

4. Chung KT, Shelat VG. Perforated peptic ulcer-an update. World J gastrointestinal Surg. (2017)8:1-127; 14: 86-91.
5. Huỳnh Hiếu Tâm. Nghiên cứu hiệu quả của tiêm hoặc kẹp cầm máu qua nội soi phối hợp với thuốc ức chế bơm proton liều cao tĩnh mạch ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng. Luận án Tiến Sĩ Y Học Huế 2019.
6. Leeman et al. The management of perforated gastric ulcer. Int J Surg.(2013)11: 322-44.
7. Zittel TT et al. Surgical management of peptic ulcer disease today-indication, technique and outcome. Langenbeck Arch Surg. (200) 385:34-
8. Hennessy E. Perforated peptic ulcer mortality and morbidity in 603 cases. Australia NZ J Surg.(1969) 38: 243.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT PHACO TRÊN ĐỤC THỦY TINH THỂ TRẮNG VÀ NGUYÊN NHÂN TRÌ HOÃN PHẪU THUẬT TẠI CỘNG ĐỒNG

Nguyễn Huỳnh Phúc^{1,2}, Đoàn Kim Thành³, Hoàng Trung Kiên²,
Nguyễn Đỗ Quang Thanh⁴, Trình Thị Vân Anh⁵, Phạm Khánh Linh⁶

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá hiệu quả và an toàn phẫu thuật PHACO trên bệnh nhân có đục thủy tinh thể trắng và khảo sát các nguyên nhân trì hoãn phẫu thuật đục thủy tinh thể trong cộng đồng.

Phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu, theo dõi dọc, thu thập dữ liệu trên bệnh nhân đục thủy tinh thể trắng có chỉ định phẫu thuật đục thủy tinh thể tại Bệnh viện Mắt Sài Gòn Vinh, Nghệ An từ tháng 06/2025 đến tháng 12/2025.

Kết quả: Nghiên cứu gồm 75 bệnh nhân đục thủy tinh thể trắng (n=75) với độ tuổi trung bình là $75,8 \pm 9,8$, tỉ lệ nam : nữ là 1: 2,1. Trong đó 35 mắt có đục thủy tinh thể trắng (46,7%), 28 mắt đục thủy tinh thể quá chín (37,3%), và 12 mắt có đục thủy tinh thể căng phồng (16,0%). Trước phẫu thuật, 34,7% số mắt có thị lực là bóng bàn tay và 65,3% có thị lực là sáng tối (+). Sau phẫu thuật, thị lực logMAR trung bình là $0,22 \pm 0,08$. Tỉ lệ mất tế bào nội mô trung bình sau phẫu thuật là 7,7% tại thời điểm 1 tuần và 9,3% tại thời điểm 1 tháng. Có mối tương quan thuận mức độ trung bình giữa năng lượng tiêu tán tích lũy và tỉ lệ mất tế bào nội mô giác mạc tại thời điểm 1 tuần và 1 tháng ($r=0,315$; $p < 0,05$). Sau phẫu thuật, có 1 bệnh nhân ghi nhận 1 trường hợp rách bao sau (1,3%). Nguyên nhân trì hoãn thường gặp nhất thuộc nhóm tâm sinh lý (49,3%), chủ yếu do bệnh nhân đã phẫu thuật một mắt trước đó hoặc lo sợ phẫu thuật có thể dẫn đến mù lòa.

Kết luận: Phẫu thuật PHACO cho kết quả thị lực tốt và tỷ lệ biến chứng thấp trên đục thủy tinh thể trắng. Năng lượng tiêu tán tích lũy có liên quan với tỉ lệ mất tế bào nội mô giác mạc sau phẫu thuật. Các rào cản tâm lý và xã hội là nguyên nhân chính khiến bệnh nhân trì hoãn phẫu thuật.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Sài Gòn Vinh

³Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

⁴Hội nhãn khoa TPHCM

⁵Bệnh viện Lão khoa-Phục hồi chức năng

⁶Trường Đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huỳnh Phúc

Email: nhuyhphuc2603@gmail.com

Mã bài: N425

Ngày nhận bài: 19/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 18/3/2026

Ngày duyệt bài: 19/4/2026

Từ khóa: Phẫu thuật nhũ tương hóa thủy tinh thể (PHACO), đục thủy tinh thể trắng.

SUMMARY

PHACOEMULSIFICATION OUTCOMES IN WHITE CATARACT AND DETERMINANTS OF DELAYED PRESENTATION

Purpose: To evaluate the effectiveness and safety of PHACO surgery on patients with white cataract and to survey the causes of delayed cataract surgery in the community

Methods: This prospective study included patients with white cataracts who underwent PHACO surgery at Sai Gon Vinh Eye Hospital in Nghe An province from June 2025 to December 2025.

Results: The study included 75 patients with white cataract (n = 75) with a mean age of 75.8 ± 9.8 years and a male-to-female ratio of 1:2.1. Of these, 35 eyes had mature white cataract (46.7%), 28 eyes had hypermature cataract (37.3%), and 12 eyes had intumescent cataract (16.0%). Preoperatively, 34.7% of eyes had hand motion visual acuity and 65.3% had light perception only. Postoperatively, the mean logMAR visual acuity was 0.22 ± 0.08 . The mean corneal endothelial cell loss rate was 7.7% at one week and 9.3% at one month postoperatively. A moderate positive correlation was found between cumulative dissipated energy and corneal endothelial cell loss rate at both one week and one month postoperatively ($r = 0.315$; $p < 0.05$). One case of posterior capsular rupture was recorded postoperatively (1.3%). The most common cause of surgical delay belonged to the psychosocial group (49.3%), primarily due to prior surgery on the fellow eye or fear that surgery might lead to blindness.

Conclusion: PHACO provided good visual outcomes with a low complication rate in white cataracts. Cumulative dissipated energy was associated with postoperative corneal endothelial cell loss. Psychological and social barriers were the main reasons for delayed surgery.

Keywords: Phacoemulsification (PHACO), white cataract

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại các quốc gia đang phát triển, trong đó có Việt Nam, đục thủy tinh thể trắng vẫn chiếm một tỉ lệ lớn,

làm suy giảm thị lực trầm trọng, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, tăng nguy cơ té ngã, cũng như kết quả điều trị khi thời gian phẫu thuật kéo dài hơn, nguy cơ tổn thương tế bào nội mô giác mạc cao hơn và tăng tỷ lệ biến chứng như rách bao trước hoặc rách bao sau.^{1,2} Hiện nay, mặc dù PHACO đã có nhiều bước cải tiến, phát triển đáng kể trong phẫu thuật với nhiều phiên bản máy móc hiện đại, việc thực hiện trên bệnh nhân đục thủy tinh thể trắng vẫn còn là một thách thức với nhiều phẫu thuật viên. Trên các trường hợp đục thủy tinh thể trắng, phẫu thuật viên thường gặp khó khăn trong việc xác định bao trước và thực hiện thì xé bao, không đánh giá được độ cứng của nhân và tình trạng võng mạc, từ đó khó lên kế hoạch phẫu thuật cụ thể cũng như tư vấn, tiên lượng bệnh cho người bệnh.³

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá hiệu quả và an toàn của phẫu thuật PHACO trên bệnh nhân có đục thủy tinh thể trắng, dựa vào đánh giá kết quả thị lực, tỷ lệ mật độ tế bào nội mô thay đổi sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng, các biến chứng sau cuộc phẫu thuật. Chúng tôi cũng sẽ tìm hiểu các nguyên nhân khiến người bệnh trì hoãn phẫu thuật, dẫn đến tình trạng đục thủy tinh thể trắng, từ đó đưa ra các kế hoạch nhằm cải thiện tình trạng này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

Bệnh nhân đục thủy tinh thể trắng có chỉ định phẫu thuật đục thủy tinh thể tại Bệnh viện Mắt Sài Gòn Vinh, Nghệ An từ tháng 06/2025 đến tháng 12/2025. Các bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu khi thỏa các tiêu chuẩn sau: từ 18 tuổi trở lên; thị lực còn định hướng ánh sáng tốt; mật độ tế bào nội mô giác mạc > 1500 tế bào/mm²; đồng ý tham gia nghiên cứu và có khả năng tái khám sau phẫu thuật. Loại trừ khỏi nghiên cứu bao gồm: mắt có tiền căn chấn thương; có bệnh lý tại mắt như viêm màng bồ đào dính bất đồng tử, bong võng mạc, tổn thương giác mạc hoặc lệch thủy tinh thể; đã từng phẫu thuật nội nhãn.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu, chọn mẫu thuận tiện bao gồm tất cả bệnh nhân đục thủy tinh thể trắng thỏa tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Trước phẫu thuật ghi nhận các đặc điểm lâm sàng (tuổi, giới, thị lực, nhãn áp, mật độ tế bào nội mô, độ sâu tiền phòng). Đục chín trắng được xác định khi có tình trạng đục hoàn toàn thủy tinh thể với tiền phòng bình thường. Đục thủy tinh thể quá chín khi có bao trước bị xơ hóa, thủy tinh thể màu trắng như sữa bị hóa lỏng, hoặc cả hai. Đục trắng căng phồng khi thủy tinh thể ngấm nước dần và căng phồng lên, làm cho tiền phòng nông.⁴ Các thông số phẫu thuật PHACO như năng lượng tiêu tán tích lũy, thời gian PHACO hiệu quả, thời gian rửa hút và lượng dịch sử dụng được thu

thập trong mổ. Bệnh nhân được tái khám sau 1 tuần và 1 tháng để đánh giá thị lực, nhãn áp, mật độ tế bào nội mô và biến chứng. Các nguyên nhân trì hoãn phẫu thuật bao gồm tâm lý; văn hóa xã hội; điều kiện kinh tế; và bệnh kèm theo

Một số điểm khác biệt khi thực hiện PHACO trên đục thủy tinh thể trắng: Ở thì xé bao, chúng tôi sử dụng kim 18G và kéo cắt bao rạch một đường nhỏ ở vị trí 1/3 ngoài bao trước gần mép mỡ chính, giúp lượng cortex bị hóa lỏng sẽ thoát ra tại vị trí này ra ngoài, làm giảm áp lực trong lòng bao, sau đó xé bao đường tròn liên tục bằng pince xé bao. Đối với đục thủy tinh thể trắng quá chín, lớp cortex đã hóa lỏng chúng tôi không thực hiện thì tách nước. Sau khi hút sạch cortex ở mặt trước đánh giá tình trạng, độ rắn của nhân, từ đó có chế độ và kỹ thuật ăn nhân phù hợp và an toàn.

Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 18.0

III. KẾT QUẢ

Đặc điểm lâm sàng mẫu nghiên cứu trước phẫu thuật: nghiên cứu ghi nhận 75 mắt của 75 bệnh nhân có đục thủy tinh thể trắng, trong đó độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $75,8 \pm 9,8$ (57;93), với tỉ lệ nam : nữ là 1 : 2,1. Phần lớn bệnh nhân đến từ nông thôn, chiếm 94,7%, và nghề nghiệp chủ yếu là lao động phổ thông, chiếm 86,7%. Các đặc điểm lâm sàng về tình trạng mắt đục thủy tinh thể trắng được mô tả trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng mẫu nghiên cứu trước phẫu thuật

Đặc điểm	Số lượng (N=75)	Tỉ lệ (%)
Mắt đục thủy tinh thể trắng		
Một mắt	65	86,7
Hai mắt	10	13,3
Phân loại đục thủy tinh thể trắng		
Đục chín trắng	35	46,7
Đục quá chín	28	37,3
Đục căng phồng	12	16,0
Tình trạng mắt còn lại		
Còn thủy tinh thể	33	44,0
Thủy tinh thể nhân tạo	40	53,3
Không có thủy tinh thể	2	2,7
Nhãn áp trước phẫu thuật		
Giới hạn bình thường	67	89,3
Cao	8	10,7
Đồng tử		
Giãn ≥ 4 mm	70	93,3
Giãn kém < 4mm	5	6,7
Độ sâu tiền phòng		
Bình thường	63	84,0
Nông < 2,5 mm	12	16,0

Đánh giá hiệu quả và an toàn của phẫu thuật PHACO trên đục thủy tinh thể trắng:

Thị lực trước phẫu thuật ở mức thấp: 34,7% số mắt có bóng bàn tay và 65,3% thị lực sáng tối (+). Sau phẫu thuật 1 tuần và 1 tháng, thị lực LogMAR trung bình là $0,24 \pm 0,09$ và $0,22 \pm 0,08$. Thị lực tốt nhất ghi nhận được là LogMAR 0,1 (9/10), trong khi thấp nhất là LogMAR 2,7 (sáng tối +), 1 trường hợp). Có 8/75 trường hợp (10,7%) thị lực không cải thiện ($\leq 1/10$), chủ yếu do các bệnh lý phối hợp nặng ở bán phần sau, gồm 5 trường hợp glôcôm gần tuyệt đối, 2 trường hợp thoái hóa võng mạc do cận thị nặng và 1 trường hợp bệnh võng mạc đái tháo đường tăng sinh.

Kết quả của thì xé bao: 100% thực hiện xé bao liên tục thành công và không có trường hợp nào bị rách bao trước trong thì xé bao. 36 trường hợp có thoát chất nhân hóa lỏng trong thì xé bao, chiếm 48,0%.

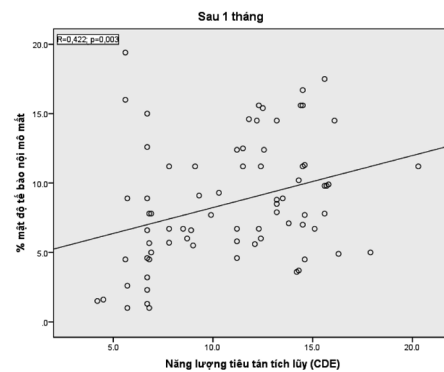
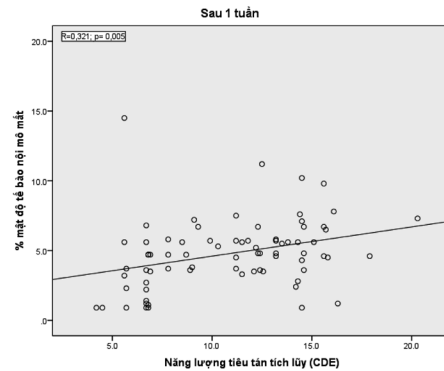
Sự thay đổi tế bào nội mô: Mật độ trung bình tế bào nội mô (tế bào/mm²) trước phẫu thuật là 2487 ± 228 (range: 1998; 2698) và sau phẫu thuật 1 tuần là 2296 ± 256 (range: 1728; 2536) và sau 1 tháng là 2256 ± 231 (range: 1698; 2486). Tỷ lệ trung bình mật độ tế bào nội mô mắt (%) sau phẫu thuật 1 tuần là $7,7 \pm 3,4$ (0,9; 14,5) và sau 1 tháng là $9,3 \pm 4,9$ (1,5; 19,4).

Thông số trong phẫu thuật PHACO:

Bảng 2: Các thông số trong phẫu thuật PHACO

Đặc điểm	Số lượng mắt (N=75)
Năng lượng PHACO (%)	$14,3 \pm 5,2$ (6,3; 25,8)
Thời gian PHACO hiệu quả (giây)	$6,5 \pm 2,2$ (2,5; 18,3)
Tổng thời gian PHACO (giây)	$51,3 \pm 22,5$ (4,3; 140,4)
Thời gian rửa hút (giây)	$25,2 \pm 7,94$ (13,1; 60,4)
Năng lượng tiêu tán tích lũy	$12,2 \pm 3,6$ (4,9; 22,3)
Tổng lượng dịch sử dụng (ml)	$47,8 \pm 19,3$ (22 ; 72)

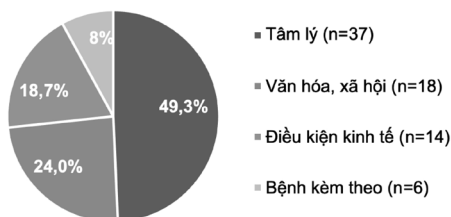
Phân tích tương quan giữa các yếu tố và tổn thương tế bào nội mô sau phẫu thuật PHACO: Có mối tương quan thuận, mức độ trung bình giữa năng lượng tiêu tán tích lũy, năng lượng PHACO với tỷ lệ mật độ tế bào nội mô giác mạc mắt sau phẫu thuật 1 tuần và 1 tháng ($p < 0,05$). Có mối tương quan thuận, mức độ yếu giữa thời gian PHACO hiệu quả, tổng lượng dịch sử dụng với tỷ lệ mật độ tế bào nội mô giác mạc mắt sau phẫu thuật 1 tuần và 1 tháng ($p < 0,05$). (Biểu đồ 1)



Biểu đồ 1. Mối liên quan giữa năng lượng tiêu tán tích lũy và tỷ lệ mật độ tế bào nội mô mắt sau 1 tuần và 1 tháng

Biến chứng: Sau phẫu thuật, các biến chứng xảy ra với tần suất thấp. Phù giác mạc nhu mô thường gặp nhất, ghi nhận ở 3 bệnh nhân (4,0%). Phù hoàng điểm dạng nang, đục bao sau và rách bao sau đều ghi nhận 1 trường hợp (1,3%). Không có bệnh nhân có các biến chứng khác như bong màng Descemet, sót mảnh nhân, hoặc viêm mủ nội nhãn.

Nguyên nhân trì hoãn phẫu thuật PHACO dẫn đến đục thủy tinh thể trắng: Nhóm nguyên nhân tâm sinh lý chiếm tỷ lệ cao nhất với 37 bệnh nhân (49,3%); trong đó, lý do thường gặp là bệnh nhân đã được phẫu thuật một mắt trước đó hoặc lo sợ phẫu thuật có thể dẫn đến mù lòa. Nhóm nguyên nhân văn hóa, xã hội ghi nhận ở 18 bệnh nhân (24,0%), chủ yếu liên quan đến việc sống một mình, không có người đưa đi phẫu thuật và chăm sóc sau mổ hoặc đang vào mùa thu hoạch. Khó khăn về kinh tế được ghi nhận ở 14 bệnh nhân (18,7%), với lý do không đủ khả năng chi trả cho phẫu thuật. Bệnh lý kèm theo chiếm 6 trường hợp (8,0%), thường là đái tháo đường chưa được kiểm soát tốt hoặc bệnh nhân vừa trải qua một cuộc phẫu thuật khác không liên quan đến mắt (Biểu đồ 2).



Biểu đồ 2. Nguyên nhân trì hoãn việc phẫu thuật đục thủy tinh thể

IV. BÀN LUẬN

Ngày nay, phẫu thuật nhũ tương hóa thủy tinh thể (PHACO) được coi là kỹ thuật lý tưởng trong việc điều trị đục thủy tinh thể. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, cũng như các tác giả khác trên thế giới, kỹ thuật này vẫn an toàn và hiệu quả với các trường hợp đục thủy tinh thể chưa chín.⁵ Tuy nhiên hiện nay chưa có nhiều các báo cáo liên quan đến đục thủy tinh thể trắng. Đục thủy tinh thể trắng (bao gồm đục thủy tinh thể chín, quá chín, hoặc căng phồng) vẫn chiếm một tỉ lệ đáng kể trong thực hành lâm sàng hàng ngày tại nước ta cũng như tại các nước đang phát triển.

Kỹ thuật xé bao liên tục và nhũ tương hóa thủy tinh thể trên nhân cứng là hai thì gây ra những khó khăn nhất định cho những phẫu thuật viên PHACO mới. Một nghiên cứu của Guigui et al. (2007) cho thấy tỷ lệ rách bao sau ở bệnh nhân đục thủy tinh thể trắng là 11%, cao hơn so với các thể đục khác.⁶ Khi thực hiện xé bao trên đục thủy tinh thể trắng, ngay khi tạo vết cắt đầu tiên trên bao trước thủy tinh thể được tạo ra, chất vỏ hóa lỏng của thủy tinh thể sẽ chảy ra che khuất tầm nhìn của phẫu thuật viên, giảm tầm nhìn lên bao trước do mất ánh hồng phản xạ đồng tử.⁷ Ngoài ra, bao trước thủy tinh thể chín trắng thường lỏng lẻo và bị vỡ hóa nhiều nơi, và tiền phòng thường nông trong những trường hợp đục căng phồng, dễ dẫn đến tình trạng toạc bao khi thực hiện xé bao, tạo dấu hiệu "Argentina flag sign".⁸

Nghiên cứu cho thấy, phương pháp xé bao trước kết hợp kim 18G trong phẫu thuật PHACO có hiệu quả và an toàn trên bệnh nhân đục thủy tinh thể trắng, nhằm làm giảm áp lực nội bao trước khi thực hiện xé bao liên tục. Việc dùng kim 18G chọc vào bao trước khi xé bao, giúp lượng dịch bị hóa lỏng trong lòng bao sẽ chảy vào trong tiền phòng và chảy ra ngoài mép mổ, làm cân bằng áp lực giữa không gian trong bao thủy tinh thể và áp lực của tiền phòng, từ đó tránh toạc bao trước ra xích đạo.⁹ 67 bệnh nhân (89,3%) có thị lực cải thiện đáng kể so với trước phẫu thuật với thị lực trung bình logMAR là 0,2; và chỉ 8 bệnh nhân (10,7%) có thị lực thấp (< 1/10) do có các bệnh khác từ trước như tổn thương thị thần kinh, thoái hóa võng mạc cận thị nặng, và võng mạc tiểu đường. Không ghi nhận các biến chứng trong và sau phẫu thuật như

xuất huyết tiền phòng, sót chất nhân, lệch IOL, tương tự như các nghiên cứu trên thế giới được báo cáo.

Theo tác giả Vajpayee (Ấn Độ -1999), mật độ tế bào nội mô trung bình mất sau phẫu thuật 1 tháng là $15,7\% \pm 10,4\%$, và tổng thời gian PHACO trung bình là 180 ± 102 giây.¹⁰ Kết quả này tương đối cao hơn với nghiên cứu chúng tôi, với mật độ tế bào nội mô trung bình mất sau phẫu thuật 1 tháng là $9,3 \pm 4,9$ (1,5; 19,4), với tổng thời gian PHACO trung bình là $51,3 \pm 22,5$ giây. Ngoài ra, theo kết quả nghiên cứu, có mối tương quan thuận, mức độ vừa giữa năng lượng PHACO với tỉ lệ mất tế bào nội mô và tương quan thuận, mức độ yếu giữa thời gian PHACO hiệu quả với tỉ lệ mất tế bào nội mô ($p < 0,05$). Điều này cho thấy, thời gian PHACO càng dài và năng lượng PHACO càng lớn là các nguyên nhân gây tổn thương trực tiếp tế bào nội mô.

Ở những trường hợp đục thủy tinh thể trắng hoàn toàn có nhân cứng, không thể đánh giá tình trạng bao sau trước khi phẫu thuật, và bao sau trong những trường hợp này thường mỏng và dễ rách. Khi thực hiện chế nhân và ăn nhân, các cạnh sắc của nhân thủy tinh thể rất dễ cạ vào bao sau, làm rách bao sau. Bên cạnh đó, khi xé bao trước trên những đục thủy tinh thể trắng rất dễ làm rách bao lan đến xích đạo, làm rách bao sau. Do đó, tỉ lệ rách bao sau cao hơn ở những trường hợp đục thủy tinh thể trắng.¹¹ Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trường hợp rách bao sau, chiếm 1,3%. Trường hợp này bị các cạnh sắc của nhân trong quá trình ăn nhân cạ vào bao sau làm rách bao sau.

Tỷ lệ bệnh nhân nữ mắc đục thủy tinh thể trắng cao hơn, và nguyên nhân trì hoãn phẫu thuật chủ yếu nằm ở nhóm tâm lý với hai lý do phổ biến là "đã mổ một mắt" và "sợ mổ sẽ bị mù". Ngược lại, nguyên nhân "không đủ điều kiện kinh tế" chiếm tỷ lệ thấp hơn (18,7%), cho thấy hiệu quả của các chương trình phòng chống mù lòa với các gói phẫu thuật PHACO miễn phí cho bệnh nhân có hoàn cảnh khó khăn. Do đó, cần tăng cường các chương trình truyền thông và giáo dục sức khỏe cộng đồng để nâng cao nhận thức về bệnh đục thủy tinh thể, các biến chứng khi điều trị muộn, cũng như những phương pháp điều trị hiện đại mang lại hiệu quả cao khi được thực hiện sớm. Việc này không chỉ giúp giảm tỷ lệ đục thủy tinh thể trắng mà còn ngăn ngừa các biến chứng nghiêm trọng, góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật PHACO là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị đục thủy tinh thể trắng, giúp cải thiện thị lực cho bệnh nhân. Kỹ thuật giảm áp nội bao hỗ trợ bằng kim 18G trong thì xé bao trước giúp kiểm soát áp lực trong bao thủy tinh thể, góp phần thực hiện xé bao liên tục thành công và hạn chế nguy cơ toạc bao ở các trường hợp đục thủy tinh thể trắng. Năng

lượng tiêu tán tích lũy có liên quan với tỉ lệ mất tế bào nội mô giác mạc sau phẫu thuật. Tỷ lệ đáng kể bệnh nhân tri hoãn phẫu thuật do các rào cản tâm lý và xã hội, cho thấy cần tăng cường truyền thông và hỗ trợ tiếp cận điều trị nhằm giảm tình trạng đến muộn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mencucci R, Stefanini S, Favuzza E, Cennamo M, De Vitto C, Mossello E. Beyond vision: Cataract and health status in old age, a narrative review. *Frontiers in medicine*. 2023;10:1110383. doi:10.3389/fmed.2023.1110383
2. Jaiswal K, Rath R, Jain A, Gaur A, Nema N. Visual Outcome and Complications in White Mature Cataracts after Phacoemulsification. *Middle East African journal of ophthalmology*. Jul-Sep 2023;30(3):129-135. doi:10.4103/meajo.meajo_100_23
3. Real L. White Cataracts—Tips, Techniques and New Perspective. *Current Ophthalmology Reports*. 2020/09/01 2020;8(3):93-98. doi:10.1007/s40135-020-00238-w
4. Chakrabarti A, Singh S. Phacoemulsification in eyes with white cataract. *Journal of cataract and refractive surgery*. Jul 2000;26(7):1041-7. doi:10.1016/s0886-3350(00)00525-3
5. Watson A, Sunderraj P. Comparison of small-incision phacoemulsification with standard extracapsular cataract surgery: post-operative astigmatism and visual recovery. *Eye (London, England)*. 1992;6 (Pt 6):626-9. doi:10.1038/eye.1992.135
6. Guigui B, Rohart C, Streho M, Fajnkuchen F,

Chaine G. [Phacoemulsification in eyes with white cataracts: results and complications]. *Journal francais d'ophtalmologie*. Nov 2007;30(9):909-13. La phacoémulsification chez les patients atteints de cataracte blanche: résultats et complications. doi:10.1016/s0181-5512(07)74027-5

7. Gimbel HV, Willerscheidt AB. What to do with limited view: the intumescent cataract. *Journal of cataract and refractive surgery*. Sep 1993;19(5):657-61. doi:10.1016/s0886-3350(13)80021-1
8. Blanco A, Rocha-de-Lossada C, Navarro P, Lerner SF, Perrone L, Soler Ferrández FL. "White-puncture": A simple technique to prevent tearing of the anterior capsule during capsulorhexis in intumescent white cataracts. *Archivos de la Sociedad Espanola de Oftalmologia*. Feb 2021;96(2):97-101. Blancopunción: una técnica simple para prevenir el desgarro de la cápsula anterior durante la capsulorhexis en cataratas blancas intumescentes. doi:10.1016/j.oftal.2020.07.025
9. Dhingra D, Balyan M, Malhotra C, Rohilla V, Jakhar V, Jain AK. A multipronged approach to prevent Argentinian flag sign in intumescent cataracts. *Indian journal of ophthalmology*. Sep 2018;66(9):1304-1306. doi:10.4103/ijo.IJO_51_18
10. Vajpayee RB, Bansal A, Sharma N, Dada T, Dada VK. Phacoemulsification of white hypermature cataract. *Journal of cataract and refractive surgery*. Aug 1999;25(8):1157-60. doi:10.1016/s0886-3350(99)00118-2
11. Bilgin B EK, Sezgin BI, Duman M. Comparison of phacoemulsification results of mature and nucleocortical cataracts. *Turk J Ophthalmol*. 2006;36(4):219-222.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU XUYÊN XƯƠNG CỔ ĐỊNH DIỆN BẨM DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108, GIAI ĐOẠN 2018-2024

Mai Đức Thuận, Nguyễn Quốc Dũng, Đỗ Đức Trung

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy bong diện bám chày của dây chằng chéo trước là một trong những tổn thương khớp gối thường gặp. Có nhiều phương pháp phẫu thuật cổ định diện bám dây chằng chéo trước. Gần đây, phương pháp cổ định bằng khâu xuyên xương dưới nội soi cho thấy nhiều ưu điểm và hạn chế các biến chứng

Mục tiêu: Đánh giá kết quả xa của phẫu thuật nội soi cổ định diện bám dây chằng chéo trước với kỹ thuật khâu xuyên xương

Phương pháp: Nghiên cứu theo dõi tiến cứu 56 bệnh nhân bong diện bám dây chằng chéo trước (loại II, III, IV),

tuổi trung bình 32,6 (từ 21 đến 48 tuổi), được điều trị bằng kỹ thuật nội soi khâu xuyên xương. Bệnh nhân được đánh giá qua thăm khám lâm sàng, chụp X-quang, thang điểm Lysholm và phân loại IKDC. Đánh giá sự vững chắc khớp gối được đo bằng thiết bị KT-1000.

Kết quả: Thời gian theo dõi trung bình là 16,76 tháng (từ 12 đến 22 tháng). Tại thời điểm theo dõi cuối cùng, điểm Lysholm trung bình đạt 91,3 điểm (từ 83 đến 100). Có 54 bệnh nhân (96,4%) được phân loại IKDC ở mức rất tốt hoặc tốt (độ A hoặc B); 2 bệnh nhân (3,6%) thuộc nhóm trung bình (độ C). Độ di lệch ra trước của mâm chày đo bằng KT-1000 trung bình là 1,57 mm (từ 0,5 đến 6,5 mm) bên bệnh so với bên lành. Tất cả 56 trường hợp liên xương vững trên phim X-quang.

Kết luận: Điều trị bong diện bám dây chằng chéo trước bằng kỹ thuật nội soi khâu xuyên xương giúp cổ định vững chắc mảnh gãy và tạo điều kiện cho vận động sớm.

Từ khóa: Bong diện bám dây chằng chéo trước, khâu xuyên xương.

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Mai Đức Thuận

Email: thuanmd108@gmail.com

Mã bài: N202b

Ngày nhận bài: 9/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 7/3/2026

Ngày duyệt bài: 9/4/2026