

tương nghiên cứu, trong nhiều loại tổn thương buồng tử cung được phát hiện bao gồm viêm niêm mạc tử cung mạn tính có tỷ lệ cao nhất chiếm 29.6%. Không có trường hợp tai biến, biến chứng nào liên quan đến soi buồng tử cung được ghi nhận.

Soi buồng tử cung là kỹ thuật chẩn đoán an toàn, thời gian thực hiện ngắn và đáng tin cậy, nên được coi là một phương pháp quan trọng để đánh giá buồng tử cung đặc biệt trên những bệnh nhân thất bại làm tổ liên tiếp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Busnelli A., Reschini M., Cardellicchio L. và cộng sự.** (2020). How common is real repeated implantation failure? An indirect estimate of the prevalence. *Reprod Biomed Online*, 40(1), 91–97.
2. **Kitaya K., Matsubayashi H., Takaya Y. và cộng sự.** (2017). Live birth rate following oral antibiotic treatment for chronic endometritis in infertile women with repeated implantation failure. *Am J Reprod Immunol*, 78(5).
3. **Mascarenhas M., Jeve Y., Polanski L. và cộng sự.** (2021). Management of recurrent implantation failure: British Fertility Society policy and practice guideline. *Hum Fertil (Camb)*, 1–25.
4. **Shaulov T., Sierra S., và Sylvestre C.** (2020). Recurrent implantation failure in IVF: A Canadian Fertility and Andrology Society Clinical Practice Guideline. *Reproductive BioMedicine Online*, 41(5), 819–833.
5. **El-Toukhy T., Campo R., Khalaf Y. và cộng sự.** (2016). Hysteroscopy in recurrent in-vitro fertilisation failure (TROPHY): a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet*, 387(10038), 2614–2621.
6. **Lensen S., Osavlyuk D., Armstrong S. và cộng sự.** (2019). A Randomized Trial of Endometrial Scratching before In Vitro Fertilization. *New England Journal of Medicine*, 380(4), 325–334.
7. **Gao M., Sun Y., Xie H. và cộng sự.** (2015). Hysteroscopy prior to repeat embryo transfer may improve pregnancy outcomes for asymptomatic women with repeated implantation failure. *J Obstet Gynaecol Res*, 41(10), 1569–1576.
8. **Zargar M., Ghafourian M., Nikbakht R. và cộng sự.** (2020). Evaluating Chronic Endometritis in Women with Recurrent Implantation Failure and Recurrent Pregnancy Loss by Hysteroscopy and Immunohistochemistry. *J Minim Invasive Gynecol*, 27(1), 116–121.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT PHACO ĐẶT THỂ THỦY TINH NHÂN TẠO CHO NGƯỜI NGHÈO TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN HUYỆN TỈNH LẠNG SƠN

Lý Minh Đức¹, Nguyễn Minh Phú²,
Trần Minh Đạt², Bùi Đào Quân²

TÓM TẮT

Trong thời gian từ tháng 12/2019 đến tháng 12/2021, chúng tôi đã mổ Phaco đặt thể thủy tinh nhân tạo cho 188 bệnh nhân tại 3 Bệnh viện huyện Tràng Định, Văn Lãng, Lộc Bình tỉnh Lạng Sơn với mục đích đánh giá kết quả cải thiện thị lực, đánh giá các biến chứng của phẫu thuật và biện pháp xử lý các biến chứng. Kết quả cho thấy phần lớn các bệnh nhân sau mổ Phaco đặt thể thủy tinh nhân tạo thị lực đều tăng. Sau mổ 1 ngày 77,1% bệnh nhân có thị lực >3/10; sau mổ 1 tháng là 91,5%. Biến chứng có thể gặp trong phẫu thuật là xé bao trước không liên tục 6,4%, rách bao sau thoát dịch kính 2,6%, sau phẫu thuật là phù giác mạc, viêm giác mạc khứa 4,2%. Các trường hợp này được xử lý tốt và cho kết quả khả quan.

¹Bệnh viện 19-8

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lý Minh Đức

Email: drminhduc198@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2023

Ngày duyệt bài: 3.3.2023

SUMMARY

ASSESSMENT OF SURGERY RESULTS PHACO INSTALLED ARTIFICIAL GLASS CARDS FOR THE POOR IN SOME LANG SON PROVINCE DISTRICT HOSPITAL

During the period from December 2019 to December 2021, we performed Phaco surgery for 188 patients at 3 hospitals of Trang Dinh, Van Lang, and Loc Binh districts, Lang Son province with the aim of evaluate the results of improving vision, evaluate the complications of surgery and measures to handle complications. The results showed that the majority of patients after Phaco surgery with artificial lenses had increased visual acuity. 1 day after surgery, 77.1% of patients had visual acuity > 3/10; 1 month after surgery is 91.5%. Possible complications during surgery are intermittent anterior capsular tear 6.4%, posterior capsular rupture of vitreous drainage 2.6%, postoperative corneal edema, keratitis 4.2%. These cases are well handled and give positive results.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đục thể thủy tinh (TTT) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa ở Việt

Nam cũng như trên thế giới. Theo nghiên cứu tại Việt Nam có khoảng gần 1 triệu người mù lòa, trong đó đục TTT chiếm khoảng 70,7%. Ngày nay, với sự tiến bộ không ngừng của kỹ thuật trong Y học, phẫu thuật Phaco là phẫu thuật khá an toàn, ít biến chứng, phục hồi thị lực nhanh chóng và tối đa cho người bệnh... Phương pháp phẫu thuật này có rất nhiều ưu điểm, đặc biệt là vết mổ nhỏ, do đó giảm độ loạn thị, vết mổ nhanh liền, rút ngắn thời gian hậu phẫu, đem lại thị lực cao cho bệnh nhân ngay từ những ngày đầu sau mổ.

Cùng với nhiều nghiên cứu của các tác giả trên thế giới, các tác giả Việt Nam cũng đưa ra tỷ lệ thành công của phẫu thuật là rất cao. Tuy nhiên các tác giả cũng đã đề cập đến một số biến chứng có thể xảy ra trong và sau quá trình phẫu thuật như rách bao sau, phù giác mạc, lệch TTT nhân tạo... có thể gây ảnh hưởng tới chức năng thị giác của bệnh nhân đòi hỏi phải có các biện pháp phòng tránh, phát hiện và điều trị kịp thời.

Lạng Sơn là một tỉnh miền núi nằm phía bắc Tổ quốc diện tích 8.310 km², dân số khoảng 780 nghìn người với 7 dân tộc anh em, toàn tỉnh có 1 thành phố, 10 huyện, đại đa số người dân sống bằng nghề nông, trình độ dân trí còn thấp, phong tục tập quán lạc hậu, giao thông đi lại khó khăn, mật độ dân cư phân tán. Do đó đời sống của phần lớn người dân ở Lạng Sơn còn nghèo, thu nhập thấp, cơ sở hạ tầng còn nhiều khó khăn.

Tỷ lệ đục thể thủy tinh của nhân dân Lạng Sơn là 2,5% ở người trên 50 tuổi và 0,4% dân số theo số liệu điều tra năm 2010. Nhằm giúp đỡ người nghèo và mang lại ánh sáng cho họ, trong thời gian từ tháng 12/2019 đến tháng 12/2021, chúng tôi đã mổ Phaco đặt thể thủy tinh nhân tạo cho 188 bệnh nhân tại 3 Bệnh viện huyện Tràng Định, Văn Lãng, Lộc Bình tỉnh Lạng Sơn.

Chúng tôi xin tổng kết từ 188 trường hợp để đánh giá kết quả phẫu thuật với mục tiêu:

1. Đánh giá thị lực bệnh nhân sau phẫu thuật Phaco đặt thể thủy tinh nhân tạo.
2. Tìm hiểu các biến chứng trong quá trình phẫu thuật và rút ra một số kinh nghiệm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả những bệnh nhân được khám, chẩn đoán là đục thể thủy tinh thị lực từ ST(+) đến ĐNT <5m, tại 3 huyện Tràng Định, Văn Lãng, Lộc Bình. Tại mắt và toàn thân không có bệnh viêm nhiễm cấp tính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu

- Máy sinh hiển vi phẫu thuật.
- Máy mổ Phaco Oertli OS3.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật Phaco.
- Thể thủy tinh nhân tạo mềm.
- Thuốc trước, trong, sau mổ.

2.3. Chuẩn bị bệnh nhân

- Hạ nhãn áp bằng Acetazolamide 0,25g và Kaliorid 0,6g.

- Vệ sinh mắt: bơm rửa lệ đạo, tra nhỏ kháng sinh.

- Tra giãn đồng tử bằng Mydrin-P.

- Nhỏ thuốc tê bề mặt Alcaïn 0,5%.

- Gây tê cạnh nhãn cầu bằng Lidocain 2%.

2.4. Kỹ thuật

- Mở giác mạc sát rìa.

- Bơm nhầy Viscoat.

- Xé bao hình tròn liên tục.

- Tách nước xoay nhân.

- Phaco tán nhuyễn thể thủy tinh bằng sóng siêu âm.

- I/A rửa hút sạch chất nhân.

- Bơm nhầy.

- Đặt thể thủy tinh nhân tạo.

- Bơm phù mép mổ.

- Tra thuốc băng mắt.

2.5. Theo dõi hậu phẫu

- Bệnh nhân băng mắt 1 ngày đầu, ngày hôm sau bỏ băng nhìn bình thường.

- Dùng thuốc kháng sinh tra nhỏ tại chỗ, kháng sinh toàn thân, chống viêm giảm phù nề.

2.6. Đánh giá kết quả

- Các biến chứng trong và sau mổ.

- Mức độ phục hồi thị lực sau 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng.

2.7. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học, các thuật toán được thực hiện thông qua sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

3.1.1. Độ tuổi. Độ tuổi trung bình trong tổng số 188 bệnh nhân mổ là 65,2 trẻ tuổi nhất là 48 tuổi, cao tuổi nhất là 89 tuổi.

Độ tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
<50	6	3,2
50-69	58	30,8
70-79	112	59,6
>80	12	6,4
Tổng số	188	100

3.1.2. Giới tính. Nam 120 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 63,83%, nữ 68 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 36,17%.

3.2. Đặc điểm đục thể thủy tinh

3.2.1. Hình thái đục thể thủy tinh

Hình thái đục	Số lượng	Tỷ lệ %
Đục nhân và lớp vỏ	146	77,6
Đục chín trắng	8	4,3
Đục dưới bao sau	33	17,6
Đục TTT căng phồng tăng nhãn áp	1	0,5
Tổng số	188	100

Nhận xét: Hình thái thể thủy tinh đục thường gặp là đục nhân và lớp vỏ, chiếm 77,6%; hình thái đục ở dưới bao sau, chiếm 17,6%. Trong số này chúng tôi gặp 8 bệnh nhân đục nhân chín trắng chiếm 4,3%, trong đó có 1 trường hợp (0,5%) đục TTT căng phồng tăng nhãn áp, TTT căng phồng làm cho tiền phòng nông, hẹp góc tiền phòng gây tăng nhãn áp.

3.2.2. Đặc điểm độ cứng thể thủy tinh

Độ cứng thể thủy tinh	Số lượng	Tỷ lệ %
Độ I-II	34	18,1
Độ III	78	41,5

3.3.2. Thị lực sau mổ

Thời gian Thị lực	Sau mổ 1 ngày		Sau mổ 1 tuần		Sau mổ 1 tháng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
ST(+)	0	0	0	0	0	0
ĐNT < 1m	1	0,5	0	0	0	0
ĐNT 1m-5m	10	5,3	2	1,1	1	0,5
1/10-3/10	32	17,1	19	10,1	15	8,0
>3/10	145	77,1	157	83,5	172	91,5
Tổng số	188	100	188	100	188	100

Nhận xét: Trước mổ, đa số bệnh nhân có thị lực kém. Sau mổ 1 ngày thị lực được cải thiện đáng kể. Từ sau mổ 1 tuần đến 1 tháng, thị lực bệnh nhân thay đổi khá rõ rệt có 172 bệnh nhân (91,5%) đạt thị lực >3/10 sau mổ 1 tháng. Với tính ưu việt của phương pháp mổ Phaco đó là đường mổ nhỏ, an toàn, ít xảy ra các biến chứng sau mổ nên thị lực sau mổ của hầu hết các bệnh nhân đều đạt kết quả tốt.

3.3.3. Biến chứng trong và sau mổ

STT	Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Xuất huyết tiền phòng	0	0
2	Xé bao không liên tục	12	6,4
3	Tổn thương mống mắt	2	1,1
4	Rách bao sau	5	2,6
5	Rơi mảnh nhân vào buồng dịch kính	0	0
6	Xuất huyết dịch kính	0	0
7	Phù giác mạc	8	4,2
8	Lệch TTT nhân tạo	1	0,5

Nhận xét: - Xé bao trước không liên tục: Là

Độ IV	64	34
Độ V	12	6,4
Tổng số	188	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân mổ có độ cứng nhân trung tâm ở độ III, IV chiếm 41,5% và 34%.

3.3. Kết quả phẫu thuật

3.3.1. Thị lực trước phẫu thuật

Thị lực trước phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ %
ST(+)	1	0,5
ĐNT < 1m	23	12,2
ĐNT 1m-5m	122	65
1/10-3/10	42	22,3
Tổng số	188	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân trước phẫu thuật có thị lực kém trong đó thị ĐNT 1m-ĐNT5m là chủ yếu chiếm 65%. Do bệnh nhân ở vùng sâu vùng xa, sự tiếp cận y tế là rất khó khăn và nhận thức về sức khỏe kém, đặc biệt là sức khỏe thị lực, nên họ thường đợi khi nào mắt nhìn mờ hẳn, ảnh hưởng nhiều đến các sinh hoạt trong cuộc sống thì mới đến cơ sở y tế để khám.

biến chứng hay gặp nhất trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi. Do hiện tượng TTT đục chín trắng căng phồng, áp lực TTT đè vào bao trước tử trong ra căng, các xơ sợi TTT ngậm nước, trương lên và căng ra làm cho tiền phòng nông, đường xé bao có xu hướng toạc ra chu biên. Chúng tôi xử trí các trường hợp này bằng cách sử dụng chất nhầy có trọng lượng phân tử và độ đậm đặc cao, trường hợp xé bao trước toạc ra chu biên và không thể tiếp tục xé tiếp, chúng tôi tiến hành bơm căng chất nhầy vào trong tiền phòng để ép vạt bao xuống dùng kéo cắt bao và tiếp tục xé bao theo chiều ngược lại. Tỷ lệ xé bao thành công của chúng tôi là 93,6% (172 trường hợp). Có 6,4% (12 trường hợp) xé bao không liên tục, đều gặp ở các trường hợp TTT đục chín trắng, căng phồng, nhân cứng độ IV-V.

- Rách bao sau: Rách bao sau chúng tôi gặp ở những trường hợp nhân đục chín trắng độ V, do nhân cứng, khó bắt chẻ và thường gặp ở cuối thì tán nhuyễn, những trường hợp rách bao sau,

thoát dịch kính chúng tôi phải dùng Phaco ngay lập tức, sau đó tiến hành cắt dịch kính, rạch rộng mép mổ và dùng chất nhầy để đẩy mảnh nhân cuối cùng ra khỏi tiền phòng, đặt TTT nhân tạo ra trước vòng bao trước TTT, khâu mép mổ. Tỷ lệ rách bao sau chúng tôi gặp là 2,6% (5 trường hợp).

- Phù giác mạc: Biểu chứng phù giác mạc chúng tôi gặp ở 8 trường hợp (4,2%) nhân đục chín trắng, căng phồng, độ V, năng lượng siêu âm tán nhuyễn ca và thời gian tiến hành tán nhuyễn kéo dài. Khám lại ngay sau mổ ngày đầu, chúng tôi sử dụng thuốc tra nhỏ kháng sinh, chống viêm, dung dịch nước muối 5%, dinh dưỡng giác mạc. Biểu chứng này xử trí nhanh và mất sau 1 tuần điều trị.

Có 1 trường hợp bị lệch TTT nhân tạo, do rách bao sau, thoát dịch kính nên bắt buộc chúng tôi phải cài TTT nhân tạo vào trước bao trước. Trường hợp này gặp ở cùng biểu chứng xé bao không liên tục và rách bao sau. Tuy nhiên TTT nhân tạo lệch nhẹ nên chúng tôi không cần can thiệp gì thêm.

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật Phaco là kỹ thuật giúp khôi phục thị lực cho các bệnh nhân có thị lực bị giảm do đục thủy tinh thể. Kỹ thuật này thể hiện ở những ưu điểm như: vết mổ nhỏ, nhanh liền, giảm độ loạn thị, hạn chế nhiễm trùng, rút ngắn thời gian hậu phẫu và dần thay thế các kỹ thuật mổ thể thủy tinh khác trên thế giới. Đây là kỹ thuật

được bác sĩ Charles D. Kelman mô tả lần đầu tiên vào năm 1967, kỹ thuật này đòi hỏi phẫu thuật viên phải có trình độ cao, đôi bàn tay khéo léo. Hiện nay phẫu thuật Phaco được xem là một phương pháp điều trị bệnh đục thể thủy tinh mang lại kết quả tối ưu nhất và đã được áp dụng rộng rãi tại các Bệnh viện trên toàn quốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Như Hân, Nguyễn Thu Hương** (2004), Nghiên cứu một số biến chứng của phẫu thuật Phacoemulsification và cách xử trí, Tạp chí Nhân khoa Việt Nam số 1 (06/2004), tr 39-54.
2. **Bautista C.P., González D.C., and Gómez A.C.** (2012), "Evolution of visual performance in 70 eyes implanted with the Tecnis® ZMB00 multifocal intraocular lens", Clin Ophthalmol Auckl NZ. 6, 403-407.
3. **Alió J.L., Plaza-Puche A.B., Piñero D.P., et al** (2011), "Quality of life evaluation after implantation of 2 multifocal intraocular lens models and a monofocal model", J Cataract Refract Surg. 37(4), 638-648.
4. **Assil K.K., Harris L., and Cecka J.** (2015), "Transverse vs torsional ultrasound: prospective randomized contralaterally controlled study comparing two phacoemulsification-system handpieces", Clin Ophthalmol Auckl NZ. 9, 1405-1411.
5. **Ewais W.A., Nossair A.A.M., and Ali L.S.** (2015), "Novel approach for phacoemulsification during combined phacovitrectomy", Clin Ophthalmol Auckl NZ. 9, 2339-2344.
6. **Park J.-H., Yoo C., Song J.-S., et al** (2016), "Effect of cataract surgery on intraocular pressure in supine and lateral decubitus body postures", Indian J Ophthalmol. 64(10), 727.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỐNG THÊM TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ HỌNG MIỆNG CÓ TÌNH TRẠNG P16 DƯƠNG TÍNH TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Hùng Kiên¹, Trần Thị Hậu²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sống thêm và phân tích một số yếu tố tiên lượng trên bệnh nhân ung thư họng miệng có tình trạng p16 dương tính được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện K từ 09/2017 đến 09/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu kết hợp tiến cứu 33 bệnh nhân ung thư họng miệng có tình trạng p16 dương tính được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện K từ 09/2017 đến 09/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ thời gian sống thêm toàn bộ thời điểm 3 năm và 5 năm lần lượt là 78,2% và 76,1%. Giai đoạn I-II có tỷ

lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 86,2% cao hơn so nhóm giai đoạn III-IV là 67,9%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,044$. Toàn trạng ECOG 0-1 có tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 82,3% cao hơn so nhóm ECOG 2-3 là 66,8%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,043$. Các yếu tố nhóm tuổi, giới tính, độ mô học không ảnh hưởng đến tỷ lệ sống thêm 5 năm. **Kết luận:** Bệnh nhân ung thư biểu mô vảy vùng họng miệng có tình trạng p16 dương tính có tiên lượng tốt, tỷ lệ thời gian sống thêm toàn bộ thời điểm 5 năm là 76,1%. Giai đoạn bệnh và toàn trạng ECOG ảnh hưởng đến thời gian sống thêm toàn bộ của nhóm nghiên cứu.

Từ khóa: Ung thư họng miệng, p16 dương tính, sống thêm toàn bộ.

SUMMARY

EVALUATING THE SURVIVAL OUTCOME OF PATIENTS DIAGNOSED OF P16-POSITIVE

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Hùng Kiên

Email: kiencc@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.2.2023

Ngày duyệt bài: 28.2.2023