

9. Hoàng Thị Phương Liên, Nguyễn Thị Thùy Trang, and Nguyễn Lê Thanh Tuyền, Khảo sát độc tính cấp và thăm dò tác dụng đông máu của dịch chiết nước từ lá cây Lầu đở Psychotria rubra (Lour.) Poir, Rubiaceae. Tạp chí Khoa học & Công nghệ (2018), 4(70-73).

10. Lê Văn Huân, C.K.L., Trương Quốc Quyền, Phạm Thảo Nguyên, et al. Khảo sát độc tính cấp và tác dụng hạ acid uric của cao chiết nước lá cây dung (symplocos cochinchinensis (lour.) S. Moore). in Công nghệ sinh học y dược. 2020. Thừa Thiên Huế: Đại học Huế.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA RANIBIZUMAB TIÊM NỘI NHÃN TRONG ĐIỀU TRỊ PHÙ HOÀNG ĐIỂM ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Nguyễn Thị Uyên Duyên¹, Đoàn Kim Thành², Trần Anh Tuấn³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của ranibizumab tiêm nội nhãn trong điều trị phù hoàng điểm đái tháo đường. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, can thiệp lâm sàng, không nhóm chứng. Tuyển chọn mắt phù hoàng điểm đái tháo đường có thị lực chỉnh kính từ 20/230 (10 chữ ETDRS) đến 20/40 (70 chữ ETDRS) và độ dày võng mạc trung tâm $\geq 250 \mu\text{m}$ trên OCT. Phác đồ tiêm nội nhãn 3 mũi ranibizumab 0,5mg liên tục mỗi 4 tuần, sau đó tiêm cho đến khi thị lực có chỉnh kính đạt 20/20 hoặc ổn định (chú ý kết quả OCT). Theo dõi và đánh giá kết quả mỗi 4 tuần trong 24 tuần. **Kết quả:** Thu thập 21 mắt của 15 bệnh nhân phù hoàng điểm đái tháo đường với số mũi tiêm trung bình là $4,9 \pm 1,2$ tại thời điểm 24 tuần cho kết quả như sau: Trung bình thị lực có chỉnh kính là $54,9 \pm 3,6$ ký tự ETDRS trước khi điều trị và tăng có ý nghĩa thống kê ($p < 0.0001$) là $14,9 \pm 10,1$ ký tự với $69,7 \pm 3,3$ ký tự tại thời điểm 24 tuần. Trung bình độ dày võng mạc trung tâm tại thời điểm trước điều trị là $442,9 \pm 28,9 \mu\text{m}$ và giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0.0001$) là $189,0 \pm 32,3 \mu\text{m}$ còn $253,9 \pm 10,2 \mu\text{m}$ tại tuần 24. 10 mắt (47,6%) BLVMĐTĐKTS nặng chuyển thành BLVMĐTĐKTS vừa và nhẹ. Không ghi nhận biến chứng tại mắt: bong võng mạc, viêm nội nhãn, xuất huyết dịch kính,... Thị lực nền < 60 ký tự ETDRS $\sim < 3/10$ có nguy cơ khiến không đạt mức thành công tốt đẹp gấp 8,8 lần so với nhóm có thị lực nền ≥ 60 ký tự ETDRS $\sim \geq 3/10$; kiểm định Fisher's Exact; RR=8,8; CI 95% (1,324 - 58,500); $p = 0,002$. **Kết luận:** Hiệu quả của ranibizumab 0,5mg tiêm nội nhãn trong điều trị phù hoàng điểm đái tháo đường cải thiện võng mạc về cấu trúc và chức năng có ý nghĩa thống kê. **Từ khóa:** phù hoàng điểm đái tháo đường, bệnh võng mạc đái tháo đường, yếu tố nguy cơ, Ranibizumab.

SUMMARY

AN EVALUATION OF INTRAVITREAL

¹Bệnh viện Mắt TP HCM

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Uyên Duyên

Email: uyenduyenpy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 23.4.2024

RANIBIZUMAB FOR DIABETIC MACULAR EDEMA

Objectives: To evaluate the effect of intravitreal ranibizumab injection for clinically significant diabetic macular edema (DME). **Methods:** This is quasi experimental study. These eyes with diabetic macular edema had baseline best-corrected visual acuity (BCVA) 20/40 (70 ETDRS letters) to 20/320 (10 ETDRS letters) and central retinal thickness (CRT) $\geq 250 \mu\text{m}$ on optical coherence tomography. Patients were treated with 3 consecutive monthly intravitreal 0.5mg ranibizumab injections then injections until BCVA 20/20 or stable (regardless of OCT findings). Followed up 24 weeks. **Results:** Enrolled 21 eyes of 15 patients (8 males and 7 females) with diabetic macular edema with 4.9 ± 1.2 injections at 24 weeks. Mean best-corrected visual acuity ETDRS letter score at baseline was 54.9 ± 3.6 letters and increased significantly ($p < 0.0001$) by 14.9 ± 10.1 letters to 69.7 ± 3.3 letters at 24 weeks. Baseline central foveal thickness was $442.9 \pm 28.9 \mu\text{m}$ and decreased significantly ($p < 0.0001$) by $189.0 \pm 32.3 \mu\text{m}$ to $253.9 \pm 10.2 \mu\text{m}$ at 24 weeks. Significant improvements in macular edema were noted on OCT, and retinopathy was less likely to worsen and more likely to improve in ranibizumab-treated patients. There are no complications such as retinal detachment, endophthalmitis, vitreous hemorrhage,... BCVA background < 60 ETDRS letters $\sim < 3/10$ risk that not successfully reaching 8.8 times compared to the group with BCVA baseline ≥ 60 ETDRS letters $\sim \geq 3/10$; tested Fisher's Exact; RR = 8.8; 95% CI (1.324 to 58.500); $p = 0.002$. **Conclusions:** Ranibizumab therapy in the treatment of diabetic macular edema improve significantly retinal function and structure. **Keywords:** diabetic macular edema, diabetic retinopathy, risk factor, ranibizumab.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý võng mạc đái tháo đường là một trong những nguyên nhân phổ biến gây mù lòa ở các nước phát triển cũng như các nước đang phát triển. Năm 2007 ở Việt Nam gần 1,3 triệu người mắc bệnh đái tháo đường, ước tính đến năm 2025 có đến 2,5 triệu người mắc bệnh (2).

Phù hoàng điểm đái tháo đường là biến chứng ngày càng gia tăng của bệnh võng mạc đái tháo đường; tỷ lệ phù hoàng điểm đái tháo đường tăng từ 0% đến 3% ở những bệnh nhân mới phát hiện đái tháo đường, cho đến 28% -

29% ở những bệnh nhân có bệnh đái tháo đường ≥ 20 năm (3).

Laser quang đông điểm và lưới là điều trị kinh điển của phù HÐ do ĐTĐ, tuy nhiên cơ chế tác dụng chưa rõ ràng cũng như hiệu quả của phương pháp này ở dạng phù HÐ lan tỏa còn hạn chế. Sử dụng corticoid tại chỗ mang lại hiệu quả giảm phù đáng kể, tuy nhiên tỉ lệ biến chứng đục thủy tinh thể và tăng nhãn áp còn cao; cũng như kết quả điều trị cắt dịch kính qua pars plana vẫn còn gây tranh cãi.

Ranibizumab là đoạn kháng thể kháng VEGF, điều trị vào cơ chế bệnh sinh phù hoàng điểm ĐTĐ. Ngày nay trên thế giới đã thực hiện rất nhiều công trình nghiên cứu về ranibizumab cho thấy hiệu quả vượt trội hơn laser quang đông tại thời điểm 6 tháng và vượt trội hơn cả tiêm steroids nội nhãn và laser tại thời điểm 12 tháng (1, 4, 6, 7).

Trong khi đó tại Việt Nam, cho tới nay vẫn chưa có nhiều tác giả nghiên cứu sâu về vấn đề này, chưa có công trình nghiên cứu nào về tính an toàn và hiệu quả của Ranibizumab trong điều trị phù hoàng điểm đái tháo đường được công bố. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài "Đánh giá hiệu quả của Ranibizumab tiêm nội nhãn trong điều trị phù hoàng điểm đái tháo đường".

Với mục tiêu đánh giá tính hiệu quả và an toàn của Ranibizumab tiêm nội nhãn trong điều trị phù hoàng điểm đái tháo đường qua việc xác định mức độ hiệu quả và an toàn của liệu pháp ranibizumab tiêm nội nhãn trong điều trị phù hoàng điểm đái tháo đường và xác định các yếu tố nguy cơ liên quan đến hiệu quả điều trị về mặt cải thiện thị lực và cấu trúc võng mạc.

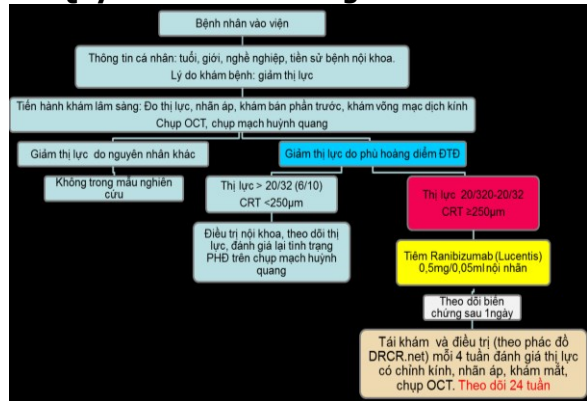
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả những bệnh nhân > 18 tuổi mắc bệnh đái tháo đường tít 1 hoặc tít 2 sinh sống tại Việt Nam có phù hoàng điểm đái tháo đường đến khám và điều trị tại Bệnh viện Mắt TP. HCM có độ dày võng mạc trung tâm $\geq 250 \mu\text{m}$ và thị lực mắt điều trị có chỉnh kính từ 24 ký tự ETDRS (Snellen: 20/320) đến 73 ký tự ETDRS (Snellen: 20/32). Tiêu chuẩn loại ra: đã từng điều trị quang đông toàn võng mạc trong vòng 3 tháng trước, tiêm cạnh nhãn cầu, tiêm dưới bao tenon, tiêm nội nhãn, cắt dịch kính, tiền sử Glaucoma hoặc tăng nhãn áp > 21mmHg, bệnh lý về mắt khác đi kèm ảnh hưởng đến vùng hoàng điểm, giác mạc,...

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 21 mắt

Quy trình tiến hành nghiên cứu:



Phác đồ tiêm nhắc lại: Nguyên lý điều trị phù hoàng điểm đái tháo đường của DRCC.net: (1)

Tiêm Anti-VEGF trong dịch kính: thăm khám mỗi 4 tuần, đánh giá điều trị mỗi 4 tuần.

➢ Cải thiện trên OCT hoặc thị lực sau khi tiêm → Tiêm

Cải thiện: độ dày võng mạc trung tâm trên OCT giảm $\geq 10\%$ hoặc thị lực tăng ≥ 5 ký tự ETDRS (tương đương 1 hàng thị lực Snellen)

➢ Xấu đi trên OCT hoặc thị lực sau khi ngưng tiêm → Tiêm

Xấu đi: độ dày võng mạc trung tâm trên OCT tăng $\geq 10\%$ hoặc thị lực giảm ≥ 5 ký tự ETDRS (tương đương 1 hàng thị lực Snellen)

➢ **Ổn định:** không cải thiện cũng không xấu đi trên OCT hay thị lực: một số trường hợp tiêm, một số sẽ không tiêm.

➢ Mới ổn định sau mũi tiêm vừa rồi → Tiêm

➢ Ổn định sau ít nhất 2 mũi tiêm liên tiếp:

➢ Độ dày võng mạc trung tâm (CRT) trên OCT < 250 μm và thị lực $\geq 20/20$ (84 ký tự ETDRS) → Tạm hoãn tiêm, tái khám sau 4 tuần; nếu ổn định hay cải thiện nhân đôi thời gian theo dõi 8 tuần; nếu xấu đi thì tiếp tục tiêm.

➢ Nếu CRT $\geq 250 \mu\text{m}$ hay thị lực < 20/20: → Tiêm

Tổng số mũi tiêm tối đa của 1 bệnh nhân trong 24 tuần nghiên cứu theo dõi là 6 mũi tiêm.

Theo dõi tái khám: Bệnh nhân được hẹn tái khám mỗi 4 tuần. Mỗi lần tái khám: đo thị lực có chỉnh kính theo ký tự ETDRS, nhãn áp, hoàn thành tiến trình khám mắt kiểm tra, đo độ dày võng mạc trung tâm trên OCT.

Biên số khảo sát:

- **Biên số liên quan hiệu quả chức năng: cải thiện thị lực:**

Cải thiện thị lực sau điều trị được đánh giá thành công qua 2 cấp độ:

• Thành công tốt: Thị lực sau hơn thị lực trước điều trị trên 10 ký tự ETDRS (tương đương

tăng trên 2 hàng thị lực Snellen) và đạt thị lực ≥ 75 ký tự ETDRS (≥ 0.6 thị lực thập phân)

- Thành công vừa: Thị lực sau hơn thị lực trước trên 10 ký tự ETDRS nhưng thị lực < 75 ký tự ETDRS (< 0.6 thị lực thập phân)

– **Biến số liên quan hiệu quả cấu trúc: Cải thiện độ dày võng mạc trung tâm (CRT)**

Cải thiện độ dày võng mạc trung tâm sau điều trị được đánh giá thành công qua 2 cấp độ:

- Thành công tốt: sự sai biệt CRT trước và sau điều trị (d CRT) $> 25 \mu\text{m}$ và CRT $< 250 \mu\text{m}$
- Thành công vừa: sự sai biệt CRT trước và sau điều trị (d CRT) $> 25 \mu\text{m}$ nhưng CRT $\geq 250 \mu\text{m}$

– **Biến số liên quan mức độ an toàn: các tác dụng phụ và biến chứng xảy ra**

- Tăng nhãn áp (mmHg): đo nhãn áp Tono-Pen AVIA trước và sau điều trị.

- Biến chứng tại chỗ gồm: Đục thể thủy tinh, xuất huyết dịch kính, bong võng mạc, nhiễm trùng nội nhãn.

- Ghi nhận biến cố bất lợi do thuốc: Bảng liệt kê biến cố bất lợi theo các thử nghiệm lâm sàng:

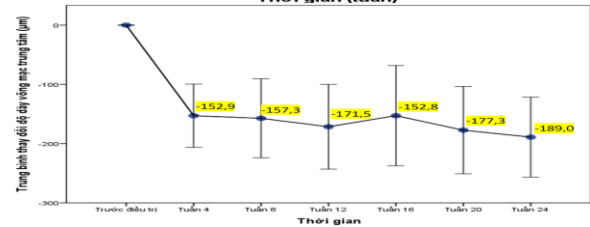
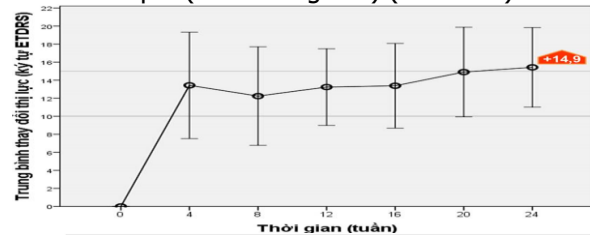
Thời gian thực hiện: Từ tháng 3 năm 2014 đến tháng 7 năm 2015 tại Bệnh viện Mắt TP. Hồ Chí Minh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

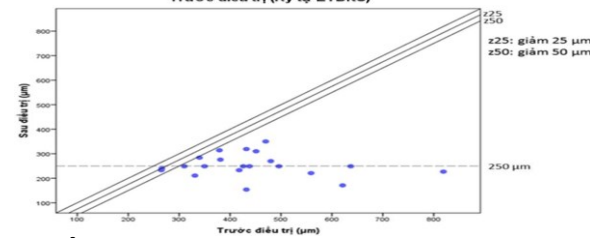
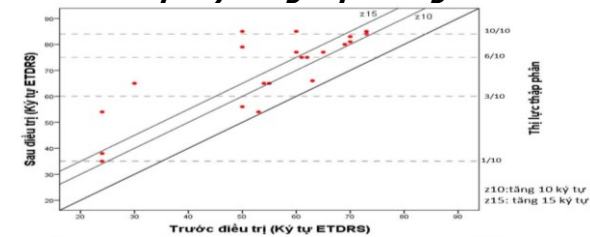
Nghiên cứu đã thu thập được 21 mắt của 15 bệnh nhân có phù hoàng điểm đái tháo đường, thỏa các tiêu chuẩn nhận vào và tiêu chuẩn loại ra, được theo dõi và điều trị ranibizumab tiêm nội nhãn trong 24 tuần. 8 (53,3%) bệnh nhân là nam và 7(46,7%) là nữ. Tuổi trung bình là 59,1 năm $\pm 7,9$. Thời gian phát hiện ĐTD trung bình là 13,9 năm $\pm 9,3$, trong đó 13 bệnh nhân (86,7%) có thời gian phát hiện bệnh ≥ 5 năm và 2 (13,3%) có thời gian phát hiện bệnh ĐTD < 5 năm. HbA_{1c} trung bình là 8,4 $\pm 1,8$ (%), trong đó 12 (80%) bệnh nhân có HbA_{1c} $\geq 7\%$ và 3 (20%) có HbA_{1c} $< 7\%$. Đường huyết trung bình tại thời điểm 24 tuần là 132 mg/dl thấp hơn ban đầu không có ý nghĩa thống kê (Kiểm định phi tham số Related-sample Friedman's ($p>0,05$)). Tình trạng đạm niệu đại thể 4 (26,7%), đạm niệu vi thể 6 (40,0%), và 13 (86,7%) có rối loạn lipid máu.

Thị lực trung bình trước điều trị là 54,9 \pm 3,6 ký tự ETDRS; 4 (19%) giảm thị lực nặng, 6 (28,6%) giảm thị lực trung bình và 11 (52,4%) giảm thị lực nhẹ. CRT trung bình trước điều trị là 442,9 $\pm 28,9$; 13 (61,9%) CRT $\geq 400 \mu\text{m}$, 8 (38,1%) ở nhóm CRT $< 400 \mu\text{m}$. Phù HĐ dạng xốp 8 (38,1%), dạng nang chiếm 11 (52,4%) và bong võng mạc thanh dịch chiếm 2 (9,5%).

Kết thúc thời gian theo dõi trong 24 tuần với trung bình 4,9 \pm 1,2 mũi tiêm, thị lực có chỉnh kính trung bình là 69,7 \pm 3,3 ký tự, tăng 14,9 \pm 10,1 ký tự (Kiểm định phi tham số Wilcoxon, $p<0,0001$); tuy nhiên, ở nhóm thị lực nền ≤ 65 ký tự cải thiện trung bình thị lực cao hơn, chủ yếu trên 10 ký tự ETDRS, trong khi đó nhóm thị lực nền ≥ 66 ký tự ETDRS thị lực trung bình tăng dưới 10 ký tự ETDRS. Tuy nhiên kiểm định so sánh hai trung bình của 2 nhóm thị lực nền vào các thời điểm khác nhau không có ý nghĩa thống kê (kiểm định phi tham số Mann-Whitney với $p > 0,05$). CRT trung bình sau điều trị là 253,9 $\pm 10,2 \mu\text{m}$, giảm 189,0 $\pm 32,3 \mu\text{m}$ (Kiểm định phi tham số Wilcoxon với $p<0,0001$) (hình 1 và biểu đồ 1); 14 mắt (66,7%) có sự giảm độ dày võng mạc trung tâm $> 25 \mu\text{m}$ với độ dày trung tâm võng mạc $< 250 \mu\text{m}$ (thành công tốt) 7 mắt (33,3%) có sự giảm độ dày võng mạc trung tâm $> 25 \mu\text{m}$ nhưng độ dày võng mạc trung tâm $\geq 250 \mu\text{m}$ (thành công vừa) (biểu đồ 2)



Biểu đồ 1: Trung bình thay đổi thị lực (trái) và độ dày võng mạc trung tâm



Biểu đồ 2: Sự phân tán thị lực (trái) và độ dày võng mạc trung tâm

võng mạc trung tâm (phải) trước điều trị và kết thúc theo dõi điều trị (thời điểm 24 tuần)

10 mắt (47,6%) bệnh lý võng mạc đái tháo đường không tăng sinh (BLVMĐTĐKTS) nặng chuyển thành BLVMĐTĐKTS vừa và nhẹ. Không ghi nhận biến chứng tại mắt: bong võng mạc, viêm nội nhãn, xuất huyết dịch kính,... Thị lực nền < 60 ký tự ETDRS \sim < 3/10 có nguy cơ khiến không đạt thị lực mức thành công tốt đẹp gấp 8,8 lần so với nhóm có thị lực nền \geq 60 ký tự ETDRS \sim \geq 3/10; kiểm định Fisher's Exact; RR=8,8; CI 95% (1,324 - 58,500); p = 0,002.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thị lực trung bình trước điều trị là $54,9 \pm 3,6$ ký tự ETDRS (tương đương 2,5/10) và sau điều trị 24 tuần là $69,7 \pm 3,3$ ký tự ETDRS (tương đương 5/10); thị lực sau điều trị cải thiện trung bình $14,9 \pm 10,1$ ký tự ETDRS (tương đương 3 hàng thị lực Snellen) có ý nghĩa thống kê. Kết quả cho thấy ranibizumab có hiệu quả lâm sàng nhất định.

Theo nghiên cứu của READ-1 (6) bước đầu nghiên cứu trên 10 bệnh nhân và theo dõi 24 tuần. Với thị lực ban đầu 21,8 ký tự ETDRS (20/80) và thị lực sau 24 tuần điều trị là 40,4 ký tự ETDRS (20/40) cải thiện 12,3 ký tự ETDRS. READ-1 sử dụng phác đồ điều trị cố định tiêm 5 mũi ranibizumab tại tuần 0, 4, 8, 16, 24. Trong nghiên cứu của chúng tôi có điểm giống nhau cùng theo dõi 24 tuần, tuy nhiên thị lực nền khác nhau và phác đồ điều trị khác nhau. Nghiên cứu của chúng tôi có thị lực nền $54,9 \pm 3,6$ ký tự ETDRS và sử dụng phác đồ điều trị nhắc lại theo DRCR.net (điều trị theo nhu cầu cá thể hóa). Tổng trên 21 bệnh nhân điều trị trong 24 tuần có số mũi tiêm trung bình là $4,9 \pm 1,2$. Số mũi tiêm gần tương đương với nghiên cứu READ-1 cố định là 5 mũi tiêm.

So sánh với các nghiên cứu còn lại (1, 4, 5, 7, 8) đa số thực hiện thời gian 48 tuần. Tuy nhiên, tất cả các nghiên cứu kể trên nhìn chung đều có kết quả trung bình thị lực cải thiện trong 24 tuần đầu, sau đó duy trì hoặc cải thiện hơn ở tuần thứ 48. Với trung bình số mũi tiêm trong 48 tuần từ 6-7,6 mũi tiêm, chủ yếu tập trung 24 tuần đầu từ 5-6 mũi tiêm. Tất cả nghiên cứu trên đều cho thấy hiệu quả cải thiện thị lực của ranibizumab trong điều trị phù hoàng điểm đái tháo đường trong 48 tuần xung quanh 10 ký tự ETDRS (tương đương 2 hàng thị lực Snellen). Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả tăng $14,9 \pm 10$ ký tự ETDRS cũng cho thấy hiệu quả của liệu pháp ranibizumab.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trung bình độ dày võng mạc trung tâm trước điều trị là $442,9 \pm 28,9$ μm và sau điều trị 24 tuần là $253,9 \pm 10,2$ μm ; độ dày võng mạc trung tâm sau điều trị cải thiện trung bình $189,9 \pm 32,3$. Kết quả cho thấy ranibizumab có hiệu quả cải thiện về mặt cấu trúc (độ dày võng mạc trung tâm). So với nghiên cứu của READ - 2 (7) có CRT nền thấp hơn và phác đồ điều trị chỉ tiêm 3 mũi trong 24 tuần cố định (tiêm vào tuần 3, 12, 20) chỉ đạt 103,7 μm . Nghiên cứu của READ-1 (6) cũng ghi nhận sự thay đổi của CRT phụ thuộc vào thời điểm sau khi tiêm do đó trong phác đồ của chúng tôi cải thiện giảm độ dày võng mạc trung tâm nhiều hơn so với nghiên cứu READ-1.

Bảy mắt (33,3%) có sự giảm độ dày trung tâm võng mạc > 25 μm và CRT > 250 μm sau 24 tuần điều trị, kết quả này cho thấy rằng vẫn còn 1/3 số mắt chưa đạt thành công về độ dày trung tâm võng mạc tại 24 tuần điều trị. Điều này cho thấy tuy thuốc ranibizumab hiệu quả trên phù hoàng điểm đái tháo đường, nhưng sự tác động này cũng tùy thuộc cơ địa của từng bệnh nhân. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Raj Maturi (9) về phân tích theo dõi phù hoàng điểm dai dẳng trong liệu pháp ranibizumab điều trị phù hoàng điểm đái tháo đường cho rằng 1/3 mắt điều trị phù hoàng điểm đái tháo đường với ranibizumab có phù hoàng điểm trung tâm dai dẳng sau 6 tháng khởi trị. Xấp xỉ 1/2 mắt phù hoàng điểm dai dẳng này có phù hoàng điểm trung tâm dai dẳng mãn tính trong 3 năm. Do vậy những bệnh nhân phù hoàng điểm dai dẳng sau 24 tuần điều trị sẽ xem xét điều trị laser bổ sung theo phác đồ.

Việc xác định các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị kém hoặc tốt có thể giúp thêm thông tin cho việc điều trị của bác sĩ nhãn khoa và bệnh nhân cũng như họ có thể mong đợi điều gì, khi chọn liệu pháp ranibizumab trong điều trị phù hoàng điểm ĐTĐ. Thị lực trước điều trị thấp dưới 60 ký tự ETDRS (tương đương 3/10) có nguy cơ khiến không đạt thị lực mức thành công tốt đẹp cao gấp 8,8 lần so với nhóm thị lực trước điều trị \geq 60 ký tự ETDRS. Do vậy một lần nữa khẳng định khuyến cáo những bệnh nhân đái tháo đường nên được khám sàng lọc và phát hiện sớm phù hoàng điểm đái tháo đường để điều trị kịp thời.

Do vậy đánh giá kết quả điều trị phù hoàng điểm đái tháo đường không chỉ dựa vào kết quả thị lực và mức độ phù hoàng điểm (độ dày võng mạc trung tâm) mà còn phải đánh giá mức độ tổn thương cấu trúc võng mạc trung tâm (như:

khớp nối IS/OS, thiếu máu hoàng điểm, xuất tiết cứng hồ hoàng điểm, nang trong hồ hoàng điểm)

V. KẾT LUẬN

Liệu pháp ranibizumab trong điều trị phù hoàng điểm đái tháo đường có tỷ lệ thành công về giải phẫu và chức năng đáng khả quan. Yếu tố thành công này một phần phụ thuộc vào thị lực nền, độ dày võng mạc trung tâm nền, mức độ tổn thương vùng hoàng điểm như: thiếu máu, tổn thương khớp nối IS/OS, xuất tiết cứng hồ hoàng điểm, tổn thương thần kinh võng mạc,...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Diabetic Retinopathy Clinical Research Network, Elman MJ, Aiello LP, Beck RW, et al.** (2010), "Randomized trial evaluating ranibizumab plus prompt or deferred laser or triamcinolone plus prompt laser for diabetic macular edema." *Ophthalmology*;117:1064-77.
2. **Juliana C. N. Chan, MBChB, Vasanti Malik, Weiping Jia, Takashi Kadowaki,** (2009), "Diabetes in Asia Epidemiology, Risk Factors, and Pathophysiology", *JAMA*; 301(20):pp.2129-2140.
3. **Klein, R., et al.** (1984), "The Wisconsin epidemiologic study of diabetic retinopathy. IV.

- Diabetic macular edema". *Ophthalmology*. 91(12): p. 1464-74.
4. **Miller EC, Capps BE, Sanghani RR, et al.** (2007), "Regulation of igf-I signaling in retinal endothelial cells by hyperglycemia." *Invest Ophthalmol Vis Sci*;48(8):3878-87.
 5. **Nguyen QD, Brown DM, Marcus DM, et al,** RISE and RIDE Research Group. (2012), "Ranibizumab for diabetic macular edema: results from 2 phase III randomized trials: RISE and RIDE". *Ophthalmology*; 119:789-801.
 6. **Nguyen QD, Tatlipinar S, Shah SM, et al:** READ-1 (2006), "Vascular endothelial growth factor is a critical stimulus for diabetic macular edema". *Am J Ophthalmol*;142:961-9.
 7. **Nguyen Quan Dong, MD, Syed Mahmood Shah, et al** (2009), "Primary End Point (Six Months) Results of the Ranibizumab for Edema of the macula in Diabetes (READ-2) Study" *Ophthalmology*;116:pp.2175-2181.
 8. **Panozzo, G., et al.** (2004), "Diabetic macular edema: an OCT-based classification". *Semin Ophthalmol*. 19(1-2): p. 13-20.
 9. **Raj Maturi, et al** (2015), "Exploratory Analysis of Persistent Macular Thickening Following Intravitreal Ranibizumab for Center-Involved Diabetic Macular Edema" *Investigative Ophthalmology & Visual Science*, Vol.56(7), 1732.

KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT CẮT THÙY GAN TRÁI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Phạm Thế Anh¹, Trịnh Huy Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt thùy gan trái điều trị ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 47 bệnh nhân được phẫu thuật cắt thùy gan trái điều trị HCC tại khoa Ngoại gan mật tụy – Bệnh viện K từ tháng 10/2021 đến hết tháng 12/2023. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ nam:nữ: 3,7:1. Độ tuổi trung bình: 59,9. Có 78,7% bệnh nhân mắc viêm gan B. Lý do vào viện chiếm tỉ lệ nhiều nhất: Tình cờ phát hiện u gan 55,3%. Chỉ số AFP trung bình: 667,3 ± 1740,9 ng/ml; kích thước u trung bình trên cắt lớp vi tính: 3,9 ± 2,0 cm. Đa số bệnh nhân được mở bụng theo đường trắng giữa trên rốn (89,4%). Có 21,3% bệnh nhân kiểm soát cuống gan toàn bộ. Thời gian phẫu thuật trung bình: 83,6 ± 26,1 phút. Thời gian kẹp cuống trung bình: 11,3 ± 5,5 phút. Không có trường hợp nào tai biến và truyền máu trong mổ. Không có biến chứng sau mổ. Thời gian hậu phẫu trung bình: 6,6 ± 1,6

ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt thùy gan trái điều trị HCC là phẫu thuật an toàn và cho kết quả tốt.

Từ khóa: Cắt gan thùy gan trái, ung thư biểu mô tế bào gan.

SUMMARY

SHORT-TERM OUTCOME OF LEFT LATERAL SECTIONECTOMY FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Objective: Hepatectomy is a curative treatment option for hepatocellular carcinoma (HCC). This study aimed to evaluate the early outcomes of left hepatectomy for HCC at K Hospital. **Patients and methods:** A retrospective cohort study was conducted on 47 patients who underwent left hepatectomy for HCC at the Department of Hepatobiliary and Pancreatic Surgery, Hospital K, from October 2021 to December 2023. **Results:** The male-to-female ratio was 3.7:1. The mean age was 59.9 years. Hepatitis B virus infection was present in 78.7% of patients. The most common reason for admission was incidental detection of liver tumor (55.3%). The mean AFP level was 667.3 ± 1740.9 ng/ml; the mean tumor size on computed tomography was 3.9 ± 2.0 cm. The majority of patients underwent a midline supraumbilical incision (89.4%). Total hepatic pedicle clamping was performed in 21.3% of patients. The

¹Bệnh viện K Cơ sở Tân Triều

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Anh

Email: theanhvietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 23.4.2024