

sự cần thiết trong chăm sóc sức khỏe tâm thần của người học nói chung và sinh viên chính quy năm thứ nhất nói riêng.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ mắc RLLAXH ở sinh viên chính quy năm thứ nhất chiếm 35,7%. Trong đó, mức độ nhẹ 17,9%; mức độ trung bình 12,3%; mức độ nặng 3,8% và mức độ rất nặng 1,8%. Điểm số theo thang điểm LSAS cao nhất 128 điểm, trung bình là 48,5 điểm. Các tình huống lo lắng cao nhất là làm bài kiểm tra, sau đó đến các tình huống giao tiếp với người lạ. Hành động có tần suất né tránh nhiều nhất là đi uống rượu bia cùng người khác (57,7%), sau đó đến hẹn gặp một người lạ (43,3%), chủ động hẹn hò (33,6%).

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần có kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho đối tượng sinh viên năm thứ nhất nhằm làm giảm tỉ lệ mắc rối loạn lo âu xã hội, tăng cường khả năng học tập và hạn chế sự gia tăng của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thơ Nhị và Trần Ngọc Anh** (2020). Đặc điểm nhân cách và lo âu ở sinh viên năm thứ hai Trường Đại học Y Hà Nội năm học 2016-2017. Tạp chí nghiên cứu Y học, 129(5), 97-104.
2. **Nguyễn Thị Thắm** (2019). Thực trạng mắc và một số yếu tố liên quan đến hội chứng ám ảnh xã hội ở sinh viên Y học Dự phòng, Trường Đại

- học Y Dược Hải Phòng năm 2019. Tạp Chí Y học dự phòng, 29(9), 103-111.
3. **Al-Hazmi B.H., Sabur S.S., and Al-Hazmi R.H.** (2020). Social anxiety disorder in medical students at Taibah University, Saudi Arabia. J Fam Med Prim Care, 9(8), 4329.
4. **Hajure M. and Abdu Z.** (2020). Social Phobia and Its Impact on Quality of Life Among Regular Undergraduate Students of Mettu University, Mettu, Ethiopia. Adolesc Health Med Ther, 11, 79-87.
5. **Jefferies P. and Ungar M.** (2020). Social anxiety in young people: A prevalence study in seven countries. Plos one, 15(9), e0239133.
6. **Tian-Ci Quek T., Wai-San Tam W., X. Tran B. et al.** (2019). The Global Prevalence of Anxiety Among Medical Students: A Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health, 16(15), 2735.
7. **Trình L.T.D., Cuong P.T., Bích N.N. et al.** (2021). Social anxiety disorder ratio and some related factors in the student of Nguyen Khuyen high school, Binh Phuoc. J Community Med, 62(4).
8. **Desalegn G.T., Getinet W., and Tadie G.** (2019). The prevalence and correlates of social phobia among undergraduate health science students in Gondar, Gondar Ethiopia. BMC Res Notes, 12(1), 438.
9. **Mohammadi M.R., Salehi M., Khaleghi A. et al.** (2020). Social anxiety disorder among children and adolescents: A nationwide survey of prevalence, socio-demographic characteristics, risk factors and co-morbidities. J Affect Disord, 263, 450-457.
10. **Reta Y., Ayalew M., Yeneabat T. et al.** (2020). Social Anxiety Disorder Among Undergraduate Students of Hawassa University, College of Medicine and Health Sciences, Ethiopia. Neuropsychiatr Dis Treat, 16, 571-577.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CẮT DỊCH KÍNH BƠM SILICONE KẾT HỢP ĐAI CÙNG MẠC TRONG ĐIỀU TRỊ BONG VỠNG MẠC CÓ LỖ RÁCH TĂNG SINH

Trần Minh Trí¹, Ngô Thanh Tùng¹, Võ Quang Minh²

TÓM TẮT

Giới thiệu: Tăng sinh dịch kính võng mạc là một biến chứng của quá trình diễn tiến bệnh lý của bong võng mạc có lỗ rách nguyên phát và là nguyên nhân thường gặp nhất của thất bại sau phẫu thuật bong võng mạc. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị của cắt dịch kính bơm silicone kết hợp đai cùng mạc trong bong võng mạc có lỗ rách tăng sinh. **Đối tượng:** Bệnh nhân bong võng mạc có lỗ rách tăng sinh giai đoạn C theo bảng phân loại của Hội Võng Mạc Thế Giới năm 1983. **Phương pháp nghiên cứu:** Can

thIỆP LÂM SÀNG KHÔNG NHÓM CHỨNG. Bệnh nhân được cắt dịch kính bơm silicone nội nhãn kết hợp đai cùng mạc. Sau 3-6 tháng, tháo dầu silicone. **Kết quả:** Nghiên cứu có 34 mắt với thời gian theo dõi 7 tháng. Tỉ lệ võng mạc áp sau 1 lần phẫu thuật là 82,4%. Thị lực chính kính (logMAR) cải thiện từ $1,84 \pm 0,63$ ở thời điểm trước phẫu thuật lên $0,83 \pm 0,24$ ở thời điểm sau phẫu thuật 7 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Biến chứng: Bong võng mạc tái phát 17,65%, tăng nhãn áp 32,35%, đục thể thủy tinh 40%, màng trước võng mạc 5,88%, lồi đai cùng mạc 2,94%. **Kết luận:** Cắt dịch kính bơm silicone kết hợp đai cùng mạc hiệu quả đối với bong võng mạc có lỗ rách tăng sinh giai đoạn C, với tỉ lệ võng mạc áp sau 1 lần phẫu thuật khá cao và cải thiện thị lực sau phẫu thuật. **Từ khóa:** Bong võng mạc, tăng sinh dịch kính võng mạc, cắt dịch kính, đai cùng mạc, dầu silicone.

SUMMARY

OUTCOME OF COMBINED VITRECTOMY AND SILICONE OIL TAMPONADE WITH SCLERAL

¹Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm: Trần Minh Trí

Email: dr_minhtri@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 20.5.2024

BUCKLING FOR RHEGMATOGENOUS RETINAL DETACHMENT WITH PROLIFERATIVE VITREORETINOPATHY

Introduction: Proliferative vitreoretinopathy (PVR) is a well-described complication of rhegmatogenous retinal detachment (RRD) and is the most common cause of failure in retinal reattachment surgery. **Purpose:** To evaluate the surgical outcomes of combined pars plana vitrectomy (PPV) and silicone tamponade with scleral buckling for RRD complicated with PVR. **Participants:** Patients with grade C PVR (The Retina Society Terminology Committee classification system, 1983). **Methods:** Uncontrolled clinical trial. Patients were treated with vitrectomy and silicone oil tamponade combined with scleral buckling. 3 - 6 months after surgery, silicone oil was removed. **Results:** The study included 34 eyes with 7-month follow-up. Single surgery anatomic success was 82,4%. Best-corrected visual acuity (logMAR) statistically improved from $1,84 \pm 0,63$ (pre-op) to $0,83 \pm 0,24$ (7 months post-op) ($p < 0,001$). Complications included recurrent retinal detachment (17,65%), increased intraocular pressure (32,35%), cataract (40%), epiretinal membrane (5,88%) and buckle extrusion (2,94%). **Conclusion:** Our findings suggested that the combination of PPV and silicone oil tamponade with scleral buckling is effective in the treatment of RRD with grade C PVR, yielding satisfactory anatomical success and improved visual outcome. **Keywords:** retinal detachment, proliferative vitreoretinopathy, vitrectomy, scleral buckling, silicone oil.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bong võng mạc có lỗ rách tăng sinh chiếm 5-10% các trường hợp bong võng mạc và là nguyên nhân của 75% trường hợp phẫu thuật thất bại [8]. Hiện tại chưa có phác đồ chuẩn điều trị bong võng mạc có lỗ rách tăng sinh giai đoạn C, do đó việc có kết hợp đai củng mạc với cắt dịch kính hay không vẫn chưa được thống nhất. Như vậy, câu hỏi được đặt ra là tỉ lệ áp võng mạc của phẫu thuật cắt dịch kính bơm silicone kết hợp đai củng mạc trong bong võng mạc có lỗ rách tăng sinh giai đoạn C là bao nhiêu, để từ đó các bác sĩ có được định hướng lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp. Đó là lí do chúng tôi thực hiện đề tài "*Đánh giá hiệu quả cắt dịch kính bơm silicone kết hợp đai củng mạc trong điều trị bong võng mạc có lỗ rách tăng sinh*". Mục tiêu:

1. Xác định tỉ lệ võng mạc áp sau 1 lần phẫu thuật ở thời điểm 7 tháng sau phẫu thuật.
2. Đánh giá sự cải thiện thị lực sau phẫu thuật 7 tháng.
3. Xác định tỉ lệ các biến chứng trong và sau phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Bong võng mạc nguyên phát có lỗ rách tăng sinh giai đoạn C theo bảng phân loại của Hội Võng Mạc Thế Giới năm 1983.
- Môi trường trong suốt cho phép khám toàn bộ võng mạc trước phẫu thuật.
- Bệnh nhân đồng ý hợp tác giữ tư thế úp mặt sau mổ.
- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên.
- Bệnh nhân không có bệnh lý cột sống cổ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bong võng mạc có lỗ rách khổng lồ (lớn hơn 3 cung giờ).
- Bong võng mạc cực sau do cận thị nặng (độ cầu tương đương từ -6.00 Diop trở lên và/hoặc chiều dài trục nhãn cầu lớn hơn 26,5 mm).
- Bệnh nhân không có thể thủy tinh hoặc đã lấy thể thủy tinh không đặt IOL.
- Bệnh nhân có các bệnh lý toàn thân hoặc tại mắt có thể ảnh hưởng đến chỉ định và kết quả điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Can thiệp lâm sàng không nhóm chứng

Cỡ mẫu: 34 mắt. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt dịch kính với đầu cắt 23G (Stellaris Elite -Bausch & Lomb, Mỹ) bơm silicone nội nhãn (Arciolane 1300 - ARCADOPHTA, Pháp) kết hợp đai củng mạc (Đai 240 - FCI, Pháp) từ tháng 11/2021 đến tháng 10/2022. Sau phẫu thuật 3 - 6 tháng, thực hiện tháo dầu silicone.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng trước phẫu thuật

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi trung bình	$55,41 \pm 6,92$ tuổi
Giới	Nam: 58,82%; nữ: 41,18%
Mắt bệnh	Mắt phải: 55,88%; mắt trái: 41,12%
Thị lực chỉnh kính (logMAR)	$1,84 \pm 0,63$
Nhãn áp	$14,35 \pm 2,49$ mmHg
Thời gian bệnh	$50,5 \pm 15,8$ ngày
Hoàng điểm	Bong: 94,12%; không bong: 5,88%
Độ rộng của bong võng mạc	$3,77 \pm 0,51$ cung góc tư
Số lỗ rách	1 lỗ: 35,29%; 2 lỗ: 5,88%; 3 lỗ: 8,82%
Xuất huyết dịch kính	Có: 8,82%; không: 91,18%
Tình trạng thể thủy tinh	Còn thể thủy tinh: 58,82%; IOL: 41,18%

Chiều dài trục nhãn cầu	22,66 ± 1,15 mm
Giai đoạn bệnh	C1: 47,06%; C2: 47,06%; C3: 5,88%
Kiểu tăng sinh	Tăng sinh khu trú: 14,71%
	Tăng sinh lan tỏa: 64,71%
	Tăng sinh dưới võng mạc: 20,59%
	Tăng sinh dạng vòng: 0%
	Tăng sinh có kéo ra trước: 0%

3.2. Võng mạc áp sau 1 lần phẫu thuật

Bảng 2. Tỷ lệ võng mạc áp sau 1 lần phẫu thuật

Võng mạc	Còn thể thủy tinh (n=20)	IOL (n=14)	Tổng (n=34)
Áp	17 (85,0%)	11 (78,6%)	28 (82,4%)
Không áp	3 (15,0%)	3 (21,4%)	6 (17,6%)

Phép kiểm chính xác fisher: p=0,628 > 0,05

Tỷ lệ võng mạc áp sau 1 lần phẫu thuật là 82,4%. So với nghiên cứu của các tác giả Abu Eleinen KG [1], Lai FH [6], Adelman RA [2], Okonkwo ON [7] hiệu quả võng mạc áp sau 1 lần phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương.

Một số tác giả thực hiện so sánh cắt dịch kính kết hợp đai vòng củng mạc và cắt dịch kính không kết hợp đai vòng củng mạc trong bong võng mạc tăng sinh ghi nhận việc kết hợp thêm đai vòng củng mạc cho tỷ lệ võng mạc áp sau phẫu thuật cao hơn. Nghiên cứu của tác giả Lai FH [6] ghi nhận cắt dịch kính kết hợp đai vòng củng mạc có tỷ lệ võng mạc áp sau 1 lần phẫu thuật là 80,5% còn nhóm cắt dịch kính là 58,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Khi chia tỷ lệ võng mạc áp sau 1 lần phẫu thuật theo tình trạng thể thủy tinh: Ở nhóm còn thể thủy tinh, tỷ lệ võng mạc áp sau 1 lần phẫu thuật là 85%; ở nhóm đã đặt thể thủy tinh nhân tạo, tỷ lệ võng mạc áp sau 1 lần phẫu thuật là 78,6%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê (p=0,628 > 0,05). Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của các tác giả khác trên thế giới. Nghiên cứu của tác giả Adelman RA [2] trên bệnh nhân bong võng mạc tăng sinh giai đoạn C1 và tác giả Lai FH [6] trên bệnh nhân bong võng mạc tăng sinh giai đoạn C đều ghi nhận tình trạng thể thủy tinh không ảnh hưởng đến tỷ lệ võng mạc áp sau 1 lần phẫu thuật.

Bảng 3. Tỷ lệ võng mạc áp sau 1 lần phẫu thuật theo giai đoạn tăng sinh

Võng mạc	C1 (n=16)	C2 (n=16)	C3 (n=2)	Tổng (n=34)
Áp	14	13	1	28

	(87,5%)	(81,3%)	(50,0%)	(82,4%)
Không áp	2 (12,5%)	3 (18,9%)	1 (50,0%)	6 (17,6%)

Phép kiểm chính xác fisher: p=0,418 > 0,05

Giai đoạn C3 có tỷ lệ võng mạc áp sau 1 lần phẫu thuật thấp hơn giai đoạn C1 và C2, tuy nhiên sự khác biệt chưa đạt đến mức có ý nghĩa thống kê (p=0,418 > 0,05). Kết quả này cũng khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Ho PC [5]. Nghiên cứu của tác giả Ho PC [5] ghi nhận tỷ lệ võng mạc áp sau 1 lần phẫu thuật ở giai đoạn C1 và C2 là 100% còn giai đoạn C3 chỉ đạt 60%.

3.3. Võng mạc áp sau phẫu thuật

Bảng 4. Tỷ lệ võng mạc áp sau phẫu thuật

Võng mạc	Còn thể thủy tinh (n=20)	IOL (n=14)	Tổng (n=34)
Áp	19 (95,0%)	13 (92,9%)	32 (94,1%)
Không áp	1 (5,0%)	1 (7,1%)	2 (5,99%)

Phép kiểm chính xác fisher: p=0,794 > 0,05

Trong nghiên cứu của chúng tôi, với những trường hợp mắt có võng mạc chưa áp sau 1 lần phẫu thuật, bệnh nhân sẽ được phẫu thuật tiếp để võng mạc áp lại. Chúng tôi mở lại 3 đường cắt củng mạc, ấn củng mạc kiểm tra toàn bộ võng mạc chu biên để đánh giá tình trạng sót lỗ rách cũng như đánh giá tình trạng tăng sinh dịch kính võng mạc làm hở lỗ rách cũ hoặc tạo lỗ rách mới. Sau đó chúng tôi thực hiện trao đổi dịch – khí, laser võng mạc những vị trí cần thiết và bơm silicone. Nghiên cứu của chúng tôi có 6/34 mắt có võng mạc chưa áp sau 1 lần phẫu thuật. Qua phẫu thuật lần 2, có 4 mắt võng mạc áp sau phẫu thuật và 2 mắt võng mạc chưa áp. Cuối cùng, trong nghiên cứu của chúng tôi có 32 mắt có võng mạc áp sau phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 94,1%. Trong 6 ca bong võng mạc tái phát sau phẫu thuật lần 1, có 3 ca xuất hiện lỗ rách mới do tăng sinh dịch kính võng mạc, 1 ca hở lỗ rách cũ do tăng sinh dịch kính võng mạc và 2 ca võng mạc không áp do tăng sinh dịch kính võng mạc tiến triển sau phẫu thuật. Hai ca này chúng tôi không phẫu thuật tiếp vì tiền lượng khả năng thất bại cao và không tháo đầu silicone vì tiền lượng tháo đầu silicone võng mạc sẽ bong nhiều hơn. So với các tác giả Abu Eleinen KG [1], Lai FH [6], kết quả võng mạc áp sau phẫu thuật của chúng tôi cũng tương đồng.

Khi chia tỷ lệ võng mạc áp sau phẫu thuật theo tình trạng thể thủy tinh: Ở nhóm còn thể thủy tinh, tỷ lệ võng mạc áp sau phẫu thuật là 95%, ở nhóm đã đặt thể thủy tinh nhân tạo tỷ lệ võng mạc áp sau phẫu thuật là 92,9%. Sự khác

biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p=0,794 > 0,05$). Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Abu Eleinen KG [1]. Tác giả Abu Eleinen KG [1] ghi nhận rằng tình trạng thể thủy tinh không liên quan đến việc bong võng mạc tái phát sau phẫu thuật.

Bảng 5. Tỷ lệ võng mạc áp sau phẫu thuật theo giai đoạn tăng sinh

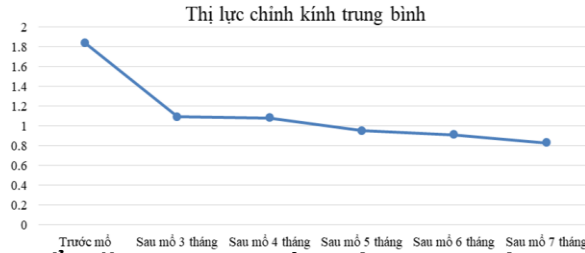
Võng mạc	C1 (n=16)	C2 (n=16)	C3 (n=2)	Tổng (n=34)
Áp	16(100%)	15(93,8%)	1(50,0%)	32(94,1%)
Không áp	0 (0%)	1 (6,3%)	1 (50,0%)	2 (5,99%)

Phép kiểm chính xác fisher: $p=0,018 < 0,05$
 Khi chia võng mạc áp sau phẫu thuật theo

Bảng 6. Thị lực chỉnh kính theo thời gian (logMAR)

Thị lực chỉnh kính	Thời gian					
	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật 3 tháng	Sau phẫu thuật 4 tháng	Sau phẫu thuật 5 tháng	Sau phẫu thuật 6 tháng	Sau phẫu thuật 7 tháng
Trung bình	1,84	1,09	1,08	0,95	0,91	0,83
Độ lệch chuẩn	0,63	0,26	0,23	0,23	0,26	0,24
Giá trị p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Phép kiểm T test bắt cặp



Biểu đồ 1. Thị lực chỉnh kính theo thời gian (logMAR)

Thị lực chỉnh kính (logMAR) trước phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $1,84 \pm 0,63$. Thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật là thời điểm chuẩn bị tháo đầu silicone, ở thời điểm này tất cả các mắt đều có đầu silicone, thị lực trung bình là $1,09 \pm 0,26$. Thời điểm 7 tháng sau phẫu thuật là thời điểm tất cả các mắt đã tháo đầu silicone ngoại trừ 2 trường hợp võng mạc chưa áp sau phẫu thuật lần 2. Ở thời điểm này, thị lực trung bình là $0,83 \pm 0,24$. Nghiên cứu của tác giả Abu Eleinen KG [1] cũng có kết quả thị lực tương tự với nghiên cứu của chúng tôi. Tác giả Abu Eleinen KG [1] nghiên cứu ở bệnh nhân bong võng mạc tăng sinh giai đoạn C với lỗ rách phía dưới, thị lực chỉnh kính trước phẫu thuật là $1,89 \pm 0,73$, ở thời điểm cuối nghiên cứu, thị lực cải thiện đến $0,67 \pm 0,37$. Nghiên cứu của tác giả Lai FH [6] có mức độ cải thiện thị lực thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi.

giai đoạn tăng sinh, chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các giai đoạn tăng sinh, trong đó tỷ lệ võng mạc áp sau phẫu thuật ở giai đoạn C3 (50%) thấp hơn giai đoạn C1 (100%) và C2 (93,8%) ($p=0,018 < 0,05$). Tương tự, nghiên cứu của tác giả Ho PC [5] cũng ghi nhận tỷ lệ võng mạc áp sau phẫu thuật của giai đoạn C3 thấp hơn giai đoạn C1 và C2. Trong nghiên cứu của tác giả Ho PC, tỷ lệ võng mạc áp sau phẫu thuật ở giai đoạn C3 chỉ đạt 73% trong khi đó ở giai đoạn C1 và C2 là 100%. Tác giả Hanneken AM [4] cũng ghi nhận võng mạc áp sau phẫu thuật có tương quan với giai đoạn tăng sinh trước phẫu thuật.

3.4. Thị lực chỉnh kính sau phẫu thuật

Thị lực chỉnh kính trước phẫu thuật trong nghiên cứu của tác giả Lai FH là $1,89 \pm 0,39$, ở thời điểm cuối nghiên cứu – 12 tháng, thị lực trung bình là $1,58 \pm 0,58$, mức độ cải thiện thị lực là $0,31 \pm 0,65$. Sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của tác giả Lai FH có thể do trong nghiên cứu của tác giả Lai FH tỷ lệ bong hoàng điểm trước phẫu thuật là 100%, còn nghiên cứu của chúng tôi là 94,12%. Đồng thời trong nghiên cứu của tác giả Lai FH có những bệnh nhân tăng sinh dạng vòng và tăng sinh có kéo ra trước còn nghiên cứu của chúng tôi không có.

3.5. Biến chứng

Bảng 7. Biến chứng trong và sau phẫu thuật

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Bong võng mạc tái phát	6	17,65
Tăng nhãn áp	11	32,35
Chạm thể thủy tinh	0	0
Đục thể thủy tinh	8	40
Màng trước võng mạc	2	5,88
Viêm mủ nội nhãn	0	0
Lộ đại	1	2,94
Song thị	0	0
Nhiễm trùng đại	0	0
Biến chứng khác	0	0

Biến chứng thường gặp nhất là đục thể thủy tinh, với 8/20 trường hợp bệnh nhân còn thể thủy tinh, chiếm tỷ lệ 40%. Biến chứng đục thể thủy tinh trong nghiên cứu của tác giả Hanneken

AM [4] cao hơn nghiên cứu của chúng tôi – 76% vì tác giả ấn độn trong với cả khí nở và dầu silicone. Khí nở làm đục thể thủy tinh nhiều hơn và sớm hơn dầu silicone.

Biến chứng thường gặp thứ hai đó là tăng nhãn áp với tỉ lệ 32,35%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tăng nhãn áp thường xảy ra trong tuần đầu sau phẫu thuật và tất cả các trường hợp đều điều chỉnh được với thuốc hạ nhãn áp uống và nhỏ mắt. Biến chứng tăng nhãn áp sau phẫu thuật của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Abu Eleinen KG [1].

Về những biến chứng liên quan đai vòng củng mạc, trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp lộ đai xảy ra ở tháng thứ 2 sau phẫu thuật, chiếm 2,94%. Trường hợp này chỉ lộ đai mà không nhiễm trùng đai. Chúng tôi thực hiện lấy đai. Sau lấy đai võng mạc vẫn áp. Nghiên cứu của tác giả Alexander P [3] có tỉ lệ biến chứng liên quan đai vòng củng mạc nhiều hơn, 8,33%. Nghiên cứu của tác giả Hanneken AM [4] ghi nhận có 3,16% trường hợp có nhiễm trùng đai.

IV. KẾT LUẬN

Cắt dịch kính bơm silicone kết hợp đai củng mạc hiệu quả đối với bong võng mạc tăng sinh giai đoạn C, với tỉ lệ võng mạc áp sau 1 lần phẫu thuật khá cao và cải thiện thị lực sau phẫu thuật. Có thể lựa chọn cắt dịch kính kết hợp đai củng mạc như là phương pháp điều trị đầu tay cho bong võng mạc có lỗ rách tăng sinh giai đoạn C.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abu Eleinen KG, Mohalhal AA, Ghalwash DA, et al.** (2018). Vitrectomy with scleral buckling versus with inferior retinectomy in treating primary rhegmatogenous retinal detachment with PVR and inferior breaks. *Eye (Lond)*. 32(12): 1839-1844.
2. **Adelman RA, Parnes AJ, Ducournau D, European Vitreo-Retinal Society Retinal Detachment Study Group.** (2013). Strategy for the management of complex retinal detachments: the European vitreo-retinal society retinal detachment study report 2. *Ophthalmology*. 120(9): 1809-13.
3. **Alexander P, Ang A, Poulson A, Snead MP.** (2008). Scleral buckling combined with vitrectomy for the management of rhegmatogenous retinal detachment associated with inferior retinal breaks. *Eye (Lond)*. 22(2): 200-3.
4. **Hanneken AM, Michels RG.** (1988). Vitrectomy and scleral buckling methods for proliferative vitreoretinopathy. *Ophthalmology*. 95(7): 865-9.
5. **Ho PC, McMeel JW.** (1985). Retinal detachment with proliferative vitreoretinopathy: surgical results with scleral buckling, closed vitrectomy, and intravitreal air injection. *Br J Ophthalmol*. 69(8): 584-7.
6. **Lai FH, Lo EC, Chan VC, Brelen M, Lo WL, Young AL.** (2016). Combined pars plana vitrectomy-scleral buckle versus pars plana vitrectomy for proliferative vitreoretinopathy. *Int Ophthalmol*. 36(2): 217-24.
7. **Okonkwo ON, Hassan AO, Oderinlo O.** (2020). "Outcome of vitrectomy for advanced proliferative vitreoretinopathy complicating primary rhegmatogenous retinal detachment among Nigerians. *Niger J Clin Pract*. 23(3): 337-342.
8. **Sadaka A, Giuliani GP.** (2012). "Proliferative vitreoretinopathy: current and emerging treatments. *Clin Ophthalmol*. 6: 1325-33.

ỨNG DỤNG KỸ THUẬT SIÊU ÂM TIM THAI TRONG SÀNG LỌC, CHẨN ĐOÁN TRƯỚC SINH TẠI CÁC CƠ SỞ Y TẾ CÔNG TỈNH NINH BÌNH

Phạm Văn Dậu¹, Đồng Thị Thuận¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá thực trạng trang thiết bị y tế và dịch vụ sàng lọc trước sinh (SLTS), kiến thức về SLTS của cán bộ y tế (CBYT) tại các cơ sở y tế công tỉnh Ninh Bình, kết quả siêu âm sàng lọc dị tật tim thai của sản phụ (SP) tại bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang số phòng siêu âm (SẢ), máy SẢ, 150 CBYT và mô tả cắt ngang tiến cứu 170

SP. **Kết quả:** Chưa có trung tâm chẩn đoán trước sinh (CDTS), bệnh viện Sản Nhi có phòng SẢ SLTS. 14 phòng SẢ, bệnh viện Sản Nhi cao nhất (35,7%), 19 máy SẢ, BV Sản Nhi nhiều nhất (36,8%), 9 máy SẢ 4D, BV Kim Sơn, Nho Quan chỉ có máy 2 D. 79,3% không được đào tạo về khoảng sáng sau gáy (KSSG), 68,7% không được đào tạo về Double test, triple test. Bệnh viện Sản Nhi được đào tạo về Double test, triple test cao nhất (47%), ($p < 0,05$). 85,2% CBYT không được đào tạo về tan máu bẩm sinh (TMBS), 63,3% CBYT không được đào tạo về sàng lọc tiền sản giật (TSG) và 58,7% CBYT không được đào tạo về đái tháo đường (ĐTĐ) thai kỳ ($p < 0,05$), cao nhất ở Kim Sơn (69,2%). 60% Bác sĩ trả lời đúng có 3 thời điểm SLTS. Về giá trị bình thường của KSSG, 48% CBYT cho rằng giá trị bình thường $< 2,5$ mm và 6,7% CBYT trả lời theo bách phân vị ($p < 0,05$). 4% BS không biết

¹Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình

Chịu trách nhiệm chính: Đồng Thị Thuận

Email: dtthuan61@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024