

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MÔ BỆNH HỌC CỦA NỐT VỊ TRÍ RAU BẨM Ở BỆNH NHÂN VÔ SINH: CHUỖI 3 CA BỆNH

Nguyễn Thị Vân Anh¹, Phạm Thị Anh², Nguyễn Văn Khoa¹,
Phạm Thị Thảo Phương¹, Nguyễn Mạnh Hùng¹

TÓM TẮT

Nốt vị trí rau bám (placental site nodule – PSN) là tổn thương nguyên bào nuôi lành tính hiếm gặp, có nguồn gốc từ nguyên bào nuôi trung gian còn sót lại sau thai kỳ. Ý nghĩa lâm sàng của PSN, đặc biệt trong bối cảnh vô sinh, vẫn chưa được làm rõ. Chúng tôi báo cáo chuỗi ba trường hợp PSN được phát hiện trong quá trình đánh giá bệnh nhân (BN) vô sinh. Tất cả BN đều có tiền sử mang thai nhờ hỗ trợ sinh sản và can thiệp tử cung trước đó. Hình ảnh nội soi buồng tử cung ghi nhận các tổn thương dạng nốt hoặc đám nhỏ, màu trắng ngà. Chẩn đoán xác định dựa trên mô bệnh học và hóa mô miễn dịch. Một trường hợp có kèm theo viêm nội mạc tử cung mạn tính và đạt được thai kỳ sau khi loại bỏ tổn thương, tuy nhiên không thể xác định vai trò độc lập của việc loại bỏ PSN. Kết quả này gợi ý PSN có thể liên quan đến khả năng sinh sản thông qua cơ chế chiếm chỗ hoặc phản ứng viêm nội mạc tử cung. PSN cần được xem xét trong chẩn đoán phân biệt các tổn thương buồng tử cung ở BN vô sinh. Cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để làm rõ vai trò của tổn thương này.

Từ khóa: nốt vị trí rau bám, vô sinh, bệnh nguyên bào nuôi

SUMMARY

CLINICAL AND HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PLACENTAL SITE NODULE IN INFERTILE PATIENTS: A THREE-CASE SERIES

Placental site nodule (PSN) is a rare benign trophoblastic lesion derived from residual intermediate trophoblastic cells following pregnancy. Its clinical significance, particularly in the context of infertility, remains unclear. We report three cases of PSN identified during infertility evaluation. All patients had a history of prior pregnancy and uterine interventions. Hysteroscopic findings revealed small, ivory-white, nonspecific lesions. Definitive diagnosis was established based on histopathological examination

and immunohistochemistry. One case was associated with chronic endometritis and subsequently achieved pregnancy following lesion management. These findings suggest that PSN may impair fertility through space-occupying effects or by inducing endometrial inflammatory responses. PSN should be considered in the differential diagnosis of intrauterine lesions in patients with infertility. Further studies with larger sample sizes are warranted to clarify the role of this lesion.

Keyword: Placental site nodule, infertility, gestational trophoblastic disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nốt vị trí rau bám là một tổn thương lành tính hiếm gặp thuộc nhóm bệnh lý nguyên bào nuôi thai kỳ không u, có nguồn gốc từ tế bào nguyên bào nuôi trung gian kiểu màng đệm [1]. Tổn thương được cho là kết quả của quá trình thoái triển không hoàn toàn của nguyên bào nuôi tại vị trí rau bám sau thai kỳ [2]. PSN thường được phát hiện tình cờ trong các mẫu nạo buồng tử cung hoặc sinh thiết nội mạc tử cung [2],[3].

Về mô bệnh học, PSN được đặc trưng bởi các nốt ranh giới rõ, gồm các nguyên bào nuôi nằm trong nền chất hyalin hóa, với chỉ số tăng sinh thấp và biểu hiện hóa mô miễn dịch đặc hiệu [4]. Những đặc điểm này có giá trị trong chẩn đoán phân biệt với các tổn thương nguyên bào nuôi ác tính [1],[4].

Ý nghĩa lâm sàng của PSN còn chưa được xác định rõ. Các nghiên cứu ghi nhận PSN có thể liên quan đến chảy máu tử cung bất thường, sảy thai liên tiếp và vô sinh [5]. Tiền sử can thiệp tử cung như nạo hút thai, mổ lấy thai được xem là yếu tố liên quan thường gặp [5]. Một số báo cáo cũng cho thấy sự hiện diện đồng thời của viêm nội mạc tử cung mạn tính, có thể ảnh hưởng đến khả năng làm tổ của phôi [6]. Tuy nhiên, mối liên quan giữa PSN và vô sinh vẫn chưa được làm rõ.

PSN không có đặc điểm đặc hiệu trên chẩn đoán hình ảnh và nội soi buồng tử cung. Tổn thương có thể biểu hiện như khối chiếm chỗ trong buồng tử cung kèm giảm tưới máu và dễ nhầm với polyp nội mạc tử cung hoặc các bất thường khác [2]. Chẩn đoán xác định dựa vào mô bệnh học và hóa mô miễn dịch.

¹ Khoa Giải phẫu bệnh - Tế bào, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

² Trung tâm Hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Vân Anh
Email: vananhnc1@gmail.com

Mã bài: N684

Ngày nhận bài: 26.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 26.3.2026

Ngày duyệt bài: 5.5.2026

Chúng tôi báo cáo chuỗi ba trường hợp PSN được phát hiện trong quá trình đánh giá vô sinh. Các trường hợp này cung cấp thêm dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, nội soi buồng tử cung và giải phẫu bệnh của PSN, đồng thời góp phần làm rõ vai trò tiềm năng của tổn thương này trong bối cảnh vô sinh [7].

II. BÁO CÁO CHUỖI CA BỆNH

Chúng tôi trình bày ba trường hợp hiếm gặp của PSN được phát hiện trong quá trình đánh giá BN vô sinh. Các tổn thương được phát hiện trên siêu âm tử cung, nội soi buồng tử cung và chẩn đoán xác định dựa trên mô bệnh học và hóa mô miễn dịch.

Ca bệnh 1

BN (BN) nữ 35 tuổi, PARA 1021, đến khám vì vô sinh thứ phát. BN có tiền sử hút thai hai lần cách đây 12 và 13 năm; cắt polyp buồng tử cung; cắt hai vòi tử cung cách 4 năm do tắc vòi tử cung. Cách thời điểm nhập viện 16 tháng, BN sinh mổ thai thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) đủ tháng. Chụp tử cung – vòi trứng phát hiện hình ảnh dính buồng tử cung. BN được chỉ định nội soi buồng tử cung để tách dính. Trong quá trình nội soi, quan sát thấy một số tổ chức màu trắng ngà, mềm, không ghi nhận mạch máu nuôi. Các tổn thương này được sinh thiết và gửi làm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

Trên vi thể, tổn thương gồm các đám tế bào nguyên bào nuôi đơn nhân và đa nhân nằm trong nền mô đệm hyalin hóa. Các tế bào có bào tương ưa toan, ranh giới không rõ, nhân không đều, hạt nhân nhỏ, không có nhân chia. Nhuộm hóa mô miễn dịch cho thấy các tế bào dương tính với CK, GATA3 và p63; chỉ số tăng sinh Ki-67 khoảng 5%. Mẫu mô không có vùng nội mạc nên không khảo sát được tình trạng thâm nhiễm tương bào. Chẩn đoán giải phẫu bệnh phù hợp với PSN.

Bệnh nhân chưa chuyển phôi và chưa có thai sau đó.

Ca bệnh 2

BN nữ 33 tuổi, PARA 1001, đến khám vì vô sinh trên nền bệnh cường giáp. BN có tiền sử một lần sinh mổ thai IVF đủ tháng cách thời điểm khám 21 tháng. Siêu âm bơm nước buồng tử cung cho thấy niêm mạc ở nửa dưới thành sau buồng tử cung không đều. Ngoài ra, tại thành trước gần vị trí sẹo mổ cũ phát hiện hai tổn thương lồi nhẹ vào buồng tử cung với kích thước lần lượt là 1,8 mm và 2,5 mm. BN được chỉ định

nội soi buồng tử cung và sinh thiết các tổn thương nghi ngờ.

Hình ảnh mô bệnh học cho thấy tổn thương dạng nốt ranh giới rõ, gồm các tế bào với bào tương rộng, ưa toan, ranh giới không rõ; nhân tế bào khá lớn, tăng sắc, màng nhân không đều, không thấy nhân chia. Các tế bào sắp xếp thành từng đám và được bao quanh bởi chất thoái hóa dạng tơ huyết. Nhuộm hóa mô miễn dịch cho thấy các tế bào này dương tính với CK, PLAP, CD10 và âm tính với hCG; chỉ số Ki-67 khoảng 2%. Ngoài ra, trong nốt tế bào nuôi và mô nội mạc có thâm nhiễm nhiều tương bào (dương tính với CD138) với mật độ khoảng 35 tương bào/10 vi trường độ phóng đại cao (Hình 1). Kết quả mô bệnh học và hóa mô miễn dịch phù hợp với chẩn đoán PSN kèm viêm nội mạc tử cung mạn tính không đặc hiệu.

Hai tháng sau khi sinh thiết, BN được chuyển phôi và đã có thai.

Ca bệnh 3

BN nữ 33 tuổi, PARA 0101, đến khám vì vô sinh do hội chứng buồng trứng đa nang. BN có tiền sử một lần sinh thường thai IVF ở tuổi thai 33 tuần cách thời điểm khám 28 tháng. Siêu âm niêm mạc tử cung phát hiện niêm mạc dày, nhiều nốt giảm âm nhỏ dạng ruột bánh mì. Sau đó BN được sinh thiết các tổn thương nghi ngờ.

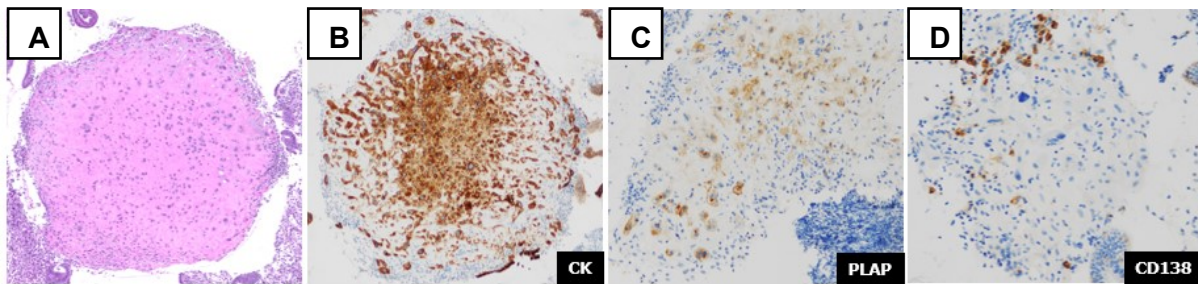
Trên mô bệnh học, các tổn thương có dạng các nốt ranh giới rõ, gồm các tế bào với bào tương rộng, ưa toan và ranh giới không rõ. Hầu hết các tế bào là đơn nhân, nhân khá lớn và tăng sắc, rải rác tế bào đa nhân. Các tế bào này sắp xếp thành từng đám nhỏ nằm trong nền tổ chức hyalin hóa. Kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch thấy dương tính với CK, PLAP, CD10; âm tính với hCG; chỉ số Ki-67 khoảng 3%. Ngoài ra trong nốt nguyên bào nuôi có thâm nhiễm tương bào với mật độ 8 tương bào/10 vi trường độ phóng đại cao, không thấy thâm nhiễm tương bào trong nội mạc tử cung. Kết quả này phù hợp với chẩn đoán nốt vị trí rau bám.

Sau 1 tháng, BN được chuyển phôi nhưng chưa ghi nhận có thai.

Thông tin lâm sàng bao gồm tuổi, PARA, phương pháp có thai trước đó (tự nhiên hay can thiệp hỗ trợ sinh sản), tiền sử can thiệp tử cung, khoảng thời gian từ lần mang thai trước đến thời điểm thăm khám, đặc điểm siêu âm và nội soi buồng tử cung, chẩn đoán giải phẫu bệnh và phương pháp có thai sau điều trị được miêu tả trong bảng bên dưới (Bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của BN trong 3 ca bệnh

STT	Tuổi	PARA	Phương pháp có thai trước đó	Tiền sử can thiệp tử cung	Thời gian từ lần mang thai trước đến lúc khám	Đặc điểm siêu âm và nội soi buồng tử cung	Kết quả sinh thiết nội mạc	Kết cục có thai sau điều trị
1	35	1021	IVF	Hút thai, mổ cắt vòi tử cung, sinh mổ	16 tháng	Dính buồng tử cung, tổ chức màu trắng ngà mềm, không có mạch nuôi	PSN	Chưa có thai sau điều trị
2	33	1001	IVF	Sinh mổ	21 tháng	Thành trước gần vết mổ cũ có 2 khối lồi nhẹ vào buồng tử cung kích thước 1,8 và 2,5 mm	PSN kèm viêm nội mạc mạn tính	Sau 2 tháng, BN chuyển phôi, đã có thai
3	35	0101	IVF	Sinh thường	28 tháng		PSN	Sau 2 tháng chuyển phôi, chưa có thai



Hình 1: Hình ảnh mô bệnh học và hóa mô miễn dịch ca số 2: Các nguyên bào nuôi nằm trong mô đệm hyalin hóa - hình A. Các tế bào này dương tính với CK, PLAP - hình B, C. Trong nốt vị trí rau bám và nội mạc xung quanh thâm nhiễm các tương bào dương tính với CD138 – hình D (x100).

III. BÀN LUẬN

PSN là một tổn thương lành tính thuộc nhóm bệnh lý nguyên bào nuôi trung gian, được cho là xuất phát từ các tế bào nguyên bào nuôi kiểu màng đệm còn sót lại sau thai kỳ [1],[4]. Cơ chế bệnh sinh được giả thuyết là do quá trình thoái triển không hoàn toàn của vị trí rau bám, dẫn đến sự tồn tại kéo dài của các tế bào nguyên bào nuôi trong nền mô đệm hyalin hóa [2],[3].

PSN thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, với tiền sử có thai trước đó [5]. Khoảng thời gian từ lần mang thai gần nhất đến khi phát hiện PSN có thể kéo dài từ vài tháng đến nhiều năm, trung bình khoảng 3 năm [2],[3]. Điều này phù hợp với giả thuyết về sự tồn tại kéo dài của các tế bào nguyên bào nuôi sau thai kỳ. Trong chuỗi ca bệnh của chúng tôi, cả ba BN đều có tiền sử mang thai trước đó, bao gồm cả sinh thường và

sinh mổ. Khoảng thời gian từ lần mang thai gần nhất đến khi phát hiện tổn thương dao động từ 16 đến 28 tháng, tương đồng với các nghiên cứu trước đây [2],[3].

Một yếu tố đáng chú ý là tiền sử can thiệp tử cung. Nhiều nghiên cứu ghi nhận mối liên quan giữa PSN và các thủ thuật như nạo hút thai, mổ lấy thai hoặc phẫu thuật buồng tử cung [5]. Trong nghiên cứu của Jain và cộng sự, 62,5% BN có tiền sử can thiệp tử cung trước đó [5]. Trong chuỗi ca của chúng tôi, tất cả BN đều có tiền sử can thiệp tử cung, bao gồm hút thai, phẫu thuật vòi tử cung hoặc mổ lấy thai, gợi ý vai trò của các yếu tố cơ học trong việc làm gián đoạn quá trình thoái triển của vị trí rau bám.

PSN thường không có triệu chứng đặc hiệu. Các biểu hiện lâm sàng phổ biến bao gồm chảy máu tử cung bất thường, rong kinh hoặc được

phát hiện tình cờ [2],[5]. Tuy nhiên, ngày càng có nhiều báo cáo ghi nhận PSN trong bối cảnh thăm khám vô sinh [5],[6]. Trong nghiên cứu của Jain và cộng sự, khoảng 15,6% BN được phát hiện trong quá trình thăm khám do vô sinh hoặc sảy thai liên tiếp [5]. Một số nghiên cứu khác cũng ghi nhận sự cải thiện kết cục sinh sản sau khi loại bỏ tổn thương bằng nội soi buồng tử cung [6]. Trong chuỗi ca bệnh của chúng tôi, cả ba BN đều được phát hiện PSN trong quá trình thăm khám do vô sinh và một trường hợp đã đạt được thai kỳ sau khi xử trí tổn thương.

Cơ chế liên quan giữa PSN và vô sinh chưa được xác định rõ. Một số giả thuyết được đề xuất bao gồm: (1) PSN đóng vai trò như một tổn thương chiếm chỗ trong buồng tử cung, ảnh hưởng đến sự làm tổ của phôi; (2) phản ứng viêm xung quanh tổn thương gây rối loạn môi trường nội mạc tử cung; (3) sự hiện diện đồng thời của viêm nội mạc tử cung mạn tính [6]. Trong một số nghiên cứu, PSN được ghi nhận có liên quan đến viêm nội mạc tử cung mạn tính với thâm nhiễm tương bào, được xác định qua dấu ấn CD138 [6]. Trong chuỗi ca của chúng tôi, một trường hợp có bằng chứng viêm nội mạc tử cung mạn tính đi kèm, phù hợp với các báo cáo trước đó. Đặc biệt, hai trong ba ca bệnh đều tồn tại tương bào tại các nốt nguyên bào nuôi.

Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp tử cung – vòi tử cung hoặc MRI có thể phát hiện tổn thương chiếm chỗ trong buồng tử cung, nhưng không có đặc hiệu cho PSN [2]. Trên siêu âm, PSN có thể biểu hiện như một khối giảm âm hoặc hỗn hợp âm, đôi khi kèm giảm tưới máu [7]. Nội soi buồng tử cung đóng vai trò quan trọng trong phát hiện và xử trí tổn thương. Các mô tả nội soi thường ghi nhận các nốt nhỏ màu trắng hoặc vàng nhạt, bề mặt không đều, đôi khi có hoại tử [2],[6]. Trong chuỗi ca của chúng tôi, hình ảnh nội soi ghi nhận các tổn thương màu trắng ngà, mềm, không có mạch máu nuôi rõ, tương tự mô tả trong y văn. Tuy nhiên, các đặc điểm này không đặc hiệu và dễ nhầm lẫn với polyp nội mạc tử cung, dính buồng tử cung hoặc các tổn thương khác. Do đó, sinh thiết và phân tích mô bệnh học là cần thiết để chẩn đoán xác định.

Mô bệnh học và hóa mô miễn dịch là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán PSN. Các đặc điểm điển hình bao gồm các đám nguyên bào nuôi nằm trong nền chất hyalin hóa, không xâm nhập mô xung quanh, rất ít nhân chia [3],[4]. Hóa mô

miễn dịch đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán phân biệt. Các tế bào PSN thường dương tính với cytokeratin, EMA, PLAP và CD10, trong khi biểu hiện hCG và hPL thường yếu hoặc âm tính [7],[8]. Chỉ số Ki-67 thấp (<10%) giúp phân biệt với các tổn thương ác tính [4]. Trong chuỗi ca bệnh của chúng tôi, các ca bệnh đều có hình ảnh mô bệnh học và hóa mô miễn dịch điển hình.

Chẩn đoán phân biệt PSN bao gồm các tổn thương nguyên bào nuôi khác như vị trí rau bám tăng sinh quá mức (exaggerated placental site – EPS), u nguyên bào nuôi vị trí rau bám (placental site trophoblastic tumor – PSTT) và u nguyên bào nuôi dạng biểu mô (epithelioid trophoblastic tumor – ETT) [1],[4]. EPS là tổn thương lành tính, thường xuất hiện ngay sau thai kỳ và có đặc điểm xâm nhập lan tỏa vào nội mạc và cơ tử cung, trong khi PSN là tổn thương giới hạn rõ, không xâm nhập. PSTT và ETT là các tổn thương ác tính có nguồn gốc từ nguyên bào nuôi trung gian, đặc trưng bởi tính chất xâm nhập và chỉ số nhân chia cao. Ngoài đặc điểm mô học và hóa mô miễn dịch, định lượng β -hCG trong huyết thanh có giá trị hỗ trợ chẩn đoán: PSN thường có nồng độ hCG bình thường hoặc chỉ tăng nhẹ, trong khi các bệnh nguyên bào nuôi ác tính như choriocarcinoma thường có nồng độ hCG tăng cao rõ rệt; PSTT và ETT có thể có hCG tăng nhẹ đến trung bình.

PSN là tổn thương lành tính, được phát hiện tình cờ trong quá trình thăm khám BN vô sinh [3]. Do đó, điều trị chủ yếu là loại bỏ hoàn toàn trong quá trình sinh thiết hoặc nạo buồng tử cung và không cần điều trị thêm [2]. Trong bối cảnh vô sinh, nội soi buồng tử cung cắt bỏ tổn thương có thể cải thiện kết cục sinh sản [6]. Trong chuỗi ca của chúng tôi, một BN đã có thai sau khi loại bỏ PSN. Tuy nhiên, vai trò điều trị của việc loại bỏ PSN trong cải thiện khả năng sinh sản vẫn cần được nghiên cứu thêm với các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn.

IV. KẾT LUẬN

Nốt vị trí rau bám là tổn thương nguyên bào nuôi lành tính hiếm gặp, có nguồn gốc từ nguyên bào nuôi trung gian còn sót lại sau thai kỳ. Tổn thương thường không có biểu hiện lâm sàng đặc hiệu và có thể bị nhầm với các bất thường nội mạc tử cung trong đánh giá vô sinh. Chuỗi ba ca bệnh cho thấy nốt vị trí rau bám có thể gặp ở bệnh nhân vô sinh thứ phát, liên quan đến tiền

sử mang thai và can thiệp tử cung. Chẩn đoán xác định dựa vào mô bệnh học và hóa mô miễn dịch với đặc điểm tăng sinh thấp. Nốt vị trí rau bám có thể liên quan đến khả năng sinh sản thông qua cơ chế chiếm chỗ hoặc phản ứng viêm nội mạc. Việc cắt bỏ tổn thương qua nội soi buồng tử cung có thể cải thiện kết cục sinh sản trong một số trường hợp. Cần nghiên cứu thêm để làm rõ vai trò của nốt vị trí rau bám trong vô sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shih IM, Kurman RJ. The pathology of intermediate trophoblastic tumors and tumor-like lesions. *Int J Gynecol Pathol*. 2001;20(1):31–47.
2. Kim SY, Chang AS, Ratts VS. Radiographic and hysteroscopic findings of a placental site nodule. *Fertil Steril*. 2005;83(1):213–215.
3. Huettner PC, Gersell DJ. Placental site nodule: a clinicopathologic study of 38 cases. *Int J Gynecol Pathol*. 1994;13(3):191–201.
4. Shih IM, Seidman JD, Kurman RJ. Placental site nodule and characterization of distinctive types of intermediate trophoblast. *Hum Pathol*. 1999;30(6):687–694.
5. Jain M, Peterson A, Sapna F, Hebert T, Lieman H. Placental site nodules and reproductive outcomes: a clinicopathologic case series. *Lab Med*. 2025;56(2):146–149.
6. Yamamichi R, Nomiyama M, Arima K, Yamasaki F, Kojima K, Kitajima M. The clinical significance of placental site nodule and plaque in women with secondary infertility treated with office hysteroscopic surgery: a retrospective cohort study. *Gynecol Minim Invasive Ther*. 2025;14(3):207–214.
7. Luo D, Xiao XL. Intrauterine placental site nodule or plaque: a case description. *Quant Imaging Med Surg*. 2025;15(12):12892–12895.
8. Santos LD, Fernando SJSE, Yong JLC, Killingsworth MC, Wu XJ, Kennerson AR. Placental site nodules and plaques: a clinicopathological and immunohistochemical study of 25 cases with ultrastructural findings. *Pathology*. 1999;31(4):328–336.

HIỆU QUẢ PHỐI HỢP TIÊM NỘI NHÃN ANTI-VEGF VÀ LASER VI XUNG TRONG ĐIỀU TRỊ PHÙ HOÀNG ĐIỂM DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Hoàng Trần Thanh¹, Đàm Thị Thanh Tâm², Nguyễn Quang Thành³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phương pháp phối hợp tiêm nội nhãn anti-VEGF và laser vi xung trong điều trị phù hoàng điểm do đái tháo đường (DME), đồng thời khảo sát một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu can thiệp không đối chứng, hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 38 mắt DME đã được tiêm ≥ 3 mũi anti-VEGF nhưng còn phù dai dẳng. Bệnh nhân được điều trị bổ sung bằng laser vi xung. Các chỉ số đánh giá gồm thị lực chính kính tối đa (BCVA, LogMAR) và chiều dày võng mạc trung tâm (CRT) trên OCT tại thời điểm trước điều trị, sau 1 tháng và 3 tháng.

Kết quả: BCVA cải thiện từ 0,61 xuống 0,47 sau 3 tháng ($p < 0,05$). CRT giảm từ $420 \pm 80 \mu\text{m}$ xuống $310 \pm 60 \mu\text{m}$ ($p < 0,01$). Hiệu quả điều trị tốt hơn ở nhóm có CRT ban đầu $< 400 \mu\text{m}$ và không có DRIL.

Kết luận: Laser vi xung là phương pháp bổ trợ hiệu quả và an toàn trong điều trị DME dai dẳng.

Từ khóa: DME, anti-VEGF, laser vi xung, OCT, DRIL

SUMMARY

EFFICACY OF COMBINED INTRAVITREAL ANTI-VEGF INJECTION AND MICROPULSE LASER IN THE TREATMENT OF DIABETIC MACULAR EDEMA

Objective: To evaluate the efficacy of combined intravitreal anti-VEGF injection and micropulse laser in the treatment of diabetic macular edema (DME).

Methods: A non-controlled interventional study combining retrospective and prospective data on 38 eyes with persistent DME after at least three anti-VEGF injections. BCVA and central retinal thickness (CRT) were assessed at baseline, 1 month, and 3 months.

¹ Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

² Bệnh viện Bắc Thăng Long

³ Bệnh viện Mắt Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đàm Thị Thanh Tâm

Email: damthanhtambtl@gmail.com

Mã bài: N686

Ngày nhận bài: 27.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 27.3.2026

Ngày duyệt bài: 6.5.2026