

nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, có nhóm chứng và phối hợp các biện pháp điều trị khác. Nghiên cứu này cũng chưa chỉ ra khả năng ngừa tái phát của sản phẩm, do đó mở rộng thời gian theo dõi sau khi ngừng điều trị là cần thiết.

V. KẾT LUẬN

Sản phẩm miếng lau mi chứa T4O 1% không chỉ giúp giảm triệu chứng mà còn nhằm vào nguyên nhân gây bệnh, là một giải pháp tiềm năng và an toàn cho bệnh nhân viêm bờ mi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Tất Thắng, Nguyễn Thùy Dung.** Một số đặc điểm ở bệnh nhân viêm bờ mi được điều trị bằng Ocusoft tại Bệnh viện mắt Nghệ An. Tạp Chí Học Việt Nam. 2023;524(2):72–76.
2. **Nguyễn Thị Hưng, Nguyễn Tiến Đạt.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan

của bệnh viêm bờ mi tại Bệnh viện Đa khoa Đứơc Giang năm 2020. Tạp chí Y Học Cộng Đồng. 2023;64(7):168–175.

3. **Arici C, Mergen B, et al.** Randomized double-blind trial of wipes containing terpinen-4-ol and hyaluronate versus baby shampoo in seborrheic blepharitis patients. Eye Lond Engl. 2022;36(4): 869–76.
4. **Riadh M. et al,** Improvement in ocular symptoms and signs in patients with Demodex anterior blepharitis using a novel terpinen-4-ol (2.5%) and hyaluronic acid(0.2%) cleansing wipe. Clinical Ophthalmol. 2019;13:1043–1054.
5. **Rhee MK, Yeu E, et al.** Demodex Blepharitis: A Comprehensive Review of the Disease, Current Management, and Emerging Therapies. Eye Contact Lens 2023;49(8):311–318.
6. **Trần Tất Thắng, Văn Thị Lan Phương.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm bờ mi do Demodex. Tạp Chí Y Học Việt Nam. 2022;1(517):32–4.

ĐIỀU TRỊ MÀNG TRƯỚC VỒNG MẠC THỨ PHÁT TỪ VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO

Phan Thị Tú Cúc¹, Nguyễn Sỹ Sang¹, Trần Thị Bảo Ngọc¹,
Nguyễn Ngọc Hưng¹, Doãn Anh Minh Thế¹, Lê Quốc Tuấn²,
Phạm Nhã Khuyên², Doãn Thị Bảo Trân³, Phan Hoàng Trường Thọ³

TÓM TẮT

Màng trước võng mạc là lớp màng bất thường ở bề mặt dịch kính võng mạc, do sự tăng sinh các mô nguyên bào sợi kèm phức hợp ngoại bào tại bề mặt trong của võng mạc, dọc theo màng giới hạn trong. Màng trước võng mạc có thể kèm hoặc không kèm phù hoàng điểm dạng nang là biến chứng thường gặp của viêm màng bồ đào. Viêm màng bồ đào là quá trình viêm dai dẳng hoặc xuất hiện nhiều đợt bùng phát trên nền viêm đang diễn ra dẫn đến sự tích tụ viêm trong võng mạc, gây thay đổi cấu trúc võng mạc mạn tính và giảm thị lực tiến triển. Máy chụp cắt lớp cổ kết quang học giúp phát hiện màng trước võng mạc, hiểu sâu về cơ chế bệnh sinh cũng như các yếu tố tiên lượng khôi phục thị lực sau phẫu thuật. Phẫu thuật cắt dịch kính kèm bóc màng trước võng mạc là phương pháp điều trị tiêu chuẩn của bệnh lý này, nhằm khôi phục lại cấu trúc võng mạc và chức năng thị giác, giảm phù hoàng điểm, giảm tái hoạt viêm màng bồ đào, giảm số lượng và hoặc liều lượng thuốc kiểm soát viêm sau phẫu thuật. Nếu màng không có kéo, chưa làm ảnh hưởng đến cấu trúc võng mạc, có

thể theo dõi vì thị lực thường được bảo tồn. Can thiệp phẫu thuật được chỉ định khi tổn thương ảnh hưởng trung tâm võng mạc, biến dạng võng mạc, phù hoàng điểm dạng nang, giảm thị lực nhiều, khi các biện pháp bảo tồn khác không còn hiệu quả và mắt yên ít nhất ba tháng trước phẫu thuật. Việc kiểm soát viêm trước, trong và sau phẫu thuật tối ưu cần thiết để đạt được kết quả thị lực tối ưu. **Từ khóa:** Viêm màng bồ đào, Màng trước võng mạc, Thứ phát, Cắt dịch kính, Yếu tố tiên lượng, Kiểm soát viêm.

SUMMARY

MANAGEMENT OF SECONDARY EPIRETINAL MEMBRANES FROM UVEITIS

Epiretinal membrane is an abnormal layer composed of proliferating myofibroblastic cells and extracellular matrix on the inner surface of the central retina, along the internal limiting membrane. Epiretinal membrane with or without associated cystoid macular edema, is a common complication of uveitis. Uveitis-related inflammation may persist chronically or occur in periodic flare-ups superimposed on a baseline of ongoing inflammation, leading to cumulative inflammation within the retina, resulting in chronic structural changes and progressive vision loss. Optical coherence tomography has facilitated the detection of epiretinal membrane, deepened our understanding of its pathophysiology, and enabled the identification of prognostic factors for visual recovery following surgery. Vitrectomy combined with membrane peeling is the standard treatment for this condition, aiming to restore retinal structure and visual function, reduce

¹Bệnh viện Mắt TP. Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Tú Cúc

Email: pttcvrs94@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.2.2025

Ngày duyệt bài: 11.3.2025

macular edema, minimize uveitis reactivation, and decrease the quantity and/or dosage of anti-inflammatory medications postoperatively. Non-tractional membranes can be monitored, as they do not cause anatomical abnormalities, and vision is usually preserved. Surgical intervention is indicated when there is progressive structural and functional damage involving the central retina, focal attachment, deformation of retinal layers, persistent cystoid macular edema, significant visual impairment, and when conservative strategies have proven ineffective with at least 3 months of preoperative quiescence. However, optimal perioperative control of inflammation is essential to achieving the best outcomes. **Keywords:** Uveitis, Epiretinal membrane, Secondary, Vitrectomy, Prognostic factors, Inflammation control.

I. GIỚI THIỆU MÀNG TRƯỚC VỔNG MẠC THỨ PHÁT

1.1. Định nghĩa và phân loại. Mạng trước võng mạc là lớp màng bất thường ở bề mặt dịch kính võng mạc, do sự tăng sinh các mô nguyên bào sợi kèm phức hợp ngoại bào tại bề mặt trong của võng mạc, dọc theo màng giới hạn trong [1].

Phân loại mạng trước võng mạc gồm hai loại:

- Mạng trước võng mạc vô căn hay nguyên phát thường xuất hiện trên những bệnh nhân đã bong dịch kính sau tự phát gây gián đoạn các màng giới hạn trong từ đó các tế bào thần kinh đệm và tế bào biểu mô sắc tố võng mạc di chuyển lên bề mặt võng mạc trong tăng sinh.

- Mạng trước võng mạc thứ phát thường là biến chứng của bệnh mắt tồn tại sẵn như viêm màng bồ đào, võng mạc đái tháo đường, tăng sinh dịch kính võng mạc. Mạng trước võng mạc là biến chứng thường gặp của viêm màng bồ đào, có thể kèm hoặc không kèm với phù hoàng điểm dạng nang với tần suất dao động từ 12,6 - 69% [1]. Viêm màng bồ đào là quá trình viêm dai dẳng hoặc xuất hiện nhiều đợt bùng phát trên nền viêm đang diễn ra dẫn đến sự tích tụ viêm trong võng mạc, gây thay đổi cấu trúc võng mạc mạn tính và giảm thị lực tiến triển, kết cục thị lực kém hơn mạng trước võng mạc vô căn [1]. Xét nghiệm mô học ghi nhận mạng trước võng mạc thứ phát từ viêm màng bồ đào chứa nhiều tế bào viêm như lympho bào, bạch cầu đa nhân trung tính, plasma bào và vẩy mặt tế bào biểu mô sắc tố. Xét nghiệm hóa mô miễn dịch ghi nhận nhiều cytokine và chất trung gian gây viêm [2].

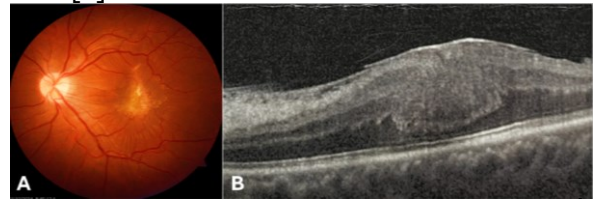
1.2. Nguyên nhân, yếu tố nguy cơ và cơ chế bệnh sinh

Nguyên nhân: hầu hết từ viêm màng bồ đào trung gian với tỷ lệ 57%, kế đến là viêm màng

bồ đào sau và toàn bộ với tỷ lệ 43,5% và sau cùng là viêm màng bồ đào trước. Bệnh thường ảnh hưởng đến nhóm dân số trẻ - trong độ tuổi lao động [1].

Yếu tố nguy cơ: được xác định bao gồm mắt còn lại bị viêm màng bồ đào, tuổi cao, viêm màng bồ đào trung gian và viêm màng bồ đào sau. Nguy cơ phát triển mạng trước võng mạc tăng gấp 16 lần khi mắt còn lại bị ảnh hưởng. Phân tích hóa mô miễn dịch cho thấy viêm màng bồ đào trung gian và sau kích thích sự phát triển mạng thông qua sự lắng đọng trực tiếp các chất trung gian viêm trên bề mặt dịch kính võng mạc [3].

Cơ chế bệnh sinh: mạng trước võng mạc thứ phát co kéo lên võng mạc gây ảnh hưởng bơm biều mô sắc tố võng mạc và giảm chức năng hàng rào máu võng mạc dẫn đến sự rò rỉ dịch trong mô võng mạc kèm với sự tích tụ của các cytokine viêm trong dịch kính dẫn đến phù hoàng điểm và các biến chứng khác như bong võng mạc, sẹo hoàng điểm, lỗ hoàng điểm kèm theo [1].



Hình 1. Bệnh nhân nam 17 tuổi, thị lực mắt trái là đếm ngón tay 4 mét, chẩn đoán mắt trái là màng trước võng mạc thứ phát từ viêm màng bồ đào

(Nguồn: Bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Mắt TP Hồ Chí Minh)

A. Hình màu đáy mắt; B. Hình chụp cắt lớp quang học.

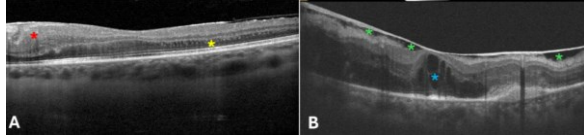
1.3. Chẩn đoán.

Chẩn đoán dựa vào triệu chứng lâm sàng và hình ảnh học

Triệu chứng lâm sàng: khởi đầu màng mỏng, trong suốt, bệnh nhân thường không có triệu chứng. Khi màng tăng sinh dày hơn, co kéo lên vùng hoàng điểm, gây rối loạn chức năng thị giác làm giảm thị lực nhiều hơn, biến dạng hình ảnh. Thị lực của bệnh nhân mạng trước võng mạc thứ phát từ viêm màng bồ đào vẫn ổn nếu viêm và các bệnh đồng mắc khác tại mắt được giải quyết, Cụ thể sau hai năm theo dõi, những ca viêm được kiểm soát tốt, độ dày màng tăng vẫn không gây mất thị lực [4].

Máy chụp cắt lớp quang học (Optical coherence tomography – OCT): hỗ trợ chẩn đoán, tiên lượng bệnh và đánh giá sau phẫu thuật [1]. Mạng trước võng mạc thứ phát có xu hướng bám khu trú (30-50%) lên võng mạc

vùng quanh hoàng điểm, trên OCT thấy dải tăng phản xạ trên bề mặt võng mạc trong, có các khoảng không gian giảm phản xạ nằm giữa màng trước võng mạc và võng mạc trong [5]. Dấu hiệu khác trên OCT bao gồm gián đoạn đường ellipsoid, tăng độ dày trung tâm hoàng điểm, tụ dịch trong võng mạc. Độ dày màng có tương quan thuận với thời gian viêm màng bồ đào, thời gian màng hình thành, nam giới và viêm màng bồ đào sau [6].



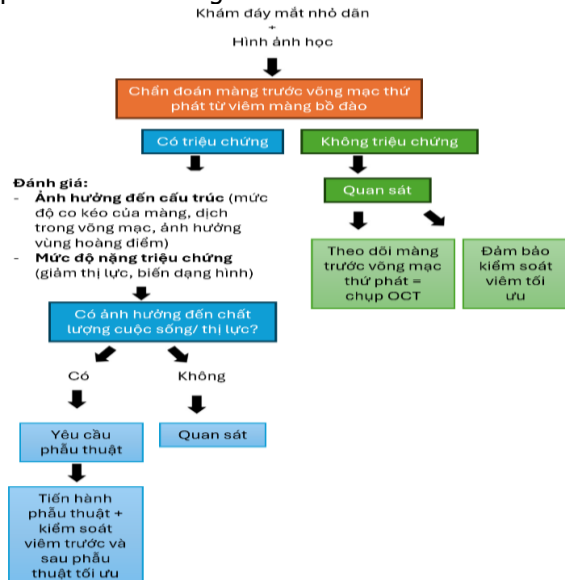
Hình 2. Màng trước võng mạc thứ phát viêm màng bồ đào

(Nguồn: Bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Mắt TP Hồ Chí Minh)

A. Màng chưa co kéo lên võng mạc, màng dày phía mũi (mũi tên đỏ), có nhiều khoang dạng nang nhỏ mạn tính trong võng mạc phía thái dương (mũi tên vàng); B. Màng dày, bám khu trú lên võng mạc (mũi tên xanh lá), co kéo gây phù hoàng điểm (mũi tên xanh dương)

II. ĐIỀU TRỊ MÀNG TRƯỚC VÕNG MẠC THỨ PHÁT TỪ VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO

Lưu đồ điều trị màng trước võng mạc thứ phát từ viêm màng bồ đào:



Hình 3. Lưu đồ điều trị màng trước võng mạc thứ phát từ viêm màng bồ đào

(Nguồn: Bansal R et al. Indian J Ophthalmol. 2020 [7])

2.1. Theo dõi. Một trong những mục tiêu chính điều trị viêm màng bồ đào là kiểm soát

viêm đủ để hạn chế khởi phát biến chứng. Do đó, loại bỏ màng trước võng mạc thứ phát từ viêm màng bồ đào được yêu cầu trong những trường hợp ảnh hưởng đến trung tâm hoàng điểm, gây biến dạng các lớp võng mạc, phù hoàng điểm dai dẳng và suy giảm thị lực [8].

- Tình trạng viêm đang hoạt động: điều trị viêm màng bồ đào theo từng tác nhân và phác đồ điều trị viêm màng bồ đào.

- Tình trạng viêm yên: nếu màng không co kéo, chưa làm ảnh hưởng đến cấu trúc võng mạc, có thể theo dõi vì thị lực thường được bảo tồn [8].

2.2. Phẫu thuật. Chỉ định phẫu thuật bóc màng trước võng mạc thứ phát từ viêm màng bồ đào khi có tổn thương cấu trúc võng mạc, phù hoàng điểm dạng nang, giảm thị lực nhiều, khi các biện pháp bảo tồn khác không hiệu quả và tình trạng viêm màng bồ đào yên ít nhất ba tháng [1].

Dự phòng trước phẫu thuật: Trước khi phẫu thuật cần điều trị với corticosteroid nhằm giảm nguy cơ phù hoàng điểm và tái phát viêm màng bồ đào, kháng vi sinh vật đúng tác nhân giúp giảm thiểu nguy cơ tái hoạt [9]. Phác đồ điều trị dự phòng kháng viêm [10] như sau:

- Methylprednisolone 16mg 3 viên uống mỗi ngày trong 5 ngày (3 ngày trước phẫu thuật và 2 ngày sau phẫu thuật).

- Sau đó, Methylprednisolone 16mg 2 viên uống mỗi ngày trong 5 ngày.

- Sau đó, Methylprednisolone 16mg 1 viên uống mỗi ngày trong 5 ngày.

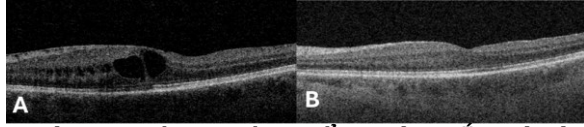
- Sau đó, Methylprednisolone 4mg 2 viên uống mỗi ngày trong 5 ngày [10].

Trong phẫu thuật: có thể sử dụng thuốc tiêm triamcinolone bơm để hỗ trợ quá trình bong dịch kính sau và bóc màng trước võng mạc. Trước khi kết thúc phẫu thuật, tiêm dexamethasone dưới kết mạc [10].

Sau phẫu thuật: prednisolone acetate 1% tại chỗ nhỏ ít nhất 4 lần mỗi ngày và theo dõi sát phát hiện kịp thời viêm màng bồ đào tái hoạt, các biến chứng khác như tăng hay hạ nhãn áp, đục thể thủy tinh, xuất huyết dịch kính tái phát, bong võng mạc, màng tái phát. Việc kiểm soát viêm mạnh sau phẫu thuật là quan trọng để ngăn ngừa sự hình thành màng trước võng mạc tái phát [10].

2.3. Tác dụng phẫu thuật bóc màng trên bệnh viêm màng bồ đào. Màng trước võng mạc thứ phát từ viêm màng bồ đào thường lực dính võng mạc chặt và khu trú từng vùng nên cần lực bóc màng mạnh hơn và có thể bóc nhiều lần. Bóc màng sẽ giải quyết hoặc giảm thiểu các lực tương tác cơ học giữa dịch kính và

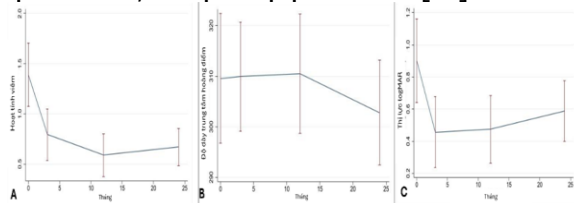
hoàng điểm, giải phóng võng mạc khỏi lực kéo căng bề mặt, từ đó giảm biến dạng võng mạc và phù hoàng điểm.



Hình 4. Bệnh nhân chẩn đoán mắt trái là màng trước võng mạc thứ phát từ viêm màng bồ đào (Nguồn: Bệnh nhân của Bệnh viện Mắt TP Hồ Chí Minh)

A. trước phẫu thuật; B. sau phẫu thuật 6 tháng

Phẫu thuật cắt dịch kính giúp loại bỏ vẩn đục dịch kính, loại bỏ những chất trung gian gây viêm gây cản trở cho quá trình quan sát đáy mắt; chọc hút dịch kính, võng mạc hay hắc mạc gửi xét nghiệm, sinh thiết giúp hỗ trợ chẩn đoán; đồng thời điều trị các biến chứng kèm theo như bong võng mạc và màng trước võng mạc [10]. Từ đó, giảm phù hoàng điểm, giảm hoạt động/ tái phát viêm màng bồ đào, giảm số lượng/ liều lượng thuốc kiểm soát viêm sau phẫu thuật, thăm thẫu thuốc kiểm soát viêm tốt hơn [9,10], cải thiện thị lực 55-68%, ổn định thị lực 20-24% [10].

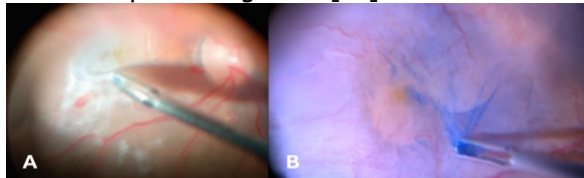


Hình 5. Cắt dịch kính nhằm giảm hoạt tính viêm, giảm độ dày trung tâm hoàng điểm và khôi phục thị lực

(Nguồn: El Faouri M et al. J Clin Med. 2023 [19])

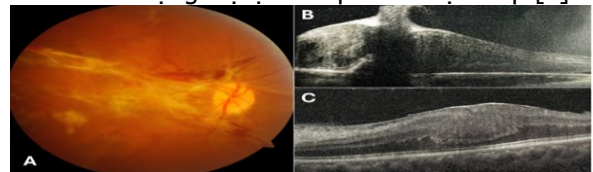
2.4. Vai trò bóc màng giới hạn trong

Màng giới hạn trong là lớp màng trong cùng của võng mạc, nơi màng trước võng mạc bám vào. Việc bóc màng giới hạn trong tuy không làm giảm độ dày trung tâm vùng hoàng điểm thêm hơn hay cải thiện thị lực nhiều hơn so với nhóm chỉ bóc màng trước võng mạc nhưng phù hoàng điểm giảm đáng kể giúp giảm gánh nặng điều trị lâu dài do phù hoàng điểm [10].



Hình 6. A. Thuốc nhuộm triamcinolone bám vào màng trước võng mạc, B. thuốc nhuộm trypan blue bám màng giới hạn trong giúp quan sát tốt hơn trong quá trình bóc màng (Nguồn: Bệnh nhân Bệnh viện Mắt TP Hồ Chí Minh)

2.5. Yếu tố tiên lượng thị lực thấp sau phẫu thuật bóc màng. Một trong những yếu tố tiên lượng sự khôi phục thị lực quan trọng sau phẫu thuật là sự toàn vẹn của phân đoạn ngoài và phân đoạn trong của lớp tế bào cảm thụ quang, độ dày màng trước võng mạc, sự hiện diện của khối xơ hóa trong hoặc dưới võng mạc, mạch máu tăng sinh trong hoặc trên màng trước võng mạc. Ngoài ra, khi người bệnh có tồn tại bệnh lý hoàng điểm nặng, đục thể thủy tinh chưa điều trị. Cụ thể, người bệnh có gián đoạn phân đoạn ngoài và phân đoạn trong của lớp tế bào cảm thụ quang, màng càng dày, màng có mạch máu tăng sinh, võng mạc có khối xơ hóa sẽ có tiên lượng thị lực sau phẫu thuật thấp [4]



Hình 7. A. Tăng sinh mạch máu trên màng trước võng mạc, B. Gián đoạn lớp phân đoạn trong và phân đoạn ngoài của tế bào cảm thụ quang, C. Khối xơ hóa trong võng mạc là yếu tố tiên lượng thị lực thấp sau phẫu thuật bóc màng

(Nguồn: Bệnh nhân Bệnh viện Mắt TP Hồ Chí Minh)

2.6. Biến chứng. Biến chứng phẫu thuật cắt dịch kính trên mắt viêm màng bồ đào chiếm 42%, trong đó đục thể thủy tinh 14,6%, tăng nhãn áp 13,2%, xuất huyết dịch kính 4,7%, hạ nhãn áp 3,2%, bong võng mạc 2,8%, màng tái phát 2,8%, làm phản ứng viêm nặng hơn 0,9% [10].

III. TRIỂN VỌNG NGHIÊN CỨU

- Khảo sát các yếu tố nguy cơ tiến triển của màng trước võng mạc trên bệnh nhân viêm màng bồ đào.

- Khảo sát mối tương quan giữa các đặc điểm màng trên OCT và thị lực sau phẫu thuật bóc màng trước võng mạc thứ phát từ viêm màng bồ đào.

- So sánh hiệu quả phẫu thuật bóc màng trên bệnh nhân màng trước võng mạc vô căn và thứ phát.

IV. KẾT LUẬN

Với tiến bộ OCT và mô học đã nâng cao đáng kể hiểu biết của chúng ta về cơ chế bệnh sinh của màng trước võng mạc thứ phát từ viêm màng bồ đào. Phẫu thuật cắt dịch kính kèm bóc màng giúp cải thiện thị lực, giảm độ dày trung tâm hoàng điểm, giảm phù hoàng điểm. Chỉ định phẫu thuật khi màng co kéo gây ảnh hưởng lên cấu trúc và chức năng tiến triển. Cần kiểm soát

viêm trước, trong và sau phẫu thuật để đạt được kết quả tối ưu. Cần xác định các yếu tố tiên lượng sự khôi phục thị lực để tư vấn bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kalogeropoulos D et al** (2023). The large hellenic study of uveitis: epidemiology, etiologic factors and classification. *Int Ophthalmol* 43(10):3633–3650.
2. **Fukunaga H, Kaburaki T, Shirahama S et al** (2020). Analysis of inflammatory mediators in the vitreous humor of eyes with pan-uveitis according to aetiological classification. *Sci Rep* 10(1):2783.
3. **Yap A et al**. Epiretinal membrane in uveitis: Rate, visual prognosis, complications and surgical outcomes. *Clin Exp Ophthalmol*. 2024 Jan-Feb;52(1):54-62.
4. **Nazari H, Rao N** (2013). Longitudinal morphometric analysis of epiretinal membrane in patients with uveitis. *Ocul Immunol Inflamm* 21(1):2–7
5. **Stevenson W, Prospero Ponce CM, Agarwal**

- DR, et al**. Epiretinal membrane: optical coherence tomography-based diagnosis and classification. *Clin Ophthalmol*. 2016;10:527–534
6. **Iannetti L, Accorinti M, Malagola R et al** (2011). Role of the intravitreal growth factors in the pathogenesis of idiopathic epiretinal membrane. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 52(8): 5786–5789
7. **Bansal R, Dogra M, Chawla R et al** (2020). Pars plana vitrectomy in uveitis in the era of microincision vitreous surgery. *Indian J Ophthalmol* 68:1844–1851
8. **Maitra P, Kumar DA, Agarwal A**. Epiretinal membrane profile on spectral domain optical coherence tomography in patients with uveitis. *Indian J Ophthalmol*. 2019;67(3):376–81
9. **Hung JH, Rao NA et al** (2023). Vitreoretinal surgery in the management of infectious and non-infectious uveitis - a narrative review. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 261(4):913–923.
10. **Phoebe Lin**. Surgery in Uveitis. *Current Practices in Ophthalmology Uveitis*. Springer Nature. 2019 Nov 21 7(1): 181-195

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA CÁC BỆNH NHÂN BỊ BỆNH TRĨ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC VÕ TRƯỜNG TOÀN

Huỳnh Võ Ngọc Trân¹, Trần Hoàng Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân bị bệnh trĩ được tại Bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu mô tả cắt ngang trên 42 bệnh nhân trĩ tại bệnh viện Đại học Võ Trường Toàn trong thời gian từ 2018 đến tháng 06 năm 2023. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: 100% bệnh nhân có triệu chứng đau vùng hậu môn, 90,5% chảy máu khi đi đại tiện và 83,3% đại tiện sa búi trĩ. Về phân độ trĩ có 21 trường hợp trĩ nội độ 3 chiếm 50% và 21 trường hợp trĩ hỗn hợp chiếm 50%. Phân loại trĩ theo biến chứng có trĩ tắc mạch chiếm 7,1%, chảy máu trĩ cấp chiếm 26,2% và trĩ đơn thuần chiếm 66,7%. **Từ khóa:** lâm sàng, cận lâm sàng, bệnh nhân, trĩ.

SUMMARY

SURVEY OF CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH HEMORRHOIDS AT VO TRUONG TOAN HOSPITAL

Objective: The study has objectives: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients

with hemorrhoids at Vo Truong Toan University Hospital. **Methods:** Retrospective and prospective cross-sectional study design on 42 patients hemorrhoids at Vo Truong Toan University Hospital from 2018 to June 2023. **Result:** Results: Clinical and paraclinical characteristics: 100% of patients had symptoms of anal pain, 90.5% had bleeding during defecation and 83.3% had hemorrhoid prolapse. Regarding the classification of hemorrhoids, there were 21 cases of grade 3 internal hemorrhoids accounting for 50% and 21 cases of mixed hemorrhoids accounting for 50%. Classification of hemorrhoids by complications included thrombosed hemorrhoids accounting for 7.1%, acute hemorrhoidal bleeding accounting for 26.2% and simple hemorrhoids accounting for 66.7%. **Keywords:** clinical, paraclinical, patient, hemorrhoids.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trĩ là tình trạng tăng áp lực trong các tĩnh mạch hậu môn hoặc trực tràng, các tĩnh mạch do chịu chèn ép từ bên trong có khả năng xung huyết, chảy máu, có khi bị sa ra ngoài [4]. căn bệnh này đang có dấu hiệu trẻ hoá bởi vì những người trẻ đang trong độ tuổi từ 25 - 30 có nguy cơ mắc bệnh khá cao mà nguyên nhân chính là do chế độ ăn uống thiếu khoa học và chế độ sinh hoạt chưa hợp lý [3],[5]. Việc nghiên cứu và khảo sát các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân trĩ là rất cần thiết nhằm cung cấp cái nhìn tổng quan về tình trạng bệnh, mức độ

¹Trường Đại học Võ Trường Toàn

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Võ Ngọc Trân

Email: 3328413370@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025