

Uysal (2011)	2,39 ± 0,25	1,39 ± 0,14	
Chúng tôi	2,08 ± 0,17	1,12 ± 0,17	0,87 ± 0,18

Bảng 3. Khoảng cách từ nguyên ủy các nhánh đến góc hàm

Các nghiên cứu		Khoảng cách từ nguyên ủy các nhánh đến góc hàm (mm)		
		Động mạch màng não giữa	Động mạch huyết răng dưới	Động mạch cơ cắn
Bùi Thái Vi (2004)	Trái	38,74 ± 3,99	35,57 ± 4,09	43,23 ± 5,97
	Phải	39,30 ± 3,94	36,13 ± 3,87	45,08 ± 5,45
Chúng tôi		40,07 ± 1,78	36,38 ± 1,56	43,50 ± 3,07

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy 90% động mạch hàm nằm ngoài cơ chân bướm ngoài. Điều này phần nào giúp các phẫu thuật viên nhận diện và tránh làm tổn thương động mạch hàm khi phẫu thuật. Động mạch màng não giữa có kích thước lớn hơn động mạch huyết răng dưới và động mạch cơ cắn, vì nhiệm vụ quan trọng cấp máu nuôi dưỡng màng cứng và xương sọ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Thái Vi, (2004)**, "Nghiên cứu giải phẫu học động mạch hàm ở người Việt Nam trưởng thành tại TP Hồ Chí Minh góp phần ứng dụng trong phẫu thuật Tai Mũi Họng".
2. **J. E. Alvernia, J. Hidalgo, M. P. Sindou, C. Washington, et al, (2017)**, "The maxillary artery and its variants: an anatomical study with neurosurgical applications", Acta Neurochir (Wien), 159 (4), pp. 655-664.
3. **A. Hussain, A. Binahmed, A. Karim, G. K. Sándor, (2008)**, "Relationship of the maxillary artery and lateral pterygoid muscle in a caucasian sample", Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 105 (1), pp. 32-36.
4. **G. W. Lasker, D. L. Opdyke, H. Miller, (1951)**, "The position of the internal maxillary artery and its questionable relation to the cephalic index", Anat Rec, 109 (1), pp. 119-126.

5. **A. Lurje, (1946)**, "On the topographical anatomy of the internal maxillary artery", Acta Anat (Basel), 2 (3-4), pp. 219-231.
6. **I. Otake, I. Kageyama, I. Mataga, (2011)**, "Clinical anatomy of the maxillary artery", Okajimas Folia Anat Jpn, 87 (4), pp. 155-164.
7. **A. Wayne Vogl Richard Drake, Adam Mitchell, (2015)**, Gray's Anatomy for Students, Churchill Livingstone, pp. 972-1004.
8. **L. N. Sekhar, V. L. Schramm, Jr., N. F. Jones, (1987)**, "Subtemporal-preauricular infratemporal fossa approach to large lateral and posterior cranial base neoplasms", J Neurosurg, 67 (4), pp. 488-499.
9. **Ismihan Ilknur Uysal, Mustafa Buyukmumcu, Nadire Unver Dogan, Muzaffer Seker, et al, (2011)**, "Clinical Significance of Maxillary Artery and its Branches: A Cadaver Study and Review of the Literature", International Journal of Morphology, 29 pp. 1274-1281.
10. **J. K. Kim, J. H. Cho, Y. J. Lee, C. H. Kim, et al, (2010)**, "Anatomical variability of the maxillary artery: findings from 100 Asian cadaveric dissections", Arch Otolaryngol Head Neck Surg.
11. **Shingo Maeda, Yukio Aizawa, Katsuji Kumaki, Ikuo Kageyama, (2012)**, "Variations in the course of the maxillary artery in Japanese adults", Anatomical Science International, 87 (4), pp. 187-194.
12. **R. Sashi, N. Tomura, M. Hashimoto, M. Kobayashi, et al, (1996)**, "Angiographic anatomy of the first and second segments of the maxillary artery", Radiat Med, 14.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH MẠCH MÁU HẮC MẠC DẠNG POLYP

Nguyễn Đỗ Thị Ngọc Hiền¹, Đỗ Tấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng của bệnh mạch máu hắc mạc dạng polyp (PCV). **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 43 mắt (41 bệnh nhân) được chẩn đoán PCV bằng chụp ICG tại khoa Dịch kính – Võng mạc, bệnh viện Mắt Trung Ương tháng 10 năm 2013 đến

hết tháng 02 năm 2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình 60,49 ± 9,21 tuổi, trong đó có 21 bệnh nhân nam, 20 bệnh nhân nữ. Bệnh lý nền hay gặp nhất là bệnh tăng huyết áp (chiếm 65,9%). Triệu chứng nhìn mờ gặp ở hầu hết các trường hợp (41 mắt - 95,4%). Ngoài ra hầu hết bệnh nhân đều có các dấu hiệu cơ năng khác của hội chứng hoàng điểm như ám điểm (93%), nhìn méo hình (74,4%), thay đổi màu sắc (48,8%) và nhìn hình nhỏ lại (60,5%). Đặc điểm gợi ý polyp trên lâm sàng là dấu hiệu nốt vàng cam phát hiện ở 23 mắt (53,5%). Trong các trường hợp quan sát thấy polyp trên lâm sàng, đại đa số đều ở dạng polyp đơn độc 22 ca (95,6%), chỉ có 1 trường hợp (4,4%) được ghi nhận là dạng chùm. Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu có xuất huyết dưới võng mạc, chiếm tỉ lệ 76,7% (33 mắt). **Kết luận:** Các triệu chứng lâm sàng hay

¹Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh Viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tấn

Email: dotan20042005@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2022

Ngày duyệt bài: 3.3.2022

gặp đó là nhìn mờ, ám điểm, nhìn méo hình. Soi đáy mắt có các dấu hiệu gợi ý như xuất huyết dưới võng mạc, bong biểu mô sắc tố, xuất huyết, bong thanh dịch và điển hình là khối đỏ cam cạnh gai thị.

Từ khóa: bệnh mạch máu hắc mạc dạng polyp, xuất huyết dưới võng mạc, nốt cam đáy mắt.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF POLYPOIDAL CHOROIDAL VASCULOPATHY

Purpose: To characterize clinical features in polypoidal choroidal vasculopathy (PCV). **Materials and methods:** Cross sectional study on 43 eyes (41 patients) who were diagnosed with PCV on ICG at Vitreo-retinal Department, VNEH from October 2013 to February 2020. **Results:** Mean age was 60.49 ± 9.21 years old. There were 21 male patients, 20 female patients. The most common risk factor was high blood pressure (accounted for 65.9%). Reduced VA was seen in majority of cases (41 eyes - 95.4%). In addition, patients also noted other symptoms of macular syndrome as scotoma (93%), metamorphosia (74.4%), discromatopsia (48.8%) and micropsia (60.5%). The most suggesting sign at the fundus was red-orange nodule that was seen in 23 eyes (53.5%). When seen clinically, Most of them were solitary polyps (22 eyes - 95.6%) and only one case of grape-like polyps. Most of cases had subretinal hemorrhage accounting for 76.7% (33 eyes). **Conclusion:** Clinical features of PCV included symptoms as blurred vision, scotoma, metamorphosia and fundus signs like subretinal hemorrhage, PED, exudates, and red-orange nodules – the most suggesting feature.

Keywords: Polypoidal choroidal vasculopathy, subretinal hemorrhage, red-orange nodule,

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mạch máu hắc mạc dạng polyp (Polypoidal choroidal vasculopathy – PCV) là bệnh lý gây nên do sự giãn mạch dạng polyp và chia nhánh bất thường mạng mạch máu hắc mạc. Bệnh có đặc điểm gây bong biểu mô sắc tố xuất huyết tái phát gây giảm thị lực trầm trọng và có thể dẫn đến mù lòa. Bệnh được mô tả lần đầu từ những năm 80 (Stern và cộng sự) với đặc điểm là bất thường cấu trúc mạch hắc mạc chủ yếu quanh gai thị. PCV rất giống thoái hóa hoàng điểm tuổi già (AMD) về một số dấu hiệu lâm sàng nhưng phương pháp điều trị, tiến triển và tiên lượng lại khác nhau. Cơ chế bệnh sinh của bệnh còn chưa được hiểu rõ hết, người ta cho rằng có mối liên quan giữa một số bệnh lý toàn thân với sự hình thành các polyp mạch hắc mạc. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của bệnh mạch máu hắc mạc dạng polyp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Dịch kính – Võng mạc,

bệnh viện Mắt TƯ Từ tháng 10 năm 2013 đến hết tháng 02 năm 2020. Đối tượng là các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh mạch máu hắc mạc dạng polyp với các tiêu chuẩn sau (i) bệnh nhân được chẩn đoán PCV khi xác định được hình ảnh polyp trên chụp xanh indocyanine (ICG), (ii) các môi trường của mắt phải trong và đồng tử giãn đủ để khám và chụp đáy mắt tốt (iii) bệnh nhân đủ sức khỏe và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Chúng tôi loại trừ các bệnh nhân xuất huyết – xuất tiết võng mạc do các nguyên nhân khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân được khám lâm sàng, đo thị lực, khai thác triệu chứng cơ năng, đánh giá các tổn thương đáy mắt.

Toàn bộ bệnh nhân được chụp mạch huỳnh quang với fluorescein, chụp OCT và tiến hành chụp mạch với ICG.

❖ **Phương tiện:** Các phương tiện sẵn có tại khoa Dịch kính – Võng mạc (BV Mắt Trung Ương) như bảng đo thị lực ETDRS 4m, nhãn áp Goldmann, sinh hiển vi khám bệnh, kính soi đáy mắt Volk Digital wide field, kính soi đáy mắt đảo ngược Keeler, máy chụp mạch huỳnh quang kỹ thuật số Carl Zeiss, máy chụp OCT Cirrus, máy chụp ICG Navis for Lite của hãng NIDEK.

❖ Các bước tiến hành

Hỏi bệnh: khai thác các triệu chứng chủ quan: nhìn mờ, nhìn méo hình, ám điểm, thay đổi màu sắc, khai thác tiền sử bệnh về mắt và các bệnh lý toàn thân: cao huyết áp, đái tháo đường...

Khám: đo thị lực có chỉnh kính tối đa, đo nhãn áp, khám bán phần trước bằng sinh hiển vi đèn khe, soi đáy mắt với đồng tử giãn để đánh giá tình trạng dịch kính, võng mạc (xuất huyết, xuất tiết, nốt màu đỏ cam, bong thanh dịch, bong BMST...)

Chẩn đoán hình ảnh: Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được chụp OCT (đánh giá độ dày võng mạc trung tâm, tình trạng bong biểu mô sắc tố, bong thanh dịch võng mạc), chụp mạch huỳnh quang (đánh giá tổn thương tầng huỳnh quang không đồng nhất, thăm huỳnh quang ở thì muộn), chụp ICG: chẩn đoán xác định (xác định giãn hệ mạch hắc mạc, polyp đơn độc hay dạng chùm, vị trí polyp).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 43 mắt (41 bệnh nhân) đủ tiêu chuẩn lựa chọn, đến khám và điều trị tại khoa Dịch kính- Võng mạc, Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 10/2013 đến tháng 2/2020.

Tuổi trung bình 60,49 ± 9,21 tuổi, (trung vị 61 tuổi, khoảng 40 - 81tuổi). Trong đó có 21 bệnh nhân nam, 20 bệnh nhân nữ nên tỉ lệ không khác biệt, nam chiếm 51,2%, nữ chiếm 48,8%. Tỷ lệ giới tính phân bố theo nhóm tuổi cũng đồng đều. Trong nhóm nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có đặc điểm nghề nghiệp liên quan đến công việc ngoài trời chiếm 51,2%; nhóm làm việc trong nhà chiếm 48,8%. Tỷ lệ bệnh nhân đến từ các vùng nông thôn chiếm 75,6% cao hơn nhóm bệnh nhân đến từ thành thị 24,4%.

Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu hầu hết đều có mang các yếu tố nguy cơ hoặc bệnh lý nền. Bệnh lý nền hay gặp nhất có thể kể đến là bệnh tăng huyết áp (chiếm 65,9%). Ngoài ra có một số bệnh nhân mắc rối loạn mỡ máu và bệnh đái tháo đường kèm theo tuy nhiên tỷ lệ thấp hơn tương ứng là 9 ca (22%) và 4 trường hợp (9,8%). Một bệnh nhân có bệnh lý khác là tai biến mạch máu não. Hầu hết các bệnh lý toàn thân này đều đang được điều trị và theo dõi bởi các bác sĩ chuyên khoa khác.

Khi chúng tôi phân tích sâu hơn về chỉ số huyết áp và BMI thì nhận thấy như sau:

Bảng 3.1. Các chỉ số toàn thân

Huyết áp	Min	Max	Trung bình
HA tối đa	100	180	131,59 ± 18,92
HA tối thiểu	60	100	80,34 ± 8,66
Chỉ số BMI	22,36 ± 2,56 (16,65-28,04)		
Thấp	3 (7,3)		
Bình thường	23 (56,1)		
Cao	15 (36,6)		

Chỉ số huyết áp tối đa còn ở mức độ cao ở nhiều bệnh nhân (131,59 ±18,92). Chỉ số BMI đa số ở mức độ bình thường ở 23 bệnh nhân (56,1%) và chỉ cao ở 15 (36,6%) các trường hợp.

Khảo sát mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ toàn thân với tỉ lệ giới chúng tôi thấy không có sự khác biệt về các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu, đái tháo đường... giữa nhóm bệnh nhân nam và nữ. Khác biệt duy nhất là tỷ lệ hút thuốc lá, hoàn toàn ở nam giới. Khi đánh giá sự liên quan giữa yếu tố nguy cơ và nhóm tuổi chúng tôi nhận thấy có 2 yếu tố nguy cơ là tăng huyết áp và rối loạn mỡ máu. Từ trên 60 tuổi tỉ lệ xuất hiện tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu cao hơn hẳn nhóm dưới 60.

Trong nghiên cứu này, hầu hết bệnh nhân đến khám đều có giảm thị lực nhiều. Thị lực trung bình của nhóm nghiên cứu là 1,04 ± 0,57 đơn vị logMAR, dao động từ 0 đến 1,9 đơn vị; tương đương thấp nhất là ĐNT 0,5m; cao nhất là 20/25. Gần một nửa số ca nghiên cứu là 20 mắt (46,5%) có thị lực < 20/200, chiếm tỉ lệ nhiều

nhất và chỉ có 6 mắt (14%) có thị lực >20/60.

Khai thác các dấu hiệu cơ năng khi bệnh nhân đến khám chúng tôi thấy: Triệu chứng nhìn mờ gặp ở hầu hết các trường hợp (41 mắt -95,4%). Ngoài ra hầu hết bệnh nhân đều có các dấu hiệu cơ năng khác của hội chứng hoàng điểm như ám điểm (93%), nhìn méo hình (74,4%), thay đổi màu sắc (48,8%) và nhìn hình nhỏ lại (60,5%). Một bệnh nhân có triệu chứng khác là dấu hiệu ruồi bay. Khi tiến hành soi đáy mắt để đánh giá tổn thương thực thể chúng tôi phát hiện nốt vàng cam với các đặc điểm sau đây:

Bảng 3.2. Đặc điểm nốt vàng cam khi soi đáy mắt

Nốt vàng cam	n (%)
Xuất hiện	
Có	23 (53,5)
Không	20 (46,5)
Số lượng (n=23)	
Đơn độc	22 (95,6)
Chùm	1 (4,4)
Vị trí (n=23)	
Quanh gai thị	5 (21,7)
Ngoài hoàng điểm	3 (13,0)
Cạnh hoàng điểm	4 (17,4)
Tại hoàng điểm	11 (47,8)

Đặc điểm gợi ý polyp trên lâm sàng là dấu hiệu nốt vàng cam phát hiện ở 23 mắt (53,5%), 20 mắt (46,5%) còn lại không ghi nhận dấu hiệu này. Trong các trường hợp quan sát thấy polyp trên lâm sàng, đại đa số đều ở dạng polyp đơn độc 22 ca (95,6%), chỉ có 1 trường hợp (4,4%) được ghi nhận là dạng chùm. Polyp nằm ngay tại vùng hoàng điểm có 18 mắt (chiếm 47,8%), vị trí quanh gai thị chỉ có 5 mắt (21,7%).

Xuất huyết dưới võng mạc là triệu chứng hầu như gặp ở tất cả các bệnh nhân ở nhiều mức độ, nhiều giai đoạn. Tình trạng này thể hiện ở bảng 3.10:

Bảng 3.3. Tình trạng xuất huyết dưới võng mạc khi đến khám

Xuất huyết dưới võng mạc	n (%)
Xuất hiện	
Có	33 (76,7)
Không	10 (22,3)
Kích thước (đường kính gai thị) (Trung bình, min, max): 2,33 ± 2,11 (0,5-10)	
Vị trí (n=33)	
Xâm lấn hố trung tâm	27 (81,8)
Chưa xâm lấn hố trung tâm	6 (18,2)

Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu có xuất huyết dưới võng mạc, chiếm tỉ lệ 76,7% (33 mắt). Đại đa số các trường hợp (27 mắt chiếm tỉ lệ 81,8%) đều xuất hiện ở vùng trung tâm gây giảm thị lực. Kích thước xuất huyết trung bình là

2,33 ± 2,11 đường kính gai (0,5 đến 10 đường kính gai).

Ngoài ra chúng tôi cũng quan sát được các dấu hiệu thực thể khác được mô tả ở bảng 3.4.

Bảng 3.4. Các dấu hiệu thực thể trên lâm sàng

Dấu hiệu thực thể	n (%)
Drusen mềm	0
Drusen cứng	13 (30,2)
Phù hoàng điểm	9 (20,9)
Biến đổi biểu mô sắc tố	17 (39,5)
Bong biểu mô sắc tố	36 (83,7)
Bong thanh dịch võng mạc	31 (72,1)
Xuất tiết	16 (37,2)
Sắc tố	1 (2,3)
Seo xơ hoàng điểm	12 (27,9)

Chúng tôi gặp trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu có 9 trường hợp phù hoàng điểm dạng nang chiếm 20,9%, bong thanh dịch gặp ở 31 mắt (72,1%). Tuy nhiên triệu chứng gặp nhiều nhất là bong biểu mô sắc tố chiếm tỉ lệ 83,7% (36 mắt). Trên lâm sàng có 13 trường hợp (20,2%) phát hiện drusen. Với các triệu chứng trên, chẩn đoán lâm sàng sơ bộ được đặt ra là nghi ngờ polyp ở 10 trường hợp (23,3%), đa số là tân mạch hắc mạc (thoái hóa hoàng điểm tuổi già) trong 30 mắt (69,8%), có 3 mắt chẩn đoán khác là bong biểu mô sắc tố đơn thuần (6,9%).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 41 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 60,49 ± 9,21 (40 đến 81 tuổi). Độ tuổi xuất hiện polyp rõ ràng gặp sớm hơn so với thoái hóa hoàng điểm tuổi già. Lý giải điều này là do sinh bệnh học của PCV có liên quan đến tăng tính thấm hắc mạc, cơ chế tương tự như bệnh hắc võng mạc trung tâm thanh dịch, thường xảy ra ở người trẻ hơn. Theo Anantharaman và cộng sự (2018), tuổi trung bình trong quần thể bệnh nhân Ấn Độ là 61,06 (41-80 tuổi) [1]. Kết quả này tương tự nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu trước đó trên đối tượng người Châu Á. Trái lại, tuổi xuất hiện trong nhóm bệnh nhân da trắng muộn hơn nhiều theo nghiên cứu của Gregg T.Kokame (2020) là 72,9 (từ 44 -95 tuổi) [2]. Điều này được lý giải là do liên quan đến yếu tố giải phẫu theo chủng tộc vì có sự bất thường cấu trúc hắc mạc, lớp Haller bị giãn và lớp mao mạch hắc mạc lại mỏng đi, hiện tượng này không xảy ra trên người châu Âu. Nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt đáng kể về giới, tỷ lệ tương tự nhau 1:1,05 với nam là 21 (51,2%), nữ là 20 bệnh nhân (48,8%), tương tự với nghiên cứu của Gregg T.Kokame

(2020) có tỉ lệ 25 nam (49,0%) và 24 nữ (51,0%) [2].

Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ kinh điển trong y văn khi dấu hiệu này có mặt ở ca bệnh đầu tiên. Qua khảo sát chúng tôi có 27 (65,9%) bệnh nhân bị cao huyết áp. Có giả thuyết cho rằng tăng huyết áp làm tăng áp lực lên thành mạch, nhất là ở lớp hắc mạc trong và thành mao mạch hắc mạc làm chúng phình ra tạo thành các túi dạng polyp. Hiruki N (2008) phát hiện thấy trong các tiểu bản mạch máu có hyaline hóa, làm mất đi các tế bào cơ trơn một phần là do tăng áp lực trong lòng mạch, hậu quả của cao huyết áp toàn thân. Tuy nhiên tỉ lệ cao huyết áp rất thay đổi trong các nghiên cứu, dao động từ 20-70% [3],[4].

Triệu chứng gợi ý chẩn đoán trên lâm sàng điển hình của polyp là xuất hiện khối vàng cam quanh gai thị kèm theo các dấu hiệu khác. Khi bệnh phát triển, tổn thương bị giãn rộng bằng cách tăng sản mạch máu, chuyển ra phía bờ hệ thống mạch, gấp lại tạo thành chùm hoặc một phình mạch lớn và hậu quả tạo nên mạch máu dạng ống phình ra [5]. Trên lâm sàng chính là khối đỏ cam tương ứng với polyp dạng phình mạch và dạng chùm. Khi soi đáy mắt chúng tôi chỉ phát hiện được hình ảnh này ở 23 mắt (53,5%). Nguyên nhân là do bệnh nhân thường đến muộn khi đã có xuất huyết dưới võng mạc nên khối vàng cam bị che lấp không thể quan sát được. Hơn nữa, tổn thương đặc hiệu này không phải dễ dàng thấy nếu như các thành phần mạch không đủ lớn và bề mặt võng mạc phải đủ phẳng để polyp xuất hiện. Nghiên cứu của Kwok A (2002) chỉ phát hiện được 18,2% dấu hiệu này trên lâm sàng [6]. Hơn nữa, khi soi đáy mắt, chỉ có 5 mắt chúng tôi phát hiện thấy polyp ở vị trí kinh điển trong y văn là quanh gai thị, tất cả các trường hợp còn lại đều ở vùng hoàng điểm (18/23 mắt). Chính vì vậy nếu chỉ dựa vào các dấu hiệu lâm sàng để chẩn đoán polyp là rất khó khăn.

Các dấu hiệu khác không đặc trưng cho bệnh lại xuất hiện với tần xuất cao hơn. Trong đó xuất huyết dưới võng mạc gặp tới 76,7% và đa số xâm lấn hố trung tâm với tỉ lệ 81,8%. Kích thước xuất huyết trung bình là 2,33±2,11 nhưng rất thay đổi từ 2 đến 10 đường kính gai thị. Chúng tôi thấy tỉ lệ xuất huyết cao hơn hẳn các nghiên cứu khác như của Anantharaman (2018) là 27,6% [1] và Kwok (2002) là 63,6% [6] là do đa phần bệnh nhân đến muộn. Báo cáo của Sho (2003) và cộng sự có 52% số ca xuất huyết dưới võng mạc vùng hoàng điểm [7]. Một số trường hợp xuất huyết quá nhiều gây vỡ làm xuất huyết dịch kính.

Bong biểu mô sắc tố bao gồm cả bong có xuất huyết và bong thanh dịch võng mạc gặp ở

phần lớn các trường hợp, chiếm tỉ lệ khá cao theo quan sát của chúng tôi (83,7% và 72,1%). Xuất tiết võng mạc gặp ở 37,2% ca; theo nghiên cứu của Kwok (2002) là 59,1% và của Anantharaman (2018) là 72%[8],[1]. Tình trạng này biểu hiện sự mãn tính của bệnh có nghĩa là polyp đã xuất hiện "thâm lạng" từ lâu, chỉ đến khi có xuất huyết hoặc bong thanh dịch làm ảnh hưởng đến thị lực thì bệnh nhân mới phát hiện được. Ba dấu hiệu bong biểu mô sắc tố, bong thanh dịch võng mạc và xuất tiết với nhiều mức độ, nói lên tình trạng hoạt tính trên lâm sàng của polyp. Dựa vào đó, các tác giả phân loại polyp thành hai thể là thể yên lạng (có xuất hiện polyp nhưng không có xuất huyết hay bong thanh dịch võng mạc) và thể hoạt tính (kèm bong thanh dịch, xuất tiết, xuất huyết dưới võng mạc hoặc dưới biểu mô sắc tố) để định hướng điều trị.

Chẩn đoán trên lâm sàng phát hiện polyp trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ đúng trong 10 trường hợp (23,3%). Đa số các trường hợp còn lại được nghĩ đến là tân mạch hắc mạc (thoái hóa hoàng điểm tuổi già) trong 30 mắt (69,8%), có 3 mắt chẩn đoán khác là bong biểu mô sắc tố đơn thuần (6,9%). Như vậy, nếu chỉ dựa vào các dấu hiệu thực thể để chẩn đoán polyp sẽ rất hạn chế và khó khăn, có thể dẫn đến nhầm lẫn. Do đó, việc sử dụng các phương tiện hình ảnh để hỗ trợ chẩn đoán là đặc biệt cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Bệnh mạch máu hắc mạc dạng polyp (PCV) là một bệnh lý mới được nghiên cứu trong những năm gần đây nhờ sự tiến bộ của các phương tiện chẩn đoán. Các triệu chứng lâm sàng hay gặp đó là nhìn mờ, ám điểm, nhìn méo hình... Soi đáy mắt có các dấu hiệu như xuất huyết dưới võng

mạc, bong biểu mô sắc tố, xuất huyết, bong thanh dịch và điển hình là khối đỏ cam cạnh gai thị. Tuy nhiên, nếu chỉ dựa vào các dấu hiệu thực thể để chẩn đoán polyp sẽ rất hạn chế và khó khăn, có thể dẫn đến nhầm lẫn. Việc sử dụng các phương tiện hình ảnh để hỗ trợ chẩn đoán là đặc biệt cần thiết

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Anantharaman G., Sheth J., Bhende M., et al. (2018). Polypoidal choroidal vasculopathy: Pearls in diagnosis and management. *Indian J Ophthalmol*, **66**(7), 896–908.
2. Kokame G.T., Liu K., Kokame K.A., et al. (2020). Clinical Characteristics of Polypoidal Choroidal Vasculopathy and Anti-Vascular Endothelial Growth Factor Treatment Response in Caucasians. *Ophthalmol J Int Ophthalmol Int J Ophthalmol Z Augenheilkd*, **243**(3), 178–186.
3. Li Y., You Q.S., Wei W.B., et al. (2014). Polypoidal choroidal vasculopathy in adult chinese: the Beijing Eye Study. *Ophthalmology*, **121**(11), 2290–2291.
4. Cackett P., Yeo I., Cheung C.M.G., et al. (2011). Relationship of smoking and cardiovascular risk factors with polypoidal choroidal vasculopathy and age-related macular degeneration in Chinese persons. *Ophthalmology*, **118**(5), 846–852.
5. Ciardella A.P., Donsoff I.M., and Yannuzzi L.A. (2002). Polypoidal choroidal vasculopathy. *Ophthalmol Clin N Am*, **15**(4), 537–554
6. Kwok A.K.H., Lai T.Y.Y., Chan C.W.N., et al. (2002). Polypoidal choroidal vasculopathy in Chinese patients. *Br J Ophthalmol*, **86**(8), 892–897.
7. Sho K., Takahashi K., Yamada H., et al. (2003). Polypoidal choroidal vasculopathy: incidence, demographic features, and clinical characteristics. *Arch Ophthalmol Chic Ill* 1960, **121**(10), 1392–1396
8. Kwok A.K.H., Lai T.Y.Y., Chan C.W.N., et al. (2002). Polypoidal choroidal vasculopathy in Chinese patients. *Br J Ophthalmol*, **86**(8), 892–897

NGHIÊN CỨU MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VỚI CÁC BỆNH TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CÓ BỆNH LÝ TIM MẠCH

Võ Hồng Khôi^{1,2,3}, Lê Thị Thúy Hồng¹, Chu Bá Chung^{1,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhồi máu não là thể hay gặp nhất

¹Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai;

²Đại học Y Hà Nội;

³Đại học Y Dược ĐHYQG HN.

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhoi@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2022

Ngày duyệt bài: 4.3.2022

của tai biến mạch não chiếm tới 85%, nhồi máu não do bệnh lý tim mạch chiếm khoảng 15% các nguyên nhân gây đột quỵ não. Đặc biệt đối với bệnh nhân nhồi máu não có bệnh lý tim mạch, liệu có mối tương quan nào giữa các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học với các bệnh tim mạch hay không. **Mục tiêu:** Đánh giá mối tương quan giữa một số đặc điểm lâm sàng với các bệnh lý tim mạch của bệnh nhân nhồi máu não có bệnh lý tim mạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu 86 bệnh nhân nhồi máu não có bệnh lý tim mạch điều trị nội trú tại Khoa Thần kinh và Viện Tim Mạch Bệnh viện Bạch mai từ tháng 08