

NAFLD Sun Ling [6] và của Maria Boddi [7], Phạm Hồng Phương [8]

Trung bình HDL-C ở nhóm NAFLD thấp hơn không NAFLD nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,37$), trung bình Creatinin, men AST của nhóm NAFLD cao hơn nhóm không NAFLD nhưng cũng không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự các nghiên cứu khác.

Hình ảnh siêu âm gan của nhóm BN nghiên cứu. Trong số 237 BN NAFLD của chúng tôi BN gan nhiễm mỡ độ I chiếm tỷ lệ cao nhất 167 BN chiếm 70,46%; Gan nhiễm mỡ độ II là 57 BN chiếm 24,05%; Gan nhiễm mỡ độ III là 13 BN chiếm 5,49%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự của tác giả Lê Hồng Phương [8]

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ BN gan nhiễm mỡ không do rượu ở nhóm BN tăng huyết áp được quản lý tại bệnh viện Đức Giang là 55,76%. Trong đó tỷ lệ BN có gan nhiễm mỡ độ I là cao nhất 70,46% sau đó đến độ II là 24,05%, độ III chiếm tỷ lệ rất ít 5,49%. Và tỷ lệ BN nữ nhiều hơn nam.

- BN tăng huyết áp không dùng thuốc mỡ máu hoặc dùng dưới 3 tháng có tỷ lệ gan nhiễm mỡ cao hơn. Khi dùng thuốc mỡ máu trên 3 tháng thì tỷ lệ gan nhiễm mỡ thấp hơn chỉ chiếm 5,91%.

- Tỷ lệ BN chưa kiểm soát được huyết áp tâm thu < 140mmHg ở nhóm có gan nhiễm mỡ là 60, 76% cao hơn nhóm BN không có gan nhiễm mỡ.

- Ở BN gan nhiễm mỡ thì HATT, HATT_r, HATB đều cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không có gan nhiễm mỡ

- Ở nhóm gan nhiễm mỡ các chỉ số trung bình của glucose máu, acid uric, ALT, GGT, Cholesterol, Triglycerid, LDL-C, WBC đều cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không gan nhiễm mỡ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M. Sayiner, A. Koenig, L. Henry và các cộng sự.** (2016), Epidemiology of Nonalcoholic Fatty Liver Disease and Nonalcoholic Steatohepatitis in the United States and the Rest of the World, Clin Liver Dis, 20(2), 205-14.
2. **P. Kasper, A. Martin, S. Lang và các cộng sự.** (2021), NAFLD and cardiovascular diseases: a clinical review, Clin Res Cardiol, 110(7), 921-937.
3. **Huynh Van Minh, Huy Tran, Phạm Khai và các cộng sự.** (2018), 2018 VNHA/VSH Guidelines for Diagnosis and Treatment of Hypertension in Adults, Journal of Vietnamese Studies, supplement, 1-58.
4. **C. Ma, K. Yan, Z. Wang và các cộng sự.** (2021), The association between hypertension and nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD): literature evidence and systems biology analysis, Bioengineered, 12(1), 2187-2202.
5. **X. Huang, M. Xu, Y. Chen và các cộng sự.** (2015), Validation of the Fatty Liver Index for Nonalcoholic Fatty Liver Disease in Middle-Aged and Elderly Chinese, Medicine (Baltimore), 94(40), e1682.
6. **L. Sun, S. Z. Lü** (2011), Association between non-alcoholic fatty liver disease and coronary artery disease severity, Chin Med J (Engl), 124(6), 867-72.
7. **M. Boddi, R. Tarquini, M. Chiostrri và các cộng sự.** (2013), Nonalcoholic fatty liver in nondiabetic patients with acute coronary syndromes, Eur J Clin Invest, 43(5), 429-38.
8. **Phạm Hồng Phương** (2018), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân có bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu, Luận án Tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN GLÔCÔM KHÁNG TRỊ THỰC HIỆN QUANG ĐÔNG VI XUNG THỂ MI XUYÊN CÙNG MẠC BỔ SUNG

Đoàn Kim Thành¹, Phạm Thị Thủy Tiên²,
Võ Tuyết Mai¹, Trương Hoàng Khải³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Glôcôm kháng trị là một biến chứng có thể gặp ở tất cả các loại glôcôm. Trong đó, glôcôm

thứ phát như glôcôm tân mạch, glôcôm giả tróc 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 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, huy thể mi có thể được đặt ra và phương pháp thực hiện là quang đông vi xung thể mi xuyên cùng mạc bổ sung (MTSCPC_plus-micropulse transcleral cyclophotocoagulation plus) bằng tia laser diode (810 nm) kết hợp 2 kỹ thuật cho phép hạ nhãn áp. Để hiểu rõ nhóm bệnh nhân glôcôm kháng trị thực hiện laser này. Vì vậy chúng tôi tiến

¹Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

³Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: Võ Tuyết Mai

Email: vtmai1009@gmail.vn

Ngày nhận bài: 4.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2024

Ngày duyệt bài: 6.2.2024

hành khảo sát đặc điểm dịch tễ và lâm sàng trên bệnh nhân glôcôm kháng trị thực hiện phương pháp laser quang đông vi xung thể mi xuyên củng mạc bổ sung. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân glôcôm kháng trị thực hiện phương pháp laser quang đông vi xung thể mi xuyên củng mạc bổ sung. **Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 39 người bệnh glôcôm kháng trị. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 39 mắt glôcôm kháng trị, tuổi trung bình là $55,15 \pm 12,87$, nam chiếm 53,8%. 79,3% mắt là glôcôm thứ phát trong đó glôcôm tịt mạch chiếm đa số (51,6%). Đa số mắt chưa phẫu thuật trước đó là 74,4%. Thị lực từ sáng tối âm đến ĐNT <1m. Nhãn áp trung bình là $36,93 \pm 10,61$ mmHg. Tất cả bệnh đều có CDR = 1,0. Mức độ đau nhức trước phẫu thuật ghi nhận dao động từ nhẹ (3/39), vừa (27/39) đến nặng (9/39). Số lượng thuốc hạ áp trung bình sử dụng là $2,95 \pm 0,22$ thuốc. **Kết luận:** Nhóm bệnh nhân glôcôm kháng trị thực hiện laser quang đông vi xung thể mi xuyên củng mạc bổ sung chiếm phần lớn là bệnh nhân lớn tuổi, nam giới, glôcôm tịt mạch chiếm đa số trong glôcôm thứ phát, mắt thường trong tình trạng giai đoạn nặng, với thị lực kém, nhãn áp không đạt nhãn áp mục tiêu dù đã điều trị thuốc tối đa và phẫu thuật. Bên cạnh đó, glôcôm kháng trị còn gây đau nhức cho bệnh nhân ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

Từ khóa: Glôcôm kháng trị, laser vi xung bổ sung, đặc điểm lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL OF REFRACTORY GLAUCOMA PATIENTS UNDERGO MICROPULSE TRANSSCLERAL CYCLOPHOTOCOAGULATION PLUS

Background: Refractory glaucoma is a complication that can occur in all types of glaucoma. Among them, secondary glaucoma such as neovascular glaucoma, pseudoexfoliation glaucoma, post-uveitis glaucoma, intraocular silicon glaucoma... have a higher treatment resistance rate than primary 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 transscleral cyclophotocoagulation Plus) using a diode laser (810 nm) combining 2 techniques for intraocular pressure lowering. To understand the group of patients with treatment-resistant glaucoma who perform this laser. Therefore, we conducted a survey of epidemiological and clinical characteristics in patients with refractory glaucoma undergoing MTSCPC_plus. **Objective:** Describe the clinical characteristics of refractory glaucoma undergoing micropulse transscleral photocoagulation plus. **Methods:** Descriptive cross-sectional study involved 39 patients refractory glaucoma. **Results:** The study included 39 eyes with refractory glaucoma, average age was 55.15 ± 12.87 years, male accounted for 53.8%. 79.3% of eyes had secondary glaucoma, of which neovascular glaucoma

accounted for the majority (51.6%). The majority of eyes have not had surgery before, 74.4%. Visual acuity from no perception of light to count fingers <1m. The average intraocular pressure was 36.93 ± 10.61 mmHg. All diseases have CDR = 1.0. The level of preoperative pain recorded ranged from mild (3/39), moderate (27/39) to severe (9/39). The average number of antihypertensive drugs used was 2.95 ± 0.22 drugs. **Conclusions:** The group of patients with refractory glaucoma undergoing micropulse transscleral photocoagulation plus is mostly older patients, men, neovascular glaucoma accounts for the majority of secondary glaucoma, and almost eyes are in a stage state. Severe, with poor vision, eye pressure does not reach target eye pressure despite maximum medical treatment and surgery. In addition, refractory glaucoma also causes pain for patients, affecting their quality of life. **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 tịt 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 transscleral cyclophotocoagulation plus) bằng tia laser diode (810 nm) kết hợp 2 kỹ thuật cho phép hạ nhãn áp. Để hiểu rõ hơn đặc điểm của nhóm bệnh nhân khi thực hiện phương pháp laser này. Vì vậy chúng tôi tiến hành khảo sát đặc điểm dịch tễ và lâm sàng trên bệnh nhân glôcôm kháng trị thực hiện phương pháp laser quang đông vi xung thể mi xuyên củng mạc bổ sung.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang. 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: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định 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: Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu.

Cỡ mẫu. Lấy mẫu thuận tiện đạt tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu.

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 laser vi xung.

Phương pháp thống kê. Số liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm SPSS20. Điểm trung bình và độ lệch chuẩn được sử dụng để mô tả các biến số định lượng, tần số và tỷ lệ được sử dụng để mô tả các biến số định tính.

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 ± 12,87 (20 – 86)
Giới tính	
Nam	21 (53,8 %)
Nữ	18 (46,2%)

Tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 55,15 ± 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. Chẩn đoán glaucoma và tiền căn phẫu thuật đã được thực hiện trước khi tham gia nghiên cứu của các bệnh nhân được trình bày ở bảng 2.

Bảng 2: Tiền căn của mẫu nghiên cứu (n=39)

Tiền căn	Số lượng (tỉ lệ)
Phân loại glaucoma	
Glaucoma nguyên phát	8 (20,5%)
Glaucoma thứ phát	31 (79,5%)
Glaucoma tân mạch	16 (51,6%)
Tiền căn phẫu thuật	
Chưa phẫu thuật glaucoma	29 (74,4%)
Cắt bè củng mạc	4 (10,3%)
Quang đông thể mi	2 (5,1%)
Đặt van Ahmed	2 (5,1%)
Phẫu thuật đáy mắt	2 (5,1%)

Trong 39 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, mắt được chẩn đoán glôcôm thứ phát chiếm tỉ lệ cao 79,5% và glôcôm tân mạch chiếm 51,6% trong nhóm này. Đa số bệnh nhân chưa có tiền căn phẫu thuật chiếm 74,4%, 10 bệnh nhân (25,6%) đã được phẫu thuật glaucoma (bao gồm 4 cắt bè củng mạc, 2 đặt van Ahmed và 2 quang đông thể mi, 2 phẫu thuật đáy mắt).

Đặc điểm lâm sàng. Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu (n=39)

Đặc điểm lâm sàng	Giá trị
Thị lực	
Sáng tối (ST) âm	25 (64,1%)
Sáng tối (ST) dương	7(17,9%)
Bóng bàn tay (BBT)	5 (12,8%)
Đếm ngón tay (ĐNT) < 1m	2(5,2%)
Nhãn áp (mmHg)	36,93 ± 10,61
CDR	1,0
Mức độ đau nhức	
Đau nhẹ	3 (7,7%)
Đau vừa	27 (69,2%)
Đau nặng	9 (23,1%)
Số lượng thuốc hạ áp trung bình	2,95 ± 0,22

Thị lực của các bệnh nhân glôcôm dao động từ ST âm tới ĐNT <1m. Nhãn áp trung bình là 36,93 ± 10,61 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 từ nhẹ (3/39), vừa (27/39) đến nặng (9/39). Số lượng thuốc hạ áp trung bình sử dụng là 2,95 ± 0,22 thuốc.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình là 55,15 ± 12,87, tuổi cao nhất là 86 tuổi, thấp nhất là 20 tuổi. So sánh với tuổi trung bình của nghiên cứu các tác giả như của Tan (2010)[6] có tuổi trung bình là 62.6 ± 16.8. Nassima Benhatchi (2019)[3] có tuổi trung bình là 63,83 ± 16,21 cao hơn nhóm nghiên cứu.

Trong nghiên cứu có 21 bệnh nhân nam

(chiếm 53,8%), và 18 bệnh nhân nữ (chiếm 46,2%). Về giới tính, tỉ lệ nam giới cao hơn nữ giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$; phép kiểm Chi-square). Tham khảo một số nghiên cứu của các tác giả nước ngoài thì tỉ lệ nam cũng nhiều hơn nữ như nghiên cứu của Tan (2010) [6] có tỉ lệ nam: nữ là 3,75 : 1; Aquino (2015)[2] là 2,4:1; Karen Zaarour (2019)[9] là 1,2:1.

Có 31/39 mắt được chẩn đoán Glôcôm thứ phát chiếm tỉ lệ 79,5% cao hơn hẳn nhóm glôcôm nguyên phát với 8/39 mắt (20,5%). Trong nhóm glôcôm thứ phát thì có 16 mắt được chẩn đoán glôcôm tân mạch chiếm gần ½ trong nhóm này. Nghiên cứu của các tác giả khác như Nassima Benhatchi (2019)[3], Karen Zaarour (2019)[9] và Maria Alexandra Preda (2020)[4] đều thực hiện trên mẫu nghiên cứu có chẩn đoán glaucoma rất đa dạng gồm glaucoma nguyên phát, glaucoma thứ phát (sau viêm màng bồ đào, sau ghép giác mạc...), glaucoma tân mạch, glaucoma giả trúc bao và glaucoma bẩm sinh. Nhìn chung, bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có thị lực thấp dao động từ ST âm tới ĐNT trong đó ST âm chiếm tỉ lệ cao nhất 64,1%).

Các nghiên cứu về hiệu quả phương pháp MP-TSCPC trên bệnh nhân glaucoma kháng trị khác trên thế giới đều có khoảng thị lực rộng hơn. Nghiên cứu của Karen Zaarour (2019)[9] thực hiện trên 69 bệnh nhân có thị lực trước phẫu thuật dao động từ 0 tới 2,1 logMar tương đương với ĐNT 0,5m tới 6/6 trong bảng thị lực Snellen.

Tình trạng bệnh nặng của nhóm nghiên cứu do việc lựa chọn đối tượng nghiên cứu, hầu hết đều là những trường hợp đã bế tắc sau một thời gian dài điều trị, được phẫu thuật nhiều lần bằng những phương pháp khác nhau nhưng không thể điều chỉnh được nhãn áp mới được chọn vào nghiên cứu này. Ngoài ra có những trường hợp đến khám và điều trị khi đã mất thị lực hoàn toàn.

Hầu hết bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu đều đã được điều trị bằng nhiều biện pháp khác nhau, có những mắt được phẫu thuật đến 2 - 3 lần trước đó mà nhãn áp vẫn không điều chỉnh.

Có 29/39 mắt (chiếm 74,4%) trong mẫu nghiên cứu chưa điều trị phẫu thuật hoặc thủ thuật trước. Trong đó có 10/39 mắt phẫu thuật/thủ thuật glôcôm trước đó gồm: 4 mắt đã phẫu thuật cắt bè củng 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, 2 mắt phẫu thuật đáy mắt

Ngoài ra, trong mẫu nghiên cứu cũng ghi

nhận 1 mắt đã qua 4 lần phẫu thuật trước đó, 6 mắt đã qua 2 lần phẫu thuật và 17 mắt đã phẫu thuật 1 lần trước đó. Phẫu thuật glaucoma được áp dụng chủ yếu là cắt bè củng giác mạc có áp thuốc chống chuyển hoá 5-Fluoro Uracin (4 mắt).

Tham khảo so sánh với một số nghiên cứu nước ngoài cụ thể là trong nghiên cứu của tác giả Nirappel (2020)[1] có 13/45 mắt (chiếm 29%) đã trải qua phẫu thuật glôcôm can thiệp trước đó bao gồm đặt thiết bị dẫn lưu và cắt bè củng mạc tương đồng với nghiên cứu của. Nghiên cứu của tác giả Ting (2020)[8] có 32/32 mắt (chiếm 100%) đã trải qua phương pháp laser quang đông thể mi, trong đó 2/32 mắt là phẫu thuật cắt bè củng mạc và 7/32 đã đặt van dẫn lưu.

Do hiệu quả hết sức hạn chế của các lần phẫu thuật trước nhập viện nên hầu hết bệnh nhân đều đang được dùng các loại thuốc hạ nhãn áp khác nhau. Trung bình mỗi bệnh nhân đang được dùng 2,95 loại thuốc. Dù vậy tất cả những trường hợp này đều không điều chỉnh được nhãn áp nên bắt buộc phải chỉ định một phương pháp điều trị khác, đó là QĐTMBS.

Tham khảo các nghiên cứu nước ngoài với nghiên cứu của chúng tôi về số lượng thuốc hạ NA trung bình sử dụng trước nhập viện Cụ thể, số lượng thuốc hạ áp trung bình cần sử dụng trong nghiên cứu của Anna M Tan (2010)[6] là $2,1 \pm 1,1$ (thay đổi từ 0 tới 4 thuốc), trong nghiên cứu của Alice L. Williams (2018)[7] là $2,3 \pm 1,2$ thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu của Karen Zaarour (2019)[9] số lượng thuốc hạ áp nhỏ cần dùng là $3,53 \pm 0,68$. Tương tự, trong nghiên cứu của Nassima Benhatchi (2019)[3] và Soshian Sarrafpour (2019)[5], số lượng thuốc hạ áp trung bình trước phẫu thuật lần lượt là $3,4 \pm 1,7$ và $3,1 \pm 1,1$, như tác giả Nirappel(2020)[1] là 3,88; tác giả Ting (2020)[8] là 3,5

Tất cả 39 mắt trong nhóm nghiên cứu khi nhập viện đều có nhãn áp cao từ 19 mmHg trở lên dù đang được điều trị bằng các loại thuốc hạ nhãn áp khác nhau. Trong đó nhãn áp từ 19 đến 25 mmHg có 6 ca, 25 đến 32 mmHg có 7 trường hợp, nhãn áp từ 33 đến 40 mmHg có 8 trường hợp và chiếm đa số là nhãn áp trên 40 mmHg có 17 trường hợp. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ bao gồm những bệnh nhân có đôi mắt đã "mù". NA trước điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là $36,93 \pm 10,61$ mm Hg cao hơn rõ rệt so với tác giả Nirappel(2020)[1] là $22,6 \pm 6,16$ mmHg; tương đồng tác giả Ting (2020)[8] là 33,7 mmHg. Mẫu nghiên cứu của chúng tôi đã bao gồm các bệnh nhân glaucoma nặng có nhãn

áp không kiểm soát dù đã điều trị tối ưu hoặc có chống chỉ định phẫu thuật xâm lấn khác.

V. KẾT LUẬN

Nhóm bệnh nhân glôcôm kháng trị thực hiện laser quang đông vi xung thể mi xuyên củng mạc bổ sung chiếm phần lớn là bệnh nhân lớn tuổi, nam giới, glôcôm tân mạch chiếm đa số trong glôcôm thứ phát, mắt thường trong tình trạng giai đoạn nặng, với thị lực kém, nhãn áp không đạt nhãn áp mục tiêu dù đã điều trị thuốc tối đa và phẫu thuật. Bên cạnh đó, glôcôm kháng trị còn gây đau nhức cho bệnh nhân ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nirappel, A, et al.** (2020), "Augmented MP-TSCPC for the management of elevated IOP in glaucomatous eyes". 4(3), pp. 279-286.
2. **Aquino, M. C., et al.** (2015), "Micropulse versus continuous wave transscleral diode cyclophotocoagulation in refractory glaucoma: a randomized exploratory study", Clin Exp Ophthalmol. 43(1), pp. 40-6.
3. **Benhatchi, N., Bensmail, D., and Lachkar, Y.** (2019), "Benefits of SubCyclo Laser Therapy Guided by High-frequency Ultrasound Biomicroscopy in Patients With Refractory Glaucoma", J Glaucoma. 28(6), pp. 535-539.
4. **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.
5. **Sarrafpour, S., et al.** (2019), "Micropulse Transscleral Cyclophotocoagulation: A Look at Long-Term Effectiveness and Outcomes", Ophthalmol Glaucoma. 2(3), pp. 167-171.
6. **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.
7. **Williams, A. L., et al.** (2018), "Clinical Efficacy and Safety Profile of Micropulse Transscleral Cyclophotocoagulation in Refractory Glaucoma", J Glaucoma. 27(5), pp. 445-449.
8. **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.
9. **Zaarour, K., et al.** (2019), "Outcomes of Micropulse Transscleral Cyclophotocoagulation in Uncontrolled Glaucoma Patients", J Glaucoma. 28(3), pp. 270-275.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC THÀNH TĨNH MẠCH TINH Ở NGƯỜI BỆNH GIÃN TĨNH MẠCH TINH

Trần Thị Hà Phương¹, Nguyễn Thị Hương¹, Trần Ngọc Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm mô bệnh học thành tinh mạch tinh ở người bệnh giãn tĩnh mạch tinh. **Đối tượng:** Nghiên cứu được thực hiện trên 61 người bệnh bị giãn TMT được vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh giãn trong khoảng thời gian từ tháng 11/2022 đến tháng 6/2023, trong mổ có lấy đoạn tĩnh mạch tinh giãn gửi làm giải phẫu bệnh. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, lấy mẫu toàn bộ và chọn mẫu có chủ đích. **Kết quả nghiên cứu:** Trong nhóm nghiên cứu, 100% đối tượng được phân loại giãn tĩnh mạch tinh độ 3 trên lâm sàng. Tĩnh mạch tinh có khiếm khuyết về van tĩnh mạch chiếm tỷ lệ rất cao 95,1% trong đó 59,0% không có van và 36,1% có van bất thường cấu trúc. Tìm thấy mối liên quan giữa tình trạng tổn thương van và dấu hiệu dòng trào ngược tĩnh mạch trên siêu âm Doppler màu. Độ dày trung bình lớp áo giữa, lớp áo ngoài và toàn bộ thành tĩnh mạch tinh lần lượt là $356,3 \pm 99,58\mu\text{m}$, $103 \pm 34,32\mu\text{m}$ và $467,6 \pm 110,84\mu\text{m}$. Tỷ lệ thành phần mô

liên kết trong lớp áo giữa và lớp áo ngoài tương ứng là $30 \pm 7,32\%$, $53,5 \pm 7,42\%$ và tìm thấy mối tương quan giữa tỷ lệ thành phần mô liên kết trong lớp áo giữa và số nhánh tĩnh mạch thắt được trên mỗi thừng tinh. **Kết luận:** Sự khiếm khuyết van tĩnh mạch tinh góp phần hình thành dòng trào ngược và gây ra bệnh lý giãn tĩnh mạch tinh. Các tĩnh mạch tinh giãn càng lớn thì sự tăng sinh mô liên kết trong lớp áo giữa càng nhiều. **Từ khóa:** giãn tĩnh mạch tinh, giải phẫu bệnh tĩnh mạch tinh, van tĩnh mạch tinh.

SUMMARY

EVALUATING THE HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SPERMATIC VEIN WALL IN PATIENTS WITH VARICOCELE

Purpose: The purpose of this study is to describe the histopathological characteristics of spermatic vein wall in patients with varicocele. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. The study was conducted on 61 patients with varicocele who underwent surgical treatment for varicocele veins constriction from November 2022 to June 2023. During the surgery, a segment of the dilated varicocele veins was collected for pathological examination. **Results:** All varicocele veins were clinically classified as grade 3. Venous valve defects were found in a high proportion of cases 95.1%, with 59.0% having no valves and 36.1% having structurally abnormal valves. A correlation was

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hà Phương

Email: haphuong021297@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2024

Ngày duyệt bài: 2.2.2024