

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHÙ HOÀNG ĐIỂM DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG BẰNG TIÊM BEVACIZUMAB NỘI NHÃN TẠI BỆNH VIỆN KIẾN AN

Nguyễn Thị Thanh Hoài^{1,2}, Nguyễn Bá Phước¹, Nguyễn Thị Vân Quỳnh^{2,3},
Mai Quốc Tùng^{2,3}, Nguyễn Thị Thanh Hoài^{1,2},
Nguyễn Thị Vân Quỳnh^{2,3}, Mai Quốc Tùng^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phù hoàng điểm do đái tháo đường bằng Bevacizumab nội nhãn tại bệnh viện Kiến An, Hải Phòng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả can thiệp lâm sàng trên 29 mắt của 16 bệnh nhân mắc phù hoàng điểm do đái tháo đường, thực hiện từ tháng 08/2024 đến 08/2025. Các bệnh nhân được tiêm nội nhãn Bevacizumab, mỗi mũi cách nhau 4 tuần, theo dõi các chỉ số thị lực, độ dày hoàng điểm trung tâm (OCT) và các biến chứng trong quá trình điều trị. **Kết quả:** Tuổi trung bình bệnh nhân là $64,5 \pm 8,1$ tuổi, tỷ lệ nam/nữ = 1/1. Đa số bệnh nhân mắc đái tháo đường typ 2 (93,8%), thời gian trung bình mắc bệnh là $6,87 \pm 3,64$ năm. Chiều dày hoàng điểm trung tâm trung bình trước điều trị là $394 \pm 67 \mu\text{m}$, với phù lan tỏa chiếm ưu thế (51,7%), tiếp theo là dạng nang (27,6%). Xuất huyết dưới kết mạc là biến chứng duy nhất xuất hiện chiếm 10,3%. Không gặp biến chứng tại mắt nghiêm trọng khác và không ghi nhận bất kỳ biến chứng toàn thân nào liên quan đến điều trị. **Kết luận:** Điều trị phù hoàng điểm do đái tháo đường bằng Bevacizumab tại Bệnh viện Kiến An bước đầu ghi nhận tính hiệu quả và an toàn, với tỉ lệ biến chứng thấp. **Từ khóa:** Phù hoàng điểm do đái tháo đường, Bevacizumab

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF INTRAVITREAL BEVACIZUMAB FOR DIABETIC MACULAR EDEMA AT KIEN AN HOSPITAL

Objective: To evaluate the treatment outcomes of intravitreal Bevacizumab for diabetic macular edema (DME) at Kien An Hospital. **Methods:** This prospective clinical intervention study included 29 eyes of 16 patients with DME, conducted from August 2024 to August 2025. Patients received three consecutive intravitreal Bevacizumab injections, each 4 weeks apart. Visual acuity, central macular thickness (OCT), and treatment-related complications were recorded. **Results:** The mean age was 64.5 ± 8.1 years, with equal gender distribution. Most patients had type 2 diabetes (93.8%), with a mean disease duration of 6.87 ± 3.64 years. The baseline means central

macular thickness was $394 \pm 67 \mu\text{m}$. Diffuse macular edema was predominant (51.7%), followed by cystoid type (27.6%). Sub-conjunctival hemorrhage occurred in 10.3% of treated eyes. No ocular adverse events or systemic complications related to the injections were observed. **Conclusion:** Intravitreal Bevacizumab for diabetic macular edema at Kien An Hospital demonstrates initial effectiveness and a safety profile with low rate of mild complications. **Keywords:** DME, Bevacizumab, diabetic retinopathy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) đang gia tăng nhanh chóng trên toàn cầu, kéo theo nhiều biến chứng vi mạch nguy hiểm, trong đó phù hoàng điểm đái tháo đường là nguyên nhân thường gặp nhất gây giảm thị lực trung tâm ở người bệnh.

Phù hoàng điểm đái tháo đường là biến chứng ngày càng gia tăng của bệnh võng mạc đái tháo đường (VMĐTĐ), ước tính 6,8% số bệnh nhân có tổn thương mắt liên quan đến ĐTĐ. Nếu không được điều trị kịp thời, 20–30% số mắt phù hoàng điểm có nguy cơ mất ≥ 3 dòng thị lực ETDRS trong vòng ba năm, làm gia tăng đáng kể gánh nặng kinh tế – xã hội và ảnh hưởng nghiêm trọng tới chất lượng cuộc sống.

Bevacizumab (Avastin, Genetech, Roche) là một trong những kháng thể đơn dòng kháng nồng độ chất chống tăng sinh tân mạch thường được sử dụng, an toàn cho nhiều bệnh lý mạch máu võng mạc đã trở thành phương pháp điều trị quan trọng và được ứng dụng rộng rãi nhờ hiệu quả cải thiện thị lực và giảm độ dày hoàng điểm với chi phí hợp lý. Tuy nhiên, hiệu quả điều trị còn có thể khác nhau giữa các cơ sở y tế do đặc điểm bệnh nhân, phác đồ điều trị và điều kiện theo dõi. Với mục tiêu đánh giá hiệu quả và an toàn của Bevacizumab trong điều trị phù hoàng điểm do đái tháo đường tại Bệnh viện Kiến An, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm ghi nhận hiệu quả thực tế, tối ưu hóa quy trình điều trị và nâng cao chất lượng chăm sóc người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Khoa mắt, bệnh viện Kiến An từ tháng 08/2024 đến tháng 08/2025

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu khi

¹Bệnh viện Kiến An

²Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Lão khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Hoài

Email: hoaibvka@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.12.2025

Ngày duyệt bài: 9.01.2025

đáp ứng các tiêu chí sau:

- o Được chẩn đoán võng mạc đái tháo đường có biến chứng phù hoàng điểm, được chụp OCT với độ dày võng mạc trung tâm > 250 μm
- Thị lực chỉnh kính tối ưu < 20/30
- Bệnh nhân tuân thủ quá trình khám và điều trị, đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Phù hoàng điểm do nguyên nhân khác
- Các bệnh lí mắt ảnh hưởng đến đánh giá đáy mắt: sẹo đục giác mạc, thoái hóa giác mạc, đục thủy tinh thể nhiều
- Đã phẫu thuật cắt dịch kính
- Tiền sử bong, rách võng mạc, xuất huyết dịch kính, glacom
- Có bệnh lý toàn thân nặng như: bệnh tim mạch, bệnh hệ thống, bệnh lao...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, can thiệp lâm sàng không có nhóm đối chứng

2.2.2. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức với p: tỷ lệ cải thiện võng mạc trung tâm, p= 0,76 (lấy từ nghiên cứu trước đây), ε: sai số mong muốn, chọn ε = 0,2.

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

Cỡ mẫu n = 30 mắt.

2.2.3. Quy trình nghiên cứu:

- Trước can thiệp
 - Ghi nhận hồ sơ: Họ tên, tuổi giới, HbA_{1c}, bệnh lí kèm theo, thời gian mắc, cách điều trị
 - Đo thị lực không kính, chỉnh kính tối ưu, nhãn áp
 - Khám lâm sàng trước và sau nhỏ giãn đồng tử
 - Đo chiều dày võng mạc trung tâm (OCT) trước điều trị, xác định chẩn đoán phù hoàng điểm xác định bệnh lí võng mạc đái tháo đường
 - Bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu, kí giấy đồng thuận tham gia nghiên cứu.
 - Bệnh nhân được tiêm nội nhãn Bevacizumab (Avastin, Roche Genentech Inc) với liều 1,25mg/ 0,05ml trong điều kiện vô trùng.
- Tái khám và theo dõi biến chứng
 - Các bệnh nân được thử kính có chỉnh kính, khám lâm sàng, chụp OCT, đánh giá biến chứng trong và sau can thiệp ở thời điểm ban đầu, sau 4 tuần, 8 tuần, 12 tuần.

2.2.4. Xử lí số liệu: Số liệu được ghi chép vào phiếu theo dõi, sau đó được tập hợp và xử lí theo thuật toán thông kê y học bằng phần mềm SPSS 20.0.

2.2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu

được thông qua hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội, tuân thủ các qui tắc đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Bộ Y tế và được Hội đồng đạo đức Bệnh viện Kiến An thông qua. Tất cả các bệnh nhân đều được giải thích rõ: mục đích nghiên cứu, tác dụng của thuốc, các nguy cơ tai biến có thể có của phương pháp điều trị. Bệnh nhân đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 29 mắt của 16 bệnh nhân có phù hoàng điểm đái tháo đường với thời gian theo dõi tối thiểu 4 tháng. Tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu là 64,5 ± 8,1 tuổi (dao động từ 48 đến 77 tuổi). Tỷ lệ nam/ nữ tương đương (1/1).

Thời gian trung bình từ lúc phát hiện mắc ĐTĐ đến khi có chỉ định điều trị tiêm nội nhãn là 6,87 ± 3,64 năm. Trong đó: Nhóm mắc bệnh từ 5-10 năm chiếm 56,25%, nhóm mắc < 5 năm chiếm 25%; nhóm mắc trên 10 năm chiếm 18,75%. Đa số bệnh nhân mắc ĐTĐ typ 2 với tỉ lệ 93,75%), chỉ có 6,25% là đái tháo đường typ 1. Chỉ số HbA_{1c} trung bình là 8,11 ± 0,82%. Có 6,25% bệnh nhân kiểm soát đường huyết tốt, 43,75% kiểm soát trung bình và 50% kiểm soát kém. Về bệnh lí toàn thân, tăng huyết áp là tình trạng gặp nhiều nhất chiếm 43,75%. Thừa cân (BMI >23,0 kg/m²) đứng thứ hai với 25,0%, tiếp theo là bệnh thận mạn và mỡ máu, mỗi bệnh chiếm 6,25%.

Bảng 1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu (n=16)

Đặc điểm chung		Tỉ lệ %
Số mắt		29 (100)
Tuổi trung bình (SD)		64,6 (8,1)
Thời gian phát hiện bệnh (tháng)		6,87 (3,64)
Giới	Nam	50,0
	Nữ	50,0
Bệnh lí toàn thân kèm theo	Tổn thương thận	6,35
	Tăng huyết áp	43,75
	Rối loạn mỡ máu	6,25
	Thừa cân, béo phì	25,0
Type ĐTĐ	Type 1	6,25
	Type 2	93,75
Thời gian phát hiện ĐTĐ	Dưới 5 năm	25,0
	Từ 5 đến 10 năm	56,25
	Trên 10 năm	18,75
Mức độ kiểm soát đường huyết	Tốt	6,25
	Trung bình	43,75
	Kém	50,0

3.2. Đặc điểm phù hoàng điểm do đái tháo đường

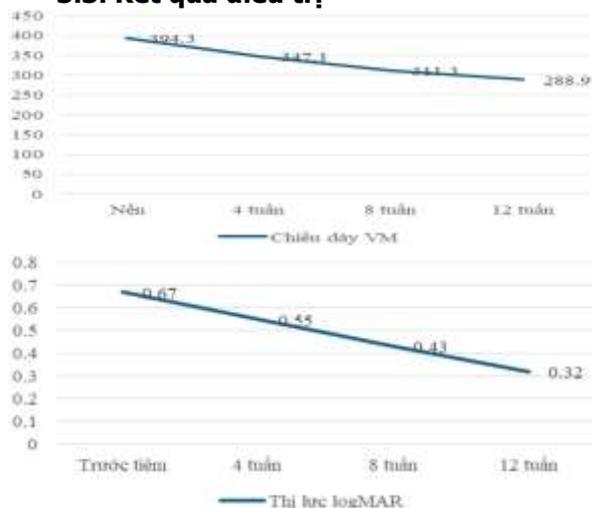
Bảng 2. Đặc điểm mắt trong nhóm

nghiên cứu (n=29 mắt)

Đặc điểm chung		n	Tỉ lệ %
Số mắt		29	100
Bệnh VMĐTĐ	Chưa tăng sinh	Nhẹ	0
		Trung bình	62,5
		Nặng	31,25
	Tăng sinh		6,25
Chiều dày VMTT	Phù nhẹ	<300µm	3,4
	Phù trung bình	300-400µm	48,3
	Phù nặng	>400µm	48,3
Phù HĐ	Phù HĐ dạng nang		27,6
	Phù HĐ lan tỏa		51,7
	Dịch dưới võng mạc		6,9
	Dạng hỗn hợp		13,8

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu không có trường hợp nào có VMĐTĐ chưa tăng sinh nhẹ. Đa số bệnh nhân ở mức chưa tăng sinh trung bình (62,5%), tiếp theo là mức chưa tăng sinh nặng chiếm 31,25%. Tỷ lệ võng mạc đái tháo đường tăng sinh chiếm là 6,25% trường hợp. Trên OCT, chiều dày hoàng điểm trung tâm trung bình $394 \pm 67 \mu\text{m}$, trong đó nhóm phù trung bình và nặng chiếm nhiều nhất chiếm tỉ lệ tương đương 48,3%, nhóm phù nhẹ chỉ chiếm 3,4%. Kiểu hình phù: dạng lan tỏa là phổ biến nhất chiếm 51,7%. Kiểu phù dạng nang đứng thứ 2 chiếm 27,6%; dạng hỗn hợp chiếm 13,8%. Dịch dưới võng mạc hiếm gặp chỉ xuất hiện ở 6,9% số mắt, gợi ý phù lan tỏa là hình thái chiếm ưu thế trong nghiên cứu.

3.3. Kết quả điều trị



Biểu đồ 1. Thay đổi thị lực và chiều dày võng mạc trung tâm

Thị lực trung bình cải thiện tuần tự từ $0,67 \pm 0,17$ trước điều trị xuống $0,32 \pm 0,17$ log MAR sau 12 tuần (ba mũi) với $p < 0,001$. Chiều dày võng mạc trung tâm giảm dần theo số mũi tiêm: từ $394,3 \pm 66,5 \mu\text{m}$ trước tiêm xuống $347,14 \pm$

$54,92 \mu\text{m}$ sau một mũi và $289,0 \pm 55,5 \mu\text{m}$ sau ba mũi.

3.4. Biến chứng. Trong quá trình tiêm nội nhãn Bevacizumab, chúng tôi ghi nhận 3 mắt (10,3%) bị xuất huyết dưới kết mạc. Ngoài ra không ghi nhận có bất kì biến chứng nào toàn thân, không huyết khối tắc mạch, không tai biến mạch máu não hoặc nhồi máu cơ tim... Chúng tôi cũng không gặp trường hợp nào có biến chứng tại mắt như tăng nhãn áp, xuất huyết dịch kính, bong võng mạc...

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $64,56 \pm 8,13$ tuổi, phù hợp với đặc điểm dịch tế học của bệnh võng mạc đái tháo đường, vốn thường gặp ở người lớn tuổi do thời gian mắc bệnh kéo dài. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu nhiều nghiên cứu trên thế giới. Tuổi cao có thể ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị do tổn thương võng mạc đã tiến triển và khả năng phục hồi thị lực bị giới hạn. Những dữ liệu này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tầm soát võng mạc định kỳ ở người bệnh ĐTĐ ≥ 60 tuổi để phát hiện sớm và điều trị kịp thời, góp phần bảo tồn thị lực.

Thời gian trung bình kể từ khi được chẩn đoán ĐTĐ đến khi điều trị phù hoàng điểm bằng tiêm nội nhãn là $6,87 \pm 3,64$ năm (từ 3 đến 13 năm). Kết quả này phản ánh thực tế rằng nhiều bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị DME với thời gian mắc trung bình của quá trình mắc bệnh đái tháo đường. Ngoài ra, thực trạng kiểm soát đường huyết chưa tối ưu ở phần lớn bệnh nhân, điều này có thể ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị phù hoàng điểm do đái tháo đường (DME). Phần lớn bệnh nhân mắc phù hoàng điểm do đái tháo đường thuộc giai đoạn VMĐTĐ chưa tăng sinh trung bình và nặng cho thấy phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị ở giai đoạn tiến triển của bệnh võng mạc, thời điểm mà nguy cơ xuất hiện và tiến triển phù hoàng điểm cao hơn đáng kể, làm ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị và tiên lượng thị lực. Việc điều trị DME ở các giai đoạn nặng có thể cần nhiều mũi tiêm hơn, thời gian hồi phục thị lực kéo dài hơn và tỷ lệ không đáp ứng điều trị cao hơn so với giai đoạn nhẹ.

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi. Nghiên cứu của Busch và cộng sự (2021)¹, Kabtu và Tsegaw (2022)² cũng xác định tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ đáng kể đối với DME. Nghiên cứu chỉ ra

tăng huyết áp, thừa cân, bệnh thận và rối loạn lipid máu đóng vai trò quan trọng trong sự phát triển và tiến triển của DME. Việc kiểm soát tốt các yếu tố này có thể cải thiện hiệu quả điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phù lan tủa là dạng phổ biến nhất trong số các bệnh nhân DME được khảo sát. Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu quốc tế, trong đó phù lan tủa và phù dạng nang là hai hình thái thường gặp nhất của DME. Hình thái phù có ý nghĩa quan trọng không chỉ về mặt chẩn đoán mà còn giúp dự đoán hiệu quả điều trị. Về mặt cơ chế bệnh sinh, phù lan tủa chủ yếu xuất hiện do tăng tính thấm mao mạch võng mạc và phá vỡ hàng rào máu – võng mạc trong, gây rò rỉ lan tủa từ các mao mạch và dẫn đến sự dày toàn bộ võng mạc vùng hoàng điểm. Trong khi đó, phù dạng nang liên quan đến tổn thương hàng rào máu – võng mạc trong phức tạp hơn, kết hợp với sự chết tế bào thần kinh, hoạt hóa viêm và tích tụ dịch trong khoang ngoại bào giữa các lớp tế bào thần kinh võng mạc, đặc biệt là lớp hạt trong và đám rối ngoài. Dịch dưới võng mạc phản ánh sự rối loạn hàng rào máu – võng mạc ngoài và thường được xem là biểu hiện của viêm lan tủa. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy phù lan tủa thường đáp ứng khá tốt với thuốc kháng VEGF, đặc biệt trong các trường hợp còn sớm và chưa có tổn thương thần kinh nặng. Ngược lại, phù dạng nang được xem là hình thái tiến triển hơn, thường liên quan đến mất tế bào thần kinh, ít phục hồi cấu trúc sau điều trị và có tiên lượng thị lực kém hơn. Ngoài ra, sự hiện diện của dịch dưới võng mạc còn được xem là một yếu tố tiên lượng xấu khi đi kèm với viêm nặng và tổn thương rộng. Điều này mở ra hướng điều trị kết hợp giữa kháng VEGF và corticosteroid hoặc các thuốc kháng viêm ở nhóm bệnh nhân phù dạng nang hoặc có dịch dưới võng mạc. Việc phân loại chính xác đặc điểm phù hoàng điểm trước điều trị có vai trò quan trọng trong định hướng phác đồ và tiên lượng hiệu quả can thiệp. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng từng loại hình thái phù có thể đáp ứng khác nhau với thuốc kháng VEGF +/- corticosteroid nội nhãn, trong đó phù dạng nang và có dịch dưới võng mạc thường hồi phục chậm hơn.^{3,4}

Mức cải thiện thị lực trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả ngắn hạn của thử nghiệm pha II của DRICR.net⁵, nơi một hoặc hai mũi bevacizumab mang lại khoảng 5–7 chữ lợi thêm trong 12 tuần và được củng cố bởi phân tích gộp 17 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng chứng minh lịch tiêm hàng tháng đem lại thị lực tốt hơn rõ rệt so với tiêm đơn lẻ ngay từ tuần

12. Những khác biệt này có thể do: thời điểm đánh giá sớm, bệnh nhân có thị lực nền kém hơn (logMAR 0,67 \approx 55 chữ) tạo khoảng trống hồi phục lớn hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi độ dày võng mạc trung tâm chúng tôi (394,3 μ m) thấp hơn so với thử nghiệm RESTORE báo cáo chiều dày ban đầu trung bình là 491,0 \pm 102,0 μ m ở nhóm Ranibizumab, và thử nghiệm RISE/RIDE⁷ trung bình 401,0 \pm 92 μ m. Trong thử nghiệm Protocol T (DRICR.net)⁵, nhóm Bevacizumab có CRT khởi điểm là 413,0 \pm 88,0 μ m. Những khác biệt này có thể do tiêu chí chọn mẫu, chủng tộc và phương pháp đo OCT khác nhau. Những dữ liệu này khẳng định cơ chế bevacizumab ức chế VEGF, giảm tính thấm thành mạch và tăng tái hấp thu dịch nội võng mạc, đồng thời ủng hộ phác đồ ba mũi khởi đầu hàng tháng để tối ưu hóa đáp ứng giải phẫu trước khi chuyển sang chế độ PRN hoặc T&E. Chiều dày võng mạc trung tâm khởi điểm không chỉ phản ánh mức độ phù mà còn là yếu tố tiên lượng quan trọng. Nhiều phân tích chỉ ra rằng độ dày võng mạc trung tâm càng lớn thì bệnh nhân càng cần nhiều mũi tiêm kháng VEGF và thời gian hồi phục thị lực càng kéo dài. Ngược lại, nhóm khởi trị với chiều dày võng mạc trung tâm thấp thường đạt được cải thiện nhanh hơn và cần ít mũi tiêm hơn để ổn định võng mạc. Như vậy, việc phát hiện và điều trị sớm biến chứng phù hoàng điểm không chỉ giúp lên kế hoạch điều trị, dự đoán số lần tiêm cần thiết và mà còn tăng kỳ vọng cải thiện thị lực cho bệnh nhân.

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận biến chứng đáng kể nào tại mắt và toàn thân. Tuy nhiên theo nghiên cứu DRICR.net⁵ nghiên cứu sử dụng Ranibizumab điều trị phù hoàng điểm đái tháo đường thực hiện trên 3973 mũi tiêm trong 2 năm ghi nhận 3 trường hợp viêm mù nội nhãn chiếm 0,08%, 14 trường hợp xuất huyết dịch kính chiếm tỉ lệ 0,35% và 1 trường hợp bong võng mạc trên nền bệnh lý võng mạc đái tháo đường tăng sinh gây co kéo chiếm tỉ lệ 0,03%. Hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi có lẽ do thời gian nghiên cứu còn ngắn, cỡ mẫu còn nhỏ nên chưa phát hiện biến chứng hay biến cố bất lợi như khuyến cáo của các thử nghiệm lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 29 mắt của 17 bệnh nhân phù hoàng điểm ĐTDĐ được điều trị bằng tiêm nội nhãn bằng Bevacizumab và theo dõi thời gian tối thiểu 3 tháng cho phép rút ra kết luận: Bước đầu cho thấy hiệu quả của

Bevacizumab trong điều trị phù hoàng điểm do đái tháo đường là khả quan trong cải thiện thị lực. Thị lực trung bình cải thiện $0,67 \pm 0,17$ trước điều trị xuống $0,32 \pm 0,17$ sau 12 tuần (ba mũi); Bevacizumab có hiệu quả cải thiện cấu trúc võng mạc (bề dày võng mạc trung tâm) do bệnh đái tháo đường. Trước điều trị độ dày võng mạc trung tâm trung bình $394,3 \pm 66,5 \mu\text{m}$, sau điều trị là 3 mũi là $288,96 \pm 55,5 \mu\text{m}$ sau ba mũi. Ngoài ra không gặp biến chứng đáng kể nào xảy ra trong và sau điều trị. Đây là phương pháp có hiệu quả, đặc biệt ở các bệnh viện đa khoa, tuyến dưới cần theo dõi với thời gian lâu hơn, cỡ mẫu lớn hơn để đưa lại kết quả chính xác hơn nữa

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Busch C, Katzmann JL, Jochmann C, et al.** General health of patients with diabetic macular edema—The LIPSIA study. PLOS ONE. 2021;16(6):e0252321.
2. **Kabtu E, Tsegaw A.** Prevalence of diabetic macular edema and risk factors among diabetic patients at the University of Gondar Tertiary Eye Care and Training Center, North West Ethiopia. medRxiv. Preprint posted online April 17, 2022:2022.04.13.22273816.
3. **Otani T, Kishi S, Maruyama Y.** Patterns of diabetic macular edema with optical coherence tomography. Am J Ophthalmol. 1999;127(6):688-693.
4. **Abdel-Maboud M, Menshawy E, Bahbah EI, Outani O, Menshawy A.** Intravitreal bevacizumab versus intravitreal triamcinolone for diabetic macular edema—Systematic review, meta-analysis and meta-regression. Vavvas DG, ed. PLOS ONE. 2021;16(1):e0245010.
5. **Bressler SB, Odia I, Glassman AR, et al.** Changes in diabetic retinopathy severity when treating diabetic macular edema with ranibizumab: DRCR.net Protocol I 5-Year Report. Retina Phila Pa. 2018;38(10):1896-1904.
6. **Mitchell P, Bandello F, Schmidt-Erfurth U, et al.** The RESTORE Study. Ophthalmology. 2011;118(4):615-625.
7. **Nguyen QD, Brown DM, Marcus DM, et al.** Ranibizumab for diabetic macular edema: results from 2 phase III randomized trials: RISE and RIDE. Ophthalmology. 2012;119(4):789-801.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH TẾ BÀO HẠCH THẦN KINH RUỘT CHƯA TRƯỞNG THÀNH TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Đỗ Thanh Tân¹, Trương Nguyễn Uy Linh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh tế bào hạch thần kinh ruột chưa trưởng thành (TBHTKRCTT) là bệnh hiếm gặp, nằm trong các nhóm biến thể của bệnh Hirschsprung, đặc trưng bởi sự trưởng thành chậm của TBHTKR trong đám rối Auerbach và Meissner. Hiện tại có ít tài liệu nghiên cứu về vấn đề này và vẫn còn một số tranh cãi về cách điều trị như thời điểm tái khám, chụp X-quang bụng (XQB) sau X-quang đại tràng (XQĐT) 24 giờ và 48 giờ, thời điểm đóng hậu môn tạm (HMT) hồi tràng. **Mục đích:** Khảo sát các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng trước và sau khi phẫu thuật, xác định thời điểm đóng HMT hồi tràng. **Phương pháp:** Hồi cứu mô tả loạt ca tất cả bệnh nhi có TBHTKRCTT và xuất viện trong khoảng thời gian từ tháng 7/2016 đến tháng 6/2025 tại Bệnh viện Nhi Đồng 1. **Kết quả:** Có 76 trường hợp được nghiên cứu, triệu chứng lâm sàng thường xuất hiện lúc sơ sinh với nôn (67,1%), trướng bụng (97,4%), chậm đại tiện phân su (82,9%) và 100% bệnh nhi được phẫu thuật làm HMT hồi tràng kèm sinh thiết

khung đại tràng trong mổ (98,7%). Các bệnh nhi được tái khám lúc 7 – 11 tháng tuổi hoặc có phân ở hậu môn hay có biến chứng HMT, khảo sát tình trạng phân ở hậu môn (61,8%), chụp XQB sau XQĐT 24 giờ (82,9%) và 48 giờ (51,3%) đánh giá tình trạng thải thuốc và quyết định đóng HMT. Không có trường hợp tử vong. **Kết luận:** TBHTKRCTT có biểu hiện sớm và được chẩn đoán qua sinh thiết trong mổ. Việc đóng HMT nên thực hiện sớm (7–11 tháng tuổi) khi không có biến chứng, sau khi đánh giá chức năng ruột qua dấu hiệu phân ở hậu môn và XQB thải thuốc.

Từ khóa: TBHTKRCTT; XQB sau XQĐT 24 giờ và 48 giờ; HMT hồi tràng.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES FOR IMMATURE ENTERIC GANGLION CELL DISEASE AT CHILDREN'S HOSPITAL 1

Background: Immature enteric ganglion cell disease (IEGCD) is a rare variant of Hirschsprung's disease, characterized by delayed maturation of enteric ganglion cells in the Auerbach and Meissner plexuses. Due to limited research and ongoing debate, clinical management remains controversial, particularly regarding follow-up timing, abdominal X-ray (AXR) after 24- and 48-hour contrast enema, and the optimal time for temporary ileostomy (TI) closure. **Objective:** To investigate the clinical and paraclinical characteristics, pre- and postoperative complications, and determine the appropriate timing for TI closure in

¹Bệnh viện Phụ sản – Nhi Đà Nẵng

²Trường Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thanh Tân

Email: thanhtan.pedsurdn@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.12.2025

Ngày duyệt bài: 9.01.2026