

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐỤC THỂ THỦY TINH CÓ ĐỒNG TỬ KÉM GIÃN BẰNG PHẪU THUẬT PHACO KẾT HỢP MÓC MỔNG MẮT

Nguyễn Hữu Lê¹, Phan Trọng Dũng², Lê Viết Nhật Hưng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị đục thể thủy tinh có đồng tử kém giãn bằng phẫu thuật phaco kết hợp móc mống mắt. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 46 mắt của 42 bệnh nhân được chẩn đoán đục thể thủy tinh có đồng tử kém giãn và điều trị bằng phương pháp phẫu thuật phaco đặt kính nội nhãn tại khoa Mắt Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tây Bắc tỉnh Nghệ An từ tháng 03/2023 đến tháng 04/2024. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $76,4 \pm 8,7$, 14 bệnh nhân nam chiếm 30,4% và 32 bệnh nhân nữ chiếm 69,6%. 95,6% mắt không xảy ra biến chứng trong quá trình phẫu thuật. Sau phẫu thuật 1 ngày, hơn 50% mắt có thị lực nằm trong khoảng từ 20/60 – 20/25, tỷ lệ này tăng lên theo thời gian từ sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng và ở thời điểm 3 tháng thị lực có kính > 20/60 chiếm tới 91,3%. Phản ứng màng bồ đào ghi nhận là 17,4% sau phẫu thuật 1 ngày và hết hoàn toàn tại thời điểm 1 tháng thăm khám. **Kết luận:** Phương pháp phẫu thuật phaco kết hợp móc mống mắt có hiệu quả trên nhóm bệnh nhân có đồng tử kém giãn với tỉ lệ thành công cao, biến chứng sau mổ tối thiểu và thị lực sau mổ phục hồi tốt.

Từ khóa: Phẫu thuật đục thể thủy tinh, đồng tử kém giãn, móc mống mắt đàn hồi

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF PHACOEMULSIFICATION SURGERY COMBINED WITH IRIS HOOK IN CASES WITH SMALL PUPIL

Purpose: To evaluate the outcomes of cataract surgery using phacoemulsification combined with iris hooks in cases with small pupil. **Material and Methods:** The study was conducted on 46 eyes from 42 patients diagnosed cataract with small pupil, treated with phacoemulsification and intraocular lens implantation at the Ophthalmology Department of the Northwestern Nghe An General Hospital from March 2023 to April 2024. **Results:** The average age of the study group was 76.4 ± 8.7 years. There were 14 male patients, accounting for 30.4%, and 32 female patients, accounting for 69.6%. Intraoperative complications did not occur in 95.6% of eyes. On postoperative day 1, more than 50% of eyes had visual acuity ranging from 20/60 to 20/25; this proportion increased over time at postoperative 1week

and 1 month. 3 month after operation, best-corrected visual acuity (BCVA) greater than 20/60 was observed in up to 91.3% of eyes. Anterior chamber inflammatory reaction was observed in 17.4% of eyes on postoperative day 1, and it completely resolved by the 1-month follow-up.

Conclusion: Phacoemulsification combined with iris hook technique is effective in patients with poorly dilating pupils, demonstrating a high success rate, minimal postoperative complications, and good postoperative visual recovery. **Keywords:** Cataract surgery, small pupil, iris hook.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đục thể thủy tinh là nguyên nhân hàng đầu gây mất thị lực trên thế giới. Phương pháp điều trị chính hiện nay là phẫu thuật phaco lấy thể thủy tinh đục và đặt kính nội nhãn. Năm 1967, Kelman là người đầu tiên sáng tạo ra phương pháp tán nhuyễn thể thủy tinh bằng siêu âm [1].

Phẫu thuật phaco trên những mắt có đồng tử kém giãn phức tạp hơn và dễ thất bại so với những mắt đục thể thủy tinh có đồng tử giãn tốt. Đây là một thách thức đối với các phẫu thuật viên, vì đồng tử kém giãn có thể che khuất tầm nhìn khiến phẫu thuật viên không quan sát rõ các thành phần của bao, nhân thể thủy tinh và dây chằng Zinn... đặc biệt trong những trường hợp dây chằng Zinn yếu và bao thể thủy tinh có tổn thương [1].

Trước đây, các phẫu thuật viên thường hạn chế phẫu thuật những trường hợp đục thể thủy tinh trên những mắt có đồng tử kém giãn vì cho rằng nhiều rủi ro có thể xảy ra. Ngày nay để hạn chế tối đa những rắc rối có thể gặp trong phẫu thuật đã có khá nhiều kỹ thuật mở rộng đồng tử ở những mắt đồng tử kém giãn được các phẫu thuật viên áp dụng. Trong đó, kỹ thuật sử dụng móc mống mắt vẫn đang được sử dụng rộng rãi với sự gọn nhẹ, tiện lợi, có thể sử dụng nhiều lần phù hợp với điều kiện kinh tế của bệnh nhân. [2, 3].

Trên thế giới, Jie Li và cộng sự (2014) khi nghiên cứu trên 50 bệnh nhân (50 mắt) với kích thước đồng tử tối đa 2,5- 4mm được phẫu thuật phaco có sử dụng móc mống mắt so sánh với nhóm chứng gồm 50 mắt kích thước đồng tử bình thường cũng trải qua phẫu thuật phaco thấy rằng đồng tử có thể mở rộng từ 4,5- 5,5mm. 88% đồng tử trở lại kích thước hình tròn hoặc bầu dục, phản xạ ánh sáng khô phục với các mức độ khác nhau. Không có sự khác biệt về thời gian, năng lượng phaco trung bình, lưu lượng dòng

¹Sở Y tế Nghệ An

²Bệnh viện ĐKKV Tây bắc Nghệ An

³Trường Đại học Y Dược Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Lê

Email: lebvma@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025

chảy, tế bào nội mô giữa 2 nhóm [4].

Các nghiên cứu khác cũng đề cập đến một số kỹ thuật xử lý đồng tử kém giãn trong đó có móc mỏng mắt. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào cụ thể về phẫu thuật tán nhuyễn TTT trên những mắt có đồng tử kém giãn có sử dụng móc mỏng mắt và hiệu quả điều trị của phương pháp này.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị đục thể thủy tinh có đồng tử kém giãn bằng phẫu thuật phaco kết hợp móc mỏng mắt tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tây Bắc tỉnh Nghệ An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 46 mắt của 42 bệnh nhân được chẩn đoán đục thể thủy tinh có đồng tử kém giãn và điều trị bằng phương pháp phẫu thuật phaco đặt kính nội nhãn tại khoa Mắt Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tây Bắc tỉnh Nghệ An từ tháng 03/2023 đến tháng 04/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Mắt đục thủy tinh thể (TTT) được chỉ định phẫu thuật phaco có đường kính đồng tử tối đa sau nhỏ giãn bằng dung dịch Mydrin P $\leq 4\text{mm}$.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Mắt có bệnh lý trên bề mặt nhãn cầu như: ghép giác mạc, sẹo giác mạc dày vùng trung tâm; mộng thịt độ III - IV gây khó khăn cho việc quan sát, đánh giá tình trạng của mắt trong quá trình phẫu thuật.

- Mắt có các bệnh lý bán phần sau nhãn cầu như bong võng mạc.

- Đục TTT trên mắt viêm màng bồ đào chưa ổn định, tiền sử chấn thương.

- Các bệnh nhân không đáp ứng được các điều kiện theo dõi hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thiết kế và quy trình nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, can thiệp lâm sàng không đối chứng.

2.2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu.

2.2.4. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu:

- Phương tiện nghiên cứu: Bảng đo thị lực, bộ thử kính, sinh hiển vi khám bệnh, máy siêu âm, máy đo khúc xạ tự động, hiển vi phẫu thuật, máy phaco Megatron S4 HPS, bộ dụng cụ phẫu thuật phaco, IOL mềm, bộ dụng cụ móc mỏng mắt.

- Những đối tượng nghiên cứu đáp ứng đủ các tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được giải thích, hướng dẫn tham gia nghiên cứu, hỏi bệnh, khám lâm

sàng và làm các xét nghiệm cận lâm sàng cơ bản.

- Hội chẩn, lên lịch phẫu thuật.

- Phẫu thuật, ghi nhận các thông số và tai biến trong phẫu thuật, biến chứng sau PT.

- Đánh giá kết quả sau phẫu thuật sau 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng.

- Tổng hợp và xử lý số liệu.

2.2.5. Xử lý và phân tích số liệu:

Theo thuật toán thống kê y học với phần mềm SPSS 25.0.

2.2.6. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu được sự đồng ý và thông qua của Bộ môn Mắt, Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế và Bv Đa khoa khu vực Tây bắc tỉnh Nghệ An.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

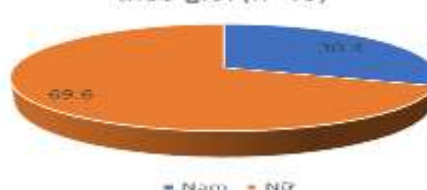
3.1. Kết quả ghi nhận trong quá trình phẫu thuật

3.1.1. Tuổi, giới bệnh nhân trong nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $76,4 \pm 8,7$, trong đó bệnh nhân ít tuổi nhất là 58 tuổi, cao tuổi nhất là 89 tuổi; 14 bệnh nhân nam chiếm 30,4% và 32 bệnh nhân nữ chiếm 69,6%.



Biểu đồ 1a. Phân loại bệnh nhân theo tuổi

Biểu đồ phân loại bệnh nhân theo giới (n=46)



Biểu đồ 1b. Phân loại bệnh nhân theo giới

3.1.2. Quá trình xử lý trong phẫu thuật.

Trong phẫu thuật, tất cả mắt trong nghiên cứu đều được rạch rìa giác mạc 4 điểm để đặt móc mỏng mắt. Có 32 mắt cần phải bơm nhầy bổ sung, chiếm 69,6%. Có 1 mắt phải cắt cơ vòng mỏng mắt, là mắt viêm màng bồ đào có dính bờ đồng tử nhiều cần phối hợp bơm nhầy bổ sung, tách dính bờ đồng tử và cắt cơ vòng mỏng mắt. Có 5 mắt cần đặt vòng căng bao đều có hội chứng giả bong bao.

3.1.3. Biến chứng trong phẫu thuật

Bảng 1. Biến chứng trong phẫu thuật (n=46)

Biến chứng trong phẫu thuật	Số mắt	Tỷ lệ %
Xuất huyết tiền phòng	1	2,2
Rách bao sau TTT	1	2,2
Tổn thương mỏng mắt	1	2,2
Còn sót chất nhân	0	0
Thoát dịch kính	1	2,2
Rơi TTT vào buồng dịch kính	0	0
Đứt dây zinn	1	2,2
Không biến chứng	44	95,6

1 mắt xuất huyết tiền phòng trong phẫu thuật và cũng có biến chứng tổn thương mỏng mắt, chiếm 2,2%. Mắt này có tiền sử viêm màng bồ đào trước đó và đồng tử méo, kém giãn trước phẫu thuật. Có 1 mắt đứt dây zinn và rách bao sau trong quá trình phẫu thuật, mắt này có hội chứng giả bong bao. 95,6% mắt không xảy ra biến chứng trong quá trình phẫu thuật.

3.1.4. Khó khăn trong phẫu thuật**Bảng 2. Các khó khăn trong phẫu thuật (n=46)**

Loại tổn thương	Số mắt (n)	Tỷ lệ %
Tổn thương giác mạc	3	6,5
Tiền phòng nông	13	28,3
Mỏng mắt thoái hóa	36	78,3
Dính bờ đồng tử	12	26,1
Màng xuất tiết cũ diện đồng tử	1	2,2
Dây treo TTT yếu	15	32,6
Nhân TTT cứng (độ IV-V)	24	52,2

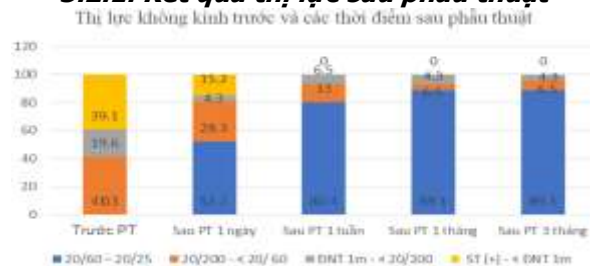
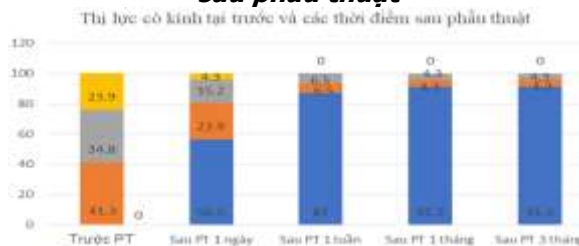
- Giác mạc có tua sắc tố, tua viêm cũ, sẹo giác mạc nhỏ trung tâm gặp ở 3 mắt (6,5%).

- Mỏng mắt thoái hóa với các mức độ khác nhau thấy ở 78,3%.

- Tiền phòng nông chiếm 28,3% (13 mắt).

- Đồng tử: 12 mắt (26,1%) dính bờ đồng tử, màng xuất tiết cũ diện đồng tử gặp ở 2,2% (1 mắt).

- Dây Zinn yếu ở 15 mắt (32,6%). Phần lớn bệnh nhân đến mổ khi TTT đục độ IV, độ V chiếm 52,2%.

3.2. Kết quả phẫu thuật**3.2.1. Kết quả thị lực sau phẫu thuật****Biểu đồ 2. Biểu đồ phân bố thị lực không****kính trước và tại các thời điểm khác nhau sau phẫu thuật****Biểu đồ 3. Biểu đồ phân bố thị lực có kính trước và tại các thời điểm khác nhau sau phẫu thuật**

Thị lực không kính và có kính trước phẫu thuật chủ yếu < 20/200 theo bảng Snellen, không có mắt nào thị lực > 20/60. Sau phẫu thuật 1 ngày, hơn 50% mắt có thị lực nằm trong khoảng từ 20/60 – 20/25, tỷ lệ này tăng lên theo thời gian từ sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng và ở thời điểm 3 tháng thị lực có kính > 20/60 chiếm tới 91,3%. Sau phẫu thuật, từ thời điểm 1 tuần thì không có mắt nào có thị lực < ĐNT 1m.

3.2.2. Kết quả nhãn áp**Bảng 3. Nhãn áp trước và sau phẫu thuật**

Nhãn áp	$\bar{X} \pm SD$ (mmHg)	Nhãn áp min – max (mmHg)		Mức hạ NA (%)
		Min	Max	
Trước mổ	18,7±3,2	16	38	
Sau mổ 1 tuần	17,9±1,9	16	28	26%
Sau mổ 1 tháng	17,52±0,9	16	20	47%
Sau mổ 3 tháng	17,52±0,9	16	20	47%

Nhãn áp trung bình trước phẫu thuật là 18,7±3,2 mmHg. Nhãn áp trung bình sau phẫu thuật 1 tuần là 17,9±1,9 mmHg. Từ thời điểm 1 tháng trở đi, nhãn áp ghi nhận được ở mắt phẫu thuật là ổn định. Nhãn áp trung bình sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng là 17,52±0,9. Mức hạ nhãn áp so với thời điểm trước phẫu thuật là 47%.

3.2.3. Phản ứng viêm sau phẫu thuật**Bảng 4. Phản ứng viêm sau phẫu thuật (n=46)**

Phản ứng viêm	Số mắt (n)		Tỷ lệ có phản ứng viêm (%)
	Có	Không	
Trước PT	0	0	0
Sau PT 1 ngày	8	38	17,4
Sau PT 1 tuần	5	41	10,9
Sau PT 1 tháng	0	46	0
Sau PT 3 tháng	0	46	0

Tại các thời điểm sau phẫu thuật 1 ngày và 1 tuần, phản ứng viêm và phản ứng màng bồ đào ghi nhận dc lần lượt là 17,4% và 10,9%. Tình

trạng viêm hết từ thời điểm 1 tháng thăm khám.

Tình trạng giác mạc phù chủ yếu gặp tại thời điểm sau phẫu thuật 1 ngày và 1 tuần. Trong nghiên cứu tỷ lệ mắt phù giác mạc sau 1 ngày khá cao, chiếm 29,1% (18 mắt); tỷ lệ này giảm tại thời điểm 1 tuần thăm khám sau phẫu thuật còn 13%.

3.2.4. Tình trạng xơ co bao và đục bao sau phẫu thuật

Bảng 5. Tình trạng xơ co bao sau phẫu thuật (n=46)

Tình trạng xơ co bao	Số mắt (n)		Tỷ lệ có xơ co bao (%)
	Có	Không	
Sau PT 1 ngày	0	46	0
Sau PT 1 tuần	0	46	0
Sau PT 1 tháng	1	45	2,2
Sau PT 3 tháng	4	42	8,8

Tình trạng xơ co bao chủ yếu phát hiện tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, có 4 mắt có tình trạng này và chiếm 8,8%.

Sau phẫu thuật 1 ngày, có 10,9% mắt có đục bao sau khi thăm khám. Tỷ lệ đục bao sau tăng lên rõ tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, chiếm 30,4% mắt nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về tuổi, giới tính bệnh nhân

Bàn luận về các kỹ thuật xử lý đồng tử kém giãn trong quá trình phẫu thuật. Một trong những yếu tố quan trọng dẫn đến thành công của phẫu thuật tán nhãn TTT là đồng tử phải giãn tốt. Theo nghiên cứu của rất nhiều tác giả như Vasavada A, Shigleton BJ, Akaman A. Lei Li [4], Boris Malyugin [5]... đều nhận định rằng khi đồng tử trên mắt đục TTT $\leq 4\text{mm}$ các phẫu thuật viên nên tiến hành can thiệp làm mở rộng đồng tử.

Trong nghiên cứu này để mở rộng đồng tử chúng tôi sử dụng móc mổ mắt đàn hồi với 100% (46 mắt) được nghiên cứu. Kỹ thuật này cũng được nhiều PTV lựa chọn vì dễ áp dụng và có hiệu quả tốt vì nó có thể giải phóng được diện đồng tử giúp các phẫu thuật viên thực hiện các thì Phaco dễ dàng. Nghiên cứu của Jei Li trên 50 mắt đục TTT có đồng tử từ 2,5 - 4mm được phẫu thuật Phaco có sử dụng móc mổ mắt đàn hồi cho kết quả mở rộng đồng tử rất tốt 5 - 5,5 mm.[4]

Tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đều có đường kính đồng tử – 4mm sau khi đã làm giãn bằng dung dịch Midrin P cùng với dung dịch Indocolllyre x 4 lần trong 1 giờ trước phẫu thuật. Để mở rộng đồng tử chúng tôi sử dụng 4 móc mổ mắt để kéo giãn đồng tử thành hình vuông đường kính $\geq 5\text{mm}$. Trong

phẫu thuật, tất cả mắt trong nghiên cứu đều được rạch rìa giác mạc 4 điểm để đặt móc mổ mắt. Có 32 mắt cần phải bơm nhầy bổ sung, chiếm 69,6%. Có 1 mắt phải cắt cơ vòng mổ mắt, là mắt viêm màng bồ đào có dính bờ đồng tử nhiều cần phối hợp bơm nhầy bổ sung, tách dính bờ đồng tử và cắt cơ vòng mổ mắt. Có 5 mắt cần đặt vòng căng bao đều có hội chứng giả bong bao; 5 mắt này cũng có đường kính xé bao $< 5\text{mm}$.

Điều này cũng phù hợp với nhận định của tác giả Gailly J (2011) và cộng sự khi nghiên cứu tác dụng bảo vệ tế bào nội mô của chất nhầy trên 1769 mắt mổ Phaco;[6] Jie Li (2014) nghiên cứu mổ Phaco trên 50 mắt cũng cho rằng bơm chất nhầy vào tiền phòng liên tục sẽ bảo vệ được nội mô giác mạc tốt hơn.[4]

Chúng tôi nhận thấy sử dụng móc mổ mắt đàn hồi là phương pháp dễ thực hiện, có thể sử dụng linh hoạt trong những trường hợp cần thiết, dụng cụ dễ tìm phù hợp với điều kiện kinh tế ở Việt Nam. Trong nghiên cứu của Jei Li (2014), tác giả cũng đưa ra kết luận rằng sử dụng móc mổ mắt rất an toàn và tiện lợi, đặc biệt là chi phí thấp phù hợp với điều kiện kinh tế và lợi ích của bệnh nhân.[4]

4.2. Bàn luận về các kết quả thu được sau phẫu thuật. Đa số các tác giả trên thế giới đều cho rằng kết quả TL sau phẫu thuật tán nhãn TTT trên mắt đục TTT có đồng tử kém giãn thấp hơn so với mắt đục TTT tuổi già thông thường.[4]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thị lực không kính và có kính trước phẫu thuật chủ yếu $< 20/200$ theo bảng Snellen, không có mắt nào thị lực $> 20/60$. Sau phẫu thuật 1 ngày, hơn 50% mắt có thị lực nằm trong khoảng từ 20/60 - 20/25, tỷ lệ này tăng lên theo thời gian từ sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng và ở thời điểm 3 tháng thị lực chính kính tối đa $> 20/60$ chiếm tới 91,3%. Kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới về kết quả TL tốt nhất sau mổ Phaco đặt TTT nhân tạo trên những mắt có đồng tử kém giãn có sử dụng móc mổ mắt cũng rất khác nhau. Vasavana A (2000) cho kết quả 93% mắt có TL tốt từ 20/60 - 20/20.

Giác mạc phù chủ yếu gặp tại thời điểm sau phẫu thuật 1 ngày và 1 tuần. Phù giác mạc biểu hiện viêm khía ở nội mô không có phù nhu mô, tuy nhiên sau 1 tuần điều trị bằng cortisol và dinh dưỡng giác mạc thì biến chứng này chỉ còn gặp trong 6 mắt và mất đi hoàn toàn sau 1 tháng tái khám. Các tác giả khác cũng ghi nhận biến chứng này. Trên những mắt đục TTT có đồng tử kém giãn, thường đi kèm những tổn

thương của giác mạc trước đó, số lượng tế bào nội mô thấp hơn so với những mắt đục TTT tuổi già, ở những mắt này tế bào nội mô vốn đã bị tổn thương khi tổn thương thêm sẽ khó phục hồi hơn, do vậy phủ giác mạc là một biến chứng thường gặp trong phẫu thuật tán nhuyễn TTT trên mắt đồng tử kém giãn.

Nhiều nhà nhãn khoa trên thế giới nhận định rằng, phản ứng màng bồ đào là một trong những biến chứng sớm hay gặp nhất trong phẫu thuật Phaco trên mắt đục TTT với đồng tử kém giãn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại các thời điểm sau phẫu thuật 1 ngày và 1 tuần, phản ứng viêm và phản ứng màng bồ đào ghi nhận dc lần lượt là 17,4% và 10,9%. Tình trạng viêm hết từ thời điểm 1 tháng thăm khám. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Jei Li 34%, Shingleton BJ 47,8%.[4],[7] Mặc dù Shingleton BJ nhận định rằng không có sự khác biệt giữa kết quả TL tốt nhất, NA và phản ứng viêm sau mổ giữa nhóm đồng tử nhỏ có can thiệp đồng tử và nhóm đồng tử bình thường không can thiệp vào đồng tử khi mổ Phaco, nhưng rất nhiều tác giả nước ngoài cũng như trong nước đều nhận định rằng phản ứng viêm, xuất tiết sau phẫu thuật xuất hiện nhiều hơn trên những mắt có đồng tử kém giãn phải can thiệp làm giãn đồng tử, mặc dù các phản ứng viêm này mất đi sau điều trị nội khoa bằng cortisol 2 tuần.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp phẫu thuật phaco kết hợp móc

mống mắt có hiệu quả trên nhóm bệnh nhân có đồng tử kém giãn với tỉ lệ thành công cao, biến chứng sau mổ tối thiểu và thị lực sau mổ phục hồi tốt. Sử dụng móc mống mắt đàn hồi là phương pháp dễ thực hiện, có thể sử dụng linh hoạt trong những trường hợp cần thiết, an toàn và tiện lợi, đặc biệt là chi phí thấp phù hợp với điều kiện kinh tế ở Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ljick, S. and T. L.Breadslay, BCSC.** Basic and Clinical Science course. Chapter 6. Lens And Cataract.
2. **Uy, H.S., F.M. Cruz, and K.R. Kenyon,** Efficacy of a hinged pupil expansion device in small pupil cataract surgery. *Indian Journal of Ophthalmology*, 2021. 69(10): p. 2688-2693.
3. **Tian, J.J., et al.,** Comparison of 2 pupil expansion devices for small-pupil cataract surgery. *Journal of Cataract & Refractive Surgery*, 2016. 42(8): p. 1235.
4. **Li, J., et al.,** A self-made disposable iris retractor in small pupil phacoemulsification. *International Journal of Ophthalmology*, 2014. 7(2): p. 288-292.
5. **Malyugin, B.,** Cataract surgery in small pupils. *Indian Journal of Ophthalmology*, 2017. 65(12): p. 1323-1328.
6. **Van den Bruel, A., et al.,** The protective effect of ophthalmic viscoelastic devices on endothelial cell loss during cataract surgery: a meta-analysis using mixed treatment comparisons. *Br J Ophthalmol*, 2011. 95(1): p. 5-10.
7. **Shingleton, B.J., C.A. Campbell, and M.W. O'Donoghue,** Effects of pupil stretch technique during phacoemulsification on postoperative vision, intraocular pressure, and inflammation. *Journal of Cataract and Refractive Surgery*, 2006. 32(7): p. 1142-1145.

KHẨU PHẦN 24 GIỜ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ THỰC QUẢN TRƯỚC PHẪU THUẬT MỞ THÔNG DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2024 – 2025

Hoàng Việt Bách¹, Phùng Văn Thái²,
Đào Thị Phúc Thịnh³, Lê Thị Hương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả khẩu phần 24 giờ và một số yếu tố liên quan tới khẩu phần ăn 24 giờ của người bệnh ung thư thực quản trước phẫu thuật mở thông dạ dày tại Bệnh viện K năm 2024 - 2025. **Phương pháp:**

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Viện Dinh dưỡng

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Việt Bách

Email: hoangvietbach90@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2025

Ngày duyệt bài: 14.11.2025

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 96 người bệnh tại khoa Ngoại bụng 1 và Ngoại bụng 2 - Bệnh viện K Tân Triều. **Kết quả:** Trung bình năng lượng khẩu phần chỉ đạt 997 ± 210 Kcal/ngày, với 97,9% người bệnh không đạt nhu cầu khuyến nghị. Về protein, có 70,8% người bệnh không đạt mức khuyến nghị. Thiếu vitamin, chất xơ và các khoáng chất cũng rất phổ biến, đặc biệt tỷ lệ thiếu Canxi, Magie, vitamin D và chất xơ lên tới 100%. Tỷ lệ người bệnh không đạt nhu cầu năng lượng khẩu phần 24 giờ ở nhóm giai đoạn III-IV là 98,9%, cao hơn rõ rệt so với nhóm giai đoạn I-II (0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ không đạt nhu cầu năng lượng tăng theo mức độ nuốt nghẹn, đạt 100% ở nhóm nghẹn độ 2, 98,8% ở độ 1, và không có người bệnh nào thuộc