nghi với áo nẹp có tác động lớn đến kết cuộc điều trị, tuy nhiên kết quả không có ý nghĩa thống kê (p = 0,538 và p = 0,071).

Hạn chế của nghiên cứu chúng tôi là sai lệch hồi tưởng, ngoài ra chúng tôi chưa kiểm soát tốt các yếu tố gây nhiễu dẫn đến việc triển khai mô hình hồi quy Logistic đa biến không có ý nghĩa về mặt thống kê. Tuy nhiên, nghiên cứu có tính ứng dụng trên lâm sàng vì đánh giá được hiệu quả của áo nẹp nắn chỉnh Boston-Chêneau trong điều trị vẹo cột sống vô căn, cũng như xác định được những vấn đề phát sinh của bệnh nhân khi sử dụng áo nẹp.

V. KẾT LUẬN

Vẹo cột sống vô căn thường gặp ở trẻ nhỏ, do đó nếu phát hiện sớm thì điều trị bảo tồn bằng áo nẹp nắn chỉnh là lựa chọn phù hợp cho người bệnh. Áo nẹp Boston-Chêneau được chứng minh là có hiệu quả khá cao với 78,1% trẻ điều trị "Đạt", tuy nhiên trong quá trình sử dụng áo nẹp nắn chỉnh có những vấn đề phát sinh. Thời gian sử dụng áo nẹp, thời gian thích nghi và các triệu chứng thường gặp có sự liên kết với nhau. Trẻ tuân thủ thời gian sử dụng áo nẹp dẫn đến thời gian thích nghi ngắn hơn, hiệu quả điều trị cao và rút ngắn thời gian điều trị cho trẻ. Tuy nhiên, mặc áo nẹp trong thời gian dài làm xuất hiện những triệu chứng khó chịu, trong đó đau và khó thở là thường gặp vì tính chất của áo nẹp là bó sát cơ thể nhằm nắn chỉnh cột sống. Do đó, nghiên cứu này nhằm mục đích xác định những vấn đề phát sinh khi sử dụng áo nẹp nắn chỉnh, từ đó có những biện pháp hỗ trợ cho trẻ trong quá trình điều trị vẹo cột sống vô căn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Quang Thanh** (2017). "Đánh giá hiệu quả điều trị vẹo cột sống vô căn bằng áo nẹp nắn chỉnh Boston-Chenneau/Đinh Quang Thanh". Tạp chí Y học Việt Nam, 1 (49)
2. **Trịnh Quang Dũng** (2021). Nghiên cứu hiệu quả can thiệp cho trẻ vẹo cột sống không rõ nguyên nhân bằng áo nẹp chỉnh hình TLSO, Luận văn Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội,
3. **Jayant Joshi** (1999). Essentials of orthopaedics & applied physiotherapy, Elsevier India,
4. **Clayton J Adam, Geoffrey N Askin** (2006). "Automatic measurement of vertebral rotation in idiopathic scoliosis". Spine, 31 (3), E80-E83.
5. **Randall L Braddom** (2010). Physical medicine and rehabilitation e-book, Elsevier Health Sciences,
6. **Angelo G Aulisa, Marco Giordano, Francesco Falciglia, Emanuele Marzetti, Andrea Poscia, Vincenzo Guzzanti** (2014). "Correlation between compliance and brace treatment in juvenile and adolescent idiopathic scoliosis: SOSORT 2014 award winner". scoliosis, 9 (1), 1-9.
7. **Rui Zheng, Doug Hill, Douglas Hedden, James Mahood, Marc Moreau, Sarah Southon, et al.** (2018). "Factors influencing spinal curvature measurements on ultrasound images for children with adolescent idiopathic scoliosis (AIS)". PLoS One, 13 (6), e0198792.
8. **Kevin C Chui, Milagros Jorge, Sheng-Che Yen, Michelle M Lusardi** (2019) Orthotics and Prosthetics in Rehabilitation E-Book, Elsevier Health Sciences,

TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG ĐIỀU TRỊ BONG MÀNG DESCEMET SAU PHẪU THUẬT PHACO ĐẶT THỂ THỦY TINH NHÂN TẠO

Bùi Thị Thu Hương[1], Bùi Trung Hậu[2], Đinh Đoàn Minh Trang[3], Nguyễn Sỹ Sang[4]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Lựa chọn xử trí ban đầu đối với biến chứng bong màng Descemet sau phẫu thuật Phaco. **Phương pháp nghiên cứu**: Báo cáo ca lâm sàng. **Kết quả**: 2 bệnh nhân được điều trị bong màng Descemet sau phẫu thuật phaco 1 tuần bằng hai phương pháp khác nhau: bơm hơi tiền phòng và bơm C3F8. Sau phẫu thuật cả 2 phương pháp đều cho kết quả màng Descetmet áp lại, giác mạc trong, thị lực cải thiện tốt. Phương pháp bơm hơi tiền phòng cho thấy thời gian phục hồi sau mổ nhanh hơn. **Kết luận**: Bong màng Descemet sau phẫu thuật thường có biểu hiện phù giác mạc kéo dài và quan sát thấy màng bong trên AS - OCT. Bơm hơi tiền phòng đối với các trường hợp bong màng Descemet rộng, lan tới trung tâm được khuyến cáo là xử trí ban đầu và kết quả thị lực cải thiện tốt nếu can thiệp kịp thời.

Từ khóa: bong màng Descemet, phaco, bơm hơi tiền phòng, AS-OCT.

[1]Bệnh viện Mắt Việt Nga
[2]Bệnh viện Quận 10
[3] Bệnh viện Đa khoa khu vực Long Khánh
[4]Bệnh viện Mắt TPHCM
Chịu trách nhiệm: Bùi Thị Thu Hương
Email: dr.buithithuhuong@yahoo.com

Ngày nhận bài: 12.9.2023
Ngày phản biện khoa học: 10.11.2023
Ngày duyệt bài: 24.11.2023

SUMMARY

DESCEMET'S MEMBRANE DETACHMENT POST PHACOEMULSIFICATION WITH

INTRAOCULAR LENS IMPLANTATION: 2 CASE REPORTS

Purpose: Choosing the first treatment for Descemet's membrane detachment post phacoemulsification surgery. **Methods:** Case reports. **Results:** 2 Descemet's membrane detachment cases identified 1 week after phacoemulsification surgery were treated by 2 different treatments: intracameral air inection and intracameral C3F8 injection. After surgery, Descemet's membrane reattached, corneal edema reduced and visual acuity had improvement. Air injection in anterior chamber has the recovery time better. **Conclusions:** Corneal edema is a common sign in Descemet's membrane detachment post phaco surgery. AS-OCT confirms the presence of Descemet's membrane detachment. Air intracameral is the first recommendation for large, central Descemet's membrane detachment. Visual acuity improves significantly with approriate treatment.

Keywords: Descemet's membrane detachment, phacoemulsification, intracameral air injection, anterior segment optical coherence tomography

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bong màng Descemet là biến chứng thường gặp, xảy ra trong phẫu thuật nội nhãn hoặc chấn thương mắt. Đặc biệt trong phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh, tỉ lệ bong màng Descemet lên tới 43% [1]. Hầu hết bong màng Descemet tự khỏi mà không cần can thiệp điều trị. Chỉ 0,5% bong màng Descemet liên quan đến giác mạc trung tâm và tới 8% trong số này sau đó cần tới phẫu thuật ghép giác mạc [1]. Đây là biến chứng thường thấy trong thì phẫu thuật do dụng cụ như đầu phaco, đầu bơm thủy tinh thể nhân tạo hoặc cuối thì phẫu thuật trong lúc thực hiện bơm phù mép mổ.

Bong màng Descemet thường được nhận biết ngay trong lúc phẫu thuật hoặc nghi ngờ sau phẫu thuật có dấu hiệu phù giác mạc chậm hồi phục. Hiện nay, bong được chẩn đoán xác định bằng máy AS-OCT. Hình ảnh trên máy chụp cho thấy mảng bong phất phơ trong tiền phòng hoặc dạng bọng, đánh giá được độ cao, rộng và hình dạng bong [2].

Mặc dù biến chứng bong màng Descemet đã được biết đến từ lâu, nhưng về cơ chế, cách tiếp cận vẫn chưa được hiểu biết một cách trọn vẹn. Với mục đích đưa ra cách xử trí ban đầu đối với biến chứng bong màng Descemet sau phẫu thuật Phaco, chúng tôi trình bày 2 trường hợp lâm sàng với 2 phương pháp điều trị khác nhau.

II. MÔ TẢ CA LÂM SÀNG

Ca lâm sàng 1: Bệnh nhân (BN) nữ, sinh năm 1959, nhập viện vì mắt trái (MT) nhìn mờ sau mổ Phaco đặt kính nội nhãn 1 tuần. Cách 1 tuần, BN mổ MT Phaco đặt kính nội nhãn, sau mổ 3 ngày bệnh nhân thấy MT ngày càng nhìn mờ tăng dần, BN tái khám, được chẩn đoán MT phù nhu mô giác mạc, điều trị với C. Predforte x 6 lần/ngày, C. Cravit 1.5% x 6 lần/ngày, C. Sanlein 0.5% x 6lần/ngày. Ngày thứ 7 sau mổ, MT nhìn mờ nhiều hơn, BN tái khám tại BV Mắt Hoàn Mỹ. Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý tại mắt và toàn thân trên BN này.

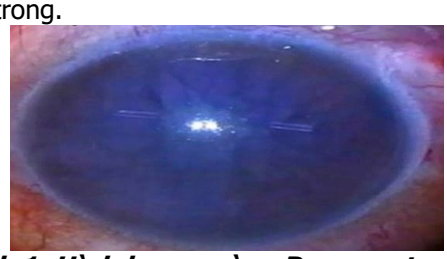
Khám lâm sàng tại thời điểm 7 ngày sau mổ: MP thị lực 5/10, nhãn áp 15 mmHg. MT thị lực đếm ngón tay 3m, nhãn áp 16 mmHg, giác mạc phù rộng lan toàn bộ giác mạc. Mép mổ kín, tiền phòng sâu. Đồng tử tròn 3mm, PXAS (+). Kính nội nhãn ngay. Bán phần sau khó quan sát.

Bệnh nhân được chỉ định chụp AS-OCT MT và kết quả nghi bong màng Descemet. Dấu hiệu màng bong di động trong tiền phòng lan từ mép mổ phụ qua trung tâm giác mạc, rộng khoảng 8 X 9 mm, độ cao 0,5 đến 1mm thành hai múi.

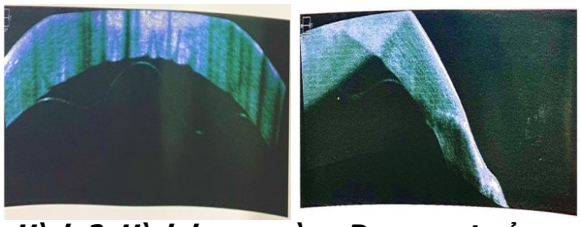
Căn cứ vào dấu hiêu lâm sàng và AS-OCT, chúng tôi chẩn đoán MT bong màng Descemet sau phẫu thuật Phaco đặt kính nội nhãn.

Điều trị: BN được chỉ định bơm khí C3F8 (14%) ngày thứ 8 sau phẫu thuật Phaco. BN được nhỏ tê tại chỗ bằng Alcain và vô khuẩn mắt mổ bằng Betadin 5% trong nhãn cầu và 10% cho ngoài da. Dùng kim 26G, ống chích 3ml, rút và bơm khí C3F8 vào tiền phòng phía đối diện mép mổ Phaco. Nhỏ kháng sinh Vigamox 1 giọt. Băng mắt. Sau bơm khí C3F8 bệnh nhân được kê toa tiếp tục sử dụng MT C. Vigamox 0,5%, C. Atropin 1%. Tái khám tại thời điểm 1 tuần, 2 tuần, 4 tuần sau can thiệp.

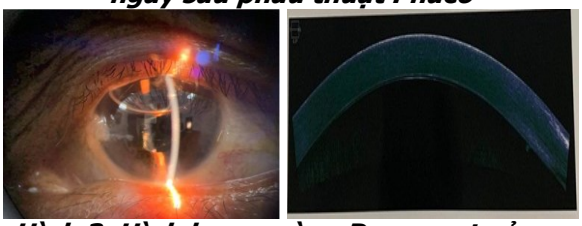
Kết quả: mắt trái thị lực không chỉnh kính ở 1 tuần sau bơm C3F8 14% là 6/10 và thị lực có chỉnh kính 8/10. Nhãn áp 15 mmHg. Giác mạc còn phù nhẹ, màng Descemet trên AS-OCT áp tốt. Thị lực ở lần khám cuối tại thời điểm 4 tuần là 8/10 có chỉnh kính, nhãn áp 14mmHg, giác mạc trong.



Hình 1. Hình bong màng Descemet của ca lâm sàng 1 tại thời điểm 7 ngày sau phẫu thuật Phaco



Hình 2. Hình bong màng Descemet của ca lâm sàng 1 trên AS-OCT tại thời điểm 7 ngày sau phẫu thuật Phaco



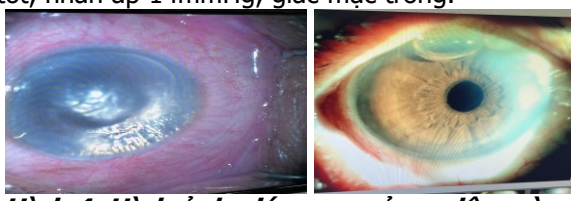
Hình 3. Hình bong màng Descemet của ca lâm sàng 1 trên sinh hiển vi và AS-OCT tại thời điểm 1 tuần sau phẫu thuật Phaco

Ca lâm sàng 2: Bệnh nhân nam, sinh năm 1956, nhập viện vì mắt phải (MP) nhìn mờ sau mổ Phaco đặt kính nội nhãn 1 tuần. Cách 2 ngày, BN mổ MP Phaco đặt kính nội nhãn trong bao. Sau mổ 1 ngày bệnh nhân thấy MP nhìn mờ, được điều trị với C. Predforte x 6lần/ngày, C. Cravit 1.5% x 6lần/ngày, C. Sanlein 0.5% x 6lần/ngày. Sau mổ 8 ngày, MP nhìn mờ hơn so với MT, BN tái khám được chụp AS-OCT và chẩn đoán bong màng Descemet, nhập BV Mắt Việt Nga điều trị tiếp. Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý tại mắt, viêm gan C mạn, tăng huyết áp, và gout đang điều trị ổn định

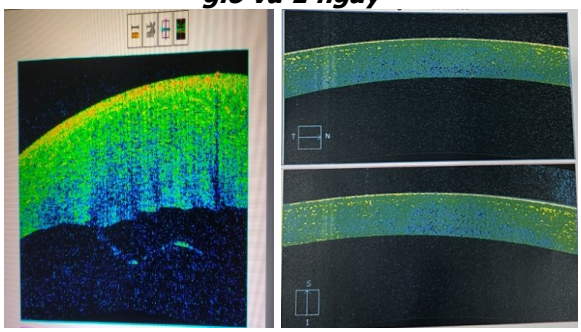
Khám lâm sàng sau mổ 8 ngày: MP thị lực đếm ngón tay 0,5m, nhãn áp 22mmHg. MT thị lực 7/10, kính lỗ 9/10, nhãn áp 22mmHg. MP giác mạc phù rộng gần hết diện tích giác mạc. Mép mổ kín, tiền phòng sâu. Đồng tử tròn 3mm, PXAS (+). Kính nội nhãn ngay. Bán phần sau khó quan sát. Chúng tôi nghi ngờ MP bong màng Descemet sau phẫu thuật Phaco, bệnh nhân được chỉ định chụp AS-OCT MP. Kết quả AS-OCT sau mổ 8 ngày: dấu hiệu màng bong di động trong tiền phòng lan từ mép mổ phụ qua trung tâm giác mạc.

Điều trị: BN được chẩn đoán MP bong màng Descemet. BN được nhỏ tê tại chỗ bằng Alcain và vô khuẩn mắt mổ bằng Betadin 5% trong nhãn cầu và 10% cho ngoài da. Dùng kim 26G, ống chích 3ml, rút và bơm hơi tiền phòng phía đối diện mép mổ hầm phụ phaco. Nhỏ kháng sinh Vigamox 1 giọt. Băng mắt. Tái khám 3h sau bơm hơi tiền phòng.

Kết quả: MP thị lực không chỉnh kính ở 3h sau bơm hơi tiền phòng là 7/10. nhãn áp 22 mmHg. giác mạc còn phù nhẹ. Thị lực sau 1 ngày bơm hơi tiền phòng là 8/10, AS- OCT áp tốt, nhãn áp 14mmHg, giác mạc trong.



Hình 4. Hình ảnh giác mạc của ca lâm sàng 2 sau bơm hơi tiền phòng tại thời điểm 3 giờ và 1 ngày



Hình 5. Kết quả AS OCT trước và sau bơm hơi tiền phòng 1 ngày của ca lâm sàng 2

III. BÀN LUẬN

2 ca lâm sàng bong màng Descemet trong báo cáo đều được phát hiện tại thời điểm 1 tuần sau phẫu thuật Phaco đặt kính nội nhãn. Trên lâm sàng, bệnh nhân có tình trạng phù giác mạc kéo dài, tình trạng lâm sàng ngày càng trầm trọng, thị lực giảm theo thời gian, vị trí phù ban đầu từ mép mổ và có xu hướng lan rộng toàn bộ giác mạc, loại trừ nguyên nhân phù do tăng nhãn áp và các nguyên nhân khác sau mổ. Chúng tôi cho bệnh nhân chụp AS-OCT, và xác định hình ảnh bong màng Descemet (BMD), đánh giá tình trạng bong theo độ rộng, độ cao và tương quan với vị trí đồng tử.

Ca lâm sàng 1 bệnh nhân được bơm khí C3F8, sau 1 tuần tình trạng thị lực cải thiện, giác mạc trong, màng Descemet áp tốt và đạt thị lực tốt nhất sau 4 tuần. Ca lâm sàng 2 bệnh nhân được bơm hơi tiền phòng, thị lực cải thiện sau 3h và đạt thị lực tốt nhất sau 1 ngày, màng Descemet áp tốt trên AS-OCT. Lý do lựa chọn can thiệp phẫu thuật vì 2 ca lâm sàng đều diễn tiến kéo dài 1 tuần sau mổ, không đáp ứng điều trị nội khoa và hình ảnh bong màng AS-OCT lan tới đồng tử, ảnh hưởng thị lực. Dựa vào 2 ca lâm sàng trên, chúng tôi nhận thấy cả 2 phương pháp bơm khí C3F8 và bơm hơi tiền phòng đều mang lại kết quả cải thiện thị lực cho bệnh nhân,

và hàn gắn màng Descemet. Tuy nhiên phương pháp bơm hơi tiền phòng có các ưu điểm vượt trội hơn bao gồm: khí sẵn có, thời gian phục hồi nhanh, thời gian theo dõi ngắn, giá thành thấp, có thể thực hiện ngay khi phát hiện bong màng Descemet trên lâm sàng, việc kiểm soát tình trạng tăng nhãn áp sau bơm khí dễ dàng hơn bằng cách dùng thuốc hạ áp hoặc tháo bớt khí nếu đánh giá bệnh nhân có tình trạng tăng nhãn áp. Bên cạnh đó, khi so sánh thời gian bán hủy của không khí trong tiền phòng và thời gian bán hủy của C3F8, nhiều nghiên cứu đã cho thấy không khí trong tiền phòng có thời gian bán hủy ngắn hơn, do vậy ít xảy ra tình trạng tăng nhãn áp và độc nội mô. Khi bơm hơi tiền phòng bằng không khí, thời gian tan bóng hơi trên 50% là trong 24 giờ [8]. Thời gian bán hủy của khí trên mắt chưa lấy thủy tinh thể là 1,6 ngày và trên mắt đã lấy thủy tinh thể là 0,9 ngày. Thời gian bán hủy của khí C3F8 tăng dần khi tăng nồng độ khí sử dụng (4,2±1 ngày với nồng độ 5%, 6,5±0,2 ngày với nồng độ 10%, 8±0,6 ngày với nồng độ 15%...).

Nguyên nhân: bong màng Descemet thường xảy ra khi dịch xâm nhập vào khoang trước màng Descemet dọc theo vết rách trên màng Descemet. Các nguyên nhân thường gặp bao gồm: quá trình thực hiện thao tác dụng cụ trong phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh, vô tình đưa dụng cụ vào giữa nhu mô và màng Descemet. Đây cũng được cho là nguyên nhân thường gặp nhất, và thường gặp trong thì bơm phù nhu mô. Dao giác mạc cùn. Đường rạch thoải hoặc nông ra trước. Quá trình phẫu thuật có biến chứng, phẫu thuật lần 2. Vô tình tiêm dung dịch saline, nhầy hoặc thuốc kháng sinh tại khoang trước màng Descemet. Kéo đứt màng Descemet trong quá trình tưới-hút do nhầm lẫn là bao trước thể thủy tinh, bơm phù nhu mô, đặt kính nội nhãn và tiêm kháng sinh tiền phòng [3, 4]….

Phân loại liên quan đến phương pháp điều trị bong màng Descemet. Mackool [5] đã phân loại DMD thành nonplanar (>1 mm so với nhu mô sau) và planar (<1 mm so với nhu mô sau). Mulhern đã bổ sung phân loại của Mackool bằng cách thêm vào phân loại dưới nhóm thành bong tại vị trí ngoại biên (3mm tính từ rìa giác mạc) và bong phối hợp ngoại biên và trung tâm. Assia [6] phân BMD thành 2 loại: BMD có cuộn mép và không cuộn mép, và thấy rằng những BMD không có cuộn mép (ngay cả khi có bong hơn 1 mm) có thể gắn lại một cách tự nhiên và nên được xử lý một cách thận trọng. Các tác giả của hiệp hội nhãn khoa Hoa Kỳ [7] đã phân loại BMD trên AS-OCT và lâm sàng, quan sát đặc điểm BMD dựa trên chiều dài, chiều cao, chiều dày, và có liên quan tới đồng tử hay không.

Điều trị: cho đến nay, không có nghiên cứu hoặc so sánh nào được xem là tiêu chuẩn cho quản lý BMD sau phẫu thuật Phaco. Sự lựa chọn để áp dụng điều trị phẫu thuật cho BMD phần lớn dựa trên kết quả từ chuỗi hồi cứu các ca lâm sàng, lựa chọn của bác sĩ phẫu thuật và của bệnh nhân. Bơm tiền phòng với khí nội nhãn đã trở thành phương pháp điều trị ưu tiên cho BMD do tính dễ thực hiện và cho kết quả tốt về sau. Mặc dù không có tài liệu nào so sánh hiệu quả của các loại khí khác nhau, nhưng hầu hết các phẫu thuật viên sẽ chọn hơi và khí không dãn nở lưu huỳnh hexafluoride (SF6 15- 20 %) đầu tiên, perfluoropropan (C3F8 12 – 14 %) với thời gian tái hấp thu lâu hơn được lựa chọn cho các trường hợp BMD thất bại không hàn gắn được với hai loại khí hoặc những BMD kéo dài.

Gần đây, dường như có xu hướng chỉ sử dụng hơi bên trong tiền phòng để sửa chữa tất cả các loại BMD. Chaurasia [8] đã báo cáo 13 trong số 14 mắt đã được sửa chữa thành công với bơm hơi tiền phòng, 8 trong số đó khí được hấp thu trong tuần đầu tiên và phần còn lại hấp thu hết sau 4–6 tuần. Tất cả các BMD trong báo cáo của Chaurasia và cộng sự đều thuộc nhóm bong rộng, nonplanar và bong từ 4 đến 49 ngày. Ti [9] đã báo cáo thành công sự tái gắn màng Descemet ở 14 trong số 16 mắt trong đó có 3 mắt cần bơm hơi 2 lần. Màng Descemet được gắn lại trong thời gian trung bình là 4 ngày (khoảng 1–55 ngày), trong khi độ trong suốt của giác mạc phục hồi trong thời gian trung bình là 30 ngày (phạm vi 4–82 ngày). Năm 2016, Himanshu Kumarl [10] đã thực hiện nghiên cứu đánh giá sự hàn gắn màng Descemet bằng phương pháp bơm hơi tiền phòng trên 50 mắt. Hầu hết bệnh nhân được ghi nhận có triệu chứng phù giác mạc, được chẩn đoán BMD dựa trên AS-OCT. Tỉ lệ màng Descemet tái gắn sau bơm hơi tiền phòng là 10%-55%. Thị lực phục hồi sau 1 ngày và 49 ngày lần lượt là 0,139 và 0,911.

Các bác sĩ phẫu thuật có kỹ thuật tiêm khác nhau, nhưng thường bao gồm việc bơm khí với kim 27–30 G để tạo ra một đầu kín khí, và tốt nhất là từ vị trí mà ở đó màng Descemet vẫn còn gắn vào. Một số phẫu thuật viên thực hiện bơm khí đầy tiền phòng hoàn toàn trong 15–20 phút đầu, sau đó giải phóng một phần ba khí để tránh nghẽn đồng tử sau phẫu thuật, hoặc dùng thuốc dãn đồng tử, laser cắt mống chu biên dự phòng, dùng thuốc chống tăng nhãn áp. Dẫn lưu dịch

trước màng Descemet qua vết rạch bên ngoài hoặc chọc hút khí bên trong bằng kim có thể làm quá trình gắn lại tốt hơn. Sau phẫu thuật nên giữ bóng hơi tại vị trí bong.

Hiệp hội nhãn khoa Hoa Kì 2016 đã mô tả một quy trình mới để quản lý BMD sau phẫu thuật Phaco, đưa ra các hướng dẫn để phân biệt can thiệp phẫu thuật và nội khoa. Đây là báo cáo đầu tiên mô tả chi tiết việc quản lý thành công DMD về chiều cao, chiều rộng, chiều dài và mối liên hệ với đồng tử, được đo bằng AS- OCT. Trong số 161 mắt nghiên cứu, có 95 mắt, với đồng tử lớn, bong tới trung tâm, được chỉ định vào nhóm can thiệp phẫu thuật. Phẫu thuật bơm khí tiền phòng với 20% lưu huỳnh hexafluoride hoặc bơm hơi tiền phòng. 65 mắt với đồng tử nhỏ hơn, bong ở ngoại vi được điều trị bằng thuốc tăng thẩm thấu tại chỗ, prednisolon acetat và ofloxacin. Hơn 95% bệnh nhân ở cả hai nhóm đã ghi nhận tái gắn kết màng Descemet. Kết quả thị lực cũng tương đương giữa các nhóm điều trị, với hơn 80% đạt thị lực chỉnh kính tối đa 20/40 hoặc tốt hơn. Đặc biệt, các tác giả cho thấy có thể điều trị bảo tồn những BMD trung tâm nhưng nhỏ, mà không cần can thiệp phẫu thuật.

IV. KẾT LUẬN

Phù giác mạc kéo dài, tiến triển sau phẫu thuật Phaco là một chỉ dấu gợi ý bong màng Descemet sau khi loại trừ nguyên nhân liên quan đến nhãn áp và các nguyên nhân gây phù khác. Ngày nay AS-OCT là phương tiện cận lâm sàng không xâm lấn được xem là tiêu chuẩn để xác định chẩn đoán, đánh giá vị trí bong và phân loại BMD. Trong những trường hợp BMD đơn giản, khu trú BMD có thể tự tái hàn gắn. Đối với những trường hợp bong màng Descemet phức tạp (liên quan trung tâm thị giác) nên khởi đầu bằng bơm hơi tiền phòng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mahmood, M.A., et al.,** Detachment of Descemet's membrane. Journal of Cataract & Refractive Surgery, 1998. 24(6): p. 827-833.
2. **Agarwal, A. and S. Jacob,** Descemet's membrane detachment: A new classification system. New classification system for Descemet's membrane detachment requires new treatment methods. Ocular Surgery News US Edition, 2013.
3. **Al-Mezaine, H.S.,** Descemet's membrane detachment after cataract extraction surgery. International ophthalmology, 2010. 30(4): p. 391-396.
4. **Bhattacharjee, H., et al.,** Descemet' s membrane detachment caused by inadvertent vancomycin injection. Indian journal of ophthalmology, 2008. 56(3): p. 241.
5. **Mackool, R.J. and S.J. Holtz,** Descemet membrane detachment. Archives of Ophthalmology, 1977. 95(3): p. 459-463.
6. **Assia, E.I., H. Levkovich-Verbin, and M. Blumenthal,** Management of Descemet's membrane detachment. Journal of Cataract & Refractive Surgery, 1995. 21(6): p. 714-717.
7. **M., M.W.,** New method to manage post-cataract Descemet detachment. Journal of Cataract & Refractive Surgery, 2016.
8. **Chaurasia, S., M. Ramappa, and P. Garg,** Outcomes of air descemetopexy for Descemet membrane detachment after cataract surgery. Journal of Cataract & Refractive Surgery, 2012. 38(7): p. 1134-1139.
9. **Ti, S.-E., et al.,** Descemet membrane detachment after phacoemulsification surgery: risk factors and success of air bubble tamponade. Cornea, 2013. 32(4): p. 454-459.
10. **Kumar, H., M. Ali, and D. Mishra,** Management of Descemet's Membrane Detachment by Intra Cameral Air Injection. Annals of International Medical and Dental Research, 2016. 2(6): p. 1.

TRẢI NGHIỆM CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI KHOA PHỤ SẢN BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BÌNH DƯƠNG NĂM 2023

Trần Thị Thu Phương[1], Phạm Quỳnh Anh[2], Phạm Trí Dũng[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng trải nghiệm của người bệnh nội trú tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phát vấn 197 người bệnh nội trú về trải nghiệm điều trị. Thời gian từ tháng 03 đến tháng 05 năm 2023. **Kết quả:** Tỷ lệ trải nghiệm tích cực của người bệnh trong nghiên cứu là 41,1%. Trong 7 khía cạnh đánh giá trải nghiệm của người bệnh thì khía cạnh trải nghiệm về môi trường bệnh viện là cao nhất 97,9%, tiếp theo về kiểm soát cơ đau 93,9%; thông tin thuốc 90,4%; chăm sóc của bác sĩ 89,9%; xuất viện 89,4%, chăm sóc của điều dưỡng là 88,9% và thấp nhất là phản hồi của nhân viên y tế (NVYT) 55,8%. **Kết luận:** Tỷ lệ trải nghiệm tích cực chung khá thấp, cần có giải pháp cải thiện thời gian chờ đợi khám của người bệnh nội trú.

[1]Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương
[2]Trường Đại học Y tế Công cộng
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thu Phương
Email: thuphuong.tt81@gmail.com
Ngày nhận bài: 14.9.2023
Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023
Ngày duyệt bài: 29.11.2023