. Không có bệnh nhân nào xảy ra biến chứng trong và sau phẫu thuật. **Từ khóa:** viêm phần phụ, phẫu thuật viêm phần phụ.

SUMMARY

DESCRIBE THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PELVIC INFLAMMATORY DISEASE AT THE OBSTETRICS AND GYNECOLOGY DEPARTMENT - HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: Review the results of treatment for Pelvic Inflammatory Disease (PID) surgically treated at the Obstetrics and Gynecology Department - Hanoi Medical University Hospital. **Subjects and research methods:** A retrospective description study of 62 PID patients surgically treated at the Obstetrics and Gynecology Department from September 2023 to March 2025. **Results:** Patients were predominantly aged 31-50 years (87.1%), the mean age of 41.6 ± 6.5 years. The rates were (91.9%) for open surgery and (8.1%) for laparoscopic surgery. Surgical indications for acute pelvic inflammatory disease unresponsive to medical treatment accounted for the highest proportion (82.3%). In surgery, the most common lesion was pus retention (88.7%), pelvic adhesions (66.7%), and inflammatory adhesions of the fallopian tube (40.3%). The intervention in the surgery mainly cutting 2 fallopian tubes (56.5%). The mean postoperative duration was 6.7 ± 1.0 days. No patients experienced complications during and after the surgery. **Conclusion:** PID is primarily open surgery, the majority of surgical indications being due to the ineffectiveness of medical treatment. No patients experienced complications during or after the surgery. **Keywords:** pelvic inflammatory disease, surgery for pelvic inflammatory disease

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Chiến

Email: chien1608@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.9.2025