

Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của nhóm tác giả Nguyễn Tiến Hoàng cùng cộng sự (2020) khi thực hiện đo lường tình trạng kiệt sức nghề nghiệp ở nhóm đối tượng là nhân viên y tế tại Bệnh viện đa khoa khu vực Củ Chi năm 2019 bằng thang đo MBI, cho thấy tình trạng kiệt sức chung được xác định ở mức tương đối thấp ở cả 2 đối tượng (15% ở Bác sĩ và 13% ở Điều dưỡng) [3], mặc dù sử dụng 2 thang đo khác nhau tuy nhiên, cả 2 thang đo đều tập trung vào vấn đề kiệt sức nghề nghiệp trên nhân viên y tế, do đó chúng ta có thể thấy được có sự tương đồng về kết quả giữa cả 2 nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy được tỷ lệ nhân viên y tế có tình trạng kiệt sức nghề nghiệp mức thấp chiếm 87,5% và mức trung bình chiếm 12,5%. Kết quả nghiên cứu sẽ giúp cho các cấp quản lý, ban lãnh đạo của các bệnh viện công lập có cái nhìn toàn diện về tình trạng kiệt sức nghề nghiệp của nhân viên y tế từ đó cải thiện các yếu tố công việc, môi trường làm việc, các mối quan hệ với đồng nghiệp và lãnh đạo, tăng cường sự hỗ trợ và giảm bớt kiệt sức nghề nghiệp, tập trung tốt hơn trong công tác chăm sóc sức khỏe cho nhân dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Hạng, Vũ Thị Hoàng Lan, Trần Kim Anh, Nguyễn Đức Long, "Sự gắn kết với tổ chức của nhân viên y tế và các yếu tố ảnh hưởng tại bệnh viện Nhân Ái – Bình Phước năm 2021", Tạp chí Khoa học Nghiên cứu Sức khỏe và Phát triển, (2022), 6(3), tr.9-17.
2. Lê Thị Kiều Hạnh, Ngô Văn Toàn, Vũ Minh Hải, Trần Quỳnh Anh, "Một số yếu tố liên quan đến stress ở nhân viên y tế tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Đại học Y Thái Bình", Tạp chí Nghiên cứu Y học, (2023), 167(6), tr.253-262.
3. Nguyễn Tiến Hoàng, Biện Huỳnh San Đan, Phạm Văn An, Bùi Nguyễn Thành Long, Nguyễn Thành Luân, "Tình trạng kiệt sức của nhân viên y tế và các yếu tố liên quan đến an toàn người bệnh tại Bệnh viện đa khoa khu vực Củ Chi năm 2019", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, (2019), 24(1), tr 115.
4. Kiên Văn Sa Va Nây, Phạm Thị Tâm, "Tình hình stress và một số yếu tố liên quan ở nhân viên y tế tại các Bệnh viện thành phố Cần Thơ năm 2022 - 2023", Tạp chí Y dược học Cần Thơ, (2023), 63, tr.156-163.
5. Nguyễn Minh Trí, Trần Minh Hiếu, Trương Quang Tiên, Phạm Thị Thu Hồng, Nguyễn Minh Tấn, "Sự hài lòng với công việc của nhân viên y tế tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương và các yếu tố ảnh hưởng năm 2023", Tạp chí Y học Việt Nam, (2023), 528(2), 51-55.
6. Dubale BW, Friedman LE, Chemali Z, Denninger JW, Mehta DH, Alem A, Fricchione GL, Dossett ML, Gelaye B., "Systematic review of burnout among healthcare providers in sub-Saharan Africa", BMC Public Health, (2019), 19(1):1247.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHƯƠNG PHÁP QUANG ĐÔNG VI XUNG THỂ MI XUYÊN CỨNG MẠC BỔ SUNG TRÊN BỆNH NHÂN GLÔCÔM KHÁNG TRỊ

Phạm Thị Thủy Tiên¹, Đoàn Kim Thành²,
Nguyễn Minh Đức², Võ Tuyết Mai²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Glôcôm kháng trị là một biến chứng có thể gặp ở tất cả các loại glôcôm và là thách thức với các nhà nhãn khoa. Bệnh có thể tiến triển, dẫn đến mù vĩnh viễn hoặc gây đau nhức ảnh hưởng đến cuộc sống của bệnh nhân. Khi đó, huyễn thể mi có thể được đặt ra và phương pháp MTSCPC-plus (micropulse transcleral cyclophotocoagulation plus) bằng tia laser diode (810 nm) kết hợp 2 kỹ thuật quét và chấm điểm cho phép hạ nhãn áp hiệu quả hơn và không tăng các

biến chứng khi chỉ thực hiện kỹ thuật quét đơn thuần. Đồng thời nghiên cứu vài tác giả cũng báo cáo việc kết hợp này hạn chế tỷ lệ thành công giảm theo thời gian. Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phương pháp này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá hiệu quả phương pháp MTSCPC-plus trên bệnh nhân glôcôm kháng trị. **Mục tiêu:** Đánh giá tính hiệu quả của MTSCPC-plus trong điều trị glôcôm kháng trị. **Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu đoàn hệ, can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng. Nhãn áp được đo lại sau thực hiện MTSCPC-plus là 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng. Thành công được định nghĩa là khi nhãn áp hạ > 20% hoặc nhãn áp từ 6 đến 21 mmHg mà không cần các phẫu thuật khác. Chúng tôi thu thập và phân tích thị lực, số lượng thuốc điều trị glaucoma và biến chứng. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 39 mắt glôcôm kháng trị, tuổi trung bình là 55,15 ± 12,87, nam chiếm 53,8% được đưa vào nghiên cứu. Chẩn đoán glôcôm thứ phát có tỉ lệ

¹Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Võ Tuyết Mai

Email: vtmai1009@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023

Ngày duyệt bài: 27.11.2023

cao nhất trong nghiên cứu chiếm 76,9% trong đó glôcôm tân mạch chiếm đa số (53,3%). Thị lực từ sáng tối âm đến ĐNT 0,5m. Tất cả bệnh đều có CDR = 1,0. Nhãn áp trung bình trước điều trị là $43,11 \pm 9,63$ mmHg giảm xuống sau 1 ngày còn $27,9 \pm 12,1$ mmHg (35,86%) và sau 1 tuần là $21,67 \pm 9,28$ mmHg (49,63%), sau 1 tháng là $20,27 \pm 10,73$ mmHg (53,55%), sau 3 tháng là $21,2 \pm 11,65$ mmHg (51,89%), sau 6 tháng $18,23 \pm 13,49$ mmHg (59,66%). Số lượng thuốc hạ áp trung bình sử dụng trước điều trị là $3,56 \pm 0,55$ giảm còn $1,54 \pm 1,05$ sau 6 tháng điều trị. Không ghi nhận biến chứng như bong hắc mạc hoặc teo nhãn. **Kết luận:** Phương pháp MTSCPC-plus có hiệu quả hạ nhãn áp và an toàn trên bệnh nhân glôcôm kháng trị

Từ khoá: Glôcôm kháng trị, laser vi xung, quang đông thể mi xuyên củng mạc.

SUMMARY

EFFICACY OF MICROPULSE TRANSSCLERAL CYCLOPHOTOCOAGULATION PLUS IN REFRACTORY GLAUCOMA

Background: Refractory glaucoma is a complication that can occur in all types of glaucoma. Refractory glaucoma is a challenge for ophthalmologists. The disease can progress, leading to permanent blindness or pain that affects the patient's life. At that time, ciliary body destruction can be proposed and the method of implementation is additional transscleral ciliary micropulse photocoagulation (MTSCPC_Plus-Micropulse transcleral cyclophotocoagulation Plus) using a diode laser (810 nm) combining 2 techniques sweeping and discrete spot for intraocular pressure lowering and does not increase complications when only performing techniques sweeping. Studys also reported that this combination techniques limits the decrease in success rate over time. In Vietnam, there have been no studies evaluating the effectiveness and safety of this method. Therefore, we conducted a survey of evaluating the efficacy of micropulse transscleral cyclophotocoagulation plus in treating refractory glaucoma. **Objective:** Evaluating the efficacy of MTSCPC-plus in treating refractory glaucoma. **Patient and methods:** Prospective study involved with uncontrolled clinical trial. The main outcome measurement was IOP at 1day, 1 week, 1 month, 3 months, 6 months postprocedure, with success defined as a 20% reduction in baseline IOP or IOP from 6 to 21 mmHg, and no need for further reoperation. We collected and analyzed visual acuity, number of glaucoma medication and complication. **Results:** The study included 39 eyes with refractory glaucoma, average age was 55.15 ± 12.87 years, male accounted for 53.8% were included in the study. The diagnosis of secondary glaucoma accounted for the highest rate in the study group(76,9%), of which neovascular glaucoma accounted for the majority (53,3%). Visual acuity from no perception of light to count fingers 0,5 m. All diseases have CDR = 1.0. The average preoperatively IOP was $43,11 \pm 9,63$ mmHg and posttreatment IOP at 1day, 1 week, 1 month, 3 months, 6 months were $27,9 \pm 12,1$ mmHg (35,86%),

$21,67 \pm 9,28$ mmHg (49,63%), $20,27 \pm 10,73$ mmHg (53,55%), $21,2 \pm 11,65$ mmHg (51,89%), $18,23 \pm 13,49$ mmHg (59,66%), respectively. There was a reduction in glaucoma medications form $3,56 \pm 0,55$ preoperatively to $1,54 \pm 1,05$ at 6 months. There were no cases of chorioidal detachment or hypotony.

Conclusions: Micropulse transscleral cyclophotocoagulation plus is effective and safe in lowering intraocular pressure in eyes with refractory glaucoma.

Keywords: refractory glaucoma, photocoagulation plus, clinical characteristics

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là nhóm bệnh lý đặc trưng bởi sự tổn thương tiến triển của thị thần kinh đi kèm với mất thị trường tương ứng gây mù không hồi phục. Glôcôm kháng trị là một biến chứng có thể gặp ở tất cả các loại glôcôm như: glôcôm góc mở nguyên phát, glôcôm góc đóng nguyên phát và glôcôm thứ phát. Trong đó, glôcôm thứ phát như glôcôm tân mạch, glôcôm giả trúc bao, glôcôm sau viêm màng bồ đào, glôcôm do silicon nội nhãn... có tỷ lệ kháng trị cao hơn so với glôcôm nguyên phát. Glôcôm kháng trị được coi là một trong những bệnh mắt phức tạp, là thách thức với các nhà nhãn khoa. Bệnh có thể tiến triển, dẫn đến mù vĩnh viễn hoặc gây đau nhức ảnh hưởng đến cuộc sống của bệnh nhân. Khi đó, huỷ thể mi có thể được đặt ra và phương pháp thực hiện là quang đông vi xung thể mi xuyên củng mạc bổ sung (MTSCPC_plus-micropulse transcleral cyclophotocoagulation plus) bằng tia laser diode (810 nm) kết hợp 2 kỹ thuật quét và chấm điểm cho phép hạ nhãn áp hiệu quả hơn và không tăng các biến chứng khi chỉ thực hiện kỹ thuật quét đơn thuần. Đồng thời nghiên cứu của Anand và cộng sự cũng báo cáo việc kết hợp này hạn chế tỷ lệ thành công giảm theo thời gian. Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phương pháp này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá hiệu quả phương pháp MTSCPC-plus trên bệnh nhân glôcôm kháng trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng

Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 11/2022 đến tháng 06/2023 tại bệnh viện Mắt TPHCM

Đối tượng nghiên cứu. Những bệnh nhân có mắt được chẩn đoán xác định glôcôm kháng trị từ tháng 11/2022 đến tháng 06/2023 tại bệnh viện Mắt TPHCM

Tiêu chí chọn mẫu

Tiêu chuẩn chọn vào: Độ tuổi từ 18 tuổi

trở lên. Bệnh nhân được chẩn đoán glôcôm kháng trị với các tiêu chuẩn sau: nhãn áp không đạt nhãn áp mục tiêu, cùng với bằng chứng tổn thương thị thần kinh và/hoặc thị trường tiến triển mặc dù đã điều trị nội khoa tối ưu và phẫu thuật thất bại hoặc có nguy cơ cao phẫu thuật thất bại. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Mắt đang có tình trạng viêm hoặc nhiễm trùng cấp tính, bệnh nhân già yếu hoặc có bệnh toàn thân nặng không đủ điều kiện tiến hành phẫu thuật. Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu

Cỡ mẫu. Lấy mẫu 39 mắt.

Phương pháp thu thập số liệu. Tiến hành thu thập thông tin theo các bước: Ghi nhận các đặc điểm dịch tễ - lâm sàng của người bệnh: tuổi, giới, tiền căn các bệnh lý tại mắt và toàn thân, chẩn đoán glôcôm (phân loại và giai đoạn), tiền sử gia đình, thời điểm và phương pháp phẫu thuật đã thực hiện tại mắt nếu có, số lượng thuốc hạ nhãn áp đang sử dụng, thị lực, nhãn áp, gai thị trước khi thực hiện MTSCPC-plus.

Bệnh nhân được tiến hành tê canh cầu trước khi điều trị bằng phương pháp MTSCPC-plus với máy Supra810 của hãng Quantel Medical với đầu dò Subcyclo đường kính 600 μ m đặt vuông góc, cách rìa 3mm. Thông số cài đặt mức năng lượng 2,0W, chu trình hoạt động 31,3% (thời gian "on" là 0,5 ms; thời gian "off" 1,1ms). Thời gian laser: tổng cộng 160 giây. Trong 80 giây đầu thực hiện kỹ thuật quét cho nửa trên và nửa dưới. Trong 80 giây sau thực hiện kỹ thuật chấm điểm, mỗi chấm điểm ngừng 10 giây, chia đều cho nửa trên và nửa dưới. Tránh vị trí 3 giờ và 9 giờ nơi thần kinh và động mạch nằm ở bên dưới, hoặc tránh nơi củng mạc mỏng, nơi đã cắt bè củng mạc hoặc có các thiết bị dẫn lưu.

Sau khi thực hiện, kết quả điều trị được đánh giá tại các thời điểm 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng. Kết quả này bao gồm nhãn áp, thị lực, số thuốc hạ áp và biến chứng sau mổ nếu có.

Kết quả điều trị được đánh giá là thành công khi nhãn áp hạ xuống > 20% hoặc nhãn áp từ 6 đến 21 mmHg mà không cần các phẫu thuật khác, có hoặc không dùng thuốc hạ nhãn áp bổ sung. Điều trị thất bại khi nhãn áp không thỏa 1 trong 2 tiêu chuẩn trên.

Phương pháp thống kê. Số liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dịch tễ: Nghiên cứu được tiến hành trên 39 mắt glôcôm kháng trị đang điều trị

của 39 bệnh nhân. Đặc điểm dịch tễ của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được trình bày trong bảng sau:

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ của nghiên cứu (n=39)

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi	55,15 \pm 12,87 (20 – 86)
Giới tính	
Nam	21 (53,8%)
Nữ	18 (46,2%)
Phân loại glaucoma	
Glaucoma nguyên phát	9 (23,1%)
Glaucoma thứ phát	30(76,9%)
- Glaucoma tân mạch	16 (53,3%)
Tiền căn phẫu thuật	
Chưa phẫu thuật	15(38,46%)
Cắt bè củng mạc	5 (12,82%)
Quang đông thể mi	2 (5,1%)
Đặt van Ahmed	2 (5,1%)

Tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 55,15 \pm 12,87, bệnh nhân trẻ nhất 20 tuổi và bệnh nhân lớn tuổi nhất là 86 tuổi. Số lượng bệnh nhân nam nhiều bệnh nhân nữ. Cụ thể, có 21 bệnh nhân nam chiếm 53,8% và 18 bệnh nhân nữ chiếm tỉ lệ 46,2%. Tỷ lệ nam:nữ là 1,2:1.

Tiền căn. Trong 39 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, mắt được chẩn đoán glôcôm thứ phát chiếm tỉ lệ cao 76,9% và glôcôm tân mạch chiếm 53,3% trong nhóm này. Đa số bệnh nhân có tiền căn phẫu thuật chiếm 24/39 (61,54%), trong đó 7 bệnh nhân (17,95%) đã được phẫu thuật glaucoma (bao gồm cắt bè củng mạc, đặt van Ahmed và quang đông thể mi, đặc biệt 1 bệnh nhân đã trải qua 2 lần cắt bè củng mạc, 1 lần đặt van Ahmed, 1 lần laser vi xung quang đông thể mi.

Đặc điểm lâm sàng. Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu được trình bày ở bảng 2.

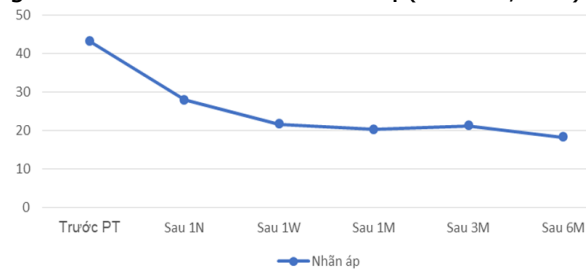
Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu (n=39)

Đặc điểm lâm sàng	Giá trị
Thị lực	
Sáng tối (ST) âm	24 (61,53%)
Sáng tối (ST) dương	7(17,95%)
Bóng bàn tay (BBT)	7 (17,95%)
Đếm ngón tay (ĐNT 0,5m)	1(2,56%)
Nhãn áp (mmHg)	43,11 \pm 9,63
CDR	1,0
Mức độ đau nhức	
Đau vừa	30 (76,92%)
Đau nặng	9 (23,18%)
Số lượng thuốc hạ áp trung bình	3,56 \pm 0,55

Thị lực của các bệnh nhân glôcôm dao động từ ST âm tới ĐNT 0,5m. Nhãn áp trung bình là $43,11 \pm 9,63$ mmHg. Tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều có CDR = 1,0. Mức độ đau nhức trước phẫu thuật ghi nhận dao động từ vừa (30/39) đến nặng (9/39). Số lượng thuốc hạ áp trung bình sử dụng là $3,56 \pm 0,55$.

Kết quả về nhãn áp. Nhãn áp trung bình trước khi thực hiện MP-TSCPC là $43,11 \pm 9,63$ mmHg thấp nhất là 27,8mmHg và cao nhất là 67,2 mmHg. Sau 1 ngày còn $27,9 \pm 12,1$ mmHg (35,86%) và sau 1 tuần là $21,67 \pm 9,28$ mmHg (49,63%), sau 1 tháng là $20,27 \pm 10,73$ mmHg (53,55%), sau 3 tháng là $21,2 \pm 11,65$ mmHg (51,89%), sau 6 tháng $18,23 \pm 13,49$ mmHg (59,66%) Sau 6 tháng nhãn áp giảm có ý nghĩa thống kê ($p=0,000 < 0,001$). Trong đó có 30/39 đạt nhãn áp từ 6 đến 21 mmHg và 2/39 mức nhãn áp hạ > 20% so với ban đầu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ đáp ứng điều trị là 32 bệnh nhân thỏa 1 trong 2 điều kiện chiếm 82,05% sau sáu tháng theo dõi trong đó chúng tôi ghi nhận 30 bệnh nhân đạt nhãn áp đích (chiếm 76,92%) và 2 bệnh nhân có nhãn áp giảm $\geq 20\%$ so với trước điều trị (chiếm 5,13%)



Biểu đồ 1. Nhãn áp trung bình trước và sau điều trị (n=39)

Thay đổi thuốc hạ nhãn áp trước và sau điều trị. Thuốc trước khi thực hiện MP-TSCPC là $3,56 \pm 0,55$. Trong đó 1/39 (chiếm 2,6%) nhỏ 2 loại thuốc, 15/39 (chiếm 38,5%) nhỏ 3 loại thuốc, 23/39 (chiếm 59%) nhỏ 4 loại thuốc. Sau 6 tháng số lượng thuốc nhỏ giảm còn $1,54 \pm 1,05$ trong đó nhỏ 4 loại thuốc giảm còn 1/39 (chiếm 2,6%), nhỏ 3 loại thuốc giảm còn 9/39 (chiếm 23,1%), nhỏ 2 loại thuốc chiếm 4/39 (chiếm 10,3%), ngoài ra còn có nhỏ 1 loại thuốc 21/39 (chiếm 53,8%), không nhỏ thuốc có 4/39 (chiếm 10,3%)

Biến đổi thị lực sau MTSCPC_plus

Bảng 3. Biến đổi thị lực sau 6 tháng (n=39)

Biến đổi thị lực	Sau điều trị 6 tháng	
	Số mắt	%
Giảm	2	5,13 %
Không đổi	34	87,18%
Tăng	3	7,69%
Tổng số	39	100%

Thị lực	Trước điều trị	Sau điều trị 6 tháng
ST âm	24	26
ST dương	7	5
BBT	7	7
ĐNT 0,5m	1	1
Tổng	39 (100%)	39(100%)

Bảng 4. Thị lực trước và sau khi thực hiện MTSCPC_plus (n=39)

Các biến chứng	Số mắt (%)
Bong kết mạc	1(2,56%)
Xuất huyết tiền phòng	2(5,13%)
Phản ứng tiền phòng	7(17,95)
Đau kéo dài	2(5,13%)

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thị lực ban đầu \leq ĐNT 0,5m. Tại thời điểm 6 tháng sau điều trị, phần lớn bệnh nhân không có sự thay đổi về thị lực 34/39 (chiếm 87,18%), có 3 bệnh nhân (chiếm 7,69%) thị lực tăng, 2 bệnh nhân có thị lực giảm (chiếm 5,13%) diễn tiến tới mất thị lực hoàn toàn (1 bệnh nhân thị lực ban đầu là BBT và 1 bệnh nhân thị lực ban đầu ST dương).

Biến chứng

Bảng 5. Biến chứng sau khi thực hiện MTSCPC_plus (n=39)

Các biến chứng	Số mắt (%)
Bong kết mạc	1(2,56%)
Xuất huyết tiền phòng	2(5,13%)
Phản ứng tiền phòng	7(17,95)
Đau kéo dài	2(5,13%)

Từ bảng trên có thể thấy các biến chứng xuất hiện sau laser vi xung gồm có các biến chứng nhẹ và sớm. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp bong kết mạc chiếm 2,56%. Xuất huyết tiền phòng cũng là 1 biến chứng được báo cáo xảy ra sau QĐTM bằng laser diode 810 nm Trong quá trình nghiên cứu gặp 2 trường hợp với hình thái glôcôm tân mạch bị (5,13%) xuất huyết tiền phòng sau 1 tuần, và đáp ứng với điều trị nội khoa sau 2 tuần. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 7/39 mắt bị viêm mống mắt thể mi sau phẫu thuật với mức độ từ nhẹ đến trung bình chiếm tỉ lệ 17,95%. Tình trạng viêm này đáp ứng với điều trị steroid sau 4-6 tuần. Bên cạnh đó, có 2 mắt đau kéo dài là glôcôm tân mạch nhãn áp điều chỉnh kém. Tuy nhiên, các trường hợp này đều ở mức độ đau nhẹ và bệnh nhân có thể chịu đựng được so với mức độ đau trước điều trị là đau dữ dội và giảm đau hoàn toàn sau khi bổ sung thêm thuốc hạ nhãn áp.

IV. BÀN LUẬN

Mẫu nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là $55,15 \pm 12,87$, thấp nhất là 20

tuổi, cao nhất là 86 tuổi. Về giới tính, tỉ lệ nam giới cao hơn nữ giới (1,2:1), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$; phép kiểm Chi-square). kết quả này tương đồng với kết quả của Karen Zaarour (2019)[6] có tỉ lệ nam: nữ là 1,2:1; Ting (2020)[5] có tỉ lệ nam: nữ là 1,3:1; Hoàng Thị Kiều Hậu(2021)[1] là 1,2:1. Có 30/39 mắt được chẩn đoán Glôcôm thứ phát chiếm tỉ lệ 76,9% cao hơn hẳn nhóm glôcôm nguyên phát với 9/39 mắt (23,1%). Trong nhóm glôcôm thứ phát thì có 16 mắt được chẩn đoán glôcôm tân mạch chiếm hơn ½ trong nhóm này. Nhìn chung, bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có thị lực ở thời điểm trước khi thực hiện phẫu thuật thấp, chỉ dao động từ ST âm tới ĐNT 0,5m, trong đó, bệnh nhân có thị lực ST âm chiếm tỉ lệ cao nhất với 61,5%. Có 24/39 mắt (chiếm 61,5%) trong mẫu nghiên cứu đã được điều trị phẫu thuật hoặc thủ thuật trước điều trị. Trong đó có 7/39 mắt phẫu thuật/thủ thuật glôcôm trước đó (chiếm 17,9%) gồm: 5 mắt đã phẫu thuật cắt bè cùng mạc, 2 mắt đã phẫu thuật đặt van Ahmed và 2 mắt đã điều trị bằng laser quang đông vi xung thể mi xuyên củng mạc.

Về phần hiệu quả của phương pháp MTSCPC_plus, NA trước điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là $43,11 \pm 9,63$ mmHg tương đồng với tác giả Hoàng Thị Kiều Hậu (2021)[1] là $45,9 \pm 11,1$ mmHg. Sau khi thực hiện MP-TSCPC nhãn áp trung bình tại các thời điểm như sau nhãn áp trung bình của tác giả Hoàng Thị Kiều Hậu sau 1 ngày là $29,3 \pm 9,6$ so với số liệu của chúng tôi tại cùng thời điểm là $27,9 \pm 12,1$ và sau 1 tuần là $26,4 \pm 12,8$ mmHg so với $21,67 \pm 9,28$ mmHg, sau 1 tháng là $30,5 \pm 14,1$ so với $20,27 \pm 10,73$, sau 3 tháng $28,1 \pm 12,6$ mmHg so với $21,2 \pm 11,65$, sau 6 tháng $25,8 \pm 13,4$ so với $18,23 \pm 13,49$. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ đáp ứng điều trị là 32 bệnh nhân thỏa 1 trong 2 điều kiện chiếm 82,05% sau sáu tháng theo dõi trong đó chúng tôi ghi nhận 30 bệnh nhân đạt nhãn áp đích (chiếm 76,92%) và 2 bệnh nhân có nhãn áp giảm $\geq 20\%$ so với trước điều trị (chiếm 5,13%). Điều này có thể cho thấy hiệu quả của phương pháp MTSCPC_plus khi sử dụng kết hợp 2 kỹ thuật so với chỉ dùng kỹ thuật quét đơn thuần. Trung bình mỗi bệnh nhân đang được dùng $3,56 \pm 0,55$ loại thuốc thấp nhất là 2 thuốc và nhiều nhất là 4 thuốc sau điều trị 6 tháng là 1,54 thuốc là rất rõ rệt, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Về phần an toàn của phương pháp MTSCPC_plus, trước khi được điều trị, tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều đau nhức ở mức vừa tới nặng và cần uống thuốc giảm đau. Sau khi điều trị bằng MTSCPC_plus, mức độ đau nhức giảm đáng kể với đa số bệnh nhân không cần sử dụng thuốc giảm đau (53,8% sau 1 ngày; 94,9% sau 1 tuần và 100% từ thời điểm 1 tháng trở đi). Kết quả này của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Anna M Tan[4], Sarah Kuchar[2], Maria Alexandra Preda[3]. Quang đông vi xung ít gây đau hơn bằng cách hạn chế sự khuếch tán nhiệt đến các tế bào thần kinh cảm giác trong hắc mạc. Tuy nhiên, có 2 mắt đau kéo dài là glôcôm tân mạch nhãn áp điều chỉnh kém. Ngoài ra chúng tôi còn ghi nhận 2 bệnh nhân thị lực giảm so với ban đầu. Chúng tôi cho rằng, vì nhãn áp không kiểm soát được nên bệnh nhân giảm và mất thị lực do tiến triển của bệnh glaucoma hơn là do biến chứng của phương pháp điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thêm bong kết mạc chiếm 2,56%. xuất huyết tiền phòng chiếm 5,13%, phản ứng tiền phòng chiếm 17,95. Các tình trạng này đáp ứng với điều trị nội sau 2-6 tuần. Không ghi nhận biến chứng nặng nề như hạ áp qua mức, bong hắc mạc hoặc teo nhãn.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp MTSCPC-plus có hiệu quả hạ nhãn áp và an toàn trên bệnh nhân glôcôm kháng trị

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hậu, Hoàng Thị Kiều, et al.** (2022), "ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ QUANG ĐÔNG THỂ MI BẰNG LASER VI XUNG CHỌN LỌC TRÊN BỆNH NHÂN GLÔCÔM TUYỆT ĐỐI". 63(1).
2. **Kuchar, S., et al.** (2016), "Treatment outcomes of micropulse transscleral cyclophotocoagulation in advanced glaucoma", *Lasers Med Sci.* 31(2), pp. 393-6.
3. **Preda, M. A., et al.** (2020), "Clinical outcomes of micropulse transscleral cyclophotocoagulation in refractory glaucoma-18 months follow-up", *Lasers Med Sci.* 35(7), pp. 1487-1491.
4. **Tan, A. M., et al.** (2010), "Micropulse transscleral diode laser cyclophotocoagulation in the treatment of refractory glaucoma", *Clin Exp Ophthalmol.* 38(3), pp. 266-72.
5. **Wong, K. Y. T., et al.** (2020), "MP3 Plus: A Modified Micropulse Transscleral Cyclophototherapy Technique for the Treatment of Refractory Glaucoma", *J Glaucoma.* 29(4), pp. 264-270.
6. **Zaarour, K., et al.** (2019), "Outcomes of Micropulse Transscleral Cyclophotocoagulation in Uncontrolled Glaucoma Patients", *J Glaucoma.* 28(3), pp. 270-275.