

ĐÁNH GIÁ PHÂN LOẠI TMS TRÊN CT MŨI XOANG TỪ THÁNG 12/2024 ĐẾN 06/2025 TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Lương Hữu Đăng¹, Nguyễn Bá Thái Hưng¹, Nguyễn Minh Hảo Hón²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phân loại TMS trên phim CT mũi xoang giúp đánh giá nguy cơ tổn thương nền sọ trước trong phẫu thuật nội soi mũi xoang. Đề tài nhằm mô tả đặc điểm giải phẫu và bệnh tích trên CT mũi xoang, đánh giá phân loại TMS (Thailand–Malaysia–Singapore) trong phân tầng nguy cơ tổn thương nền sọ trước. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 200 bệnh nhân (400 bên) có hội chứng mũi xoang được chụp CT tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh từ 12/2024–06/2025. **Kết quả:** Phân loại TMS loại I chiếm 80%, loại II 16,8%, và loại III 3,2%. Phân loại TMS hai bên giống nhau ở 77,5% bệnh nhân. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân bố TMS theo giới tính hoặc giữa hai bên. **Kết luận:** Phân loại TMS là công cụ dễ áp dụng và hữu ích trong việc đánh giá nguy cơ tổn thương nền sọ trước trong phẫu thuật nội soi mũi xoang. **Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi mũi xoang (ESS), phân loại TMS, nền sọ, CT mũi xoang.

SUMMARY

EVALUATION OF THE TMS CLASSIFICATION ON SINUS CT FROM DECEMBER 2024 TO JUNE 2025 AT EAR NOSE THROAT HOSPITAL OF HO CHI MINH CITY

Background: The TMS classification on CT sinus scans helps assess the risk of anterior skull base injury during endoscopic sinus surgery. **Objective:** To describe the anatomical features and pathological findings on CT sinus scans and evaluate the TMS (Thailand–Malaysia–Singapore) classification in stratifying the risk of anterior skull base injury. **Methods:** A descriptive study of 200 patients (400 sides) with sinus disease who underwent CT scans at Ear Nose Throat Hospital of Ho Chi Minh City from December 2024 to June 2025. **Results:** TMS classification showed Type I in 80%, Type II in 16.8%, and Type III in 3.2%. TMS classification was symmetrical in 77.5% of patients. No statistically significant difference was found in the distribution of TMS by gender or between sides. **Conclusion:** The TMS classification is an easy-to-apply and useful tool for evaluating the risk of anterior skull base injury during endoscopic sinus surgery.

Keywords: Endoscopic Sinus Surgery (ESS), TMS classification, skull base, CT sinus scan.

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lương Hữu Đăng

Email: luonghuudang167@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 2.12.2025

Ngày duyệt bài: 8.01.2026

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi mũi xoang (ESS) là phương pháp điều trị chuẩn trong viêm xoang mạn tính, chấn thương và khối u vùng mũi xoang. Kể từ khi Messerklinger khẳng định hiệu quả năm 1978 [1], ESS được ứng dụng rộng rãi nhưng vẫn tiềm ẩn biến chứng, nghiên cứu của Sayaka Suzuki và cộng sự trên 50,734 bệnh nhân mô tả tỷ lệ biến chứng chung sau phẫu thuật là 0,50%, trong đó các biến chứng nặng như rò dịch não tủy hay tổn thương ổ mắt có tỷ lệ lần lượt là 0,09% và 0,09% [2]. Vùng nền sọ trước là trung tâm của những biến chứng nguy hiểm này do vừa có mức độ biến thiên giải phẫu lớn, vừa tiếp giáp các cấu trúc sống còn như não và hốc mắt.

Đánh giá hình ảnh CT trước phẫu thuật giúp hạn chế biến chứng. Các hệ thống phân loại kinh điển như Keros, Gera đã được sử dụng để dự báo nguy cơ nhưng còn những hạn chế nhất định [3-5]. Năm 2020, Abdullah và cộng sự giới thiệu hệ thống TMS (Thailand–Malaysia–Singapore) dựa trên sàn ổ mắt [5], với ưu điểm: sử dụng mốc ổn định, dễ nhận diện, và có giá trị lâm sàng trong phân tầng nguy cơ tổn thương nền sọ.

Tại Việt Nam, dữ liệu ứng dụng TMS còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả các đặc điểm giải phẫu và bệnh tích trên CT mũi xoang. Đồng thời chúng tôi cũng áp dụng phân loại TMS để đánh giá nguy cơ tổn thương nền sọ trước ở bệnh nhân tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Gồm 200 bệnh nhân có hội chứng mũi xoang được chụp phim cắt lớp vi tính mũi xoang tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành Phố Hồ Chí Minh từ 12/2024 đến 06/2025.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân >16 tuổi có hội chứng mũi xoang trên lâm sàng.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có tiền sử chấn thương hàm mặt hoặc sọ não.
- Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật mũi xoang.
- Bệnh nhân bị chấn thương tăng giữa mắt,

đã phẫu thuật nền sọ, có bất thường bẩm sinh khối sọ mặt hoặc u nhầy mũi xoang.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

- Mô tả loạt ca bệnh

2.2.2. Biến số nghiên cứu:

Biến số nhân khẩu học

- Tuổi (năm): được tính từ năm sinh đến thời điểm chụp CT. Phân nhóm: 18–39, 40–59, ≥60.

- Giới: nam hoặc nữ, ghi nhận từ hồ sơ bệnh án.

Biến số lâm sàng – hình ảnh

Đặc điểm bệnh tích trên CT:

- Vị trí tổn thương: xác định trên phim CT bao gồm xoang hàm, xoang sàng, xoang trán, xoang bướm, và đa xoang (tổn thương ≥2 xoang).

- Loại tổn thương: dựa trên mô tả hình ảnh: dày niêm mạc, tắc lỗ thông xoang, tụ dịch, hoặc tổn thương khác (polyp, nang, vôi hóa, mucocoele).

Biến thể giải phẫu: xác định theo mô tả CT:

- Dị hình vách ngăn, khí hóa cuốn giữa, quá phát cuốn dưới, dị hình mỏm móc, bóng sàng, tế bào Haller, dị hình tế bào đê mũi.

Biến số đo đạc giải phẫu (đơn vị: mm)

Các phép đo thực hiện trên CT mũi xoang lát cắt mỏng, với công cụ đo chuẩn trên phần mềm RadiAnt DICOM Viewer. Mỗi phép đo được thực hiện độc lập hai bên (phải – trái):

- Chiều cao sàn ổ mắt đến sàn mũi: khoảng cách vuông góc từ mặt phẳng sàn ổ mắt đến mặt phẳng sàn mũi.

- Chiều cao trần sàng đến sàn mũi: khoảng cách từ điểm thấp nhất của trần sàng đến sàn mũi.

- Chiều cao mảnh sàng đến sàn mũi: khoảng cách từ bờ dưới mảnh sàng đến sàn mũi.

- Chiều cao trần sàng đến sàn ổ mắt: khoảng cách từ điểm thấp nhất của trần sàng đến mặt phẳng sàn ổ mắt.

- Chiều cao mảnh sàng đến sàn ổ mắt: khoảng cách từ bờ dưới mảnh sàng đến sàn ổ mắt.

- Chiều cao lá bên mảnh sàng: đo chiều cao lá bên phải và trái, sau đó tính chênh lệch tuyệt đối giữa hai bên (mm).

Biến số phân loại

Phân loại TMS: dựa trên mối tương quan mảnh sàng đến sàn ổ mắt (OF-CP), và trần sàng đến sàn ổ mắt (OF-ER) (lấy giá trị trung bình của 3 lần đo). Chia làm ba loại:

- Loại I (Nguy cơ thấp): OF-CP và OF-ER đều lớn hơn 10 mm.

- Loại II (Nguy cơ trung bình): Một trong hai chỉ số nhỏ hơn 10 mm.

- Loại III (Nguy cơ cao): Cả hai chỉ số đều nhỏ hơn 10 mm.

Tính đối xứng TMS hai bên: được phân loại

là tương đồng khi hai bên cùng loại, và khác biệt khi hai bên khác loại.

Liên quan giữa TMS và các đặc điểm khác: so sánh phân loại TMS theo giới tính, cũng như theo mức chênh lệch chiều cao lá bên mảnh sàng (<1 mm, 1–2 mm, >2 mm).

2.2.3. Xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm Stata 17.0 và Excel 2010

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức của Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh số số 4045/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 12 tháng 12 năm 2024

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số bệnh nhân được khảo sát là 200 (400 bên), trong đó nam chiếm 45% (90/200), nữ chiếm 55% (110/200). Tuổi lớn nhất là 85 nhỏ nhất là 18.

Kết quả phim CT Scan ở 200 BN ghi nhận vị trí bệnh tích ở các xoang cạnh mũi như sau: xoang hàm (75,6%), xoang sàng (57,9%), xoang trán (17,9%) và xoang bướm (27,9%). Trong đó số BN có bệnh tích ở đa xoang chiếm 78,7%.

Dày niêm mạc rất cao với 151 trường hợp chiếm tỉ lệ 75,6%, kể đến là tắc lỗ thông xoang 67 trường hợp chiếm 33,5%. Tụ dịch trong xoang gặp ở 32 trường hợp chiếm 16%. Các bệnh tích khác cụ thể là polyp, nang, vôi hóa, mucocoele có 58 trường hợp chiếm 29%.

Dị hình vách ngăn chiếm tỉ lệ rất cao với 111 trường hợp chiếm tỉ lệ 55,3%, kể đến là khí hóa cuốn mũi giữa 37 trường hợp chiếm 18,6%. Quá phát cuốn mũi dưới gặp ở 24 trường hợp chiếm 12,2%. Có 10 trường hợp ghi nhận có dị hình mỏm móc chiếm 4,9%, chủ yếu là khí hoá mỏm móc. Các dị hình khác ít gặp hơn, cụ thể là dị hình tế bào bóng sàng có 5 trường hợp chiếm 2,4%, tế bào Haller chiếm tỉ lệ tương đương là 2,4%, Dị hình tế bào đê mũi có 8 trường hợp chiếm 4,2%.

3.1. Các thông số đo lường chiều cao các cấu trúc lân cận

Bảng 1. Các thông số đo lường chiều cao các cấu trúc lân cận

Thông số		Bên phải	Bên trái
Chiều cao sàn ổ mắt đến sàn mũi	X±SD	32,68±3,91	33,08±3,98
	Max	46,4	45,5
	Min	23,5	19,2
Chiều cao trần sàng đến sàn mũi	X±SD	48,65±3,83	48,76±3,69
	Max	61,5	60,2
	Min	39,6	40,5
Chiều cao mảnh sàng đến sàn mũi	X±SD	45,43±3,45	45,49±3,49
	Max	55,8	57
	Min	37,5	37,5

Chiều cao nền sọ thành trước xoang bướm	X±SD	43,27±3,7	43,12±3,85
	Max	54,6	52,8
	Min	33,8	31,6
Chiều cao trần sàng đến sàn ổ mắt	X±SD	16,14±3,49	15,84±3,54
	Max	28	27,3
	Min	8,74	8,02
Chiều cao mảnh sàng đến sàn ổ mắt	X±SD	12,83±3,29	12,53±3,35
	Max	24,8	24,9
	Min	5,16	4,94
Tổng		200	200

Các giá trị trung bình giữa hai bên khá đồng đều, tuy nhiên, sự dao động giữa các giá trị tối đa và tối thiểu cho thấy sự biến thiên trong cấu trúc giải phẫu của bệnh nhân.

- Chiều cao sàn ổ mắt đến sàn mũi: Giá trị trung bình ở bên phải là 32,68 mm và bên trái là 33,08 mm, với sự biến thiên rõ rệt giữa các giá trị tối đa và tối thiểu.

- Chiều cao trần sàng đến sàn mũi: Giá trị trung bình ở hai bên gần như tương đồng, bên

phải là 48,65 mm và bên trái là 48,76 mm, với sự ổn định cao.

- Chiều cao mảnh sàng đến sàn mũi: Các giá trị trung bình cũng tương đồng giữa hai bên (bên phải 45,43 mm, bên trái 45,49 mm).

- Chiều cao nền sọ thành trước xoang bướm: Giá trị trung bình ở bên phải là 43,27 mm và bên trái là 43,12 mm, với sự khác biệt nhỏ giữa hai bên.

- Chiều cao trần sàng đến sàn ổ mắt: Giá trị trung bình bên phải là 16,14 mm và bên trái là 15,84 mm, có sự khác biệt nhẹ.

- Chiều cao mảnh sàng đến sàn ổ mắt: Giá trị trung bình bên phải là 12,83 mm và bên trái là 12,53 mm, với sự biến thiên không lớn.

Nhìn chung, các chỉ số chiều cao giữa hai bên tương đối ổn định và có sự biến thiên nhất định, điều này cung cấp thông tin quan trọng cho việc lập kế hoạch phẫu thuật nội soi mũi xoang.

3.2. Sự liên quan giữa phân loại TMS với giới tính

Bảng 2. Sự liên quan giữa phân loại TMS với giới tính

		TMS loại I	TMS loại II	TMS loại III	Tổng
Bên phải	Nam	71 (78,89%)	16 (17,78%)	3 (3,33%)	90
	Nữ	94 (85,45%)	13 (11,82%)	3 (2,73%)	110
Bên trái	Nam	70 (77,78%)	16 (17,78%)	4 (4,44%)	90
	Nữ	85 (77,27%)	22 (20,00%)	3 (2,73%)	110

Ở cả hai giới, TMS loại I chiếm tỷ lệ cao nhất (nam 78,33%; nữ 81,36%), tiếp đến là loại II (nam 17,78%; nữ 15,91%) và thấp nhất là loại III (nam 3,89%; nữ 2,73%). So sánh phân bố ba loại giữa nam và nữ cho thấy không có khác biệt

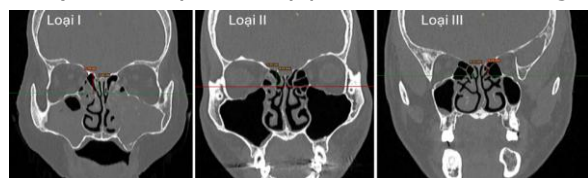
có ý nghĩa thống kê ($p=0,69$). Cho thấy phân loại TMS tương đối tương đồng theo giới, cả ở bên phải và bên trái.

3.3. Phân loại TMS và đánh giá sự khác nhau giữa bên phải và bên trái

Bảng 3. Phân loại TMS và đánh giá sự khác nhau giữa bên phải và bên trái

TMS (Loại)	Chung		Bên phải		Bên trái		P
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Loại I	320	80	165	82,5	155	77,5	0,45
Loại II	67	16,8	29	14,5	38	19	
Loại III	13	3,2	6	3	7	3,5	
Tổng	400	100	200	100	200	100	

Trong tổng số 400 bên, TMS loại I chiếm đa số với 80%, tiếp đến là loại II (16,8%) và loại III (3,2%). Khi so sánh giữa hai bên, tỷ lệ các loại TMS khá tương đồng: bên phải có 82,5% loại I, 14,5% loại II và 3% loại III; trong khi bên trái lần lượt là 77,5%, 19% và 3,5%. Kiểm định Chi-square cho thấy sự khác biệt phân bố các loại TMS giữa hai bên không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,45$). Điều này cho thấy phân bố TMS là tương tự ở hai bên.



Hình 1. Phân loại TMS loại I (BN P.T.C., MYT: 25015076), loại II (BN N.M.T., MYT: 25016588), loại III (BN H.D.V., MYT: 25018574)

3.4. Sự tương xứng của phân loại TMS hai bên trên cùng một bệnh nhân

Bảng 4. Sự tương xứng của phân loại TMS hai bên trên cùng một bệnh nhân

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
TMS hai bên giống nhau	155	77,5
TMS hai bên khác nhau	45	22,5
Tổng	200	100

Đa phần trong mẫu nghiên cứu, phân độ

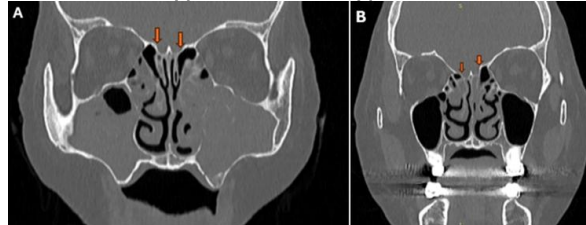
TMS tương xứng chiếm tỉ lệ 77,5%, số ít còn lại có sự khác biệt là 22,5%. Kết quả này cho thấy nguy cơ có xu hướng đối xứng ở phần lớn bệnh nhân, là một thông tin hữu ích cho việc đánh giá tổng quan.

3.5. Sự liên quan giữa phân loại TMS với sự chênh lệch chiều cao lá bên mảnh sàng

Bảng 5. Sự liên quan giữa phân loại TMS với sự chênh lệch chiều cao lá bên mảnh sàng

	<1mm	1-2mm	>2mm	P
Loại I	12(75%)	51(79,7%)	257(80,3%)	<0,001
Loại II	0(0%)	7(10,9%)	60(18,8%)	
Loại III	4(25%)	6(9,4%)	3(0,9%)	
Tổng	16(100%)	64(100%)	320(100%)	

Sự khác nhau về mức độ chênh lệch cao lá bên mảnh sàng giữa các nhóm TMS có ý nghĩa thống kê (P<0,001). Với nhóm chênh lệch >2mm gặp nhiều ở TMS type 1 hơn các type khác.



Hình 2: A: Hai bên TMS loại I, chênh lệch ≤ 1mm (BN P.T.C., MYT: 25015076). B: Hai bên TMS loại I, chênh lệch > 2mm (Bệnh nhân T.T.D., MYT:18101942)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh tích và biến thể giải phẫu trên CT. Kết quả nghiên cứu cho thấy các bệnh tích chủ yếu xuất hiện ở các xoang hàm (75,6%), xoang sàng (57,9%), xoang trán (17,9%) và xoang bướm (27,9%), với tỷ lệ bệnh tích đa xoang chiếm 78,7%. Điều này phản ánh đặc điểm lâm sàng tại Bệnh viện Tai Mũi Họng TP. Hồ Chí Minh, nơi tiếp nhận nhiều ca bệnh viêm xoang mạn tính phức tạp. Các kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thái Dương (2022) [6], cho thấy xoang hàm và xoang sàng là những vị trí tổn thương phổ biến nhất trong viêm mũi xoang mạn tính ở bệnh nhân Việt Nam.

Biến thể giải phẫu cũng được ghi nhận với tỷ lệ cao, đặc biệt là dị hình vách ngăn (55,3%) và khí hóa cuốn mũi giữa (18,6%). Những dị hình này có thể ảnh hưởng đến lưu thông khí và dẫn lưu xoang, gây khó khăn trong phẫu thuật. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết phải đánh giá kỹ lưỡng hình ảnh CT trước phẫu thuật để hạn chế các biến chứng không mong muốn.

4.2. Đặc điểm sàn ổ mắt. Nghiên cứu của

Casiano và cộng sự đã nhấn mạnh vai trò của sàn ổ mắt như một mốc giải phẫu an toàn và đáng tin cậy [7]. Sàn ổ mắt nằm ở một khoảng cách khá xa so với các cấu trúc quan trọng như động mạch cảnh, thần kinh thị giác, trần sàng và động mạch sàng trước. Điều này giúp các phẫu thuật viên, kể cả những người ít kinh nghiệm, có thể định vị một cách chính xác trong các xoang cạnh mũi, từ đó hạn chế nguy cơ gây tổn thương cho các cấu trúc kể trên. Hơn nữa, trong những trường hợp phức tạp khi các mốc giải phẫu khác bị biến dạng, sàn ổ mắt trở thành một "lối vào" an toàn để tiếp cận xoang bướm. Một khi đã xác định được trần xoang bướm, phẫu thuật viên có thể bóc tách ngược từ sau ra trước để nhận diện phần còn lại của nền sọ. Đáng chú ý, khoảng cách từ lỗ thông xoang trán đến các cấu trúc này luôn lớn hơn 10 mm, tạo ra một không gian đủ rộng để thao tác với các dụng cụ phẫu thuật thông thường.

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự tương đồng với nghiên cứu của Harvey và cộng sự trên người Úc và người Mỹ đã củng cố thêm một nguyên tắc an toàn quan trọng [8]. Bằng cách phân tích phim CT xoang, họ phát hiện ra rằng sàn ổ mắt luôn nằm thấp hơn so với các mốc giải phẫu trọng yếu của nền sọ (mảnh sàng, trần sàng, và nền sọ thành trước xoang bướm). Tỷ lệ này là tuyệt đối (100%) ở cả hai nhóm dân số. Một phát hiện đáng chú ý khác là ngay cả khi xoang hàm trên của bệnh nhân có cấu trúc cao và rộng, làm giảm khoảng cách đến nền sọ, thì lỗ thông xoang trán vẫn luôn giữ vị trí an toàn ở phía dưới.

4.3. Phân loại TMS trong đánh giá nguy cơ. Với ưu điểm là sử dụng các mốc giải phẫu ổn định từ sàn ổ mắt, phân loại TMS giúp giảm thiểu sai số đo đạc khi so với các hệ thống phân loại khác như Keros và Gera. Phân loại TMS đã được chứng minh là công cụ phân tầng nguy cơ hữu ích trong phẫu thuật nội soi mũi xoang.

Kết quả nghiên cứu cho thấy phân loại TMS hữu ích trong việc phân loại nguy cơ tổn thương nền sọ trước. Cụ thể, TMS loại I (nguy cơ thấp) chiếm tỷ lệ cao nhất (80%), tiếp đến là TMS loại II (16,8%) và TMS loại III (3,2%). Tỷ lệ này gần tương đồng với nghiên cứu gốc của Abdullah (2020) [5], tuy nhiên, sự khác biệt nhỏ có thể do đặc điểm dân số nghiên cứu khác nhau.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân loại TMS theo giới tính (p=0,69), cho thấy phân loại TMS là công cụ khách quan, không chịu ảnh hưởng bởi yếu tố giới tính. Điều này tạo thuận lợi cho việc áp dụng phân loại TMS trong thực hành lâm sàng rộng rãi.

Khi phân tích sự tương xứng giữa hai bên,

77,5% bệnh nhân có phân loại TMS giống nhau ở cả hai bên, điều này cho thấy tính đối xứng cao trong phân loại TMS. Phẫu thuật viên có thể tận dụng thông tin này trong trường hợp hình ảnh một bên không rõ ràng, giúp giảm sai sót trong quá trình lập kế hoạch phẫu thuật. Tuy nhiên, khoảng 22,5% bệnh nhân có sự khác biệt giữa hai bên, điều này nhấn mạnh sự cần thiết phải đánh giá độc lập mỗi bên trong quá trình chẩn đoán và lập kế hoạch phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phân loại TMS cho thấy giá trị thực tiễn cao trong đánh giá nguy cơ tổn thương nền sọ trước ở bệnh nhân phẫu thuật nội soi mũi xoang. Với ưu điểm dựa trên mốc giải phẫu ổn định, dễ xác định, TMS có thể được ứng dụng trong thực hành lâm sàng như một công cụ hỗ trợ phẫu thuật viên lập kế hoạch và giảm thiểu biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Messerklinger, W.,** Endoscopy of the Nose. 1978: Urban & Schwarzenberg.

2. **Suzuki, S., et al.,** Complication rates after functional endoscopic sinus surgery: analysis of 50,734 Japanese patients. 2015. 125(8): p. 1785-1791.
3. **Keros, P.J.Z.f.L.,** Rhinologie, Otologie und ihre Grenzgebiete, On the practical value of differences in the level of the lamina cribrosa of the ethmoid. 1962. 41: p. 809-813.
4. **Gera, R., et al.,** Lateral lamella of the cribriform plate, a keystone landmark: proposal for a novel classification system. *Rhinology*, 2018. 56(1): p. 65-72.
5. **Abdullah, B., et al.,** A new radiological classification for the risk assessment of anterior skull base injury in endoscopic sinus surgery. *Sci Rep*, 2020. 10(1): p. 4600.
6. **Thái Dương, N., et al.,** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm mũi xoang mạn tính có quá phát môm móc được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Cần Thơ năm 2018-2020. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2022. 514(2).
7. **Casiano, R.R.J.T.L.,** A stepwise surgical technique using the medial orbital floor as the key landmark in performing endoscopic sinus surgery. 2001. 111(6): p. 964-974.
8. **Harvey, R.J., et al.,** Using fixed anatomical landmarks in endoscopic skull base surgery. 2010. 24(4): p. 301-305.

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH TỰ CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT PHACO TẠI BỐN BỆNH VIỆN MẮT KHU VỰC TP. HỒ CHÍ MINH THUỘC TẬP ĐOÀN Y KHOA SÀI GÒN

Cần Thị Liên¹, Nguyễn Thị Ngọc Sương¹, Lê Thị Nhung¹,
Bùi Quang Sang¹, Nguyễn Thị Ngọc Anh², Nguyễn Thị Hằng³,
Cù Thị Hường⁴, Nguyễn Thị Thu Nga⁵

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đục thủy tinh thể là nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa có thể phòng tránh. Phẫu thuật Phacoemulsification (Phaco) là tiêu chuẩn vàng trong điều trị, nhưng kết quả phụ thuộc đáng kể vào kiến thức và thực hành chăm sóc hậu phẫu của người bệnh. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ người bệnh có kiến thức và thực hành đúng sau phẫu thuật Phaco; phân tích các yếu tố nhân khẩu học ảnh hưởng và mối liên quan giữa kiến thức – thực hành. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện tại bốn Bệnh viện Mắt thuộc Tập đoàn Y khoa Sài Gòn (Ngô Gia Tự,

Cách Mạng Tháng Tám, Lê Thị Riêng, Cao Thắng) từ 10 - 11/2025, trên 429 người bệnh tái khám sau mổ 1 tuần. Bảng hỏi 20 câu (Cronbach's Alpha = 0,76) được phân tích bằng SPSS 26.0. **Kết quả:** 91,4% người bệnh có kiến thức tốt, 73,2% thực hành tốt. Có mối tương quan thuận mức trung bình giữa kiến thức và thực hành ($p = 0,449$; $p < 0,001$). Nơi cư trú, cơ sở điều trị và có người chăm sóc hỗ trợ là yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Người bệnh có kiến thức tốt nhưng thực hành chưa tương xứng. Cần chuẩn hóa quy trình tư vấn, đào tạo người chăm sóc, và ứng dụng truyền thông trực quan để nâng cao chất lượng chăm sóc sau mổ.

Từ khóa: Đục thủy tinh thể, Phacoemulsification, Kiến thức, Thực hành, Hậu phẫu, Giáo dục sức khỏe.

SUMMARY

ASSESSMENT OF KNOWLEDGE AND SELF-CARE PRACTICES AMONG PATIENTS AFTER PHACOEMULSIFICATION SURGERY AT FOUR EYE HOSPITALS IN HO CHI MINH CITY UNDER THE SAIGON MEDICAL GROUP

Background: Cataract remains the leading cause of preventable blindness. Phacoemulsification is the

¹Tập đoàn Y Khoa Sài Gòn

²Bệnh viện Mắt Sài Gòn Cách Mạng Tháng Tám

³Bệnh viện Mắt Sài Gòn Ngô Gia Tự

⁴Bệnh viện Mắt Sài Gòn Cao Thắng

⁵Bệnh viện Mắt Sài Gòn Lê Thị Riêng

Chịu trách nhiệm chính: Cần Thị Liên

Email: canthilien.ctl@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.01.2026