

thường liên quan đến tiên lượng tốt hơn và mức độ tổn thương nhẹ hơn.

Một phát hiện khác trong nghiên cứu là sự hiện diện của Anti-RNA-Polymerase III ở một tỷ lệ thấp (3,9%). Mặc dù tỷ lệ này không cao, sự có mặt của Anti-RNA-Polymerase III thường liên quan đến bệnh nhân có nguy cơ cao phát triển các tổn thương nội tạng nhanh chóng, đặc biệt là các tổn thương da và thận. Nghiên cứu của John D. Reveille (2003) cũng cho thấy Anti-RNA-Polymerase III có liên quan đến các trường hợp SSc có tiến triển nhanh hơn và gây tử vong sớm hơn (7).

Về mối liên quan giữa giới tính và thể bệnh, kết quả nghiên cứu này chỉ ra rằng nữ giới có nguy cơ mắc thể lan tỏa cao hơn, với tỷ lệ OR là 1.9. Điều này tương đồng với các nghiên cứu quốc tế, trong đó nữ giới thường có nguy cơ mắc bệnh cao hơn (7). Tuy nhiên, nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan rõ ràng giữa tuổi tác và thể bệnh, khi các OR đều không có ý nghĩa thống kê. Đây cũng là một vấn đề cần được nghiên cứu thêm, đặc biệt là trong bối cảnh bệnh nhân SSc tại Việt Nam thường có tuổi khởi phát muộn hơn so với các nghiên cứu ở các quốc gia khác (3).

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã làm rõ được một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh xơ cứng bì hệ thống tại Bệnh viện Da liễu Trung ương, đồng thời cung cấp thêm thông tin về mối liên quan giữa giới tính, tuổi tác và thể bệnh. Kết quả của chúng tôi cho thấy sự tương đồng với các nghiên cứu quốc tế, nhưng cũng chỉ ra một số khác biệt so với các nghiên cứu

trong nước, đặc biệt về phân bố thể bệnh và các biến chứng phổi. Các phát hiện này có thể đóng góp cho việc cải thiện quy trình chẩn đoán và điều trị bệnh xơ cứng bì hệ thống tại Việt Nam, đồng thời là cơ sở cho các nghiên cứu tiếp theo trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Văn B, Phạm Thị M.** Nghiên cứu về bệnh xơ cứng bì tại Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt Nam. 2020;12(4):45-53.
2. **Phùng Thị Chuyên, Phạm Thị Minh Phương.** Tổn thương phổi trên bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống tại Bệnh viện Da liễu Trung ương năm 2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;520(2).
3. **Lê Hoàng V., Nguyễn Văn T.** Mối liên quan giữa tuổi tác và bệnh xơ cứng bì hệ thống. Tạp chí Da liễu Việt Nam. 2019;15(3):40-7.
4. **S. Abbot, D. Bossingham, S. Proudman, C. de Costa, A. Ho-Huynh.** Risk factors for the development of systemic sclerosis: a systematic review of the literature. Rheumatology advances in practice. 2018;2(2):rky041.
5. **Christopher P. Denton, Dinesh Khanna.** Systemic sclerosis. The Lancet. 2017;390(10103):1685-99.
6. **A. Kowalska-Kępczyńska.** Systemic Scleroderma-Definition, Clinical Picture and Laboratory Diagnostics. Journal of clinical medicine. 2022;11(9).
7. **John D. Reveille.** Ethnicity and race and systemic sclerosis: How it affects susceptibility, severity, antibody genetics, and clinical manifestations. Current Rheumatology Reports. 2003;5(2):160-7.
8. **F. van den Hoogen, D. Khanna, J. Fransen, S. R. Johnson, M. Baron, A. Tyndall, et al.** 2013 classification criteria for systemic sclerosis: an American college of rheumatology/European league against rheumatism collaborative initiative. Annals of the rheumatic diseases. 2013; 72(11):1747-55.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM BỆNH VỒNG MẠC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG GIAI ĐOẠN TĂNG SINH TẠI BỆNH VIỆN LÊ VĂN THỊNH

Đoàn Kim Thành¹, Nguyễn Ngọc Huyền Vy²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm bệnh vồng mạc đái tháo đường (BVMĐTD) giai đoạn tăng sinh trên bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) tại bệnh viện Lê Văn

Thịnh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 32 bệnh nhân đái tháo đường được điều trị tại khoa Mắt bệnh viện Lê Văn Thịnh từ tháng 12/2023 đến tháng 08/2024. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $59,69 \pm 10,61$. Thời gian phát hiện bệnh đái tháo đường trung bình là $7,15 \pm 4,84$ năm (từ 2 đến 20 năm). Số bệnh nhân kiểm tra đường huyết thường xuyên chiếm 93,8%, không thường xuyên là 6,3%. Tình hình kiểm soát đường huyết (HbA1C) trung bình là $7,55 \pm 1,72\%$ (từ 5,3% đến 13,2%). Số năm phát hiện bệnh vồng mạc đái tháo đường trung bình là $3,62 \pm 1,60$ năm (từ 1 năm đến 8 năm). Thị lực logMAR trung bình là $0,74 \pm 0,68$ tương đương mức thị lực 6/30 theo

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Lê Văn Thịnh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Huyền Vy

Email: nguyenngochuyenvy96@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

Snellen. Tỷ lệ bệnh nhân có thị lực tốt > 7/10 (20/30) chiếm 12,5%, nhóm khá 4/10 – 7/10 (20/50 – 20/30) chiếm 31,3%, nhóm kém ĐNT $\geq 3m$ – 3/10 (20/70) chiếm tỷ lệ cao nhất với 37,5%, nhóm gần mù: ĐNT < 3m chiếm 18,8%. Tỷ lệ phù hoàng điểm là 79,17% (38/48 mắt). Độ dày võng mạc hoàng điểm (CMT) trung bình là $326,44 \pm 99,73 \mu m$. Thể tích vùng hoàng điểm trung bình là $7,91 \pm 1,56 mm^3$. Diện tích vùng vô mạch (FAZ) trung bình là $0,281 \pm 0,09 mm^2$. Mật độ mạch máu (VD) ở lớp nông (SCP) ở vùng cạnh hoàng điểm có giá trị trung bình cao nhất ($41,01 \pm 5,17\%$), ở vùng trung tâm hoàng điểm có giá trị thấp nhất ($14,88 \pm 3,94\%$). Không thấy có mối tương quan giữa thị lực logMAR với độ dày võng mạc hoàng điểm, thể tích vùng hoàng điểm, diện tích vùng vô mạch và mật độ mạch máu lớp nông ($p > 0,05$). **Kết luận:** Bệnh võng mạc đái tháo đường giai đoạn tăng sinh gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến thị lực của các bệnh nhân đái tháo đường. **Từ khóa:** Đái tháo đường, bệnh võng mạc đái tháo đường, bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PROLIFERATIVE DIABETIC RETINOPATHY IN LE VAN THINH HOSPITAL

Objectives: Describe the characteristics of proliferative diabetic retinopathy in Le Van Thinh Hospital. **Methods:** The cross-sectional descriptive study was conducted on 32 patients with type 2 diabetes from December 2023 to August 2024. **Results:** The mean age is $59,69 \pm 10,61$ years. The mean duration of diabetes mellitus diagnosis is $7,15 \pm 4,84$ years (2 – 20 years). The proportion of patients checking blood sugar monthly in diabetes treatment is 93,8%, and irregular is 6,3%. The mean blood glucose level (HbA1C) is $7,55 \pm 1,72\%$ (5,3% to 13,2%). The mean number of years diagnosed with diabetic retinopathy is $3,62 \pm 1,60$ years (1 to 8 years). The mean logMAR visual acuity (VA) is $0,74 \pm 0,68$ (Snellen equivalent 6/30). The proportion of patients with good VA > 7/10 (20/30) is 12,5%, the moderate low VA group 4/10 – 7/10 (20/50 – 20/30) is 31,3%, and low VA group $\geq 3m$ – 3/10 (20/70) accounts for the highest proportion with 37,5%, near-blind group: counting finger (CF) < 3m is 18,8%. The rate of macular edema is 79,17% (38/48 eyes). The mean central macular thickness (CMT) is $326,44 \pm 99,73 \mu m$. The mean macular volume is $7,91 \pm 1,56 mm^3$. The mean foveal avascular zone (FAZ) area is $0,281 \pm 0,09 mm^2$. Vascular density (VD) in the superficial capillary plexus (SCP) in the parafovea area has the highest mean value ($41,01 \pm 5,17\%$), and the foveal area has the lowest value ($14,88 \pm 3,94\%$). There is no significant association between visual acuity and central macular thickness, macular volume, foveal avascular area, and superficial layer vascular density ($p > 0,05$). **Conclusion:** Proliferative diabetic retinopathy seriously affects the vision of diabetic patients. **Keywords:** Diabetes mellitus, diabetic retinopathy, proliferative diabetic retinopathy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường ước tính ảnh hưởng đến 537

triệu người trên toàn thế giới vào năm 2021 và dự kiến sẽ tăng lên đến 643 triệu người vào năm 2030 [1]. Bệnh võng mạc đái tháo đường là biến chứng tổn thương mạch máu nhỏ thường gặp nhất, cũng là nguyên nhân gây mù hàng đầu trong các bệnh lý mắt do đái tháo đường. Sự gia tăng nhanh chóng số lượng người mắc bệnh đái tháo đường và bệnh võng mạc đái tháo đường ảnh hưởng nghiêm trọng đến thị lực, tinh thần và chất lượng sống của bệnh nhân. Vì vậy, bệnh võng mạc đái tháo đường được dự đoán sẽ trở thành vấn đề trọng tâm trong vài thập kỷ tới [2],[3],[4].

Bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh là giai đoạn tiến triển của bệnh võng mạc đái tháo đường, đặc trưng bởi sự xuất hiện các tân mạch hoặc các mạch máu bất thường từ võng mạc phát triển vào buồng dịch kính [2]. Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, bệnh sẽ gây giảm thị lực không hồi phục hoặc mù loà do những tổn thương nặng nề ở đáy mắt.

Tại khoa Mắt bệnh viện Lê Văn Thịnh, hiện nay chúng tôi tiếp nhận nhiều bệnh nhân mắc bệnh võng mạc đái tháo đường ở tất cả các giai đoạn bệnh, tuy nhiên chưa có nghiên cứu khảo sát về đặc điểm lâm sàng của bệnh võng mạc đái tháo đường giai đoạn tăng sinh, trong khi giai đoạn này có nhiều biến chứng gây tổn hại trầm trọng đến vùng võng mạc và hoàng điểm. Việc điều trị chủ yếu là duy trì thị lực hiện tại và kiểm soát không để các biến chứng trầm trọng thêm. Hơn nữa, việc điều trị bệnh giai đoạn tăng sinh cũng rất tốn kém cho người bệnh, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và tăng gánh nặng về kinh tế - xã hội. Nhận thấy được tầm quan trọng và tính cấp thiết của nghiên cứu nhằm khảo sát một số yếu tố dịch tễ và đặc điểm tổn thương võng mạc giai đoạn tăng sinh trên các bệnh nhân có bệnh võng mạc đái tháo đường đến khám và điều trị tại khoa Mắt, giúp cho việc điều trị và theo dõi bệnh hiệu quả hơn, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "*Khảo sát đặc điểm bệnh võng mạc đái tháo đường giai đoạn tăng sinh tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Tất cả những bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán mắc bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh đang sinh sống tại Việt Nam đến khám và điều trị tại bệnh viện Lê Văn Thịnh.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Những mắt có môi trường giác mạc, thủy tinh thể, dịch kính cản trở việc khám đáy mắt hay giảm chất lượng hình

ảnh trên OCT, những mắt viêm màng bồ đào, bệnh lý hoàng điểm khác hoặc bệnh thần kinh thị, đang có bệnh lý bề mặt nhãn cầu hoặc viêm nhiễm hoạt tính tại thời điểm khám sàng lọc, bệnh nhân có tiền sử dị ứng với Mydrin – P, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu. Đề tài nghiên cứu được thực hiện tại khoa Mắt - Bệnh viện Lê Văn Thịnh trên tất cả bệnh nhân thoả tiêu chuẩn chọn mẫu từ 12/2023 - 08/2024.

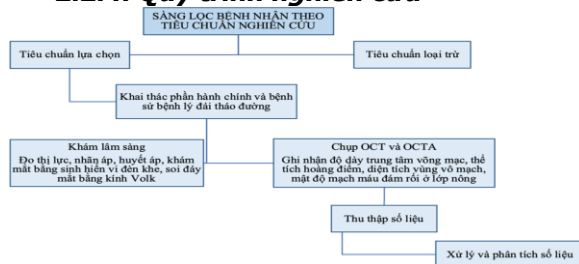
2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu. 32 bệnh nhân (48 mắt)

2.2.3. Phương tiện nghiên cứu. Hồ sơ bệnh án, phiếu thu thập số liệu nghiên cứu, bảng đo thị lực Snellen, nhãn áp kế, sinh hiển vi đèn khe, kính Volk, máy chụp cắt lớp cổ kết quang học (OCT Optovue RTVue XR Avanti), máy chụp mạch máu cắt lớp cổ kết quang học (OCTA AngioVue RTVue XR Avanti), thuốc giãn đồng tử Mydrin – P.

2.2.4. Quy trình nghiên cứu



2.2.5. Các biến số khảo sát

- Tuổi (số năm)
- Giới: nam hay nữ
- Tuýp đái tháo đường (ĐTĐ): tuýp 1 hay tuýp 2
- Thời gian phát hiện bệnh đái tháo đường (số năm)
- Tình hình điều trị đái tháo đường: thường xuyên (khi bệnh nhân kiểm tra đường huyết ít nhất 1 tháng một lần) hay không thường xuyên.
- Kiểm soát đường huyết (HbA1C) (%)
- Số năm phát hiện bệnh võng mạc đái tháo đường (BVMTĐTĐ) (số năm)
- Thị lực logMAR: thị lực sau chỉnh kính quy đổi từ thị lực Snellen.
- Phân loại thị lực: Dựa theo phân loại các mức độ thị lực của Tổ chức Y tế thế giới – WHO (1999)
 - Tốt: > 7/10 (20/30)
 - Khả: 4/10 – 7/10 (20/50 – 20/30)
 - Kém: ĐNT ≥ 3m – 3/10 (20/70)
 - Gần mù: ĐNT < 3m

- Nhãn áp (mmHg)
- Huyết áp (mmHg)
- Độ dày hoàng điểm trung tâm (CMT) (μm)
- Thể tích hoàng điểm (mm³)
- Diện tích vùng vô mạch (FAZ) (mm²)
- Mật độ mạch máu lớp nông (VD SCP) (%): phần trăm diện tích vùng tưới máu trên một đơn vị diện tích đo. Gồm vùng hoàng điểm, cạnh hoàng điểm, quanh hoàng điểm và toàn bộ.

2.2.6. Phương pháp xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 và xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học. Các biến số được thống kê dưới dạng giá trị trung bình và tỷ lệ phần trăm.

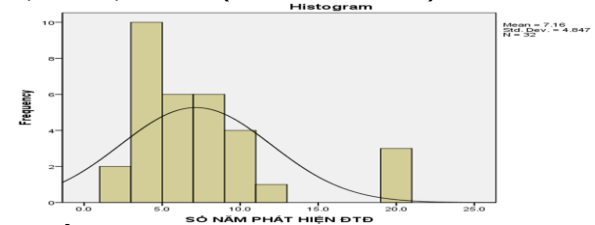
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 32 bệnh nhân (48 mắt) thoả điều kiện chọn mẫu và đồng ý tham gia nghiên cứu từ tháng 12/2023 đến tháng 08/2024, kết quả nghiên cứu như sau:

3.1. Đặc điểm tuổi và giới. Tuổi trung bình là $59,69 \pm 10,61$. Trong tổng số 32 bệnh nhân, có 12 nam (37,5%) và 20 nữ (62,5%). Tỷ lệ nam:nữ là 1/1,67.

3.2. Đặc điểm bệnh đái tháo đường. Tất cả bệnh nhân (100%) đều là đái tháo đường tuýp 2.

Số năm phát hiện bệnh ĐTĐ trung bình là $7,15 \pm 4,84$ năm (từ 2 đến 20 năm).

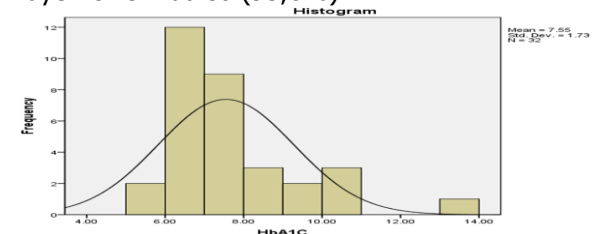


Biểu đồ 1: Số năm phát hiện bệnh đái tháo đường

Bảng 1: Tình hình điều trị ĐTĐ (n=32)

Tình hình điều trị ĐTĐ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thường xuyên	30	93,8
Không thường xuyên	2	6,3

Tình hình điều trị đái tháo đường thường xuyên chiếm đa số (93,8%).



Biểu đồ 2: Chỉ số kiểm soát đường huyết (HbA1C)

Tình trạng kiểm soát đường huyết (HbA1C) trung bình là $7,55 \pm 1,72\%$ (từ 5,3% đến 13,2%).

Số năm phát hiện BVMĐTĐ trung bình là $3,62 \pm 1,60$ năm (từ 1 đến 8 năm).

3.3. Đặc điểm lâm sàng. Thị lực logMAR trung bình là $0,74 \pm 0,68$ (2/10). Thị lực logMAR thấp nhất là 0,1 (8/10). Thị lực logMAR cao nhất là 3,0 (tương đương thị lực bóng bàn tay theo hệ thập phân).

Bảng 2: Phân loại thị lực (n=48)

Phân loại thị lực	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tốt: > 7/10 (20/30)	6	12,5
Khá: 4/10 – 7/10 (20/50 – 20/30)	15	31,3
Kém: ĐNT $\geq 3m - 3/10$ (20/70)	18	37,5
Gần mù: ĐNT < 3m	9	18,8
Tổng	48	100,0

Tỷ lệ bệnh nhân có mức thị lực ở nhóm khá và kém chiếm tỉ lệ cao nhất, lần lượt là 31,3% và 37,5%.

Nhãn áp trung bình nằm trong giới hạn bình thường. Trong đó, nhãn áp cao nhất là 21 mmHg và thấp nhất là 14,7 mmHg.

Bảng 3: Đặc điểm các biến số trên OCT và OCTA

Đặc điểm	Trung bình \pm ĐLC	Đơn vị
Độ dày võng mạc hoàng điểm (CMT)	$326,44 \pm 99,73$	μm
Thể tích hoàng điểm	$7,91 \pm 1,56$	mm^3
Diện tích vùng FAZ	$0,281 \pm 0,09$	mm^2
Mật độ mạch máu lớp nông (VD SCP)		
Hoàng điểm	$14,88 \pm 3,94$	%
Cạnh hoàng điểm	$40,22 \pm 5,22$	%
Quanh hoàng điểm	$41,01 \pm 5,17$	%
Toàn bộ	$37,30 \pm 4,71$	%

- Độ dày võng mạc hoàng điểm (CMT) trung bình là $326,44 \pm 99,73 \mu m$, lớn nhất là $665 \mu m$ và nhỏ nhất là $150 \mu m$.

- Thể tích vùng hoàng điểm trung bình là $7,91 \pm 1,56 mm^3$, lớn nhất là $11,55 mm^3$ và nhỏ nhất là $5,0 mm^3$.

- Diện tích vùng vô mạch trung bình là $0,281 \pm 0,09 mm^2$, lớn nhất là $0,543 mm^2$ và nhỏ nhất là $0,135 mm^2$.

- Mật độ mạch máu (VD) ở lớp nông (SCP) ở vùng cạnh hoàng điểm có giá trị trung bình cao nhất là $41,01 \pm 5,17\%$, vùng trung tâm hoàng điểm có giá trị thấp nhất là $14,88 \pm 3,94\%$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là $59,69 \pm 10,61$, phần lớn bệnh nhân trên 60 tuổi. Trong tổng số 32 bệnh nhân, tỷ lệ nam:nữ là 1/1,67. Nghiên cứu cho kết quả tương tự như tác giả Ayman (2022)^[5], Abdelhalim

(2022)^[6] và Nguyễn Đình Ngân (2020)^[7] cho thấy phần lớn độ tuổi mắc BVMĐTĐ là người trên 60 tuổi, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ nam và nữ ở các bệnh nhân đái tháo đường ($p > 0,05$).

Số năm phát hiện bệnh ĐTĐ trung bình là $7,15 \pm 4,84$ năm, thấp hơn so với tác giả Ayman (2022)^[5] và Abdelhalim (2022)^[6]. Sự khác biệt kết quả có thể do công tác khám sàng lọc và quản lý điều trị bệnh nhằm ngăn ngừa tiến triển đến giai đoạn tăng sinh ở nước ta chưa được tốt như các nước khác. HbA1C trung bình là $7,55 \pm 1,72$, thấp hơn so với Trần Thị Thu Hiền (2016)^[8], và cao hơn so với Nguyễn Đình Ngân (2020)^[7]. Chúng tôi thấy rằng nghiên cứu này và nghiên cứu của Abdelhalim (2022)^[6] giống nhau do tập trung vào nhóm BVMĐTĐ giai đoạn tăng sinh, trong khi các tác giả khác khảo sát ở tất cả các giai đoạn bệnh. Hơn nữa, ở nước ta do nhiều yếu tố về đời sống kinh tế xã hội, hiểu biết y học của người dân, cơ sở vật chất hệ thống y tế địa phương và nhiều lý do khác, có ảnh hưởng đến thời điểm phát hiện bệnh ĐTĐ sớm hay muộn. Mặc dù thời gian mắc bệnh và mức độ kiểm soát đường huyết là hai yếu tố nguy cơ quan trọng của BVMĐTĐ nhưng không thể dựa vào đó để tiên đoán giai đoạn BVMĐTĐ. Tuy nhiên, các nghiên cứu khác cũng đã chỉ ra rằng hai yếu tố trên có liên quan đến khả năng tổn thương tại mắt trên bệnh nhân ĐTĐ, những bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dài, kiểm soát đường huyết không ổn định, có xu hướng bị BVMĐTĐ nặng hơn^[9]. Vì vậy việc quản lý điều trị trên các bệnh nhân này là vô cùng quan trọng.

Thị lực logMAR trung bình là $0,74 \pm 0,68$, tương tự như tác giả Ayman (2022)^[5], Abdelhalim (2022)^[6] và Trần Thị Thu Hiền (2016)^[8]. Khi phân loại thị lực cũng cho thấy nhóm có thị lực kém (< 20/70) và khá (20/50 – 20/30) chiếm tỷ lệ lớn nhất, tương tự như trong nghiên cứu của Nguyễn Đình Ngân (2020)^[7]. Thị lực logMAR trung bình ở các nghiên cứu nhìn chung là cao, đa phần thị lực của bệnh nhân đều rất kém, cho thấy rằng BVMĐTĐ, nhất là giai đoạn tăng sinh, ảnh hưởng nghiêm trọng đến thị lực của bệnh nhân. Nếu không được điều trị tốt nhằm ngăn chặn các biến chứng do bệnh tiến triển, sẽ dẫn đến tổn thương võng mạc không phục hồi.

Độ dày võng mạc hoàng điểm (CMT) trung bình là $326,44 \pm 99,73 \mu m$, tương tự như các tác giả Trần Thị Thu Hiền (2016)^[8] và Abdelhalim (2022)^[6], thấp hơn so với tác giả Ayman (2022)^[5] và Nguyễn Đình Ngân (2020)^[7]. Nghiên cứu

không thấy có mối tương quan giữa thị lực và độ dày võng mạc trung tâm ($p > 0,05$) tương tự như tác giả Trần Thị Thu Hiền (2016) [8] và Ayman (2022) [5]. Tuy nhiên, trong các nghiên cứu ở cả giai đoạn tăng sinh và không tăng sinh của BVMĐTĐ đều có phù hoàng điểm. Hơn nữa, trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ phù hoàng điểm là 79,17% (38/48 mắt), phù hoàng điểm có ở tất cả các nhóm phân loại thị lực, cho thấy phù hoàng điểm đái tháo đường là một trong những nguyên nhân chính gây giảm thị lực ở bệnh nhân BVMĐTĐ và dấu hiệu này có thể xảy ra ở bất kỳ giai đoạn nào của bệnh nên cần được phát hiện sớm để giảm nguy cơ mù loà.

Thể tích hoàng điểm trung bình là $7,91 \pm 1,56 \text{ mm}^3$, thấp hơn so với tác giả Nguyễn Đình Ngân (2020) [7]. Nghiên cứu không thấy có mối tương quan giữa thị lực và thể tích hoàng điểm, cũng như giữa độ dày võng mạc hoàng điểm và thể tích hoàng điểm. Khác với kết quả của Nguyễn Đình Ngân (2020) [7], tác giả nhận thấy có mối tương quan có ý nghĩa giữa CMT và thể tích hoàng điểm ($p < 0,001$; $r = 0,55$, Pearson's test). Tác giả cho rằng thể tích hoàng điểm có thể là đại lượng đại diện cho cả mức độ phù, tính chất phù cũng như ảnh hưởng đến chất lượng thị giác của vùng phù. Sự khác biệt này có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào nhóm BVMĐTĐ tăng sinh, còn tác giả Nguyễn Đình Ngân [7] nghiên cứu ở tất cả các bệnh nhân có phù hoàng điểm. Không thấy có mối tương quan giữa thời gian mắc bệnh ĐTĐ với CMT, thể tích hoàng điểm. Như vậy, thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ không ảnh hưởng đến mức độ phù hoàng điểm, điều này giống với kết quả của tác giả Nguyễn Đình Ngân (2020) [7].

Diện tích vùng vô mạch (FAZ) trung bình là $0,281 \pm 0,09 \text{ mm}^2$. Mật độ mạch máu (VD) ở lớp nông (SCP) ở vùng cạnh hoàng điểm có giá trị trung bình cao nhất là $41,01 \pm 5,17$, vùng trung tâm hoàng điểm có giá trị thấp nhất là $14,88 \pm 3,94$. Kết quả tương tự với tác giả Ayman (2022) [5], thấp hơn so với Abdelhalim (2022) [6]. Theo tác giả Ayman và Abdelhalim, và nhiều nghiên cứu trước đó, cho rằng diện tích FAZ và VD SCP có liên quan đến sự tái phân bố mạch máu và thay đổi cấu trúc giải phẫu võng mạc. Vùng FAZ rộng bất thường rất thường thấy ở các bệnh nhân có BVMĐTĐ. Cũng như VD SCP thay đổi ở những bệnh nhân BVMĐTĐ sau khi được điều trị. Các tác giả trên đều cho rằng diện tích FAZ và VD thay đổi có ý nghĩa thống kê sau điều trị. Điều này cho thấy diện tích FAZ và VD có thể là chỉ số dự đoán kết quả thị lực và cải thiện cấu trúc sau điều trị.

Hạn chế nghiên cứu của chúng tôi là số lượng mẫu nhỏ, nhóm bệnh nhân nằm trong giai đoạn nặng của bệnh, một số bệnh nhân do thị lực quá kém hoặc lớn tuổi nên khó định thị được, khi chụp OCT và OCTA một số hình ảnh có chất lượng chưa được tốt nhất. Cần có nhiều nghiên cứu tương tự tại bệnh viện Lê Văn Thịnh để so sánh kết quả, cũng như các nghiên cứu khảo sát về BVMĐTĐ ở giai đoạn sớm hơn, nhằm kiểm soát các biến chứng và ngăn chặn tiến triển của bệnh, giúp việc quản lý điều trị được hiệu quả hơn.

V. KẾT LUẬN

Bệnh võng mạc đái tháo đường giai đoạn tăng sinh gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến thị lực của các bệnh nhân đái tháo đường. Việc đánh giá các đặc điểm như thị lực, độ dày võng mạc hoàng điểm, diện tích vùng vô mạch và mật độ mạch máu trên nhóm bệnh này góp phần kiểm soát các biến chứng và giúp việc điều trị được hiệu quả hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Diabetes Federation** (2022), "Diabetes around the world in 2021", The IDF Diabetes Atlas 10th edition.
2. **Đỗ Như Hân** (2014), "Bệnh lý võng mạc đái tháo đường", Nhân khoa tập 3. Nhà xuất bản y học, 268-285.
3. **Jose Cunha-Vaz** (2011), "Diabetic Retinopathy", World Scientific.
4. **The ETDRS Research Group, Barton F., Fisher M., Kinyoun J., et al** (1989), "Detection of diabetic macular edema. Ophthalmoscopy versus photography – Early Treatment Diabetic Retinopathy Study Report Number 5", Ophthalmology.96(6), 746-750.
5. **Ayman G Elnahry, et al** (2022), "Optical Coherence Tomography Angiography Biomarkers Predict Anatomical Response to Bevacizumab in Diabetic Macular Edema", Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy. 2022;15 395–405
6. **Abdelhalim A S, et al** (2022), "Macular vessel density before and after panretinal photocoagulation in patients with proliferative diabetic retinopathy," International Journal of Retina and Vitreous. (2022) 8:21
7. **Nguyễn Đình Ngân** (2020), "Đánh giá hiệu quả tiêm nội nhãn bevacizumab điều trị phù hoàng điểm do đái tháo đường tại Bệnh viện Quân y 103", Tạp chí Y dược lâm sàng 108. Tập 15 – số 2/2020, tr.111-118.
8. **Trần thị Thu Hiền, Dương Anh Quân** (2016), "Đánh giá kết quả điều trị bệnh võng mạc đái tháo đường bằng tiêm Bevacizumab nội nhãn", Tạp Chí Y Học Lâm Sàng.số 35/2016.
9. **Phạm Diệu Linh và cộng sự** (2023), "Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh võng mạc đái tháo đường tại bệnh viện E trung ương", Tạp Chí Y Học Việt Nam. Tập 530 - số 2/2023.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU MỔ CỦA GABAPENTIN KẾT HỢP ETORICOXIB UỐNG TRƯỚC MỔ Ở BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT HÀM MẶT

Nguyễn Huy Đạt¹, Trịnh Văn Đồng^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu của chúng tôi nhằm so sánh hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật, tổng lượng morphin cần dùng của phương pháp sử dụng thuốc Gabapentin kết hợp Etoricoxib uống trước phẫu thuật và phương pháp giảm đau bằng morphin thông thường. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên 60 bệnh nhân được phẫu thuật hàm mặt từ tháng 4 – 9/2024 tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, gồm 2 nhóm: nhóm I được uống Gabapentin và Etoricoxib kết hợp sử dụng Morphine PCA sau mổ và nhóm II chỉ sử dụng Morphine PCA sau mổ. **Kết quả:** Điểm đau VAS sau phẫu thuật của nhóm I thấp hơn nhóm II tại thời điểm H0 H1 H4 H8 ($p < 0,05$). Đồng thời tổng lượng Morphine tiêu thụ nhóm I giảm hơn nhóm II ($p < 0,05$), trong 24 giờ đầu 20%, 24 giờ tiếp theo 21%, tổng trong 48h là 21%. **Kết luận:** Sử dụng Gabapentin và Etoricoxib uống trước mổ là phương pháp dự phòng đau sau phẫu thuật hiệu quả và giảm tiêu thụ Morphine trên bệnh nhân phẫu thuật hàm mặt. **Từ khóa:** Gabapentin và Etoricoxib uống trước phẫu thuật, Dự phòng đau sau phẫu thuật, Giảm đau sau phẫu thuật hàm mặt.

SUMMARY

EVALUATION OF POST-SURGERY PAIN REDUCTION EFFECTIVENESS OF GABAPENTIN COMBINED WITH ETORICOXIB TAKEN ORALLY BEFORE SURGERY ON MAXILLARY SURGERY PATIENTS

Objective: Our study aims to compare the effectiveness of post-operative pain relief and the total amount of morphine needed between the method of using Gabapentin combined with Etoricoxib orally before surgery and the conventional method of pain relief with morphine. **Method:** cross-sectional description of 60 patients undergoing maxillofacial surgery from April to September 2024 at Viet Duc Friendship Hospital, including 2 groups: group I received Gabapentin and Etoricoxib combined with Morphine PCA. After surgery And group II only used Morphine PCA after surgery. **Results:** Postoperative VAS pain score of group I was lower than group II at the time H0 H1 H4 H8 ($p < 0.05$). At the same time, the total amount of Morphine consumed in group I decreased much more than group II ($p < 0.05$), in the

first 24 hours by 20%, in the next 24 hours by 21%, and the total in 48 hours is 21%. **Conclusion:** Using oral Gabapentin and Etoricoxib before surgery is an effective method of preventing post-operative pain and reducing Morphine consumption in maxillofacial surgery patients. **Keywords:** Gabapentin and Etoricoxib taken orally before surgery, Postoperative pain prevention, Anesthesia for maxillofacial surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, Phẫu thuật đang đóng vai trò quan trọng và là một trong những phương pháp điều trị chính cho bệnh nhân, nhiều kỹ thuật mới được triển khai đòi hỏi sự phối hợp nhịp nhàng giữa các chuyên khoa. Tuy nhiên vẫn còn tồn tại nhiều mặt khó khăn trong công tác đem đến sự hài lòng cho người bệnh. Trong đó một vấn đề quan trọng và ảnh hưởng đến kết quả điều trị của bệnh nhân phẫu thuật đó là giảm đau sau mổ. Có đến 39% bệnh nhân phải chịu đựng mức độ đau nhiều đến rất đau sau mổ. Đặc biệt con số này lên đến 80% trong phẫu thuật hàm mặt với mức độ đau từ vừa đến rất đau [1].

Hiện nay trên thế giới và trong nước đã sử dụng nhiều biện pháp giảm đau sau mổ. Tuy nhiên mỗi phương pháp đều có ưu nhược điểm, chưa có phương pháp nào tối ưu: Giảm đau bằng morphin tĩnh mạch, gây tê ngoài màng cứng, gây tê vùng, PCA...[2]

Thuốc giảm đau được dùng vào lúc kết thúc phẫu thuật và lúc bệnh nhân có cảm giác đau. Gần đây do hiểu biết về sinh lý đau do chấn thương, sự tăng nhạy cảm với kích thích đau ở hệ thần kinh cảm giác ngoại vi và thần kinh trung ương dẫn tới cảm giác đau. Do đó nếu dùng thuốc trước khi có kích thích đau có thể làm giảm bớt hoặc ngăn chặn hiện tượng tăng cảm giác đau với kích thích tiếp theo và có tác dụng dự phòng đau sau mổ. Việc phối hợp nhiều phương pháp nhằm làm tăng hiệu quả giảm đau, đồng thời giảm tác dụng không mong muốn của từng phương pháp là mục tiêu của giảm đau cân bằng [3].

Gabapentin đã được áp dụng điều trị đau tiên trên bệnh nhân động kinh (chống co giật) giảm đau do viêm dây thần kinh ngoại vi. Tăng cảm giác đau và tăng nhạy cảm của thần kinh trung ương với kích thích đau là 2 nhân tố gây ra cảm giác đau sau mổ mà gabapentin đã được chứng minh có vai trò trong việc ngăn chặn 2 yếu tố này vì thế nó có tác dụng trong điều trị

¹Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Đạt

Email: drhuydat.hndkna@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024