

Phạm Nguyễn Tố Như, Lâm Thị Mỹ [2] tử vong là không đáp ứng với bơm Surfactant và nhiễm trùng sơ sinh. Nguyễn Việt Đông [6], tử vong do suy hô hấp (50%) và xuất huyết phổi (33,3%), nhiễm trùng huyết 6,7%.

Chúng tôi, 46 ca thở máy không xâm nhập NCPAP/NIPPV với thời gian trung vị là 6 ngày. Theo Nguyễn Việt Đông [6] là 5,1 ngày. Các biến chứng gồm: tràn khí màng phổi (5,3%), xuất huyết phổi (5,3%) và hạ huyết áp hệ thống (15,8%) tương tự kết quả của một số nghiên cứu trong nước khác [6][2].

V. KẾT LUẬN

Điều trị Surfactant thay thế ở trẻ sơ sinh non tháng bị bệnh màng trong tại Bệnh viện Sản-Nhi Quảng Ngãi đem lại hiệu quả lâm sàng rõ rệt, giảm nhu cầu Oxy sau bơm thuốc 1 giờ, X-Quang phổi cải thiện 96,5% sau 6 giờ bơm thuốc. Bệnh có liên quan đến giới tính nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Nguyễn Tố Như, Lâm Thị Mỹ (2010)**, "Mô tả kết quả điều trị bệnh màng trong ở trẻ sơ sinh non bằng Surfactant qua kỹ thuật INSURE", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 1(14), tr.155-161.

2. **Trần Thị Bích Phương, Trần Tôn Nữ Anh Ty (2012)**, "Đánh giá hiệu quả điều trị Surfactant trong điều trị bệnh màng trong ở trẻ sơ sinh non tại khoa hồi sức cấp cứu Bệnh viện Nhi Đồng Nai", Đề tài cấp tỉnh năm 2012.
3. **Trần Thị Thủy, Ngô Thị Xuân (2017)**, "Kết quả phương pháp INSURE trong điều trị hội chứng suy hô hấp ở trẻ đẻ non tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh năm 2017", Tạp chí Khoa học ĐHQGHN: Khoa học Y Dược, 33(2), tr.106-114.
4. **Nakhshab M, Tajbakhsh M, Khani S, et al (2015)**, "Comparison of the effect of Surfactant administration during nasal continuous positive airway pressure with that of nasal continuous positive airway pressure alone on complications of respiratory distress syndrome: a randomized controlled study", Pediatrics & Neonatology, 56 (2), pp.88-94.
5. **Nguyễn Việt Đông, và cs (2018)**. Nghiên cứu điều trị bệnh màng trong ở trẻ đẻ non bằng liệu pháp Surfactant tại Khoa Nhi – Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Tĩnh.
6. **Fujiwara T, Chida S, Watabe Y, et al (1980)**, "Artificial Surfactant therapy in hyaline-membrane disease", The Lancet, 315 (8159), pp.55-59.
7. **Ramathan R, Rsmussen MR, Gerstmann D, et al (2004)** "A randomized, multicenter masked comparison trial of Curosurf versus Survanta in the treatment of respiratory distress syndrome in preterm infant", AJP, 21(3), pp.109- 119.

KẾT QUẢ BAN ĐẦU CỦA PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ LỖ HOÀNG ĐIỂM DO CHẤN THƯƠNG ĐỤNG DẬP NHẪN CẦU

Nguyễn Minh Thi¹, Đỗ Như Hơn¹,
Thẩm Trương Khánh Vân², Nguyễn Thái Đạt²

TÓM TẮT

Lỗ hoàng điểm do chấn thương đụng dập nhãn cầu là một bệnh lý nặng, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng thị giác. Cho đến nay, phẫu thuật cắt dịch kính, bóc màng ngăn trong, độn khí nở nội nhãn vẫn được áp dụng cho những trường hợp lỗ hoàng điểm chấn thương không tự đóng và mang đến kết quả khả quan. Tuy nhiên những báo cáo về kết quả điều trị lỗ hoàng điểm chấn thương còn lẻ tẻ và chủ yếu được thực hiện trên các nhóm bệnh nhân nhỏ. Mục tiêu nghiên cứu nhằm mô tả một số kết quả ban đầu của phẫu thuật điều trị lỗ hoàng điểm do chấn thương đụng dập nhãn cầu. Nghiên cứu mô tả được tiến hành trên 33 mắt có lỗ hoàng điểm do chấn

thương đụng dập nhãn cầu. Kết quả cho thấy 81,8% nhóm nghiên cứu thành công đóng lỗ hoàng điểm sau một đến hai lần phẫu thuật. 57,6% các trường hợp đóng lỗ hoàng điểm type 1 và 24,2% đóng lỗ hoàng điểm type 2. Có 27,3% tổng số bệnh nhân cần đến phẫu thuật lần hai sau phẫu thuật lần đầu tiên lỗ hoàng điểm không đóng. Trong nhóm này, tỉ lệ đóng lỗ hoàng điểm chỉ đạt 44,44% với tỉ lệ đóng lỗ hoàng điểm type 1 sau mổ rất thấp chỉ đạt 11,11%. Sau phẫu thuật 3 tháng, 45,5% số bệnh nhân có cải thiện thị lực từ 2 dòng Snellen trở lên. Chiều dày trung tâm hoàng điểm và vùng ellipsoid sau phẫu thuật giảm nhẹ so với trước phẫu thuật, không có ý nghĩa thống kê. Với những trường hợp đóng lỗ hoàng điểm type 2 sau phẫu thuật, kích thước đáy lỗ hoàng điểm có thu hẹp so với trước phẫu thuật ($p < 0,05$).

Từ khóa: Lỗ hoàng điểm, chấn thương đụng dập nhãn cầu

SUMMARY

THE EARLY RESULT FOR TREATMENT OF TRAUMATIC MACULAR HOLE DUE TO BLUNT TRAUMA

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Thi

Email: nguyennminhthi.vnio@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 23.4.2021

Ngày duyệt bài: 4.5.2021

Traumatic macular hole due to blunt trauma is a serious condition that reduces visual acuity significantly. The purpose of this study is to describe some early outcomes of surgical treatment for traumatic macula hole due to blunt trauma. This descriptive study was conducted on 33 eyes of 33 patients with macular hole due to blunt trauma. The macular hole is successfully closed in 81.8% of the research group after one or two operations. 57.6% of the cases is of type 1 closure and 24.2% of the cases is of type 2 closure. There are 9 patients (27.3%) who require a second surgery after the first surgery failed to close the macular hole. Among the group of patients requiring second surgeries, the rate of closure is only 44.44%. In which, the rate of type 1 closure after surgery is very low, only about 11.11%. 3 months after surgery, 45.5% of patients has visual acuity more than 20/160. 66.7% of patients reports improvement in their visual function after surgery, 45.5% of the patients improves their vision more than 2 Snellen lines. The central subfield thickness and the ellipsoid zone decrease slightly after surgery, the difference is not statistically significant. In type 2 closure cases, the basal diameter of the hole post-surgery decreases ($p < 0.05$).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lỗ hoàng điểm (LHD) là sự mất liên tục về giải phẫu của võng mạc thần kinh cảm thụ ở vùng trung tâm của hoàng điểm, gây suy giảm nghiêm trọng chức năng thị giác. Năm 1991, Kelli và cs báo cáo những trường hợp lỗ hoàng điểm nguyên phát đầu tiên đã được điều trị thành công sau phẫu thuật cắt dịch kính, bơm khí nở nội nhãn.¹ Vai trò của cắt dịch kính trong điều trị lỗ hoàng điểm chấn thương vẫn còn chưa rõ ràng do cơ chế bệnh sinh phức tạp của bệnh. Nghiên cứu của Amari và cs cũng cho thấy tỉ lệ đóng lỗ hoàng điểm chấn thương là 70% sau một phẫu thuật và 96% sau phẫu thuật lần hai. Thị lực trung bình sau mổ là 20/60 với 61% đạt thị lực từ 20/60 trở lên.² Những cải tiến về phương pháp phẫu thuật luôn được nghiên cứu áp dụng với mục đích tăng cao tỷ lệ đóng lỗ hoàng điểm và phục hồi thị lực tốt nhất cho bệnh nhân. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả một số kết quả ban đầu sau phẫu thuật điều trị lỗ hoàng điểm chấn thương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: là những bệnh nhân (BN) bị lỗ hoàng điểm do chấn thương đụng dập nhãn cầu được khám, nhập viện và điều trị phẫu thuật tại khoa chấn thương bệnh viện Mắt TW từ 01/09/2014.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: các bệnh nhân có lỗ hoàng điểm được chẩn đoán xác định trên lâm sàng và chụp cắt lớp quang học (OCT), có tiền sử chấn thương đụng dập nhãn cầu trước

đó, có các triệu chứng cơ năng (nhìn mờ, nhìn méo hình...) xuất hiện sau chấn thương.

Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh nhân có bệnh lý nặng của bán phần trước và bán phần sau nhãn cầu do chấn thương hoặc không do chấn thương gây ảnh hưởng đến quá trình thăm khám, đánh giá tình trạng võng mạc; các bệnh nhân không phối hợp trong quá trình thăm khám (do tình trạng toàn thân nặng, quá già yếu, quá bé); các bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, tiến cứu

Mẫu nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành trên 33 mắt bị lỗ hoàng điểm do chấn thương đụng dập nhãn cầu

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu chùm ca bệnh.

Phương tiện nghiên cứu: các phương tiện sẵn có phục vụ khám, theo dõi bệnh tại bệnh viện Mắt TW

Các bước tiến hành nghiên cứu: các bệnh nhân được hỏi bệnh, khám lâm sàng, khám nghiệm OCT, được phẫu thuật cắt dịch kính 23G, bóc màng ngăn trong, bơm khí nở nội nhãn (SF6 hoặc C3F8). Bệnh nhân được chỉ định nằm sấp và ngồi cúi mặt trong 1 tuần đầu sau mổ. Các bệnh nhân được khám lại sau 3 tháng, ghi nhận thị lực, các triệu chứng cơ năng và thực thể, làm lại OCT.

Các biến số nghiên cứu: - Thị lực khi vào viện/ khám lại phân loại theo WHO (<20/400, 20/400-20/200, ≥20/160); Mức cải thiện thị lực sau phẫu thuật: giảm, không đổi, tăng

- Type đóng của lỗ hoàng điểm sau phẫu thuật chia làm 2 type³:

Type 1: lỗ hoàng điểm đóng hoàn toàn, không có tổn hại lớp võng mạc thần kinh cảm thụ; Type 2: Có tổn hại lớp võng mạc thần kinh cảm thụ, bờ lỗ hoàng điểm áp sát lớp biểu mô sắc tố, quang dịch dưới bờ lỗ hoàng điểm tiêu hết.

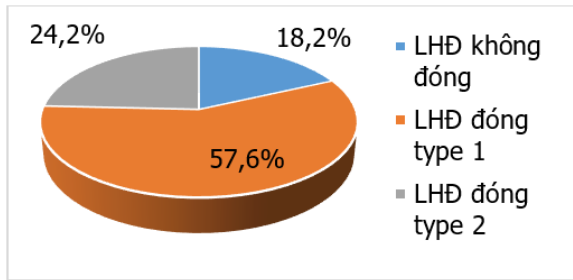
- Các thông số của LHD trên OCT khi vào viện/khám lại: Chiều dày võng mạc trung tâm hoàng điểm, kích thước đáy LHD, kích thước đỉnh LHD, tổn hại mỗi nới phần trong-phần ngoài tế bào quang thụ (vùng ellipsoid) (μm)

3. Xử lý số liệu: số liệu được nhập trên chương trình SPSS 16.0

4. Đạo đức nghiên cứu: bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tỷ lệ đóng lỗ hoàng điểm sau phẫu thuật



Biểu đồ 1: Tỷ lệ đóng lỗ hoàng điểm sau phẫu thuật cắt dịch kính

Trong nhóm nghiên cứu có 27 bệnh nhân chiếm 81,8% các trường hợp đóng lỗ hoàng điểm sau một đến hai lần phẫu thuật. Có 27,3% tổng số bệnh nhân cần đến phẫu thuật lần 2 sau phẫu thuật lần đầu tiên thất bại.

2. Kết quả thành công về giải phẫu của lỗ hoàng điểm sau phẫu thuật

Bảng 1: Kết quả giải phẫu của lỗ hoàng điểm sau phẫu thuật cắt dịch kính

Mổ lần 2	Lỗ hoàng điểm	n	%
Có (n=9)	Không đóng	5	55,56
	Đóng type 1	1	11,11
	Đóng type 2	3	33,33
Không (n=27)	Không đóng	1	4,17
	Đóng type 1	18	75
	Đóng type 2	5	27,78

Trong số các trường hợp phẫu thuật 1 lần, có 95,83% số bệnh nhân có thành công về giải phẫu đóng lỗ hoàng điểm với tỷ lệ đóng lỗ hoàng điểm type 1 cao lên đến 75%. Trong nhóm phẫu thuật lần hai, tỷ lệ đóng lỗ hoàng điểm chỉ có 44,44% với 11,11% đóng LHD type 1.

3. Kết quả thị lực sau phẫu thuật điều trị lỗ hoàng điểm

Bảng 2: Kết quả thị lực ở thời điểm khám lại 3 tháng sau phẫu thuật

Thị lực khám lại	n	%
<20/400	8	24,2
20/400 – 20/200	10	30,3
≥ 20/160	15	45,5
Chung	33	100

Sau phẫu thuật 3 tháng, có 45,5% số bệnh nhân có mức thị lực từ 20/160 trở lên.

4. Mức cải thiện thị lực sau phẫu thuật điều trị lỗ hoàng điểm. Trong nhóm nghiên cứu có đến 66,7% số bệnh nhân có cải thiện thị lực sau phẫu thuật. Có 15 bệnh nhân chiếm 45,5% tổng số bệnh nhân có cải thiện thị lực từ 2 dòng Snellen trở lên. 6,1% nhóm nghiên cứu có thị lực giảm sau mổ và 27,3% số bệnh nhân có thị lực không thay đổi so với trước mổ

5. Khác biệt giữa thị lực khi vào viện và thị lực khám lại sau 3 tháng

Bảng 3: Khác biệt giữa thị lực khi vào viện và thị lực sau mổ 3 tháng

Thị lực	Thị lực vào		Thị lực khám lại		p
	n	%	n	%	
<20/400	11	33,3	8	24,2	0,06
20/400-20/200	12	36,4	10	30,3	
≥20/160	10	30,3	15	45,5	
Chung	33	100	33	100	

Sau phẫu thuật, tỷ lệ thị lực từ 20/160 trở lên tăng từ 30,3% lên 45,5%, nhóm thị lực kém hơn 20/400 giảm từ 33,33% xuống 24,2%.

6. Sự thay đổi về chiều dày trung tâm hoàng điểm trước và sau phẫu thuật 3 tháng

Bảng 4: Sự thay đổi chiều dày trung tâm hoàng điểm trước và sau phẫu thuật

Chiều dày trung tâm hoàng điểm	TB ± SD	Min-Max	p
Trước điều trị	180,55±91,84	24-411	0,51
Khám lại	171,61±78,73	39-354	

Chiều dày trung tâm hoàng điểm giảm nhẹ sau mổ với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê

7. Tổn hại môi nội phần trong-phần ngoài lớp tế bào quang thụ (vùng ellipsoid) trước và sau phẫu thuật 3 tháng

Bảng 5: Vùng ellipsoid trước và sau phẫu thuật 3 tháng

Vùng ellipsoid	TB±SD	Min-max	p
Trước điều trị (n=33)	2316,49±805,55	1079-4038	0,38
Khám lại (n=30)	2156,63±1040,60	251-3958	

Tổn hại môi nội phần trong và ngoài của lớp tế bào quang thụ sau phẫu thuật có giảm nhẹ. Tuy vậy sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê

8. Khác biệt về kích thước đáy lỗ hoàng điểm trước và sau phẫu thuật 3 tháng

Bảng 6: Khác biệt về kích thước đáy lỗ hoàng điểm trước và sau phẫu thuật

D đáy (LHD đóng type 2)	Vào (n=8)		Khám lại (n=4)	
	n	%	n	%
<500	0	0	1	25,0
500-<1000	0	0	2	50,0
1000-<2000	7	87,5	1	25,0
≥2000	1	12,5	0	0
Chung	8	100	4	100

Với những trường hợp đóng lỗ hoàng điểm type 2 sau phẫu thuật, chúng tôi thấy kích thước đáy lỗ hoàng điểm thu hẹp so với trước phẫu thuật (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ đóng lỗ hoàng điểm nói chung sau một đến hai phẫu thuật của nhóm nghiên cứu là 81,8%. Có 69,70% thành công đóng lỗ hoàng điểm sau một lần phẫu thuật. 27,3% tổng số bệnh nhân cần đến phẫu thuật lần 2 sau phẫu thuật lần đầu tiên lỗ hoàng điểm không đóng. Trong nhóm này, tỉ lệ đóng lỗ hoàng điểm sau mổ chỉ là 44,44%. Do cơ chế bệnh sinh phức tạp và chưa được sáng tỏ của lỗ hoàng điểm chấn thương, vai trò của cắt dịch kính trong điều trị bệnh cũng chưa được khẳng định rõ ràng. Tuy nhiên, phẫu thuật cắt dịch kính, bóc màng ngăn trong, bơm khí nở nội nhãn áp dụng cho các trường hợp lỗ hoàng điểm chấn thương cũng cho các kết quả hồi phục giải phẫu và chức năng khá tốt. Những báo cáo về phẫu thuật cắt dịch kính điều trị LHD chấn thương cho thấy tỉ lệ thành công về giải phẫu dao động từ 45 – 100%, trung bình là 92,5%.⁴⁻⁶ Tỉ lệ đóng lỗ hoàng điểm sau một lần phẫu thuật là 83%.⁷ Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự nghiên cứu của Amari và cs cho rằng tỉ lệ đóng lỗ hoàng điểm chấn thương sau 1 lần phẫu thuật là 70%.² Nghiên cứu của Yuan và cộng sự cho tỉ lệ thành công về giải phẫu của phẫu thuật điều trị lỗ hoàng điểm chấn thương là 69%.⁵

Tỉ lệ đóng lỗ hoàng điểm type 1 nói chung của nhóm nghiên cứu là 57,6%, tỉ lệ đóng lỗ hoàng điểm type 2 là 24,2%. Tỉ lệ đóng lỗ hoàng điểm type 1 trong nhóm phẫu thuật một lần lên đến 75%. Trong khi đó ở nhóm bệnh nhân phải mổ lần hai, tỉ lệ này thấp hơn rất nhiều chiếm 11,11%. Tỉ lệ này của chúng tôi thấp hơn so với một số nghiên cứu trên thế giới. Theo nghiên cứu của Chen và cộng sự trên các BN bị lỗ hoàng điểm chấn thương được cắt dịch kính cho kết quả trong 100 % các trường hợp thành công về mặt giải phẫu, tỉ lệ đóng lỗ hoàng điểm type 1 được quan sát thấy ở 96% số mắt sau phẫu thuật sáu tháng.⁸ Nghiên cứu của Ghoraba và cs trên 16 mắt lỗ hoàng điểm chấn thương được cắt dịch kính, có 81,2% các trường hợp đóng lỗ hoàng điểm type 1 và 18,7% số bệnh nhân có đóng lỗ hoàng điểm type 2.⁶

Sau phẫu thuật 3 tháng, có 45,5% số bệnh nhân có mức thị lực từ 20/160 trở lên. Trong số này, thị lực tốt nhất đạt được là 20/30. Có 10 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 30,3% có thị lực ở mức từ 20/400 đến 20/200 và 24,2% có thị lực kém dưới 20/400. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thị lực của bệnh nhân khi vào viện và khi khám lại ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật. Trong nhóm nghiên cứu của chúng

tôi có 66,7% số bệnh nhân có cải thiện thị lực sau phẫu thuật, 45,5% tổng số bệnh nhân của nhóm nghiên cứu có cải thiện thị lực từ 2 dòng Snellen trở lên. Có 6,1% số bệnh nhân có thị lực giảm sau phẫu thuật 3 tháng và 27,3% nhóm nghiên cứu có thị lực không thay đổi. Theo những nghiên cứu trên thế giới, tỷ lệ thành công về thị lực (cải thiện từ 2 dòng trở lên) dao động từ 27% đến 100%, với mức trung bình là 84%. Nghiên cứu của Hou và Jiang trên 54 mắt bị lỗ hoàng điểm chấn thương cho kết quả với 89% số mắt có lỗ hoàng điểm đóng thành công sau phẫu thuật, thị lực của nhóm bệnh nhân được cải thiện đáng kể, 52% nhóm nghiên cứu có thị lực cuối cùng cải thiện trên 2 dòng.⁹ Tuy vậy Yuan và cs lại cho rằng không có sự cải thiện đáng kể chức năng thị giác ở 69,2% trong số 26 trường hợp lỗ hoàng điểm đóng thành công sau phẫu thuật, tỉ lệ tăng 2 dòng thị lực sau phẫu thuật chỉ có 27%.⁵ Nguyên nhân của kết quả thị lực hạn chế được cho là do sự tổn hại của mỗi nới phần trong với phần ngoài của tế bào quang thụ, do hình thái đóng lỗ hoàng điểm type 2 và những thay đổi của lớp biểu mô sắc tố thứ phát sau chấn thương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chiều dày trung tâm hoàng điểm sau phẫu thuật có xu hướng giảm so với trước phẫu thuật ($p=0,51$), với chiều dày trung bình sau mổ là $171,61 \pm 78,73 \mu\text{m}$. Nhóm bệnh nhân của chúng tôi có chiều dày trung tâm hoàng điểm sau phẫu thuật mỏng hơn so với nghiên cứu của tác giả Tang trên các mắt có lỗ hoàng điểm đã được phẫu thuật với chiều dày trung bình là $232 \mu\text{m}$.¹⁰ Điều này có thể được giải thích bởi chiều dày trung tâm hoàng điểm của một số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi rất mỏng, có trường hợp mỏng nhất là $24 \mu\text{m}$ khi đến viện và $39 \mu\text{m}$ khi đến khám lại. Do chiều dày trung tâm hoàng điểm cũng được cân nhắc là một yếu tố liên quan thuận với mức độ phục hồi thị lực sau phẫu thuật của bệnh nhân lỗ hoàng điểm, nên chúng tôi thấy rằng nhóm bệnh nhân của nghiên cứu có thể có tiên lượng về thị lực sau phẫu thuật khá là hạn chế.

Tổn hại mỗi nới phần trong-phần ngoài của các tế bào quang thụ hay còn gọi là vùng ellipsoid được coi là một yếu tố quan trọng cho tiên lượng thị lực sau điều trị. Nhóm bệnh nhân của chúng tôi có vùng ellipsoid giảm nhẹ khi so sánh trước và sau phẫu thuật ($2316,49 \mu\text{m}$ so với $2156,63 \mu\text{m}$), không có ý nghĩa thống kê. Số liệu này trong nghiên cứu của tác giả Tang và cs là $2221 \mu\text{m}$ trước điều trị và $1589 \mu\text{m}$ sau điều trị, nhỏ hơn đáng kể so với nghiên cứu của chúng

tôi. Tác giả Miller và cs trong quá trình theo dõi các mắt có lỗ hoàng điểm chấn thương cho nhận định rằng các mắt có thị lực cuối cùng tốt hơn là những mắt có vùng ellipsoid được bảo toàn nhiều hơn.⁴ Chúng tôi cũng quan sát thấy những trường hợp lỗ hoàng điểm đóng type 2 sau phẫu thuật thường đi kèm với vùng ellipsoid trước và sau phẫu thuật khá lớn (3043,25 μ m so với 2617 μ m). Điều này cũng gợi ý cho chúng tôi tiên lượng về thị lực sau mổ khá kém của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Chúng tôi cũng đánh giá kích thước đỉnh và đáy lỗ hoàng điểm trước và sau điều trị trong các trường hợp lỗ hoàng điểm đóng type 2. Kết quả cho thấy kích thước đỉnh lỗ hoàng điểm có xu hướng giảm tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên kích thước đáy lỗ hoàng điểm trước và sau điều trị giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Như vậy với những trường hợp đóng lỗ hoàng điểm type 2 sau phẫu thuật, chúng tôi thấy lỗ hoàng điểm trên OCT có thu hẹp về kích thước.

V. KẾT LUẬN

Lỗ hoàng điểm chấn thương là một bệnh cảnh nặng ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng thị giác. Tỷ lệ đóng lỗ hoàng điểm chấn thương của nhóm nghiên cứu nói chung sau một đến hai phẫu thuật và tỷ lệ thành công đóng lỗ hoàng điểm sau một lần phẫu thuật còn khá hạn chế. Gần một nửa nhóm nghiên cứu có thị lực cải thiện trên 2 dòng sau phẫu thuật 3 tháng. Chiều dày trung tâm hoàng điểm sau phẫu thuật có xu hướng giảm so với trước phẫu thuật. Vùng ellipsoid giảm nhẹ khi so sánh trước và sau phẫu

thuật, không có ý nghĩa thống kê. Trung tâm hoàng điểm teo mỏng và vùng ellipsoid rộng sau phẫu thuật hướng đến một tiên lượng không tốt về hồi phục thị lực của nhóm bệnh nhân. So sánh giữa trước và sau phẫu thuật, kích thước đỉnh lỗ hoàng điểm có xu hướng giảm với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, kích thước đáy lỗ hoàng điểm giảm có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kelly NE, Wendel RT. Vitreous surgery for idiopathic macular holes: results of a pilot study. Archives of ophthalmology. 1991;109(5):654-659.
2. Amari F, Ogino N, Matsumura M, Negi A, Yoshimura N. Vitreous surgery for traumatic macular holes. Retina (Philadelphia, Pa). 1999;19(5):410-413.
3. Kang S, Ahn K, Ham D. Types of macular hole closure and their clinical implications. British Journal of Ophthalmology. 2003;87(8):1015-1019.
4. Miller JB, Yonekawa Y, Elliott D, et al. Long-term follow-up and outcomes in traumatic macular holes. American Journal of Ophthalmology. 2015;160(6):1255-1258. e1.
5. Yuan L, Han J, Xiaorong L. Clinical analysis of 47 cases with traumatic macular hole resulted from ocular contusion. Chinese Journal of Ocular Fundus Diseases. 2015;31(1):45-48.
6. Ghoraba HH, Ellakwa AF, Ghali AA. Long term result of silicone oil versus gas tamponade in the treatment of traumatic macular holes. Clinical ophthalmology (Auckland, NZ). 2012;6:49.
7. Miller JB, Yonekawa Y, Elliott D, Vavvas DG. A review of traumatic macular hole: diagnosis and treatment. International Ophthalmology Clinics. 2013;53(4):59-67.
8. Chen H-J, Jin Y, Shen L-J, et al. Traumatic macular hole study: a multicenter comparative study between immediate vitrectomy and six-month observation for spontaneous closure. Annals of translational medicine. 2019;7(23)

PHÂN TÍCH CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SẴN SÀNG CHI TRẢ CHO NỘI SOI ĐẠI TRỰC TRÀNG ĐỂ SÀNG LỌC UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI VIỆT NAM

Nguyễn Quỳnh Anh*, Nguyễn Thu Hà*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích các yếu tố liên quan đến sẵn sàng chi trả (WTP) đối với xét nội soi đại trực tràng để sàng lọc ung thư đại trực tràng tại Việt Nam. **Phương**

pháp: Sử dụng bộ số liệu trên 402 đối tượng 50-75 tuổi đến khám bệnh thông thường tại các phòng khám ngoại trú thuộc Trung tâm y tế quận Hoàn Kiếm từ tháng 1 đến tháng 3/2019. Phân tích mối liên quan bằng mô hình hồi quy đa biến phân tích mối liên quan giữa WTP với các biến số độc lập (nhân khẩu – xã hội học, yếu tố nguy cơ của ung thư đại trực tràng và kiến thức-thái độ về ung thư đại trực tràng). **Kết quả và kết luận:** Lựa chọn sẵn sàng chi trả đối với nội soi đại trực tràng được chỉ ra là có liên quan có ý nghĩa thống kê với thu nhập, tình trạng đang làm việc hiện tại, số thành viên trong hộ gia đình, người thân trực hệ trong gia đình có ít nhất một yếu tố nguy cơ với

*Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quỳnh Anh

Email: nqa@huph.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.3.2021

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2021

Ngày duyệt bài: 11.5.2021