

cuộc sống với tỷ lệ lên đến 76,6%. Về mặt tinh thần, triệu chứng bức bối cáu gắt và mất ngủ cũng thường được người bệnh than phiền với tỷ lệ lần lượt là 42,5% và 55,5%. Điều này cho thấy bệnh lý GERD ảnh hưởng đến cả thể chất lẫn tinh thần.

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 384 người bệnh GERD, nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới. Độ tuổi trung bình tập trung ở lứa tuổi trung niên, thời gian mắc bệnh chủ yếu trong khoảng từ 1 tháng cho đến 18 tháng.

Trong 40 triệu chứng YHCT sử dụng trong bảng câu hỏi PIGERD, các triệu chứng xuất hiện phổ biến nhất gồm người mệt mỏi nặng nề (76,6%), ợ hơi (75,3%) và ăn vào dễ đầy bụng (72,9%). Các triệu chứng điển hình của GERD cũng chiếm tỷ lệ khá cao như ợ chua (60,4%), ợ nóng (50,5%), nóng sau xương ức (45,3%). Bụng đau căng trướng (6,3%) và đau quặn (10,1%) chiếm tỷ lệ thấp nhất. Xét về các triệu chứng thực thể YHCT, lưỡi đỏ (47,9%) và rêu lưỡi trắng mỏng (35,4%) là loại chất lưỡi và rêu lưỡi phổ biến nhất, bất thường về mạch chiếm tỷ lệ khá cao trong đó mạch huyền (44,3%) là mạch phổ biến nhất và mạch sắc (14,8%) là mạch ít xuất hiện nhất. Các triệu chứng của lưỡi

và mạch có thể tổ hợp với nhau thành nhiều loại hình lưỡi và mạch khác nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **H. B. El-Serag, S. Sweet, C. C. Winchester, J. Dent.** Update on the epidemiology of gastroesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut*. 2014;63(6): 871-80.
2. **D. Jeong.** A Review of Diagnosis of GERD. *Korean J Gastroenterol*. 2017;69(2): 96-101.
3. **Philip O. Katz, Lauren B. Gerson, Marcelo F. Vela.** Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Official journal of the American College of Gastroenterology ACG*. 2013;108(3).
4. **Han G, Leem J, Lee N, Kim J, Park J, Lee J.** Development of a standard tool for pattern identification of gastroesophageal reflux disease (GERD). *J Korean Orient Intern Med*. 2015;122-152.
5. **China Association of Chinese Medicine.** Opinions on consensus of gastroesophageal reflux disease by TCM diagnosis and treatment. *J Tradit Chin Med*. 2010;51(9): 844-847.
6. **D. T. Quach, Q. T. T. Pham và cộng sự.** Clinical characteristics and risk factors of gastroesophageal reflux disease in Vietnamese patients with upper gastrointestinal symptoms undergoing esophagogastroduodenoscopy. *JGH Open*. 2021;5(5): 580-584.
7. **Nguyễn Thiên Quyên, Đào Trọng Cường.** Chẩn đoán phân biệt chứng trạng trong Đông Y. Nhà xuất bản Hồng Đức; 2013.
8. **Trần Quốc Bảo.** Lý luận cơ bản Y học cổ truyền. Nhà xuất bản Y học; 2008.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BONG VỔNG MẠC NGUYÊN PHÁT BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẮT DỊCH KÍNH QUA PARS PLANA PHỐI HỢP ĐAI CÙNG MẠC

Ngô Thị Huyền¹, Hồ Xuân Hải²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bong võng mạc nguyên phát bằng phương pháp cắt dịch kính qua pars plana phối hợp đai cùng mạc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 38 mắt của 38 bệnh nhân bong võng mạc nguyên phát được điều trị tại bệnh viện Mắt Trung Ương từ 6/2021 đến 6/2022. **Kết quả:** 38 mắt bị bệnh của 38 bệnh nhân gồm 21 nam (55,3%). Các mốc thời gian theo dõi là 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng sau phẫu thuật. Tỷ lệ thành công giải

phẫu (võng mạc áp tốt) sau phẫu thuật lần đầu 94,7% (36/38 mắt), sau phẫu thuật bổ sung là 100%. Kết quả thị lực cải thiện đáng kể tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật: 63,2% mắt đạt thị lực trên 20/200, 21,1% mắt đạt thị lực từ 20/400-20/200, chỉ 15,8% có thị lực dưới 20/400. **Kết luận:** Cắt dịch kính qua pars plana phối hợp đai cùng mạc điều trị bong võng mạc nguyên phát cho tỷ lệ áp võng mạc cao và sự phục hồi thị lực đáng kể sau phẫu thuật.

Từ khóa: Bong võng mạc nguyên phát, cắt dịch kính qua pars plana phối hợp đai cùng mạc.

SUMMARY

TREATMENT RESULTS OF PARS PLANA VITRECTOMY COMBINED SCLERAL BUCKLE FOR PATIENTS WITH RHEGMATOGENOUS RETINAL DETACHMENT

Objectives: To evaluate treatment results of pars plana vitrectomy combined and scleral buckle for patients with rhegmatogenous detachment. **Methods:**

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Huyền

Email: lepetitsoleil95@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2022

Ngày duyệt bài: 1.11.2022

A cross sectional study of 38 patients (38 eyes) with rhegmatogenous retinal detachment of Vietnam National Hospital of Ophthalmology from July 1st, 2021 to July 31st, 2022. **Results:** Mean follow up was 3 months. Single surgery anatomical success rate was 94.7%, overall success rate was 100%. At the time of last follow up, 63.2% of the eyes had visual acuity 20/200 or better, 21.1% had visual acuity 20/400 to 20/200, 15.8% has visual acuity <20/400. **Conclusion:** pars plana vitrectomy combined scleral buckle has with high rates of anatomical success and visual success in treatment rhegmatogenous retinal detachment.

Keywords: rhegmatogenous detachment, pars plana vitrectomy combined and scleral buckle.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bong võng mạc (BVM) nguyên phát là một bệnh cấp cứu trong nhãn khoa, phổ biến với tỉ lệ mắc hàng năm tới 6.3 đến 17.9 trên 100000 dân .¹ Nếu bệnh không được điều trị kịp thời và đúng đắn thì khả năng mù lòa gần như là 100%. Hiện nay, ba phương pháp phẫu thuật chính để điều trị bong võng mạc nguyên phát bao gồm đai độn củng mạc, cắt dịch kính qua pars plana, mổ áp võng mạc bằng khí nở nội nhãn. Cho đến nay, dù đã phát triển và đạt được nhiều tiến bộ, nhưng phẫu thuật điều trị bong võng mạc vẫn còn những thách thức lớn với 40% bệnh nhân không có khả năng đọc, 10- 40% bệnh nhân cần phẫu thuật lần hai, 5% số bệnh nhân tồn tại các tổn hại vĩnh viễn về giải phẫu và chức năng thị giác.⁴

Sau khi được giới thiệu bởi Machermer và cộng sự vào năm 1970, phương pháp cắt dịch kính qua pars plana đã trở lựa chọn phổ biến của các phẫu thuật viên để điều trị những trường hợp bong võng mạc phức tạp, thất bại với ấn độn củng mạc đơn thuần. Nó được ví như một cuộc cách mạng trong điều trị bong võng mạc với nhiều ưu điểm: loại bỏ dịch kính đục giúp giải phóng môi trường quang học, hạn chế tối đa việc bỏ sót vết rách, tạo không gian chứa đựng vật liệu ấn độn nội nhãn, loại bỏ tăng sinh cơ kéo...đặt biệt là nhãn áp vẫn được duy trì ổn định trong suốt quá trình phẫu thuật. Đai củng mạc là phương pháp đặt một dây silicon quanh toàn bộ chu vi nhãn cầu. Ngoài tác dụng làm cho biểu mô sắc tố võng mạc áp lại với lớp võng mạc thần kinh, đai còn hỗ trợ giảm cơ kéo toàn bộ nền dịch kính.³ Đai củng mạc được bổ sung cho cắt dịch kính qua pars plana khi cần phối hợp vai trò của 2 phương pháp. Cho đến nay vẫn chưa có sự đồng thuận về tính ưu việt của PPV và đai củng mạc so với PPV đơn thuần. Tuy nhiên, rất nhiều tác giả thực hiện các nghiên cứu đối chứng và ghi nhận lợi ích của phẫu thuật phối hợp này, đặc biệt ở những trường hợp bong võng mạc nguyên phát có bất thường bề mặt dịch kính

võng mạc (hội chứng Stickler, thoái hóa rào nặng ở võng mạc chu biên, tăng sinh dịch kính võng mạc...), vết rách to bất thường, nhiều vết rách...³

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu đối chứng so sánh kết quả điều trị BVM nguyên phát bằng cắt dịch kính phối hợp với đai củng mạc so với cắt dịch kính hoặc đai củng mạc đơn thuần.^{2,6} Tuy nhiên các nghiên cứu không đồng nhất về đối tượng, hệ thống cắt dịch kính, hình dạng, kích thước dây silicon được sử dụng,... đồng thời rất ít khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả của phương pháp này.

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu so sánh kết quả điều trị BVM nguyên phát bằng cắt dịch kính phối hợp với đai củng mạc so với cắt dịch kính hoặc đai củng mạc đơn thuần. Tuy nhiên các nghiên cứu không đồng nhất về đối tượng, hệ thống cắt dịch kính, hình dạng, kích thước dây silicon được sử dụng,... đồng thời rất ít khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả của phương pháp này. Storey và cộng sự nghiên cứu trên những mắt bong võng mạc nguyên phát có nguy cơ tăng sinh dịch kính võng mạc cao ghi nhận việc thêm đai củng mạc vào phẫu thuật cắt dịch kính làm tăng tỉ lệ áp võng mạc sau lần đầu phẫu thuật từ 48,3% lên 75%.²

Tại Việt Nam đến nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phẫu thuật cắt dịch kính qua pars plana phối hợp đai củng mạc điều trị bong võng mạc nguyên phát. Vì thế chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bong võng mạc nguyên phát bằng phương pháp cắt dịch kính qua pars plana phối hợp đai củng mạc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 38 mắt của 38 bệnh nhân bong võng mạc nguyên phát được điều trị tại bệnh viện Mắt Trung Ương từ 6/2021 đến 6/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân bong võng mạc nguyên phát có chỉ định phẫu thuật bằng phương pháp cắt dịch kính qua pars plana phối hợp đai củng mạc. PPV thường phối hợp đai củng mạc để điều trị bong võng mạc nguyên phát trong các trường hợp sau:

1. Có các hội chứng bất thường của dịch kính (như hội chứng Stickler với những bất thường tại bề mặt dịch kính võng mạc gây nguy cơ bong võng mạc tái phát).

2. Vết rách to bất thường hoặc nhiều vết rách.

3. Có sự bám dính bất thường của dịch kính vào võng mạc.

4. Có các bệnh lí võng mạc chu biên nặng (như thoái hóa rào nặng)

5. Có tăng sinh dịch kính võng mạc nặng (nhất là có tăng sinh dịch kính võng mạc phía trước).

Tiêu chuẩn loại trừ: phụ nữ có thai, trẻ nhỏ, bệnh nhân có bệnh toàn thân nặng, mắc đồng thời các bệnh nặng khác về mắt được loại trừ khỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Các bước nghiên cứu: - Chọn các bệnh nhân bong võng mạc nguyên phát đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

- Khám lâm sàng, cận lâm sàng trước phẫu thuật để thu thập thông tin

- Tiến hành phẫu thuật cắt dịch kính qua pars plana phối hợp đai củng mạc.

- Khám lâm sàng, cận lâm sàng tại các thời điểm ngay sau phẫu thuật, sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng.

2.3. Đánh giá kết quả

• Kết quả giải phẫu dựa vào tình trạng áp võng mạc sau phẫu thuật lần đầu với 2 mức độ:

- Võng mạc áp tốt: quan sát trên cả sinh hiển vi và siêu âm B thấy VM áp hoàn toàn các phía từ trung tâm đến chu biên.

- Võng mạc không áp: quan sát trên sinh hiển vi và siêu âm B từ trung tâm đến chu biên thấy võng mạc còn bong.

• Kết quả chức năng chúng tôi đánh giá thị lực chỉnh kính tối đa sau PT theo bảng Snellen rồi qui đổi ra đơn vị logMAR với 3 mức:

- Thấp: < 20/400 (TL >1,3 đơn vị logMAR)

- Trung bình: 20/200-20/400 (1 ≤ TL ≤ 1,3 đơn vị logMAR)

- Cao: > 20/200 (TL <1 đơn vị logMAR).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm nhóm đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 57.5 ± 11.7 (từ 17 đến 71 tuổi). Có 3 bệnh dưới 40 tuổi (7.9%), 16 bệnh nhân từ 41 đến 60 tuổi (3.4%) và 19 bệnh nhân trên 60 tuổi (50%). Trong 38 bệnh nhân có 21 nam (55.3%) và 17 nữ (44.7%), tỉ lệ nam/nữ là 1.24/1. Thời gian bong võng mạc (từ lúc xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi phẫu thuật) là 8.25 ± 7.81 ngày, 63.2% bệnh nhân đến sớm trong 10 ngày đầu, 36.8% bệnh nhân đến viện từ ngày thứ 11 đến 30, không có bệnh nhân nào đến viện muộn sau 1 tháng.

Thị lực chỉnh kính trước mổ từ 20/400 đến 20/200 có 2 bệnh nhân (5.3%), dưới 20/400 có 36 bệnh nhân (94.7%), không có bệnh nhân nào

thị lực trên 20/200. Nhãn áp trung bình trước mổ là 13.05 ± 3.20 mmHg.

Có 5 bệnh nhân (13.2%) được thay IOL trước mổ hoặc phối hợp trong mổ bong võng mạc, 33 bệnh nhân (86.8%) còn thể thủy tinh. Bong võng mạc qua 1 cung phần tư gặp ở 4 mắt (10.5%), 2 cung phần tư gặp ở 16 mắt (42.1%), 3 cung phần tư gặp ở 12 mắt (15.6%), bong toàn bộ gặp ở 6 mắt (15.8%). Tỉ lệ bong võng mạc qua hoàng điểm là 86.8% (33 mắt), tỉ lệ bong võng mạc chưa bong qua hoàng điểm là 13.2% (5 mắt). Tăng sinh dịch kính võng mạc trước mổ gặp ở 3 mắt (7.9%). Có 22 mắt (84.2%) được độn nội nhãn bằng khí nở (SF6 hoặc C3F8), 6 mắt (15.8%) được độn bằng dầu silicon.

3.2. Kết quả nghiên cứu

Bảng 3.1. Kết quả giải phẫu VM sau phẫu thuật

Giải phẫu	N(%)
Áp tốt	36 (94.7 %)
Không áp	2 (5.3 %)
Tổng	38 (100%)

Tỉ lệ võng mạc áp ngay sau phẫu thuật lần đầu là 94,7% (36 mắt), sau phẫu thuật là 100%. Trong thời gian theo dõi, có 2 mắt (5,3%) bị tái bong tại thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật do tăng sinh dịch kính võng mạc tạo vết rách mới.

Thị lực chỉnh kính tối đa tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật là trên 20/200 ở 24 mắt (63.2%), từ 20/400- 20/200 ở 8 mắt (21.1%) và dưới 20/400 ở 6 mắt (15.8%).

Bảng 3.2. Bảng thị lực trước mổ và sau mổ 3 tháng

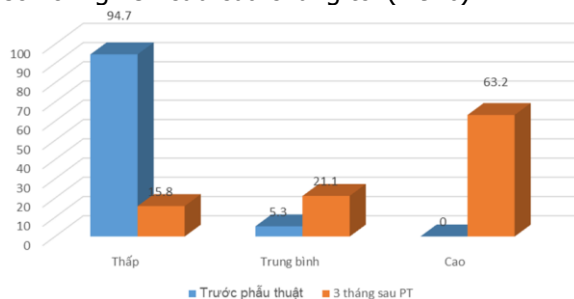
Mức độ thị lực	Trước mổ		3 tháng sau mổ	
	N	%	N	%
<20/400	36	94.7	6	15.8
20/400-20/200	2	5.3	8	21.1
>20/200	0	0	24	63.2
Tổng	38	100	38	100

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% võng mạc áp tốt ngay sau phẫu thuật và 1 tuần sau phẫu thuật. Tại thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật, xuất hiện 2 mắt bong lại do TSDKVM trước phẫu thuật chưa được loại bỏ hết, tiếp tục phát triển gây ra vết rách mới. Cả hai bệnh nhân đều được tiến hành cắt dịch kính, loại bỏ co kéo tăng sinh, laser vết rách, bơm dầu silicone bổ sung. Tại thời điểm thăm khám cuối cùng, cả hai mắt đều áp tốt. Như vậy tỉ lệ áp võng mạc ngay

sau phẫu thuật lần đầu trong nghiên cứu của chúng tôi là 94.7%, tỉ lệ áp cuối cùng là 100%.

Kết quả thành công cao về mặt giải phẫu của nhóm nghiên cứu tương đương với một số tác giả khác trên thế giới. Christiane I. Falkner – dler thực hiện phối hợp cắt dịch kính qua pars plana và đai củng mạc trên 30 bệnh nhân đạt tỉ lệ áp tốt 93,335 % ngay sau phẫu thuật lần đầu, và 100% áp lại sau phẫu thuật bổ sung.⁵ Nghiên cứu của Philip Storey và Luke B Lindsell lại có tỉ lệ thành công thấp hơn chúng tôi với tỉ lệ võng mạc áp sau phẫu thuật lần đầu lần lượt là 75%, 83%.^{2,7} Nguyên nhân thất bại chính trong nghiên cứu của cả hai tác giả cũng là do ảnh hưởng của biến chứng TSDKVM sau phẫu thuật tạo ra vết rách mới. Sự khác biệt này theo chúng tôi nằm ở đối tượng nghiên cứu. Philip Storey và cộng sự tiến hành nghiên cứu trên những mắt có nguy cơ TSDKVM sau mổ cao (bao gồm một trong số những đặc điểm sau: bong từ 2 cung phần tư trở lên, vết rách lớn hơn 1 cung giờ, TSDKVM trước phẫu thuật ở mức độ B – C, hoặc tồn tại xuất huyết dịch kính). Lựa chọn bệnh nhân của Luke B Lindsell khá rộng, chỉ loại trừ mắt có tiền sử phẫu thuật bong võng mạc, cắt dịch kính, bơm khí nở nội nhãn, không còn thể thủy tinh, tồn tại các bệnh mắt nặng khác. Tuy nhiên trên thực tế, những bệnh nhân trong nghiên cứu của tác giả có tỉ lệ TSDKVM trước phẫu thuật (36%) cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (7.9%).



Biểu đồ 3.1. Thị lực trước phẫu thuật và 3 tháng sau phẫu thuật

Thị lực cải thiện rõ rệt nhất là từ sau phẫu thuật 3 tháng, số lượng bệnh nhân có thị lực thấp dưới 20/400 giảm từ 36 còn 6 bệnh nhân, số bệnh nhân đạt thị lực trên 20/200 từ không có bệnh nhân nào lên 24 bệnh nhân. Thị lực logMAR trung bình trước mổ là 2.05 ± 0.41 , 1 tuần sau mổ là 1.42 ± 0.33 , 1 tháng sau mổ là 1.05 ± 0.41 , 3 tháng sau mổ là 0.90 ± 0.42 . Sự khác biệt thị lực trước phẫu thuật và 3 tháng sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Như vậy phẫu thuật cắt dịch kính qua pars plana phối hợp đai củng mạc có sự phục hồi về thị lực đáng kể.

Chúng tôi nhận thấy sự phục hồi thị lực từ thời điểm thăm khám 1 tuần sau mổ nhưng rõ rệt nhất là tại thời điểm 3 tháng và sự phục hồi này không hoàn toàn. Thị lực sau mổ của chúng tôi thấp hơn so với tác giả Christiane I. Falkner – Radler và Luke B Lindsell, cao hơn của tác giả Philip Storey.

Thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, khí nội nhãn được tiêu toàn bộ (khí SF6 tồn tại 12 ngày, C3F8 tồn tại 38 ngày) và bệnh nhân được tiến hành tháo dầu silicon. Khi đó, bệnh nhân không còn bị lóa mắt do khí hay ảnh hưởng khúc xạ do chiết xuất của dầu (1.4) cao hơn dịch kính.

Thông qua các nghiên cứu, nhiều yếu tố ảnh hưởng đến thị lực sau phẫu thuật bong võng mạc đã được chỉ ra, tuy nhiên, hầu hết các tác giả đồng ý rằng thị lực trước phẫu thuật là quan trọng để tiên lượng mức độ cải thiện thị lực sau phẫu thuật, thậm chí yếu tố này còn quan trọng hơn thời gian hoàng điểm bị bong. Bệnh nhân của chúng tôi có thị lực trung bình theo thang điểm logMAR tại thời điểm vào viện là 2.05 ± 0.41 , thấp nhất trong nhóm tác giả trên. Gundry hay Kreissig đều chỉ ra rằng, dù phần lớn thị lực phục hồi ổn định sau phẫu thuật 3-6 tháng nhưng nó vẫn tiếp tục cải thiện sau đó cho đến thời điểm 5 năm, thậm chí là 10 năm.^{8,9} Nhóm nghiên cứu và tác giả Luke B Lindsell đều thực hiện đánh giá kết quả thị lực tại thời điểm 3 tháng. Trong khi đó, Christiane I. Falkner – Radler có thời gian theo dõi trung bình là 15.07 ± 8.31 tháng. Hai nguyên nhân đó giải thích một phần sự phục hồi thị lực thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi so với Christiane I. Falkner – Radler và Luke B Lindsell.

Anderson chỉ ra rằng sự gia tăng tế bào biểu mô và tế bào thần kinh đệm gây cản trở cho phục hồi, sắp xếp lại vị trí, kết nối giữa biểu mô sắc tố và tế bào cảm quang sau khi võng mạc được áp lại nhờ phẫu thuật.¹⁰ Tác giả Philip Storey tiến hành phẫu thuật phối hợp cắt dịch kính và đai củng mạc trên các mắt có nguy cơ TSDKVM cao sau phẫu thuật (bong từ 2 cung phần tư trở lên, vết rách lớn hơn 1 cung giờ, TSDKVM trước phẫu thuật ở mức độ B – C, hoặc tồn tại xuất huyết dịch kính). Do vậy thị lực cải thiện vẫn không cao dù thời điểm đánh giá là 5.9 tháng sau phẫu thuật. Tuy nhiên, việc giải thích sự khác nhau về kết quả chức năng giữa các nhóm nghiên cứu thực sự chỉ mang tính chất tương đối khi chúng tôi không có sự đồng nhất từ đối tượng nghiên cứu, vật tư phẫu thuật, thời gian theo dõi...

Sự phục hồi thị lực sau phẫu thuật là không

hoàn toàn, không tương xứng với tỉ lệ thành công về mặt giải phẫu (94.7%). Sau khi võng mạc thần kinh áp lại với lớp biểu mô sắc tố sẽ diễn ra sự tái sắp xếp mối liên kết trong võng mạc. Tuy nhiên, những tổn thương không phục hồi của cấu trúc vi mô (đứt gãy đoạn ngoài của tế bào cảm quang, đứt gãy liên kết IS/OS, giãn đoạn màng giới hạn ngoài,...) kèm các biến chứng (như phù hoàng điểm, màng trước võng mạc,...) là nguyên nhân khiến thị lực không thể phục hồi như ban đầu.

V. KẾT LUẬN

Cắt dịch kính qua pars plana phối hợp đại củng mạc điều trị bong võng mạc nguyên phát cho tỉ lệ áp võng mạc cao và sự phục hồi thị lực đáng kể sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **D. Mitry et al.** (2010). The epidemiology of rhegmatogenous retinal detachment: geographical variation and clinical associations. *Br J Ophthalmol.* 2010; 94(6): 678-84.
2. **Philip Storey.** Pars plana vitrectomy and scleral buckle versus pars plana vitrectomy alone for patients with rhegmatogenous retinal detachment at high risk for proliferative vitreoretinopathy. *RETINA.* 2014;34:1945-1951.
3. **Hồ Xuân Hải.** Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bong võng mạc trên mắt đã đặt thể thủy tinh nhân tạo. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2017.
4. **SPR Study Group.** View 2: the case for primary vitrectomy. *Br J Ophthalmol.* 2003;87:784-7.
5. **Falkner-Radler, C. I., Graf, A., & Binder, S.** Vitrectomy combined with endolaser or an encircling scleral buckle in primary retinal detachment surgery: a pilot study. *Acta Ophthalmologica.* 2015; 93(5): 464-469.
6. **Sachin Meht.** Pars plana vitrectomy versus combined pars plana vitrectomy and scleral buckle for primary repair of rhegmatogenous retinal detachment. *Can J Ophthalmol.* 2011;46(3):237-241.
7. **Lindsell, L., Sisk, R., Miller, D., Foster, R., Petersen, M., Riemann, C., & Hutchins, R.** Comparison of outcomes: scleral buckling and pars plana vitrectomy versus vitrectomy alone for primary repair of rhegmatogenous retinal detachment. *Clinical Ophthalmology.* 2016; Volume 11: 47-54.
8. **Kreissig I.** Prognosis of return of macular function after retinal reattachment. *Mod Probl Ophthalmol.* 1977;18:415-29.
9. **Gundry MF, Davies EWG.** Recovery of visual acuity after retinal detachment surgery. *Am J Ophthalmol.* 1974;77: 310-4.
10. **Anderson DH, Stern WH, Fisher SK, Erickson PA, Borgula G.:** Retinal detachment in the cat: the pigment epithelial photoreceptor inter-facet. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 1983; 24: 906-926.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TỖN TẠI ỔNG ĐỘNG MẠCH Ở TRẺ SINH NON ≤ 28 TUẦN TẠI KHOA HỒI SỨC SƠ SINH BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Nguyễn Cao Minh Uyên¹, Nguyễn Thanh Thiện²,
Trình Thị Thu Hà², Nguyễn Thu Tịnh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tồn tại ống động mạch (PDA) là một tật tim phổ biến ở trẻ sơ sinh. Tỉ lệ PDA càng cao ở trẻ càng non tháng. PDA làm tăng nguy cơ tử vong và bệnh tật ở trẻ. Hiện nay, các tiêu chuẩn đánh giá, chỉ định và phương pháp điều trị PDA ở trẻ sinh non còn chưa thống nhất. Nghiên cứu được thực hiện nhằm cung cấp thông tin về tỉ lệ PDA, hiện trạng điều trị và biến chứng liên quan PDA ở trẻ ≤28 tuần tại khoa Hồi sức sơ sinh Bệnh viện Nhi Đồng 2 (HSSS BVND2). **Thiết kế nghiên cứu:** Theo dõi tiền cứu. Các trẻ ≤28 tuần nhập khoa từ 01/10/2021 đến

31/03/2022 sẽ được siêu âm tim tầm soát PDA. Trẻ có hsPDA (PDA ảnh hưởng huyết động trên siêu âm) có triệu chứng sẽ được can thiệp dùng thuốc hay cột PDA khi có chỉ định. Tỉ lệ tử vong, các biến chứng nặng (viêm ruột hoại tử (VRHT), xuất huyết não (XHN), bệnh võng mạc ở trẻ sinh non (ROP), loạn sản phế quản phổi (BPD)) được ghi nhận. **Kết quả:** Có 33 trẻ được thu nhận, tỉ lệ hsPDA là 26/33 (78,7%). Tại thời điểm siêu âm tim lúc 48-72 giờ tuổi, ngày 4 và trong tuần 2, tỉ lệ hsPDA cần điều trị thuốc chiếm tỉ lệ lần lượt là 80%, 100% và 66,6%. Tỉ lệ trẻ hsPDA xử trí bảo tồn thành công là 4/26 (15,4%). Có 19/26 (82,6%) trẻ có chỉ định dùng thuốc, trong đó 18 trẻ dùng Paracetamol tĩnh mạch (TM), 1 trẻ dùng Ibuprofen đường uống. Tỉ lệ đóng Paracetamol thành công trong lần đầu dùng thuốc là 12/18 (66,67%). Không có sự khác biệt về tỉ lệ tử vong và các biến chứng nặng giữa nhóm bảo tồn thành công và nhóm dùng thuốc. **Kết luận:** Hs-PDA hiện diện ở hơn ¾ trẻ cực non ≤28 tuần. Siêu âm tim sau 48 giờ tuổi có thể làm tăng khả năng phát hiện hsPDA cần điều trị bằng thuốc. HsPDA có khả năng xử trí bảo tồn thành công

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Nhi Đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thu Tịnh

Email: tinhnguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 29.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.10.2022

Ngày duyệt bài: 10.11.2022