

PHỤC HỒI TOÀN HÀM BẰNG CHỤP SỨ CHO BỆNH NHÂN SINH MEN BẤT TOÀN CÓ GIẢM KÍCH THƯỚC DỌC KHỚP CĂN: CA LÂM SÀNG

Chu Thị Quỳnh Hương¹, Phạm Minh Trí², Hà Thị Thúy¹

TÓM TẮT

Sinh men bất toàn (amelogenesis imperfecta) là bệnh lý di truyền tương đối hiếm, được đặc trưng bởi khiếm khuyết men răng gây mòn răng nghiêm trọng và giảm kích thước dọc khớp cắn. **Mục tiêu:** Mô tả ca lâm sàng trên người bệnh là nam giới, 17 tuổi mắc sinh men bất toàn được phục hồi toàn hàm bằng chụp sứ zirconia vùng trước và chụp sứ hợp kim titan vùng răng hàm tại Khoa Phục hình, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương từ ngày 14/6/2023 đến 19/5/2025. **Phương pháp:** Quy trình điều trị bao gồm 3 bước: điều trị tình trạng nha chu và hàn các răng sâu kẽ và mặt nhai; nâng kích thước dọc khớp cắn 5mm vùng răng trước và 3mm vùng răng hàm; phục hình toàn hàm Zirconia vùng răng trước và chụp sứ hợp kim titan vùng răng hàm. **Kết quả:** Sau hai năm theo dõi và tái khám, kết quả phục hồi toàn hàm bằng chụp sứ zirconia vùng trước và chụp sứ hợp kim titan vùng răng hàm cho người bệnh nam giới, 17 tuổi mắc bệnh sinh men bất toàn rất thành công. Các chức năng ăn nhai, thẩm mỹ và phát âm được cải thiện rõ rệt. Khớp cắn ổn định, phục hình nguyên vẹn, không viêm lợi, có xuất hiện tụt lợi nhẹ vùng răng hàm nhỏ (25,35,36) với kích thước 0,5mm ở phía gần. Người bệnh hài lòng với kỹ thuật phục hình. **Kết luận:** Với người bệnh sinh men bất toàn, phương pháp phục hồi toàn hàm bằng chụp sứ zirconia vùng trước và chụp sứ hợp kim titan vùng răng hàm có kết quả tốt về thẩm mỹ và chức năng ăn nhai. **Từ khóa:** Sinh men bất toàn, phục hình toàn hàm, zirconia, ca lâm sàng.

SUMMARY

FULL-MOUTH RESTORATION WITH CERAMIC CROWN FOR PATIENT WITH ENAMEL IMPERFECTION WITH VERTICAL OCCLUSION REDUCTION: A CLINICAL CASE

Amelogenesis imperfecta is a relatively rare genetic disease characterized by enamel defects causing severe tooth wear and reduced vertical occlusal dimensions. **Objective:** To describe a clinical case of a 17-year-old male patient with amelogenesis imperfecta who underwent full-mouth restoration with zirconia crowns in the anterior region and titanium alloy crowns in the molar region at the Department of Prosthodontics, National Hospital of Odontostomatology Hanoi, period of 2023 to 2025. **Method:** The treatment process includes 3 steps: treatment of periodontal conditions and filling of interdental caries

and occlusal surfaces; increasing the vertical occlusal dimensions by 5mm in the anterior region and 3mm in the molar region; full-mouth restoration with zirconia in the anterior region and titanium alloy crowns in the molar region. **Results:** After two years of follow-up and re-examination, the results of full-mouth restoration with zirconia porcelain crowns in the anterior area and titanium alloy porcelain crowns in the molar area for a 17-year-old male patient with enamel imperfecta were very successful. Chewing, aesthetic and pronunciation functions were significantly improved. The bite was stable, the restoration was intact, no gingivitis, there was slight gingival recession in the premolar area (25, 35, 36) with a size of 0.5mm in the proximal area. The patient was satisfied with the restoration technique. **Conclusion:** For patients with incomplete enamel, the method of full-mouth restoration using zirconia porcelain crowns in the anterior area and titanium alloy porcelain crowns in the molar area has good results in terms of aesthetics and chewing function.

Keywords: Imperfect enamel, full-mouth restoration, zirconia, clinical case.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh men bất toàn hay còn gọi là thiếu sản men răng di truyền. Bệnh có thể được hiểu là các thành phần nội bì răng vẫn phát triển bình thường, chỉ có phần men răng là bị thiếu hụt do xuất hiện sự gián đoạn trung bì trong giai đoạn phôi của men răng, bệnh có thể gây thiếu sản răng sữa và răng vĩnh viễn. Đây là tình trạng bệnh lý do di truyền rối loạn phát triển gây ra khiếm khuyết men răng và ngà răng làm cho răng ít kháng lại mài mòn vật lý và hóa học diễn ra trong quá trình trưởng thành, xuất hiện từ lúc bắt đầu thay răng vĩnh viễn, men răng nếu có cũng dễ bị vỡ dẫn tới tình trạng răng mòn, ê buốt nhạy cảm nhiều, sâu răng và giảm kích thước dọc khớp cắn, gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng sống của người bệnh^{1,2}. Tỷ lệ mắc bệnh dao động từ 1/718 đến 1/14.000, tùy thuộc vào quần thể được nghiên cứu². Sinh men bất toàn thiếu sản chiếm 60 – 73% trong tổng số các trường hợp và sinh men bất toàn giảm trưởng thành chiếm 20 – 40% và sinh men bất toàn giảm canxi chiếm 7%². Sinh men bất toàn thường gặp ở cả người lớn và trẻ em, bệnh có nhiều mức độ khác nhau. Do men răng khi đã bị mất đi thì không thể hồi phục được, tình trạng men răng nếu để lâu sẽ ngày càng xấu đi, nên khi men răng có các dấu hiệu bất thường, người bệnh nên đến các cơ sở nha khoa uy tín để điều

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương

²Trường Đại học Kinh doanh công nghệ Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Chu Thị Quỳnh Hương

Email: quynhhuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.5.2025

Ngày duyệt bài: 2.7.2025

trị kịp thời. Sinh men bất toàn bao gồm 3 loại: thể thiếu sản: bất thường xảy ra trong sự hình thành khung hữu cơ; thể kém khoáng hóa: bất thường xảy ra trong quá trình khoáng hóa khung hữu cơ; thể kém trưởng thành: bất thường xảy ra trong quá trình trưởng thành của khung hữu cơ. Khác với thiếu sản men răng do tác động của môi trường: các yếu tố từ môi trường tác động tới các tế bào tạo men, có thể ảnh hưởng đến cả răng sữa và răng vĩnh viễn. Cả ngà răng và men răng đều bị tác động theo các mức độ khác nhau².

Các triệu chứng của bệnh lý sinh men bất toàn khá đa dạng. Khi bị sinh men bất toàn xảy ra ở trẻ, răng sữa của bé bị mủn, cụt răng dần, thường cụt phía gần chân răng, dễ gãy răng; bề mặt răng bị đổi màu, răng lốm đốm màu đen hoặc đốm màu vàng cho đến nâu nằm rải rác khắp bề mặt răng; răng bị tê buốt, đau nhức khi ăn nóng hoặc lạnh. Tình trạng tê buốt tăng dần theo mức độ của tình trạng khiếm khuyết men răng, ban đầu có thể chỉ là những cơn tê buốt nhẹ, sau tăng dần thành những cơn tê buốt kéo dài, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống người bệnh^{3,4}.

Về phương pháp điều trị: Tùy theo mức độ bệnh, các bác sĩ sẽ lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp. Bổ sung Fluor khi tình trạng men răng mỏng ở mức độ nhẹ, bệnh nhân có thể được bác sĩ hướng dẫn bổ sung Fluor để cải thiện tình trạng của men răng. Fluor có thể được bổ sung theo hai đường là dùng toàn thân và dùng tại chỗ. Trám răng: giúp bù đắp men răng, làm răng khỏe hơn đồng thời tái tạo sự thẩm mỹ cho răng. Phương pháp bọc răng sứ là phương pháp khắc phục một cách toàn diện, mang đến hiệu quả lâu dài nhất cho bệnh nhân bị sinh men bất toàn, đặc biệt trong trường hợp nặng. Răng sứ bao bọc bên ngoài răng, giúp bảo vệ răng khỏi các kích thích từ bên ngoài, đồng thời với thiết kế riêng về hình dáng, màu sắc phù hợp với từng người, răng sứ đảm bảo được chức năng ăn nhai và tính thẩm mỹ cao^{4,5,6}. Chúng tôi mô tả ca lâm sàng và đánh giá kết quả sau 2 năm điều trị để đưa ra các bằng chứng hiệu quả điều trị của phương pháp chụp sứ zirconia vùng trước và chụp sứ hợp kim titan vùng răng hàm Khoa Phục hình, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh là nam giới, 17 tuổi đến khám chữa bệnh tại Khoa Phục hình, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương ngày 14/6/2023. Các triệu chứng bao gồm răng mủn dần dễ vỡ, màu sắc vàng nâu xấu đánh chải răng không hết, ê buốt khi ăn nóng

lạnh, khó ăn nhai người bệnh mất tự tin khi giao tiếp hàng ngày. Các triệu chứng lâm sàng bao gồm mất gần như hoàn toàn men răng toàn bộ răng hai hàm, bề mặt răng xốp, rỗ nhiều mảng bám và cao răng, răng sâu kể các răng hàm trên và hàm dưới, khớp cắn sâu, khớp cắn loại II. Người bệnh mắc đa sâu răng, sâu các kẽ răng, chưa có tổn thương tủy, mất gần như hoàn toàn men răng, giảm kích thước dọc khớp cắn. Trên hình ảnh X-quang phim Panorama thấy không còn men răng nhưng chưa tổn thương tủy. Người bệnh không đau mỏi cơ, không có bất thường về khớp thái dương hàm. Người bệnh được chẩn đoán mắc bệnh sinh men bất toàn toàn bộ hai hàm.



Ảnh trước khi làm



Ảnh chụp thẳng trước khi làm



Ảnh chụp nghiêng trước khi làm



Ảnh chụp trong miệng hàm trên



Ảnh chụp trong miệng hàm dưới



Răng cửa trên mòn mất 1/3 rìa cắn



Răng cửa dưới



Phim Panorama trước khi làm

Hình 1. Hình ảnh người bệnh khi nhập viện trước khi làm phục hình

(số bệnh án: 074205/23)

Sau khi được khám bệnh và hội chẩn, các bác sĩ thống nhất hướng điều trị bao gồm: điều trị nha chu và hàn các răng sâu kể sâu 5mm vùng răng trước và 3mm vùng răng hàm; phục hình toàn hàm Zirconia vùng răng trước và chụp sứ hợp

kim titan vùng răng hàm. Sau khi được thông báo về phương pháp điều trị, người bệnh hoàn toàn đồng ý tự nguyện được điều trị và tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Báo cáo ca lâm sàng.

Quy trình điều trị được tiến hành theo 5 bước:

Bước 1: Điều trị ban đầu: Hướng dẫn người bệnh vệ sinh răng miệng hàng ngày và theo đúng kỹ thuật chải răng thường qui; tiến hành lấy cao răng và điều trị nha chu; hàn phục hồi mặt nhai các răng sâu (16,17,26,36,46,47), hàn phục hồi các kẽ răng sâu bằng vật liệu GIC Fuji IX.

Bước 2: Thu thập dữ liệu và lập kế hoạch phục hình: Người bệnh được chụp ảnh và lấy dấu sơ khởi, làm mẫu hàm nghiên cứu. Đo kích thước từ cổ răng 11 đến cổ răng 41 ở cắn khít tối đa là 10mm, chiều dài răng 11, 21 là 6mm. Lên giá khớp bán thích ứng (Pro Arch 2, Shofu, Japan) và cung mặt, xác định kích thước dọc khớp cắn mới dựa vào đo khoảng nghỉ giữa hai hàm, và có kích thước cắn khít đo được liên hàm hai răng cửa giữa là 10mm, kích thước dọc mới dự kiến tăng thêm là 5mm cho các răng trước (lúc này kích thước đo được liên răng cửa là 15mm, bình thường là 18mm), 3mm cho các răng sau để đảm bảo bảo vệ răng và có kích thước cho vật liệu phục hình, cải thiện mối quan hệ răng cửa, răng nanh, khớp cắn hài hòa thẩm mỹ. Trao đổi thông tin với kỹ thuật viên để làm Wax-up mẫu sáp chẩn đoán với kích thước dọc tăng 5mm vùng trước và 3mm vùng răng hàm.

Bước 3: Tiến hành làm mô phỏng (mock-up) và răng tạm: Mock-up trực tiếp bằng silicon từ mẫu wax-up, kiểm tra phát âm, chức năng và thẩm mỹ trên miệng. Làm răng tạm bằng vật liệu (Luxatemp, DMG, Germany), cho bệnh nhân đeo trong 4 tuần, chỉnh khớp cắn định kỳ hằng tuần để thích ứng cơ nhai. Sau 4 tuần khám lại, người bệnh ăn hài lòng với thẩm mỹ của răng tạm, thoải mái với kích thước dọc mới, phát âm bình thường, không đau mỏi cơ, khớp thái dương hàm.

Bước 4: Phục hình cố định: Để đảm bảo giữ được kích thước dọc mới và tương quan hai hàm, quá trình phục hình chính thức được chia làm 3 giai đoạn: phục hồi nhóm răng trước gồm 8/8 răng tạo hướng dẫn răng cửa và răng nanh trước, giữ nguyên khớp cắn hai bên răng hàm cho tới lúc lắp răng cửa, tiếp theo phục hồi răng trên và răng dưới răng hàm cung 1, và cuối cùng phục hồi cung 2, 3.

Phục hình vùng răng trước (14-24, 34-44): Tháo răng tạm vùng trước, mài chuẩn bị cùi răng

tối thiểu bảo tồn tổ chức răng tránh ảnh hưởng tủy. Tiến hành đặt chỉ co lợi, lấy dấu bằng silicone 2 thì (DMG, Germany). Mẫu được chuyển vào còng nhai ProArch 2 (Shofu, Japan). Làm chụp zirconia (Cercon, Germany) theo mẫu răng tạm, gắn bằng Fuji Plus (GC, Japan) lấy chất gắn thừa, điều chỉnh hướng dẫn răng cửa và khớp cắn.

Phục hình vùng răng hàm (15-17, 25-27, 35-37, 45-47): Phục hình cung 1 và 4 cùng một thì sau khi gắn chụp sẽ phục hình cung 2,3. Tháo răng tạm vùng hàm trên và dưới từng bên một, mài tối thiểu, tránh lộ tủy. Đặt chỉ co lợi, lấy dấu bằng silicone hai thì, labo chế tạo chụp hợp kim titan sứ. Gắn phục hình bằng Fuji Plus, điều chỉnh khớp cắn đảm bảo hướng dẫn nhóm, cân bằng chức năng.

Bước 5: Tái khám và bảo trì định kỳ: Tiếp tục hướng dẫn vệ sinh răng miệng định kỳ và kiểm tra phục hình và điều chỉnh khớp cắn 6 tháng/lần.



Ghi dữ liệu bằng cung mặt ProArch II



Chuyển từ cung mặt lên còng nhai Chuyển nâng khớp bằng dấu khóa silicone



Mẫu thạch cao hai hàm được lên tương quan kích thước dọc mới để chuyển cho labo

Hình 2. Hình ảnh kỹ thuật tiến hành nâng kích thước dọc

(số bệnh án: 074205/23)

III. KẾT QUẢ PHỤC HÌNH

Sau hai năm theo dõi và tái khám, kết quả phục hồi toàn hàm bằng chụp sứ zirconia vùng trước và chụp sứ hợp kim titan vùng răng hàm cho người bệnh nam giới, 17 tuổi mắc bệnh sinh men bất toàn rất thành công.



Hình ảnh ngay sau khi gắn phục hình

Hàm dưới ngay sau khi gắn



Hàm trên ngay sau khi gắn



Ảnh cười của người bệnh sau khi gắn

Hình 3. Hình ảnh kết quả phục hình của người bệnh sau khi gắn chụp

(số bệnh án: 074205/23)

Các chức năng ăn nhai, thẩm mỹ và phát âm được cải thiện rõ rệt. Khớp cắn ổn định, phục hình nguyên vẹn, không viêm lợi, có xuất hiện tụt lợi nhẹ vùng răng hàm nhỏ (25,35,36) với kích thước 0,5mm ở phía gần. Người bệnh hài lòng với kỹ thuật phục hình.



Hình ảnh trong miệng sau 2 năm gắn phục hình hàm trên



Hình ảnh trong miệng sau 2 năm gắn phục hình hàm dưới



Hình ảnh chụp hai hàm sau hai năm gắn phục hình



Hình ảnh cười sau hai năm gắn phục hình



Hình ảnh XQ phim Panorama sau 2 năm gắn phục hình

Hình 4. Hình ảnh kết quả phục hình của người bệnh sau 2 năm phục

(số bệnh án: 074205/23)

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sau hai năm theo dõi và tái khám, kết quả phục hồi toàn hàm bằng chụp sứ zirconia vùng trước và chụp sứ hợp kim titan vùng răng hàm cho người bệnh nam giới, 17 tuổi mắc bệnh sinh men bất toàn là rất thành công. Các chức năng ăn nhai, thẩm mỹ và phát âm được cải thiện rõ rệt. Khớp cắn ổn định, phục hình nguyên vẹn, không viêm lợi, có xuất hiện tụt lợi nhẹ vùng răng hàm nhỏ (25,35,36) với kích thước 0,5mm ở phía gần. Người bệnh hài lòng với kỹ thuật phục hình quá. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với một số kết quả nghiên cứu trước đây của một số tác giả ngoài nước. Một số tác giả đã làm tổng quan lại các nghiên cứu trên thế giới cho thấy điều trị phục hình toàn hàm bằng chụp toàn bộ Zirconia vùng răng trước và titan vùng răng hàm cho người bệnh mắc chứng sinh men bất toàn bệnh là rất cần thiết và có kết quả rất tốt^{6,7,8}.

Điều trị phục hình toàn hàm bằng chụp toàn bộ Zirconia vùng răng trước và titan vùng răng hàm cho người bệnh mắc chứng sinh men bất toàn cần phải bảo vệ tất cả các mặt răng (trong trường hợp này các vật liệu dán được loại trừ vì chỉ có ngà răng nên dán dính không tốt), các răng hàm lớn và hàm nhỏ thứ 2 phía sau lớp ngà còn lại rất mỏng và sát tủy, vì thế với 3mm tăng kích thước phía sau này chỉ định vật liệu sứ hợp kim titan sẽ cần khoảng phục hình ít hơn là các chụp toàn sứ là phù hợp, sẽ không bị tăng chiều cao tăng mặt dưới quá mức ảnh hưởng đến thẩm mỹ và khớp thái dương hàm. Điều này cũng đã được một số nghiên cứu nêu ra và khẳng định là cần thiết^{9,10}.

Trong ca bệnh này, vùng răng trước chúng tôi lựa chọn sứ toàn bộ sẽ có thẩm mỹ tốt hơn, phía trước nâng lên 5mm sẽ có đủ khoảng cho vật liệu toàn sứ cho thấy hiệu quả trong việc tái lập chức năng, thẩm mỹ lâu dài. Sau khi nâng kích thước dọc mới tương quan cắn khít liên răng cửa hai hàm đo được là 15mm, trung bình ở người bình thường khớp cắn loại 1 là 18mm. Trong ca bệnh này, tăng mặt dưới lúc đầu bình thường, nếu tăng thêm sẽ làm ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ và khiến mặt bệnh nhân dài hơn. Việc nâng kích thước dọc khớp cắn một cách hợp lý sẽ đảm bảo tránh quá tải khớp thái dương hàm và cơ nhai. Điều này cũng được một số tác giả khuyến cáo việc nâng kích thước dọc khớp cắn cần được cân nhắc cho hợp lý^{6,7,8,11}.

V. KẾT LUẬN

Phục hình toàn hàm bằng chụp zirconia và

titan kết hợp nâng kích thước dọc khớp cắn là phương pháp hiệu quả, ổn định lâu dài trong điều trị sinh men bất toàn. Điều trị thành công cần có kế hoạch điều trị kỹ lưỡng, kết hợp đa chuyên khoa, tái khám định kỳ và theo dõi dài hạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pousette Lundgren G, Dahllöf G.** Dental care and psychosocial status in children with amelogenesis imperfecta. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2022;23(1):41–49.
2. **Rajendran R.** Amelogenesis imperfecta and associated syndromes: a review. *Int J Oral Sci.* 2023;15(1):34–42.
3. **De Lima K et al.** Quality of life in amelogenesis imperfecta patients: OHIP scores. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2021;49(2):151–158.
4. **Sabandal MMI et al.** Restorative options in amelogenesis imperfecta: evidence-based review. *Int J Prosthodont.* 2019;32(5):445–453.
5. **Coffield KD et al.** Amelogenesis imperfecta: characteristics and treatment. *J Am Dent Assoc.* 2020;151(7):516–525.
6. **Seow WK.** Clinical diagnosis and management strategies of amelogenesis imperfecta. *Pediatr Dent.* 2018;40(3):146–152.
7. **Malik K, Gadhia K, Arkutu N, McDonald S, Blair F.** The interdisciplinary management of patients with amelogenesis imperfecta – restorative dentistry. *Br Dent J* 2012; 212:537-542
8. **Gokce K et al.** Interim prosthodontic management in amelogenesis imperfecta. *J Esthet Restor Dent.* 2020;32(6):560–568.
9. **Chen C. et al.** Full-mouth rehabilitation in Amelogenesis imperfecta patients: 52-month follow-up. *J Prosthet Dent.* 2024;131(4):123–130.
10. **Alachioti XS, Dimopoulou E, Vlasakidou A, Athanasiou AE.** Amelogenesis imperfecta and anterior open bite: Etiological, classification, clinical and management interrelationships. *J Orthod Sci* 2014;3(1):1-6

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT PHACO PHỐI HỢP ĐẶT ISTENT INJECT VÙNG BÈ ĐIỀU TRỊ GLÔCÔM GÓC MỞ

Trần Tiến Đạt¹, Đỗ Văn Hải¹, Hoàng Trần Thanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu và tính an toàn của phẫu thuật Phaco phối hợp đặt iStent inject vùng bè trong điều trị glôcôm góc mở. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu can thiệp lâm sàng trên 10 mắt của 10 bệnh nhân glôcôm góc mở có kèm đục thể thủy tinh, được phẫu thuật đặt iStent inject kết hợp Phaco tại Bệnh viện Mắt Hà Nội. Theo dõi 3 tháng với các chỉ số: nhãn áp, thị lực, số thuốc hạ nhãn áp, thị trường, RNFL và biến chứng sau mổ. **Kết quả:** Nhãn áp trung bình trước mổ là $25,80 \pm 3,12$ mmHg, sau mổ 3 tháng là $16,40 \pm 1,58$ mmHg ($p < 0,05$). Số thuốc trung bình giảm từ 2,2 còn 0,5 thuốc. 100% mắt có nhãn áp ≤ 18 mmHg, 60% không cần dùng thuốc sau mổ. Thị lực cải thiện ở 90% bệnh nhân. Không có biến chứng nặng nào được ghi nhận. **Kết luận:** Phẫu thuật đặt iStent inject kết hợp Phaco có kết quả bước đầu là an toàn, hiệu quả trong điều trị glôcôm góc mở kèm đục thể thủy tinh thể, giúp hạ nhãn áp tốt, giảm số thuốc tra và cải thiện thị lực.

Từ khóa: Glôcôm góc mở, IStent Inject, Phaco điều trị Glôcôm góc mở

SUMMARY

PRELIMINARY EVALUATION OF PHACOEMULSIFICATION COMBINED WITH

¹Bệnh viện Mắt Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Tiến Đạt

Email: datbacsy@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2025

Ngày duyệt bài: 2.7.2025

ISTENT INJECT TRABECULAR IN THE TREATMENT OF OPEN-ANGLE GLAUCOMA

Objective: To evaluate the early outcomes and safety of combined phacoemulsification and iStent inject implantation in patients with open-angle glaucoma. **Methods:** A prospective interventional study was conducted on 10 eyes of 10 patients with primary or secondary open-angle glaucoma and cataract. All underwent combined Phaco and iStent inject at Ha Noi Eye Hospital. Data collected: IOP, visual acuity, medications, VF, RNFL and complications. **Results:** Mean pre-op IOP was 25.80 ± 3.12 mmHg, reduced to 16.40 ± 1.58 mmHg at 3 months ($p < 0.05$). Medication usage dropped from 2.2 to 0.5. 100% of eyes reached IOP ≤ 18 mmHg, 60% were medication-free. Visual acuity improved in 90% of patients. No serious complications were recorded. **Conclusion:** Phaco combined with iStent inject is a safe and effective approach in treating open-angle glaucoma with cataract, offering IOP reduction, fewer medications and better vision.

Keywords: Open angle glaucoma, IStent Inject, Phacoemulsification surgery for glaucoma treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là bệnh lý mạn tính của thị thần kinh có khả năng gây mù lòa vĩnh viễn. Cho đến nay nguyên nhân gây bệnh chưa hoàn toàn sáng tỏ, yếu tố duy nhất có thể tác động làm chậm quá trình tiến triển của bệnh là nhãn áp. Hiện nay, có ba phương pháp làm hạ nhãn áp chính: sử dụng thuốc, laser, phẫu thuật. Phẫu thuật lỗ rò là phương pháp phổ biến nhất, tuy nhiên thường