

2. **Bedell SL, Goldstein LS, Goldstein AR, Goldstein AT.** Cervical Cancer Screening: Past, Present, and Future. *Sexual Medicine Reviews*. 2020;8(1):28-37.
3. **Baba SK, Alblooshi SSE, Yaqoob R, Behl S, Al Saleem M, Rakha EA, et al.** Human papilloma virus (HPV) mediated cancers: an insightful update. *Journal of Translational Medicine*. 2025;23(1):483.
4. **Derbie A, Mekonnen D, Woldeamanuel Y, Van Ostade X, Abebe T.** HPV E6/E7 mRNA test for the detection of high grade cervical intraepithelial neoplasia (CIN2+): a systematic review. *Infectious agents and cancer*. 2020;15:9.
5. **Pan C, Zhou J, Lyu J, Ren X.** Development and validation of a multiplex reverse transcript real-time PCR for E6/E7 mRNA detection of high-risk human papillomavirus. *Journal of medical microbiology*. 2018;67(10):1509-14.
6. **Wongpakaran N, Wongpakaran T, Wedding D, Gwet KL.** A comparison of Cohen's Kappa and Gwet's AC1 when calculating inter-rater reliability coefficients: a study conducted with personality disorder samples. *BMC medical research methodology*. 2013;13:61.
7. **Zhu H, Shen Z, Luo H, Zhang W, Zhu X.** Chlamydia Trachomatis Infection-Associated Risk of Cervical Cancer: A Meta-Analysis. *Medicine*. 2016;95(13):e3077.
8. **Chen L, Wang H.** eIF4E is a critical regulator of human papillomavirus (HPV)-immortalized cervical epithelial (H8) cell growth induced by nicotine. *Toxicology*. 2019;419:1-10.
9. **Kottaridi C, Tsiodras S, Spathis A, Chranioti A, Pappas A, Kassanos D, et al.** Clinical performance of human papillomavirus E6, E7 mRNA flow cytometric assay compared to human papillomavirus DNA typing. *Analytical and quantitative cytology and histology*. 2011;33(6):305-10.
10. **Pierry D, Weiss G, Lack B, Chen V, Fusco J.** Intracellular human papillomavirus E6, E7 mRNA quantification predicts CIN 2+ in cervical biopsies better than Papanicolaou screening for women regardless of age. *Archives of pathology & laboratory medicine*. 2012;136(8):956-60.
11. **Gupta SM, Warke H, Chaudhari H, Mavani P, Katke RD, Kerkar SC, et al.** Human Papillomavirus E6/E7 oncogene transcripts as biomarkers for the early detection of cervical cancer. *Journal of medical virology*. 2022;94(7):3368-75.

ĐẶC ĐIỂM RỐI LOẠN LIPID MÁU Ở NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TRUNG ƯƠNG NĂM 2025

Cao Thanh Ngoan¹, Thạch Minh Thu², Trịnh Thị Phương Dung^{2,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp là một vấn đề sức khỏe cộng đồng nghiêm trọng, liên quan chặt chẽ đến bệnh tim mạch và tử vong sớm. Rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ quan trọng góp phần thúc đẩy xơ vữa động mạch ở bệnh nhân tăng huyết áp.

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm rối loạn lipid máu ở người bệnh tăng huyết áp điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương năm 2025.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 200 bệnh nhân tăng huyết áp và 200 đối tượng không tăng huyết áp tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương từ tháng 6 đến tháng 12 năm

2025. Các chỉ số lipid máu gồm cholesterol toàn phần (TC), triglycerid (TG), HDL-C, LDL-C được định lượng trên hệ thống Beckman Coulter AU480.

Kết quả: Nồng độ trung bình TC, TG và LDL-C ở nhóm tăng huyết áp cao hơn, trong khi HDL-C thấp hơn so với nhóm không tăng huyết áp. Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở nhóm tăng huyết áp là 72,0%, cao hơn so với nhóm chứng (58,0%) (OR=1,86; p=0,003). Tỷ lệ có ≥ 2 thành phần lipid bất thường ở nhóm tăng huyết áp là 41,0%.

Kết luận: Rối loạn lipid máu phổ biến ở bệnh nhân tăng huyết áp, đặc biệt là rối loạn đa thành phần, góp phần làm tăng nguy cơ tim mạch.

Từ khóa: Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, cholesterol, triglycerid

SUMMARY

LIPID PROFILE ABNORMALITIES IN HYPERTENSIVE PATIENTS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF TRADITIONAL MEDICINE IN 2025

Background: Hypertension is a major public health concern and is strongly associated with cardiovascular disease and premature mortality. Dyslipidemia is an important risk factor that contributes to the development of

¹Bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Cao Thanh Ngoan

Email: thanhcaongoan@gmail.com

Mã bài: N693

Ngày nhận bài: 24/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 23/4/2026

Ngày duyệt bài: 25/5/2026

atherosclerosis in hypertensive patients.

Objective: To investigate the characteristics of lipid abnormalities in hypertensive patients treated at the National Hospital of Traditional Medicine in 2025.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 200 hypertensive patients and 200 non-hypertensive subjects at the National Hospital of Traditional Medicine from June to December 2025. Lipid parameters including total cholesterol (TC), triglycerides (TG), HDL-C, and LDL-C were measured using the Beckman Coulter AU480 system.

Results: The mean levels of TC, TG, and LDL-C were higher in the hypertensive group, while HDL-C was lower compared to the non-hypertensive group. The prevalence of dyslipidemia in the hypertensive group was 72.0%, significantly higher than in the control group (58.0%) (OR = 1.86; $p = 0.003$). The proportion of patients with ≥ 2 abnormal lipid components in the hypertensive group was 41.0%.

Conclusion: Dyslipidemia is common among hypertensive patients, particularly multi-component lipid abnormalities, which may contribute to an increased cardiovascular risk.

Keywords: Hypertension, dyslipidemia, cholesterol, triglycerides

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một trong những bệnh không lây nhiễm phổ biến nhất và là yếu tố nguy cơ hàng đầu gây tử vong sớm trên toàn cầu. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), hiện có hơn 1 tỷ người mắc THA và con số này tiếp tục gia tăng, đặc biệt tại các quốc gia đang phát triển [1]. Tại Việt Nam, tỷ lệ THA ở người trưởng thành khoảng 25% và có xu hướng tăng nhanh, trong khi tỷ lệ kiểm soát huyết áp còn hạn chế [2]. THA thường diễn tiến âm thầm nhưng gây nhiều biến chứng nghiêm trọng như bệnh mạch vành, đột quỵ và suy thận.

Rối loạn lipid máu (RLLPM) là một yếu tố nguy cơ quan trọng trong cơ chế hình thành và tiến triển của xơ vữa động mạch. Tình trạng tăng cholesterol toàn phần, triglycerid, LDL-C và giảm HDL-C làm thúc đẩy quá trình tổn thương nội mạc mạch máu, từ đó làm tăng nguy cơ biến cố tim mạch [3]. Nhiều nghiên cứu cho thấy THA và RLLPM thường đồng thời tồn tại và có tác động hiệp đồng, làm gia tăng đáng kể nguy cơ mắc bệnh tim mạch so với từng yếu tố riêng lẻ [4].

Tại Việt Nam, tỷ lệ RLLPM ở bệnh nhân THA còn ở mức cao, tuy nhiên dữ liệu tại các cơ sở khám chữa bệnh chuyên ngành y học cổ truyền còn hạn chế. Việc đánh giá đặc điểm rối loạn lipid máu ở nhóm đối tượng này có ý nghĩa quan trọng trong định hướng dự phòng và quản lý nguy cơ tim mạch. Trong bối cảnh đó, việc đánh giá đặc điểm rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp tại các cơ sở

điều trị cụ thể có ý nghĩa quan trọng trong việc xây dựng chiến lược quản lý và dự phòng biến chứng tim mạch. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Khảo sát đặc điểm rối loạn lipid máu ở người bệnh tăng huyết áp điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương năm 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 400 đối tượng, bao gồm 200 bệnh nhân tăng huyết áp (THA) được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương và 200 đối tượng không tăng huyết áp (nhóm chứng). Các đối tượng tham gia nghiên cứu đều đồng ý tự nguyện. Những trường hợp mắc bệnh cấp tính, bệnh mạn tính nặng hoặc đang sử dụng thuốc ảnh hưởng đến lipid máu trong thời gian gần được loại trừ khỏi nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Các chỉ số lipid máu gồm cholesterol toàn phần (TC), triglycerid (TG), HDL-C và LDL-C được định lượng từ mẫu máu tĩnh mạch lấy vào buổi sáng sau nhịn đói từ 10 – 16 giờ bằng hệ thống xét nghiệm sinh hóa tự động theo quy trình chuẩn của phòng xét nghiệm.

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS. Các biến định lượng được biểu diễn dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn; so sánh giữa hai nhóm sử dụng test t-Student. Các biến định tính được so sánh bằng kiểm định χ^2 . Tính Odds Ratio (OR) với khoảng tin cậy 95% (95% CI) nhằm đánh giá mối liên quan giữa tăng huyết áp và rối loạn lipid máu. Ngưỡng ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học; thông tin người bệnh được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 200)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới: Nam	92	46,0
Giới: Nữ	108	54,0
Tuổi <40	18	9,0
Tuổi 40-50	42	21,0
Tuổi 51-60	64	32,0
Tuổi >60	76	38,0

Nhận xét: Nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam (54% so với 46%). Phân bố theo tuổi cho thấy nhóm ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (38,0%), tiếp theo là nhóm 51–60 tuổi (32,0%).

Bảng 3.2. Giá trị trung bình của các chỉ số lipid máu trên đối tượng nghiên cứu

Nhóm	Nhóm Tăng Huyết áp			Nhóm không Tăng Huyết áp		
	Nam ($\bar{X} \pm SD$)	Nữ ($\bar{X} \pm SD$)	Chung ($\bar{X} \pm SD$)	Nam ($\bar{X} \pm SD$)	Nữ ($\bar{X} \pm SD$)	Chung ($\bar{X} \pm SD$)
TC (mmol/l)	5,40 $\pm$ 1,02	5,20 $\pm$ 1,03	5,30 $\pm$ 1,03	4,95 $\pm$ 0,98	4,85 $\pm$ 0,92	4,90 $\pm$ 0,95
TG (mmol/l)	2,10 $\pm$ 1,30	1,85 $\pm$ 1,10	1,97 $\pm$ 1,21	1,85 $\pm$ 1,05	1,60 $\pm$ 0,95	1,72 $\pm$ 1,00
HDL – C (mmol/l)	1,05 $\pm$ 0,28	1,20 $\pm$ 0,32	1,13 $\pm$ 0,31	1,12 $\pm$ 0,30	1,28 $\pm$ 0,34	1,20 $\pm$ 0,33
LDL – C (mmol/l)	3,40 $\pm$ 0,95	3,20 $\pm$ 0,90	3,30 $\pm$ 0,93	3,10 $\pm$ 0,88	2,95 $\pm$ 0,85	3,02 $\pm$ 0,87

Nhận xét: Nhóm THA có TC, TG, LDL-C cao hơn và HDL-C thấp hơn so với nhóm không THA.

Bảng 3.3. Tỷ lệ rối loạn các thành phần lipid máu

Rối loạn	THA		Không THA		OR (95% CI)	p
	Có (n, %)	Không (n, %)	Có (n, %)	Không (n, %)		
Tăng TC	110 (55,0)	90 (45,0)	84 (42,0)	116 (58,0)	1,69 (1,14–2,51)	0,009
Tăng TG	96 (48,0)	104 (52,0)	72 (36,0)	128 (64,0)	1,64 (1,10–2,45)	0,015
Tăng LDL-C	92 (46,0)	108 (54,0)	64 (32,0)	136 (68,0)	1,81 (1,21–2,72)	0,004
Giảm HDL-C	74 (37,0)	126 (63,0)	56 (28,0)	144 (72,0)	1,51 (0,99–2,30)	0,055

Nhận xét: Nhóm THA có nguy cơ tăng TC, TG, LDL-C cao hơn có ý nghĩa; giảm HDL-C có xu hướng cao hơn nhưng sát ngưỡng ý nghĩa ($p \approx 0,055$).

Bảng 3.4. Tỷ lệ rối loạn lipid máu

Rối loạn LP máu	Nhóm Tăng Huyết áp		Nhóm không Tăng Huyết áp		OR (CI 95%)	p
	n	%	n	%		
Có	144	72	116	58	1,86 (1,23–2,83)	0,003
Không	56	28	84	42		
Tổng	200	100	200	100		

Nhận xét: Tỷ lệ rối loạn lipid máu chung ở nhóm THA cao hơn rõ rệt so với nhóm không THA (72,0% vs 58,0%; $p=0,003$).

Bảng 3.5. Số thành phần lipid máu rối loạn ở bệnh nhân THA

Rối loạn LP máu	Nhóm Tăng Huyết áp		Nhóm không Tăng Huyết áp	
	n	%	n	%
Không rối loạn	56	28	84	42
1 thành phần	62	31	60	30
2 thành phần	50	25	36	18
3 thành phần	24	12	16	8
4 thành phần	8	4	4	2
Tổng	200	100	200	100

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân tăng huyết áp, chỉ có 28,0% không có rối loạn lipid máu, thấp hơn so với nhóm không tăng huyết áp (42,0%). Tỷ lệ có rối loạn từ 2 thành phần trở lên ở nhóm tăng huyết áp chiếm 41,0% (25% có 2 thành phần, 12% có 3 thành phần, 4% có 4 thành phần), cao hơn rõ rệt so với nhóm không tăng huyết áp (28,0%).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nữ cao hơn nam (54,0% so với 46,0%). Điều này có thể liên quan đến xu hướng nữ giới chủ động khám và quản lý sức khỏe tốt hơn nam giới, đồng thời sự gia tăng tỷ lệ tăng huyết áp ở phụ nữ sau mãn kinh do giảm tác dụng bảo vệ tim mạch của estrogen đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu [5]. Phân bố theo tuổi cho thấy nhóm ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (38,0%), phù hợp với đặc điểm dịch tễ của tăng huyết áp. Theo nghiên cứu của Franklin và cộng sự, tuổi cao là yếu tố nguy cơ quan trọng do sự giảm đàn hồi thành mạch và tăng sức cản ngoại vi theo thời gian [6].

Kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ TC, TG và LDL-C ở nhóm tăng huyết áp cao hơn, trong khi HDL-C thấp hơn so với nhóm không tăng huyết áp. Đây là kiểu rối loạn lipid điển hình theo hướng xơ vữa, phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đó [5], [7]. Sự thay đổi này có thể được giải thích bởi cơ chế rối loạn chuyển hóa đi kèm trong tăng huyết áp. Tình trạng kháng insulin – thường gặp ở bệnh nhân THA – làm tăng tổng hợp acid béo tại gan, dẫn đến tăng sản xuất VLDL và hậu quả là tăng triglycerid và LDL-C, đồng thời làm giảm HDL-C [7]. Ngoài ra, stress oxy hóa và viêm mạn tính mức độ thấp trong THA còn thúc đẩy quá trình oxy hóa LDL, làm tăng tính gây xơ vữa của các lipoprotein này. Đáng chú ý, HDL-C giảm ở nhóm THA mặc dù chưa có ý nghĩa thống kê mạnh nhưng vẫn mang ý nghĩa sinh học quan trọng. HDL-C có vai trò vận chuyển ngược cholesterol từ mô ngoại vi về gan và có tác dụng chống oxy hóa, chống viêm. Do đó, sự giảm HDL-C sẽ làm mất cân bằng giữa yếu tố bảo vệ và yếu tố gây xơ vữa, góp phần làm tăng nguy cơ tim mạch [5].

Kết quả bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ tăng TC, TG và LDL-C ở nhóm tăng huyết áp cao hơn có ý nghĩa thống kê, trong đó LDL-C có mối liên quan mạnh nhất ($OR = 1,81$; $p=0,004$). Điều này phù hợp với vai trò trung tâm của LDL-C trong cơ chế xơ vữa động mạch. LDL-C có khả năng thâm nhập vào lớp nội mạc mạch máu, bị oxy hóa và kích hoạt phản ứng viêm, từ đó hình thành các tế bào bọt và mảng xơ vữa [7]. Sự gia tăng LDL-C ở bệnh nhân THA cho thấy nguy cơ cao tiến triển các biến cố tim mạch như nhồi máu cơ tim và đột quỵ. Trong khi đó, tăng triglycerid cũng là một yếu tố nguy cơ độc lập, đặc biệt khi đi kèm với giảm HDL-C. Triglycerid cao phản ánh rối loạn chuyển hóa lipoprotein giàu triglycerid, làm tăng các hạt LDL nhỏ và đậm đặc – là dạng có khả năng gây xơ vữa cao hơn. Đối với HDL-C, mặc dù sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p \approx 0,055$), nhưng xu hướng giảm HDL-C ở nhóm THA vẫn phù hợp với các nghiên cứu về hội chứng chuyển

hóa, trong đó giảm HDL-C thường đi kèm với tăng triglycerid và kháng insulin [8]. Điều này cho thấy cần xem xét HDL-C trong tổng thể rối loạn lipid thay vì đánh giá riêng lẻ.

Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở nhóm tăng huyết áp là 72,0%, cao hơn rõ rệt so với nhóm không tăng huyết áp (58,0%), với $OR = 1,86$ ($p=0,003$). Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đây, trong đó tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân THA thường dao động từ 60–75% [8]. Sự kết hợp giữa THA và rối loạn lipid máu làm gia tăng nguy cơ tim mạch theo cơ chế hiệp đồng. Tăng huyết áp gây tổn thương nội mạc mạch máu, làm tăng tính thấm của thành mạch đối với lipoprotein. Đồng thời, rối loạn lipid máu làm tăng tích tụ lipid trong thành mạch, thúc đẩy quá trình hình thành và tiến triển mảng xơ vữa [7]. Do đó, việc chỉ kiểm soát huyết áp là chưa đủ, mà cần đánh giá và điều trị đồng thời rối loạn lipid máu nhằm giảm nguy cơ biến cố tim mạch toàn diện.

Kết quả bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp có từ 2 thành phần lipid bất thường trở lên là 41,0%, cao hơn rõ rệt so với nhóm không THA (28,0%). Điều này cho thấy rối loạn lipid ở bệnh nhân THA không chỉ xảy ra đơn lẻ mà thường mang tính hệ thống. Rối loạn lipid đa thành phần phản ánh tình trạng rối loạn chuyển hóa toàn diện, thường gặp trong hội chứng chuyển hóa. Khi nhiều thành phần lipid cùng bất thường, nguy cơ tim mạch không chỉ tăng cộng gộp mà còn tăng theo kiểu tương tác, làm gia tăng đáng kể khả năng xảy ra biến cố tim mạch [8]. Đặc biệt, sự kết hợp giữa tăng LDL-C, tăng TG và giảm HDL-C được xem là “bộ ba nguy cơ cao”, có liên quan chặt chẽ với xơ vữa động mạch và biến cố tim mạch sớm. Kết quả này nhấn mạnh rằng trong thực hành lâm sàng, cần đánh giá toàn diện hồ sơ lipid thay vì chỉ tập trung vào một chỉ số đơn lẻ.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn lipid máu phổ biến ở bệnh nhân tăng huyết áp (72,0%), cao hơn so với nhóm không tăng huyết áp (58,0%). Các rối loạn chủ yếu là tăng cholesterol toàn phần, triglycerid và LDL-C, trong khi HDL-C có xu hướng giảm. Đáng chú ý, rối loạn lipid đa thành phần chiếm tỷ lệ cao (41,0%), cho thấy nguy cơ tim mạch tích lũy đáng kể ở nhóm bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** Hypertension [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 Apr 28]
2. **Bộ Y tế.** Điều tra quốc gia yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm (STEPS) Việt Nam năm 2015. Hà Nội: Bộ Y tế; 2016.

3. Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, Beam C, Birtcher KK, Blumenthal RS, et al. 2018 AHA/ACC guideline on the management of blood cholesterol. *Circulation*. 2019;139(25):e1082–e1143.
4. Kannel WB, Dawber TR, Friedman GD, Glennon WE, McNamara PM. Risk factors in coronary heart disease: An evaluation of several serum lipids as predictors of coronary heart disease. *Ann Intern Med*. 1964;61:888–899.
5. Rosano GMC, Vitale C, Marazzi G, Volterrani M. Menopause and cardiovascular disease: the evidence. *Climacteric*. 2007;10 Suppl 1:19–24.
6. Franklin SS, Gustin W 4th, Wong ND, Larson MG, Weber MA, Kannel WB, et al. Hemodynamic patterns of age-related changes in blood pressure. *Circulation*. 1997;96(1):308–315.
7. Grundy SM. Metabolic syndrome pandemic. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2008;28(4):629–636.
8. Goff DC Jr, Lloyd-Jones DM, Bennett G, Coady S, D'Agostino RB Sr, Gibbons R, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the assessment of cardiovascular risk. *Circulation*. 2014;129(25 Suppl 2):S49–S73.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT PHACO ĐẶT KÍNH NỘI NHÃN ĐƠN TIÊU KÉO DÀI TIÊU CỰ NÂNG CAO: BÁO CÁO CHÙM CA BỆNH

Lê Ngọc Huyền¹, Nguyễn Kiểm Hiệp², Lê Thị Hồng Nhung^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật phaco đặt kính nội nhãn đơn tiêu cự kéo dài nâng cao và một số yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 20 mắt đã phẫu thuật đặt kính nội nhãn đơn tiêu cự kéo dài tiêu cự RayOne EMV tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 8/2025 đến 4/2026. Bệnh nhân trưởng thành từ 50 tuổi trở lên, đủ điều kiện phẫu thuật đục thủy tinh thể và có độ loạn thị giác mạc <2,0 diop (D), được đặt thủy tinh thể nội nhãn RayOne EMV ở cả hai mắt và theo dõi trong 3 tháng. Các chỉ số đánh giá kết quả bao gồm khúc xạ, thị lực nhìn xa không chỉnh kính, thị lực nhìn xa có chỉnh kính (CDVA), thị lực nhìn trung gian, thị lực nhìn gần, và mức độ hài lòng. Các triệu chứng thị giác như chói lóa, quang sáng được phỏng vấn sau 3 tháng. Chất lượng cuộc sống được đánh giá bằng bảng câu hỏi VF14.

Kết quả: Nghiên cứu được tiến hành trên 20 mắt của 10 bệnh nhân. Sau 3 tháng phẫu thuật, giá trị trung vị của khúc xạ cầu tương đương (SE) là -0,50 D (khoảng: -0,50 đến -0,25 D). Về kết quả thị lực (đánh giá theo thang đo logMAR), thị lực nhìn xa không kính (UDVA) trung bình đạt $0,155 \pm 0,113$, với 100% số mắt nằm trong phạm vi $\leq 0,4$; thị lực hai mắt có kính tối ưu (CDVA) trung bình là $0,083 \pm 0,064$. Ở khoảng cách trung gian không kính (UIVA), 70% bệnh nhân đạt mức $\leq 0,3$ và 100% đạt mức $\leq 0,5$. Thị lực nhìn gần không kính (UNVA) trung bình là $0,328 \pm$

$0,128$. Đáng chú ý, trong phân nhóm 5 bệnh nhân được áp dụng chiến lược đặt kính nội nhãn theo phương pháp mini-monovision, kết quả thị lực trung bình ở các khoảng cách lần lượt là: nhìn xa đạt $0,095 \pm 0,082$ (khoảng: $0,0 - 0,3$); trung gian đạt $0,115 \pm 0,110$ (khoảng: $0,0 - 0,4$); và nhìn gần đạt $0,240 \pm 0,099$. Khảo sát mức độ hài lòng cho thấy 90% bệnh nhân đánh giá tốt đối với thị lực trung gian, và 80% hài lòng đối với cả thị lực nhìn xa và nhìn gần.

Từ khóa: Kính nội nhãn đơn tiêu cự kéo dài tiêu cự, mini-monovision, RayOne EMV, kết quả thị lực

SUMMARY

EVALUATING THE OUTCOMES OF PHACOEMULSIFICATION WITH ENHANCED MONOFOCAL EXTENDED DEPTH OF FOCUS INTRAOCULAR LENS IMPLANTATION: A CASE SERIES REPORT

Objective: Evaluate the outcomes of phacoemulsification surgery with enhanced monofocal extended depth of focus intraocular lens implantation and some related factors.

Subjects and research methods: Descriptive case series study on 20 eyes that underwent monofocal extended depth of focus RayOne EMV intraocular lens implantation surgery at the Vietnam National Institute of Ophthalmology from August 2025 to April 2026. Adult patients aged 50 years and older, eligible for cataract surgery and having corneal astigmatism <2.0 diopters (D), were implanted with RayOne EMV intraocular lenses in both eyes and followed up for 3 months. The outcome evaluation indices include refraction, uncorrected distance visual acuity, corrected distance visual acuity (CDVA), uncorrected intermediate visual acuity, distance-corrected intermediate visual acuity (DCIVA), uncorrected near visual acuity and satisfaction level. Visual symptoms such as glare, halos were interviewed after 3 months. Quality of life was evaluated using the VF14 questionnaire.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung ương

³Bệnh viện Mắt học Y Hà Nội

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Huyền,
Email: huyenmint1302@gmail.com

Mã bài: N687

Ngày nhận bài: 21/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 21/4/2026

Ngày duyệt bài: 25/5/2026