

# MỐI LIÊN QUAN MỘT SỐ TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VỚI TỔN THƯƠNG VỔNG MẠC Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2

Nguyễn Thanh Xuân<sup>1</sup>, Lê Đình Anh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** nghiên cứu mối liên quan giữa thị lực, các triệu chứng lâm sàng với tổn thương võng mạc ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 54 bệnh nhân đái tháo đường có tổn thương mắt điều trị từ tháng 3 năm 2017 đến tháng 7 năm 2017 tại Khoa nội tiết Bệnh viện Quân y 103. **Kết quả:** Thời gian phát hiện, giai đoạn bệnh ĐTĐ không liên quan đến tổn thương võng mạc ( $p < 0,05$ ). Thị lực liên quan đến tổn thương võng mạc ở bệnh nhân ĐTĐ: độ dày, hình dạng phù, vị trí phù trung tâm. Các triệu chứng cơ năng (Nhìn mờ, Méo hình, Am điểm, Rối loạn sắc giác) có liên quan đến độ dày, hình dạng phù và vị trí phù võng mạc. **Kết luận:** thị lực và các triệu chứng cơ năng có liên quan đến tổn thương võng mạc (độ dày, hình thái phù, vị trí tổn thương) ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2.

**Từ khóa:** Đái tháo đường, triệu chứng lâm sàng, tổn thương võng mạc

## SUMMARY

### RELATIONSHIP OF SOME CLINICAL SYMPTOMS AND RETINAL DAMAGE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

**Objectives:** to study the relationship between visual acuity, clinical symptoms and retinal damage in patients with type 2 diabetes. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study in 54 diabetic patients with eye damage treated from March 2017 to July 2017 at the Endocrinology Department of Military Hospital 103. **Results:** Time of disease detection and stage of diabetes were not related to retinal damage ( $p < 0.05$ ). Visual acuity related to retinal damage in patients with type 2 diabetes: thickness, shape of edema, location of central edema. The subjective symptoms (Blurred vision, Distortion, Dark spots, Disturbance of color vision) are related to the thickness, shape of edema and the location of retinal edema. **Conclusion:** visual acuity and subjective symptoms are related to retinal damage (thickness, edema morphology, lesion location) in patients with type 2 diabetes.

**Keywords:** Diabetes, clinical symptoms, retinal damage.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) đang là một trong những bệnh không lây nhiễm hàng đầu trên thế giới. Trong đó, ĐTĐ typ 2 chiếm tỷ lệ

trên 90%, bệnh tiến triển từ từ, âm thầm và khi kết hợp với các yếu tố nguy cơ tim mạch gây ra nhiều biến chứng mạn tính nguy hiểm để lại di chứng nặng nề cho người bệnh [1]. Bệnh đái tháo đường là nguyên nhân chính dẫn đến các tổn thương mắt, não, tim mạch và thận. Tổn thương mắt là tổn thương thường gặp trên bệnh nhân ĐTĐ typ 2 và có mối liên quan chặt chẽ với tiến triển của bệnh lý này. Những tổn thương võng mạc liên quan đến các triệu chứng lâm sàng như nhìn mờ, các rối loạn thị lực và giảm thị lực. Điều kiện khác nhau ở mỗi người tổng việc nhận thức về bệnh đái tháo đường và diễn biến của nó làm cho hậu quả tổn thương các biến chứng khác nhau ở mắt [2]. Tại Việt Nam thì tỷ lệ người mắc bệnh đái tháo đường hiểu biết về bệnh và các biến chứng của nó, do đó ảnh hưởng đến mắt và giảm thị lực ở người bệnh. Do đó việc nâng cao nhận thức và tầm soát các biến chứng mắt ở bệnh đái tháo đường là rất cần thiết và lâm thường xuyên. Đối với người bệnh họ cần nhận biết được các triệu chứng lâm sàng như nhìn mờ, méo hình... và giảm thị lực. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *Mối liên quan một số triệu chứng lâm sàng với tổn thương võng mạc ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 54 bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ typ 2 và khám phát hiện có biến chứng mắt, tại khoa Khớp- Nội tiết, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 03/2017 - 7/2017

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị ĐTĐ typ 2; khám phát hiện tổn thương tại mắt do ĐTĐ; bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Có bệnh lý tại mắt trước đây; tổn thương mắt do nguyên nhân khác: tăng huyết áp, chấn thương, phẫu thuật... Có bệnh nội tiết khác: Basedow, hội chứng Cushing, to đầu chi...; Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

#### - Các bước tiến hành nghiên cứu:

+ Khám toàn thân: xác định tình trạng toàn thân, ý thức, các biến chứng cấp tính, các biến chứng toàn thân khác.

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Xuân

Email: bsxuanhatay@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2023

Ngày duyệt bài: 9.3.2023

+ Khám tại mắt: Đo thị lực: sử dụng bảng thị lực Landolt, thử kính để xác định thị lực tối đa, chuyển sang đơn vị LogMAR để tính toán; Đo nhãn áp: sử dụng nhãn áp kế Maclakov; Khám bán phần trước: sử dụng sinh hiển vi đèn khe, phát hiện các bất thường trên giác mạc, tiền phòng, thể thủy tinh; Khám bán phần sau: sau giãn đồng tử bằng Mydrin - P 1%. Sử dụng kính Volk cùng sinh hiển vi đèn khe quan sát dịch kính, màng dịch kính sau, võng mạc hậu cực, gai thị. Chụp cắt lớp võng mạc: chụp OCT võng mạc vùng hoàng điểm có phân tích độ dày võng mạc trung tâm (VMTT), độ dày VM vùng hoàng điểm trung bình, vị trí tăng độ dày, hình thái phù, diện tích tăng độ dày.

**- Một số tiêu chuẩn dùng trong nghiên cứu:**

**Thị lực:** Phân mức độ theo bảng phân loại của tổ chức Y tế thế giới (1997): Thị lực kém: <3/10 (>0,5 đơn vị LogMAR), thị lực trung bình: 3/10 ≤ và ≤ 8/10 (0,5 ≤ và < 0,1 đơn vị LogMAR), thị lực tốt: > 8/10 (≥ 0,1 đơn vị LogMAR).

**Triệu chứng cơ năng:** bao gồm các triệu chứng nhìn mờ, méo hình, ám điểm, rối loạn màu: Nhìn mờ biểu hiện bằng giảm khả năng nhìn rõ vật, ở xa trong giai đoạn sớm của bệnh và cả xa lẫn gần trong giai đoạn muộn của bệnh. Méo hình biểu hiện bằng nhìn các đường thẳng biến thành cong, hình ảnh của vật bị méo mó. Ám điểm biểu hiện bằng xuất hiện đám mờ, đám đen thường xuất hiện ở trung tâm trường nhìn, không thay đổi vị trí khi đảo mắt.

**Các triệu chứng trên võng mạc (VM):** quan sát trên soi đáy mắt kết hợp chụp OCT. Phù hoàng điểm: là sự dày lên của VM vùng hoàng điểm, do sự tích tụ dịch tại các lớp của VM gây nên. Được phát hiện trên soi đáy mắt là sự mất ánh trung tâm, gồ lên của VM, thay đổi màu sắc có ranh giới vùng VM hoàng điểm. Phân mức độ dày VM trung tâm thành 3 nhóm: (1) Chưa có tăng độ dày: < 219, (2) Mức độ nhẹ: 220-319, (3) Mức độ trung bình: 320-419, (4) Mức độ nặng: > 420; Vị trí tăng độ dày: kết quả phân tích từ phần mềm máy OCT, chế độ chụp cắt lớp võng mạc - Gridline, trong phạm vi 6mm đường kính trung tâm, thể hiện trên bằng dải màu. Được chia ra các phân nhóm: (1) toàn bộ, (2) trung tâm, (3) lệch tâm. Hình thái phù hoàng điểm: kết quả phân tích từ phần mềm máy OCT, phân làm các phân nhóm: (1) phù tỏa lan, (2) phù khú trú, (3) phù dạng nang.

- Kết quả nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê Y học bằng chương trình Excel và SPSS 16.0. Trong các phân tích, giá trị p < 0,05 là

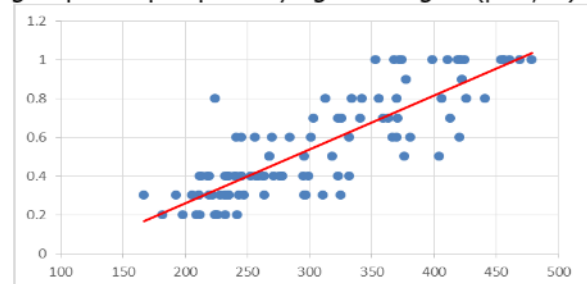
có ý nghĩa thống kê. Đạo đức trong nghiên cứu: Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 3.1. Liên quan thời gian phát hiện bệnh và độ dày võng mạc trung tâm hoàng điểm (n=108)**

Thời gian	Mức độ dày VM	Không dày	Mức độ nhẹ	Mức độ TB	Mức độ nặng	Tổng
<5 năm	10	8	0	0	18	
5-10 năm	9	32	15	4	60	
>10 năm	8	14	2	6	30	
<b>Tổng</b>	<b>27</b>	<b>54</b>	<b>17</b>	<b>10</b>	<b>108</b>	

Độ dày VMTT không có tương quan với thời gian phát hiện bệnh có ý nghĩa thống kê (p>0,05).



**Biểu đồ 3.1. Tương quan thị lực và độ dày võng mạc trung tâm (n=108)**

Thị lực có mối tương quan chặt chẽ với độ dày VMTT, có ý nghĩa thống kê (r=0,86, p<0,05).

**Bảng 3.2. Liên quan triệu chứng cơ năng và độ dày võng mạc trung tâm hoàng điểm (n=108)**

Triệu chứng	Mức độ dày VM	Không dày	Mức độ nhẹ	Mức độ TB	Mức độ nặng
Nhìn mờ	27	54	17	10	
Méo hình	0	47	15	10	
Ám điểm	0	39	16	10	
Rối loạn màu	0	15	17	10	

Các triệu chứng cơ năng về chức năng thị giác xuất hiện với tần xuất cao hơn ở mức độ phù cao hơn. Ở mắt có phù mức độ nặng có sự xuất hiện tất cả các triệu chứng cơ năng thị giác. Ở mắt ở mức độ phù nhẹ và trung bình chủ yếu là nhìn mờ (100%).

**Bảng 3.3. Tương quan thời gian phát hiện bệnh và hình thái phù HĐ (n=87)**

Hình thái phù HĐ	Thời gian	Phù khu trú (%)	Phù tỏa lan (%)	Phù dạng nang (%)
<5 năm	11(20,3%)	0(0%)	7(77,8%)	
5-10 năm	36(66,7%)	11(45,8%)	2(22,2%)	
>10 năm	17(13%)	13(54,2%)	0(0%)	
<b>Tổng</b>	<b>54</b>	<b>24</b>	<b>9</b>	

Phù dạng nang xuất hiện chủ yếu ở BN có thời gian phát hiện bệnh <5 năm, phù tỏa lan xuất hiện nhiều trên BN có thời gian phát hiện >10 năm, còn phù khu trú thường xuất hiện rải rác.

**Bảng 3.4. Môi liên quan thị lực và hình thái phù VM (n=87)**

Hình thái phù Thị lực	Dạng nang	Tỏa lan	Khu trú
Tốt	0 (0%)	0 (0%)	9(16,7%)
Trung bình	0 (0%)	19(79,2%)	32(59,3%)
Kém	9(100%)	5(20,9%)	13(24%)
<b>Tổng</b>	<b>9</b>	<b>24</b>	<b>54</b>

Trong nhóm mắt có phù dạng nang chủ yếu có thị lực kém (100%), nhóm có phù khu trú có thị lực tốt và trung bình nhiều hơn thị lực kém khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ ; nhóm có phù tỏa lan có thị lực trung bình nhiều hơn thị lực kém và thị lực tốt ( $p < 0,05$ ).

**Bảng 3.5. Liên quan triệu chứng cơ năng và hình thái phù hoàng điểm (n=87)**

Hình thái phù HD Triệu chứng	Phù dạng nang	Phù tỏa lan	Phù khu trú
Nhìn mờ	9 (100%)	24(100%)	54(100%)
Méo hình	9 (100%)	23(95,8%)	35(64,8%)
Ám điểm	9 (100%)	17(70,8%)	37(68,5%)
Rối loạn sắc giác	9 (100%)	18 (75%)	12 (22,2%)

Các triệu chứng xuất hiện đầy đủ trên mắt có phù dạng nang (100%), trên BN có phù khu trú có xuất hiện chủ yếu là nhìn mờ (100%) và ám điểm (68,5%), trên BN phù tỏa lan chủ yếu là triệu chứng nhìn mờ (100%).

**Bảng 3.6. Tương quan thời gian phát hiện bệnh và vị trí phù hoàng điểm (n=87)**

Vị trí phù HD Thời gian	Trung tâm	Không trung tâm
<5 năm	17 (20,9%)	1 (16,7%)
5-10 năm	56 (69,1%)	4 (66,7%)
>10 năm	8 (9,8%)	1 (16,7%)
<b>Tổng</b>	<b>81</b>	<b>6</b>

Thời gian phát hiện bệnh trung bình trên nhóm mắt có tăng độ dày trung tâm là  $15,34 \pm 2,12$  năm, thời gian phát hiện bệnh trung bình trên nhóm mắt có tăng độ dày VM không bao gồm vùng trung tâm là  $14,24 \pm 1,25$  năm ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3.7. Môi liên quan thị lực và vị trí phù võng mạc (n=87)**

Vị trí phù Thị lực	Kém	Trung bình	Tốt	Tổng
Trung tâm	28 (34,6%)	52 (64,2%)	1 (1,2%)	81
Không trung tâm	0	2 (33,3%)	4 (66,7%)	6

Thị lực trung bình trên mắt có phù VM trung tâm là  $0,8 \pm 0,12$  LogMAR, thấp hơn trên mắt có tăng độ dày VM không bao gồm vùng trung tâm là  $0,41 \pm 0,21$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3.8. Môi liên quan triệu chứng và vị trí phù võng mạc**

Triệu chứng	Vị trí phù Trung tâm (n=81)	Không trung tâm (n=6)
Nhìn mờ	81 (100%)	6 (100%)
Méo hình	61 (75,3%)	0 (0%)
Ám điểm	52 (64,2%)	1 (16,7%)
Rối loạn sắc giác	23 (28,4%)	0 (0%)

Các triệu chứng xuất hiện tương đối đầy đủ trên mắt có tăng độ dày vùng trung tâm, trên BN có tăng độ dày gồm vùng trung tâm xuất hiện chủ yếu là nhìn mờ và ám điểm.

#### IV. BÀN LUẬN

**Môi liên quan thời gian phát hiện bệnh và độ dày võng mạc trung tâm HD.** Theo kết quả của chúng tôi độ dày VMTT không có tương quan với thời gian phát hiện bệnh ( $p > 0,05$ ). Như vậy, thời gian phát hiện không liên quan với độ dày VM. Đối với hình thái phù, phù dạng nang xuất hiện chủ yếu ở BN có thời gian phát hiện bệnh <5 năm, phù tỏa lan xuất hiện nhiều trên BN có thời gian phát hiện >10 năm, còn phù khu trú thường xuất hiện rải rác. Li Yin, MS et al (2020) cho thấy bệnh võng mạc ở người bệnh đái tháo đường là phổ biến, có các dạng tổn thương khác nhau, có liên quan đến các rối loạn chuyển hóa và thời gian xuất hiện các rối loạn này [2]. Theo nghiên cứu của N.T.Tuấn (2012) thời gian nhìn mờ trên 1 năm chỉ gặp ở nhóm phù khu trú và dạng nang. Thấy rằng phù HD dạng nang xuất hiện chủ yếu trên mắt tiến triển bệnh VM ĐTĐ sớm, đồng thời qua theo dõi thấy rằng phù dạng nang xuất hiện ở giai đoạn sau là các phù dạng nang dai dẳng khó điều trị. Trong khi đó các dạng phù như tỏa lan xuất hiện khá muộn dạng phù thể hiện tình trạng tổn thương lan tỏa rất khó điều trị. Thời gian phát hiện bệnh trung bình trên nhóm mắt có tăng độ dày trung tâm là  $15,34 \pm 2,12$  năm, thời gian phát hiện bệnh trung bình trên nhóm mắt có tăng độ dày VM không bao gồm vùng trung tâm là  $14,24 \pm 1,25$  năm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê  $p > 0,05$ . Kết quả này cho thấy vị trí phù không bị ảnh hưởng với thời gian. Phù VM là nguyên nhân gây tăng độ dày VMTT chủ yếu, trong khi đó phù VM thường mang tính cấp tính, theo từng đợt theo chúng tôi có liên quan tới rối loạn đường máu tức thời gây tổn thương mạch

máu, tăng tính thấm sau đó cơ thể sẽ tạo ra cân bằng mới làm giảm phù, giảm độ dày VM.

**Mối liên quan thị lực và độ dày võng mạc trung tâm HD:** thị lực có mối tương quan chặt chẽ với độ dày VMTT ( $r=0,56$ ,  $p<0,05$ ). Mối tương quan này đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu khác nhau trên nhiều bệnh lý VM khác. Theo nghiên cứu của V.Q.H.Điểm (2011), Ng.T.P.Uyên (2013) trên BN ĐTĐ thấy tương quan tương đối chặt chẽ  $p<0,05$ . Nghiên cứu của N.V.Cường (2017) cũng thấy tương quan chặt chẽ thị lực và độ dày VMTT trên nhóm BN có màng trước VM. Đối với dạng phù, trong nhóm mắt có phù dạng nang chủ yếu có thị lực kém, nhóm có phù khu trú có thị lực tốt và trung bình nhiều hơn thị lực kém ( $p<0,05$ ), nhóm có phù lan tỏa có thị lực trung bình nhiều hơn thị lực kém và thị lực tốt ( $p<0,05$ ). Thị lực trung bình trên mắt có phù VM trung tâm là  $0,8\pm 0,12$  LogMAR, thấp hơn trên mắt có tăng độ dày VM không bao gồm vùng trung tâm là  $0,41\pm 0,21$ , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p<0,05$ . Kết quả cho thấy mắt có phù đúng vùng trung tâm 1mm sẽ làm thị lực giảm nhiều hơn. Cũng như nhiều kết quả khác, chúng tôi thấy rằng có thể sử dụng kết quả độ dày, hình thái phù, vị trí phù VMTT để đánh giá tổn thương cấu trúc một cách có ý nghĩa, đồng thời có ý nghĩa trong theo dõi diễn biến bệnh. Đồng thời, mối tương quan này cho thấy có thể xem xét các yếu tố liên quan khác gây giảm thị lực không tương ứng trên BN ĐTĐ. Nếu BN giảm thị lực trong khi VM không tổn thương tương ứng, cần thiết tìm hiểu bất thường nào khác. Nghiên cứu của Pai-Huei Peng (2019), thị lực có liên quan đến tổn thương võng mạc ở bệnh nhân đái tháo đường [3]

**Mối liên quan triệu chứng cơ năng và độ dày VMTT:** các triệu chứng cơ năng về chức năng thị giác xuất hiện với tần xuất cao hơn ở mức độ phù cao hơn. Ở mắt có phù mức độ nặng có sự xuất hiện tất cả các triệu chứng cơ năng thị giác. Ở mắt ở mức độ phù nhẹ và trung bình chủ yếu là nhìn mờ (100%). Đối với hình thái phù, các triệu chứng xuất hiện đầy đủ trên mắt có phù dạng nang (100%), trên BN có phù khu trú có xuất hiện chủ yếu là nhìn mờ (100%) và ám điểm (33,9%), trên BN phù tỏa lan chủ yếu là triệu chứng nhìn mờ (100%). Các triệu chứng xuất hiện tương đối đầy đủ trên mắt có tăng độ dày vùng trung tâm, trên BN có tăng độ dày gồm vùng trung tâm xuất hiện chủ yếu là nhìn mờ và ám điểm. Nghiên cứu của Rolf Seeger cho thấy có mối liên quan giữa các triệu chứng lâm sàng nhìn mờ, giảm thị lực, mất thích

ứng với bóng tối có liên quan đến đái tháo đường [4]. Như vậy, nghiên cứu cho thấy có sự tương xứng giữa những dấu hiệu cơ năng và tổn thương VM, do vậy điều trị giảm độ phù tức là cải thiện được các dấu hiệu cơ năng này. Trên lâm sàng theo dõi các triệu chứng cơ năng (Nhìn mờ, Méo hình, Ám điểm, Rối loạn sắc giác) đánh giá tiến triển độ dày, hình thái và vị trí VMTT để đánh giá sự tiến triển cũng như thoái lui biến chứng mắt do ĐTĐ týp 2,

**Mối liên quan giai đoạn bệnh và độ dày VMTT HD:** Giai đoạn bệnh không có tương quan với độ dày VMTT. Như vậy, ở bất cứ giai đoạn nào võng mạc đều có thể phù và mức độ phù có thể mức độ cao hơn có thể xuất hiện ở những giai đoạn bệnh VM sớm. Mức độ phù VM có thể xuất hiện ở ngay từ giai đoạn sớm của bệnh lý VMĐTĐ cũng cho thấy mức độ nguy hiểm của bệnh. Bởi phù HD nhất là phù HD dạng nang dễ trở thành mạn tính, khó trị để hồi phục đầy đủ chức năng thị giác một cách hoàn toàn. Phù dạng nang xuất hiện ở các mắt đang ở giai đoạn sớm của bệnh VM ĐTĐ, ngược lại phù tỏa lan lại xuất hiện chủ yếu ở các mắt giai đoạn muộn, phù khu trú thì xuất hiện rải rác ở các giai đoạn. Không phát hiện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giai đoạn bệnh VM ĐTĐ trên 2 nhóm có tăng độ dày VM có bao gồm vùng trung tâm và không bao gồm vùng trung tâm với  $p>0,05$ . Nghiên cứu Theo Srinivasan chưa tới 50% người bệnh ĐTĐ có hiểu biết về bệnh lý mắt, 61,1% bệnh nhân không khám mắt định kỳ khi điều trị bệnh ĐTĐ [5]. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy cần phải tiến hành khám mắt định kỳ kiểm tra hoặc ngay khi có các biểu hiện của triệu chứng lâm sàng để kịp thời phát hiện và điều trị sớm các tổn thương võng mạc ở người bệnh đái tháo đường [6].

## V. KẾT LUẬN

Thời gian phát hiện, giai đoạn bệnh ĐTĐ không liên quan đến tổn thương võng mạc.

Thị lực liên quan đến tổn thương võng mạc ở bệnh nhân ĐTĐ: độ dày, hình dạng phù, vị trí phù trung tâm.

Các triệu chứng cơ năng (Nhìn mờ, Méo hình, Ám điểm, Rối loạn sắc giác) có liên quan đến độ dày, hình dạng phù và vị trí phù võng mạc.

Như vậy, thị lực và các triệu chứng cơ năng có liên quan đến tổn thương võng mạc (độ dày, hình thái phù, vị trí tổn thương) ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định: 5481/QĐ-BYT về việc ban hành

- tài liệu chuyên môn "hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2", Bộ Y tế, 30/12/2020.
2. **Li Yin, MS et al** (2020), "Prevalence and risk factors of diabetic retinopathy in diabetic patients", *Medicine (Baltimore)*. 2020 Feb; 99(9): e19236. Published online 2020 Feb 28. doi: 10.1097/MD.00000000000019236.
  3. **Pai-Huei Peng et al** (2019), "Factors associated with retinal screening among patients with diabetes in Taiwan", *Taiwan J Ophthalmol*. 2019 Jul-Sep; 9(3): 185-193. Published online 2019 Sep 12. doi: 10.4103/tjo.tjo\_30\_18.
  4. **Rolf Seeger et al** (2011), "Driving ability and fitness to drive in people with diabetes mellitus", *Ther Umsch*. 2011 May;68(5):249-52. doi: 10.1024/0040-5930/a000159.
  5. **Nithin Keshav Srinivasan et al** (2017), "Diabetes and Diabetic Retinopathy: Knowledge, Attitude, Practice (KAP) among Diabetic Patients in A Tertiary Eye Care Centre", *J Clin Diagn Res*. 2017 Jul; 11(7): NC01-NC07. Published online 2017 Jul 1. doi: 10.7860/JCDR/2017/27027.10174.
  6. **Sang Beom Han et al** (2019), "Influence of diabetes mellitus on anterior segment of the eye", *Clin Interv Aging*. 2019; 14: 53-63. Published online 2018 Dec 27. doi: 10.2147/CIA.S190713

## NHIỄM KHUẨN VẾT MỖ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP HCM

Phạm Thị Lan<sup>1</sup>, Trịnh Thị Thoa<sup>1</sup>, Nguyễn Vũ Hoàng Yến<sup>1</sup>,  
 Nguyễn Thị Minh Khai<sup>1</sup>, Trần Thị Mỹ Nhung<sup>2</sup>, Trần Quang Siêu<sup>2</sup>,  
 Đinh Long Nhiệm<sup>1</sup>, Phạm Hồng Khuyên<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Mỹ Hạnh<sup>1</sup>,  
 Nguyễn Phương Biên Thùy<sup>1</sup>, Võ Thị Thanh Tuyền<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thanh Trúc<sup>1</sup>,  
 Trương Thị Lê Huyền<sup>1</sup>, Trần Nguyễn Giang Hương<sup>1</sup>, Lê Mộng Hào<sup>1</sup>,  
 Lê Thị Yến Nhi<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hằng Nga<sup>1</sup>, Nguyễn Thanh Tuyền<sup>1</sup>,  
 Đào Thị Quỳnh Châu<sup>1</sup>, Lê Hồng Phước<sup>3</sup>, Huỳnh Minh Tuấn<sup>1,3</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là một trong những loại nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế thường gặp nhất, làm gia tăng chi phí điều trị, kéo dài thời gian nằm viện, tăng gánh nặng bệnh tật và tăng tỷ lệ tử vong. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ NKVM và các yếu tố liên quan đến của người bệnh phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM. **Đối tượng-phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang tiến cứu được thực hiện trên 859 người bệnh phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM từ 05/2020 đến 12/2020. Các thông tin được thu thập bao gồm bệnh đái tháo đường, thang điểm ASA, kháng sinh dự phòng, loại phẫu thuật, tầm trước phẫu thuật, thời gian phẫu thuật và NKVM. **Kết quả:** Tỷ lệ NKVM chung là 2,2%, dao động từ 1,3% đến 20,0%. Trong đó, tỷ lệ mắc NKVM cao nhất ở phẫu thuật ruột non (SB) với 20%, kế đến là phẫu thuật tim (CARD) với 5,5%; phẫu thuật dạ dày (GAST) với 4,5%; phẫu thuật đường mật, túi mật, gan, tụy (BILI + CHOL) với 4,2%; và phẫu thuật mở hộp sọ (CRAN) với 4,1%. Thời gian trung bình từ lúc phẫu thuật cho đến khi bắt đầu NKVM là 11,9 ± 7,8 ngày, với thời gian dài nhất

trong phẫu thuật tim và phẫu thuật mạch máu trên 20 ngày. Người bệnh có bệnh tiểu đường có nguy cơ mắc NKVM gấp 6,5 lần (KTC 95%: 2,8-14,7); có thang điểm ASA ≥ 3 điểm thì nguy cơ mắc NKVM gấp 2,6 lần (KTC 95%: 1,8-3,6). Thời gian phẫu thuật tăng 1 giờ thì nguy cơ NKVM tăng lên 1,3 lần (KTC 95%: 1,1-1,6) và số lượng phẫu thuật viên thêm 1 người thì nguy cơ NKVM tăng lên 1,9 lần (KTC 95%: 1,3-2,9). **Kết luận:** Trong nghiên cứu, tỷ lệ chung của SSI là 2,2%. Thời gian trung bình từ khi phẫu thuật đến khi bắt đầu nhiễm khuẩn là 11,9 ± 7,8 ngày và các yếu tố nguy cơ có liên quan đến NKVM gồm đái tháo đường, điểm ASA cao, tăng thời gian phẫu thuật, tăng thời gian nằm viện, loại can thiệp và số lượng phẫu thuật viên tham phẫu thuật

**Từ khóa:** nhiễm khuẩn vết mổ, phẫu thuật, nhiễm khuẩn bệnh viện

### SUMMARY

#### THE SURGICAL SITE INFECTION INCIDENCE AND RISK FACTORS AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER, HO CHI MINH CITY

**Background:** Surgical Site Infection (SSI) is one of the most common healthcare-associated infections, increasing healthcare cost, hospital stay, morbidity burden as well as the rate of mortality. **Objectives:** The aim of this study was to describe the incidence of SSI and risk factors at University Medical Center, Ho Chi Minh City. **Methods:** A prospective cross-sectional study was conducted involving 859 operated patients at University Medical Center, Ho Chi Minh City during 05/2020 - 12/2020. Background information including having diabetes, ASA score, antibiotic prophylaxis, the

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM

<sup>2</sup>Tổng Công ty Thiết bị Y tế Việt Nam (CTCP)

<sup>3</sup>Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Minh Tuấn

Email: huynh.tuan@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2023

Ngày duyệt bài: 7.3.2023