

thai to và các hậu quả liên quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Lam Hương, Hoàng Thanh Hà** (2014), "Nghiên cứu giá trị dự đoán trong lượng thai của thai đủ tháng qua lâm sàng và siêu âm", Tạp chí Phụ Sản, tập 12(1), tr. 58-63.
2. **Lê Thị Yên** (2003), Sơ bộ nhận xét tình hình đẻ của trẻ nặng cân từ 4000gam trở lên trong năm 2002 tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương, Luận văn Bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 48-55.
3. **Li G, Kong L, Li Z, et al** (2014), "Prevalence of macroemia and its risk factors in china: a multicenter survey based on birth data involving 101,723 singleton term infants", Paediatr Perinat Epidemiol, vol. 28(4), pp. 345-350.
4. **Nguyễn Thị Ngọc Hải, Tôn Thất Phúc, Bùi Lập** (2009), Tình hình thai to và thái độ xử trí sản phụ chuyển dạ sinh thai to tại trung tâm y tế huyện Hương Thủy, tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2009, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Huế, tr. 25-36.
5. **Ngô Thị Uyên** (2014), Nghiên cứu cân nặng, chiều dài, vòng đầu của trẻ sơ sinh tương ứng với tuổi thai từ 28- 42 tuần, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội, tr. 12-35, 48-60.
6. **Ngô Thị Uyên, Lê Thủy Hưu** (2011), "Tình hình chẩn đoán xử trí thai to tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng từ tháng 3-4 năm 2008", Tạp chí Y học Thực Hành (774), số 7, tr. 54-57.
7. **Radsapho Buasaykham** (2007), Nghiên cứu một số yếu tố liên quan và thái độ xử trí thai từ 4000g trở lên tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương năm 1996-2006, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 25-35.
8. **Shouyong Gu, et al**, (2012), "Risk factors and long-term health consequence of macrosomia", J Biomed Res, vol26(4), pp. 235- 240.
9. **Stotland NE, et al** (2005), "Risk factors and obstetric complications associated with macrosomia", Int J Gynecol Obstet, vol90(1), pp. 220-226.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỚM ĐỤC THỦY TINH THỂ BẨM SINH Ở TRẺ DƯỚI 7 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN MẮT THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Chí Trung Thế Truyền¹, Võ Thị Hương Lan¹,
Võ Đức Dũng¹, Phạm Minh Khoa¹, Nguyễn Ngọc Anh Tú²,
Nguyễn Trịnh Bảo An², Nguyễn Đình Thảo Vy²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đục thủy tinh thể bẩm sinh không phát hiện và can thiệp phẫu thuật kịp thời trong giai đoạn trước 7 tuổi, có thể dẫn đến nhược thị, làm giảm hiệu quả điều trị. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và phân tích kết quả điều trị phẫu thuật sớm sau 3 tháng theo dõi ở trẻ dưới 7 tuổi bị đục thủy tinh thể bẩm sinh phẫu thuật tại khoa Mắt Nhì – BV Mắt TPHCM. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả, có can thiệp, tiền cứu, cắt dọc. 40 BN từ 1 tháng tuổi đến dưới 7 tuổi, 66 mắt. **Kết quả:** 22 nữ, 18 nam. 20% có bệnh toàn thân ngoài mắt. 4/8 bất thường tim bẩm sinh. 30,3% đục thủy tinh thể gia đình. 67,5% đồng tử trắng. 70% đục hai mắt, 30% đục một mắt. Đục toàn bộ chiếm tỉ lệ cao nhất (33,3%). 33 mắt IOL và 33 mắt aphakic. Thị lực trẻ aphakic từ ĐNT 0,2m đến 2/10; có đặt IOL: từ ĐNT 1m đến 7/10. 72,7% khúc xạ tồn dư thẳng chính. 9,01% có biến chứng hậu phẫu; 6,06% đục trực thị giác. **Kết luận:** 50% mẹ có thai kỳ nguy cơ; 20% có bệnh toàn thân, 10% tim bẩm sinh; 25% tiền căn gia đình có đục thủy tinh thể bẩm sinh; 22,7% có bất thường cấu trúc. 66,7% cải

thiên phân độ thị lực; Khúc xạ tồn dư thẳng chính 72,7%; 77% trẻ phẫu thuật 1 mắt có nguy cơ nhược thị. Biến chứng đục lại trực thị giác 6,06%. **Từ khóa:** Đục thủy tinh thể bẩm sinh, mắt nhì, Phaco A

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND EARLY OUTCOMES OF CONGENITAL CATARACT SURGERY IN CHILDREN UNDER 7 YEARS OLD AT HO CHI MINH CITY EYE HOSPITAL

Introduction: Congenital cataract if untreated before 7, can lead to amblyopia. **Objective:** Describe the clinical characteristics and analyze the surgical outcomes after 3 months of follow-up in children under 7 years old diagnosed with congenital cataracts and indicated for surgery at the Pediatric Ophthalmology Department, HCMC Eye Hospital. **Methods:** A descriptive case series with an interventional, prospective, and longitudinal study design. **Subjects:** Children aged 1 month to under 7 years diagnosed with congenital cataracts and indicated for surgery, meeting the inclusion criteria. **Results:** 40 patients aged 2 to 73 months (22 females-18 males). Systemic conditions were present in 20% of cases, congenital heart defects in 4/8 patients. Family history of cataracts was noted in 30,3%. Leukocoria was the most common chief complain (67,5%). Bilateral cataracts 70%, unilateral 30%. Total cataracts were the most frequent type (33,3%). Structural abnormalities were identified in 5

¹Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Minh Khoa

Email: phamminhkhoa81nk@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2025

Ngày duyệt bài: 9.5.2025

eyes. Surgery was performed on 66 eyes, 33 eyes receiving IOL implantation and 33 left aphakic. Visual acuity ranged from LP 0,2m to 2/10 in aphakic eyes and from LP 1m to 7/10 in IOL-implanted eyes. Residual refractive errors aligned with the "Rule of 7" in 72,7% of cases. 5 cases experienced postoperative complications within 3 months. **Conclusion:** 50% mothers had high-risk pregnancies. Systemic conditions were in 20%, 10% having congenital heart defects. A family history of congenital cataracts was noted in 25%. Total cataracts were the predominant type. Structural abnormalities were present in 22,7% of eyes. Visual acuity improved in 66,7% of cases. Residual refractive errors aligned with the target in 72,7%. Among children undergoing surgery for one eye, 77% remained at risk of amblyopia. Postoperative complications occurred in 9.01% of cases, with 6.06% developing visual axis opacification.

Keywords: Congenital cataract, Pediatric ophthalmology, Phaco Aspiration

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một trong những nguyên nhân hàng đầu gây mất thị lực và có thể điều trị được ở trẻ em là đục thủy tinh thể bẩm sinh.^{1,2} Nếu không được phát hiện và can thiệp phẫu thuật trong giai đoạn trước 7 tuổi, đục thủy tinh thể bẩm sinh có thể gây nhược thị, làm giảm hiệu quả điều trị.³ Điều trị toàn diện đục thủy tinh thể bẩm sinh, bao gồm phẫu thuật, kiểm soát hậu phẫu và hỗ trợ chỉnh quang là những tiêu chí phòng chống mù lòa trong chiến dịch "Thị giác 2020: Quyền được nhìn thấy" của WHO.³⁻⁵ Hiện nay, dữ liệu về biểu hiện lâm sàng, quá trình theo dõi và kết quả điều trị đục thủy tinh thể bẩm sinh ở khu vực phía Nam còn khá hạn chế. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và phân tích kết quả điều trị phẫu thuật đục thủy tinh thể bẩm sinh ở trẻ dưới 7 tuổi tại Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh sau 3 tháng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, có can thiệp, tiến cứu, cắt dọc.

Đối tượng: Trẻ từ 1 tháng tuổi đến dưới 7 tuổi được chẩn đoán đục thủy tinh thể bẩm sinh và có chỉ định phẫu thuật tại khoa Mắt Nhi - Bệnh viện Mắt TP HCM thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian thực hiện nghiên cứu.

Tiêu chuẩn nhận vào: Thỏa tất cả các tiêu chuẩn: ≥ 1 tháng tuổi đến < 7 tuổi tại thời điểm phẫu thuật; Được chẩn đoán xác định đục thủy tinh thể bẩm sinh; Có chỉ định phẫu thuật lấy thủy tinh thể; Chưa từng can thiệp phẫu thuật trên mắt khảo sát; Thân nhân đồng ý cho trẻ tham gia.

Tiêu chuẩn loại trừ: Có một trong các tiêu

chẩn sau sẽ loại khỏi nghiên cứu: Tiền căn chấn thương nhãn khoa; Có bệnh lý tại mắt có ảnh hưởng chức năng thị giác; Tiền căn dùng thuốc có thể gây đục thủy tinh thể thứ phát (sử dụng steroids > 3 tháng); Không thể thực hiện phẫu thuật (PT)

Quy trình: Thu thập thông tin, khám mắt toàn diện bằng đèn sinh hiển vi. Xét nghiệm; khám tiền mê trước mổ. Công suất kính nội nhãn được ước tính theo công thức Hoffer Q cho trục nhãn cầu $< 22\text{mm}$ và SRK/T cho trục nhãn cầu từ 22mm trở lên, dựa trên kết quả đo bằng IOL Master, nếu trẻ không hợp tác, thu thập bằng máy siêu âm A đo trục nhãn cầu và máy đo công suất giác mạc cầm tay dưới gây mê tại phòng mổ. Hiệu chỉnh theo tuổi (06 – 12 tháng tuổi: -25% so với công suất tính được; 13 – 18 tháng tuổi: -20%; 19 – 24 tháng tuổi: -15%; 25 – 36 tháng tuổi: -10 %; 37 – 48 tháng tuổi: -5% và được quyết định sau cùng bởi PTV). Ghi nhận đặc điểm nhãn cầu, phương pháp PT và các sự kiện trong PT. Sau PT, bệnh nhân được theo dõi tại khoa và được quyết định xuất viện bởi các bác sĩ khoa Mắt Nhi. Tái khám nhằm đánh giá tình trạng hậu phẫu 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng. Khúc xạ sau 3 tháng là độ khúc xạ đo được với đèn soi bóng đồng tử, thực hiện bởi các kỹ thuật viên khúc xạ. Trẻ đục thủy tinh thể 2 mắt có chỉ định phẫu thuật, mắt thứ 2 sẽ phẫu thuật 2-4 tuần sau mắt thứ nhất và tiếp tục theo dõi đồng thời theo lịch tái khám tương tự. Hậu phẫu ổn định có thể tiếp tục được theo dõi và điều trị hỗ trợ nhược thị (nếu có) tại phòng khám lé.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng: 40 BN từ 2 tháng tuổi đến 73 tháng tuổi. Tuổi phát hiện bệnh từ lúc mới sinh đến 54 tháng tuổi với trung vị là 4 tháng tuổi. Có 7 trường hợp trì hoãn PT hơn 1 năm. Có 22 bé gái (55%) và 18 bé trai (45%). Đa số dân tộc Kinh (35 ca). 5 trẻ thuộc dân tộc khác (12,5%). 4 bệnh nhân sống tại TP HCM (10%), 36 ca đến từ các tỉnh thành. 29 trẻ sinh đủ tháng (72,5%), 11 trẻ thiếu tháng (27,5%). Trẻ nhẹ cân sơ sinh 100% đục thủy tinh thể cả 2 mắt. Trẻ có cân nặng lúc sinh bình thường, tỉ lệ đục thủy tinh thể 1 mắt và 2 mắt là 37,1% và 62,9%. Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa về số mắt đục thủy tinh thể và tình trạng cân nặng lúc sinh ($p=0,298 > 0,05$). 8 BN (20%) có bệnh lý ngoài mắt. 4/8 có bất thường tim bẩm sinh (10%). 3 BN thành hội chứng gồm 1 hội chứng Down, 1 hội chứng Lowe và 1 hội chứng Rubella. 20/66 mắt (30,3%) đục thủy tinh thể có tiền căn gia đình, trong đó 100% đục cả

hai mắt. 67,5% đục thủy tinh thể bẩm sinh phát hiện đồng tử trắng, 1 ca (2,5%) chẩn đoán khi khám tầm soát sau phát hiện bệnh ở em ruột. 28 BN (70%) đục hai mắt và 12 BN (30%) đục một mắt. Chiếm tỉ lệ cao nhất là đục thủy tinh thể toàn bộ (33,3%). Trong nhóm BN đục thủy tinh thể một mắt, hình thái đục phối hợp chiếm đa số và 7/8 mắt có tình trạng đục bao sau kèm theo. 15 mắt (22,7%) có bất thường cấu trúc khác. Nhóm đục 1 mắt thường gặp bất thường cấu trúc hơn nhóm đục 2 mắt ($p < 0,001$). 7 mắt lè (10,6%), 21 mắt rung giật nhãn cầu (31,8%) hoặc đồng thời cả 2, (4 mắt - 6,1%). 31 mắt (46,97%) có đường kính giác mạc nhỏ.

3.2. Kết quả phẫu thuật: 2 mắt (3%) Phaco A và bảo tồn bao sau thủy tinh thể. 64 mắt (97%) phẫu thuật Phaco A có cắt bao sau và cắt pha lê thể trước. 33 mắt (50%) được đặt IOL gồm 30 mắt đặt kính trong bao thủy tinh thể (90,91%) và 3 mắt đặt kính trong rãnh thể mi (9,09%) do có khiếm khuyết bao thủy tinh thể rộng, không đảm bảo đặt trong bao. 33 mắt (50%) aphakic sau PT. 47 mắt đo được thị lực với thị lực ĐNT 0,2m đến 2/10, trung bình 0,7/10 ở nhóm không IOL. Nhóm trẻ có đặt IOL thị lực từ ĐNT 1m đến 7/10 với trung bình 0,2/10. 7 mắt có bất thường cấu trúc đều có thị lực dưới 3/10 sau PT. Thị lực sau PT của 11/23 mắt (48%) có kèm lè/RGNC thấp hơn ĐNT 3m. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,247 > 0,05$). Phân tích nhãn áp dựa trên kết quả 43 mắt đo được bằng Icare. Trẻ đặt IOL có nhãn áp sau PT cao hơn trước PT, khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Trẻ đặt IOL có độ khúc xạ tồn dư từ -3,75 đến +11,5D. Chênh lệch khúc xạ ở nhóm đặt kính trong rãnh thể mi lớn hơn nhóm đặt trong bao thủy tinh thể. Khác biệt này có ý nghĩa với $p = 0,042 < 0,05$ (kiểm định t). Trong 33 mắt đặt IOL, so sánh khúc xạ tồn dư với mục tiêu khúc xạ theo "Quy tắc số 7" có chênh lệch từ 0 đến 7,75D với giá trị trung bình 3,13D; 72,7% mắt thẳng chính (thấp hơn mục tiêu $> 1D$), 6 mắt (18,2%) đạt chính chính ($\pm 1D$) và 6 mắt (9,1%) thiếu chính (cao hơn mục tiêu $> 1D$). So sánh giữa hai nhóm về tình trạng bất đồng khúc xạ độ cao, nhóm có đặt IOL độ khúc xạ chênh lệch giữa hai mắt trên 3D là 62,5%. Sau 3 tháng, 5 trường hợp có ít nhất một biến chứng hậu phẫu, trong nhóm có đặt IOL nhiều hơn nhóm không đặt kính. Không có ca bệnh nào đạt được thị lực tốt trong số này.

IV. BÀN LUẬN

Tại Việt Nam các nghiên cứu trước thường ghi nhận tuổi PT mà ít đánh giá đến thời gian trì

hoãn. Còn 7 trường hợp có thời điểm PT hơn 1 năm kể từ khi bất thường được nhận diện. Nhận thức về bệnh lý đục thủy tinh thể bẩm sinh còn hạn chế, người thân không nhận ra tầm quan trọng của việc can thiệp PT sớm. Trẻ đục thủy tinh thể một bên, vẫn sinh hoạt nhờ thị lực mắt còn lại, khiến người chăm sóc ít chú ý đưa trẻ đến khám và PT. Thiếu hụt và phân bố không đồng đều trong hệ thống chăm sóc y tế, đặc biệt ở các vùng nông thôn, trẻ phải di chuyển xa để có thể tiếp cận các cơ sở y tế chuyên khoa, góp phần gây ra sự trì hoãn. Ngoài ra, trẻ có hội chứng toàn thân hoặc kèm theo bệnh lý tim bẩm sinh cần được ưu tiên điều trị ổn định toàn trạng trước khi can thiệp đến triệu chứng nhãn khoa. Một số trường hợp chi phí PT, hoặc người chăm sóc phải bỏ ngày làm việc là rào cản khiến trẻ không được PT sớm. 100% trẻ nhẹ cân dưới 2500g ở thời điểm sơ sinh có tình trạng đục thủy tinh thể 2 mắt. Đặc điểm này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Sasapin.⁶ Các tác giả lý giải tình trạng nhẹ cân sơ sinh có thể là hệ quả của quá trình rối loạn chuyển hóa đường, hoặc thiếu máu thai kỳ dẫn đến cung cấp dinh dưỡng kém khi trẻ ở giai đoạn bào thai và kết quả gây đục thủy tinh thể cả 2 mắt.

Bảng 1. So sánh tiền căn thai kỳ của mẹ

Tác giả	Bệnh nhân	Thai kỳ nguy cơ (%)
V.M.Sigh (2021)	109	23,8 triệu chứng nguy cơ
M.Kimhong (2029)	102	14,2
N.Đ.Thảo Vy (2024)	40	40

Nguyên nhân nhiễm trùng là yếu tố nguy cơ hàng đầu cho bệnh lý đục thủy tinh thể bẩm sinh. Ngoài ra, bệnh được miêu tả trong các hội chứng bẩm sinh và tình trạng bất thường tim cũng thường xuất hiện kèm theo triệu chứng ở mắt. Điều này được lý giải bởi nguồn gốc phôi thai của thủy tinh thể và hệ thống tuần hoàn có sự tương tác mật thiết trong giai đoạn sớm của quá trình phát triển. Tầm soát tình trạng toàn thân ở trẻ đục thủy tinh thể bẩm sinh là cần thiết giúp phát hiện và can thiệp kịp thời các bất thường đa cơ quan khác.

Đục thủy tinh thể toàn bộ là dạng lâm sàng phổ biến nhất. Hình thái này thường là kết quả của việc chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị. Đối với những trường hợp có rối loạn nặng trong giai đoạn thai kỳ, hình thái đục thủy tinh thể toàn bộ có thể biểu hiện sớm khi trẻ vừa chào đời, nhờ đó trẻ có thể được phát hiện và PT sớm.

Bảng 2. So sánh bất thường cấu trúc nhãn cầu kèm theo

Thông tin	X.DingSingh	Kaby-belkova	N.Đ. Thảo Vy
Tồn lưu mạch máu phôi thai	10,9%	3,6%	17,5%
Coloboma		0,9%	11,4%
Tồn lưu màng đồng tử			1%
Tật không mỏng mắt			11,3%
Khuyết bao sau	26,7%		10,6%
Bất thường bán phần sau		3,6%	3,0%

Khuyết bao sau thủy tinh thể là bất thường cấu trúc có tỉ lệ cao nhất, tương đồng với nghiên cứu của Ding về bất thường cấu trúc bao sau thủy tinh thể ở trẻ đục thủy tinh thể bẩm sinh. Nếu không thận trọng trong thao tác PT, khuyết bao sau làm tăng nguy cơ xảy ra biến chứng rơi chất nhân vào pha lê thể, tăng áp do pha lê thể ra tiền phòng, và gây khó khăn khi đặt IOL trong bao, v.v. Tồn lưu mạch máu phôi thai thường thấy ở những mắt đục thủy tinh thể một bên nhiều hơn đục cả hai mắt. Tồn lưu mạch máu nguyên thủy làm tăng khả năng xảy ra biến chứng xuất huyết nội nhãn và tăng áp thứ phát sau khi can thiệp PT. Ngoài ra, theo Zhang và cộng sự, giác mạc nhỏ là yếu tố nguy cơ xảy ra biến chứng glaucoma thứ phát sau PT đục thủy tinh thể bẩm sinh.⁷ Tình trạng giác mạc nhỏ hơn giới hạn bình thường theo tuổi trong nghiên cứu chiếm tỉ lệ cao đến 46,97%, do chúng tôi xác định giác mạc nhỏ dựa trên số liệu bình thường theo tuổi của Costa⁸ thay vì dùng ngưỡng 9,5mm như nghiên cứu khác.

Sau PT, 23,4% mắt đạt thị lực trung bình – tốt, thuộc nhóm có đặt IOL, cao hơn nghiên cứu của Wilhelm và Kimhong. 76,6% thị lực kém, hơn 60% thuộc nhóm không đặt IOL. Wilhelm có thời gian theo dõi dài hơn, tỉ lệ bỏ theo dõi và bỏ trị cao, các biến chứng muộn hậu phẫu xuất hiện khiến kết quả thị lực không khả quan. Nghiên cứu của Kimhong ghi nhận thị lực tốt hầu hết ở nhóm có PT cắt bao sau - dịch kính trước và đặt IOL, các trường hợp lấy thủy tinh thể không đặt IOL thì không được xử lý bao sau, vì vậy biến chứng đục bao sau có thể là lý do khiến thị lực kém. Ở trẻ nhỏ không được đặt IOL, chúng tôi đánh giá thị lực sau chỉnh kính với kính gọng, tuy nhiên nhiều trẻ chưa thích nghi việc đeo kính, định thị chưa ổn định nên cũng có thể ảnh hưởng kết quả đo thị lực.

Bảng 3. So sánh độ chênh khúc xạ trung bình

Tác giả	Độ chênh khúc xạ (Diop)
V.T.C.Nga (2012)	-3,62±4,5 (-13,56;+2,55)

N.Đình Thảo Vy (2024)	-2,26±2,8 (-7,75;+ 5,5)
Độ chênh khúc xạ = Khúc xạ tồn dư – khúc xạ mục tiêu	
Số liệu được trình bày dưới dạng Trung bình ± Độ lệch chuẩn (nhỏ nhất; lớn nhất).	

Nghiên cứu này có cùng quy ước hiệu chỉnh công suất IOL với tác giả Võ Thị Chinh Nga⁹. Tuy nhiên nghiên cứu năm 2012, độ chênh khúc xạ tồn dư cao hơn. Điều này có thể do chúng tôi sử dụng công thức ước tính Hoffer Q cho trục nhãn cầu dưới 22mm và SRK/T cho trục nhãn cầu từ 22mm trở lên thay vì chỉ dùng SRK/T cho toàn bộ mẫu khảo sát. Khúc xạ tồn dư sau PT còn thấp chính so với công suất kính để đạt khúc xạ mục tiêu, dẫn đến trẻ có khả năng cận thị trong quá trình phát triển kéo dài trục nhãn cầu. Dù nhiều nghiên cứu đã được thực hiện, việc lựa chọn công thức ước tính và quy tắc hiệu chỉnh công suất IOL cho trẻ em vẫn còn nhiều thách thức. Bất đồng khúc xạ giữa hai mắt trên 3D hơn 60% số ca PT một mắt cho thấy nguy cơ nhược thị cao ở những trường hợp này, mặc dù thời gian 3 tháng là không đủ để đánh giá toàn diện nguy cơ nhược thị trên nhóm BN nghiên cứu. Tỉ lệ xảy ra biến chứng hậu phẫu cũng như phải can thiệp bổ sung trong nghiên cứu thấp hơn các tác giả khác. Tình trạng đục trục thị giác của chúng tôi là 6,06% tại thời điểm 3 tháng sau PT do 90% các ca bệnh được cắt bao sau và cắt dịch kính trước. Thời gian theo dõi của chúng tôi tương đối ngắn nên chỉ bước đầu đánh giá các biến chứng hậu phẫu sớm trong 3 tháng, các tác giả có thời gian theo dõi dài hơn, thường ghi nhận được tỉ lệ các biến chứng muộn cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Tuổi từ 2 đến 73 tháng tuổi. 7 ca (17,5%) trì hoãn phẫu thuật hơn 1 năm từ khi phát hiện. Xuất hiện đồng đều ở hai giới, không ảnh hưởng bởi địa dư và dân tộc. Đồng tử trắng là lý do đến khám phổ biến. 50% mẹ có thai kỳ nguy cơ, 25% biểu hiện sốt. Bất thường tim bẩm sinh là tình trạng thường gặp, chiếm 10%. Đục thủy tinh thể bẩm sinh 2 mắt nhiều hơn 1 mắt. Bất thường cấu trúc thường thuộc nhóm đục 1 mắt. Trẻ có tiền căn gia đình hoặc cân nặng lúc sinh dưới 2500g thường đục cả 2 mắt. Đục toàn bộ, 2 mắt chiếm đa số. Đục 1 mắt thường đục phôi hợp. 22,7% kèm bất thường cấu trúc khác; 10,61% có khuyết bao sau. 47% mắt có giác mạc nhỏ. Tuổi PT và tình trạng IOL có ảnh hưởng kết quả thị lực. 86,4% cải thiện thị lực trước và sau PT 3 tháng. Không có sự khác biệt về kết quả thị lực giữa nhóm đục 1 mắt và 2 mắt. Hình thái đục thủy tinh thể; bất thường cấu

trúc nhãn cầu và tình trạng ló/SGNC trước PT không gây khác biệt về kết quả thị lực. Nhóm đặt IOL có nhãn áp cao hơn nhóm không đặt kính, đặc biệt trong 1 tuần đầu. 9,01% có biến chứng hậu phẫu; gây khác biệt về kết quả thị lực, nhưng không ảnh hưởng bởi tình trạng đặt IOL. Biến chứng đục trục thị giác có tỉ lệ thấp (6,06%). Hơn 80% không đạt khúc xạ mục tiêu, chủ yếu là thẳng chính (72,7%). Độ chênh khúc xạ ở nhóm IOL trong rãnh thể mi cao hơn nhóm IOL trong bao thủy tinh thể. 10/13 ca bệnh (77%) PT 1 mắt có nguy cơ nhược thị do bất đồng khúc xạ giữa hai mắt trên 3D. Hơn 90% trẻ được chỉnh quang với kính gọng, 16% cần phối hợp tập che mắt để cải thiện nguy cơ nhược thị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **A. Yekta, E. Hooshmand, M. Saatchi, et al.** Global Prevalence and Causes of Visual Impairment and Blindness in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Curr Ophthalmol.* Jan-Mar 2022;34(1):1-15. doi:10.4103/joco.joco_135_21
2. **Behzad Mansouri, Rebecca C. Stacy, Joshua Kruger, Dean M. Cestari.** Deprivation Amblyopia and Congenital Hereditary Cataract. *Seminars in Ophthalmology.* 2013/09/01 2013;28(5-6): 321-326. doi:10.3109/08820538.2013.825289
3. **A. Yeritsyan, A. V. Surve, B. Ayinde, et al.** Efficacy of Amblyopia Treatments in Children Up to Seven Years Old: A Systematic Review. *Cureus.* Mar 2024;16(3): e56705. doi:10.7759/cureus.56705
4. **P. D. Lenhart, S. R. Lambert.** Current management of infantile cataracts. *Surv Ophthalmol.* Sep-Oct 2022;67(5):1476-1505. doi:10.1016/j.survophthal.2022.03.005
5. **D. Yorston.** The global initiative vision 2020: the right to sight childhood blindness. *Community Eye Health.* 1999;12(31):44-5.
6. **S. G. Prakashakorn, S. A. Rasmussen, S. R. Lambert, M. A. Honein.** Assessment of risk factors for infantile cataracts using a case-control study: National Birth Defects Prevention Study, 2000-2004. *Ophthalmology.* Aug 2010;117(8): 1500-5. doi:10.1016/j.ophtha.2009.12.026
7. **Zuhui Zhang, Yana Fu, Jiajun Wang, et al.** Glaucoma and risk factors three years after congenital cataract surgery. *BMC Ophthalmology.* 2022/03/12 2022;22(1):118. *BMC Ophthalmology.* doi:10.1186/s12886-022-02343-9
8. **A.M. C. Costa, N. Calixto, E.G. Milhomens, S. Cronemberger.** Axial Length, Anterior Chamber Depth, Lens Thickness and Horizontal Corneal Diameter in Normal Children. *Investigative Ophthalmology & Visual Science.* 2005;46(13): 671-671.
9. **Võ Thị Chính Nga, Phan Thị Anh Thư, Trần Thị Kim Loan.** Đánh giá kết quả khúc xạ ban đầu đặt kính nội nhãn nguyên phát ở trẻ em. 2012;16(1):80-84.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ XÉT NGHIỆM ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ UNG THƯ DI TRUYỀN TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÚ ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Nguyễn Hồng Hoa¹, Nguyễn Thị Dung², Trịnh Hồng Hạnh²,
Nguyễn Thị Huyền Trang², Nguyễn Minh Tân², Đào Đức Tiến²,
Nguyễn Thị Trúc², Đặng Thị Ngọc Quỳnh², Nguyễn Thị Thắm²,
Nguyễn Văn Hữu², Trần Văn Đủ¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay tại Việt Nam nhiều bệnh nhân ung thư vú (UTV) chưa được tư vấn và xét nghiệm đánh giá nguy cơ ung thư di truyền vì những rào cản nhất định. Tìm hiểu kiến thức, thái độ của bệnh nhân UTV về xét nghiệm này là cơ sở để nâng cao hiệu quả của công tác tư vấn di truyền. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm kiến thức, đặc điểm thái độ về xét nghiệm khảo sát đột biến gen đánh giá nguy cơ UTV di truyền trên bệnh nhân UTV đến khám

tại BVQY 175. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca trên 292 bệnh nhân UTV đến khám tại BVQY 175 thời gian từ tháng 10/2023 đến tháng 3/2024. **Kết quả:** Điểm kiến thức trung bình về xét nghiệm khảo sát đột biến gen đánh giá nguy cơ UTV di truyền của ĐTNC là $2,7 \pm 1,5$ điểm trên tổng số 9 điểm. Hầu hết người tham gia đồng ý/ rất đồng ý với 8/10 mục thái độ tích cực ở mức cao từ 71,2% đến 96,2% và đồng ý/rất đồng ý với 10/13 mục thái độ tiêu cực ở mức thấp từ 2,7% đến 33,9%. **Kết luận:** Mặc dù kiến thức còn hạn chế nhưng đa phần bệnh nhân UTV có quan điểm khá tích cực với xét nghiệm khảo sát đột biến gen đánh giá nguy cơ ung thư di truyền. **Từ khóa:** Kiến thức, thái độ, xét nghiệm gen, ung thư vú di truyền

SUMMARY

KNOWLEDGE AND ATTITUDE TOWARDS GERMLINE GENETIC TESTING AMONG

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Quân Y 175

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Hoa

Email: drhonghoa@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 12.5.2025