

(penicillin, erythromycin và trimethoprim/sulfamethoxazole). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ MRSA và MRCoNS phân lập được từ môi trường KK khối HSTC là tương đối cao (67% và 81%). Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với kết quả ghi nhận được từ chủng phân lập từ môi trường một bệnh viện ở Liban (6,5% và 19,4%) , chủng từ NB tại chính bệnh viện thực hiện nghiên cứu này (25%) và báo cáo KKS của Bộ Y tế năm 2020 (22%) [3,6].

Nhóm vi khuẩn đường ruột (Enterobacteriaceae) kháng với tất cả các loại KS được thử nghiệm với tỷ lệ dao động từ 22% - 100%, trong đó tỷ lệ KKS thuộc nhóm carbapenem là 54%. Năm 2024, Tổ chức Y tế Thế giới đã ban hành một danh sách các TNGB cần được ưu tiên giám sát, nghiên cứu, trong đó đứng đầu danh sách là nhóm Enterobacteriaceae kháng carbapenem [1]. Việc phát hiện các chủng Enterobacteriaceae đa kháng thuốc trong KK là một dấu hiệu cảnh báo nghiêm trọng về nguy cơ lây nhiễm HAIs và sự lưu hành của các gen kháng thuốc.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 150 mẫu không khí thu thập được tại 03 khoa HSTC chúng tôi phân lập và định danh được 76 chủng vi khuẩn. Vi khuẩn Gram dương chiếm 77,6%, trong đó Staphylococcus epidermidis là 43,4%. Tỷ lệ vi khuẩn đa kháng phân lập được từ không khí khoa HSTC trung bình là 79%. Trong đó, nhóm vi khuẩn đường ruột (Enterobacteriaceae) có tỷ lệ

đa kháng là 100%. Nhóm vi khuẩn đường ruột (Enterobacteriaceae) có tỷ lệ kháng với carbapenem và cephalosporin thế hệ 3 là 100%. Tỷ lệ CRAB (Carbapenem Resistant Acinetobacter baumannii) trung bình là 71,4%. Tỷ lệ MRSA (Methicillin Resistant Staphylococcus aureus) trung bình là 67,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO bacterial priority pathogens list**, 2024: Bacterial pathogens of public health importance to guide research, development and strategies to prevent and control antimicrobial resistance [Internet]. [cited 2025 June 1]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240093461>
2. **Bonadonna L, Briancesco R, Coccia AM, Meloni P, Rosa GL, Moscato U.** Microbial Air Quality in Healthcare Facilities. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021 Jan;18(12):6226.
3. **Jomha MY, Yusef H, Holail H.** Antimicrobial and biocide resistance of bacteria in a Lebanese tertiary care hospital. Journal of Global Antimicrobial Resistance. 2014 Dec;2(4):299–305.
4. **Tille PM.** Bailey and Scott's diagnostic microbiology | Diagnostic microbiology. Fourteenth edition. Elsevier; 2017.
5. **Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ.** Principles and Practices of Infectious Diseases. 8th ed. 2015.
6. **Bộ Y tế.** Báo cáo giám sát kháng kháng sinh tại Việt Nam năm 2020. 2023;
7. **HAI Pathogens and Antimicrobial Resistance Report**, 2018-2021 | NHSN | CDC [Internet]. 2025 [cited 2025 July 7]. Available from: <https://www.cdc.gov/nhsn/hai-report/narrative-commentary.html>

ĐÁNH GIÁ ĐỘ LOẠN THỊ TỒN DƯ TRÊN BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT ĐỤC THỦY TINH THỂ ĐẶT THỦY TINH THỂ NHÂN TẠO ĐƠN TIÊU ĐIỀU CHỈNH LOẠN THỊ

Hà Minh Hữu Tài¹, Trần Anh Tuấn¹, Đoàn Kim Thành¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá độ loạn thị tồn dư sau phẫu thuật đục thủy tinh thể đặt thủy tinh thể nhân tạo (TTNT) đơn tiêu loại toric. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, không nhóm chứng trên 42 mắt của 42 bệnh nhân được phẫu thuật Phaco đặt TTNT Tecnis Toric tại Bệnh viện Mắt TP. Hồ Chí Minh từ

01/2024 đến 12/2024. Các chỉ số được đánh giá gồm thị lực chưa chỉnh kính (UCVA), thị lực chỉnh kính tối đa (BCVA), độ loạn thị tồn dư và độ xoay trục IOL tại các thời điểm trước mổ, 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng sau mổ. Dữ liệu được xử lý bằng SPSS 26.0. **Kết quả:** Độ loạn thị giác mạc trung bình trước mổ là $1,79 \pm 0,35$ D. UCVA trung bình cải thiện từ 0,97 logMAR trước mổ xuống 0,13 logMAR sau 3 tháng; BCVA cải thiện từ 0,59 logMAR lên 0,019 logMAR ($p < 0,001$). Độ loạn thị tồn dư giảm từ 1,78 D trước mổ xuống 0,28 D sau 3 tháng ($p < 0,001$). Tại thời điểm 3 tháng, 76,2% mắt đạt loạn thị tồn dư $< 0,5$ D và 100% $\leq 1,0$ D. Độ xoay IOL trung bình là $1,31^\circ$ (1 tuần), $0,45^\circ$ (1 tháng) và $0,28^\circ$ (3 tháng); 92,9% mắt ổn định trong khoảng $\leq 5^\circ$, không có trường hợp xoay

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Hà Minh Hữu Tài

Email: minhhuutai1025@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

$\geq 10^\circ$. Có mối liên quan chặt chẽ giữa độ xoay IOL và loạn thị tồn dư ($p < 0,001$). **Kết luận:** Phẫu thuật Phaco đặt TTNT đơn tiêu toric giúp cải thiện rõ rệt thị lực, giảm đáng kể loạn thị tồn dư và có độ ổn định trục cao. Đây là phương pháp an toàn, hiệu quả và có tính ứng dụng lâm sàng cao trong điều trị bệnh nhân đục thủy tinh thể kèm loạn thị giác mạc.

Từ khóa: Đục thủy tinh thể, loạn thị tồn dư, thủy tinh thể nhân tạo toric

SUMMARY

TO EVALUATE RESIDUAL ASTIGMATISM AFTER CATARACT SURGERY WITH IMPLANTATION OF A MONOFOCAL TORIC INTRAOCULAR LENS

Purpose: To evaluate residual astigmatism after cataract surgery with implantation of a monofocal toric intraocular lens (IOL). **Methods:** This prospective, non-comparative study included 42 eyes of 42 patients who underwent phacoemulsification with Tecnis Toric IOL implantation at Ho Chi Minh City Eye Hospital between January and December 2024. Uncorrected visual acuity (UCVA), best-corrected visual acuity (BCVA), residual astigmatism, and IOL rotation were assessed preoperatively and at 1 week, 1 month, and 3 months postoperatively. Data were analyzed using SPSS version 26.0. **Results:** The mean preoperative corneal astigmatism was 1.79 ± 0.35 D. Mean UCVA improved from 0.97 logMAR preoperatively to 0.13 logMAR at 3 months, while mean BCVA improved from 0.59 to 0.019 logMAR ($p < 0.001$). Residual astigmatism decreased significantly from 1.78 D to 0.28 D at 3 months ($p < 0.001$). At 3 months, 76.2% of eyes had residual astigmatism < 0.5 D and 100% ≤ 1.0 D. Mean IOL rotation was 1.31° at 1 week, 0.45° at 1 month, and 0.28° at 3 months; 92.9% of eyes demonstrated $\leq 5^\circ$ rotation, and none exceeded 10° . Residual astigmatism was strongly correlated with IOL rotation ($p < 0.001$). **Conclusions:** Monofocal toric IOL implantation during cataract surgery significantly improved visual acuity, reduced residual astigmatism, and provided excellent rotational stability. This technique is safe, effective, and clinically applicable for managing cataract patients with corneal astigmatism.

Keywords: Cataract, residual astigmatism, toric IOL, astigmatism correction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đục thủy tinh thể là nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa tại Việt Nam và toàn cầu, chiếm khoảng 51% và 65% số ca mù lòa [1]. Tỷ lệ bệnh nhân kèm loạn thị giác mạc trên 1,50 D dao động từ 15–29%, trong đó 3–15% có mức loạn thị lớn hơn 2 D [2]. Việc điều chỉnh loạn thị đóng vai trò then chốt trong cải thiện thị lực sau phẫu thuật. Các thủ thuật khúc xạ bổ trợ như rạch giác mạc hay laser femtosecond tuy có thể hiệu quả nhưng đi kèm chi phí cao và rủi ro nhất định; ngược lại, kính nội nhãn toric cho thấy ưu thế về tính chính xác, hiệu quả và ổn định khi giảm loạn thị tồn dư và cải thiện chất lượng thị giác, đồng thời giảm phụ thuộc kính gọng [3] [4].

Tuy nhiên, tại Việt Nam, việc kết hợp điều chỉnh loạn thị trong phẫu thuật đục thủy tinh thể vẫn còn hạn chế, đặc biệt với kính nội nhãn đơn tiêu, tạo nhu cầu nghiên cứu sâu hơn về vấn đề này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 42 mắt của 42 bệnh nhân được phẫu thuật Phaco đặt thủy tinh thể nhân tạo đơn tiêu loạn thị (Tecnis Toric) tại Bệnh viện Mắt TP. Hồ Chí Minh từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, không nhóm chứng

Cỡ mẫu: Tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ

$$n \geq \frac{z_{1-\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

với $p = 74,5\%$ (theo Waltz [4]), sai số $d = 0,15$, $\alpha = 0,05$, cho kết quả $n \geq 33$ mắt. Tính thêm tỷ lệ mất mẫu, cỡ mẫu dự kiến tối thiểu 37; nghiên cứu thực tế thu nhận 42 mắt.

Tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, có đục thủy tinh thể chỉ định phẫu thuật Phaco đặt Tecnis Toric, loạn thị giác mạc đều 1,00–2,50 D, công suất IOL cầu +15,00D đến +25,00D, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Loạn thị giác mạc không đều; bệnh lý giác mạc, glaucoma, bệnh lý võng mạc – thị thần kinh; phẫu thuật nội nhãn trước đó; phụ nữ mang thai; biến chứng trong hoặc sau mổ; bệnh nhân không tái khám đủ lịch hẹn.

Thu thập và xử lý số liệu: Các thông tin chung và lâm sàng trước/sau mổ (UCVA, BCVA, chiều dài trục nhãn cầu, công suất IOL, trục loạn thị, độ loạn thị tồn dư, độ xoay IOL) được ghi nhận tại các thời điểm trước mổ, 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng sau mổ. Thị lực được đo bằng bảng logMAR; loạn thị giác mạc được đánh giá bằng hình ảnh soi đáy mắt hoặc đèn khe sau khi nhỏ thuốc giãn đồng tử. Dữ liệu nhập bằng EpiData 3.1, phân tích bằng SPSS version 26.0.

Đạo đức nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được giải thích và đồng thuận tham gia, thông tin cá nhân được bảo mật. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch phê duyệt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dân số và lâm sàng trước phẫu thuật. Nghiên cứu gồm 42 mắt của 42 bệnh nhân, tuổi trung bình $57,6 \pm 13,3$ (dao động 18–79), nữ chiếm 61,9%, mắt trái 59,5% (Bảng 1). Trước mổ, UCVA trung bình $0,97 \pm 0,17$ logMAR; BCVA $0,59 \pm 0,18$ logMAR; loạn thị

giác mạc $1,79 \pm 0,35$ D; chiều dài trục nhãn cầu $23,92 \pm 0,51$ mm. Công suất IOL cầu trung bình $19,98 \pm 0,62$ D và công suất IOL trụ $1,71 \pm 0,32$ D (Bảng 2). Về hình thái đục thể thủy tinh, đục nhân chiếm 50,0%, đục dưới bao sau 26,2% và đục toàn bộ 23,8%. Mức độ đục chủ yếu độ 3 (38,1%) và độ 2 (26,2%). Loạn thị thuận và nghịch chiếm tỷ lệ tương đương (38,1%), loạn thị chéo 23,8% (Bảng 3).

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học và mắt phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu (n=42)

Đặc điểm	Tần số (n=42)	Tỷ lệ
Tuổi		
20 - 49 tuổi	8	19,0
50 - 69 tuổi	26	61,9
Từ 70 tuổi trở lên	8	19,0
Giới tính		
Nam	16	38,1
Nữ	26	61,9
Mắt phẫu thuật		
Phải	17	40,5
Trái	25	59,5

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu (n=42)

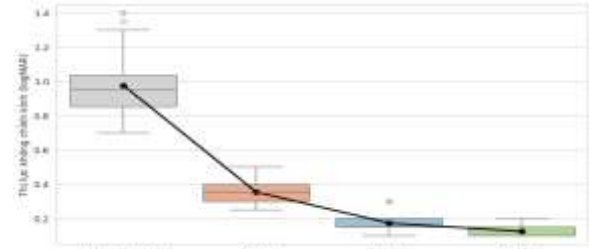
Chỉ số	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Thị lực UCVA trước mổ (logMAR)	0,97	0,17	0,7	1,4
Thị lực BCVA trước mổ (logMAR)	0,59	0,18	0,3	1
Độ loạn thị giác mạc trước mổ (D)	1,79	0,35	1,5	2,5
Chiều dài trục nhãn cầu (mm)	23,92	0,51	23	24,9
Công suất IOL cầu trung bình (D)	19,98	0,62	19	21,4
Công suất IOL trụ trung bình được đặt (D)	1,71	0,32	1,5	2,5

Bảng 3. Đặc điểm đục thủy tinh thể trước phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu (n=42)

Đặc điểm	Tần số (n=42)	Tỷ lệ
Hình thái đục thủy tinh thể		
Đục nhân	21	50,0
Đục dưới bao sau	11	26,2
Đục toàn bộ	10	23,8
Mức độ đục TTT		
Độ 1	5	11,9
Độ 2	11	26,2
Độ 3	16	38,1
Độ 4	10	23,8
Độ 5	0	0
Kiểu loạn thị		

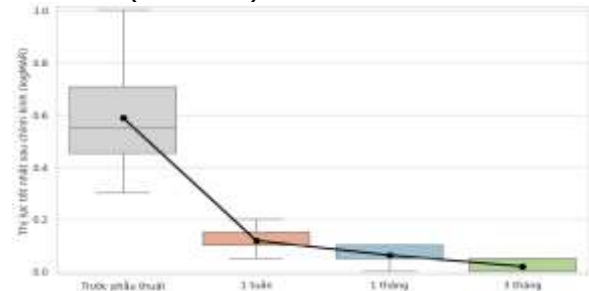
Thuận	16	38,1
Nghịch	16	38,1
Chéo	10	23,8

3.2. Thị lực sau phẫu thuật. UCVA cải thiện có ý nghĩa ngay từ tuần đầu, từ $0,98 \pm 0,17$ logMAR trước mổ xuống $0,35 \pm 0,07$ (1 tuần), $0,17 \pm 0,06$ (1 tháng) và $0,13 \pm 0,04$ (3 tháng), $p < 0,001$ ở tất cả các mốc (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1. Sự cải thiện của UCVA trước và sau phẫu thuật tại các thời điểm

BCVA tăng từ $0,59 \pm 0,18$ logMAR trước mổ lên $0,12 \pm 0,04$ (1 tuần), $0,06 \pm 0,03$ (1 tháng) và $0,019 \pm 0,024$ (3 tháng), $p < 0,001$ so với trước mổ (Biểu đồ 2).

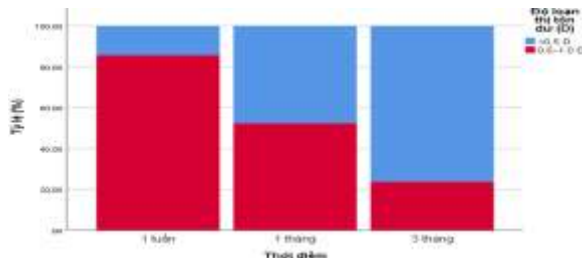


Biểu đồ 2. Sự cải thiện của BCVA trước và sau phẫu thuật tại các thời điểm

3.3. Loạn thị tồn dư sau phẫu thuật. Độ loạn thị giảm từ $1,78 \pm 0,35$ D trước mổ xuống $0,65 \pm 0,28$ D (1 tuần), $0,45 \pm 0,22$ D (1 tháng) và $0,28 \pm 0,17$ D (3 tháng), $p < 0,001$ (Bảng 6). Tỷ lệ bệnh nhân đạt loạn thị tồn dư $< 0,5$ D tăng từ 0% trước mổ lên 47,6% (1 tháng) và 76,2% (3 tháng), không còn trường hợp nào có loạn thị tồn dư > 1 D ở 3 tháng. Biểu đồ 3 cho thấy xu hướng giảm dần độ loạn thị tồn dư theo thời gian, khẳng định hiệu quả và sự ổn định của thủy tinh thể nhân tạo Toric trong hiệu chỉnh loạn thị.

Bảng 4. So sánh Độ loạn thị tồn dư trung bình giữa các thời điểm sau mổ so với trước mổ (n=42)

Thời điểm	Độ loạn thị tồn dư (D)	Độ lệch chuẩn	p-value (so trước mổ)
Trước mổ	1,78	0,35	-
1 tuần	0,65	0,28	$< 0,001$
1 tháng	0,45	0,22	$< 0,001$
3 tháng	0,28	0,17	$< 0,001$



Biểu đồ 3. Phân bố độ loạn thị tồn dư sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng

3.4. Sự ổn định trục IOL. Độ xoay trục IOL trung bình $1,31^\circ \pm 1,09$ (1 tuần), giảm còn $0,45^\circ \pm 1,40$ (1 tháng) và $0,28^\circ \pm 1,52$ (3 tháng), $p < 0,001$ so với trước mổ (Bảng 8). Ở 3 tháng sau phẫu thuật, 92,9% IOL xoay $\leq 5^\circ$, chỉ 7,1% xoay từ $>5^\circ$ đến $<10^\circ$, không có trường hợp $\geq 10^\circ$ (Bảng 9). Điều này cho thấy sự ổn định trục cao của IOL toric trong suốt quá trình theo dõi.

Bảng 5. Trung bình độ xoay trục IOL sau phẫu thuật 1 tuần, tháng và 3 tháng so với trước mổ (n=42)

Thời điểm	Mức độ xoay của trục kính	Độ lệch chuẩn	p-value (so trước mổ)
Trước mổ	0	0	-
1 tuần	1,31	1,09	<0,001
1 tháng	0,45	1,40	<0,001
3 tháng	0,28	1,52	<0,001

Bảng 6. Mức độ xoay trục IOL sau phẫu thuật 1 tuần, tháng và 3 tháng (n=42)

Mức độ xoay của trục kính	1 tuần Tần số (Tỷ lệ %)	1 tháng Tần số (Tỷ lệ %)	3 tháng Tần số (Tỷ lệ %)
$\leq 5^\circ$	41 (97,6%)	40 (95,2%)	39 (92,9%)
$>5^\circ$ và $<10^\circ$	1 (2,4%)	2 (4,8%)	3 (7,1%)
$\geq 10^\circ$	0	0	0

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu tiến cứu trên 42 mắt được phẫu thuật Phaco đặt thủy tinh thể nhân tạo (TTNT) đơn tiêu loại toric (Tecnis Toric), chúng tôi ghi nhận sự cải thiện rõ rệt về thị lực và giảm đáng kể độ loạn thị tồn dư. UCVA cải thiện từ 0,97 logMAR trước mổ xuống còn 0,13 logMAR sau 3 tháng, trong khi BCVA tăng từ 0,59 lên 0,019 logMAR. Độ loạn thị giác mạc trung bình giảm từ 1,78 D trước mổ xuống 0,28 D sau 3 tháng. Tại thời điểm này, 76,2% mắt có loạn thị tồn dư $<0,5$ D và 100% mắt $\leq 1,0$ D. Độ xoay trục trung bình của IOL rất thấp ($0,28^\circ$ sau 3 tháng), 92,9% mắt ổn định trong khoảng $\leq 5^\circ$, và không có trường hợp nào xoay $\geq 10^\circ$.

Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhiều nghiên cứu quốc tế đã khẳng định hiệu quả và tính an toàn của IOL toric. Mendicute và cs. (2009) [3] so sánh giữa phẫu thuật đặt IOL toric

và rạch giác mạc đối diện, kết quả cho thấy IOL toric cho độ chính xác và khả năng dự đoán khúc xạ tốt hơn, độ loạn thị tồn dư trung bình khoảng 0,5 D. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ loạn thị tồn dư chỉ còn 0,28 D sau 3 tháng, thấp hơn so với báo cáo của Mendicute. Nghiên cứu của Waltz và cs. (2015)[4] nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn, kết quả 74,5% mắt đạt độ loạn thị tồn dư $<0,5$ D. Kết quả của chúng tôi tương tự, với 76,2% mắt $<0,5$ D, cho thấy tính nhất quán của phương pháp tại Việt Nam. Nghiên cứu của Brar và cs. (2021) [5] so sánh Eyecryl Toric và Tecnis Toric, ghi nhận mức độ xoay trục trung bình khoảng 4° . Trong khi đó, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ xoay thấp hơn nhiều ($<1^\circ$ ở tất cả các mốc theo dõi). Khác biệt này có thể do bệnh nhân của chúng tôi có độ loạn thị trước mổ trung bình thấp hơn (1,79 D) và kỹ thuật định trục chính xác. Trong nghiên cứu của He và cs. (2020) [7] khảo sát trên nhóm mắt có trục nhãn cầu dài, ghi nhận độ loạn thị tồn dư sau mổ 3 tháng là 0,91 D và độ xoay IOL trung bình lên đến $7,4^\circ$. So với nghiên cứu này, kết quả của chúng tôi tốt hơn cả về loạn thị tồn dư và độ ổn định trục, nguyên nhân có thể do mẫu bệnh nhân có trục nhãn cầu bình thường, bao sau nhỏ hơn nên tăng ma sát quanh IOL. Còn trong nghiên cứu của Yang và cs. (2020) [6] cũng cho thấy rằng khi IOL xoay trên 10° thì hiệu quả chỉnh loạn thị giảm đáng kể, với khoảng 10% trường hợp có xoay mức này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào xoay $\geq 10^\circ$, và 92,9% mắt ổn định trong khoảng $\leq 5^\circ$, khẳng định tính ổn định cao của Tecnis Toric khi được đặt đúng trục. Các kết quả trên củng cố rằng việc đặt IOL toric là phương pháp hiệu quả, an toàn và có tính dự đoán cao trong điều chỉnh loạn thị giác mạc ở bệnh nhân đục thủy tinh thể.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi khẳng định rằng phẫu thuật Phaco đặt TTNT đơn tiêu loại toric giúp cải thiện rõ rệt thị lực, giảm đáng kể loạn thị tồn dư và đạt độ ổn định trục cao. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế và cho thấy tính khả thi, an toàn và hiệu quả của việc ứng dụng rộng rãi IOL toric trong điều trị bệnh nhân đục thủy tinh thể kèm loạn thị giác mạc tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pascolini D., Mariotti S. P. (2012), "Global estimates of visual impairment: 2010", Br J Ophthalmol, 96 (5), pp. 614-618.
2. Ferrer-Blasco T., Montés-Micó R., Peixoto-de-Matos S. C. et al. (2009), "Prevalence of corneal astigmatism before cataract surgery", J

- Cataract Refract Surg, 35 (1), pp. 70-75.
3. **Mendicute J., Irigoyen C., Ruiz M. et al.** (2009), "Toric intraocular lens versus opposite clear corneal incisions to correct astigmatism in eyes having cataract surgery", J Cataract Refract Surg, 35 (3), pp. 451-458.
4. **Waltz K. L., Featherstone K., Tsai L., Trentacost D.** (2015), "Clinical outcomes of TECNIS toric intraocular lens implantation after cataract removal in patients with corneal astigmatism", Ophthalmology, 122 (1), pp. 39-47.
5. **Brar S., Rathod D. P., Nikhil R. P., Ganesh S.** (2021), "Clinical outcomes, predictability and rotational stability following implantation of Eyecryl toric versus TECNIS toric intraocular lenses-A comparative study", Int Ophthalmol, 41 (11), pp. 3769-3780.
6. **Yang J. J., Qin Y. Z., Qin L., Li J. M.** (2020), "Comparison of the clinical efficacy of AcrySof(®) IQ and TECNIS(®) toric intraocular lenses: A real-world study", Exp Ther Med, 20 (5), pp. 25.
7. **Zhu X., Meng J., He W. et al.** (2020), "Comparison of the rotational stability between plate-haptic toric and C-loop haptic toric IOLs in myopic eyes", J Cataract Refract Surg, 46 (10), pp. 1353-1359.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TÍNH TIẾN VẬT CƠ TRÁN TRONG ĐIỀU TRỊ SỤP MÌ TÁI PHÁT SAU PHẪU THUẬT CẮT NGẪN CƠ NÂNG MÌ HOẶC TREO SLING

Nguyễn Chí Trung Thế Truyền¹, Đoàn Kim Thành²,
Nguyễn Phạm Dũng¹, Nguyễn Thị Xuân¹, Trương Công Thái¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và độ an toàn của phẫu thuật tính tiến vật cơ trán (TTCT) trong điều trị sụp mí tái phát sau cắt ngắn cơ nâng mí hoặc treo sling. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng trên 16 bệnh nhi (20 mắt) bị sụp mí tái phát sau phẫu thuật trước đó, được điều trị bằng kỹ thuật TTCT từ 6/2022–8/2023 tại Bệnh viện Mắt TP. Hồ Chí Minh. Các biến số lâm sàng được thu thập bao gồm MRD, thị lực, chức năng cơ nâng mí, mức độ sụp mí, tiêu chuẩn giải phẫu – thẩm mỹ sau mổ và biến chứng. **Kết quả:** Tuổi trung bình 8,94 ± 2,29 (6–15 tuổi), nam/nữ tương đương. Thời gian tái phát trung bình sau mổ trước đó là 11,5 ± 2,61 tháng. Trước mổ, MRD trung bình 0,55 ± 1,09mm (–2 đến 2mm). Sau mổ 6 tháng, MRD đạt 3,15 ± 0,81mm (p<0,001 so với trước mổ). Kết quả giải phẫu: chính chỉnh 75%, thiếu chỉnh 25%, không có thẳng chỉnh hay tái phát. Điểm thẩm mỹ trung bình 7,25 ± 1,21; 90% mắt đạt mức thẩm mỹ "tốt". Biến chứng ghi nhận: tụ máu mí 10%, quặm nhẹ góc trong 10%, không có hở mí, trĩ mí hay mất nếp nhăn trán. **Kết luận:** Phẫu thuật TTCT là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị sụp mí tái phát sau cắt ngắn cơ nâng mí hoặc treo sling, mang lại kết quả thẩm mỹ cao.

Từ khóa: sụp mí tái phát, tính tiến vật cơ trán, cắt ngắn cơ nâng mí, treo sling.

SUMMARY

EVALUATION OF FRONTALIS MUSCLE FLAP ADVANCEMENT IN THE MANAGEMENT OF

¹Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phạm Dũng

Email: hoanglocnguyenphuc@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

RECURRENT PTOSIS AFTER LEVATOR RESECTION OR SLING SUSPENSION

Objective: To evaluate the efficacy and safety of frontalis muscle flap advancement (FMFA) in the management of recurrent ptosis after levator resection or sling suspension. **Methods:** A prospective interventional study was conducted on 16 pediatric patients (20 eyes) with recurrent ptosis after prior surgery, treated with FMFA between June 2022 and August 2023 at Ho Chi Minh City Eye Hospital. Clinical variables included MRD, visual acuity, levator function, severity of ptosis, postoperative anatomical and aesthetic outcomes, and complications. **Results:** The mean age was 8.94 ± 2.29 years (range 6–15), with equal male-to-female ratio. Mean recurrence time after previous surgery was 11.5 ± 2.61 months. Preoperative MRD averaged 0.55 ± 1.09mm (–2 to 2mm). At 6 months postoperatively, MRD improved to 3.15 ± 0.81mm (p<0.001). Anatomical success: optimal correction in 75%, undercorrection in 25%, with no overcorrection or recurrence. Mean aesthetic score was 7.25 ± 1.21, with 90% rated as "good." Complications included hematoma (10%) and mild entropion (10%), with no cases of lagophthalmos, lid retraction, or forehead hypoesthesia. **Conclusions:** FMFA is a safe and effective surgical option for recurrent ptosis, providing high anatomical and aesthetic success rates.

Keywords: recurrent ptosis, frontalis muscle flap advancement, levator resection, sling suspension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sụp mí bẩm sinh thường được điều trị bằng cắt ngắn cơ nâng mí hoặc treo sling. Tuy nhiên, tỷ lệ tái phát dao động 20–30%. Khi tái phát, kỹ thuật sử dụng lực cơ cơ trán là lựa chọn ưu thế, trong đó TTCT có ưu điểm không để lại di chứng vùng cho như cân cơ tự thân, tránh nguy cơ nhiễm trùng hay tuột dây treo nhân tạo. Trên