

2. **Đinh Thị Khánh, Hoàng Minh Châu** (2002), "Viêm loét giác mạc do vi rút tại Khoa mắt hột - giác mạc trong hai năm 2005 - 2006", Kỷ yếu hội thảo khoa học kỹ thuật ngành Mắt, tr.4.
3. **Vân Thị Lan Phương** (2011), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị viêm loét giác mạc do vi rút Herpes tại khoa Mắt Bệnh Viện Trung Ương Huế, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại Học Y Dược Huế.
4. **Lê Anh Tâm** (2008), Nghiên cứu tình hình viêm loét giác mạc tại Bệnh Viện Mắt Trung Ương trong 10 năm (1998-2007), Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
5. **Đặng Huy Toàn, Nguyễn Duy Thịnh** (2001), Góp phần nghiên cứu viêm loét giác mạc do Herpes Simplex tại Bệnh Viện Trung Ương Huế, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ y khoa, Trường Đại Học Y Khoa Huế.
6. **Ashok G, Emanuel R.** (2009), Corneal disorders, Anterior Segment Diseases, Boris Malyugin, 5, pp.110-114.
7. **Gallar J, Tervo TM, Neira W, Holopainen JM** (2010), "Selective changes in human corneal sensation associated with herpes simplex virus keratitis", Invest Ophthalmol Vis Sci., 51, (9), pp.4516-22.
8. **Kirk R.Wilhelmus, Bradley M.Mitchell** (2009), "Slitlamp biomicroscopy and photographic image analysis of Herpes Simplex Virus stromal keratitis", Arch Ophthalmol, 127, (2), p.161-166
9. **Lieseana TJ** (1992). "The biology of herpes simplex and varicella zoster virus infections", Ophthalmology, 99, pp.781-99.

ĐẶC ĐIỂM VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA CÁC BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT KÉM TẠI KHOA NỘI TIẾT - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thị Lan Hương¹, Nguyễn Quang Bầy¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Đái tháo đường là bệnh lý mạn tính có nhiều biến chứng nguy hiểm. Kiểm soát đường huyết kém làm xuất hiện sớm cũng như làm nặng thêm các biến chứng, đặc biệt là các biến chứng vi mạch. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan của các bệnh nhân đái tháo đường typ 2 kiểm soát đường huyết kém (HbA1C \geq 8%) tại Khoa Nội tiết – Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 122 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị Đái tháo đường type 2 ít nhất 3 tháng và lần này vào điều trị tại khoa Nội tiết Bệnh viện Bạch Mai, có xét nghiệm HbA1C \geq 8,0% từ tháng 11/2021 đến tháng 7/2022. **Kết quả:** Trên tổng số 122 bệnh nhân có HbA1C \geq 8%, tỷ lệ tuổi > 65 tuổi chiếm 54.1%. Trong đó, có thừa cân, béo phì chiếm 50.4%. Tỷ lệ đồng mắc cả 2 bệnh tăng huyết áp và rối loạn lipid máu chiếm 79.6% trong nhóm HbA1C 8-10, cao hơn so với 60.3% ở nhóm HbA1C >10, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, ($p= 0.038$). Tỷ lệ hạ đường huyết cao (60%), trong đó có 15% trường hợp hạ đường huyết nặng phải điều trị cấp cứu. Các yếu tố: chỉ số khối cơ thể cao (OR: 0.080, KTC 95%: 0.013- 0.484, $p= 0.006$) và tuân thủ điều trị kém (OR: 0.193, KTC 95%: 0.041- 0.901, $p= 0.036$), có liên quan với biến chứng vi mạch có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Đa số bệnh nhân đái tháo đường typ 2 kiểm soát kém là những người có nhiều bệnh lý đi kèm, tỷ lệ biến chứng cao

và nguyên nhân sơ bộ có thể là do thừa cân béo phì và tuân thủ điều trị kém.

Từ khóa: Đái tháo đường typ 2, kiểm soát đường huyết kém, biến chứng

SUMMARY

THE FEATURES AND RELATED FACTORS OF TYPE 2 DIABETES PATIENTS WITH POOR GLYCEMIC CONTROL AT ENDOCRINOLOGY DEPARTMENT – BACH MAI HOSPITAL

Background: Diabetes is a chronic disease with many dangerous complications. Poor glycemic control leads to early onset as well as worsening of complications, especially microvascular complications. **Objective:** To describe the features of clinical, paraclinical, and related factors of type 2 diabetes patients with poor glycemic control (HbA1C \geq 8%) at the Endocrinology Department - Bach Mai Hospital. **Patient and method:** A cross-sectional descriptive study on 122 patients diagnosed and treated for Type 2 Diabetes at the Department of Endocrinology - Diabetes, Bach Mai Hospital from November 2021 to July 2022. **Result:** The rate of age > 65 years accounted for 54.1%. In which, overweight and obese accounted for 50.4%. The co-morbidity of both hypertension and dyslipidemia accounted for 79.6% in the HbA1C group 8-10, higher than 60.3% in the HbA1C group >10, the difference was statistically significant, ($p= 0.038$). The rate of hypoglycemia is high (60%), of which 15% of severe hypoglycemia require emergency treatment. Factors: high body mass index (OR: 0.080, 95% CI: 0.013- 0.484, $p= 0.006$) and poor adherence (OR: 0.193, 95% CI: 0.041- 0.901, $p= 0.036$), is associated with microvascular complications with statistical significance. **Conclusion:** Most patients with poorly controlled type 2 diabetes are those with multiple

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Bầy

Email: quangbay70@yahoo.com

Ngày nhận bài: 23.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2022

Ngày duyệt bài: 24.11.2022

comorbidities, high complication rates, possible preliminary causes of overweight, obesity characteristics, and poor adherence to treatment.

Keywords: Type 2 diabetes, poor glycemic control, complications

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo IDF 2021, Việt Nam có xấp xỉ 4 triệu người mắc đái tháo đường, chiếm 6% dân số theo lứa tuổi¹. Bệnh có nhiều biến chứng mạn tính ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống, tuổi thọ người bệnh, cũng như gánh nặng cho gia đình và xã hội². Các biến chứng mạn tính này được phân loại: vi mạch (bệnh thần kinh, bệnh thận ĐTD, bệnh võng mạc ĐTD), mạch máu lớn (bệnh tim mạch, đột quỵ và bệnh mạch máu ngoại vi)^{3,4} và có liên quan mật thiết với kiểm soát đường huyết. Tuy nhiên, thực tế ở Việt Nam kiểm soát đường huyết rất kém, chỉ có 36,1% bệnh nhân đạt mục tiêu HbA1C⁵. Và trong thực tế, tỷ lệ đó còn thấp hơn, vì hơn một nửa (51,5%) số bệnh nhân không hề biết mình bị bệnh, và chỉ đi khám khi đường huyết rất cao hoặc nhiều biến chứng⁵.

Tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu tập trung đi sâu về những biến chứng nặng nề ở những bệnh nhân kiểm soát đường huyết kém. Vì vậy, để bước đầu tìm hiểu nguyên nhân và có cơ sở cho việc lên kế hoạch giáo dục hoặc can thiệp nhằm giúp các bệnh nhân đái tháo đường kiểm soát đường huyết tốt hơn cũng như làm bài học cho các bệnh nhân đái tháo đường khác, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan của các bệnh nhân ĐTD typ 2 kiểm soát đường huyết kém tại Khoa Nội tiết – Bệnh viện Bạch Mai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Được chẩn đoán và điều trị Đái tháo đường type 2 ít nhất 3 tháng và lần này vào điều trị tại khoa Nội tiết Bệnh viện Bạch Mai, có xét nghiệm HbA1C ≥

8,0% trong vòng 2 tuần trước ngày thăm khám.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu xác định dựa trên công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu ngang mô tả với độ tin cậy 95%, sai số ước lượng là 0,05.

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{(p.\epsilon)^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần thiết, ε = 0,25, α là độ tin cậy 95%

p là tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có ít nhất một biến chứng vi mạch trong một nghiên cứu cắt ngang từ các bệnh viện Thiên Tân, Trung Quốc, p = 0,345. Như vậy, n = 117 bệnh nhân ± 10% = 128 BN

2.2.3. Các biến nghiên cứu:

- Đặc điểm chung: Tuổi và giới, thời gian chẩn đoán bệnh, chỉ số BMI, nồng độ HbA1C.

- Bộ câu hỏi: Đánh giá tuân thủ điều trị theo thang điểm Morisky (MMAS-8), Đánh giá hoạt động thể lực theo thang điểm IPAQ- Short Form (IPAQ- SF)

- Biến chứng: mạch máu lớn (Tai biến mạch máu não, bệnh mạch vành, bệnh động mạch ngoại vi), biến chứng mạch máu nhỏ (Biến chứng võng mạc, biến chứng thận, biến chứng thần kinh ngoại vi)

- Biến số chính của phân tích là kiểm soát đường huyết, được đo bằng HbA1c (%) chia thành 2 loại chính: kiểm soát đường huyết kém đối với HbA1C ≥8% đến <10%; và kiểm soát rất kém đối với HbA1C ≥10% (được ADA coi là kiểm soát đường huyết rất tồi, cần kiểm soát đường huyết tích cực)⁶

2.2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch, mã hóa và nhập bằng phần mềm Excel. Phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

		Tổng (N=122)	HbA1C		P
			8-10% (n= 49)	>10% (n= 73)	
Giới (n, %)	Nam	64 (52.5)	28 (57.1)	36 (49.3)	0.396
	Nữ	58 (47.5)	21 (42.9)	37 (50.7)	
Tuổi (n, %)	<45	3 (2.5)	0 (0.0)	3 (4.1)	0.572
	45- 54	17 (13.9)	6 (12.2)	11 (15.1)	
	55- 64	36 (29.5)	16 (32.7)	20 (27.4)	
	≥ 65	66 (54.1)	27 (55.1)	39 (53.4)	
BMI	Gầy	13 (11.1)	5 (10.4)	8 (11.6)	0.240

(n, %)	Trung bình	45 (38.5)	15 (31.2)	30 (43.5)	
	Thừa cân	31 (26.5)	12 (25.0)	19 (27.5)	
	Béo phì	28 (23.9)	16 (33.3)	12 (17.4)	
Nơi sống (n, %)	Thành thị	61 (50)	30 (61.2)	31 (42.5)	0.042*
	Nông thôn	61 (50)	19 (38.8)	42 (57.5)	
Thời gian phát hiện ĐTĐ	< 1 năm	5 (4.1)	1 (2.0)	4 (5.5)	0.322
	1- 5 năm	37 (30.3)	12 (24.5)	25 (34.2)	
	5- 10 năm	32 (26.2)	12 (37.5)	20 (27.4)	
	> 10 năm	48 (39.3)	24 (49.0)	24 (32.9)	
Tình trạng hút thuốc lá (n, %)	Không hút	77 (63.1)	29 (59.2)	48 (65.8)	0.221
	Đã từng hút	26 (21.3)	9 (18.4)	17 (23.3)	
	Đang hút	19 (15.6)	11 (22.4)	8 (11.0)	

Nhận xét: Trên tổng số 122 bệnh nhân có HbA1C > 8%, có 77 bệnh nhân không hút thuốc lá, chiếm 63.1%. Tỷ lệ nam (52.5%) lớn hơn nữ (47.4%). Tỷ lệ tuổi > 65 tuổi chiếm 54.1%. Trong đó, có thừa cân, béo phì chiếm 50.4% và tỷ lệ này thấp hơn ở những người có thời gian mắc đái tháo đường < 1 năm (4.1%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p=0.322). Tỷ lệ nông thôn và thành thị ở 2 nhóm HbA1C khác biệt có ý nghĩa thống kê (p= 0.042),

3.2. Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan

Bảng 3.2. Các yếu tố liên quan và biến chứng với mức HbA1C

		Tổng (N=122)	HbA1C		P
			8-10% (n= 49)	>10% (n= 73)	
Tuân thủ điều trị (MMAS- 8) (n, %)	Thấp/Không	32 (26.2)	12 (24.5)	20 (27.4)	0.772
	Trung bình	40 (32.8)	15 (30.6)	25 (34.2)	
	Tốt	50 (41.0)	22 (44.9)	28 (38.4)	
Khám định kỳ (n, %)	Không	22 (18.0)	7 (14.3)	15 (20.5)	0.677
	Thỉnh thoảng	26 (21.3)	11 (22.4)	15 (20.5)	
	Thường xuyên	74 (60.7)	31 (63.3)	43 (58.9)	
Điều trị (n, %)	Không	9 (7.4)	2 (4.1)	7 (9.6)	0.194
	Thuốc viên	52 (42.6)	17 (34.7)	35 (47.9)	
	Thuốc tiêm	18 (14.8)	8 (16.3)	10 (13.7)	
	Cả 2	43 (35.2)	22 (44.9)	21 (28.8)	
Bệnh đi kèm (n, %)	THA	5 (4.1)	3 (6.1)	2 (2.7)	0.038*
	RLLP máu	27 (22.1)	6 (12.2)	21 (28.8)	
	Cả 2	83 (68.0)	39 (79.6)	44 (60.3)	
	Khác	7 (5.7)	1 (2.0)	6 (8.2)	
Biến chứng (n, %)	Không	37 (30.3)	17 (34.7)	20 (27.4)	0.339
	BC mạch máu nhỏ	46 (27.7)	14 (28.6)	32 (43.8)	
	BC mạch máu lớn	13 (10.7)	5 (10.2)	8 (11.0)	
	Cả 2	26 (21.3)	13 (26.5)	13 (17.8)	
Hạ đường huyết trong 1 năm qua (n, %)	Không	50 (41.0)	16 (32.7)	34 (46.6)	0.284
	Có nhưng không phải nhập viện	62 (50.8)	29 (52.2)	33 (45.2)	
	Phải nhập viện vì hạ đường huyết	10 (8.2)	4 (8.2)	6 (8.2)	

Nhận xét: Tỷ lệ đồng mắc cả 2 bệnh chiếm 79.6% trong nhóm HbA1C 8-10, cao hơn so với 60.3% ở nhóm HbA1C >10, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, (p= 0.038).

Bảng 3.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến biến chứng vi mạch

		Biến chứng vi mạch		Phân tích đa biến OR (95% CI)	P
		Có	Không		
HbA1C (n, %)	8- 10%	26 (36.1)	18 (47.4)	0.448 (0.132- 1.524)	0.199
	>10%	46 (63.9)	20 (52.6)	-	-
BMI (n, %)	Gầy	8 (11.6)	4 (11.1)	0.203 (0.023- 1.830)	0.155
	Trung bình	19 (27.5)	19 (52.8)	0.080 (0.013- 0.484)	0.006*
	Thừa cân	23 (33.3)	6 (16.7)	0.786 (0.145- 4.256)	0.780
	Béo phì	19 (27.5)	7 (19.4)	-	-

Thời gian chẩn đoán ĐTDĐ (n, %)	< 1 năm	2 (2.8)	3 (7.9)	0.222 (0.014- 3.429)	0.281
	1- 5 năm	21 (29.2)	13 (34.2)	0.939 (0.230- 3.828)	0.930
	5- 10 năm	20 (27.8)	10 (26.3)	2.117 (0.438- 10.236)	0.351
	> 10 năm	29 (40.3)	12 (31.6)	-	-
Hoạt động thể lực (IPAQ- SF) (n, %)	Không	26 (36.1)	19 (50.0)	0.355 (0.044- 2.861)	0.331
	Hoạt động tối thiểu	33 (45.8)	15 (39.5)	0.754 (0.101- 5.627)	0.783
	Hoạt động tăng cường	13 (18.1)	4 (23.5)	-	-
Tuân thủ điều trị (MMAS- 8) (n, %)	Thấp/Không	12 (16.7)	16 (42.1)	0.193 (0.041- 0.901)	0.036*
	Trung bình	27 (37.5)	9 (23.7)	1.562 (0.384- 6.360)	0.533
	Tốt	33 (45.8)	13 (34.2)	-	-
Bệnh đồng mắc (n, %)	THA	1 (1.4)	3 (7.9)	0.288 (0.014- 5.939)	0.420
	RLLP máu	13 (18.1)	10 (26.3)	1.685 (0.290- 9.802)	0.562
	Khác	6 (8.3)	1 (2.6)	16.220 (0.897- 293.150)	0.059
	Cả 2	52 (72.2)	24 (63.2)	-	-

Nhận xét: Các yếu tố: chỉ số khối cơ thể cao (OR: 0.080, KTC 95%: 0.013- 0.484, p= 0.006) và tuân thủ điều trị kém (OR: 0.193, KTC 95%: 0.041- 0.901, p= 0.036), có liên quan với biến chứng vi mạch, có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3.1) cho thấy trên tổng số 122 bệnh nhân có HbA1C > 8%, tỷ lệ tuổi > 65 tuổi chiếm 54.1%. Trong đó, có thừa cân, béo phì chiếm 50.4%. Kết quả này cũng tương đương với đặc điểm của quần thể bệnh nhân Đái tháo đường typ 2 nói chung trong nghiên cứu cắt ngang của Josep Franch-Nadal trên phần lớn khu vực Địa Trung Hải⁷. Kết quả gợi ý cho việc cần tập trung can thiệp cho nhóm bệnh nhân có những đặc điểm này.

Tỷ lệ nông thôn và thành thị ở 2 nhóm HbA1C khác biệt có ý nghĩa thống kê (p= 0.042), phù hợp với kết quả nghiên cứu IFD 2021¹. Điều này có thể do khả năng tiếp cận với các xét nghiệm, điều kiện thuốc thang, tư vấn sức khỏe còn hạn chế ở các vùng nông thôn, đặc biệt vùng sâu vùng xa và dân trí thấp.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan. Kết quả nghiên cứu (Bảng 3.2) cho thấy: Bệnh lý đi kèm chính với đái tháo đường là Rối loạn lipid máu và tăng huyết áp. Tỷ lệ đồng mắc cả 2 bệnh chiếm 79.6% trong nhóm HbA1C 8-10, cao hơn so với 60.3% ở nhóm HbA1C >10, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, (p= 0.038). Tỷ lệ không tuân thủ chế độ ăn chiếm 42.4% và tuân thủ dùng thuốc điều trị kém theo thang MMAS-8 (≤ 6 điểm) chiếm 26.2%. Điều này có thể được giải thích rằng bệnh nhân có xu hướng tuân thủ dùng thuốc tốt hơn là thay đổi lối sống lành mạnh trong 1 thời gian kéo dài.

Tỷ lệ điều trị không dùng thuốc chiếm 9.6% ở nhóm Bệnh nhân có HbA1C >10 cao hơn ở nhóm

HbA1C 8- 10. Trong khi, tỷ lệ điều trị bằng cả thuốc viên và insulin ở nhóm HbA1C 8- 10 cao hơn (44.9%). Điều này phù hợp với nền tảng cơ chế điều trị chính của bệnh nhân đái tháo đường typ 2.

Từ kết quả nghiên cứu trên bệnh nhân kiểm soát đường huyết kém, tỷ lệ hạ đường huyết cao (60%), trong đó có 15% trường hợp hạ đường huyết nặng phải điều trị cấp cứu. Điều này kiểm soát đường huyết rất kém ở nhóm bệnh nhân này. Tỷ lệ bệnh nhân không có biến chứng vi mạch ở nhóm HbA1C >10 chiếm 67%, thấp hơn ở nhóm HbA1C 8-10 (chiếm 80%) và thấp hơn nhiều so với quần thể bệnh nhân Đái tháo đường kiểm soát đường huyết tốt (92%) trong nghiên cứu Mỗi liên quan của kiểm soát đường huyết với chi phí nằm viện⁷. Trong khi tỷ lệ biến chứng mạch máu lớn có xu hướng thấp hơn khi kiểm soát đường huyết kém hơn. Kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu lớn, rằng kiểm soát đường huyết tốt làm giảm tỷ lệ các biến chứng mạch máu nhỏ ở bệnh nhân Đái tháo đường⁷.

Kết quả phân tích hồi quy đa biến (Bảng 3.3) cho thấy các biến chứng vi mạch (bằng chứng của tình trạng kiểm soát đường huyết kém trong 1 thời gian dài) thường gặp ở trên những bệnh nhân có các yếu tố bao gồm chỉ số khối cơ thể cao (OR: 0.080, KTC 95%: 0.013- 0.484, p= 0.006) và tuân thủ điều trị kém (OR: 0.193, KTC 95%: 0.041- 0.901, p= 0.036)

V. KẾT LUẬN

Đa số bệnh nhân đái tháo đường typ 2 kiểm soát kém là những người có nhiều bệnh lý đi kèm, tỷ lệ biến chứng cao và nguyên nhân sơ bộ có thể là do thừa cân, béo phì và tuân thủ điều trị kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sun H, Saeedi P, Karuranga S, et al. IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and

- projections for 2045. *Diabetes Res Clin Pract.* 2022;183. doi:10.1016/j.diabres.2021.109119
2. **Glasgow RE, Ruggiero L, Eakin EG, Dryfoos J, Chobanian L.** Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care.* 1997;20(4):562-567. doi:10.2337/diacare.20.4.562
 3. **Stumvoll M, Goldstein BJ, van Haeften TW.** Type 2 diabetes: principles of pathogenesis and therapy. *Lancet Lond Engl.* 2005;365(9467):1333-1346. doi:10.1016/S0140-6736(05)61032-X
 4. **Forouhi NG, Wareham NJ.** Epidemiology of diabetes. *Medicine (Baltimore).* 2019;47(1):22-27. doi:10.1016/j.mpmed.2018.10.004
 5. **IDF DIABETES ATLAS.** thứ 10. Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế; 2021.
 6. **Vinagre I, Mata-Cases M, Hermosilla E, et al.** Control of Glycemia and Cardiovascular Risk Factors in Patients With Type 2 Diabetes in Primary Care in Catalonia (Spain). *Diabetes Care.* 2012;35(4):774-779. doi:10.2337/dc11-1679
 7. **Mata-Cases M, Rodríguez-Sánchez B, Mauricio D, et al.** The Association Between Poor Glycemic Control and Health Care Costs in People With Diabetes: A Population-Based Study. *Diabetes Care.* 2020;43(4):751-758. doi:10.2337/dc19-0573

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO MICROSPORIDIA BẰNG PHẪU THUẬT GHÉP GIÁC MẠC XUYÊN

Nguyễn Thị Vân Quỳnh¹, Lê Xuân Cung²,
Trần Khánh Sâm², Dương Mai Nga²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị viêm loét giác mạc do Microsporidia bằng phẫu thuật ghép giác mạc xuyên tại Bệnh viện Mắt Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu trên các mắt viêm loét giác mạc do Microsporidia đã được phẫu thuật ghép giác mạc xuyên điều trị tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2020. Các chỉ số đánh giá: kết quả bảo tồn nhãn cầu và loại trừ nhiễm trùng, thị lực, độ trong màng ghép, biến chứng sau phẫu thuật. **Kết quả:** Nghiên cứu thực hiện trên 63 mắt của 62 bệnh nhân, 74,6% bệnh nhân là nữ, độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 60,8±10,1 tuổi. Thời gian theo dõi trung bình 33,5 ± 10,1 tháng. Tỷ lệ bảo tồn nhãn cầu tại thời điểm khám lại chiếm 98,4%. Phẫu thuật loại trừ nhiễm trùng thành công chiếm 84,1%, tỷ lệ màng ghép trong 36,7%, tỷ lệ nhiễm trùng sau ghép chiếm 15,9%. Biến chứng sau phẫu thuật phổ biến gồm chậm biểu mô hóa màng ghép, phản ứng thải ghép, tăng nhãn áp thứ phát, 2 mắt cần ghép giác mạc xuyên lần 2 do hỏng ghép nguyên phát (1 mắt) và phản ứng thải ghép (1 mắt). Thời điểm khám lại, tỷ lệ màng ghép trong chiếm 37,1%. Thị lực sau phẫu thuật có cải thiện so với thị lực trước phẫu thuật. **Kết luận:** Ghép giác mạc xuyên là phương pháp có thể lựa chọn thay thế điều trị nội khoa trong các trường hợp VLGM do Microsporidia. Phẫu thuật đem lại hiệu quả cao giúp loại trừ tác nhân nhiễm trùng và bảo tồn nhãn cầu.

Từ khóa: Microsporidia; ghép giác mạc xuyên.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Vân Quỳnh

Email: ngvanquynh95@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2022

Ngày duyệt bài: 22.11.2022

SUMMARY

OUTCOMES OF THERAPEUTIC PENETRATING KERATOPLASTY FOR TREATING MICROSPORIDIAL KERATITIS

Purpose: To evaluate outcomes of therapeutic penetrating keratoplasty (PKP) for treating Microsporidial stromal keratitis at Viet Nam National Eye Hospital. **Methods:** A retrospective, cross-sectional descriptive study on 63 eyes of 62 patients who underwent therapeutic corneal transplantation for treating Microsporidial keratitis at the National Eye Hospital from January 2018 to December 2020. The outcome of PKP were measured in term of: eradication of disease, anatomical success, visual acuity, and graft clarity, surgical complications. **Results:** In all, 63 eyes of 62 patients were enrolled in the study, 74,6% of patients were female. Average age was 60.8±10.1 years. Average follow-up period was 33.5 ±10.1 months. Overall anatomical success rate was 98.4%, cure rate of infection was 84.1%, graft clarity was 36.7%. Corneal graft infection rate was 15.9%. The common postoperative complications included delayed epithelization of corneal graft, corneal graft rejection, secondary glaucoma. Two eyes need to do re-graft in which one eye had primary graft failure and one eye had unreversed graft rejection. On the last follow-up, 22 grafts (37,1%) remained clear with average follow-up of 33.5 months. Last follow-up visual acuity was improved compared with preoperative visual acuity. **Conclusions:** Penetrating keratoplasty is appeared to be an appropriate treatment for Microsporidial keratitis.

Keywords: Microsporidia; Therapeutic penetrating keratoplasty

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên lâm sàng nhiễm Microsporidia tại mắt có hai hình thái chính: viêm kết giác mạc nông và viêm loét giác mạc (VLGM). Viêm kết giác