

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. **Global cancer statistics 2018**: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2018. 68(6):394-424.
2. Ricardo V L, Robert Y. Osamura et al. WHO classification of tumours of endocrine organs: IARC; 2017.
3. Trần Văn Thông (2014), Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học 2014. Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Nguyễn Tiến Lăng (2008), "Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp phối hợp với I131 điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa" Luận văn tốt nghiệp BS CK II, Hà Nội, 66 – 92. 34.
5. Lê Văn Quảng. Nhận xét đặc điểm lâm sàng và các phương pháp điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K từ năm 1992-2000. Tạp Chí Y Học. 2002.323-326.
6. Nguyễn Xuân Phong. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số xét nghiệm trong ung thư biểu mô tuyến giáp. 2011. Đại học Y Hà Nội
7. Hoàng Huy Hùng (2016), Đánh giá di căn hạch của ung thư biểu mô tuyến giáp, Luận văn tốt nghiệp BSNT, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
8. Podda M, Saba A, Porru F, Reccia I, Pisanu A. Follicular thyroid carcinoma: differences in clinical relevance between minimally invasive and widely invasive tumors. World journal of surgical oncology. 2015. 13(1):193.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BONG VỔNG MẠC DÙNG ĐÈN NỘI NHÃN CHANDELIER ĐIỀU TRỊ BONG VỔNG MẠC NGUYÊN PHÁT

Nguyễn Đức Anh<sup>1</sup>, Đặng Trần Đạt<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị bong võng mạc nguyên phát bằng phương pháp phẫu thuật bong võng mạc kính điển dùng đèn nội nhãn chandelier. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không có nhóm đối chứng trên 15 bệnh nhân được phẫu thuật bong võng mạc kính điển dùng đèn nội nhãn chandelier điều trị bong võng mạc nguyên phát tại khoa Dịch kính - Võng mạc Bệnh viện Mắt Trung Ương từ 07/2021 đến 07/2022. **Kết quả:** Nghiên cứu bao gồm 15 mắt của 15 bệnh nhân. Tuổi trung bình bệnh nhân đến khám 51,40 ± 15,97 (17 - 75 tuổi) với nam 66,7%, nữ 33,3%. Thị lực chỉnh kính tối đa (BCVA) trung bình trước điều trị 1,54 ± 0,74 logMAR. Mức độ bong võng mạc 1 góc phần tư, 2 góc phần tư và 3 góc phần tư và toàn bộ lần lượt là 20%, 40%, 13,3% và 26,7%. Kết quả giải phẫu 80% (12/15 mắt) thành công sau 1 lần phẫu thuật và 100% (15/15 mắt) sau lần phẫu thuật cuối cùng. Kết quả thị lực tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật cải thiện đáng kể 0,62 ± 0,46 logMAR (p = 0,001). **Kết luận:** Phẫu thuật bong võng mạc kính điển có dùng đèn nội nhãn chandelier là một phương pháp mới, cho kết quả khả quan trong điều trị bong võng mạc nguyên phát.

**Từ khóa:** phẫu thuật bong võng mạc kính điển, bong võng mạc nguyên phát, đèn nội nhãn chandelier.

## SUMMARY

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Anh

Email: dukeank.vnio@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2022

Ngày duyệt bài: 22.11.2022

### CLINICAL OUTCOMES OF CHANDELIER-ASSISTED SCLERAL BUCKLING FOR MANAGEMENT OF PRIMARY RHEGMATOGENOUS RETINAL DETACHMENT

**Purpose:** To evaluate the clinical outcome of chandelier-assisted scleral buckling for management of primary rhegmatogenous retinal detachment. **Methods:** This is a randomized uncontrolled interventional study of chandelier-assisted scleral buckling for management of primary rhegmatogenous retinal detachment in VINO from 07/2021 to 07/2022. **Outcomes:** This study include 15 eyes of 15 patients who were operated at vitreo-retinal department in VINO aged 17 – 75 years with a mean age of 51.40 ± 15.97 years old. 66.7% were male and 33.3% were female. Mean preoperative best-corrected visual acuity (BCVA) was 1.54 ± 0.74 logMAR units. Quadrants of RD were 20% with 1 quadrant, 40% with 2 quadrants, 13.3% with 3 quadrants and 26.7% with 4 quadrants (including total retinal detachment). Primary and final anatomical success rates were 80% (12/15 eyes) and 100% (15/15 eyes), respectively. The final BCVA was 0.62 ± 0.46 logMAR units (p = 0.001). **Conclusion:** Scleral buckle using a chandelier endoilluminator is a modified new technique and may be a valid option for the management of rhegmatogenous retinal detachments.

**Keywords:** scleral buckling, rhegmatogenous retinal detachment, chandelier endoilluminator

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bong võng mạc có vết rách là bệnh lý nặng có khả năng gây mù loà cao và là một cấp cứu nhãn khoa cần được can thiệp phẫu thuật sớm. Có 2 nhóm phương pháp phẫu thuật bong võng mạc là phẫu thuật bong võng mạc kính điển và phẫu thuật cắt dịch kính điều trị bong võng mạc.

Năm 1957, Schepens và Arruga đã phát triển và hoàn thiện phương pháp đai củng mạc điều trị bong võng mạc có vết rách<sup>1,2</sup>.

Phẫu thuật bong võng mạc theo phương pháp kinh điển dựa trên nguyên tắc gây viêm dính vết rách và sử dụng ấn độn/đai củng mạc để bịt vết rách giúp võng mạc áp lại. Phương pháp này có tỷ lệ thành công về giải phẫu võng mạc áp trở lại xấp xỉ 86%<sup>3</sup> và vẫn là một trong những phương pháp được áp dụng phổ biến trong điều trị bong võng mạc cho tới hiện nay.

Phẫu thuật bong võng mạc kinh điển có sử dụng đèn nội nhãn chandelier là một phương pháp mới, hiệu quả. Xuất hiện từ năm 2013, phương pháp này giúp việc tháo dịch dưới võng mạc an toàn hơn, nhận diện tốt hơn vị trí các vết rách chu biên tránh bỏ sót. Không chỉ vậy, nó còn giúp ích cho quá trình giảng dạy và thực hành, có thể áp dụng với hệ thống mô 3D, và hạn chế biến chứng cổ vai gáy cho phẫu thuật viên<sup>4,5</sup>.

Tại Bệnh viện Mắt Trung ương, phương pháp phẫu thuật bong võng mạc kinh điển đã được áp dụng từ lâu. Gần đây với sự tiến bộ khoa học kỹ thuật và xuất hiện đèn nội nhãn chandelier, chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật bong võng mạc kinh điển có dùng đèn nội nhãn chandelier cho các bệnh nhân bong võng mạc nguyên phát cho kết quả hứa hẹn. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu cụ thể đánh giá kết quả của phương pháp phẫu thuật này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đánh giá kết quả phẫu thuật bong võng mạc dùng đèn nội nhãn chandelier điều trị bong võng mạc nguyên phát".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không có nhóm đối chứng. Nghiên cứu được tiến hành trên 15 bệnh nhân được chẩn đoán bong võng mạc nguyên phát có vết rách đến khám và điều trị tại khoa Dịch kính - Võng mạc Bệnh viện Mắt Trung ương và chấp nhận tham gia nghiên cứu từ 07/2021 đến 07/2022

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bong võng mạc nguyên phát có vết rách võng mạc, bệnh nhân đồng ý chấp nhận tham gia vào nhóm nghiên cứu, tuân thủ phương pháp phẫu thuật, điều trị.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bong võng mạc có biến chứng tăng sinh dịch kính võng mạc, bong võng mạc thứ phát, bong võng mạc do co kéo, bong võng mạc phức tạp (vết rách khổng lồ, đứt chân võng mạc), bong võng mạc nguyên phát đã phẫu thuật trước đó, các môi trường của mắt không đảm bảo trong suốt để quan sát rõ như đục giác mạc, đục thể thủy tinh, bệnh lý dịch

kính. Tình trạng toàn thân không cho phép khám và xử trí phẫu thuật, áp dụng tư thế sau mổ.

**Quy trình nghiên cứu:** Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được đánh giá toàn diện trước mổ bao gồm thị lực chỉnh kính tối đa (Snellen), nhãn áp, khám bán phần trước nhãn cầu bằng máy sinh hiển vi đèn khe, đánh giá tình trạng kết giác mạc, tiền phòng, mống mắt, thể thủy tinh trên 2 mắt, khám bán phần sau nhãn cầu bằng kính Volk, kính Goldmann đánh giá tình trạng dịch kính, võng mạc, hoàng điểm, số lượng, vị trí, kích thước các vết rách võng mạc, khám toàn thân xác định các bệnh nền có ảnh hưởng tới quá trình phẫu thuật.

Về các bước phẫu thuật, các bệnh nhân được gây tê cạnh nhãn cầu. Sau đó tách kết mạc rìa 360°, bộc lộ 4 cơ trực, luồn chỉ lạnh qua 4 cơ trực. Chọc troca qua vùng pars plana cách rìa 4 mm, cố định đèn chandelier ở góc phần tư đối diện vết rách. Soi đáy mắt bằng máy hiển vi phẫu thuật đồng trục kèm hệ thống thấu kính góc nhìn rộng, tìm vị trí, số lượng, kích thước vết rách võng mạc, các tổn thương võng mạc kèm đánh giá tình trạng dịch kính - võng mạc. Tiếp đó tìm vị trí bong võng mạc cao nhất để chọc xuyên củng mạc tháo dịch dưới võng mạc. Sau đó lạnh đông quanh vết rách võng mạc qua củng mạc. Luồn đai silicone vòng dưới 4 cơ trực, cố định đai silicone bằng chỉ 5/0 vào củng mạc. Kiểm tra lại võng mạc để chắc rằng võng mạc đã được trải phẳng và duy trì được lực ấn độn thích hợp vào củng mạc. Tháo đèn chandelier, khâu phục hồi củng mạc chỗ đặt troca và kết mạc chỉ 7/0. Bơm khí nở nội nhãn trong một số trường hợp. Tra thuốc povidone-iodine, mỡ kháng sinh.

Các bệnh nhân được khám lại sau mổ vào ngày 1, tuần 1, tháng 1, tháng 2, tháng 3, tháng 6 sau mổ. Bệnh nhân khám lại được đo thị lực và nhãn áp, khám mắt kiểm tra tình trạng bán phần trước, tình trạng dịch kính võng mạc, siêu âm kiểm tra dịch kính võng mạc, chụp ảnh màu đáy mắt xác định tình trạng võng mạc và vết rách, chụp OCT hoàng điểm xác định tình trạng võng mạc hoàng điểm.

Số liệu được thu thập theo phiếu nghiên cứu và được xử lý theo phần mềm SPSS 20.0, sử dụng các phương pháp phân tích số liệu thống kê y học, so sánh có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  (độ tin cậy 95%) hoặc  $p < 0,01$  (độ tin cậy 99%).

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu trước khi điều trị

#### **Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng**

**nghiên cứu trước khi điều trị**

<b>Tuổi:</b> Trung bình	51,40±15,97
Phân bố	17 – 75
<b>Giới:</b> Nam	10 (66,7%)
Nữ	5 (33,3%)
<b>Tình trạng hoàng điểm</b>	
Bong chưa lan đến hoàng điểm	6 (40%)
Bong đã lan đến hoàng điểm	9 (60%)
<b>Mức độ bong (góc phần tư)</b>	
1 góc phần tư	3 (20,0%)
2 góc phần tư	6 (40,0%)
3 góc phần tư	2 (13,3%)
Toàn bộ	4 (26,7%)
<b>Số lượng vết rách</b>	
1 vết rách	10 (66,7%)
Trên 1 vết rách	5 (33,3%)
<b>Thời gian bong võng mạc trước khi điều trị</b>	
≤ 7 ngày	3 (20,0%)

8 - 30 ngày	10 (66,7%)
> 30 ngày	2 (13,3%)

Nghiên cứu gồm 15 mắt của 15 bệnh nhân (10 nam và 5 nữ), với độ tuổi trung bình 51,40 ± 15,97 (phân bố 17 - 75 tuổi). Tình trạng bong võng mạc chưa và đã bong qua hoàng điểm lần lượt là 6 và 9 mắt. Mức độ bong võng mạc là 3 mắt bong 1 góc phần tư, 6 mắt bong 2 góc phần tư, 2 mắt bong 3 góc phần tư và 4 mắt bong võng mạc toàn bộ. Trong nghiên cứu có 10 mắt với 1 vết rách và 5 mắt có từ 2 vết rách trở lên. Về thời gian bong võng mạc trước khi điều trị, trong số 15 mắt nghiên cứu, có 3 mắt được phẫu thuật trong vòng 7 ngày kể từ khi phát hiện triệu chứng đầu tiên (chiếm 20%), 10 mắt trong vòng từ 8-30 ngày (chiếm 66,7%), 2 mắt có thời gian bị bệnh trên 30 ngày (chiếm 13,3%).

**3.2. Kết quả giải phẫu**

**Bảng 2. Tình trạng võng mạc ở các thời điểm theo dõi**

Tình trạng võng mạc	Thời gian	Ngày 1	Tuần 1	Tháng 1	Tháng 2	Tháng 3	Tháng 6
Áp		12	12	15	15	15	15
Còn dịch khu trú		3	0	0	0	0	0
Không áp		0	3	0	0	0	0

Ngày đầu sau phẫu thuật có 12 mắt (80,0%) đạt võng mạc áp, 3 mắt còn ít dịch khu trú dưới võng mạc (20%). Sau 1 tuần 3 mắt này võng mạc không áp và được mổ bổ sung lần 2, các mắt còn lại võng mạc áp. Từ tháng 1 trở đi tất cả mắt đều đạt võng mạc áp.

Như vậy, tỷ lệ võng mạc áp ở lần phẫu thuật đầu tiên là 80% (12/15 mắt), 20% (3/15 mắt) đạt võng mạc áp ở lần phẫu thuật tiếp theo.

**3.3. Kết quả chức năng**

**Bảng 3. Thị lực trung bình ở các thời điểm theo dõi**

Mốc thời gian	Thị lực trung bình (logMar)
Trước phẫu thuật	1,54 ± 0,74
Sau mổ 1 tuần	1,33 ± 0,68
Sau mổ 1 tháng	1,09 ± 0,66
Sau mổ 2 tháng	0,94 ± 0,60
Sau mổ 3 tháng	0,76 ± 0,51
Sau mổ 6 tháng	0,62 ± 0,46

Thị lực trung bình nhóm bệnh nhân nghiên cứu lúc vào viện là 1,54 ± 0,74 logMAR. Thị lực trung bình sau phẫu thuật 6 tháng tăng lên mức 0,62 ± 0,46 logMar. So với trước mổ, với p = 0,001, kết luận thị lực sau phẫu thuật 6 tháng cải thiện có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99%.

**3.4. Biến chứng phẫu thuật**

**Bảng 4. Các biến chứng sau phẫu thuật**

Biến chứng	Thời gian xuất hiện sau phẫu thuật	Số mắt	Tỷ lệ
Tăng nhãn áp	1 ngày	4	26,67%
Võng mạc không áp sau mổ	1 tuần	3	20%
Bong thanh dịch võng mạc	6 tháng	3	20%
Màng trước võng mạc	6 tháng	2	13,33%
Đục thể thủy tinh	6 tháng	1	6,67%

Sau phẫu thuật 1 ngày, có 4 bệnh nhân (26,67%) bị tăng nhãn áp thoáng qua, mức nhãn áp đã về bình thường sau đó.

Ở thời điểm 1 tuần sau phẫu thuật, có 3 bệnh nhân võng mạc không áp (20%). Các bệnh nhân này đã được mổ bổ sung và hiện tại ổn định.

Ở thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật, trên phim OCT vùng hoàng điểm, có 3 bệnh nhân (20%) có ít dịch dưới võng mạc tuy nhiên dịch này không ảnh hưởng tới hoàng điểm, có 2 bệnh nhân (13,3%) xuất hiện màng trước võng mạc vùng hoàng điểm mức độ nhẹ. Có 1 bệnh nhân (6,67%) tiến triển đục thể thủy tinh vùng vỏ. Các biến chứng khác không gặp.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Kết quả giải phẫu.** Tại thời điểm khám lại sau phẫu thuật 1 ngày, 80% số mắt (12 mắt) có võng mạc áp tốt, 20% mắt (3 mắt) còn

ít dịch dưới võng mạc khu trú phía dưới. Khám lại sau 1 tuần, 3 mắt còn dịch trước đó võng mạc không áp, bong lại phía dưới, trong đó có 2 mắt do vết rách cũ bật mép mặc dù đai cao được chỉ định mổ cắt dịch kính, 1 mắt còn lại có vết rách trượt khỏi đai được mổ bổ sung chỉnh đai, tháo dịch và lạnh đông vết rách bổ sung. Tại thời điểm khám lại sau 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng và 6 tháng 100% số mắt đạt võng mạc áp tốt, đai cao, vết rách trên đai, tình trạng viêm không còn, võng mạc hoàng điểm trên khám và chụp OCT đều áp tốt.

Như vậy, tỷ lệ thành công về mặt giải phẫu sau lần phẫu thuật đầu tiên là 80%. Tỷ lệ thành công sau phẫu thuật cuối cùng là 100%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như một số các tác giả. Nghiên cứu của Imai và cộng sự (2015) cho kết quả thành công ở lần phẫu thuật đầu tiên và cuối cùng lần lượt là 92,4% và 100%<sup>6</sup>. Nghiên cứu của Narayanan (2016) cho kết quả tỷ lệ thành công lần đầu là 92,85% võng mạc áp trên nhóm bệnh nhân mổ đai cùng mạc có dùng đèn chandelier và 85,71% trên nhóm bệnh nhân dùng phương pháp thông thường, kết quả thành công cuối cùng về mặt giải phẫu là 100%<sup>7</sup>. Nghiên cứu của Seider (2016) cho tỷ lệ thành công về giải phẫu ở lần phẫu thuật đầu tiên và sau cùng lần lượt là 83,3% và 100%<sup>4</sup>. Chúng tôi nhận thấy phẫu thuật bong võng mạc kinh điển có dùng đèn nội nhãn chandelier là một phương pháp tốt, cho kết quả về mặt giải phẫu gần như tương đương. Phương pháp này có tiềm năng thay thế phương pháp phẫu thuật truyền thống trong các ca có chỉ định mổ bong võng mạc theo phương pháp kinh điển.

**4.2. Kết quả chức năng.** Thị lực trước phẫu thuật của bệnh nhân trong nghiên cứu rất thấp, thị lực trung bình lúc vào viện là  $1,54 \pm 0,74$  logMar.

Thị lực trung bình sau phẫu thuật tại các thời điểm 1 tuần, 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng có sự cải thiện dần theo thời gian, điều này có thể lý giải do bóng khí trong mắt dần tiêu đi, ở những bệnh nhân có bong hoàng điểm sau khi hoàng điểm áp lại thì có sự phục hồi dần dần của các tế bào cảm quang dẫn đến thị lực tăng dần theo thời gian.

Thị lực trung bình tại thời điểm kết thúc theo dõi sau phẫu thuật 6 tháng là  $0,62 \pm 0,46$  logMar. So sánh với thị lực trung bình trước phẫu thuật, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này chứng tỏ sau khi phẫu thuật 6 tháng, thị lực có sự cải thiện đáng kể so với lúc ban đầu.

Nhiều tác giả nước ngoài công bố các mức kết quả thị lực trung bình trước và sau phẫu

thuật cao hơn. Ví dụ như nghiên cứu của Imai (2015) có thời gian theo dõi trung bình là  $11,8 \pm 6,9$  tháng cho kết quả thị lực chỉnh kính tối ưu (BCVA) trước phẫu thuật là  $0,31 \pm 0,65$  logMAR, sau phẫu thuật được cải thiện rõ rệt là  $0,10 \pm 0,31$  logMAR ( $P < 0,01$ )<sup>6</sup>. Nghiên cứu của Cohen (2019) cho thấy sau 6 tháng phẫu thuật, thị lực trung bình của nhóm phẫu thuật đai cùng mạc có dùng đèn chandelier tăng từ 20/60 lên mức 20/35<sup>8</sup>. Chúng tôi thấy rằng có sự cải thiện đáng ghi nhận về mặt thị lực trước và sau phẫu thuật mà nguyên nhân quan trọng là do có sự áp lại của hoàng điểm và sự hồi phục dần của các tế bào cảm quang theo thời gian.

**4.3. Biến chứng sau phẫu thuật.** Sau phẫu thuật 1 ngày có 4 bệnh nhân tăng nhãn áp, dao động trong khoảng 24-26 mmHg. Mức nhãn áp đã trở về mức bình thường các ngày sau đó. Nhãn áp tăng thoáng qua thường xảy ra sau khi mắt được bơm khí nở nội nhãn. Nhãn cầu có sự bù trừ khá tốt nên nhãn áp không tăng quá nhiều ở giai đoạn này. Sau thời gian 1-2 tuần khi bóng khí tiêu bớt nhãn áp sẽ trở về bình thường.

Có 3 bệnh nhân trên kết quả phim chụp OCT hoàng điểm vào tháng thứ 6 có ít dịch dưới võng mạc. Ở bong võng mạc thanh dịch, các vết rách đã hoàn toàn được đóng kín, tuy nhiên 2-3 ngày sau mổ dịch từ hắc mạc dần tích tụ dưới võng mạc phía sau đai. Dịch này thường đục và thay đổi theo tư thế. Nếu vết rách là căn nguyên của bong võng mạc, dịch dưới võng mạc thường trong và không thay đổi theo tư thế bệnh nhân.

Có 3 bệnh nhân (20%) có võng mạc chưa áp xuất hiện vào tuần thứ 1 sau mổ. Về nguyên nhân của phẫu thuật thất bại, các bệnh nhân này đều có bong võng mạc và vết rách võng mạc nằm phía dưới, quá trình phẫu thuật chưa tháo được hết dịch dưới võng mạc. 2 trong số 3 bệnh nhân này lớn tuổi, dịch dưới võng mạc đặc khó tiêu dẫn tới vết rách bị bật mép, bệnh nhân còn lại có đai đặt chưa đủ về phía sau để đóng hoàn toàn vết rách dẫn tới vết rách bị trượt ra khỏi đai. Quá trình điều trị có bơm khí nở nội nhãn tuy nhiên các bệnh nhân chưa tuân thủ tốt tư thế đầu hậu phẫu, dẫn đến vết rách bị mở lại, võng mạc không áp. Các bệnh nhân này sau đó đã được phẫu thuật lại và hiện tại ổn định.

Ở thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật, có 2 bệnh nhân (13,3%) trong số 15 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi xuất hiện màng trước võng mạc vùng hoàng điểm, tuy nhiên ở mức độ nhẹ không ảnh hưởng nhiều tới thị lực bệnh nhân. Quá liều lạnh đông võng mạc có thể là yếu tố nguy cơ do nó làm rơi các tế bào biểu mô sắc

tổ vào buồng dịch kính. Nó là một trong các nguyên nhân thường gặp gây giảm thị lực ở các ca phẫu thuật đai củng mạc thành công.

Có 1 bệnh nhân nghiên cứu (6,67%) tại thời điểm 6 tháng sau mổ đai củng mạc xuất hiện đục thể thủy tinh vùng vỏ, tuy nhiên mức độ đục không ảnh hưởng tới việc soi đáy mắt. Bệnh nhân này trước đó không được bơm khí nở nội nhãn. Đục thể thủy tinh được biết đến xuất hiện ở các bệnh nhân bong võng mạc, đặc biệt trên các bệnh nhân bong lâu ngày và có nhãn áp thấp hoặc yếu tố viêm trước mổ. Mặt khác trong một số nghiên cứu, mắt được phẫu thuật đai củng mạc có nguy cơ cao hơn hình thành đục thể thủy tinh.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật bong võng mạc kính điển có dùng đèn nội nhãn chandelier là một phương pháp mới, ít biến chứng, hứa hẹn đem lại khá nhiều lợi ích cho quá trình phẫu thuật và hậu phẫu, cho kết quả khả quan.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Schepens CL, Okamura ID, Brockhurst RJ. The scleral buckling procedures. I. Surgical

- techniques and management. Archives of Ophthalmology. 1957;58(6):797-811.
2. Arruga H. Retinal detachment operations. Bibliotheca Ophthalmologica: Supplementa ad Ophthalmologica. 1957;12(47):443.
3. Khan MT, Jan S, Karim S. Outcome of scleral buckling procedures for primary rhegmatogenous retinal detachment. Trauma. 2010;16:28-57.
4. Seider MI, Nomides REK, Hahn P, Mruthunjaya P, Mahmoud TH. Scleral Buckling with Chandelier Illumination. Journal of Ophthalmic and Vision Research. 2016;11(3):304-309.
5. Mehta S, Hubbard III GB. Avoiding Neck Strain in Vitreoretinal Surgery: An Ergonomic Approach to Indirect Ophthalmoscopy and Laser Photocoagulation. Retina. 2013;33(2):439-441.
6. Imai H, Tagami M, Azumi A. Scleral buckling for primary rhegmatogenous retinal detachment using noncontact wide-angle viewing system with a cannula-based 25 G chandelier endoilluminator. Clinical Ophthalmology. 2015;9:2103-2107.
7. Narayanan R, Tyagi M, Hussein A, Chhablani J, Apte RS. Scleral buckling with wide-angled endoillumination as a surgical educational tool. Retina. 2016;36(4):830-833.
8. Cohen E, Rosenblatt A, Bornstein S, Loewenstein A, Barak A, Schwartz S. Wide-angled endoillumination vs traditional scleral buckling surgery for retinal detachment - a comparative study. Clinical Ophthalmology. 2019;13:287-293.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HÓA DƯỢC Ở NGƯỜI BỆNH TUỔI THANH THIẾU NIÊN CÓ RỐI LOẠN LOẠN THẦN CẤP VÀ NHẤT THỜI

Cao Thị Ánh Tuyết<sup>1,2</sup>, Nguyễn Văn Tuấn<sup>1,2</sup>, Nguyễn Thành Long<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Rối loạn loạn thần cấp (RLLTC) và nhất thời là một chẩn đoán thường gặp trong thực hành lâm sàng tâm thần, và gặp không ít ở người bệnh tuổi thanh thiếu niên. Nguyên tắc điều trị rối loạn này bao gồm sự kết hợp hóa dược và liệu pháp tâm lý. **Mục tiêu:** Đánh giá điều trị hóa dược ở người bệnh tuổi thanh thiếu niên có rối loạn loạn thần cấp và nhất thời. **Đối tượng:** 38 bệnh nhân được chẩn đoán RLLTC và nhất thời theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10 (F23) điều trị tại Viện Sức khỏe tâm thần trong thời gian từ 7/2021-05/2022. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang, tiến cứu. **Kết quả:** Loại thuốc an thần khn (ATK) được sử dụng nhiều nhất trong quá trình điều

trị là haloperidol và risperidone với 84,2%. Thời gian nằm viện 1-2 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất là 34,2% trung bình là  $20,6 \pm 12,60$ , đa số người bệnh có các triệu chứng hoang tưởng và ảo giác thuyên giảm trong 2 tuần đầu. **Kết luận:** Ưu tiên điều trị RLLTC và nhất thời cần sử dụng ATK.

**Từ khóa:** rối loạn loạn thần cấp và nhất thời, an thần kinh, thanh thiếu niên

### SUMMARY

#### RESULTS OF PSYCHOTROPIC TREATMENT FOR PSYCHOTIC ADOLESCENTS

**Background:** Psychotic disorders is one of the common mental diagnoses in clinical practice, not rare in adolescents. Adolescents with delusion are not studied much yet. **Objectives:** comments on psychotropic treatment for psychotic adolescents at national institute of mental health. **Subjects:** 38 recruited in-patients diagnosed psychotic disorder according to ICD-10 criteria (F23) at National Institute of Mental Health during the period from 05/2021 to 07/2022. **Method:** perspective cross sectional study. **Result:** The most commonly used antipsychotic were

<sup>1</sup>Trường đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Ánh Tuyết

Email: caoanhtuyet19@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2022

Ngày duyệt bài: 23.11.2022