

5%, và chúng tôi không ghi nhận trường hợp có tổn thương nặng do ĐTTMNB

ĐTTMNB bệnh nhân sơ sinh không đạt khi tiếp nhận tại khoa HSSS nguyên nhân chủ yếu là chưa có “Hướng dẫn cách duy trì/ cố định đường truyền tĩnh mạch ngoại biên dành cho trẻ sơ sinh”, chưa chuẩn hóa vật tư y tế tiêu hao cho bệnh nhân sơ sinh khi thiết lập ĐTTMNB. Tỷ lệ tuân thủ “Hướng dẫn cách duy trì/ cố định đường truyền tĩnh mạch ngoại biên dành cho trẻ sơ sinh” sau can thiệp cao hơn trước can thiệp tăng từ 37% lên 85%, tỷ lệ đường truyền tĩnh mạch ngoại biên không đạt chuẩn khi tiếp nhận sau can thiệp thấp hơn trước can thiệp và đạt được dưới 5%.

KIẾN NGHỊ

Tại đơn vị có bệnh nhi sơ sinh: áp dụng “Hướng dẫn cách duy trì/ cố định đường truyền tĩnh mạch ngoại biên dành cho trẻ sơ sinh” trên bệnh nhi sơ sinh, tập huấn nội dung hướng dẫn cho Điều dưỡng chăm sóc, thiết lập hệ thống giám sát – phản hồi tỷ lệ tuân thủ, để cải thiện tỷ lệ tuân thủ hướng dẫn và tăng an toàn người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Nhi Đồng 1** (2018). Quy trình kỹ thuật điều dưỡng nhi khoa 2018. Thiết lập đường truyền tĩnh mạch ngoại biên, 3th ed, pp. 80. Nhà xuất bản Y học, TP.HCM
2. **Bệnh viện Nhi Đồng 1** (2018). Quy trình kỹ thuật điều dưỡng nhi khoa 2018. Xử trí thoát mạch, 3th ed, pp 119. Nhà xuất bản Y học, TP.HCM.
3. **Lynn Hadaway** (2007). Infiltration and Extravasation Preventing a complication of IV catheterization. *AJN*, 107 (8).

4. **Kreidieh FY, Moukadem HA, & El Saghir NS** (2016). Overview, prevention and management of chemotherapy extravasation. *World journal of clinical oncology*, 7 (1): 87–97. <https://doi.org/10.5306/wjco.v7.i1.87>

5. **Woody, G., & Davis, B. A.** (2013). Increasing nurse competence in peripheral intravenous therapy. *Journal of infusion nursing*, 36 (6), 413-419.

6. **Atay, S., Sen, S., & Cukurulu, D.** (2018). Incidence of infiltration/extravasation in newborns using peripheral venous catheter and affecting factors. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 52.

7. **Da Silva, G. A., Priebe, S., & Dias, F. N.** (2010). Benefits of establishing an intravenous team and the standardization of peripheral intravenous catheters. *Journal of Infusion Nursing*, 33 (3), 156-160

8. **Tofani, B. F., Rineair, S. A., Gosdin, C. H., Pilcher, P. M., McGee, S., Varadarajan, K. R., & Schoettker, P. J.** (2012). Quality improvement project to reduce infiltration and extravasation events in a pediatric hospital. *Journal of pediatric nursing*, 27 (6), 682-689.

9. **Pérez-Granda MJ, Guemb M, Rincón C, Muñoz P & Bouza E** (2015). Effectiveness of a training program in compliance with recommendations for venous lines care. *BMC Infectious Diseases*, 15 (1):296.

10. **Lundgren, A., Ek, A. C., & Wahren, L.** (1998). Handling and control of peripheral intravenous lines. *Journal of Advanced Nursing*, 27 (5):897-904.

KẾT QUẢ MỞ BAO SAU BẰNG LASER Nd-YAG TẠI BỆNH VIỆN MẮT HÀ NAM

NGUY CAO PHI¹,
PHẠM TRỌNG VĂN², VŨ TUẤN ANH³

¹Bệnh viện Mắt Hà Nam
²Trường Đại học Y Hà Nội; ³Bệnh viện Mắt TW

Chịu trách nhiệm: *Nguy Cao Phi*
Email: *nguycaophi@gmail.com*
Ngày nhận: 03/11/2020
Ngày phản biện: 27/11/2020
Ngày duyệt bài: 10/12/2020

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả mở bao sau bằng laser Nd-YAG tại Bệnh viện Mắt Hà Nam; Nhận xét 1 số yếu tố liên quan.

Đối tượng và PPNC: can thiệp lâm sàng trên mắt đục bao sau sau mổ thể thủy tinh, đánh giá

kết quả cải thiện thị lực và biến chứng.

Kết quả: 50 mắt (43 bệnh nhân tuổi trung bình 73,73 tuổi (48-99)) bị đục bao sau sau mổ phaco đặt thể thủy tinh nhân tạo (IOL) thời gian 42,96 ± 21,94 tháng đã được mở bao sau bằng laser Nd-YAG, thị lực (TL) tăng trung bình 4,68 ± 1,56 hàng, không có biến chứng đáng kể xảy ra.

Kết luận: laser Nd-YAG là kỹ thuật an toàn, hiệu quả trong điều trị đục bao sau thứ phát sau mổ đục thể thủy tinh tại đơn vị chăm sóc mắt tuyến tỉnh.

Từ khóa: Đục bao sau, laser Nd-YAG

SUMMARY

RESULTS OF Nd-YAG POSTERIOR CAPSULOTOMY IN HANAM EYE HOSPITAL

Purposes: Clinical assessment of Nd-YAG capsulotomy result in Hanam Eye Hospital; Investigate some related - factors with final result. opacification – laser treatment.

Materials and Method: interventional case series, 50 PCO eyes (43 patients) were capsulotomy. Results: visual outcome was improved 4.86 ± 1.56 lines, no complication.

Conclusion: laser Nd-YAG capsulotomy is safe, effectiveness technique and can implemente at provincial level.

Keywords: posterior capsule opacification, laser Nd-YAG

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đục bao sau thể thủy tinh (TTT) là một biến chứng phổ biến sau phẫu thuật đục TTT, ảnh hưởng đến chức năng thị giác: giảm thị lực (TL), dễ bị chói lóa thậm chí có thể gây song thị một mắt. Mở bao sau bằng laser Nd-YAG là phương pháp hiệu quả về kinh tế và an toàn, được thực hiện trên thế giới từ hơn 30 năm, và được sử dụng rộng rãi tại các trung tâm nhãn khoa trên toàn quốc.

Đã có một số đề tài nghiên cứu trong nước về điều trị đục bao sau TTT bằng laser Nd - YAG cho thấy kết quả điều trị rất khả quan. Tại Bệnh viện Mắt Hà Nam, kỹ thuật này đã được ứng dụng từ 2006, góp phần vào giải phóng mù lòa tại cộng đồng. Vì vậy, để đánh giá kết quả điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 2 mục tiêu:

Đánh giá kết quả mở bao sau bằng laser Nd-YAG trên mắt đã mổ có đặt thủy tinh thể nhân tạo tại Bệnh viện Mắt Hà Nam.

Nhận xét 1 số yếu tố liên quan đến kết quả trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu can thiệp thử nghiệm lâm sàng được thực hiện tại Bệnh viện Mắt Hà Nam từ tháng 9/2019 đến tháng 3/2020 trên 50 mắt (43

bệnh nhân).

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân đục bao sau trên mắt đã phẫu thuật đục TTT tuổi già có đặt IOL, TL sau chỉnh kính ≤ 20/40.

Tiêu chuẩn loại trừ: những bệnh nhân đang có bệnh viêm cấp tính tại mắt hoặc các bệnh lý khác ở mắt, mắt có NA cao, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương tiện sử dụng trong điều trị laser

- Thuốc nhỏ giãn đồng tử Mydriacin 0,5%, thuốc tê Alcaïn 1%.

- Máy laser Nd-YAG bước sóng 1064 nm.

- Kính tiếp xúc Ocular Abraham Capsulotomy YAG Laser.

Xác định mức độ và hình thái đục bao sau sau khi nhỏ rãn đồng tử:

Đánh giá mức độ đục bao sau: theo phân loại của Prajna N. V³ từ 0 đến 3

Xác định hình thái đục bao sau: theo Raj S. M⁴ gồm hình thái xơ, hình thái hạt trai Elschnig và hình thái hỗn hợp

Thu thập các biến số trước và sau can thiệp (TL, NA, biến chứng).

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

50 mắt (43 bệnh nhân) được mở bao sau bằng laser tiến hành trong thời gian từ 9/2019 đến tháng 3/2020.

1. Đặc điểm về tuổi và giới

Bảng 1. Đặc điểm nhóm tuổi (n = 43)

| Nhóm tuổi | N | % |
|-----------|----|------|
| < 60 | 2 | 4,7 |
| 60-69 | 11 | 25,5 |
| 70-79 | 18 | 41,9 |
| ≥ 80 | 12 | 27,9 |
| Tổng | 43 | 100 |

Trong nghiên cứu này cho thấy tuổi trung bình 73,77 (48-92). Tuổi trung bình và phân bố nhóm tuổi là khác nhau trong các nghiên cứu của các tác giả khác nhau. Nghiên cứu của Phạm Thị Kim Thanh [8] (2004) cũng cho thấy nhóm 70 - 79 tuổi chiếm đa số [5] (62,7%). Gần đây nhất là nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Hải [11] (2019) cho thấy nhóm 70-80 tuổi chiếm nhiều nhất [6] (46,8%). Nhóm tuổi bệnh nhân cần can thiệp phần nào cho thấy xu hướng già hóa dân số cũng như nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi ở Việt Nam.

Phân bố bệnh nhân theo giới

Số bệnh nhân nữ (32 người chiếm 64%) nhiều hơn rất nhiều số bệnh nhân nam (11 chiếm 22%). Xu hướng cao hơn ở nhóm nữ là phù hợp với tỷ lệ mắc bệnh đục TTT ở nữ cao

hơn nam. Kết quả về giới cũng gần với nhận định của Nguyễn Mạnh Hải [11] tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm 70,1% nhiều hơn số bệnh nhân nam chiếm 29,9%.

2. Đặc điểm lâm sàng và kết quả mổ bao sau

2.1. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng chủ quan

Bảng 2. Triệu chứng chủ quan tại mắt (n = 50)

| Lý do vào viện | N | % |
|----------------|----|-----|
| Nhìn mờ | 48 | 96 |
| Chói sáng | 2 | 4 |
| Tổng | 50 | 100 |

Đa số bệnh nhân đến vì lí do nhìn mờ với 48 mắt (96%), số ít là cảm giác chói sáng chỉ có 2 mắt (4%). Nghiên cứu của các tác giả khác cũng cho thấy nhóm bệnh nhân đến khám vì nhìn mờ cao hơn rất nhiều nhóm có dấu hiệu chói sáng. Trong nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Hải¹¹ (2019) nhóm bệnh nhân có biểu hiện nhìn mờ chiếm 96,4%.

Thời gian sau phẫu thuật đục thể thủy tinh

Bảng 3. Thời gian sau phẫu thuật đục thể thủy tinh (n = 50)

| Thời gian | N | % | P |
|-----------------|------------------------------------|-----|--------|
| ≤ 12 tháng | 3 | 6 | < 0,05 |
| > 12 - 24 tháng | 7 | 14 | |
| > 24 - 36 tháng | 7 | 14 | |
| > 36 - 48 tháng | 15 | 30 | |
| > 48 tháng | 18 | 36 | |
| Tổng | 50 | 100 | |
| Trung bình | 42,96 ± 21,94 (9 tháng - 90 tháng) | | |

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian sau phẫu thuật trung bình là 42,969 ± 21,94 tháng (9-90 tháng). Thời gian cần can thiệp laser sau phẫu thuật TTT là gần tương đương so với các tác giả trên thế giới [5,6,7], chứng tỏ chất lượng phẫu thuật TTT đã có tiến bộ rõ rệt. Tuy vậy, đục bao sau ngoài kỹ thuật mổ còn phụ thuộc rất nhiều yếu tố như tuổi phẫu thuật, loại bệnh lý đục TTT, bệnh lý khác tại mắt, bệnh lý toàn thân [6].

Chức năng trước phẫu thuật

Thị lực trước laser

Bảng 4. Thị lực trước điều trị laser (n = 50)

| Thị lực | Số lượng | % | Tỷ lệ cộng dồn |
|-----------------|----------|-----|----------------|
| ĐNT < 3m | 8 | 16 | 16,0 |
| ĐNT 3m - ĐNT 5m | 14 | 28 | 44,0 |
| 1/10 - < 3/10 | 28 | 66 | 100 |
| Tổng | 50 | 100 | 100 |

Thị lực của nhóm đối tượng trong nghiên cứu từ dưới ĐNT3m đến < 3/10. Trong đó < 1/10: 22 mắt (44%), 1/10- < 3/10: 28 mắt (66%). Trong nghiên cứu này, những mắt có TL > 1/10 vẫn được chỉ định điều trị laser do bệnh nhân trước

đó có cảm giác chói sáng, ảnh hưởng tới chất lượng thị giác. Đây là lý do mà bệnh nhân phản nản nhiều và là lý do chính khiến bệnh nhân đến khám mắt.

2.2. Kết quả đục bao sau thứ phát sau mổ đặt IOL

Tỷ lệ, mức độ và hình thái đục bao sau TTT

Bảng 5. phân bố số mắt đục bao sau theo hình thái và mức độ đục

| Hình thái | Độ 1 | Độ 2 | Độ 3 | Tổng | % |
|---------------|--------------|---------------|--------------|--------------|------|
| Dạng Xơ hóa | 5 | 35 | 6 | 46 | 92,0 |
| Dạng Hạt trai | 0 | 1 | 0 | 1 | 2,0 |
| Dạng Hỗn hợp | 0 | 1 | 2 | 3 | 6,0 |
| Tổng | 5 (10,0%) | 37 (74,0%) | 8 (16,0%) | 50 (100%) | 100 |
| P | < 0,05 | | | | |

Trong nghiên cứu của chúng tôi có đục độ 1: 5 (10,0%); độ 2: 37 (74,0%); độ 3: 8 (16,0%). Về hình thái đục, số mắt đục xơ hóa chiếm chủ yếu: 46 mắt (92,0%); hạt trai: 1 mắt (2,0%); hỗn hợp: 3 mắt (6,0%). Dạng xơ hóa chiếm ưu thế ở nhóm đục độ 3 có ý nghĩa với p < 0,05.

Hình thái đục xơ hóa là các tế bào biểu mô TTT còn sót lại vẫn dính vào bao trước, các tế bào này đóng vai trò ưu thế trong việc hình thành màng xơ trong khoảng thời gian từ 2 đến 6 tháng sau phẫu thuật, có thể tránh được biến chứng đục dạng này với kỹ thuật đánh bóng bao trước một cách cẩn thận.

3. Kết quả mổ bao sau

3.1. Yếu tố liên quan và kết quả lâm sàng

Bảng 6. Kết quả thị lực ở các thời điểm sau laser

| Thị lực | Tăng | | Giảm | | Không đổi |
|-----------|---------------|-----------------------------|------------|-----------------------------|-------------|
| | Số mắt (%) | Số dòng trung bình (mức độ) | Số mắt (%) | Số dòng trung bình (mức độ) | |
| Thời điểm | | | | | |
| 1 ngày | 48 (96,0%) | 3,37±1,55 (1 - 6) | 0 | 0 | 2 (4,0%) |
| 1 tuần | 50 (100%) | 4,47±1,53 (1 - 7) | 0 | 0 | 0 |
| 1 tháng | 50 (100%) | 4,65±1,52 (1 - 7) | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | |
|---------|-----------|-------------------|---|---|---|
| 3 tháng | 50 (100%) | 4.68±1,56 (1 - 7) | 0 | 0 | 0 |
|---------|-----------|-------------------|---|---|---|

Bảng 7. Mức độ cải thiện TL ở thời điểm 3 tháng

| Đục bao sau | | Số dòng thị lực tăng | P |
|---------------|----------|----------------------|----------------------|
| Hình thái đục | Xơ hóa | 4,5 ± 1,6 | p = 0,37 p > 0,05 |
| | Hạt trai | 4,5 ± 0 | |
| | Hỗn hợp | 5,8 ± 0,6 | |
| Độ đục | Độ 1 | 3,5 ± 2,1 | p = 0,22 |
| | Độ 2 | 4,7 ± 1,5 | |
| | Độ 3 | 4,4 ± 1,6 | |

Ở thời điểm 3 tháng sau laser hình thái đục hạt trai có số dòng tăng nhiều nhất (3,96 ± 1,48 dòng), tiếp theo là hình thái hỗn hợp (3,57 ±

1,41) thấp nhất là hình thái đục xơ hóa (3,69 ± 1,21). Khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Theo độ đục, số dòng TL tăng ở đục độ 2 là cao nhất (4,7±1,5 dòng), tiếp theo là đục độ 3 (4,4±1,6 dòng), thấp nhất là đục độ 1. Khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

So sánh tỷ lệ mắt có TL được cải thiện theo nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự các nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Quý Đông [9] (2007): 98,7%, Lâm Thị Ngọc Mai [10] (2011): 97,3%, Nguyễn Mạnh Hải [11] (2019): 98,8%.

Bảng 8. Nhấn áp tại các thời điểm

| Thời điểm \ Nhấn áp | Trước Laser (n = 50) | Sau 1 giờ (n = 50) | Sau 1 ngày (n = 50) | Sau 1 tuần (n = 50) | Sau 1 tháng (n = 50) | Sau 3 tháng (n = 50) |
|---------------------|----------------------|--------------------|---------------------|---------------------|----------------------|----------------------|
| Trung bình | 19,0 ± 1,1 | 19,2 ± 1,2 | 19,1 ± 1,1 | 19,1 ± 1,1 | 19,0 ± 1,1 | 19,0 ± 1,1 |
| Giới hạn | 18 - 21 | 18 - 22 | 18 - 21 | 18-21 | 18 - 21 | 18 - 21 |
| P | < 0,05 | | | > 0,05 | | |

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhấn áp (NA) trung bình sau 1h, sau 1 ngày có tăng so với trước laser (p < 0,05). Sau laser 1 giờ có 1 mắt có hiện tượng tăng NA ở mức 24mmHg (NA > 22mmHg). Sau 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng tất cả 50 mắt (100%) NA ổn định. NA không có thay đổi ở thời điểm sau 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng (p > 0,05).

Tăng NA tạm thời là biến chứng phổ biến nhất. NA thường bắt đầu tăng sớm sau khi thực hiện laser, đạt đỉnh khoảng 3 giờ, trở về mức bình thường trong một tuần. Cơ chế tăng NA được giải thích do sự lắng đọng của các mảnh vụn tại vùng bè, nghẽn đồng tử, do phù viêm cơ thể mi hoặc chân mỏng mắt đi kèm đóng góc tiền phòng. Theo Shaikh M.A [12] (2015) sau laser 3h, > 10% số mắt NA tăng > 10mmHg sau 1 ngày điều trị bằng Diamox đường uống và thuốc chẹn beta tại chỗ, chỉ còn 1% số mắt có tăng NA. Theo Nguyễn Quốc Đạt (2005) sử dụng Apraclonidin 1% và Diamox 0,25g kết quả không có biến chứng tăng NA. Theo Nguyễn Quý Đông (2007), sử dụng Timolol 0,5% chỉ gặp 1 mắt có tăng NA sau điều trị 1 ngày.

Trong nghiên cứu tỷ lệ mắt có tăng NA là không đáng kể có thể do việc dùng thuốc điều trị dự phòng trước và sau laser cho tất cả các bệnh nhân:

Tổn thương trên IOL

Bảng 9. Tổn thương trên IOL theo mức độ đục

| Nội dung | Rỗ | Không biến chứng | Tổng | P |
|----------|----|------------------|------|---|
|----------|----|------------------|------|---|

| | | | | |
|------|-----------|------------|-----------|--------|
| Độ 1 | 0 | 5 (100%) | 5 (100%) | > 0,05 |
| Độ 2 | 3 (8,1%) | 34 (91,9%) | 37 (100%) | |
| Độ 3 | 1 (12,5%) | 7 (87,5%) | 8 (100%) | |

Trong tất cả các mắt đã làm laser bao sau không có trường hợp nào bị rạn, vỡ kính nội nhãn. Trong đó có 4 mắt (8,0%) thấy xuất hiện ảnh hưởng đến IOL ở dạng vết rỗ vùng chu biên, gặp ở mắt có đục độ 2 và độ 3. Trong nhóm đục độ 2 có 3 mắt (chiếm 8,1%) bị rỗ vùng chu biên, có 1 mắt trong nhóm đục độ 3 (chiếm 12,5%). Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Đục độ 1 không có tổn hại IOL. Có 7 mắt (8,3%) xuất hiện tổn hại dạng vết rỗ vùng chu biên, đây là những mắt đục độ 2 và 3; trong nhóm đục độ 2 có 4 mắt (chiếm 8,5%) bị rỗ vùng chu biên, trong khi có 3 mắt trong nhóm đục độ 3 (17,7%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Theo thống kê của các nghiên cứu, ảnh hưởng đến IOL do laser Nd-YAG có thể xảy ra ở các mức độ khác nhau: nhẹ nhất và hay gặp nhất là những vết dạng rỗ, nặng hơn là rạn, và nặng nhất là vỡ IOL. Nguyên nhân gồm: mức năng lượng laser, mức độ đục bao sau, khoảng cách giữa IOL và bao sau TTT, chất liệu IOL. Trong nghiên cứu này, biến chứng ảnh hưởng IOL chỉ gặp ở dạng vết rỗ, không gặp các tổn thương nặng hơn như rạn hay vỡ. Các vết rỗ đều nằm ở vị trí ngoại vi khi mở bao sau theo đường mở hình tròn, cho nên sau khi điều trị

đồng tử co lại bình thường, mổ mắt che khuất các vết rỗ, không làm ảnh hưởng đến chức năng thị giác của bệnh nhân sau điều trị. Tỷ lệ ảnh hưởng tới IOL trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả của một số tác giả. Nguyễn Quốc Đạt (2005) là 51,4%, nghiên cứu của Nguyễn Quý Đông (2007) là 43,6%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu thấp hơn có thể do đặc điểm của kính IOL trong nghiên cứu, 100% bệnh nhân được phẫu thuật phaco đặt loại IOL gấp được (foldable), chất liệu acrylic kỵ nước, còn đối tượng nghiên cứu của 2 tác giả trên được thực hiện cả mắt được đặt IOL có chất liệu PMMA dễ tổn thương hơn.

Bảng 10. Các biến chứng khác

| Biến chứng | n | % | Đặc điểm |
|--------------------------|----|------|---|
| Viêm MĐ | 1 | 2,0 | VMBĐ trước, xuất hiện 1 ngày sau laser và ổn định sau 1 tuần điều trị |
| Đục dịch kính | 11 | 22,0 | Xuất hiện trong và sau laser |
| Phù hoàng điểm dạng nang | 0 | 0 | |
| Xuất huyết tiền phòng | 0 | 0 | |

Đục dịch kính phát sinh trong quá trình điều trị là do màng bao sau lơ lửng trong buồng dịch kính, không tính những mắt đã được phát hiện trước laser.

Viêm màng bồ đào theo kết quả của Nguyễn Quốc Đạt (2005) là 2,2%, của Nguyễn Quý Đông (2007) là 4,3%⁹, Khan và cộng sự (2014) là 1,14%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả có tính tương đồng, các bệnh nhân được điều trị kháng viêm tại chỗ và đều đáp ứng tốt.

3.2. Các thông số kỹ thuật laser và yếu tố liên quan

Trong 50 mắt được mở bao sau chỉ tiến hành kỹ thuật 1 lần, không có trường hợp nào phải tiến hành bổ sung lần hai. Năng lượng ban đầu từ 3mJ/xung, sau đó tăng dần đến đủ để phá được bao.

Năng lượng laser với mức độ đục bao sau

Bảng 11. Mức năng lượng với mức độ đục bao sau

| Năng lượng / Độ đục | Mức năng lượng trung bình/xung (mJ) | Số xung trung bình (lần) | Tổng năng lượng (mJ) |
|---------------------|-------------------------------------|--------------------------|----------------------|
| Độ 1 (n = 5) | 2,8±0,4 | 6,0±0,7 | 16,8±3,4 |
| Độ 2 (n = 37) | 3,0±0,2 | 6,3±1,0 | 19,3±3,4 |

| | | | |
|--------------|---------|---------|----------|
| Độ 3 (n = 8) | 3,1±0,4 | 7,1±1,8 | 22,1±5,3 |
| P | < 0,05 | | |

Độ đục càng cao thì mức năng lượng sử dụng càng lớn ($p < 0,005$).

Mức năng lượng với hình thái đục

Bảng 12. Mức năng lượng với hình thái đục bao sau

| Hình thái | Mức năng lượng trung bình/xung (mJ) | Số xung trung bình (lần) | Tổng năng lượng (mJ) |
|-----------|-------------------------------------|--------------------------|----------------------|
| Xơ hóa | 3,0±0,3 | 6,37±1,0 | 19,1±3,4 |
| Hạt trai | 3,0±0 | 6,0±0 | 18,0±0 |
| Hỗn hợp | 3,0±0 | 8,7±2,3 | 26,0±6,9 |
| p | < 0,01 | | |

Tổng năng lượng trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi với đục hạt trai và đục hỗn hợp là cao hơn so với kết quả của Nguyễn Quốc Đạt (2005), Bhargava (2015), nhưng ở đục dạng xơ hóa lại thấp hơn nhiều so với Nguyễn Quốc Đạt tuy nhiên khác biệt không nhiều so với kết quả của Bhargava (2015). Có thể do có sự khác nhau ở các nghiên cứu về mức độ, đặc điểm đục bao sau của nhóm đối tượng nghiên cứu.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu mở bao sau bằng laser Nd-YAG trên 50 mắt (43 bệnh nhân) tuổi trung bình 73,73 (48-99), thời gian can thiệp sau mổ là $42,96 \pm 21,94$ tháng, TL cải thiện tối đa sau 1 tháng $4,68 \pm 1,56$ hàng. Không có biến chứng đáng kể nào xảy ra. Tăng NA thoáng qua sau laser có thể xử trí bằng thuốc hạ NA đường uống. Kỹ thuật mở bao sau bằng laser Nd-YAG là kỹ thuật an toàn, hiệu quả, có thể thực hiện tại cơ sở chăm sóc mắt tuyến tỉnh, góp phần giải phóng mù lòa tại cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quốc Đạt (2005), *Nghiên cứu sử dụng Laser Nd: YAG điều trị đục bao sau thứ phát sau phẫu thuật đặt thể thủy tinh nhân tạo hậu phòng tại cộng đồng*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

2. Vasavada A.R., Raj S.M., Shah G.D., Nanavaty M.A. (2013), Posterior capsule opacification after lens implantation: incidence, risk factors and management, *Expert Review of Ophthalmology*, 8 (2), 141- 149.

3. Prajna N. V., Ellwein L. B., Selveraj S., Manjula K., Kupfer C. (2000), The Madurai Intraocular Lens Study IV: Posterior Capsule Opacification, *American Journal of Ophthalmology*, 130 (3), 304 – 309.

4. Bhargava R., Kumar P., Phogat H., Chaudhary K. P. (2015), Neodymium – Yttrium

Aluminium Garnet Laser Capsulotomy Energy Levels for Posterior Capsule Opacification, *Journal of Ophthalmic and Vision Research*, 10 (1), 37-42.

5. **Raj S. M., Vasavada A. R., Jodar S. R. K., Vasavada V. A., Vasavada V. A.** (2009), Post-operative capsular opacification, *Nepalese Journal of Ophthalmology*, 1 (1), 43 – 59.

6. **Ebihara Y., Kato S., Oshika T., Yoshizaki M., Sugita G.** (2006), Posterior capsule opacification after cataract surgery in patients with diabetes mellitus, *Journal of Cataract & Refractive Surgery*, 32, 1184 – 1187.

7. **Winslow R. L., Taylor B. C.** (1985), Retinal Complications Following YAG Laser Capsulotomy, *Ophthalmology*, 92, 785 – 789.

8. **Phạm Thị Kim Thanh** (2004). Nghiên cứu đục bao sau thể thủy tinh thứ phát sau phẫu thuật đặt thể thủy tinh nhân tạo và biện pháp xử lý, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà

Nội.

9. **Nguyễn Quý Đông** (2007), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị đục bao sau sau phẫu thuật đặt thể thủy tinh nhân tạo bằng laser Nd:YAG tại Huế*, Luận văn bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Huế.

10. **Lâm Thị Ngọc Mai** (2011), Ứng dụng lâm sàng điều trị đục bao sau thứ phát bằng Laser YAG tại Bệnh viện Đa khoa Hậu Giang năm 2008 – 2010, *Đề tài nghiên cứu khoa học cấp tỉnh, Hậu Giang*.

11. **Nguyễn Mạnh Hải** (2019), *Đánh giá kết quả mở bao sau thể thủy tinh bằng laser Nd-YAG trên mắt mổ phaco có đặt kính nội nhãn*, Luận văn chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.

12. **Vyas V. J., Ahir L. D., Ratna B.** (2016), To Study the Visual Outcome After Nd:-YAG laser Posterior Capsulotomy, *International Journal of Science and Research*, 5 (10), 55 – 57.

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH SIÊU ÂM DỊ DẠNG HỐ SAU CỦA THAI NHI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

NGUYỄN HỮU ĐỨC ANH¹,
TRẦN DANH CƯỜNG^{1,2}, TRẦN ĐỨC PHẦN¹
¹Trường Đại học Y Hà Nội
²Bệnh viện Phụ sản Trung ương

TÓM TẮT

Dị dạng hố sau ở thai nhi có tiên lượng và thái độ xử lý chưa thống nhất, tùy thuộc loại dị dạng và bất thường hình thái kèm theo. Để góp phần chăm sóc thai sản tốt hơn, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: (1) Đánh giá các đặc điểm hình ảnh siêu âm dị dạng hố sau. (2) Xác định mối liên quan với các bất thường hình thái thai khác.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 369 thai phụ được chẩn đoán thai mắc dị dạng hố sau tại Trung tâm chẩn đoán trước sinh, Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Phân loại dị dạng hố sau và đánh giá mối liên quan với các bất thường hình thái cơ quan khác.

Kết quả: Tuổi thai trung bình phát hiện dị dạng Dandy - Walker là 23,9 ± 5,4 tuần, tăng kích thước hố sau là 29,2 ± 5,3 tuần, nang hố

Ngày phản biện: 27/11/2020

Ngày duyệt bài: 10/12/2020

sau là 27,3 ± 6,2 tuần, thiếu sản tiểu não là 19,8 ± 4,3 tuần và dị dạng vòm sọ vùng chẩm là 16,7 ± 4,1 tuần. Loại dị dạng hố sau gặp nhiều nhất là dị dạng Dandy - Walker (34,1%) và tăng kích thước hố sau (34,4%). Bất thường đi kèm hay gặp nhất là tim mạch chiếm 19,2% và dị tật thần kinh khác chiếm 18,7%.

Kết luận: Loại dị dạng hố sau gặp nhiều nhất là dị dạng Dandy - Walker (34,1%) và tăng kích thước hố sau (34,4%). Bất thường đi kèm hay gặp nhất là tim mạch chiếm 19,2% và dị tật thần kinh khác chiếm 18,7%.

Từ khóa: Dị dạng hố sau, dị dạng Dandy - Walker, chẩn đoán trước sinh, hệ thần kinh trung ương.

SUMMARY

ASSESSMENT OF CHARACTERISTICS OF POSTERIOR FOSSA MALFORMATION ON FETAL ULTRASOUND IMAGING AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Hữu Đức Anh
Email: nguyenhuuducanh@hmu.edu.vn
Ngày nhận: 03/11/2020