

mong muốn bất kỳ, trong đó buồn nôn chiếm tỉ lệ cao nhất với 45,7%. Táo bón ít gặp nhất với 0,6%[10]. Các nghiên cứu khác nhau về cỡ mẫu, khác nhau vùng miền, và cách sử dụng thuốc cũng như biệt dược khác nhau, điều này cũng có thể giải thích được sự không tương đồng về tỉ lệ xảy ra các các dụng không mong muốn qua các nghiên cứu.

Tóm lại, phác đồ RTMB có hiệu quả diệt trừ cao, tác dụng phụ ở mức nhẹ, nên lựa chọn phác đồ RTMB để diệt trừ H.pylori nhằm mục đích mang lại hiệu quả về mặt điều trị lẫn kinh tế.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng: 79,4% BN có đau thượng vị, 52,9% BN ợ hơi ợ chua, buồn nôn, nôn 50%, nóng rát thượng vị 58,8%. Các triệu chứng cơ năng cải thiện rõ rệt sau điều trị. 58,8% BN loét dạ dày, 41,2% loét tá tràng. Tỷ lệ liền sẹo tốt chiếm 88,2%. Tỷ lệ diệt trừ thành công của phác đồ PTMB là 91,6%. Tỷ lệ BN gặp tác dụng phụ là 44,1% và đều ở mức độ nhẹ .

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Gastroenterology Organisation Global Guidelines Helicobacter pylori** May 2021.
2. **Hooi J. K. Y., Lai W. Y., Ng W. K, et al.** (2017), "Global Prevalence of Helicobacter pylori Infection: Systematic Review and Meta-Analysis", *Gastroenterology*, 153(2), pp.420-429.
3. **Moss SF, Malfertheiner P** "Helicobacter and

gastric malignancies". *Helicobacter*.2007; 12(1):23-30.

4. **Malfertheiner P, et al.** *Gut* 2022; 0-39; 71:1724-1762
5. **VNAGE consensus** *Frontiers in Medicine* 2022.
6. **Lương Quốc Hùng, Phạm Văn Linh, Kha Hữu Nhân** (2019), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi ở bệnh nhân loét dạ dày - tá tràng có Helicobacter pylori dương tính tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 20, tr.22-28
7. **Đoàn Thái Ngọc, Huỳnh Hiếu Tâm** (2021), "Đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ 4 thuốc có Bismuth diệt trừ Helicobacter pylori ở bệnh nhân viêm loét dạ dày - tá tràng tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2020-2021", *Tạp chí Y Dược Cần Thơ*, 43, tr.29-35
8. **Kha Hữu Nhân, Dương Hiền Thảo Lan** (2022), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và kết quả điều trị bệnh nhân viêm, loét dạ dày-tá tràng nhiễm helicobacter pylori bằng phác đồ 4 thuốc có bismuth", *Tạp chí y Dược học Cần Thơ* 2022-53, trang 53- 59.
9. **Đặng Ngọc Quý Huệ, Trần Văn Huy, Nguyễn Thanh Hải** (2016) "Viêm dạ dày mạn do Helicobacter pylori: Hiệu quả diệt trừ của phác đồ bốn thuốc chứa bismuth (EBMT)". *Tạp chí khoa học Tiêu hóa Việt Nam* 2016; IX(45): 2862-2871.
10. **Feng-Woei Tsay, Deng-Chyang Wu, Hsien-Chung Yu** (2017), "Both 14- day hybrid and bismuth quadruple therapies cure most patients with Helicobacter pylori infection in populations with moderate antibiotic resistance: a randomized controlled trial", *American Society for Microbiology*, pp.1-33. <http://aac.asm.org/>

ĐÁNH GIÁ SỰ THAY ĐỔI ĐỘ LOẠN THỊ TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT MỘNG THỊT NGUYÊN PHÁT BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT MỘNG GHÉP KẾT MẠC TỰ THÂN

Đoàn Kim Thành¹, Nguyễn Đức Vương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mộng thịt là một bệnh phổ biến trong nhãn khoa, là một trong những nguyên nhân quan trọng gây giảm thị lực và mù lòa. Bệnh phân bố không đồng đều về mặt địa dư, phổ biến ở các nước nhiệt đới và cận nhiệt đới, khí hậu nóng ẩm, thời lượng nắng cao. Ở Việt Nam, theo thống kê của Bệnh viện Mắt trung ương (1996) tỷ lệ người mắc bệnh mộng là 5,24% trong tổng số dân điều tra. Mộng gây có kéo bề mặt nhãn cầu gây loạn thị và ảnh hưởng đến thị lực của bệnh nhân. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm

lâm sàng bệnh mộng thịt nguyên phát và đánh giá sự thay đổi độ loạn thị trước và sau phẫu thuật mộng thịt bằng phương pháp phẫu thuật mộng ghép kết mạc tự thân. **Đôi tượng – Phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, mô tả hàng loạt ca. Bệnh nhân được chẩn đoán mộng thịt nguyên phát từ độ II đến độ IV khám và có chỉ định điều trị phẫu thuật mộng tại khoa Mắt, Bệnh viện Trường Đại học Tây Nguyên từ tháng 12/2022 đến 03/2023. Có phiếu thu thập thông tin được sử dụng để ghi nhận các biến số nghiên cứu tại các thời điểm trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 70 mắt, tuổi trung bình là 56,7 ± 8,9 tuổi, nữ mắc bệnh cao hơn nam (72,86%). Độ mộng trong nghiên cứu chủ yếu là mộng độ II có 54 mắt (với tỉ lệ 77,14%). Trung bình chiều dài mộng thịt xâm lấn giác mạc theo phương ngang là 2,41 ± 1,18 mm. độ loạn thị trung bình ghi nhận được trong đề tài nghiên cứu là 2,31 ± 1,21 D. ngay sau khi phẫu thuật 1 tuần thì trung bình độ loạn thị giảm xuống còn 0,93 ± 0,48 D. Trung bình

¹Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Vương
Email: doctor.vuongnguyen@gmail.com
Ngày nhận bài: 23.5.2024
Ngày phản biện khoa học: 5.7.2024
Ngày duyệt bài: 5.8.2024

độ loạn thị sau phẫu thuật 3 tháng còn $0,82 \pm 0,41$ D. Thị lực của bệnh nhân tăng đáng kể so với trước phẫu thuật, 60,97% cải thiện thị lực sau phẫu thuật từ 1 – 2 hàng trên bảng thị lực LogMAR. **Kết luận:** Phẫu thuật mộng thịt ghép kết mạc tự thân có thể giúp làm giảm độ loạn thị gây ra bởi mộng thịt và cải thiện thị lực của bệnh nhân. **Từ khóa:** mộng thịt, loạn thị, phẫu thuật mộng thịt ghép kết mạc tự thân.

SUMMARY

ASSESSMENT OF CHANGES IN ASTIGMATISM BEFORE AND AFTER SURGERY PRIMARY PTERYGIUM BY PTERYGIUM EXCISION WITH A CONJUNCTIVAL AUTO GRAFT

Background: Pterygium is a common disease in ophthalmology, one of the important causes of vision loss and blindness. The disease is geographically unevenly distributed, common in tropical and subtropical countries with hot and humid climates and high sunshine duration. In Vietnam, according to statistics from the Central Eye Hospital (1996), the proportion of people with dream disease is 5.24% of the total population surveyed. Pterygium causes contraction of the ocular surface, causing astigmatism and affecting the patient's vision. **Purpose:** Describe the clinical characteristics of primary pterygium and evaluate the change in astigmatism before and after pterygium surgery using autologous conjunctival graft pterygium surgery. **Method:** Prospective study and description of a series of cases. The patient was diagnosed with primary pterygium from grade II to IV for examination and indicated for surgical treatment of pterygium at the Department of Ophthalmology, Tay Nguyen University Hospital from December 2022 to March 2023. There is an information collection form used to record research variables at the time points before surgery, 1 week, 1 month and 3 months after surgery. **Results:** The study included 70 eyes, average age was 56.7 ± 8.9 years, women had the disease more often than men (72.86%). The degree of pterygium in the study was mainly grade II pterygium with 54 eyes (with a rate of 77.14%). The average length of pterygium invading the cornea in the horizontal direction is 2.41 ± 1.18 mm. The average astigmatism recorded in the study was 2.31 ± 1.21 D. Immediately after surgery 1 week, the average astigmatism decreased to 0.93 ± 0.48 D. On average The level of astigmatism after surgery 3 months was 0.82 ± 0.41 D. The patient's vision increased significantly compared to before surgery, 60.97% improved vision after surgery from 1 - 2 rows on the chart. LogMAR visual acuity. **Conclusion:** Autologous conjunctival graft pterygium surgery can help reduce astigmatism caused by pterygium and improve the patient's vision. **Keywords:** Pterygium, astigmatism, autologous conjunctival graft surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mộng thịt là một khối tăng sản xơ mạc của mô dưới kết mạc nhãn cầu, có hình tam giác mà đỉnh quay về phía trung tâm giác mạc, đáy quay về phía cực lệ (nếu là mộng góc trong) hoặc về phía cùng đồ ngoài (nếu là mộng góc ngoài).

Đây là một bệnh phổ biến trong nhãn khoa, là một trong những nguyên nhân quan trọng gây giảm thị lực và mù lòa. Bệnh phân bố không đồng đều về mặt địa dư, phổ biến ở các nước nhiệt đới và cận nhiệt đới, khí hậu nóng ẩm, thời lượng nắng cao, ít gặp hơn ở xứ lạnh. Yếu tố môi trường như bụi, gió, ánh nắng mặt trời có vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh.

Ở Việt Nam, theo thống kê của Bệnh viện Mắt trung ương (1996) tỷ lệ người mắc bệnh mộng là 5,24% trong tổng số dân điều tra, trong đó tập trung nhiều ở vùng ven biển miền trung.

Khu vực Tây Nguyên nằm trong vùng khí hậu nhiệt đới Xavan, gồm nhiều tiểu vùng nhưng khí hậu phổ biến là nhiệt đới gió mùa cao nguyên, khí hậu ở đây được chia thành hai mùa rõ rệt: mùa khô và mùa mưa, với nhiệt độ trung bình hàng năm là 24 độ C.

Với các đặc điểm về khí hậu, đặc điểm dân cư và sự phát triển kinh tế trên, dẫn tới một thực tế là tỉ lệ người dân bị mộng thịt ở khu vực Tây Nguyên khá phổ biến, tập trung ở các đối tượng làm việc ngoài môi trường như nông dân, công nhân trong các khu khai thác khoáng sản.

Loạn thị giác mạc do mộng thịt là một quá trình biến dạng từ từ của bề mặt giác mạc do sự xâm lấn của mộng thịt từ vùng rìa vào trung tâm giác mạc.

Mộng gây co kéo bề mặt nhãn cầu nên gây loạn thị và ảnh hưởng đáng kể đến thị lực của bệnh nhân, sự phát triển của đầu mộng trên giác mạc luôn luôn tạo ra sự thay đổi của độ cong giác mạc không đồng đều ở các kinh tuyến và làm giác mạc dẹt lại gây ra loạn thị. Do vậy khi để mộng thịt tồn tại càng lâu đồng nghĩa với việc chấp nhận cho giác mạc có nguy cơ sẹo và biến dạng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán mộng thịt nguyên phát từ độ II đến độ IV khám và có chỉ định điều trị phẫu thuật mộng tại khoa Mắt, Bệnh viện Trường Đại học Tây Nguyên từ tháng 12/2022 đến 03/2023

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu tiền cứu, mô tả hàng loạt ca.

Bệnh nhân được chẩn đoán mộng thịt nguyên phát từ độ II đến độ IV khám và có chỉ định điều trị phẫu thuật mộng tại khoa Mắt, Bệnh viện Trường Đại học Tây Nguyên từ tháng 12/2022 đến 03/2023 thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ.

Tiêu chuẩn chọn vào: (1) độ tuổi từ 18 trở lên, (2) được chẩn đoán là mộng thịt nguyên phát từ độ II đến độ IV, (3) nhãn áp từ 16 – 21 mmHg (đo bằng nhãn áp kế Schiötz), (4) đồng ý

tham gia nghiên cứu, theo dõi và điều trị sau phẫu thuật đầy đủ, đúng thời gian tái khám. Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Không đồng ý tham gia nghiên cứu, (2) mắc các bệnh lý về mắt gây ảnh hưởng đến phẫu thuật.

Tất cả bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu được thu thập thông tin về hành chính, tiền sử, bệnh sử, khám mắt toàn diện bằng máy sinh hiển vi, khúc xạ kế tự động, đèn soi bóng đồng tử. Theo dõi quá trình điều trị và ghi nhận các đặc điểm lâm sàng, độ loạn thị và thị lực tại các thời điểm: trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng.

Nhập số liệu từ phiếu thu thập số liệu vào phần mềm Microsoft excel và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.

2.3. Y đức. Tất cả bệnh nhân đồng thuận tham gia nghiên cứu, đảm bảo bí mật các thông tin cá nhân. Nghiên cứu được sự đồng ý và phê duyệt của Hội đồng Y đức, trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng: Nghiên cứu gồm 70 mắt trên 70 bệnh nhân đạt tiêu chuẩn chọn vào mẫu nghiên cứu.

Tuổi trung bình là 56,7 ± 8,9 và phần lớn là nữ giới (72,86%, n = 51), độ tuổi chủ yếu >45 tuổi (n = 63). Tỷ lệ 2 mắt phải và trái bị cận thị gần ngang bằng nhau, mắt phải 59% (n = 41), mắt trái 41% (n = 29). Độ cận thị trong nghiên cứu chủ yếu là cận độ II có 54 mắt với tỷ lệ 77,14% gần gấp 3 lần các nhóm cận còn lại, nhóm cận độ III nhiều thứ 2 với 12 mắt chiếm tỷ lệ 17,14%, cận độ IV chỉ có 4 mắt chiếm tỷ lệ 5,71%. Trung bình chiều dài cận thị xâm lấn giác mạc theo phương ngang là 2,41 ± 1,18 mm, nhỏ nhất là 0,6 mm, lớn nhất là 5,3mm.

Độ loạn thị trung bình ghi nhận được trong đề tài nghiên cứu là 2,31 ± 1,21 D. Nhóm có độ loạn thị ≤ 1 D chiếm tỷ lệ 14,47% ít hơn rõ rệt so với nhóm > 1 D, chiếm tỷ lệ 85,53% với p > 0,05 cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 1: Đặc điểm về độ tuổi

	Tần số	Tỉ lệ %	P
Độ tuổi (Trung bình ± đlc)		58,7 ± 8,9	
≤ 45 tuổi	7	10,00	0,002
> 45 tuổi	63	90,00	

Bảng 2: Đặc điểm mắt phẫu thuật

	Tần số	Tỉ lệ %	P
Mắt phẫu thuật			
Mắt phải	41	59,00	0,501
Mắt trái	29	41,00	

Bảng 3: Đặc điểm về độ cận

	Tần số	Tỉ lệ %	P
Độ cận			
Độ II	54	77,14	0,006
Độ III	12	17,14	
Độ IV	4	5,71	

Bảng 4: Đặc điểm về độ loạn thị trước phẫu thuật

	Tần số	Tỉ lệ %	P
Độ loạn thị (Trung bình ± SD)		2,31 ± 1,21	
≤ 1 D	8	11,43	
> 1 D	62	88,57	1,124x10 ⁻⁵

Bảng 5: Trung bình độ loạn thị đo bởi phương pháp soi bóng đồng tử và khúc xạ kế tự động

	Trung bình độ loạn thị	
	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật 1 tuần
Soi bóng đồng tử	2,31 ± 1,21	0,93 ± 0,48
Khúc xạ kế tự động	2,19 ± 1,17	0,93 ± 0,49
P	0,675	0,857

3.2. Sự thay đổi độ loạn thị sau phẫu thuật. Sau khi phẫu thuật 1 tuần thì trung bình độ loạn thị giảm từ 2,31 ± 1,21 D xuống còn 0,93 ± 0,48 D.

Bảng 6: Bảng trung bình độ loạn thị theo thời gian

Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật		
	1 tuần	1 tháng	3 tháng
2,31 ± 1,21	0,93 ± 0,48	0,86 ± 0,43	0,82 ± 0,41

Sau phẫu thuật 1 tuần, độ loạn thị trung bình giảm 1,27 ± 0,97 D. Ở thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng lần lượt là 1,36 ± 0,95 D và 1,38 ± 0,94.

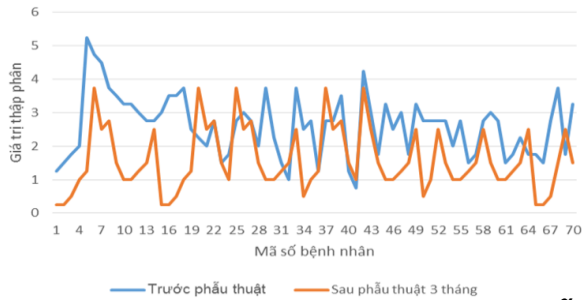
Bảng 7: Trung bình sự thay đổi độ loạn thị ở thời điểm sau phẫu thuật

	Sau phẫu thuật		
	1 tuần	1 tháng	3 tháng
Thay đổi độ loạn thị	1,27±0,97	1,36±0,95	1,38±0,94

Sau khi phẫu thuật 3 tháng, có 48 trường hợp (63,16%) thị lực được cải thiện và 22 trường hợp (36,84%) thị lực không đổi, không có trường hợp nào giảm thị lực.

Trong số 48 trường hợp thị lực được cải thiện, có tới 46 trường hợp (95,83%) thị lực được cải thiện từ 2 hàng trở lên. Trong số 22 trường hợp thị lực không đổi, có 21 trường hợp (75,00%) thị lực trước phẫu thuật đã đạt 10/10.

Tại thời điểm phẫu thuật 3 tháng, có 56 trường hợp (85,53%) đạt được thị lực ≥ 8/10 và toàn bộ 100% trường hợp đã đạt được thị lực ≥ 5/10.



Hình 1: Biểu đồ phân tán thị lực trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 3 tháng

IV. BÀN LUẬN

Đề tài nghiên cứu được thực hiện trên 70 bệnh nhân trong đó có 51 bệnh nhân nữ (72,86%) và 19 bệnh nhân nam (27,14%). Theo số liệu của Eknath Shelke (2014), nữ chiếm 59,5% và nam chiếm 40,5%. Tác giả Eknath Shelke cho rằng có sự chênh lệch như vậy, vì giới nữ thường quan tâm đến thẩm mỹ nhiều hơn nên tích cực đi mổ mổ hơn [46]. Tại Việt Nam, tác giả Huỳnh Tuấn Cảnh và Lê Minh Thông (2004) thống kê cho thấy nữ chiếm 63,5% và nam chiếm 36,5% [12].

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 56,7 tuổi, điều này cũng phù hợp với tuổi trung bình của bệnh nhân trong một vài nghiên cứu khác; như nghiên cứu của Prakriti Chourasia (2014): 54,23 tuổi (20 đến 74 tuổi); Nguyễn Đức Thành (1999): 54,52 tuổi (15 đến 80 tuổi). Sự khác biệt này có thể do sự e ngại tái phát của mổ mổ nên sẽ hạn chế phẫu thuật ở người trẻ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tần suất tập trung nhiều ở nhóm tuổi trên 45 tuổi có 63/70 bệnh nhân (90,00%), còn bệnh nhân dưới 45 tuổi có 7/70 bệnh nhân (10,00%). Như vậy là bệnh nhân mổ mổ trong nghiên cứu chủ yếu tập trung ở tuổi trên 45.

Nghiên cứu được thực hiện trên 70 bệnh nhân trong đó bao gồm mắt phải có 41 mắt (chiếm 59,00%), mắt trái có 29 mắt (chiếm 41,00%). Trong nghiên cứu không có bệnh nhân phẫu thuật cả 2 mắt.

Trung bình chiều dài mổ mổ xâm lấn giác mạc theo phương ngang là $2,41 \pm 1,18$ mm, nhỏ nhất là 0,6 mm, lớn nhất là 5,3mm. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Pere Pujol Vives (2013) là $2,02 \pm 0,63$ mm.

Độ mổ mổ trong nghiên cứu chủ yếu là mổ mổ độ II có 54 mắt với tỉ lệ 77,14% gần gấp 3 lần các nhóm mổ mổ còn lại, bệnh nhân đa phần đến phẫu thuật khi mắt đã có mổ mổ độ II và mổ mổ độ II cũng bắt đầu gây kích thích và ảnh hưởng đến thẩm mỹ.

Trong quá trình tiến hành nghiên cứu, để xác định độ loạn thị của bệnh nhân bằng phương pháp soi bóng đồng tử ở những mắt có mổ mổ độ III, mổ mổ độ IV thường là rất khó vì ở những trường hợp mổ mổ lớn có kéo tạo nên những bất thường của độ cong giác mạc và che khuất một phần bóng đồng tử từ nơi mổ mổ bỏ vào. Soi bóng đồng tử trong những trường hợp này thường rất khó khăn, vì thấy bóng nhòe, không thẳng, hoặc có nhiều bóng mà không thể xác định chính xác bóng tỏa lan ở ô kính công suất bao nhiêu. Nên trong giới hạn đề tài nghiên cứu tiến hành soi bóng đồng tử đã giảm tối đa thì việc xác định công suất có dễ hơn đôi chút. Tuy vậy khi nhỏ dẫn thì lại làm tăng quang sai, đồng thời phương pháp soi bóng đồng tử mặc dù là phương pháp khách quan có độ chính xác cao nhưng vẫn là một phương pháp phụ thuộc vào yếu tố chủ quan của người khám, đây là điều mà có thể ảnh hưởng đến kết quả.

Khi tiến hành đo khúc xạ máy trên những bệnh nhân mổ mổ thấy rằng khúc xạ máy cho kết quả nhanh, thuận tiện, nhưng khúc xạ máy đòi hỏi bệnh nhân phải ngồi đúng tư thế, định thị tốt, phải đặt trục thị giác thẳng trục với trục đo của máy, nếu không kết quả sẽ sai lệch. Mặt khác, do vật định thị của máy đo khúc xạ kế tự động ở gần mắt nên thường không loại trừ được hết điều tiết hoàn toàn. Điều này chỉ ảnh hưởng đến độ cầu, còn độ trụ và trục vẫn đo chính xác.

Từ những nhận xét trên cho thấy cần thiết phải phối hợp kết quả của hai phương pháp phân tích ở trên, đặc biệt phải đối chiếu kết quả với nhau thì mới có thể đưa ra mức độ loạn thị đúng và hợp lý.

Độ loạn thị trung bình ghi nhận được trong đề tài nghiên cứu là $2,31 \pm 1,21$ D. Kết quả này cũng tương tự với một số kết quả của các tác giả Pere Pujol Vives (2013): $1,78 \pm 1,34$ D.

Độ loạn thị trung bình ở nhóm mổ mổ độ II trong nghiên cứu thấp hơn so với Mohd nhưng khi so với Lê Minh Thông thì không khác nhau nhiều vì đối tượng nghiên cứu của Mohd là những mắt có độ loạn thị $> 1,5$ D.

Còn ở nhóm mổ mổ độ III, mổ mổ độ IV thì độ loạn thị trung bình trong nghiên cứu tương đương với kết quả nghiên cứu của Mohd và Lê Minh Thông.

Như vậy các kết quả nghiên cứu của các tác giả Lê Minh Thông, Mohd, Maheshwari S. cho thấy mức độ loạn thị tăng khi độ mổ mổ tăng, đây là mối tương quan thuận.

Theo kết quả nghiên cứu, ngay sau khi phẫu thuật 1 tuần thì trung bình độ loạn thị giảm từ $2,31 \pm 1,21$ D xuống còn $0,93 \pm 0,48$ D, độ

giảm trung bình là $1,38 \pm 0,73D$ ($p < 0,05$). Trong đó, đề tài nghiên cứu ghi nhận 90,24% trường hợp độ loạn thị giảm và 9,76% độ loạn thị không thay đổi và không ghi nhận trường hợp nào độ loạn thị tăng.

Độ loạn thị giảm có ý nghĩa thống kê sau 1 tuần và vẫn tiếp tục giảm sau đó. Nhưng không có sự khác biệt về trung bình độ loạn thị giữa thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng.

Tác giả Tomidokoro A (2000) đã khẳng định rằng các yếu tố khúc xạ sẽ ổn định vào một thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của tác giả Rana Altan (2013) cũng cho kết quả tương tự.

Sự thay đổi của thị lực sau phẫu thuật tăng lên rất rõ rệt. Trong đó, 60,97% thị lực đã tăng từ 1 - 2 hàng trở lên, 82,92% các trường hợp đạt thị lực $\geq 8/10$ ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của đề tài cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác như Maheshwari ở Ấn Độ, Lindsay và Sullivan ở đại học Melbourne, Australia.

Trong nội dung của đề tài nghiên cứu, thị lực thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng không khác nhau nhiều. Điều này có thể kết luận sau phẫu thuật một tháng thị lực ổn định.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật mộng thịt ghép kết mạc tự thân có thể giúp làm giảm độ loạn thị gây ra bởi mộng thịt và cải thiện thị lực của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ashayc A.O (1990). "Refractive astigmatism and pterygium". Afr J Med Med Sci 19 (3). p. 225-228.
2. Maheshwari. S (2003). "Effect of pterygium excision on pterygium induced astigmatism", Indian J Ophthalmol, p. 187 - 188.
3. Hội Nhân khoa Mỹ (2004) "Bệnh học mi mắt, kết mạc và giác mạc" (Nguyễn Đức Anh dịch), Nhà xuất bản Đại học Quốc gia Hà Nội, tr.141 - 143.
4. Huỳnh Tuấn Cảnh và Lê Minh Thông (2004), "Khảo sát độ loạn thị giác mạc trung tâm trên bệnh nhân mộng thịt bằng giác mạc đồ", Luận văn Thạc sĩ, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
5. Lawan A, Hassan S (2018), "The astigmatic effect of pterygium in a Tertiary Hospital in Kano, Nigeria". Ann Afr Med. 2018 Jan-Mar;17(1), p. 7-10.
6. Eliya Levinger (2020), "Posterior Corneal Surface Changes After Pterygium Excision Surgery", Clinical Science, p. 2 - 3.
7. Xu, W., Li, X (2024), "The effect of pterygium on front and back corneal astigmatism and aberrations in natural-light and low-light conditions", BMC Ophthalmol 24, p. 7.
8. Mohd Yousuf MS (2004), "Role of pterygium excision in pterygium induced astigmatism". JK practitioner, pp. 91-92.
9. E. Shelke, U. Kawalkar (2014), "Effect of Pterygium Excision on Pterygium Induced Astigmatism and Visual Acuity", International Journal of Advance Health Science, 1, pp. 1 - 3.
10. Pere Pujol Vives MD, Amelia Maria de Carvalho Mendes MD, Gemma Julio Mora BS, PhD, Sara Lluch Margarit BS, PhD, Dolores Merindano Encina BS, PhD & Imma Sola Garcia OD (2013), "Topographic corneal changes in astigmatism due to pterygium's limbal-conjunctival autograft surgery", J Emmetropia, pp. 13 - 18.

NGHIÊN CỨU CHỈ ĐỊNH PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP DO SỎI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Nguyễn Minh An¹, Trần Đình Hoan²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp do sỏi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình giai đoạn từ 6/2022 - 6/2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 54 bệnh nhân viêm túi mật cấp do sỏi được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện đa khoa Tỉnh Thái Bình. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình là $60,5 \pm 17,2$; Tỷ lệ Nữ/nam = 1,35; Tiền sử: 59,3% bệnh nhân mắc bệnh nội khoa kết hợp, tiền sử phẫu

thuật chiếm 11,1%; Triệu chứng cơ năng: 85,2% bệnh nhân đau hạ sườn phải, đau âm ỉ chiếm 96,3%; Thực thể: điểm đau túi mật chiếm 94,4%, túi mật to sờ chạm là 13,0%, phản ứng hạ sườn phải là 18,5%; Kết quả xét nghiệm trước phẫu thuật: 55,6% bạch cầu tăng trên 10 G/l. Tăng bilirubin chiếm 31,5%. Tăng men gan chiếm 16,7%; Siêu âm trước mổ: Túi mật to chiếm 81,5%, dày thành túi mật 100% và biểu hiện viêm quanh túi mật chiếm 24,1%. Về số lượng sỏi trên siêu âm: 1 viên chiếm 31,5%, nhiều viên chiếm 68,5%, vị trí sỏi cổ, ống túi mật chiếm 22,2%. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp do sỏi cho 54 bệnh nhân tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình cho thấy: Tuổi trung bình là $60,5 \pm 17,2$, Siêu âm trước mổ: Túi mật to chiếm 81,5%, dày thành túi mật 100% và biểu hiện viêm quanh túi mật chiếm 24,1%. Số lượng sỏi 1 viên chiếm 31,5%, nhiều viên chiếm 68,5%.

SUMMARY

¹Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

²Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh An

Email: dr_minhan413@yahoo.com

Ngày nhận bài: 20.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.7.2024

Ngày duyệt bài: 9.8.2024