

4. Singla S, Litzky LA, Kaiser LR, Shrager JB. Should asymptomatic enlarged thymus glands be resected? J Thorac Cardiovasc Surg. 2010;140(5):977-983. doi:10.1016/j.jtcvs.2010.08.005
5. Baron RL, Lee JK, Sagel SS, Peterson RR. Computed tomography of the normal thymus. Radiology. 1982;142(1):121-125. doi:10.1148/radiology.142.1.7053521
6. Francis IR, Glazer GM, Bookstein FL, Gross BH. The thymus: reexamination of age-related changes in size and shape. AJR Am J Roentgenol. 1985;145(2):249-254. doi:10.2214/ajr.145.2.249
7. Simanovsky N, Hiller N, Loubashevsky N, Rozovsky K. Normal CT characteristics of the thymus in adults. Eur J Radiol. 2012;81(11):3581-3586. doi:10.1016/j.ejrad.2011.12.015
8. Ackman JB, Kovacina B, Carter BW, et al. Sex difference in normal thymic appearance in adults 20-30 years of age. Radiology. 2013;268(1):245-253. doi:10.1148/radiol.13121104
9. Sandstedt M, Chung RWS, Skoglund C, et al. Complete fatty degeneration of thymus associates with male sex, obesity and loss of circulating naïve CD8+ T cells in a Swedish middle-aged population. Immun Ageing A. 2023;20(1):45. doi:10.1186/s12979-023-00371
10. Naik S, Shri A, Sidhu S, et al. Multidetector computed tomography evaluation of normal thymus and variations with age. J Minimal Access Surg. 2025;21(2):101. doi:10.4103/jmas. jmas_25_23

KHẢO SÁT HÌNH THÁI GÓC TIỀN PHÒNG TRÊN BỆNH NHÂN GLAUCOMA GÓC MỞ NGƯỜI TRẺ TỪ 6 ĐẾN DƯỚI 16 TUỔI

Đoàn Kim Thành¹, Nguyễn Chí Trung Thế Truyền²,
Mai Đăng Tâm², Trần Anh Tuấn¹, Trần Lê Thảo Tiên¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Glaucoma góc mở người trẻ là thể bệnh hiếm gặp, khởi phát sớm, có tính chất di truyền và tiến triển nhanh. Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, hình thái góc tiền phòng và mối liên quan với nhãn áp trước điều trị. **Đôi tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca lâm sàng trên 24 bệnh nhân (48 mắt) được chẩn đoán Glaucoma góc mở người trẻ, tuổi từ 6 đến dưới 16 tại khoa Mắt Nhi Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 6/2024 đến tháng 6/2025. Khám toàn diện, soi góc tiền phòng bằng đèn sinh hiển vi có kết nối chụp và lưu giữ hình ảnh EyeCap (Haag – Streit), phân loại góc bình thường và loạn sinh. **Kết quả:** Tuổi trung bình $11,96 \pm 2,97$; nam chiếm 54%. Góc có loạn sinh chiếm 67% gồm mỏng mắt bám cao 42%, góc mắt đặc trưng 12,5%, dài mỏng mắt kéo dài 12,5%. Nhãn áp nhóm loạn sinh cao hơn nhóm bình thường ($52,9 \pm 10$ mmHg so với $46,4 \pm 7,3$ mmHg, $p=0,026$). Không khác biệt về tỉ lệ C/D ($p = 0,96$) và thị lực ($p > 0,05$). Bệnh nhân có tiền căn gia đình bảo tồn thị lực tốt hơn ($p=0,005$). **Kết luận:** Hình thái góc tiền phòng ảnh hưởng đến nhãn áp nền, có thể là yếu tố tiên lượng cho bệnh. Tiền căn gia đình giúp phát hiện bệnh sớm và bảo tồn thị lực. **Từ khóa:** Glaucoma góc mở người trẻ, hình thái góc tiền phòng, soi góc tiền phòng, nhãn áp.

SUMMARY

ANTERIOR CHAMBER ANGLE MORPHOLOGY IN JUVENILE-ONSET OPEN-

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Lê Thảo Tiên

Email: thaotien36@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2025

Ngày duyệt bài: 10.12.2025

ANGLE GLAUCOMA PATIENTS AGED 6 TO UNDER 16 YEARS

Background/Objectives: Juvenile-onset open-angle glaucoma is a rare subtype of primary glaucoma, characterized by early onset, genetic predisposition, and rapid progression. This study aimed to evaluate anterior chamber angle morphology in juvenile open angle glaucoma patients aged 6–16 and its correlation with baseline intraocular pressure. **Methods:** A descriptive case series was conducted on 24 juvenile open angle glaucoma patients from June 2024 to June 2025. Gonioscopy was performed using a slit-lamp connected with EyeCap System imaging (Haag – Streit). Angles were classified as normal or dysgenetic. **Results:** Mean age was $11,96 \pm 2,97$ years; 54% male. Goniodysgenesis was found in 67%: high iris insertion (42%), featureless angle (12,5%), and prominent iris processes (12,5%). Pre-treatment intraocular pressure was significantly higher in dysgenetic cases ($52,9 \pm 10$ mmHg vs $46,4 \pm 7,3$ mmHg; $p=0,026$). No difference in cup-to-disc ratio ($p = 0,96 > 0,05$) or visual acuity ($p > 0,05$). Family history was associated with earlier diagnosis and better preserved vision ($p=0,005 < 0,05$). **Conclusions:** Anterior chamber angle morphology correlates with baseline intraocular pressure and serves as a prognostic factor in juvenile open angle glaucoma. Family history supports early detection and vision preservation. Gonioscopy remains crucial for clinical assessment. **Keywords:** Juvenile open-angle glaucoma, anterior chamber angle, gonioscopy, intraocular pressure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glaucoma góc mở người trẻ (Juvenile open angle glaucoma, viết tắt là JOAG) thuộc nhóm glaucoma nguyên phát ở trẻ em khi bệnh khởi phát ở trẻ từ 4 đến < 18 tuổi (theo qui định về tuổi của Mỹ) và ≤ 16 tuổi (theo qui định về tuổi

của Anh, UNICEF và châu Âu)¹. Về mặt lâm sàng, Glaucoma góc mở người trẻ đặc trưng bởi góc tiền phòng mở khi soi góc và không có hiện tượng mắt to (buphthalmos) như trong glaucoma bẩm sinh nguyên phát. Mặc dù được phân loại là "góc mở", nghiên cứu của Viney Gupta và cộng sự (2013)³ và nghiên cứu của Shweta Birla và cộng sự (2022)⁴ đã chỉ ra sự đa dạng về hình thái góc tiền phòng ở nhóm bệnh nhân này. Các bất thường có thể bao gồm chân móng mắt bám cao, dải móng mắt kéo dài, hoặc góc mắt đặc trưng giải phẫu thông thường. Những biến đổi này, được gọi chung là loạn sản góc (goniodysgenesis), có thể là biểu hiện của sự phát triển bất thường của vùng bè cứng mạc, từ đó ảnh hưởng đến sự thoát lưu thủy dịch và có thể góp phần vào cơ chế bệnh sinh của bệnh. Do đó, việc khảo sát chi tiết hình thái góc tiền phòng không chỉ giúp chẩn đoán mà còn có thể mang lại giá trị tiên lượng. Nghiên cứu này được thực hiện với các mục tiêu khảo sát đặc điểm dịch tễ và hình thái góc tiền phòng ở bệnh nhân Glaucoma góc mở người trẻ từ 6 đến dưới 16 tuổi và xác định mối tương quan giữa hình thái góc tiền phòng và các yếu tố liên quan.



Góc mở bình thường



Dải móng mắt – thể mi kéo dài



Chân móng bám cao



Góc mắt đặc trưng

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca lâm sàng.

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đến khám Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh được chẩn đoán Glaucoma góc mở người trẻ tuổi từ 6 đến dưới 16 tuổi từ tháng 6/2024 đến tháng 6/2025.

Tiêu chuẩn nhận vào: Bệnh nhân được chẩn đoán Glaucoma góc mở người trẻ theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Mạng lưới Nghiên cứu Glaucoma Trẻ em

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có bệnh võng mạc hoặc thị thần kinh khác, tiền căn sử dụng thuốc có chứa steroid, tiền căn chấn thương mắt, khám lâm sàng có hội chứng giả tróc bao, sắc tố vùng bè, đã từng phẫu thuật nội nhãn trước đó.

Quy trình: Bệnh nhân được thu thập thông tin hành chính, khám mắt đo thị lực, nhãn áp, khám và soi góc tiền phòng bằng đèn sinh hiển vi có kết nối phần mềm EyeCap (Haag – Streit). Các hình ảnh được lưu trữ sau đó được phân tích và chia thành hai nhóm: bình thường và loạn sản. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu và hình thái góc tiền phòng

3.1.1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu

Tuổi. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $11,9 \pm 2,9$, nhỏ nhất là 6 tuổi và lớn nhất là 15 tuổi.

Bảng 1: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu

Tuổi	Bệnh nhân
<11 tuổi	8 (33,3%)
≥11 tuổi	16 (66,7%)

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $11,9 \pm 2,9$, trong đó số bệnh nhân từ 11 tuổi trở lên là 16 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 66,7%.

Giới. Trong 24 bệnh nhân, có 13 bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ 54% và 11 bệnh nhân nữ chiếm tỉ lệ 46%, tỉ lệ nam:nữ là 1,2:1. Kết quả này cho thấy nam giới có chút ưu thế hơn nữ giới.

Tiền căn gia đình

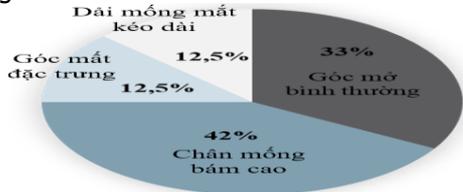
Bảng 2: Tiền căn gia đình

Tiền căn gia đình	Số bệnh nhân (N,%)
Có	8 (25%)
Không	24 (75%)

Nhận xét: Trong 32 bệnh nhân, số bệnh nhân có tiền căn gia đình là 8 chiếm tỉ lệ 25%, cho thấy số bệnh nhân không có tiền căn gia đình chiếm ưu thế hơn.

3.1.2. Đặc điểm hình thái góc tiền phòng. Hình thái góc tiền phòng sẽ được chia

vào hai nhóm là nhóm 1 là hình thái góc mở bình thường, nhóm 2 là hình thái loạn sinh góc gồm chân móng bám cao, góc mắt đặc trưng và dài móng mắt kéo dài.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ các hình thái góc tiền phòng

Nhận xét: Nhóm 1 có 16 mắt, chiếm tỉ lệ 33%. Nhóm 2 có 32 mắt, chiếm tỉ lệ 67%, trong nhóm này gồm ba hình thái là chân móng bám cao có 20 mắt chiếm chỉ lệ 42%, góc mắt đặc trưng có 6 mắt chiếm tỉ lệ 12,5% và dài móng mắt kéo dài có 6 mắt chiếm tỉ lệ 12,5%. Vì vậy nhóm 2 chiếm tỉ lệ ưu thế, đặc biệt là hình thái chân móng bám cao.

3.2. Mỗi tương quan giữa hình thái góc tiền phòng và các yếu tố liên quan.

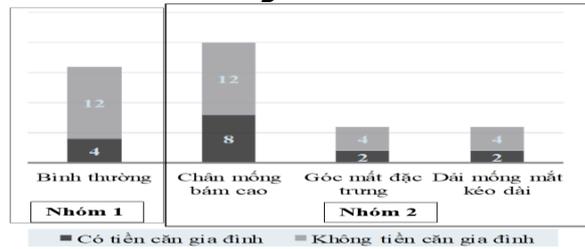
3.2.1. Tuổi

Bảng 3: Tuổi trung bình theo hình thái góc

	Tuổi trung bình (năm)
Nhóm 1	13,1 ± 2,5
Nhóm 2	11,4 ± 3,1
- Chân móng bám cao	11,9 ± 3,1
- Góc mắt đặc trưng	10,3 ± 4,9
- Dài móng mắt kéo dài	10,7 ± 0,6

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm 1 là 13,1 ± 2,5 cao hơn nhóm 2 là 11,4 ± 3,1, bệnh khởi phát sớm hơn ở nhóm có loạn sinh góc, với hình thái góc mắt đặc trưng khởi phát sớm nhất trong nhóm này. Tuy nhiên sự khác biệt về tuổi khởi phát giữa nhóm 1 và nhóm 2 cũng như giữa các hình thái trong nhóm 2 không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,179 > 0,05$ và $p > 0,05$).

3.2.2. Tiền căn gia đình



Biểu đồ 2: Tiền căn gia đình

Nhận xét: Ở cả hai nhóm đều có số bệnh nhân có tiền căn gia đình thấp hơn. Trong những mắt có tiền căn gia đình, hình thái chân móng bám cao chiếm tỉ lệ cao nhất 50%. Tuy có sự khác biệt về việc có tiền căn giữa hai nhóm, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (phép kiểm Chi-square, $p = 0,667 > 0,05$)

3.2.3. Thị lực đã chỉnh kính

Bảng 4: Thị lực đã chỉnh kính được phân độ theo WHO (ICD-10, 2019)

	Nhóm 1	Nhóm 2
Còn thị lực ($\geq 3/10$)	8 (50%)	12 (37,5%)
Giảm thị lực ($< 3/10$)	2 (12,5%)	6 (18,75%)
Mù ($< \text{ĐNT } 3\text{m}$)	6 (37,5%)	14 (43,75%)

Nhận xét: Ở nhóm còn thị lực, nhóm 1 có tỉ lệ cao hơn nhóm 2 tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,828 > 0,05$). Ở nhóm mất thị lực (mù), nhóm 2 có tỉ lệ cao hơn nhóm 1 tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (phép kiểm Chi-square, $p = 0,926 > 0,05$)

3.2.4. Nhãn áp trước điều trị

Bảng 5: Nhãn áp trước điều trị

	Nhãn áp trung bình (mmHg)
Nhóm 1	46,4 ± 7,3
Nhóm 2	52,9 ± 10
- Chân móng bám cao	53,2 ± 12,2
- Góc mắt đặc trưng	53,2 ± 4,4
- Dài móng mắt kéo dài	51,8 ± 5,6

Nhận xét: Nhóm 2 có nhãn áp trung bình là 52,9 ± 10 mmHg, cao hơn hẳn so với nhóm 1 là 46,4 ± 7,3mmHg và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,026 > 0,05$). Trong nhóm 2, hình thái chân móng bám cao có nhãn áp cao hơn các hình thái còn lại, tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa về nhãn áp giữa các hình thái trong nhóm 2 ($p > 0,05$).

3.2.5. Tỷ lệ C/D

Bảng 6: Tỷ lệ C/D

	Tỷ lệ C/D
Nhóm 1	0,83 ± 0,13
Nhóm 2	0,84 ± 0,14
- Chân móng bám cao	0,85 ± 0,15
- Góc mắt đặc trưng	0,83 ± 0,13
- Dài móng mắt kéo dài	0,84 ± 0,12

Nhận xét: Tỷ lệ C/D giữa hai nhóm không có sự chênh lệch quá lớn, với tỉ lệ C/D ở nhóm 1 là 0,83 ± 0,13 và nhóm 2 là 0,84 ± 0,14 ($p = 0,96 > 0,05$)

3.3. Mỗi tương quan giữa tiền căn gia đình với thị lực và tỉ lệ C/D

Bảng 7: So sánh tiền căn gia đình với thị lực và tỉ lệ C/D

	Không tiền căn gia đình (bệnh nhân)	Có tiền căn gia đình (bệnh nhân)
Thị lực đã chỉnh kính		
- Còn thị lực ($\geq 3/10$)	6 (18,75%)	14 (87,5%)
- Giảm thị lực ($< 3/10$)	8 (25%)	0
- Mù ($< \text{ĐNT } 3\text{m}$)	18 (56,25%)	2 (12,5%)
Tỷ lệ C/D	0,89	0,77

Nhận xét: Ở phân loại còn thị lực, nhóm có tiền căn gia đình có tỉ lệ cao hơn (87,5%) so với nhóm không có tiền căn (18,75%) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,005 < 0,05$). So sánh tỉ lệ C/D giữa hai nhóm không và có tiền căn thì tỉ lệ C/D ở nhóm không tiền căn cao hơn so với có tiền căn và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,023 < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $11,9 \pm 2,9$, bệnh nhân nhỏ nhất là 6 tuổi và bệnh nhân lớn nhất là 15. Theo CGRN, giới hạn dưới để chẩn đoán JOAG là 4 tuổi, giới hạn trên là 35 – 40 tuổi và giới hạn này đã trở thành đồng thuận quốc tế bởi Hiệp hội Glaucoma Thế giới, vì vậy lứa tuổi trong chúng tôi phù hợp với đặc điểm của bệnh. Khi so sánh với các nghiên cứu JOAG ở lứa tuổi trẻ em, giá trị này tương đồng với nghiên cứu của Ufuk Elgin (2018)⁵ tại Thổ Nhĩ Kỳ ($11,58 \pm 3,04$), cao hơn so với nghiên cứu của Catalina Saavedra⁷ (2020) tại Mĩ Latin ($30,80 \pm 6,60$). Sự khác biệt về độ tuổi trung bình giữa các nghiên cứu có thể được lý giải bởi độ tuổi chẩn đoán bệnh phụ thuộc vào khả năng phát hiện bệnh trong hệ thống y tế.

Đối với kết quả giới tính bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 13 bệnh nhân là nam chiếm tỉ lệ 54% và 11 bệnh nhân là nữ chiếm 46%. Như vậy nam giới có sự ưu thế hơn một chút so với nữ giới với tỉ lệ là 1,2:1. Tỉ lệ này xấp xỉ với tỉ lệ trong nghiên cứu của Ufuk Elgin⁵ ở Thổ Nhĩ Kỳ (1,5:1), Sirisha Senthil⁸ ở Ấn Độ (1,3:1), thấp hơn khi so sánh với nghiên cứu ở Mĩ Latin của tác giả Catalina Saavedra⁷ (2:1) và cao hơn khi so với nghiên cứu của Supawan

Surukrattanaskul⁶ tại Thái Lan (1:1). Tuy có sự khác biệt về tỉ lệ nam:nữ nhưng nhìn chung nam giới vẫn chiếm ưu thế hơn nữ giới và sự chênh lệch giữa các nghiên cứu có thể do các chủng tộc khác nhau. Với tính chất này có thể giúp củng cố thêm giả thuyết nam giới là một trong những yếu tố nguy cơ gây bệnh JOAG.

Trong nghiên cứu này, 25% bệnh nhân có tiền căn gia đình mắc glaucoma, thấp hơn so với tỉ lệ được ghi nhận trong nghiên cứu của tác giả Ufuk Elgin⁵ (40%), cao hơn so với nghiên cứu ở Thái Lan của Supawan⁶ (20%). Sự khác biệt này là do đột biến gây bệnh JOAG có tính di truyền trội không hoàn toàn trên nhiễm sắc thể thường. Ngoài ra, thiếu tầm soát di truyền trong gia đình và thường chẩn đoán muộn khi bệnh nhân lớn tuổi cũng góp phần làm giảm tỷ lệ phát hiện tiền căn.

4.2. Đặc điểm hình thái góc tiền phòng.

Trong nhóm nghiên cứu, hình thái góc loạn sinh chiếm ưu thế với tỉ lệ 67%, và hình thái chân móng bám cao là phổ biến nhất. Điều này phản ánh có bất thường trong quá trình phát triển góc tiền phòng ở bệnh nhân Glaucoma góc mở người trẻ, dẫn đến ảnh hưởng thoát lưu thủy dịch từ đó bệnh khởi phát nhiều hơn ở lứa tuổi nhi.

4.3. Môi trường quan giữa hình thái góc và các yếu tố liên quan. Bệnh khởi phát sớm hơn ở nhóm loạn sinh, sớm nhất hình thái góc mắt đặc trưng. Kết quả tương đồng với nghiên cứu liên quan đến hình thái góc của Shweta Birla (2020)⁴ và Viney Gupta (2013)³. Tuy độ tuổi chẩn đoán của cả 2 nghiên cứu quốc tế cao hơn so với nghiên cứu chúng tôi, do tiêu chuẩn chọn mẫu, nhưng đều có tuổi khởi phát ở nhóm có loạn sinh góc thấp hơn. Điều này cho thấy ở những bệnh nhi có sự loạn sinh góc thì độ tuổi khởi phát bệnh sớm hơn.

Bảng 8: Tuổi khởi phát của các hình thái góc giữa các nghiên cứu

Tác giả	Góc bình thường	Góc mắt đặc trưng	Chân móng bám cao	Dài móng mắt kéo dài
Viney Gupta (2013)	$30,5 \pm 7$	$24,8 \pm 8,5$	$26,3 \pm 8,7$	$29,6 \pm 9,5$
Shweta Birla (2020)	$28 \pm 9,2$	$24 \pm 9,6$	$26 \pm 7,8$	$27,4 \pm 9,2$
Trần Lê Thảo Tiên (2025)	$13,1 \pm 2,5$	$10,3 \pm 4,9$	$11,9 \pm 3,1$	$10,7 \pm 0,6$

Tỉ lệ mắt có tiền căn gia đình cao hơn ở nhóm có loạn sinh góc, với hình thái góc chân móng bám cao chiếm tỉ lệ cao nhất, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,667 > 0,05$). Kết quả này tương đồng với nhận định của Shweta Birla (2020)⁴ và Viney Gupta (2013)³. Các tác giả cho rằng yếu tố di truyền ảnh hưởng chủ yếu đến nguy cơ mắc bệnh và tuổi khởi phát, chứ không ảnh hưởng trực tiếp đến hình thái góc tiền phòng.

Thị lực đã chỉnh kính tại thời điểm chẩn đoán ở nhóm 1 cao hơn so với nhóm 2. Tuy nhiên sự khác biệt về thị lực giữa hai nhóm lại không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), điều này cho thấy hình thái góc tiền phòng không ảnh hưởng đáng kể đến kết cục thị lực của bệnh nhân Glaucoma góc mở người trẻ trong nghiên cứu.

Nhãn áp trước điều trị ở nhóm 2 cao hơn hẳn nhóm 1, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,026 > 0,05$). Kết quả này tương

đồng với nghiên cứu của Shweta Birla (2020)⁴, cho thấy củng cố giả thuyết sự loạn sinh góc có ảnh hưởng đến mức độ thoát lưu thủy dịch. Khi so sánh với nghiên cứu của Viney Gupta (2013)

thì kết quả của chúng tôi không tương đồng. Sự khác biệt này là do lứa tuổi trong tiêu chuẩn chọn mẫu cũng như phương tiện đo nhãn áp.

Bảng 9: Nhãn áp trung bình theo hình thái góc giữa các nghiên cứu

Tác giả	Góc bình thường	Góc mất đặc trưng	Chân móng bám cao	Dải móng mắt kéo dài
Viney Gupta (2013)	36 ± 12,5	24,8 ± 8,5	26,3 ± 8,7	29,6 ± 9,5
Shweta Birla (2020)	36 ± 11	37,8 ± 12,8	41,3 ± 12,7	40 ± 12,6
Trần Lê Thảo Tiên (2025)	46,4 ± 7,3	53,2 ± 4,4	53,2 ± 12,2	51,8 ± 5,6

Về tỉ lệ lõm gai C/D, sự khác biệt giữa hai nhóm hình thái góc không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,96 > 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Viney Gupta³ và nghiên cứu của Shweta Birla⁴, cho thấy bệnh tiến triển nhanh và khi đến khám thần kinh thị đã bị tổn thương nhiều.

Bảng 10: Tỉ lệ C/D theo hình thái góc giữa các nghiên cứu

Tác giả	Góc bình thường	Góc mất đặc trưng	Chân móng bám cao	Dải móng mắt kéo dài
Viney Gupta (2013)	0,78 ± 0,1	0,83 ± 0,1	0,82 ± 0,1	0,79 ± 0,1
Shweta Birla (2020)	0,8 ± 0,12	0,84 ± 0,11	0,83 ± 0,15	0,81 ± 0,16
Trần Lê Thảo Tiên (2025)	0,83 ± 0,13	0,83 ± 0,13	0,85 ± 0,15	0,84 ± 0,12

Ngoài ra, có sự khác biệt có ý nghĩa giữa yếu tố tiền căn gia đình và thị lực ($p=0,005 < 0,05$) và tỉ lệ lõm gai ở nhóm có tiền căn là 0,77, thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm không tiền căn là 0,89 ($p = 0,023 < 0,05$). Điều này cho thấy những bệnh nhân có tiền căn gia đình được người nhà đưa đến khám và tầm soát định kì nên phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm, điều trị sớm nên bảo toàn được thị lực và làm chậm tiến triển tổn thương thần kinh thị.

V. KẾT LUẬN

Sự hiện diện của các hình thái móng mắt bám cao, góc mất đặc trưng, dải móng mắt kéo dài là dấu chứng của loạn sinh, cho thấy có bất thường trong sự hình thành và phát triển góc tiền phòng. Góc tiền phòng mở, nhưng đa dạng về hình thái, và loạn sản góc chiếm ưu thế (32 mắt, 67%). Chân móng bám cao là hình thái thường gặp nhất (20 mắt, 42%). Hình thái góc ảnh hưởng đến nhãn áp nên, có thể là yếu tố tiên lượng bệnh. Thời gian mắc bệnh giữa hai nhóm là yếu tố tiềm tàng cần được đánh giá trong tốc độ diễn tiến bệnh. Bệnh nhi có tiền căn gia đình đến tầm soát và chẩn đoán bệnh từ giai đoạn sớm nên điều trị sớm từ đó bảo toàn được thị lực cho trẻ. Soi góc tiền phòng vẫn giữ vai trò trung tâm trong phân tích hình thái học góp phần vào đánh giá tiên lượng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thau A, Lloyd M, Freedman S, Beck A, Grajewski A, Levin AV.** New classification system for pediatric glaucoma: implications for clinical care and a research registry. *Current opinion in ophthalmology.* Sep 2018;29(5):385-

394. doi:10.1097/icu.0000000000000516
 2. **Selvan H, Gupta S, Wiggs JL, Gupta V.** Juvenile-onset open-angle glaucoma - A clinical and genetic update. *Survey of ophthalmology.* Jul-Aug 2022;67(4):1099-1117. doi:10.1016/j.survophthal.2021.09.001
 3. **Gupta V, Srivastava RM, Rao A, Mittal M, Fingert J.** Clinical correlates to the goniodysgenesis among juvenile-onset primary open-angle glaucoma patients. *Graefes archive for clinical and experimental ophthalmology = Albrecht von Graefes Archiv fur klinische und experimentelle Ophthalmologie.* Jun 2013;251(6): 1571-6. doi:10.1007/s00417-013-2262-2
 4. **Birla S, Gupta D, Somarajan BI, et al.** Classifying juvenile onset primary open angle glaucoma using cluster analysis. *Br J Ophthalmol.* Jun 2020;104(6): 827-835. doi:10.1136/bjophthalmol-2019-314660
 5. **Elgin U, Şen E, Uzel M, Yilmazbaş P.** Comparison of Refractive Status and Anterior Segment Parameters of Juvenile Open-Angle Glaucoma and Normal Subjects. *Turkish journal of ophthalmology.* Dec 27 2018;48(6):295-298. doi:10.4274/tjo.68915
 6. **Surukrattanaskul S, Suvannachart P, Chansangpetch S, Manassakorn A, Tantisevi V, Rojanapongpun PJF.** Characteristics and long-term outcomes of childhood glaucoma: a retrospective-cohort study. 2022;10:165.
 7. **Saavedra C, Rios HA, Belalcazar S, Rosenstiehl SMJJoCGP.** Characteristics of pediatric glaucoma in a Latin American reference center. 2020;14(1):10.
 8. **Senthil S, Badakere S, Ganesh J, et al.** Profile of childhood glaucoma at a tertiary center in South India. *Indian journal of ophthalmology.* Mar 2019;67(3):358-365. doi:10.4103/ijo.IJO_786_18
 9. **Tawara A, Inomata H.** Developmental immaturity of the trabecular meshwork in congenital glaucoma. *American journal of ophthalmology.* Oct 1981;92(4):508-25. doi:10.1016/0002-9394(81)90644-9.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI BỆNH THẬN MẠN LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN QUẬN BÌNH TÂN NĂM 2025

Lê Thị Thu¹, Hoàng Văn Cường², Nguyễn Duy Phong³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) và xác định các yếu tố liên quan ở người bệnh suy thận mạn (STM) đang điều trị lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Quận Bình Tân năm 2025. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 131 người bệnh STM giai đoạn cuối, lọc máu chu kỳ. Dữ liệu thu thập bằng bộ câu hỏi KDQOL-36 gồm 5 lĩnh vực: gánh nặng bệnh, ảnh hưởng bệnh, triệu chứng bệnh, sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần. **Kết quả:** Chất lượng cuộc sống của người bệnh suy thận mạn lọc máu chu kỳ chủ yếu ở mức trung bình - kém, với tổng điểm là $36,98 \pm 4,24$. Trong 5 khía cạnh đánh giá chất lượng cuộc sống, triệu chứng bệnh thận là khía cạnh duy nhất đạt mức khá với điểm trung bình $60,45 \pm 8,36$, các khía cạnh còn lại đều ở mức trung bình đến kém, gồm: ảnh hưởng bệnh thận $44,16 \pm 7,58$, gánh nặng bệnh thận thấp nhất với $22,61 \pm 11,38$, sức khỏe thể chất $33,48 \pm 4,03$ và sức khỏe tinh thần chỉ $24,22 \pm 8,25$. Có mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống với nhóm tuổi, tình trạng hôn nhân, tần suất lọc máu, bệnh lý đi kèm, cũng như các chỉ số cận lâm sàng như creatinin, số lượng lympho và albumin huyết thanh. **Kết luận:** CLCS của người bệnh STM lọc máu chu kỳ còn thấp; cần can thiệp toàn diện về bệnh học, dinh dưỡng và tâm lý, xã hội để cải thiện. **Từ khóa:** Chất lượng cuộc sống; Suy thận mạn; Lọc máu chu kỳ; KDQOL-36.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE AND ASSOCIATED FACTORS AMONG PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE UNDERGOING MAINTENANCE HEMODIALYSIS AT BINH TAN DISTRICT HOSPITAL IN 2025

Objectives: To assess the quality of life (QoL) and identify associated factors among patients with chronic kidney disease (CKD) undergoing maintenance hemodialysis at Binh Tan District Hospital in 2025. **Methods:** A cross-sectional study was conducted on 131 end-stage CKD patients receiving maintenance hemodialysis. Data were collected using the KDQOL-36 questionnaire, which comprises five domains: burden of kidney disease, effects of kidney disease, symptoms/problems, physical health, and mental

health. **Results:** Overall QoL among hemodialysis patients was predominantly at a moderate-to-poor level, with a total score of 36.98 ± 4.24 . Among the five domains, symptoms/problems was the only domain reaching a relatively good level (60.45 ± 8.36). The remaining domains were at moderate to poor levels, including effects of kidney disease (44.16 ± 7.58), burden of kidney disease (lowest, 22.61 ± 11.38), physical health (33.48 ± 4.03), and mental health (24.22 ± 8.25). QoL was significantly associated with age group, marital status, hemodialysis frequency, comorbidities, and certain laboratory indicators such as creatinine, lymphocyte count, and serum albumin. **Conclusion:** QoL among CKD patients undergoing maintenance hemodialysis remains low. Comprehensive interventions addressing medical management, nutrition, psychological support, and social care are essential to improve patient outcomes. **Keywords:** Quality of life; Chronic kidney disease; Maintenance hemodialysis; KDQOL-36.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn (BTM) là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu với số ca tử vong gia tăng nhanh chóng trong 2 thập kỷ qua, đặc biệt là ở các quốc gia có thu nhập trung bình và thấp [1]. Dự báo đến năm 2040, bệnh thận mạn (BTM) sẽ là nguyên nhân tử vong đứng thứ 5 toàn cầu, chỉ sau nhồi máu cơ tim, đột quy, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và viêm phổi. Tại Việt Nam, hơn 100.000 NB STMGC cần lọc máu, với 22.000 người đã được điều trị bằng phương pháp lọc máu chu kỳ [2]. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy NB lọc máu có chất lượng cuộc sống (CLCS) rất thấp và nếu không có các biện pháp can thiệp phù hợp thì CLCS của họ có xu hướng giảm dần, làm tăng tỷ lệ nhập viện và tử vong từ đó chi phí điều trị cũng sẽ tăng cao gây ra gánh nặng kinh tế ngày càng lớn [3, 4]. KDQOL-36 là phiên bản rút gọn của KDQOL, được sử dụng rộng rãi và được công nhận là một công cụ đáng tin cậy, có giá trị trong việc đánh giá CLCS của NB STM [5]. KDQOL-36 không chỉ đo lường các khía cạnh chung về sức khỏe, mà còn tập trung vào những vấn đề đặc thù mà NB STM phải đối mặt như tác động của bệnh lý và điều trị lên thể chất, tinh thần và hoạt động xã hội của họ. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu là xác định điểm số chất lượng cuộc sống trung bình theo thang đo KDQOL-36 và một số các yếu tố liên

¹Bệnh viện Quận Bình Tân

²Trung tâm Y tế khu vực Quận 8

³Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu

Email: thule090390@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 10.12.2025