

3. **Al- shawi A., R. Badge and T. Bunker, (2008)**, "The detection of full thickness rotator cuff tears using ultrasound", Bone & Joint journal, 90(7), pp.
4. **Beggs I (2011)**, "Shoulder ultrasound", WB Saunders, pp.
5. **Berna – Serna J. D., Redondo, M. V et al (2006)**, "A simple technique for shoulder arthrography", Acta Radiologica, 47(7), pp.
6. **Biswas D., Bile, J. E et al (2009)**, "Radiation exposure from musculoskeletal computerized tomographic scans", JBJS, pp.
7. **Cleland J., Koppenhaver, S., & Su, J. (2015)**, Netter's Orthopaedic Clinical Examination E-Book: An Evidence-Based Approach, Elsevier Health Sciences, pp.
8. **Ditsios K. Agathangelidis et al (2012)**, Long head of the biceps pathology combined with rotator cuff tear, Advances in orthopedics, pp.
9. **Fischer C. A et al (2015)**, "Ultrasound and MRI in the assessment of rotator cuff structure prior to shoulder arthroplasty", Journal of orthopaedics, pp.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ SỬA SẼO BỌNG BẰNG KIM HẠ NHÃN ÁP ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN ĐÃ PHẪU THUẬT CẮT CÙNG MẠC SÂU NHÃN ÁP KHÔNG ĐIỀU CHỈNH

Nguyễn Thị Thuý Giang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả hạ nhãn áp của kỹ thuật sửa sẹo bong bằng kim điều trị bệnh nhân glôcôm góc mở đã phẫu thuật cắt cùng mạc sâu nhãn áp không điều chỉnh sau laser khoan góc tiền phòng và điều trị nội khoa tối đa. **Phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu. **Kết quả:** Nhãn áp điều chỉnh <21 mmHg trên cả 5 mắt của 5 bệnh nhân đã cắt cùng mạc sâu thất bại, trong đó 3/5 mắt nhãn áp <16 mmHg. Số thuốc hạ nhãn áp bệnh nhân phải sử dụng giảm đáng kể so với trước phẫu thuật với 2/5 mắt nhãn áp <21mmHg có dùng 1 thuốc hạ nhãn áp; đây là 2 bệnh nhân trẻ nhất trong nhóm điều trị. Biến chứng gặp phải khi thực hiện phẫu thuật bao gồm xuất huyết dưới kết mạc (2/5 mắt); xuất huyết tiền phòng (1/5mắt). **Kết luận:** Kỹ thuật sửa sẹo bong bằng kim là kỹ thuật đơn giản, ít biến chứng và nên được cân nhắc lựa chọn trước khi tiến hành can thiệp phẫu thuật.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF NEEDLE REVISION IN THE TREATMENT OF FAILED DEEP SCLERECTOMY

Purpose: Evaluate the efficacy of needle revision in the treatment of open-angle glaucoma patients who underwent deep sclerectomy and laser goniopuncture with uncontrolled IOP by maximal medical treatment. **Methods:** a prospective study. **Results:** All 5 eyes of 5 failed deep sclerectomy patients achieved IOP under 21mmHg, including 3 of 5 eyes having IOP <16mmHg. The number of glaucoma medications reduced significantly after needling, with 2 of 5 eyes having IOP <21mmHg by 1 medication that was 2 youngest patients in the needling group. Complications encountered during and after needling included

subconjunctival hemorrhage(2/5), hyphema(1/5). **Conclusion:** Needle revision is a simple technique with a low rate of severe complications and should be considered as a treatment option before attempting surgical interventions.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt cùng mạc sâu(CMS) từ lâu đã được biết tới là một phẫu thuật không xâm lấn do chỉ lấy đi vùng thành ngoài, trong của ống Schlemm bảo toàn được vùng bề kế cận do đó làm tăng thoát thủy dịch ra vùng dưới vạt cùng mạc, từ đó tránh được những biến chứng nghiêm trọng của phẫu thuật cắt bè kinh điển như xuất huyết tiền phòng, bong hắc mạc. Hiệu quả của phương pháp điều trị này cũng được tác giả Lackar báo cáo qua nghiên cứu hồi cứu năm 2016 trên 258 phẫu thuật cắt cùng mạc sâu, với tỷ lệ thành công tuyệt đối (không cần dùng thuốc hạ nhãn áp) tại thời điểm 5 năm sau phẫu thuật là 66.5%¹. Tuy nhiên trong nghiên cứu này tác giả cũng chỉ ra có đến gần một nửa số mắt cần tiến hành laser khoan góc tiền phòng sau phẫu thuật. Laser khoan góc tiền phòng phòng có thể làm hạ nhãn áp (NA) khoảng 20% và có thể phải tiến hành hơn một lần². Cho dù laser khoan góc tiền phòng là một thủ thuật ít xâm lấn, tuy nhiên cũng có những biến chứng liên quan được ghi nhận như kẹt mống mắt, bong hắc mạc, xuất huyết thượng hắc mạc. Hiệu quả hạ nhãn áp ≤ 15 mmHg của laser khoan góc tiền phòng duy trì khoảng 50-60% tại thời điểm sau điều trị laser 2 năm^{2,3,4}. Sửa sẹo bong bằng kim và tiêm 5 FU cũng là một lựa chọn điều trị được tác giả Di Matteo áp dụng sau khi laser khoan góc tiền phòng không đạt hiệu quả hạ nhãn áp. Do hình thái của sẹo bong có tương quan chặt chẽ với hiệu quả hạ nhãn áp của phẫu thuật cắt cùng mạc sâu⁵. Trên những

**Bệnh viện Mắt Trung Ương*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thuý Giang

Email: nguyenthithuygiang0311@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2022

Ngày duyệt bài: 9.3.2022

mắt cắt cứng mạc sâu có biểu hiện rõ ràng của xơ sẹo vị trí dưới kết mạc hoặc dưới vạt củng mạc gây cản trở việc thoát của thủy dịch ra khoang dưới vạt củng mạc hoặc dưới kết mạc với hình thái sẹo bong dẹt hoặc khoang dưới vạt củng mạc rất nhỏ hoặc không có là những dấu hiệu của sẹo bong mất chức năng trên mắt cắt cứng mạc sâu.

Ngoài ra, mắt cắt cứng mạc sâu thất bại trong việc kiểm soát nhãn áp nội khoa (tối đa các thuốc mà bệnh nhân có thể dùng được) và laser khoan góc tiền phòng thì lựa chọn tiếp theo chỉ có thể là một phẫu thuật dẫn lưu thứ 2 với nguy cơ thất bại tương tự do việc hình thành sẹo xơ sau phẫu thuật, chưa kể đến những nguy cơ của phẫu thuật lỗ dò đã được biết đến từ lâu nay như xuất huyết tiền phòng, bong hắc mạc, xẹp tiền phòng, dò sẹo bong. Kỹ thuật sửa sẹo bong bằng kim (needling) là một kỹ thuật có hiệu quả được biết đến từ lâu để tái phục hồi chức năng của sẹo bong trên mắt phẫu thuật cắt bẻ. Gần đây kỹ thuật này cũng được áp dụng để vẫn hồi sẹo bong mất chức năng trên mắt đã cắt cứng mạc sâu thất bại với điều trị laser khoan góc tiền phòng. Nghiên cứu hồi cứu do Antignoni⁶ thực hiện cho thấy tỉ lệ thành công tuyệt đối của kỹ thuật sửa sẹo bong bằng kim điều trị mắt đã phẫu thuật cắt cứng mạc sâu và thất bại với laser khoan góc tiền phòng là 57% sau 3 năm. Tuy nhiên nghiên cứu này của tác giả được tiến hành trên nhóm bệnh nhân 100% là người da trắng, do đó kết quả này có thể có biến đổi trên nhóm chủng tộc khác như người Châu Á và người Châu Phi. Ngoài ra, những nhóm bệnh nhân đặc biệt như có bệnh lý hô hấp kèm theo hoặc mang thai, việc điều trị nội khoa sẽ gặp rất nhiều khó khăn do nhiều loại thuốc chống chỉ định sử dụng trên nhóm đối tượng này. Từ những nguyên nhân trên chúng tôi tiến hành áp dụng kỹ thuật sửa sẹo bong trên bệnh nhân người Việt Nam đã làm phẫu thuật cắt cứng mạc sâu nhãn áp không điều chỉnh khi dùng tối đa các thuốc bệnh nhân có thể dung nạp được đã thực hiện hoặc chưa làm laser khoan góc tiền phòng. Theo tìm hiểu của nhóm nghiên cứu thì cho tới hiện tại, Việt Nam chưa có báo cáo về kết quả điều trị của kỹ thuật này áp dụng trên bệnh nhân đã phẫu thuật cắt cứng mạc sâu thất bại.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Bệnh nhân điều trị ngoại trú glôcôm góc mở đã phẫu thuật cắt CMS nhãn áp không điều chỉnh với thuốc và đã hoặc chưa

laser khoan góc tiền phòng từ năm 2020-2021 tại Bệnh viện Mắt Trung Ương.

Các thông tin của bệnh nhân về tuổi, giới, mắt, thời gian từ khi phẫu thuật cắt cứng mạc sâu đến khi sửa sẹo, đã hoặc chưa làm laser khoan góc tiền phòng, thị lực và nhãn áp tại thời điểm trước và các lần khám lại của bệnh nhân (1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng). Biến chứng gặp phải trong và sau khi sửa sẹo, phương pháp xử trí sẽ được ghi lại. Bệnh nhân được làm siêu âm bán phần trước (UBM) đánh giá màng bè-descemet và khoang dịch dưới vạt củng mạc. Nếu không có hình ảnh khoang dịch dưới vạt củng mạc thì bệnh nhân sẽ được tiến hành sửa sẹo.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu can thiệp lâm sàng trên 5 mắt của 5 bệnh nhân

Kỹ thuật: Chuẩn bị bệnh nhân: thuốc tê proparacaine hydrochloride 0,5% và betadin 5% cách nhau 5 phút được nhỏ trước khi làm thủ thuật 5. Bơm tiêm 1ml với đầu kim 27G được uốn cong 20° sao cho mặt vạt quay xuống dưới. Kim được đưa vào khoang dưới kết mạc cách sẹo bong ít nhất 10 mm sau đó đầu kim được đưa tới ranh giới của vạt củng mạc và đưa xuyên xuống dưới vạt vào khoang dưới vạt củng mạc, động tác trên được lặp lại nhiều điểm khác nhau tạo thành nhiều đường nối thông giữa khoang dưới vạt củng mạc và khoang dưới kết mạc. Nhãn áp, sẹo bong được đánh giá ngay sau đó nếu nhãn áp không hạ hoặc không có dấu hiệu thủy dịch đi ra dưới khoang dưới kết mạc thì đầu kim 27G sẽ được đưa sâu xuống tạo một điểm thông nhỏ giữa tiền phòng và khoang dưới vạt củng mạc. Kết thúc sửa sẹo bệnh nhân được đo lại nhãn áp sau khi sửa, đánh giá lại tiền phòng và sẹo. Sau đó, dung dịch 5-flourouracil 0.1ml (50mg/ml) được tiêm vào khoang dưới kết mạc cách vùng sẹo bong vừa hình thành ít nhất 10mm. Bệnh nhân được kê kháng sinh moxifloxacin tra tại mắt ngày 4 lần trong 2 tuần, chống viêm predforte tra ngày 8 lần trong 2 tháng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

5 mắt của 5 bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát đã phẫu thuật cắt cứng mạc sâu nhãn áp không điều chỉnh với thuốc hoặc không dung nạp được thuốc tra hạ nhãn áp, đã làm laser khoan góc tiền phòng. Đặc điểm về tuổi, giới, thị lực, nhãn áp trước và tại các thời điểm theo dõi, thời gian từ khi phẫu thuật cắt cứng mạc sâu đến khi sửa sẹo, có hay chưa làm laser khoan góc tiền phòng, thời gian theo dõi được thể hiện qua bảng 1.

Bảng 1 Kết quả nghiên cứu

BN	Tuổi	Giới	Mắt	Thời gian bong* (tháng)	Thị lực		Thuốc hạ NA		Số lần sửa	NA trước sửa	NA sau sửa			
					Trước sửa	Sau sửa**	Trước sửa	Sau sửa			1 tuần	1 tháng	3 tháng	6 tháng
1	60	Nam	MP	36	BBT0.3m	BBT0.5m	3	0	1	35	12	11	12	13
2	55	Nữ	MT	12	20/50	20/40	3	0	1	27	10	12	12	11
3	20	Nữ	MT	7	20/50	20/50	4	1	2	36	15	16	20	20
4	35	Nữ	MT	7	20/80	20/60	4	1	2	39	17	18	20	19
5	60	Nam	MT	12	20/60	20/60	4	0	1	28	14	15	15	15

*Thời gian từ khi phẫu thuật cắt củng mạc sâu cho tới khi sửa sẹo

**Thị lực lần khám lại cuối cùng

KGTP: khoan góc tiền phòng; NA: Nhãn áp

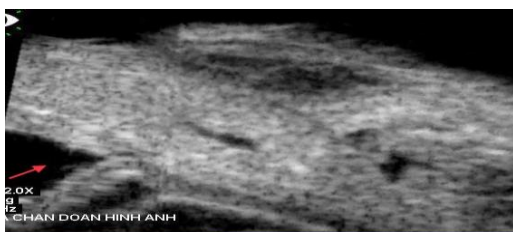
Cả 5 mắt đạt nhãn áp <21 mmHg sau khi sửa sẹo 6 tháng, trong đó có 2 mắt phải dùng thêm 1 thuốc hạ nhãn áp và 3/5 mắt đạt NA <16 mmHg. Hai mắt phải dùng thuốc hạ nhãn áp sau

sửa là 2 mắt phải sửa sẹo và tiêm 5FU 2 lần. Thị lực của 5 mắt duy trì với mức độ tương đương hoặc cải thiện ít so với trước sửa sẹo. Số thuốc hạ nhãn áp phải sử dụng sau khi sửa sẹo giảm đáng kể ở tất cả 5 mắt, trong đó có 3/5 mắt đạt nhãn áp <16mmHg không dùng thuốc hạ nhãn áp.

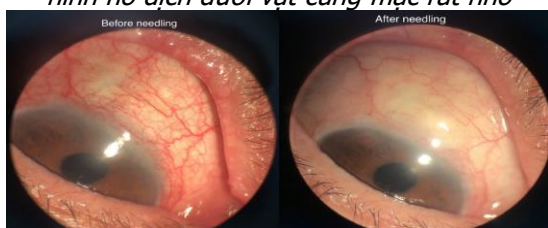
Các biến chứng trong và sau quá trình sửa sẹo được thể hiện ở bảng 2.

Bảng 2 Biến chứng trong và sau sửa sẹo bằng kim

BN	Xuất huyết dưới kết mạc	Xuất huyết tiền phòng	Kẹt mống mắt	Tiền phòng xẹp/nông	Bong hắc mạc	Thủng rách kết mạc/ sẹo bong
1	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0
3	1	0	0	0	0	0
4	1	1	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0



Ảnh 1: Hình ảnh siêu âm UBM trên mắt đã PT cắt củng mạc sâu NA không điều chỉnh với 4 thuốc; hình ảnh màng bè- Descemet đã mở và hình hồ dịch dưới kết mạc rất nhỏ



Ảnh 2: Hình ảnh bệnh nhân trước và 6 tháng sau sửa sẹo bong- Bong dưới kết mạc rõ ràng sau sửa sẹo.



Ảnh 1A: BN 2M glôcôm góc mở nguyên phát;

MT đã phẫu thuật cắt củng mạc sâu nhãn áp không điều chỉnh sau laser khoan góc tiền phòng và điều trị nội khoa tối đa; MP nhãn áp điều chỉnh với 3 thuốc; 2M bệnh lý hốc mắt-cạnh nhãn cầu do prostaglandin: dài lông mi, tăng sắc tố da, teo mỡ hốc mắt, bó chặt nhãn cầu



MT: nhãn áp điều chỉnh không dùng thuốc hạ nhãn áp sau khi sửa sẹo bong bằng kim. Bệnh lý hốc mắt phục hồi gần như hoàn toàn, so với MP đang tiếp tục điều trị thuốc tra

IV. BÀN LUẬN

Nguyên nhân thất bại của phẫu thuật cắt củng mạc sâu^{6,7}:

- Nguyên nhân tăng sinh xơ dưới kết mạc, trên và dưới củng mạc xảy ra sau phẫu thuật
- Không phẫu tích và bóc tách được thành trong của ống Schlenm trong quá trình phẫu thuật, thể hiện trên hình ảnh siêu âm UBM màng bè-Descemet dày. Và thường biểu hiện nhãn áp tăng sớm sau phẫu thuật
- Do kẹt mống mắt vào chỗ vi thủng/thủng

khí bóc tách thành trong ống Schlemm

- Do tình trạng xơ hoá của vùng bè

Do những nguyên nhân kể trên mà phần lớn bệnh nhân sau khi cắt củng mạc sâu phải điều trị bổ sung laser khoan góc tiền phòng để duy trì kiểm soát nhãn áp. Tỷ lệ làm laser khoan góc tiền phòng từ 50-70% theo nghiên cứu của các tác giả trên thế giới⁶. Trong loạt ca lâm sàng này tất cả bệnh nhân đều đã được tiến hành làm laser khoan góc tiền phòng và dùng thuốc điều trị nội khoa tối đa (những thuốc bệnh nhân có thể dung nạp được) mà nhãn áp không điều chỉnh. Giải thích cho điều này, chúng tôi thấy hình ảnh trên siêu âm UBM những bệnh nhân này có hình ảnh màng bè-Desemet đã được mở bằng laser tuy nhiên không thấy hoặc hình ảnh hồ dịch dưới vạt củng mạc rất nhỏ (ảnh 1). Nghiên cứu của tác giả Aptel⁸ sử dụng siêu âm UBM đánh giá kết quả của phẫu thuật cắt củng mạc sâu có đặt ologen chỉ ra rằng mức độ hạ nhãn áp tương ứng với độ cao của sẹo bong. Chứng tỏ rằng dù đã được mở thông giữa tiền phòng và khoang dưới vạt củng mạc tuy nhiên do xơ hình thành dưới kết mạc, trên vạt củng mạc hoặc dưới vạt củng mạc làm bít lại khoang dịch này từ đó dẫn đến việc thất bại của laser khoan góc tiền phòng. Chỉ khi phá được những vị trí hình thành xơ này mới có thể tái lập lại đường thoát thủy dịch từ tiền phòng đến khoang dưới kết mạc. Hiệu quả của sửa sẹo bong cũng được thể hiện ở mức độ hạ nhãn áp, tất cả 5/5 mắt đều có nhãn áp điều chỉnh sau sửa và duy trì trong khoảng thời gian theo dõi 6 tháng. Tuy nhiên có 2 mắt có nhãn áp dưới 21 mmHg với 1 thuốc tra hạ nhãn áp. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu hồi cứu của Antigoni và cộng sự⁶ năm 2015 trên 66 mắt với tỉ lệ thành công tuyệt đối và một phần tương ứng là 64% và 71% thời điểm 1 năm, 57% và 68% thời điểm 3 năm. Theo sự tìm hiểu của chúng tôi thì đây là nghiên cứu duy nhất hiện nay đánh giá kết quả hạ nhãn áp lâu dài của kỹ thuật sửa sẹo bong trên đối tượng bệnh nhân đã phẫu thuật cắt củng mạc sâu và nhãn áp không điều chỉnh sau laser khoan góc tiền phòng và thuốc hạ nhãn áp. Tuy nhiên trong nghiên cứu này, phần lớn bệnh nhân là người da trắng do đó kết quả có thể khác biệt khi tiến hành trên mắt người Châu Á. Trong nghiên cứu này, tác giả nhận thấy rằng thời điểm sửa sẹo càng sớm thì nguy cơ thất bại càng cao. Ngoại suy ra điều này hoàn toàn phù hợp với kết quả của loạt ca lâm sàng của chúng tôi, mặc dù với số lượng nhỏ loạt ca lâm sàng của chúng tôi là một mảnh nhỏ trong bức tranh

toàn cảnh. Từ kết quả của bảng 1 có thể dễ dàng thấy rằng hai bệnh nhân trẻ nhất trong nhóm có thời gian sửa sẹo kể từ sau phẫu thuật cắt củng mạc sâu là 7 tháng tương đối sớm hơn so với những bệnh nhân ở lứa tuổi trung niên. Điều này hoàn toàn hợp lý do phản ứng liền sẹo, tăng sinh xơ thường mạnh hơn rất nhiều ở những bệnh nhân trẻ so với nhóm bệnh nhân lớn tuổi. Kết quả này có thể được hiểu rằng tuổi trẻ là một yếu tố nguy cơ dẫn tới thất bại của phẫu thuật cắt bè và dường như điều này cũng đúng với kỹ thuật sửa sẹo bong chứ không riêng với phẫu thuật cắt củng mạc sâu. Kết quả sửa sẹo của chúng tôi có 3/5 mắt đạt nhãn áp <16 mmHg có thể do sự khác biệt ở thuốc chống chuyển hoá được dùng trong nghiên cứu của chúng tôi là 5-flourouracil trong khi trong nghiên cứu của Antigoni là Mitomycin C, thuốc có tác dụng chống hình thành xơ mạnh hơn. Tuy nhiên, hiện nay Mitomycin C không còn được bán trên thị trường Việt Nam do đó với điều kiện hiện tại 5-flourouracil là lựa chọn duy nhất của chúng tôi.

Số lượng thuốc hạ nhãn áp phải sử dụng sau sửa sẹo giảm một cách rõ ràng là kết quả từ việc nhãn áp điều chỉnh sau sửa sẹo. Việc này đặc biệt mang lại lợi ích rõ ràng không chỉ về kinh tế do giảm số lượng thuốc tra, giảm số lần khám lại mà còn lợi ích về mặt xã hội ở những bệnh nhân chịu tác dụng phụ của thuốc hạ nhãn áp, đặc biệt là nhóm thuốc hạ nhãn áp tương tự Prostaglandin. Những tác dụng phụ này đã được liệt vào nhóm bệnh liên quan đến thuốc hạ nhãn áp Prostaglandin với biểu hiện lâm sàng tại mắt là dài lông mi, tăng sắc tố da mi, teo mỡ hốc mắt gây lõm mắt và bó chặt nhãn cầu. Một trong năm bệnh nhân trong nhóm sửa sẹo chịu tác dụng phụ rõ rệt của nhóm bệnh lý này, tuy nhiên đã phục hồi hoàn toàn tại thời điểm 6 tháng sau khi sửa sẹo thành công; nhãn áp điều chỉnh không dùng thuốc hạ nhãn áp.

Thị lực của bệnh nhân trong nhóm sửa sẹo bằng kim không hoặc ít thay đổi sau phẫu thuật, chứng tỏ việc sửa sẹo không gây giảm thị lực của bệnh nhân. Cũng có thể hiểu được rằng bệnh nhân glôcôm góc mở khi nhãn áp tăng ít gây phù đục môi trường trong suốt do nhãn áp cao ở nhóm bệnh nhân này thường là một quá trình kéo dài, chứ không đột ngột như trong cơn góc đóng cấp do đó việc hạ nhãn áp sau sửa sẹo bằng kim góp phần bảo vệ duy trì chức năng còn lại của thị thần kinh.

Biến chứng gặp phải trong và sau khi thực hiện sửa sẹo cũng tương tự như các biến chứng khi thực hiện sửa sẹo điều trị bệnh nhân đã phẫu

thuật cắt bè gồm xuất huyết dưới kết mạc và xuất huyết tiền phòng. Biến chứng xuất huyết tiền phòng thường là do phục hồi dòng chảy thông giữa khoang dưới củng mạc và dưới kết mạc với tiền phòng do đó khi nhãn áp xuống thấp máu từ khoang dưới kết mạc trào ngược trở lại tiền phòng, chứ không phải do xuất huyết xuất phát từ mạch máu của các cấu trúc tiền phòng. Và dù là mắt có biến chứng xuất huyết dưới kết mạc hay xuất huyết tiền phòng thì máu cũng tiêu hoàn toàn sau 2 tuần, không để lại di chứng. Trong loạt ca lâm sàng này chúng tôi không gặp những biến chứng có thể gặp trong khi thực hiện sửa sẹo bong bằng kim như kẹt mỡ mắt, bong hắc mạc, thủng sẹo bong.

V. KẾT LUẬN

Sửa sẹo bong bằng kim là kỹ thuật đơn giản, ít biến chứng, có thể thực hiện tại sinh hiển vi. Kỹ thuật này nên được cân nhắc là một lựa chọn điều trị bệnh nhân glôcôm góc mở đã phẫu thuật cắt củng mạc sâu và laser khoan góc tiền phòng nhãn áp không điều chỉnh với tối đa các thuốc điều trị nội khoa mà bệnh nhân có thể dung nạp được. Tuy nhiên do đây là loạt ca lâm sàng với cỡ mẫu nhỏ do đó để kết quả có ý nghĩa thống kê hơn cần tiến hành nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lachkar Y, Neverauskiene J, Jeanteur-Lunel MN, et al.** Nonpenetrating deep sclerectomy: a 6-year retrospective study. *Eur J Ophthalmol.* 2004;14(1):26-36. doi:10.1177/112067210401400105
2. **Anand N, Pilling R.** Nd:YAG laser goniopuncture after deep sclerectomy: outcomes. *Acta Ophthalmol.* 2010;88(1):110-115. doi:10.1111/j.1755-3768.2008.01494.x
3. **Penaud B, Leleu I, Laplace O, Akesbi J, Blumen-Ohana E, Nordmann JP.** Outcomes of Laser Goniopuncture Following Nonpenetrating Deep Sclerectomy With Mitomycin C: A Large Retrospective Cohort Study. *J Glaucoma.* 2019;28(1):51-55. doi:10.1097/IJG.0000000000001104
4. **Di Matteo F, Bettin P, Fiori M, Ciampi C, Rabiolo A, Bandello F.** Nd:Yag laser goniopuncture for deep sclerectomy: efficacy and outcomes. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2016;254(3):535-539. doi:10.1007/s00417-016-3271-8
5. **Mavranakas N, Mendrinou E, Shaarawy T.** Postoperative IOP is related to intrascleral bleb height in eyes with clinically flat blebs following deep sclerectomy with collagen implant and mitomycin. *Br J Ophthalmol.* 2010;94(4):410-413. doi:10.1136/bjo.2008.150318
6. **Koukkoulli A, Musa F, Anand N.** Long-term outcomes of needle revision of failing deep sclerectomy blebs. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2015;253(1):99-106. doi:10.1007/s00417-014-2810-4
7. **Thư viện Đại Học Y.** Accessed March 24, 2022. <http://thuvien.hmu.edu.vn/pages/cms/FullBookReader.aspx?Url=/pages/cms/TempDir/bo oks/52d806fa-9ccb-4b2e-8124-7d661880b2b4/2021/07/13/202107131412-b35f1450-810f-49e4-a9ce-88ffea3c70fb/FullPreview&TotalPage=113&ext=jpg#page/1/mode/2up>
8. **Aptel F, Dumas S, Denis P.** Ultrasound biomicroscopy and optical coherence tomography imaging of filtering blebs after deep sclerectomy with new collagen implant. *Eur J Ophthalmol.* 2009;19(2):223-230. doi:10.1177/112067210901900208

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI MẮC PHẢI TẠI CỘNG ĐỒNG ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Lê Văn Thêm*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi mắc phải tại cộng đồng điều trị ở khoa Hô hấp bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang **Kết quả nghiên cứu:** Triệu chứng cơ năng thường gặp là ho (98%), khạc đờm (80%), khó thở (66%), sốt (48%), đau ngực (48%).; Đa số bệnh nhân không sốt (52%) tiếp đến là sốt nhẹ (24%), sốt

cao chỉ chiếm 6%; Tính chất sốt chủ yếu là sốt cơn (30%); Đa số bệnh nhân ho có đờm (80%), đờm có màu trắng đục (52,5%); Bệnh nhân có khó thở nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất với 38%, tiếp theo là không khó thở (32%), khó thở nặng (18%) và khó thở vừa (12%); Các hội chứng gặp ở bệnh nhân là hội chứng đông đặc (30%), hội chứng 3 giảm (18%), tam chứng galliard (4%). **Kết luận:** Triệu chứng cơ năng thường gặp là ho (98%), khạc đờm (80%), khó thở (66%), sốt (48%), đau ngực (48%). Các hội chứng gặp ở bệnh nhân là hội chứng đông đặc (30%), hội chứng 3 giảm (18%), tam chứng galliard (4%).

*Trường đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thêm

Email: themlv2003@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.3.2022

Ngày duyệt bài: 7.3.2022

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA PATIENTS TREATED