

và gây mất kiểm soát khi tham gia giao thông hoặc thực hiện các hoạt động nguy hiểm.

Nghiên cứu của WHO (2023) [6] cũng cho thấy việc tiêu thụ rượu bia và ma túy có liên quan mật thiết đến tỷ lệ cao các vụ tai nạn thương tích, đặc biệt trong các hoạt động giao thông và lao động.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu về tỷ lệ, đặc điểm và nguyên nhân tai nạn thương tích tại hai xã Pom Lót và Thanh Minh, tỉnh Điện Biên trong năm 2024 đã chỉ ra một thực trạng đáng lo ngại về tai nạn thương tích ở cộng đồng:

- Tỷ lệ tai nạn thương tích chung là 13,9%, với các nguyên nhân chủ yếu là té ngã, tai nạn giao thông và tai nạn lao động.

- Nam giới chiếm tỷ lệ mắc TNTT cao hơn nữ giới, trong khi đó, các yếu tố nguy cơ như uống rượu bia, sử dụng ma túy cũng đóng vai trò quan trọng trong việc gia tăng nguy cơ tai nạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lương Mai Anh, Hà Anh Đức, Tô Thị Phương Thảo và cộng sự** (2024), "Thực trạng tử vong do tai nạn thương tích tại Việt Nam giai đoạn 2012 - 2022". Tạp chí Y học dự phòng, 34(6), tr 36-43.
2. **Đỗ Minh Tâm** (2019), "Nguyên nhân và giải pháp phòng ngừa tai nạn thương tích tại vùng nông thôn Việt Nam". Tạp chí Y tế Công cộng, 21(3), tr. 45-52.
3. **Bộ Y tế** (2023), "Báo cáo về tình hình tai nạn thương tích tại các vùng nông thôn và các biện pháp phòng ngừa". Hà Nội, Bộ Y tế.
4. **WHO** (2022), "Global Status Report on Road Safety 2022". Geneva, World Health Organization.
5. **Cục Quản lý Y tế Dân số** (2023), "Nghiên cứu về tình hình tai nạn thương tích tại Việt Nam và các yếu tố nguy cơ". Tạp chí Y tế Công cộng, 12(1), tr. 15-22.
6. **WHO** (2023), "The World Report on Injury Prevention". Geneva, World Health Organization.
7. **Hoàng Thị Giang, Nguyễn Quỳnh Phương, Nguyễn Quang Hùng, và cộng sự** (2021), "Kiến thức và thái độ về phòng chống tai nạn thương tích của học sinh ở một trường Trung học cơ sở, huyện Thủy Nguyên, Hải Phòng năm 2019". Tạp chí Y học Dự phòng, 31(1), tr 265-72.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ ĐỤC THỦY TINH THỂ KÈM LOẠN THỊ GIÁC MẠC BẰNG PHẪU THUẬT PHACO KẾT HỢP RẠCH GIÁC MẠC VÙNG RÌA

Dương Minh Giang^{1,2}, Vũ Thị Thu Giang¹, Trần Vũ Thơ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh lý đục thủy tinh thể kèm loạn thị giác mạc bằng phẫu thuật phaco kết hợp rạch giác mạc vùng rìa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu. Trên 41 mắt bệnh nhân đục thủy tinh thể ≥ 18 tuổi có loạn thị giác mạc đều $\geq 1D$ được phẫu thuật phaco kết hợp rạch giác mạc vùng rìa bằng dao LRI tại Bệnh viện Đa khoa Hạnh Phúc An Giang, từ tháng 05/2024 đến hết tháng 03/2025. **Kết quả:** Bệnh nhân có độ tuổi trung bình $65,73 \pm 9,526$ tuổi, 56,1% độ III độ cứng nhân thủy tinh thể. Sau điều trị 1 tháng, độ loạn thị giác mạc trung bình còn $0,63 \pm 0,38D$ và 100% đạt thị lực không chỉnh kính mức độ tốt theo phân loại WHO, sau 3 tháng điều trị có 95,1% cảm giác dễ chịu. Có sự khác biệt thị lực LogMAR có chỉnh kính (UCVA) và không chỉnh kính (BSCVA) có ý nghĩa thống kê từ 1 tháng so với 1 tuần sau điều trị ($p < 0,05$). **Kết luận:** Phẫu thuật phaco kết hợp rạch

giác mạc vùng rìa điều trị bệnh lý đục thủy tinh thể kèm loạn thị giác mạc đều $\geq 1D$ là phương pháp an toàn và hiệu quả cao.

Từ khóa: loạn thị giác mạc, bệnh đục thủy tinh thể, phẫu thuật phaco, rạch rìa giác mạc.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT OUTCOMES FOR CATARACT WITH CORNEAL ASTIGMATISM USING PHACOEMULSIFICATION COMBINED WITH LIMBAL RELAXING INCISIONS

Objectives: Describe the clinical, paraclinical and evaluate the treatment outcomes of cataract with corneal astigmatism using phacoemulsification combined with limbal relaxing incisions. **Materials and method:** A descriptive cross-sectional prospective study. The study included 41 eyes of cataract patients aged ≥ 18 years with regular corneal astigmatism $\geq 1D$ who underwent phacoemulsification combined with limbal relaxing incisions using an LRI knife at Hanh Phuc General Hospital in An Giang, from May 2024 to the end of March 2025. **Results:** The patients had an average age of 65.73 ± 9.526 years, 56.1% having grade III nuclear cataract hardness. After 1 month of treatment, the average corneal astigmatism was reduced to $0.63 \pm 0.38D$, and 100% achieved best spectacle-corrected visual acuity at a good level according to the WHO classification, and at 3 months post-treatment, 95.1% reported comfort.

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Hạnh Phúc An Giang

Chịu trách nhiệm chính: Dương Minh Giang

Email: minhgiangag@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 21.4.2025

There was a statistically significant difference in LogMAR Uncorrected visual acuity (UCVA) and Best spectacle corrected visual acuity (BSCVA) from 1 month compared to 1 week after treatment ($p < 0.05$).

Conclusion: Phacoemulsification combined with limbal relaxing incisions for the treatment of cataract with corneal astigmatism $\geq 1D$ is a safe and highly effective method. **Keywords:** corneal astigmatism, cataract, phacoemulsification, limbal relaxing incisions.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đục thủy tinh thể (TTT) là nguyên nhân phổ biến nhất gây mù lòa ở những người từ 50 tuổi trở lên trên toàn thế giới trong năm 2021 với 15,2 triệu người và là nguyên nhân đứng hàng thứ hai gây suy giảm thị lực mức độ trung bình nặng ảnh hưởng đến 78,8 triệu người [9]. Loạn thị giác mạc sắc có trên bệnh nhân đục thủy tinh thể với tỉ lệ cao. Nghiên cứu của tác giả Curragh D.S. trên 2080 mắt của 1788 bệnh nhân (BN) đục thủy tinh thể thì có đến 41,3% mắt có loạn thị $>1,00D$ và 11,6% có loạn thị $>2,00D$ [6]. Nghiên cứu của tác giả Yuan trên 12449 mắt của 6908 bệnh nhân cho kết quả có 47,3% mắt có loạn thị giác mạc $\geq 1,00D$ [10].

Việc điều trị đồng thời phẫu thuật phaco đặt thủy tinh thể nhân tạo và điều trị loạn thị giác mạc trong cùng một cuộc mổ là sự ưu tiên hàng đầu của các bác sĩ điều trị vì như vậy sẽ giúp bệnh nhân chỉ trải qua một lần phẫu thuật, làm giảm thời gian và chi phí cho lần phẫu thuật thứ hai, đồng thời cũng rút ngắn thời gian phục hồi của các vết mổ ở giác mạc và sự ổn định khúc xạ sau mổ. Phương pháp rạch giác mạc rìa là kỹ thuật đơn giản, dễ thực hiện, chi phí thấp, đạt hiệu quả đối với loạn thị giác mạc nhẹ và trung bình là mức loạn thị thường gặp, ít gây biến chứng [4].

Việc tiến hành thêm nghiên cứu để đánh giá thêm những ưu điểm và nhược điểm của phương pháp này, nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị bệnh lý đục thủy tinh thể kèm loạn thị giác mạc bằng phẫu thuật phaco kết hợp rạch giác mạc vùng rìa tại Bệnh viện Đa khoa Hạnh Phúc An Giang". Với 2 mục tiêu cụ thể sau: (1). Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân đục thủy tinh thể kèm loạn thị giác mạc. (2). Đánh giá kết quả điều trị bệnh lý đục thủy tinh thể kèm loạn thị giác mạc bằng phẫu thuật phaco kết hợp rạch giác mạc vùng rìa tại Bệnh viện Đa khoa Hạnh Phúc An Giang năm 2024-2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: tất cả các bệnh nhân đục thủy tinh thể ≥ 18 tuổi có loạn thị giác mạc đều $\geq 1D$ được phẫu thuật phaco

kết hợp rạch giác mạc vùng rìa bằng dao LRI tại Bệnh viện Đa khoa Hạnh Phúc An Giang, từ tháng 05/2024 đến hết tháng 03/2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán xác định có đục thủy tinh thể kèm loạn thị giác mạc đều $\geq 1D$ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Sẹo giác mạc, mỏng, loạn dưỡng giác mạc gây khó khăn cho phẫu thuật cũng như đánh giá kết quả, đang có tình trạng viêm nhiễm ở mắt, lệch thủy tinh thể....

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Cỡ mẫu: áp dụng công thức ước lượng 1 tỷ lệ

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu, d là sai số cho phép (chọn $d=5\%$), p là tỉ lệ thành công mong muốn. Theo Sunil Ganekal và cộng sự tỉ lệ BN có thị lực không chỉnh kính $\geq 6/12$ (#thị lực thập phân 5/10) sau phẫu thuật phaco kết hợp LRI là 94,5%, chọn $p = 0,945$ [7]. Z là hệ số tin cậy

(với độ tin cậy 95%) $Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96^2$. Thay các giá trị vào công thức ta được cỡ mẫu tối thiểu $n \geq 40,75$. Từ tháng 05/2024-03/2025 có 41 bệnh nhân tiến hành nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu: Tất cả BN thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, được ghi nhận tuổi, giới tính, địa chỉ, nghề nghiệp, tiền sử nội khoa, vị trí mắt tổn thương, nhãn áp, độ loạn thị, trục loạn thị, chiều dài trục nhãn cầu, độ sâu tiền phòng, công suất IOL, độ cứng nhân thủy tinh thể (phân độ Luciano), độ dày giác mạc trung tâm, kính tuyến đường rạch LRI, chiều dài LRI. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật sau 1 tuần 1 tháng, 3 tháng: thị lực có chỉnh kính (BSCVA), thị lực không chỉnh kính (UCVA), tai biến biến chứng, kết quả thị lực (phân độ WHO), độ loạn thị.

Kết quả thị lực theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới (2002):

- + Tốt: thị lực logMAR $< 0,3$
- + Khá: thị lực logMAR từ 0,3 đến $< 0,5$
- + Trung bình: thị lực logMAR từ 0,5 đến $< 1,0$
- + Kém: thị lực logMAR $\geq 1,0$

Phân tích và xử lý số liệu: số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê y học qua chương trình SPSS 18.0. Biến số định lượng được coi là có phân phối chuẩn khi mức ý nghĩa (Sig.) lớn hơn 0,05. Kiểm định trung bình không phân phối chuẩn của hai thời điểm của một nhóm bằng Wilcoxon-Test với giá trị $p < 0,05$ thể hiện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở khoảng tin cậy 95%.

2.3. Đạo đức y học: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (Số:24.400.HV/PCT-HĐĐĐ) năm 2024 và được sự đồng ý của Ban Giám đốc Bệnh viện Đa khoa Hạnh Phúc An Giang.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung		Kết quả
Tuổi	Trung bình±SD	65,73±9,526 (44-81)
Số ngày điều trị	100% điều trị và xuất viện trong ngày	
Giới tính	Nam	17 (41,5%)
	Nữ	24 (58,5%)
Địa chỉ	Thành phố	12 (29,3%)
	Nông thôn	29 (70,7%)
Nghề nghiệp	Buôn bán	2 (4,9%)
	Già	22 (53,7%)
	Làm ruộng	8 (19,5%)
	Nội trợ	9 (22%)
Tiền sử	Tăng huyết áp	35 (85,4%)
	Đái tháo đường	10 (24,4%)
	Tiền sử hút thuốc lá	11 (26,8%)
Tổng		41 (100%)

Nhận xét: Tuổi trung bình là 65,73 ± 9,526

Bảng 3: Đặc điểm trong phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật		Kết quả
Chiều dài trục nhãn cầu (mm)	Trung bình ± SD	22,94 ± 0,62 (21,98 – 24,56)
Độ cứng nhãn thủy tinh thể	Độ I: nhân TTT còn trong	0 (0%)
	Độ II: nhân TTT đục trắng nhưng mềm	6 (14,6%)
	Độ III: nhân TTT đục có màu hổ phách	23 (56,1%)
	Độ IV: nhân TTT màu nâu sẫm	11 (26,8%)
	Độ V: nhân TTT màu đen	1 (2,4%)
Độ sâu tiền phòng (mm)	Trung bình ± SD	3,21 ± 0,38 (2,18 – 4,07)
Công suất IOL (Diop)	Trung bình ± SD	21,06 ± 1,60 (18 – 24)
Độ dày giác mạc trung tâm (µm)	Trung bình ± SD	572,57± 19,94 (540,2 – 606,4)
Kính tuyến đường rạch LRI (độ)	Trung bình ± SD	93,93 ± 64,97 (5 – 180)
Chiều dài LRI (µm)	Trung bình ± SD	45,37 ± 9,90 (35 – 70)
Tổng		41 (100%)

Nhận xét: Chiều dài trục nhãn cầu trung bình 22,94 ± 0,62mm, độ sâu tiền phòng 3,21 ± 0,38mm, độ dày giác mạc trung tâm 572,57 ± 19,94µm. 56,1% nhân TTT đục có màu hổ phách.

Bảng 4: Phân độ thị lực không chỉnh kính LogMAR theo phân loại WHO

Phân độ	Trước điều trị	1 tuần	1 tháng	3 tháng
Tốt	0 (0%)	32 (78%)	41 (100%)	41 (100%)
Khá	1 (2,4%)	9 (22%)	0 (0%)	0 (0%)
Trung bình	14 (34,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

tuổi, 70,7% ở nông thôn là chủ yếu, 53,7% hiện ở nghề nghiệp già. 85,4% bệnh nhân có bệnh lý tăng huyết áp kèm theo.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

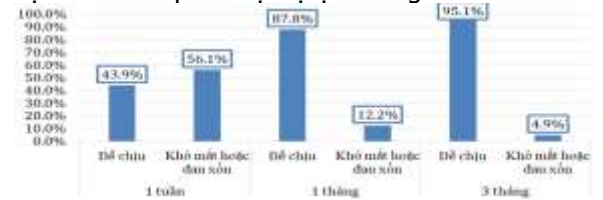
Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí mắt tổn thương	Mắt phải	20 (48,8)
	Mắt trái	21 (51,2)
Phân độ loạn thị (Diop)	Từ 1D đến < 2D	30 (73,2%)
	Từ 2D đến < 3D	9 (21,9%)
	≥3D	2 (4,9%)
	Trung bình ± SD	1,62±0,62 (1-3,12)
Nhãn áp (mmHg)	Tăng nhãn áp (>21mmHg)	10 (24,4)
	Không tăng nhãn áp (≤21mmHg)	31 (75,6)
	Trung bình ± SD	19,42 ± 4,72 (14,3 – 45,6)
Loạn thị	Loạn thị thuận	17 (41,5)
	Loạn thị nghịch	24 (58,5)
Tổng		41 (100)

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có độ loạn thị từ 1D đến < 2D chiếm 73,2%, loạn thị nghịch chiếm 58,5%. Nhãn áp trung bình 19,42 ± 4,72 mmHg, có 24,4% có tăng nhãn áp (>21mmHg).

3.3. Kết quả điều trị

Kém	26 (63,4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Tổng	41 (100%)	41 (100%)	41 (100%)	41 (100%)

Nhận xét: Từ 1 tháng đến 3 tháng 100% bệnh nhân có phân độ thị lực không chỉnh kính tốt.



Biểu đồ 1: Tai biến và biến chứng

Nhận xét: 100% không có tai biến. Khô mắt và đau xốn là 2 triệu chứng giảm dần theo thời gian theo dõi điều trị.

Bảng 5: Thị lực LogMAR trung bình trước và sau phẫu thuật

Thị lực	UCVA	Kiểm định (p)*	BSCVA	Kiểm định (p)*
Trước mổ (0)	0,98 ± 0,38	< 0,001 [(3)-(0)]	-	-
1 tuần (1)	0,14 ± 0,10	< 0,001 [(1)-(0)]	0,09 ± 0,08	0,023 [(3)-(1)]
1 tháng (2)	0,07 ± 0,17	< 0,001 [(2)-(1)]	0,03 ± 0,16	0,004 [(2)-(1)]
3 tháng (3)	0,09 ± 0,06	0,902 [(3)-(2)]	0,06 ± 0,04	0,305 [(3)-(2)]

*: Kiểm định Wilcoxon-Test

Nhận xét: Từ 1 tháng đến 3 tháng sau điều trị thị lực LogMAR không chính kính và có chính kính khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Có sự khác biệt thị lực LogMAR có kính và không kính có ý nghĩa thống kê từ 1 tháng so với 1 tuần sau điều trị ($p < 0,05$).

Bảng 6: Độ loạn thị trước và sau phẫu thuật

Độ loạn thị	Kết quả	Kiểm định (p)*	Mức độ giảm trước mổ so với sau mổ	
			Kết quả	Kiểm định (p)*
Trước mổ (0)	1,62 ± 0,62	< 0,001 [(3)-(0)]		
1 tuần (1)	0,77 ± 0,45	< 0,001 [(1)-(0)]	0,85 ± 0,56 (4)	< 0,001 [(6)-(4)]
1 tháng (2)	0,63 ± 0,38	< 0,001 [(2)-(1)]	0,99 ± 0,50 (5)	< 0,001 [(5)-(4)]
3 tháng (3)	0,57 ± 0,33	0,085 [(3)-(2)]	1,05 ± 0,53 (6)	0,085 [(6)-(5)]

*: Kiểm định Wilcoxon-Test

Nhận xét: trung bình độ loạn thị giảm dần theo thời gian theo dõi. Độ loạn thị 3 tháng so với 1 tháng sau mổ khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,085$). Sau mổ 1 tuần BN giảm được 0,85 ± 0,56 D, sau mổ 1 tháng giảm được 0,99 ± 0,50 D, sau mổ 3 tháng giảm được 1,05 ± 0,53 D.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình 65,73 ± 9,526 tuổi, nhỏ nhất 44 tuổi và lớn nhất 81 tuổi. Nghiên cứu chúng tôi tương đồng với các tác giả trước đó, như tác giả Trần Đình Tùng với độ tuổi trung bình 70,6 ± 8,7 tuổi (50 – 88 tuổi) ($p = 0,002$)[3], tác giả Trương Tiến Dũng trung bình 56,4 ± 14,8 tuổi (27 – 73 tuổi) ($p < 0,001$)[1], tác giả Mohammad Saleh Abu-Ain trung bình 73,6 tuổi (46 – 90 tuổi) ($p < 0,001$) [4], tác giả

Maged A. Naguib trung bình 64,7 ± 7,9 tuổi (50 – 77 tuổi) ($p = 0,492$)[8], tác giả Carvalho MJ trung bình 66,5 năm (45 – 80 tuổi) ($p = 0,608$)[5]. Các nghiên cứu được so sánh đều cho thấy độ tuổi trung bình của bệnh nhân đục thủy tinh thể nằm trong khoảng từ trung niên đến cao tuổi. Điều này khẳng định rằng tuổi tác là một trong những yếu tố nguy cơ hàng đầu gây ra đục thủy tinh thể. Lý giải cho hiện tượng này là do quá trình lão hóa tự nhiên theo thời gian, các protein trong thủy tinh thể bị biến đổi và kết tụ lại, dẫn đến sự đục và cứng hóa. Ngoài ra còn do bệnh lý khác kèm theo như tăng huyết áp, đái tháo đường, chế độ ăn không lành mạnh, hút thuốc lá, công việc tiếp xúc với ánh sáng mặt trời trong thời gian dài cũng gây tổn thương thủy tinh thể và làm tăng nguy cơ đục TTT.

Tiền sử bệnh nhân có tăng huyết áp chiếm 85,4%, đái tháo đường chiếm 24,4%, tiền sử hút thuốc lá chiếm 26,8%. Những yếu tố trên đều gây ảnh hưởng xấu đến các mạch máu nhỏ li ti trong mắt, làm mắt không nhận được đầy đủ các dưỡng chất và oxi, dẫn đến các bệnh về mắt, trong đó có đục thủy tinh thể. Tăng huyết áp làm giảm lượng oxy và chất dinh dưỡng đến thủy tinh thể, có thể gây ra viêm và oxy hóa dẫn đến sự biến đổi protein và gây đục thủy tinh thể. Đái tháo đường dẫn đến sự tích tụ sorbitol trong thủy tinh thể, gây ra sự thay đổi áp suất thẩm thấu và làm đục thủy tinh thể. Hút thuốc lá làm tăng sản xuất các gốc tự do, gây ra oxy hóa và tổn thương các tế bào trong thủy tinh thể, ngoài ra còn làm giảm lượng oxy đến thủy tinh thể, gây ra sự biến đổi protein và đục thủy tinh thể.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Nghiên cứu này có 73,2% có mức độ loạn thị từ 1D đến < 2D, 21,9% từ 2D đến < 3D, chỉ 4,9% từ 3D trở lên, trung bình 1,62 ± 0,62D (1 – 3,12). Có 58,5% loạn thị nghịch và cao hơn loạn thị thuận chiếm 41,5%. Tương đồng với nghiên cứu chúng tôi như tác giả Trần Đình Tùng 58% có độ loạn thị từ 1D đến < 2D, loạn thị nghịch chiếm cao nhất 86% [3]. Tác giả Nguyễn Hoàng Phúc có công suất loạn thị giác mạc trước mổ trung bình 1,86 ± 0,47D (1 – 3) ($p = 0,017$)[2]. Tác giả Trương Tiến Dũng có loạn thị nghịch chiếm 57,1% [1]. Tác giả Abu-Ain MS có loạn thị giác mạc trung bình trước phẫu thuật là 2,05D ± 0,45 (1,5-3D) ($p < 0,001$), với 69% từ 1,5 – 2D [4]. Tác giả Naguib MA có trung bình 1,8 ± 0,73D (1,5-3,5D) ($p = 0,069$)[8]. Tác giả Carvalho MJ có trung bình 1,93 ± 0,58D ($p = 0,003$)[5]. Các nghiên cứu đều ghi nhận đa số bệnh nhân có độ loạn thị

trung bình trong khoảng 1D đến 2D và loạn thị nghịch thường gặp nhất. Sự phổ biến của loạn thị nghịch ở bệnh nhân đục thủy tinh thể là kết quả của sự kết hợp giữa quá trình lão hóa tự nhiên, sự thay đổi cấu trúc giác mạc và thủy tinh thể, và ảnh hưởng của các bệnh lý liên quan.

Nghiên cứu ghi nhận nhãn áp trung bình $19,42 \pm 4,72$ mmHg, nhỏ nhất 14,3 mmHg và lớn nhất 45,6 mmHg, có 24,4% bệnh nhân tăng nhãn áp > 21 mmHg.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận chiều dài trục nhãn cầu trung bình $22,94 \pm 0,62$ mm, độ sâu tiền phòng $3,21 \pm 0,38$ mm, độ dày giác mạc trung tâm $572,57 \pm 19,94$ µm. 56,1% đục TTT độ III.

4.3. Kết quả điều trị. Phân độ thị lực không chỉnh kính LogMAR theo phân loại WHO thì trước điều trị có 63,4% mức độ kém là chủ yếu và không có trường hợp nào mức độ tốt. Sau điều trị 1 tuần thì 78% mức độ tốt và 22% mức độ khá. Sau điều trị 1 tháng và 3 tháng thì 100% đạt mức độ tốt. Sau điều trị 1 tuần thì 56,1% BN có triệu chứng khô mắt hoặc đau xốn, sau 1 tháng điều trị giảm còn 12,2% và sau 3 tháng điều trị thì chỉ còn 4,9% BN còn triệu chứng khô mắt hoặc đau xốn. 100% không có tai biến trong lúc mổ và 100% trường hợp được phẫu thuật và xuất viện trong 1 ngày. Tác giả Trương Tiến Dũng ghi nhận UCVA theo phân loại WHO trước điều trị 28,6% mức khá và 71,4% trung bình, sau điều trị 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng thì 100% mức độ tốt [1].

Sau điều trị 1 tuần thì UCVA có giảm khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước mổ ($p < 0,001$). Sau điều trị 1 tháng thì UCVA và BSCVA có giảm khác biệt có ý nghĩa thống kê so với 1 tuần sau mổ ($p < 0,05$). Sau điều trị 3 tháng thì UCVA và BSCVA có tăng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tác giả Nguyễn Hoàng Phúc cũng có kết quả giống với chúng tôi công suất loạn thị giác mạc sau phẫu thuật tại các thời điểm 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng lần lượt giảm đến 1 tháng sau mổ ($p < 0,05$), sau đó tăng nhẹ lên lại ($p > 0,05$) [2]. Trong nghiên cứu chúng tôi, độ loạn thị khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 1 tuần sau mổ so với trước mổ, 1 tháng sau mổ so với 1 tuần sau mổ ($p < 0,001$). Tuy nhiên, độ loạn thị 3 tháng sau mổ so với 1 tháng sau mổ khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,085$). Sau mổ 1 tuần BN giảm được $0,85 \pm 0,56$ D, sau mổ 1 tháng giảm

được $0,99 \pm 0,50$ D, sau mổ 3 tháng giảm được $1,05 \pm 0,53$ D so với trước mổ. Mức độ giảm độ loạn thị 1 tháng so với trước mổ so với mức độ giảm 1 tuần so với trước mổ khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), nhưng mức độ giảm độ loạn thị 3 tháng so với trước mổ so với mức độ giảm 1 tháng so với trước mổ khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,085$).

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật phaco kết hợp rạch giác mạc vùng rìa điều trị bệnh lý đục thủy tinh thể kèm loạn thị giác mạc đều $\geq 1D$ là phương pháp an toàn và hiệu quả cao sau 1 tháng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Trương Tiến Dũng.** Đánh giá hiệu quả điều chỉnh loạn thị giác mạc trong phẫu thuật nhũ tương hóa thủy tinh thể kết hợp rạch giác mạc rìa. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2022.
- Nguyễn Hoàng Phúc, Nguyễn Công Kiệt, Trương Tiến Dũng.** Đánh giá hiệu quả điều chỉnh loạn thị giác mạc trong phẫu thuật nhũ tương hóa thủy tinh thể kết hợp rạch giác mạc rìa. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024. 540 (1). tr. 329-333.
- Trần Đình Tùng.** Đánh giá hiệu quả điều chỉnh loạn thị giác mạc sẵn có bằng phẫu thuật phaco kết hợp rạch giác mạc rìa. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2012. 16 (1). tr. 211-216.
- Abu-Ain M. S., Al-Latayfeh M. M., Khan M. I.** Do limbal relaxing incisions during cataract surgery still have a role?. BMC Ophthalmol. 2022. 22 (1). p. 102.
- Carvalho M. J., Suzuki S. H., Freitas L. L., et al.** Limbal relaxing incisions to correct corneal astigmatism during phacoemulsification. J Refract Surg. 2007. 23 (5). pp. 499-504.
- Curragh D. S., Hassett P.** Prevalence of Corneal Astigmatism in an NHS Cataract Surgery Practice in Northern Ireland. Ulster Med J. 2017. 86 (1). pp. 25-27.
- Ganekal S., Dorairaj S., Jhanji V.** Limbal relaxing incisions during phacoemulsification: 6-month results. J Cataract Refract Surg. 2011. 37 (11). pp. 2081-2082.
- Naguib M. A., Elrashidy H. E., Samir G.** Treatment of corneal astigmatism by limbal relaxing incisions during phacoemulsification surgery. 2022. 20 (1). pp. 33-38.
- Steinmetz JD.** Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020: the Right to Sight: an analysis for the Global Burden of Disease Study. Lancet Glob Health. 2021. 9 (2). pp. 144-160.
- Yuan X., Song H., Peng G., et al.** Prevalence of Corneal Astigmatism in Patients before Cataract Surgery in Northern China. J Ophthalmol. 2014. p. 536412.