

First Molar: A Systematic Review, Journal of endodontics, 2010, pp. 1919-1931.

5. **De-Deus G, Brandão MC, Fidel RA, Fidel SR.** The sealing ability of GuttaFlow in oval-shaped canals: an ex vivo study using a polymicrobial

leakage model. International endodontic journal. 2007; 40(10);794-799

6. **Vertucci F.J,** Root canal anatomy of the human permanent teeth, 1984.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TÁN NHUYỄN THỦY TINH THỂ SỚM ĐIỀU TRỊ GÓC ĐÓNG CẤP NGUYÊN PHÁT

Đoàn Kim Thành<sup>1,2</sup>, Mai Đăng Tâm<sup>2</sup>, Tôn Thất Hoàng Quân<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Góc đóng cấp nguyên phát là cấp cứu nhãn khoa với cơ chế chính là nghiền đồng tử. Laser mỏng mắt chu biên là điều trị đầu tay nhưng chưa giúp kiểm soát nhãn áp ổn định lâu dài và cải thiện thông số góc tiền phòng. Phẫu thuật phaco tán nhuyễn thủy tinh thể sớm giúp giải quyết nghiền đồng tử và loại bỏ vai trò thủy tinh thể trong bệnh sinh góc đóng. **Mục tiêu:** Khảo sát sự thay đổi thị lực và nhãn áp sau điều trị góc đóng cấp nguyên phát bằng phẫu thuật phaco tán nhuyễn thủy tinh thể có đặt kính nội nhãn tại khoa Glaucoma, Bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả theo dõi dọc 34 bệnh nhân góc đóng cấp nguyên phát một mắt được phẫu thuật Phaco tán nhuyễn thủy tinh thể đặt kính nội nhãn, theo dõi tại các thời điểm 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 28 nữ và 6 nam với tuổi trung bình là 58,38 ± 7,01. Trước phẫu thuật, thị lực logMAR và nhãn áp của mắt bệnh đều cao hơn so với mắt không bệnh (thị lực logMAR: 1,24 ± 0,74 và 0,18 ± 0,13, p<0,001; nhãn áp: 50,19 ± 8,78mmHg và 14,69 ± 2,41mmHg, p<0,001). Hơn 75% mắt bệnh có thị lực ở nhóm trung bình trở xuống theo phân loại của WHO 2015. Sau phẫu thuật 1 tháng, thị lực logMAR trung bình đạt 0,26 ± 0,36 và thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với trước phẫu thuật (p<0,001). 32/34 mắt bệnh đạt thị lực tốt và duy trì ổn định trong suốt 6 tháng theo dõi. Nhãn áp mắt bệnh giảm 12,82 ± 2,74mmHg tại thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật và thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với trước phẫu thuật (p<0,001). Nhãn áp duy trì ổn định trong giới hạn bình thường ở tất cả các thời điểm. Không ghi nhận trường hợp tăng nhãn áp tái phát trong quá trình theo dõi. **Kết luận:** Phẫu thuật tán nhuyễn thủy tinh thể sớm có hiệu quả trong phục hồi thị lực và giúp kiểm soát nhãn áp lâu dài sau góc đóng cấp nguyên phát. **Từ khóa:** góc đóng cấp, đục thủy tinh thể, tán nhuyễn thủy tinh thể sớm, bệnh lý góc đóng.

### SUMMARY

#### CLINICAL OUTCOMES OF EARLY

<sup>1</sup>Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Tôn Thất Hoàng Quân

Email: ophthq285@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025

### PHACOEMULSIFICATION IN ACUTE PRIMARY ANGLE CLOSURE

**Introduction:** Acute primary angle closure (APAC) is an ophthalmic emergency, most commonly resulting from pupillary block. Laser peripheral iridotomy (LPI) is the first-line treatment; however, it often fails to achieve sustained intraocular pressure (IOP) control and significant improvement in anterior chamber angle parameters. Phacoemulsification effectively eliminates the pupillary block and removes the lens component involved in the pathogenesis of angle closure diseases. **Objective:** To evaluate the changes in visual acuity (VA) and IOP following early phacoemulsification with intraocular lens implantation in APAC patients treated at the Glaucoma Department, Ho Chi Minh City Eye Hospital. **Methods:** A 6-month prospective longitudinal study was conducted on 34 patients with unilateral APAC. All patients underwent early phacoemulsification with posterior chamber intraocular lens implantation. Postoperative follow-ups were performed at 1, 3, and 6 months. **Results:** The study included 28 females and 6 males, with a mean age of 58,38 ± 7,01 years. Preoperatively, the LogMAR VA and IOP of the affected eyes were significantly worse than those of the fellow eyes (LogMAR VA: 1,24 ± 0,74 and 0,18 ± 0,13, p<0,001; IOP: 50,19 ± 8,78mmHg and 14,69 ± 2,41mmHg, p<0,001). More than 75% of the affected eyes had VA in the moderate-to-severe impairment group, according to the WHO 2015 classification. One month postoperatively, the mean LogMAR VA was 0,26 ± 0,36, which was statistically significantly lower compared to the preoperative VA (p<0,001). Thirty-two out of 34 affected eyes achieved good visual acuity, which remained stable throughout the 6-month follow-up period. The mean IOP in the affected eyes decreased by 12,82 ± 2,74mmHg mmHg at 1 month post-surgery and was statistically significantly lower than the preoperative IOP (p<0,001). The IOP remained stable within the normal range at all follow-up time points. No cases of recurrent IOP elevation were recorded during the follow-up. **Conclusion:** Early phacoemulsification is an effective treatment for acute primary angle closure, providing significant and sustained improvement in visual acuity and long-term intraocular pressure control.

**Keywords:** Acute angle closure, cataract, early phacoemulsification, angle closure diseases.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Góc đóng cấp nguyên phát (acute primary

angle closure, apac) là một tình trạng cấp cứu nhãn khoa, đặc trưng bởi sự tăng nhãn áp đột ngột và đáng kể do đóng hoàn toàn góc tiền phòng. Cơ chế bệnh sinh chủ yếu là nghẽn đồng tử, gây cản trở dòng thủy dịch từ hậu phòng ra tiền phòng, dẫn đến dồn đẩy mống mắt ra trước và bít tắc vùng bè. Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, tình trạng tăng nhãn áp kéo dài có thể dẫn đến glôcôm góc đóng, gây tổn thương thị lực và thị trường không hồi phục.

Laser mống mắt chu biên (lpi) được xem là phương pháp điều trị tiêu chuẩn trong giai đoạn cấp, giúp giải quyết cơ chế nghẽn đồng tử. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu đã ghi nhận tình trạng tăng nhãn áp tái phát sau lpi với tỉ lệ có thể lên đến hơn 50% các trường hợp, cho thấy lpi không đảm bảo kiểm soát nhãn áp ổn định lâu dài. Ngoài ra, các nghiên cứu hình ảnh học đã chứng minh vai trò đáng kể của mống mắt và thủy tinh thể trong cơ chế bệnh sinh của góc đóng, đặc biệt ở những mắt có thủy tinh thể dày, thể tích mống mắt lớn hoặc tiền phòng nông. Điều này góp phần lý giải vì sao không phải tất cả bệnh nhân đều đáp ứng hiệu quả sau lpi. Phẫu thuật phaco tán nhuyễn thủy tinh thể sớm không chỉ loại bỏ cơ chế nghẽn đồng tử mà còn loại bỏ vai trò của thủy tinh thể trong sự hình thành góc đóng, đồng thời tăng độ sâu tiền phòng và mở rộng góc tiền phòng, vốn là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất được xác định trong bệnh lý này. Nhiều báo cáo gần đây cho thấy lấy thủy tinh thể sớm giúp hạ nhãn áp bền vững hơn so với lpi đơn thuần. Tuy nhiên, tại Việt Nam, dữ liệu về hiệu quả lâm sàng của phaco sớm sau góc đóng cấp nguyên phát còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá sự thay đổi thị lực và nhãn áp sau phẫu thuật phaco sớm ở bệnh nhân góc đóng cấp nguyên phát, góp phần cung cấp bằng chứng thực tiễn cho lựa chọn điều trị.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc, không có nhóm chứng.

**Đối tượng:** Bệnh nhân góc đóng cấp một mắt đến khám và điều trị tại khoa Glaucoma bệnh viện Mắt TP. Hồ Chí Minh, có chỉ định tán nhuyễn thủy tinh thể sớm đặt kính nội nhãn điều trị góc đóng cấp.

**Tiêu chuẩn nhận vào:** Thỏa tất cả các tiêu chuẩn chẩn đoán góc đóng cấp, bao gồm: (1) nhãn áp từ 21mmHg trở lên đo bằng nhãn áp kế Icare; (2) có ít nhất 2 trong các triệu chứng: đau mắt hoặc quanh mắt, nhức đầu, buồn nôn và/hoặc nôn, từng có những đợt nhìn mờ thấy

quầng sáng; (3) có ít nhất 3 trong các dấu hiệu: kết mạc cương tụ, phù bong biểu mô giác mạc, tiền phòng nông, đồng tử giãn mất phản xạ ánh sáng; (4) góc đóng trên soi góc tiền phòng.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Khi có một trong các tiêu chuẩn sau: (1) đã từng lên cơn góc đóng cấp, góc đóng thứ phát, glôcôm, tiền căn chấn thương, phẫu thuật nội nhãn; (2) các bệnh lý khác tại mắt ảnh hưởng thị lực (seo giác mạc, viêm màng bồ đào, xuất huyết dịch kính, màng trước võng mạc, võng mạc đáy thào đường, thoái hóa hoàng điểm tuổi già, tắc mạch võng mạc, viêm thần kinh thị, thiếu máu đầu thần kinh thị trước không do viêm mạch).

**Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 10/2024 đến tháng 10/2025 tại khoa Glaucoma bệnh viện Mắt TP HCM.

**Qui trình:** Bệnh nhân góc đóng cấp nguyên phát một mắt nhập viện điều trị hạ nhãn áp nội khoa tại khoa Glaucoma. Bệnh nhân được khai thác bệnh sử, khám mắt kết hợp soi góc trên kính hiển vi sau cắt cơn góc đóng cấp để loại trừ góc đóng thứ phát hay glôcôm. Bệnh nhân được lên chương trình phẫu thuật tán nhuyễn thủy tinh thể sớm (trong vòng 1 tuần kể từ khi nhập viện) kèm đặt kính nội nhãn. Xét nghiệm tiền phẫu theo quy định bệnh viện. Điều trị nội khoa hạ nhãn áp duy trì nhãn áp dưới 21mmHg trước phẫu thuật. Bệnh nhân được phẫu thuật tán nhuyễn thủy tinh thể bởi một phẫu thuật viên duy nhất giàu kinh nghiệm (M.Đ.T). Phẫu thuật viên sử dụng một máy phẫu thuật Infiniti Ozil với đầu PHACO (gồm tay khoan xoắn Ozil và đầu Kelman gập góc 45°), đường mổ chính bằng dao 2,2mm.

**Thu nhập và phân tích số liệu:** Các thông số thị lực, nhãn áp, số loại thuốc nhỏ hạ nhãn áp được ghi nhận tại thời điểm ban đầu nhập viện, sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng. Thị lực thập phân được quy đổi sang thị lực logMAR =  $-\log_{10}(\text{thị lực thập phân})$ , trong đó thị lực đếm ngón tay và bóng bàn tay được quy đổi tương ứng là 2,1 và 2,4.<sup>1</sup> Các phép kiểm được sử dụng bao gồm: t bắt cặp, Wilcoxon-signed rank, phân tích phương sai lặp lại và Friedman với giá trị  $p < 0,05$  được xem là có ý nghĩa thống kê.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Đặc điểm trước phẫu thuật:** Nghiên cứu tuyển chọn được 34 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là  $58,38 \pm 7,01$ . Trong đó có 6 nam và 28 nữ với tỉ lệ nam : nữ là 1:4,67. Đặc điểm trước phẫu thuật của mẫu nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.

**Bảng 1. Đặc điểm trước phẫu thuật của bệnh nhân trong nghiên cứu**

	Mắt bệnh	Mắt không bệnh	Giá trị p
Thị lực (logMAR)	1,24±0,74	0,18±0,13	<0,001*
Nhãn áp (mmHg)	50,19±8,78	14,69±2,41	<0,001*
Số loại thuốc nhỏ hạ nhãn áp	2,71±0,46	-	-

\*Phép kiểm Wilcoxon signed-rank; \*Phép kiểm t bắt cặp

Trước phẫu thuật, thị lực logMAR của mắt bệnh là 1,24 ± 0,74 cao hơn có ý nghĩa thống kê so với mắt không bệnh là 0,18 ± 0,13 (p<0,001). Ở mắt bệnh, thị lực thấp nhất của trước phẫu thuật là bóng bàn tay và cao nhất là 5/10. Theo phân loại của WHO 2015, 76,47% mắt bệnh có thị lực ở nhóm trung bình trở xuống trong khi 33/34 mắt không bệnh có thị lực tốt.

Nhãn áp tại thời điểm trước phẫu thuật của mắt bệnh là 50,19 ± 8,78 cao hơn có ý nghĩa thống kê so với mắt không bệnh là 14,69 ± 2,41 (p<0,001). Nhãn áp thấp nhất của mắt bệnh là 33,5 mmHg và cao nhất là 71,6 mmHg. Tất cả người bệnh đều sử dụng từ 2-3 loại thuốc nhỏ nhãn áp. Các thuốc được sử dụng chủ yếu thuộc nhóm ức chế tiết thủy dịch (Brimonidine, Brinzolamide, Timolol). Nhóm thuốc Prostaglandin không được sử dụng do có khả năng gây viêm, làm nặng thêm phản ứng viêm do góc đóng cấp gây ra.

**Kết quả theo dõi sau phẫu thuật:** Hiệu quả của phẫu thuật Phaco tán nhuyễn thủy tinh thể sớm được ghi nhận qua sự thay đổi thị lực và nhãn áp qua các thời điểm 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật.

**Thị lực:** Sự thay đổi thị lực sau phẫu thuật Phaco điều trị góc đóng cấp nguyên phát được trình bày theo bảng 2.

**Bảng 2. Sự thay đổi thị lực trước và sau phẫu thuật của mẫu nghiên cứu**

Thời điểm	Mắt bệnh	Mắt không bệnh
Trước phẫu thuật	1,24 ± 0,74	0,18 ± 0,13
1 tháng	0,26 ± 0,36	0,15 ± 0,08
3 tháng	0,24 ± 0,35	0,16 ± 0,08
6 tháng	0,27 ± 0,35	0,17 ± 0,07
Giá trị p	<0,001*	0,126*

\* Phép kiểm Friedman, so sánh hậu kiểm Wilcoxon signed-rank với hiệu chỉnh Bonferroni cho giá trị p

Sau phẫu thuật, thị lực mắt bệnh được cải thiện ngay tại thời điểm 1 tháng (giảm từ 1,24 ± 0,74 lúc nhập viện xuống còn 0,26 ± 0,36) và duy trì ổn định tới thời điểm 3 tháng (0,24 ±

0,35) và 6 tháng (0,27 ± 0,35). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa sau phẫu thuật với cả 3 thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng (p<0,001). Không có sự khác biệt giữa các cặp thời điểm 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng. Phân loại thị lực tốt cũng cải thiện rõ rệt từ 23,53% (8/34) tại thời điểm trước phẫu thuật lên 94,12% (34/36) tại thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật và duy trì ổn định trong suốt quá trình theo dõi. Thị lực logMAR trung bình của mắt không bệnh không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê qua các thời điểm nghiên cứu (p=0,126).

**Nhãn áp:** Sự thay đổi nhãn áp sau phẫu thuật Phaco điều trị góc đóng cấp nguyên phát được trình bày theo bảng 3.

**Bảng 3. Sự thay đổi nhãn áp trước và sau phẫu thuật của mẫu nghiên cứu**

Thời điểm	Mắt bệnh	Mắt không bệnh
Trước phẫu thuật	50,19 ± 8,78	14,69 ± 2,41
1 tháng	12,82 ± 2,74	13,16 ± 2,21
3 tháng	13,28 ± 1,87	13,54 ± 1,58
6 tháng	13,65 ± 0,91	13,53 ± 0,85
Giá trị p	<0,001*	0,010*

\* Phép kiểm phân tích phương sai lặp lại, so sánh hậu kiểm t bắt cặp với hiệu chỉnh Bonferroni cho giá trị p

\* Phép kiểm Friedman, so sánh hậu kiểm Wilcoxon signed-rank với hiệu chỉnh Bonferroni cho giá trị p

Sau phẫu thuật, nhãn áp bệnh nhân được cải thiện và nằm trong giới hạn bình thường tại tất cả thời điểm theo dõi. Nhãn áp trung bình mắt bệnh sau phẫu thuật 1 tháng là 12,82 ± 2,74 mmHg, sau 3 tháng là 13,28 ± 1,87 mmHg và sau 6 tháng là 13,65 ± 0,91 mmHg và đều thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với trước phẫu thuật (p<0,001). Không có sự khác biệt giữa các thời điểm 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng. Đối với mắt không bệnh, chỉ ghi nhận sự khác biệt về nhãn áp giữa thời điểm trước phẫu thuật và sau 1 tháng (p=0,004). Tuy nhiên, sự khác biệt này là không đáng kể (14,69 ± 2,41 so với 13,16 ± 2,21) và không ghi nhận sự khác biệt tại các cặp thời điểm còn lại. Sau 6 tháng, chỉ còn 1 bệnh nhân phải sử dụng thêm thuốc nhỏ hạ nhãn áp để duy trì nhãn áp dưới 21mmHg.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 28 nữ và 6 nam, tỉ lệ nam : nữ là 1:4,67, nữ chiếm ưu thế (82,35%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác.<sup>2-4</sup> Sự khác biệt này được cho là liên quan chủ yếu đến các đặc điểm sinh trắc học nhãn cầu ở nữ giới, bao gồm tiền phòng nông hơn, chiều dài trục nhãn cầu ngắn hơn so với

nam giới, làm tăng khả năng nghiền đồng tử, từ đó thúc đẩy cơ chế đóng góc.<sup>5</sup>

**Thị lực:** Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thị lực thấp ở mắt bệnh ở thời điểm trước phẫu thuật (thị lực logMAR:  $1,24 \pm 0,74$ ). Sau phẫu thuật phaco tán nhuyễn thủy tinh thể, thị lực có sự cải thiện rõ rệt (thị lực logMAR:  $0,26 \pm 0,36$ ) và duy trì ổn định tới thời điểm 6 tháng trong nghiên cứu. Sau phẫu thuật 6 tháng có 94,12% mắt bệnh đạt thị lực tốt trở lên. Kết quả này cũng tương đồng với một số nghiên cứu khác (bảng 4).

Thị lực thấp do giác mạc phù, phản ứng viêm ở tiền phòng, đồng tử giãn mất khả năng

điều tiết, tình trạng đục thủy tinh thể và có thể kèm theo phù gai thị. Sự cải thiện thị lực trên những bệnh nhân ACPC chủ yếu do các phục hồi môi trường trong suốt sau góc đóng cấp như giác mạc hết phù, hết phản ứng viêm tiền phòng, giảm phù gai thị và cũng một phần do phẫu thuật Phaco đặt kính nội nhãn đã lấy đi thủy tinh thể đục ở người lớn tuổi. Sự cải thiện thị lực sau phẫu thuật so thị lực trước phẫu thuật chứng minh phẫu thuật Phaco tán nhuyễn thủy tinh thể đặt kính nội nhãn có hiệu quả mang lại thị lực tốt cho bệnh nhân.

**Bảng 4. Đối chiếu thị lực giữa các nghiên cứu**

Tác giả	Thị lực trước PT	Thị lực sau PT			
		1 tháng	3 tháng	6 tháng	12 tháng
Lam (2008) <sup>3</sup>	$0,57 \pm 0,40$	-	$0,28 \pm 0,24$	$0,26 \pm 0,23$	-
Moghimi (2016) <sup>6</sup>	$0,51 \pm 0,28$	-	-	-	$0,29 \pm 0,24$
Lin (2020) <sup>7</sup>	$1,08 \pm 0,82$	-	-	-	$0,57 \pm 0,43$
Rumin Zhao (2024) <sup>8</sup>	$1,7 \pm 1,1$	-	$0,4 \pm 0,4$	-	-
T.T.H. Quân (2025)	$1,24 \pm 0,74$	$0,26 \pm 0,36$	$0,24 \pm 0,35$	$0,27 \pm 0,35$	-

**Nhãn áp:** Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được theo dõi nhãn áp trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng. Nhãn áp từ  $50,19 \pm 8,78$ mmHg tại thời điểm nhập viện, giảm còn  $12,82 \pm 2,74$ mmHg tại thời điểm 1 tháng, và vẫn tiếp tục duy trì ổn định sau 6 tháng theo dõi. Không ghi nhận trường

hợp nào tăng nhãn áp (>21mmHg) sau phẫu thuật trong quá trình theo dõi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các tác giả khác (bảng 5). Như vậy, phẫu thuật phaco tán nhuyễn thể thủy tinh có hiệu quả trong kiểm soát nhãn áp tương đối ổn định trên bệnh nhân góc đóng cấp nguyên phát.

**Bảng 5. Đối chiếu sự thay đổi nhãn áp giữa các nghiên cứu**

Tác giả	Nhãn áp trước PT	Nhãn áp sau PT			
		1 tháng	3 tháng	6 tháng	12 tháng
Lam (2008) <sup>3</sup>	$59,70 \pm 8,70$	-	$12,2 \pm 2,7$	$12,7 \pm 3,1$	-
Moghimi (2016) <sup>6</sup>	$54,0 \pm 9,40$	-	-	-	$13,90 \pm 2,17$
Lin (2020) <sup>7</sup>	$48,87 \pm 13,17$	$12,28 \pm 3,01$	$13,84 \pm 6,37$	$14,42 \pm 5,89$	$12,60 \pm 3,88$
Anbar (2023) <sup>2</sup>	$40,23 \pm 10,4$	$12,4 \pm 3,5$	$11,4 \pm 3,3$	-	-
Rumin Zhao (2024) <sup>8</sup>	$42,5 \pm 16,2$	-	$15,1 \pm 4,0$	-	-
T.T.H. Quân (2025)	$50,19 \pm 8,78$	$12,82 \pm 2,74$	$13,28 \pm 1,87$	$13,65 \pm 0,91$	-

Mặc dù nghiền đồng tử được xác định là cơ chế chính trong bệnh sinh của góc đóng cấp nguyên phát (acute primary angle closure – APAC), nhiều nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng thể thủy tinh cũng đóng vai trò quan trọng trong quá trình hình thành và tiến triển của bệnh. Moghimi và cộng sự cũng đã báo cáo rằng bệnh nhân góc đóng cấp nguyên phát có thủy tinh thể dày, phồng và có xu hướng lệch ra trước hơn các nhóm khác trong bệnh lý góc đóng.<sup>4</sup> Điều này giải thích cho đặc điểm nhãn áp cao và tiền phòng nông, rất nông ở những bệnh nhân góc đóng cấp nguyên phát tại thời điểm nhập viện. Laser mỏng mắt chu biên (LPI) được xem là điều trị chuẩn trong kiểm soát góc đóng cấp, giải quyết cơ chế nghiền đồng tử nhưng chưa giải quyết được vai trò của thủy tinh thể. Đã có

những báo cáo về nguy cơ tiến triển thành glôcôm góc đóng sau góc đóng cấp điều trị với LPI, tỉ lệ này lên đến 58,2% và thường xảy ra trong vòng 6 tháng sau khi thực hiện LPI.<sup>9</sup> Moghimi và cộng sự cũng ghi nhận 60% bệnh nhân tăng áp tái phát sau LPI, và 40% bệnh nhân cần phải sử dụng thêm thuốc hạ nhãn áp.<sup>6</sup> Còn theo nghiên cứu của Lam, tỉ lệ tăng nhãn áp sau LPI điều trị góc đóng cấp là 46,7%.<sup>3</sup> Do đó, phẫu thuật Phaco tán nhuyễn thủy tinh thể giải quyết triệt để cơ chế nghiền đồng tử đồng thời loại bỏ vai trò của thủy tinh thể trong việc đẩy mỏng mắt ra trước. Sau phẫu thuật, việc thay thế thủy tinh thể tự nhiên bằng thủy tinh thể nhân tạo mỏng hơn, nằm gọn trong bao sau, giúp cải thiện độ sâu tiền phòng cả ở trung tâm lẫn ngoại vi, giảm dính mỏng chu biên (PAS), cải

thiện thoát lưu thủy dịch, từ đó giúp hạ nhãn áp nhanh và ổn định, ngăn ngừa tiến triển glôcôm góc đóng.<sup>2, 8, 10</sup>

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật Phaco tán nhuyễn thủy tinh thể sớm có hiệu quả trong điều trị góc đóng cấp nguyên phát. Tuy nhiên cũng cần lưu ý vì mắt góc đóng cấp nguyên phát có tiền phòng nông, yếu dây chằng Zinn gây khó khăn trong phẫu thuật. Phaco tán nhuyễn thủy tinh thể giúp kiểm soát nhãn áp ổn định và lâu dài, nhờ cải thiện độ sâu tiền phòng cũng như độ mở góc, và giải quyết vai trò của thủy tinh thể trong bệnh lý góc đóng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Moussa, G., K. Bassilious, and N.J.A.O. Mathews.** A novel excel sheet conversion tool from Snellen fraction to LogMAR including 'counting fingers', 'hand movement', 'light perception' and 'no light perception' and focused review of literature of low visual acuity reference values. 2021; 99(6).
2. **Anbar, M.A., et al.** Angle, anterior chamber parameters, and intraocular pressure changes after early phacoemulsification in acute angle-closure glaucoma. 2023; 49(11):1147-1152.
3. **Lam, D.S., et al.** Randomized trial of early phacoemulsification versus peripheral iridotomy to prevent intraocular pressure rise after acute primary angle closure. 2008; 115(7):1134-1140.
4. **Moghimi, S., et al.** Acute angle closure: qualitative and quantitative evaluation of the anterior segment using anterior segment optical coherence tomography. 2014; 42(7):615-622.
5. **He, M., et al.** Anterior chamber depth in elderly Chinese: the Liwan eye study. 2008; 115(8):1286-1290. e2.
6. **Moghimi, S., et al.** Early phacoemulsification in patients with acute primary angle closure. 2015; 27(3-4):70-75.
7. **Lin, Y.-H., et al.** Early versus Delayed Phacoemulsification and Intraocular Lens Implantation for Acute Primary Angle-Closure. 2020; 2020(1):8319570.
8. **Zhao, R., et al.** Assessing the clinical efficacy of phacoemulsification cataract extraction in treating acute primary angle closure and fellow primary angle closure suspect eyes using AS-OCT. 2024; 11:1436991.
9. **Aung, T., et al.** Acute primary angle-closure: long-term intraocular pressure outcome in Asian eyes. 2001; 131(1):7-12.
10. **Li, S.-W., et al.** Angle parameter changes of phacoemulsification and combined phacotrabeculectomy for acute primary angle closure. 2015; 8(4):742

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM TAI GIỮA Ở TRẺ DƯỚI 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN TRẺ EM HẢI PHÒNG NĂM 2025

Nguyễn Quang Hùng<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Trường<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm tai giữa cấp tính là bệnh nhiễm trùng khởi phát đột ngột, phổ biến ở trẻ em từ 24 tháng đến 06 tuổi. Nếu không được chẩn đoán và điều trị triệt để có thể dẫn tới nhiều biến chứng nghiêm trọng. Việc nắm bắt rõ các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm tai giữa sẽ giúp cho các y bác sĩ trong quá trình chẩn đoán và điều trị cho người bệnh. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh viêm tai giữa cấp ở trẻ em. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 117 trẻ em dưới 5 tuổi điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Hải Phòng năm 2025. **Kết quả:** Các triệu chứng cơ năng chính gồm: Chảy mũi (97,4%), ho (94,9%), ngạt mũi (77,8%), dễ bị kích thích (84,6%), trẻ giữ tai, chà xát hoặc kéo tai (80,3%), đau tai (70,9%). Qua nội soi tai: đa số màng nhĩ đỏ rõ (>70%), tình trạng phòng màng nhĩ từ vừa đến nặng

(> 83%) và không có chảy mủ tai. Qua nội soi mũi họng: Đa số trẻ chảy dịch nhày mủ. Trẻ bị VA quá phát chiếm 76,9%. Chỉ có 3,4% trẻ có biến chứng thủng màng nhĩ cấp và 1,7% trẻ viêm xương chũm cấp. Trong đó dấu hiệu của cả 2 trường hợp viêm xương chũm cấp đều là phồng sập thành sau trên ống tai. **Kết luận:** Nhiễm khuẩn vùng mũi họng thường là nguyên nhân chủ yếu gây viêm tai giữa cấp. Các triệu chứng chính bao gồm: chảy mũi, ho, ngạt mũi, đau tai, xung huyết màng nhĩ, phồng màng nhĩ.

**Từ khóa:** viêm tai giữa, trẻ em, đặc điểm lâm sàng, bệnh viện trẻ em Hải Phòng

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF OTITIS MEDIA AMONG CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD AT HAI PHONG CHILDREN'S HOSPITAL IN 2025

**Introduction:** Acute otitis media is a sudden-onset infectious disease that commonly affects children between 24 months and 6 years of age. If not properly diagnosed and thoroughly treated, it may lead to serious complications. A clear understanding of the clinical and paraclinical characteristics of acute otitis media will assist healthcare professionals in the diagnosis and management of the condition.

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

<sup>2</sup>Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Hùng

Email: hungtintmh125@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025