

55,4% đã chọn được đáp án đúng nhất trong các phương pháp mà chúng tôi đưa ra đó là điều trị bằng uống thuốc, 30,6% cho rằng có thể điều trị trầm cảm bằng vật lý trị liệu, 1,6% cho rằng có thể phẫu thuật; 3 người (0,5%) chọn điều trị bằng phương pháp khác là điều trị tâm lý, đây cũng là phương pháp điều trị dành cho một vài thể của bệnh trầm cảm. Trên thực tế, có nhiều phương pháp điều trị trầm cảm tương ứng với mỗi thể bệnh. Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ đề cập đến một phương án đúng là uống thuốc.

Có 69,7% số đối tượng nghiên cứu có kiến thức về trầm cảm ở mức đạt (trả lời đúng 50% số đáp án đúng trở lên). Mặc dù có quá nửa số người bệnh được hỏi đạt được kết quả này nhưng đây cũng không phải là một tỷ lệ cao. Hơn nữa đây chỉ là những kiến thức hết sức ngắn gọn và cơ bản, dễ nhớ, dễ hiểu nhất về bệnh trầm cảm đối với người bệnh đang điều trị ARV nên chúng tôi cho rằng đây là một kết quả chưa phải là tốt. Do đó cần có các biện pháp để cải thiện không chỉ kiến thức mà cả thái độ cũng như thực hành của người bệnh về trầm cảm.

#### V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu đã từng được nghe ít nhất 1 lần về bệnh trầm cảm chiếm tỷ lệ khá cao (92,8%); Còn tỷ lệ thấp (36,5%) số

ĐTNC biết được từ 4 biểu hiện trong số 6 biểu hiện của cả 2 giai đoạn khởi phát và toàn phát của bệnh; Chỉ có 31,6% người bệnh kể được 2-3 trong số 3 nhóm nguyên nhân chính; Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức đạt về trầm cảm chiếm tỷ lệ khá thấp (69,7%)

#### VI. KHUYẾN NGHỊ

Tăng cường tuyên truyền, phổ biến kiến thức về phòng chống trầm cảm cho người bệnh điều trị ARV, nội dung tập trung ưu tiên về: nhóm nguyên nhân, cách phát hiện, giai đoạn phát của bệnh, cách phòng ngừa bệnh.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **BMJ Publishing Group (2018)**, Tổng quan về HIV, BMJ Best Practice.
2. **Maria Giulia Nanni và các cộng sự (2015)**, "Depression in HIV infected patients: a review", Current psychiatry reports. 17(1), pp. 530.
3. **Jacob K Saravanan B, Jonhson S, et al. (2007)**, "Belief models in first episode schizophrenia in South India", Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 42(6), pp. 446-451.
4. **Cohen N. L Srinivasan J, Parikh S. V. (2003)**, "Patient attitudes regarding causes of depression: implications for psychoeducation", Canadian Journal of Psychiatry. 48(7), pp. 493-495.
5. **Nguyễn Minh Tuấn (2002)**, Các rối loạn tâm thần chẩn đoán và điều trị, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.78-87.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHÙ HOÀNG ĐIỂM DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG BẰNG TIÊM RANIBIZUMAB NỘI NHÃN

Nguyễn Thị Thanh<sup>1</sup>, Mai Quốc Tùng<sup>2</sup>, Hoàng Thị Phúc<sup>3</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** đánh giá kết quả điều trị phù hoàng điểm (HĐ) do đái tháo đường (ĐTĐ) bằng tiêm Ranibizumab nội nhãn tại Bệnh viện Mắt Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 30 mắt của 30 bệnh nhân được chẩn đoán phù HĐ do ĐTĐ điều trị bằng tiêm nội nhãn Ranibizumab tại Bệnh viện Mắt Hà Nội từ 10/2020 đến 5/2021. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng. **Kết quả:** Hình thái phù trên OCT trước điều trị được chia làm 3 nhóm: phù đơn thuần 13/30 (43,3%), phù dạng nang 9/30 (33,0%), phù kèm bong thanh dịch võng mạc 8/30

(26,7%). 30/30 mắt đều cải thiện thị lực dẫn sau mỗi tháng điều trị, 30/30 mắt có độ dày võng mạc trung tâm (CRT) giảm dần theo mỗi tháng điều trị, sự khác biệt CRT trước và sau 3 tháng điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . **Kết luận:** 30/30 mắt đều cải thiện thị lực dẫn sau mỗi tháng điều trị, 30/30 mắt có độ dày võng mạc trung tâm (CRT) giảm dần theo mỗi tháng điều trị, sự khác biệt CRT trước và sau 3 tháng điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

**Từ khóa:** phù hoàng điểm đái tháo đường, chiều dày võng mạc trung tâm

#### SUMMARY

#### EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES FOR INTRAVITREAL RANIBIZUMAB IN DIABETIC MACULAR EDEMA

**Purpose:** to evaluate the treatment outcomes of intravitreal Ranibizumab injection for diabetic macular edema in Ha Noi Eye Hospital. **Subjectives and Methods:** 30 eyes of 30 patients treated with intravitreal Ranibizumab injection for diabetic macular edema included. **Methods:** prospectively

<sup>1</sup>Bệnh viện Mắt Hà Nội,

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Hội nhãn khoa Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh

Email: nguyenthithanh81@yahoo.com

Ngày nhận bài: 13.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 2.11.2021

Ngày duyệt bài: 15.11.2021

interventional non-control study. **Results:** Pattern macular edema on OCT at baseline: 13/30 (43,3%) eyes with diffuse macular edema, 9/30 (33,0%) eyes with cystoid macular edema, 8/30 (26,7%) eyes with serous retinal detachment. The visual acuity improvement(logMAR) 3 month vs baseline is statistically significant ( $p<0,001$ ). The reduction of CRT from baseline to 3 month later is statistically significant,  $p<0,001$ . **Conclusion:** Visual acuity and CRT improved steadily after 3 intravitreal Ranibizumab injections for diabetic macular edema: best corrected visual acuity (logMAR) improve from 0,9 at baseline to 0,64 after 3 month ( $p<0,001$ ); and CRT reduces from 453,3  $\mu\text{m}$  at baseline to 314,8  $\mu\text{m}$  after 3 month, ( $p<0,001$ ).

**Key words:** diabetic macular edema, central macular thickness.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một số tác giả trên thế giới đã công bố kết quả của phương pháp dùng Ranibizumab tiêm nội nhãn điều trị phù hoàng điểm do đái tháo đường cho kết quả rất tốt<sup>1-3</sup>. Tại Bệnh viện Mắt Hà Nội, Ranibizumab được đưa vào phác đồ điều trị phù hoàng điểm do ĐTĐ từ năm 2015, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả của phương pháp điều trị này đối với phù hoàng điểm do ĐTĐ tại Bệnh viện. Nhằm đánh giá về kết quả của Ranibizumab trong điều trị phù hoàng điểm do ĐTĐ tại Bệnh viện Mắt Hà Nội, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Đánh giá kết quả điều trị phù hoàng điểm do đái tháo đường bằng tiêm Ranibizumab nội nhãn*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đề tài nghiên cứu được thực hiện trên nhóm bệnh nhân được chẩn đoán phù hoàng điểm do đái tháo đường điều trị tại khoa Đáy mắt bệnh viện Mắt Hà Nội. Thời gian từ tháng 10/2020-5/2021.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán phù hoàng điểm do ĐTĐ bao gồm hố trung tâm với chiều dày trung tâm HÐ  $\geq 300 \mu\text{m}$  đo bằng máy Cirrus HD-OCT 500.

- Tuổi  $\geq 18$ . Thị lực trước điều trị  $\leq 20/32$  (Snellen) (0.2 logMAR).

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân được chẩn đoán phù hoàng điểm do ĐTĐ đã được điều trị bằng các phương pháp khác như: tiêm nội nhãn Anti-VEGF/ corticoid, laser vùng hoàng điểm. Bệnh nhân đã được phẫu thuật dịch kính- võng mạc

- Bệnh nhân có bất kỳ bệnh lý võng mạc nào khác ngoài bệnh VM ĐTĐ

- Bệnh nhân đang có hoặc nghi ngờ bị nhiễm

trùng mắt và quanh mắt.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng.

### 2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

**2.2.2.1. Công thức tính cỡ mẫu.** Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức:

$$N = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot \frac{p \cdot (1-p)}{(p \cdot \epsilon)^2}}$$

$Z_{1-\alpha/2}$  (hệ số độ tin cậy) = 1.96 khi  $\alpha = 0.05$ .  $p$ : tỷ lệ cải thiện thị lực,  $p = 0.76$ .  $\epsilon$ : độ chính xác tương đối,  $\epsilon = 0.2$ . Khoảng tin cậy CI = 95%. Thay các hệ số, cỡ mẫu  $n = 30$  mắt

**2.2.2.2. Chọn mẫu.** Chọn từ bệnh nhân đầu tiên đến đủ số lượng bắt đầu từ tháng 10 năm 2020.

### 2.2.3. Phương tiện nghiên cứu

**2.2.3.1. Phương tiện thu thập và xử lý số liệu:** Hồ sơ bệnh án nghiên cứu: Ghi các chỉ số trước và sau điều trị. Mẫu bệnh án nghiên cứu, máy vi tính và phần mềm SPSS 20.0

**2.2.3.2. Phương tiện thăm khám:** Dụng cụ phục vụ cho khám và đánh giá kết quả, phương tiện dùng để tiêm nội nhãn, thuốc Lucentis đơn liều.

### 2.2.4. Quy trình tiến hành nghiên cứu

#### 2.2.4.1. Khám trước điều trị.

- Hỏi bệnh, khám lâm sàng, chụp cắt lớp võng mạc (OCT) đo độ dày võng mạc trung tâm. Khám toàn thân.

- Chẩn đoán: chẩn đoán giai đoạn BVMĐTĐ: không tăng sinh, tăng sinh. Chẩn đoán hình thái phù hoàng điểm trên OCT: phù đơn thuần, phù dạng nang, phù kèm bong thanh dịch võng mạc.

#### 2.2.4.2. Tiêm Ranibizumab nội nhãn.

- Chuẩn bị bệnh nhân: giải thích cho bệnh nhân biết về tình trạng bệnh tật, về lợi ích của điều trị và những tai biến có thể xảy ra. Bệnh nhân ký giấy cam đoan đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Các bệnh nhân được điều trị bằng tiêm nội nhãn Ranibizumab 3 mũi liên tiếp vào lần đầu tiên điều trị (tháng 0- tiêm mũi 1), tháng thứ nhất (tiêm mũi 2), tháng thứ hai (tiêm mũi 3) và sau đó sẽ được tái khám tiếp theo vào tháng thứ ba. Ở thời điểm tháng thứ 3 bệnh nhân được đánh giá kết quả điều trị qua các chỉ số, biến số nghiên cứu.

#### 2.2.4.3. Theo dõi sau điều trị

- Ghi nhận các biến chứng xảy ra trong quá trình tiêm. Sau khi tiêm 30 phút.

- Khám lại ngày thứ nhất, 1,2,3 tháng sau tiêm: đo nhãn áp, thị lực, chụp OCT.

- Ghi nhận các biến chứng toàn thân có thể

xảy ra: biến chứng tại mắt, biến chứng toàn thân do thuốc.

### 2.2.5. Các chỉ số và biến số nghiên cứu

- Đánh giá đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian phát hiện bệnh ĐTD, tình trạng kiểm soát đường máu.  
- Kết quả sử dụng Ranibizumab điều trị phù hoàng điểm do ĐTD: triệu chứng cơ năng, thị lực, nhãn áp, chiều dày võng mạc trung tâm, các biến chứng tại mắt và toàn thân.

### 2.2.6. Các tiêu chí đánh giá kết quả

2.2.6.1. Đánh giá đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi: Tính tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân. Giới: nam/nữ. Tình trạng kiểm soát đường máu: bệnh nhân được chẩn đoán Đái tháo đường (tuýp I hoặc II) ở cơ sở y tế chuyên khoa nội tiết: kiểm soát tốt: Glucose máu  $\leq 7$  mmol/l và HbA1c  $< 7\%$ ; kiểm soát không tốt: Glucose máu  $> 7$  mmol/l và HbA1c  $\geq 7\%$

2.2.6.2. Kết quả sử dụng Ranibizumab điều trị phù hoàng điểm do đái tháo đường

#### • Đánh giá về triệu chứng cơ năng

Nhìn mờ, méo hình hay biến dạng, ám điểm.

#### • Tình trạng thị lực

- Thị lực trung bình sau điều trị. So sánh giá trị thị lực trung bình của thời điểm 3 tháng với thời điểm trước điều trị.

- Mức độ cải thiện thị lực sau điều trị 3 tháng: đáp ứng (cải thiện): LogMAR giảm  $> 0.1$  hay thị lực tăng trên 5 chữ (1 hàng chữ); không đáp ứng (xấu đi hoặc không thay đổi): thị lực không thay đổi hoặc giảm hơn trước điều trị từ 1 chữ trở lên

• Đánh giá cải thiện về giải phẫu (chiều dày võng mạc trung tâm)

- Chiều dày võng mạc trung tâm trung bình sau điều trị ( $\mu\text{m}$ ) ở mỗi thời điểm 1, 2, 3 tháng.

- Mức độ cải thiện chiều dày võng mạc trung tâm trung bình sau điều trị 3 tháng. Đáp ứng (cải thiện): chiều dày trung tâm võng mạc thời điểm sau 3 tháng: giảm  $\geq 10\%$  so với trước điều trị (hoặc lần khám sau giảm  $\geq 10\%$  so lần khám ngay trước đó), không đáp ứng (xấu đi/ ổn định): không thay đổi /giảm  $< 10\%$  ( $\mu\text{m}$  ở thời điểm 3 tháng)/tăng hơn so với trước điều trị (lần khám sau tăng hơn  $\geq 10\%$  so lần khám trước).

2.3. Xử lý số liệu. Các số liệu được ghi chép và xử lý theo các thuật toán thống kê y học bằng chương trình SPSS20.0. Excel.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

3.1.1. Tuổi. Tuổi bệnh nhân được tính tại thời điểm khám lần đầu tiên

Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là  $60,2 \pm 9,7$  (37-76).

3.1.2. Giới. Tỷ lệ nam và nữ tương đương nhau, nam/ nữ: 16/14 bệnh nhân

3.1.3. Đặc điểm thời gian phát hiện bệnh ĐTD. Toàn bộ 30 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh đái tháo đường tuýp 2.

Thời gian mắc ĐTD trung bình:  $11,7 \pm 5,9$  (1-26) năm. Trong đó 56,6% BN mắc ĐTD trên 10 năm.

3.1.4. Đặc điểm tình trạng kiểm soát đường máu. Có tới 16/30 (86,7%) BN không được kiểm soát đường máu tốt.

3.1.5. Giai đoạn bệnh võng mạc đái tháo đường trước điều trị

**Bảng 3.1. Giai đoạn BVMĐTD trước điều trị**

Giai đoạn BVMĐTD	n	%
Không tăng sinh	16	53,3
Tăng sinh	14	46,7
<b>Tổng</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Hai nhóm giai đoạn tăng sinh và không tăng sinh tương đương nhau

3.1.6. Hình thái phù hoàng điểm trên OCT trước điều trị

**Bảng 3.2. Hình thái phù hoàng điểm trước điều trị**

Hình thái phù	n	%
Phù đơn thuần	13	43,3
Phù dạng nang	9	33,0
Phù kèm bong thanh dịch võng mạc	8	26,7
<b>Tổng</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Trên ảnh chụp OCT trung tâm HĐ, hình thái phù HĐ được chia làm ba nhóm. Trong đó nhóm bệnh nhân có hình thái phù đơn thuần chiếm tỷ lệ cao hơn hai hình thái còn lại (43,3%).

3.2. Kết quả sử dụng Ranibizumab điều trị phù hoàng điểm do đái tháo đường

#### 3.2.1. Số mũi tiêm sau 3 tháng điều trị

**Nhận xét:** toàn bộ 30 mắt của 30 BN được tiêm liên tiếp hàng tháng, tổng mũi tiêm 3 mũi trong 3 tháng và BN đều được Bảo hiểm y tế hỗ trợ thanh toán.

3.2.2. Diễn biến triệu chứng cơ năng trước và sau điều trị 3 tháng. Triệu chứng cơ năng chủ yếu là nhìn mờ (100%). Triệu chứng này giảm đi không đáng kể (3,3%) sau 3 mũi tiêm nội nhãn Ranibizumab.

#### 3.2.3. Kết quả thị lực

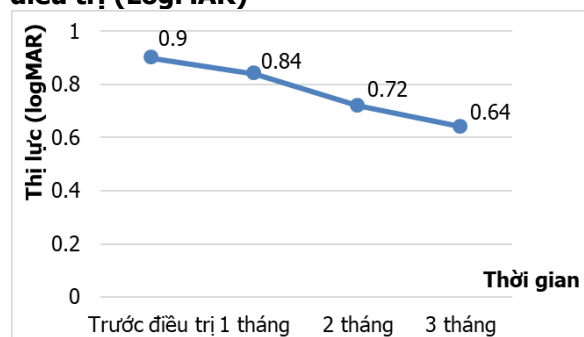
3.2.3.1. Diễn biến thị lực trước và sau điều trị

**Bảng 3.3. Thị lực trước và sau điều trị**

Thị lực	Trước điều trị		Sau 1 tháng		Sau 2 tháng		Sau 3 tháng		P0-3
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<0.6 logMAR (20/80)	7	23,3	8	26,7	11	36,7	16	53,3	0.001
0.6 – 1.0 logMAR (20/200 – 20/80)	16	53,4	18	60,0	15	50,0	12	40,0	
>1.0 logMAR (<20/200)	7	23,3	4	13,3	4	13,3	2	6,7	
<b>Tổng số</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	

Bệnh nhân có cải thiện thị lực sau 3 tháng điều trị: nhóm BN có thị lực từ trên 20/80 tăng từ 23,3 trước điều trị lên 53,3% sau 3 tháng; mặt khác nhóm BN có thị lực dưới 20/200 giảm từ 23,3 còn 6,7% sau 3 tháng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, (p0-3= 0,001).

**3.2.3.2. Thị lực trung bình trước và sau điều trị (LogMAR)**



**Biểu đồ 3.1. Thị lực trung bình trước và sau điều trị**

Thị lực trung bình (LogMAR) giảm dần theo từng tháng theo dõi, trước điều trị là:  $0,90 \pm 0,32$  (0,3-1,4). Sau 1,2,3 tháng lần lượt là  $0,84 \pm 0,32$  (0,3-1,4);  $0,72 \pm 0,32$  (0,2-1,4);  $0,64 \pm 0,32$  (0,2-1,4). Sự khác biệt về thị lực trung bình trước và sau điều trị 3 tháng có ý nghĩa thống kê với  $p= 0,001$ .

Mức độ cải thiện thị lực trung bình sau 3 mũi tiêm là  $-0,26 \pm 0,17$  (-0,5-0). Trong đó tỷ lệ giảm thị lực logMAR từ trên 0.1 (tăng từ trên một

**Bảng 3.4. Đặc điểm tai biến, biến chứng điều trị**

Tai biến	Tiêm mũi 1		Tiêm mũi 2		Tiêm mũi 3		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kích thích chảy nước mắt	1	3,3	2	6,6	1	3,3	4	13,3
Xuất huyết dưới kết mạc	2	6,6	3	10,0	2	6,6	7	23,3
Đau nhức mắt	3	10,0	1	3,3	1	3,3	5	16,7

Chủ yếu là các tai biến tại mắt mức độ nhẹ do thủ thuật tiêm. Chúng tôi cũng không gặp trường hợp nào bị tai biến, biến chứng toàn thân.

**IV. BÀN LUẬN**

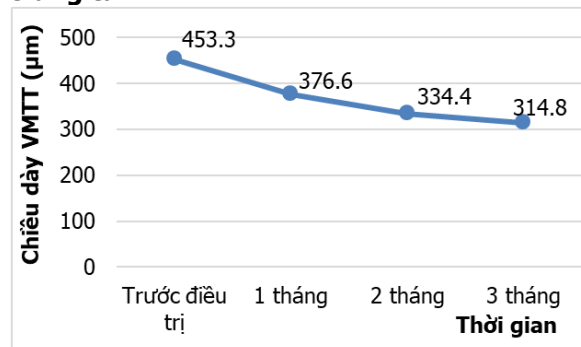
**4.1. Kết quả về thị lực.** Nhằm đánh giá kết quả điều trị phù hợp do ĐTĐ bằng tiêm nội nhãn Ranibizumab trong điều trị phù hợp do ĐTĐ nhiều nghiên cứu đã được tiến hành trong các cơ sở nhãn khoa trên toàn thế giới. Các kết quả thu

được cho thấy Ranibizumab làm tăng thị lực nhanh sau liều nạp là ba mũi tiêm hàng tháng, mức thị lực này tiếp tục duy trì và tăng thêm ở các thời điểm đánh giá là sáu, mười hai tháng và dài hơn khi BN được tiếp tục theo dõi và tiêm bổ

hàng chữ) sau điều trị sau 3 tháng cao (83,3%).

**3.2.4. Nhãn áp.** Không có BN nào bị tăng nhãn áp ở thời điểm trước điều trị và sau điều trị.

**3.2.5. Kết quả về chiều dày võng mạc trung tâm**



**Biểu đồ 3.2 Chiều dày VMTT trung bình trước và sau điều trị**

Chiều dày VMTT trung bình giảm dần theo thời gian. Trước điều trị và sau điều trị 1,2,3 tháng lần lượt là:  $453,3 \pm 117,2$  (300-734);  $376,6 \pm 87,1$  (274-580);  $334,4 \pm 66,8$  (255-550);  $314,8 \pm 60,9$  (240-526). Sự khác biệt giữa trước và sau điều trị 3 tháng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

Mức độ giảm chiều dày võng mạc trung tâm trung bình sau điều trị ba tháng là  $139,5 \pm 101,7$  (24-434). Trong đó nhóm bệnh nhân có mức độ giảm từ trên  $100\mu\text{m}$  trên OCT sau 3 tháng là 70,0%.

**3.2.6. Tai biến và biến chứng**

được cho thấy Ranibizumab làm tăng thị lực nhanh sau liều nạp là ba mũi tiêm hàng tháng, mức thị lực này tiếp tục duy trì và tăng thêm ở các thời điểm đánh giá là sáu, mười hai tháng và dài hơn khi BN được tiếp tục theo dõi và tiêm bổ xung khi cần<sup>1,4,5</sup>.

Năm 2018, tác giả Yen-Po Chen<sup>6</sup> tiến hành đánh giá kết quả và các yếu tố tiên lượng của phương pháp điều trị phù HÐ do ĐTĐ bằng tiêm Ranibizumab nội nhãn, kết quả thu được thị lực tăng từ  $0,92 \pm 0,45$  (logMAR) thời điểm bắt đầu xuống còn  $0,61 \pm 0,43$  ở thời điểm kết thúc nghiên cứu. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ <sup>6</sup>.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy Ranibizumab có tác dụng làm tăng thị lực của BN phù HÐ do ĐTĐ ngay từ mũi đầu tiên. Với thị lực trước điều trị là  $0,92 \pm 0,32$  (0,4-1,4) giảm xuống còn  $0,84 \pm 0,31$  (0,3-1,4);  $0,72 \pm 0,32$  (0,2-1,4);  $0,64 \pm 0,3$  (0,2-1,4) ở các thời điểm một, hai, ba tháng theo tuần tự. Phân tích sự khác biệt giữa trước và sau điều trị 3 tháng cho thấy có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với một số tác giả khác trên thế giới có thiết kế tương tự như như Antonio Campos (2018)<sup>7</sup>; Kyung Hoon Seo (2016)<sup>2</sup>; Mức cải thiện thị lực trung bình trong nhóm BN của chúng tôi là giảm được  $-0,26 \pm 0,17$  (-0,5-0) (logMAR). Trong đó 25/30 mắt có mức đáp ứng từ trên 0,1 ở thời điểm sau ba mũi tiêm, chiếm 83,3%. Kết quả này cũng tương tự như trong nghiên cứu của tác giả Yen-Po Chen<sup>6</sup> là  $0,3 \pm 0,53$ ;

**4.2. Kết quả về chiều dày võng mạc trung tâm.** Kể từ sau khi được Cục Thuốc và Dược phẩm Hoa Kỳ phê duyệt cho Ranibizumab điều trị phù HÐ do ĐTĐ từ năm 2012 cho đến nay, nhiều báo cáo nghiên cứu lâm sàng cho thấy Ranibizumab tiêm nội nhãn tác dụng làm tăng thị lực và làm giảm chiều dày HÐ ở BN phù HÐ do ĐTĐ. Nghiên cứu này của chúng tôi cũng nhằm xác định kết quả này trên đối tượng là BN điều trị tại khoa Đáy mắt- Bệnh viện Mắt Hà Nội.

Nghiên cứu trên 94 mắt của 73 BN phù HÐ do ĐTĐ năm 2018 tác giả Yen-Po Chen<sup>6</sup> thu được kết quả chiều dày VMTT giảm từ  $425,2 \pm 127,4 \mu\text{m}$  ở thời điểm ban đầu xuống còn  $328,6 \pm 99,4 \mu\text{m}$  sau ba tháng điều trị.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thu được cũng tương tự kết quả tác giả trên: chiều dày VMTT của nhóm BN nghiên cứu giảm từ  $453,3 \pm 117,2$  (300-734) khi bắt đầu điều trị, sau một, hai và ba tháng con số này là:  $376,6 \pm 87,1$  (274- 580);  $334,4 \pm 66,9$  (255-550);  $314,8 \pm 60,9$  (240-526). Sự khác biệt giữa chiều dày VMTT thời điểm trước và sau điều trị ba tháng có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ .

**4.2.3. Tai biến và biến chứng.** Trong nghiên cứu của chúng tôi không có BN nào có biến chứng toàn thân, một số tai biến nhẹ tại

mắt như xuất huyết kết mạc (23,3%), kích thích chảy nước mắt do tổn thương giác mạc do thuốc sát khuẩn (13,3%), đau nhức trong mắt (16,6%). Không gặp trường hợp nào bị tai biến nặng đặc biệt là không có BN nào bị viêm mù nội nhãn. Theo chúng tôi tiêm nội nhãn Ranibizumab là thủ thuật an toàn nếu người tiêm và người được tiêm tuân thủ đúng quy trình tiêm, nhất là tuân thủ tốt nguyên tắc vô khuẩn khi tiêm. Tại Bệnh viện Mắt Hà Nội chúng tôi BN được tiêm tại phòng mổ đại phẫu và BN được giải thích, hướng dẫn kỹ lưỡng việc sử dụng thuốc và chăm sóc mắt sau tiêm. Điều này giúp cho tính an toàn của thủ thuật luôn được giữ ở mức cao.

## V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là  $60,2 \pm 9,7$  (37-76) tuổi:

- Thị lực (logMAR) trung bình trước điều trị là  $0,90 \pm 0,32$  (0,3-1,4); Thị lực (logMAR) ở thời điểm sau ba tháng điều trị là  $0,64 \pm 0,3$  (0,2-1,4). Mức độ cải thiện thị lực (logMAR) sau ba tháng so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê  $p = 0,001$ . Sau ba tháng điều trị cải thiện được trung bình  $-0,26 \pm 0,17$  (-0,5-0).

- Chiều dày VMTT trung bình trước điều trị là  $453,3 \pm 117,2$  (300-734) $\mu\text{m}$ . Chiều dày VMTT trung bình ở thời điểm sau ba tháng điều trị là  $314,8 \pm 60,9$  (240-526) $\mu\text{m}$ . Sự khác biệt giữa chiều dày VMTT trung bình trước và sau điều trị ba tháng có ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$ . Mức độ giảm chiều dày VMTT trung bình sau ba tháng điều trị là  $139,5 \pm 101,7$  (24-434) $\mu\text{m}$ .

- Tai biến: nghiên cứu chỉ gặp một số tai biến tại mắt nhẹ do thủ thuật tiêm là: xuất huyết dưới kết mạc (23,3%); đau nhức mắt (16,6%), kích thích chảy nước mắt do thuốc sát khuẩn (13,3%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lai T-T. Treatment outcomes and Predicting factors for diabetic macular edema treated with ranibizumab- one- year real - life results in Taiwan. Journal of the Formosan Medical Association. 2019;118(1):194-202.
2. Kyung Soon Seo MD. Visual and Morphologic outcomes of intravitreal Ranibizumab for Diabetic Macular Edema Based on optical Coherence Tomography Patterns. Retina. 2016:588-595.
3. Channa R, Sophie R, Khwaja AA, et al. Factors affecting visual outcomes in patients with diabetic macular edema treated with ranibizumab. Eye (Lond). 2014;28(3):269-278.
4. Berger A, Sheidow T, Cruess AF, Arbour JD, Courseau AS, de Takacsy F. Efficacy/safety of ranibizumab monotherapy or with laser versus laser monotherapy in DME. Can J Ophthalmol. 2015;50(3):209-216.

5. **Pascale Massin M, PhD.** Safty and Efficacy of Ranibizumab in Diabetic Macular Edema Diabetes Care. 2010;33:2399-2405.
6. **Chen YP, Wu AL, Chuang CC, Chen SN.** Factors influencing clinical outcomes in patients with diabetic macular edema treated with intravitreal ranibizumab: comparison between responder and non-responder cases. Sci Rep. 2019;9(1):10952.
7. **Campos A.** Evaluation of markers of outcome in realworld treatment of diabetic macular edema. Eye and Vision. 2018.

## TÁC DỤNG CỦA PHƯƠNG PHÁP CẤY CHỈ HUYỆT THẬN DU KẾT HỢP ĐIỆN XUNG TRONG ĐIỀU TRỊ ĐAU THẮT LƯNG DO THOÁI HOÁ CỘT SỐNG

Hồ Thị Tâm<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Hà<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tác dụng của phương pháp cấy chỉ huyết thận du kết hợp điện xung trong điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống. **Phương pháp:** Nghiên cứu lâm sàng mở, tiến cứu, so sánh trước và sau điều trị có đối chứng. 100 bệnh nhân chia thành 2 nhóm: nhóm nghiên cứu dùng cấy chỉ kết hợp điện xung, nhóm chứng dùng điện xung đơn thuần. **Kết quả:** Sau 30 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu có điểm đau VAS trung bình giảm từ  $7,92 \pm 1,44$  (điểm) xuống  $0,18 \pm 0,78$  (điểm), thấp hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng, nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm chứng với  $p < 0,05$ . Kết quả điều trị chung: Tốt 90%, khá 10%. **Kết luận:** Cấy chỉ huyết thận du kết hợp điện xung có hiệu quả tốt trong điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống.

**Từ khoá:** Cấy chỉ, điện xung, đau thắt lưng.

### SUMMARY

#### THE EFFECTS OF KIDNEY SHU ACUPOINT CATGUT EMBEDDING COMBINED WITH ELECTROTHERAPY IN TREATMENT LOW BACK PAIN DUE TO DEGENERATIVE SPINE

**Objectives:** Evaluate effects of kidney shu acupoint catgut embedding combined with electrotherapy in treatment low back pain due to degenerative spine. **Methods:** This is an open - clinical trial with comparison before and after treatment's result and compare with control group. 100 patients were divided into two group: the study group used acupoint catgut embedding combined with electrotherapy, the control group used electrotherapy. **Results:** After 30 days treatment, the VAS score of the study group was decreased from  $7.92 \pm 1.44$  (points) to  $0.18 \pm 0.78$  (points), lower than that of the control group ( $p < 0.05$ ). Improved the range of lumbar spine, the study group was better than control group ( $p < 0.05$ ). Overall treatment results: 90% good, 10% moderate. **Conclusion:** The combination

of kidney shu acupoint catgut embedding with electrotherapy has good effects in treatment low back pain due to degenerative spine.

**Keywords:** Acupoint catgut embedding, electrotherapy, low back pain.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thắt lưng là một bệnh lý rất thường gặp, có thể xuất hiện ở 70 - 85% dân số vào một thời điểm trong cuộc đời. Tại Mỹ, đây là nguyên nhân hàng đầu gây hạn chế vận động của phụ nữ dưới tuổi 45, là lý do đứng thứ 2 khiến bệnh nhân phải đi khám bệnh [3], [7]. Thoái hóa cột sống (THCS) là nguyên nhân phổ biến nhất gây đau thắt lưng.

Trong điều trị đau thắt lưng do THCS bằng Y học hiện đại, điều trị nội khoa là phương pháp hiệu quả, được ưu tiên lựa chọn hàng đầu. Tuy nhiên những thuốc giảm đau chống viêm có khá nhiều tác dụng phụ, đặc biệt khi sử dụng kéo dài. Phẫu thuật cũng có nhiều phương pháp điều trị bệnh: nhiệt trị liệu, tử trường, sóng ngắn, điện xung, siêu âm dẫn thuốc... Điện xung là một phương pháp điều trị bằng các xung điện có tần số thấp và trung bình, có tác dụng giảm đau và kích thích thần kinh cơ.

Theo Y học cổ truyền (YHCT) đau thắt lưng thuộc phạm vi chứng "Yêu thống" và có nhiều phương pháp điều trị như: châm cứu, xoa bóp bấm huyệt, thuốc đông dược. Cấy chỉ là một phương pháp châm cứu đặc biệt, dễ làm, ít tác dụng phụ, giảm thời gian đi lại cho bệnh nhân, rất phù hợp trong việc điều trị các bệnh mạn tính [4]. Thận du là huyết du của tạng Thận có tác dụng ích thủy, tráng hỏa, điều hòa thận khí, kiện gân cốt, chữa đau lưng, minh mục, thông nhĩ... Lưng là phủ của thận nên những bệnh lý đau lưng đều có liên quan đến tạng thận và huyết Thận du thường được sử dụng trong điều trị bệnh lý của tạng thận trên lâm sàng [1], [6].

Hiện nay, phương pháp điện xung kết hợp cấy chỉ huyết Thận du trong điều trị đau thắt lưng trên lâm sàng đã mang lại những hiệu quả

<sup>1</sup>Bệnh viện đa khoa Thành phố Vinh

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hà

Email: nguyenthithuha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 1.11.2021

Ngày duyệt bài: 12.11.2021