

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, Nomiya 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: damthanhmtbtl@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

Results: BCVA improved from 0.61 to 0.47 ($p < 0.05$). CRT decreased from $420 \pm 80 \mu\text{m}$ to $310 \pm 60 \mu\text{m}$ ($p < 0.01$). Better outcomes were observed in eyes without DRIL and with lower baseline CRT.

Conclusion: Micropulse laser is an effective and safe adjunctive therapy for persistent DME.

Keywords: diabetic macular edema, anti-VEGF, micropulse laser, OCT, DRIL

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phù hoàng điểm do đái tháo đường (DME) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây giảm thị lực ở bệnh nhân đái tháo đường, đặc biệt trong độ tuổi lao động. Ước tính bệnh đái tháo đường ảnh hưởng đến khoảng 10% dân số thế giới¹. Tại Việt Nam theo điều tra tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương tỷ lệ mắc đái tháo đường khoảng 8% dân số². Sự gia tăng tỷ lệ mắc đái tháo đường trên toàn cầu kéo theo gánh nặng ngày càng lớn của các biến chứng, trong đó DME là một trong các biến chứng nguy hiểm. Ước tính số người trưởng thành trên thế giới vào năm 2020 mắc DME là 18,8 triệu người³.

Hiện nay, tiêm nội nhãn các thuốc kháng yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu (anti-VEGF) được xem là phương pháp điều trị đầu tay trong DME. Tuy nhiên, phương pháp này có một số hạn chế như cần thăm khám và tiêm nhắc lại nhiều lần, chi phí lớn tạo gánh nặng điều trị cho bệnh nhân^{5,6}. Ngoài ra, một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân đáp ứng kém hoặc còn tồn tại phù dai dẳng sau nhiều mũi tiêm.

Laser vi xung dưới ngưỡng là một kỹ thuật mới, tác động chọn lọc lên biểu mô sắc tố võng mạc mà không gây tổn thương cấu trúc, có thể đóng vai trò hỗ trợ cho anti-VEGF trong điều trị DME, từ đó làm giảm gánh nặng điều trị cho người bệnh⁷.

Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: Đánh giá hiệu quả phối hợp laser vi xung và tiêm nội nhãn anti-VEGF trong điều trị DME và khảo sát một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán DME điều trị tại Bệnh viện Mắt Hà Nội từ tháng 7/2025 đến tháng 3/2026.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân được chẩn đoán DME, đã tiêm ít nhất 3 mũi anti-VEGF nhưng còn tồn tại phù dai dẳng trên OCT.

Tiêu chuẩn loại trừ: các trường hợp có bệnh lý võng mạc khác, mắt đã ca thiệp laser võng mạc hoặc phẫu thuật cắt dịch kính võng mạc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp không đối chứng, hồi cứu kết hợp tiền cứu.

Chỉ số nghiên cứu: BCVA (LogMAR), CRT (μm).

Xử lý số liệu: các thông số được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0. Để so sánh sự khác biệt với biến định tính, phân loại dùng test χ^2 , ANOVA test. Để so sánh sự khác biệt với biến định lượng dùng T - Test, One Sample T-test, Paired Sample T - Test... $p < 0,05$ là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.3. Đạo đức nghiên cứu.

Nghiên cứu này được Hội đồng nghiên cứu Bệnh viện mắt Hà Nội chấp nhận và cho phép thực hiện. Nghiên cứu chỉ có mục đích khoa học và phục vụ cho sức khỏe của bệnh nhân, ngoài ra không có mục đích khác. Bệnh nhân đồng ý tham gia và có thể dừng không tham gia nghiên cứu bất kỳ lúc nào.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 8 tháng, từ tháng 07/2025 đến tháng 3/2026 đã có 38 mắt đủ tiêu chuẩn lựa chọn đưa vào nghiên cứu. Sau đây là bảng phân tích kết quả điều trị của các bệnh nhân.

Trong thời gian nghiên cứu, có 38 mắt đủ tiêu chuẩn được đưa vào phân tích.

Bảng 1. Đánh giá thị lực

Thị lực	TB	SD	p
Ban đầu	0.61	0.33	-
Sau 1 tháng	0.52	0.32	$p > 0.05$
Sau 3 tháng	0.47	0.34	$p < 0.05$

Thị lực: BCVA trung bình cải thiện từ 0,61 xuống 0,47 LogMAR sau 3 tháng ($p < 0,05$). Nhóm có thị lực trung bình ban đầu cải thiện có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Sự thay đổi chiều dày võng mạc trung tâm.

CRT	$\mu\text{m} \pm \text{SD}$	Sự thay đổi	p (*)
Ban đầu	430.2 ± 129.1	-	-
Tháng thứ 1	422.8 ± 129.5	7.4 ± 0.4	$p > 0.05$
Tháng thứ 3	365.2 ± 136.3	65 ± 7.2	$p < 0.05$

Khi so sánh với thời điểm ban đầu, chiều dày trung bình võng mạc hồ trung tâm đều giảm tại thời điểm 1 tháng và 3 tháng, với mức độ giảm trung bình tại thời điểm 1 tháng là $7.4 \pm 0.4 \mu\text{m}$

(giảm dưới 10%) và 3 tháng là $65 \pm 7.2 \mu\text{m}$ (giảm trên 10%). Tuy nhiên chiều dày võng mạc chỉ thay đổi nhiều nhất ở tháng thứ 3, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Bảng 3. Sự thay đổi theo chiều dày võng mạc trung tâm theo mức độ CRT tại thời điểm ban đầu

CRT ban đầu	n	Ban đầu	1 tháng	3 tháng	Mức thay đổi (*)	p
< 400 μm	20	336.4 $\pm$ 33.8	328.8 $\pm$ 32.6	285.8 $\pm$ 50.4	50.6 $\pm$ 16.6	$p < 0.05$
$\geq 400 \mu\text{m}$	18	534.5 $\pm$ 114.7	527.3 $\pm$ 115.5	524.7 $\pm$ 148.1	9.8 $\pm$ 33.4	$p > 0.05$

Nhóm có CRT <400 μm cải thiện rõ rệt hơn so với nhóm $\geq 400 \mu\text{m}$.

Bảng 4. Thay đổi thị lực sau điều trị liên quan đến biến đổi cấu trúc các lớp trong võng mạc DRIL

BCVA sau điều trị	n	TL sau 3 tháng	DRIL (+)	No – DRIL (-)	
Tốt	21	0.2 $\pm$ 0.11		-	OR = 3.2
Trung bình	10	0.6 $\pm$ 0.11		-	
Kém	7	1.1 $\pm$ 0.11	+		
Tổng	38	0.47			

Các mắt có kết quả điều trị kém đều có sự hiện diện của sự xáo trộn cấu trúc võng mạc DRIL

Bảng 5. Đánh giá hiệu quả của phương pháp phối hợp laser vi xung và tiêm nội nhãn

BCVA CRT	$\leq 0.1 \text{ LogMAR}$	$> 0.1 \text{ LogMAR}$
$\geq 40 \mu\text{m}$	20	2
$< 40 \mu\text{m}$	8	8

Như vậy sau khi tiến hành nghiên cứu trên 38 mắt thấy rằng có 52,6% (20 mắt) có kết quả tốt, có 26,3% (10 mắt) có kết quả trung bình và 21,1% (8 mắt) có kết quả kém.

Yếu tố liên quan: Không có DRIL và CRT ban đầu thấp liên quan đến kết quả tốt hơn; số mũi tiêm trước điều trị nhiều liên quan đáp ứng kém hơn.

Biến chứng: Không ghi nhận biến chứng liên quan đến laser vi xung.

Bảng 4. Thay đổi thị lực sau điều trị liên quan đến biến đổi cấu trúc các lớp trong võng mạc DRIL

BCVA sau điều trị	n	TL sau 3 tháng	DRIL (+)	No – DRIL (-)	
Tốt	21	0.2 $\pm$ 0.11		-	OR = 3.2
Trung bình	10	0.6 $\pm$ 0.11		-	
Kém	7	1.1 $\pm$ 0.11	+		
Tổng	38	0.47			

Ngoài ra trong nhóm nghiên cứu thấy có 7 mắt thị lực sau điều trị ở mức kém thấy rằng đều có kèm theo sự biến đổi cấu trúc các lớp võng mạc DRIL (DRIL +).

IV. BÀN LUẬN

Thị lực trung bình ban đầu của các mắt tham gia nghiên cứu có 30/38 mắt có mức thị lực tốt và trung bình trở lên, điều này cho thấy rằng việc tiêm nội nhãn đơn thuần, sử dụng liều "loading dose" vẫn là lựa chọn tốt trong điều trị DME, tuy nhiên các mắt đều đạt được sự cải thiện về thị lực nhưng về mặt cấu trúc và chiều dày võng mạc chưa về được giá trị bình thường.

Trong nhóm nghiên cứu sau khi được phối hợp laser vi xung chúng tôi thu được kết quả BCVA của bệnh nhân chủ yếu cải thiện vào tháng thứ 3, cải thiện 0.1 đơn vị LogMAR; cũng tương tự như các nghiên cứu của Abouhoussein và cộng sự (2016) tác giả sử dụng laser vi xung 577 IQ điều trị trên 20 mắt DME thấy rằng BCVA cải thiện từ 0.42 ± 0.15 xuống 0.3 ± 0.26 đơn vị LogMAR⁸. Khi so sánh sự thay đổi về chiều dày võng mạc trung tâm tại thời điểm 3 tháng, nhận thấy chiều dày võng mạc hố trung tâm giảm từ 430.2 ± 129.1 (ban đầu) xuống 365.2 ± 136.3 . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Inagaki và cộng sự (2019) cũng thấy rằng CRT giảm từ 491.1 xuống 354.8 μm ⁹.

Kết quả điều trị cũng chịu sự ảnh hưởng của nhiều yếu tố. Chiều dày võng mạc trung tâm tại thời điểm ban đầu có chiều dày từ 400 μm trở lên không có sự thay đổi nhiều, ngược lại với những mắt có CMT < 400 μm có sự thay đổi đáng kể. Kết quả của chúng tôi cho thấy mức giảm CRT trung bình là 50.6 μm . Sự xuất hiện của DRILL (sự biến đổi cấu trúc của võng mạc) trên phim chụp OCT được coi là yếu tố quan trọng giúp tiên lượng được kết quả điều trị DME

¹⁰. Trong 38 mắt có 7 mắt thị lực sau điều trị không thay đổi thậm chí kém hơn ban đầu đều có sự biến đổi cấu trúc võng mạc DRILL.

V. KẾT LUẬN

Phối hợp laser vi xung và tiêm nội nhãn anti-VEGF là phương pháp hiệu quả và an toàn trong điều trị DME dai dẳng. Hiệu quả điều trị phụ thuộc vào CRT ban đầu và tình trạng DRIL

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gale R, Scanlon PH, Maisey A, et al. Action on diabetic macular oedema: achieving optimal patient management in treating visual impairment due to diabetic eye disease. *Eye*. 2017;31(1):S1-S20.
2. Lê Phong, Nguyễn Vĩnh Quang, Nguyễn Quốc Việt. *Kết quả chẩn đoán phát hiện sớm đái tháo đường typ II ở cộng đồng*. Bệnh viện Nội tiết Trung ương, Bộ Y tế; 2013.
3. Teo ZL, Tham YC, Yu M, et al. Global prevalence of diabetic retinopathy and projection of burden through 2045: systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology*. 2021;128(11):1580-1591.
4. Schmidt-Erfurth U, Garcia-Arumi J, Bandello F, et al. Guidelines for the Management of Diabetic Macular Edema by the European Society of Retina Specialists (EURETINA).
5. Stefanini FR, Badaró E, Falabella P, Koss M, Farah ME, Maia M. Anti-VEGF for the Management of Diabetic Macular Edema. *Journal of Immunology Research*. 2014;2014(1):632307.
6. Moshfeghi AA, Rosenfeld PJ, Flynn HWJ, et al. ENDOPHTHALMITIS AFTER INTRAVITREAL ANTI-VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR ANTAGONISTS: A Six-Year Experience at a University Referral Center. *RETINA*. 2011;31(4):662.
7. Sabal B, Teper S, Wylęgała E. Subthreshold Micropulse Laser for Diabetic Macular Edema: A Review. *J Clin Med*. 2022;12(1):274. doi:10.3390/jcm12010274
8. Inagaki K, Hamada M, Ohkoshi K. Minimally invasive laser treatment combined with intravitreal injection of anti-vascular endothelial growth factor for diabetic macular oedema. *Sci Rep*. 2019;9(1):7585.
9. Sun JK, Radwan SH, Soliman AZ, et al. Neural Retinal Disorganization as a Robust Marker of Visual Acuity in Current and Resolved Diabetic Macular Edema. *Diabetes*. 2015;64(7):2560-2570. doi:10.2337/db14-0782.

ĐẶC ĐIỂM CHĂM SÓC TRẺ DƯỚI 2 TUỔI MẮC TIÊU CHẢY CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC TIMES CITY

Dương Thị Hải¹, Nguyễn Thanh Nam¹, Hà Thị Thuần¹, Nguyễn Yến Thanh¹, Chu Thị Phượng¹, Đặng Thị Phượng¹, Đào Thị Hương¹, Phạm Thị Hải¹, Nguyễn Thị Phương Lan¹, Trần Kim Phượng¹, Quàn Thanh Nga^{2*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm chăm sóc trẻ dưới 2 tuổi mắc tiêu chảy cấp (TCC) tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế (BVĐKQT) Vinmec Times City. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 152 trẻ dưới 2 tuổi mắc TCC vào điều trị nội trú tại khoa nhi, BVĐKQT Vinmec Times City năm 2022-2023. **Kết quả:** Trong nghiên cứu, 100% trẻ

được sử dụng ORS ngay từ ngày đầu nhập viện, bà mẹ sử dụng ORS đúng là 90,1%. Tỷ lệ truyền dịch (63,2%) và biến chứng truyền dịch (10,5%). Các biện pháp chăm sóc sốt chủ yếu là lau mát (80,9%), dùng thuốc hạ sốt (27,6%). Tỷ lệ hướng dẫn xử trí nôn cao (87,5%) nhưng hỗ trợ trực tiếp và chăm sóc khi trẻ đi ngoài còn hạn chế. Công tác tư vấn dinh dưỡng và phòng bệnh đạt trên 90%. Kết quả chăm sóc chung có 82,9% trẻ được chăm sóc tốt. **Kết luận:** Công tác chăm sóc trẻ dưới 2 tuổi mắc TCC tại bệnh viện đạt chất lượng tương đối tốt, với tỷ lệ tuân thủ điều trị và tư vấn sức khỏe cao. Còn tồn tại một số hạn chế trong chăm sóc trực tiếp và hướng dẫn thực hành cho người chăm sóc. Do đó, cần tiếp tục chuẩn hóa quy trình, nâng cao năng lực điều dưỡng và tăng cường giáo dục sức khỏe nhằm cải thiện toàn diện chất lượng chăm sóc và kết quả điều trị cho trẻ.

Từ khóa: Tiêu chảy cấp, chăm sóc, trẻ em, dưới 2 tuổi.

¹ Khoa Nhi, Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times city, Vinmec Healthcare System

² Khoa bệnh lý đường tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Quàn Thanh Nga
Email: ngaquan108@gmail.com

Mã bài: N593

Ngày nhận bài: 27.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2026

Ngày duyệt bài: 7.5.2026