

V. KẾT LUẬN

Lâm sàng trong tổn thương mắt vững C1-C2 rất nghèo nàn và thường không đặc hiệu, cần nghĩ đến có tổn thương C1-C2 khi BN có triệu chứng đau cổ, hạn chế vận động cổ khi có tiền sử chấn thương. Cộng hưởng từ có vai trò giúp chẩn đoán xác định nguyên nhân, mức độ chèn ép tủy và giúp xác định mức độ tổn thương thần kinh, tiên lượng hồi phục sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Goyal N, Bali S, Ahuja K, Chaudhary S, Barik S, Kandwal P.** Posterior Arthrodesis of Atlantoaxial Joint in Congenital Atlantoaxial Instability Under 5 Years of Age: A Systematic Review. *Journal of pediatric neurosciences.* Apr-Jun 2021; 16(2):97-105. doi:10.4103/jpn.JPN_270_20.
2. **Howard S. An.** Anatomy and Surgical Approaches to the spine. *Surgery of spine trauma.* 2000; chapter 1:10-11.
3. **Donal Schreiber.** Spinal cord Injuries. *Emedicine,* <http://www.emedicinemedscape.com/article/793582-overview>. 2009.
4. **Campbell WI, Lewis S.** Visual analogue measurement of pain. *The Ulster medical journal.* Oct 1990; 59(2):149-54.
5. **Alexander R. Vaccaro.** Fractures of the cervical, thoracic and lumbar spine. Marcel Dekker, Inc; 2002.
6. **Finn M.A., Apfelbaum R.I.** Atlantoaxial transarticular screw fixation: update on technique and outcomes in 269 patients. *Neurosurgery.* Mar 2010; 66(3 Suppl):184-92. doi:10.1227/01.NEU.0000365798.53288.A300006123-201003001-00023 [pii]
7. **Trưng HK.** Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật các tổn thương mắt vững của cột sống cổ cao. *Tạp chí Ngoại Khoa Việt Nam.* 2005;1:34 - 38.
8. **Trưng HK.** Nghiên cứu chẩn đoán và phẫu thuật chấn thương cột sống cổ có thương tổn thần kinh tại Bệnh viện Việt Đức. *Luận án tiến sĩ y học - Trường Đại học Y Hà Nội.* 2005.
9. **Đức PM.** Điều trị phẫu thuật bắt vít khối bên C₁ và chân cung C₂ trong gãy máu răng mắt vững. *Tạp chí Y học thực hành.* 2011; 56(779 + 780): 511 - 518.
10. **Takahashi M., Sakamoto Y., Miyawaki M., Bussaka H.** Increased MR signal intensity secondary to chronic cervical cord compression. *Neuroradiology.* 1987;29(6):550-6.

TỒN DƯ KHÚC XẠ SAU PHẪU THUẬT PHACO ĐẶT THỂ THỦY TINH NHÂN TẠO PANOPTIX

Trần Tất Thắng¹, Phan Trọng Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tồn dư khúc xạ sau đặt thể thủy tinh nhân tạo Panoptix. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, tiến cứu trên 35 mắt của bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật Phaco đặt thể thủy tinh nhân tạo Panoptix và đồng ý tham gia nghiên cứu tại Bệnh viện Mắt Nghệ An từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 7 năm 2022. **Kết quả:** Thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật có 19,4% mắt có sự giảm thị lực trên 3 dòng giữa độ tương phản cao và độ tương phản thấp còn lại 80,6% mắt có chênh lệch thị lực từ 3 dòng trở xuống, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Khúc xạ cầu tồn dư sau phẫu thuật nằm trong khoảng $\pm 0,5$ D với 94,4% tại thời điểm sau phẫu thuật 1 tuần, tỷ này tiếp tục tăng lên ở thời điểm 1 tháng và ổn định ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật (97,2%). Sau phẫu thuật 1 tuần, có 58,3% có loạn thị giác mạc nhỏ hơn hoặc bằng 0,5 D, còn lại 41,7% có loạn thị giác mạc từ 0,75 D trở lên. Đến thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng, tỷ lệ loạn thị $\leq 0,5$ D tăng lên trong khi tỷ lệ loạn thị $\geq 0,75$ D lại giảm xuống. Tại mọi thời điểm không có trường hợp nào có

loạn thị giác mạc $\geq 1,75$ D. Công suất cầu và công suất tương đương cầu tại thời điểm 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Công suất trụ thời điểm sau mổ 1 tuần so với thời điểm sau mổ 1 tháng và 3 tháng cũng có sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$; còn thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau mổ sự thay đổi công suất trụ không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật độ loạn thị giác mạc sau phẫu thuật có ảnh hưởng đến thị lực xa chưa chỉnh kính, thị lực trung gian và thị lực gần chưa chỉnh kính ở mức có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và ảnh hưởng tới thị lực xa và thị lực gần sau chỉnh kính tối đa ở mức không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Từ khóa: Ba tiêu cự, Panoptix, Thể thủy tinh nhân tạo, tồn dư khúc xạ.

SUMMARY

REFRACTIVE RESIDUALS AFTER PHACO SURGERY WITH PANOPTIX INTRAOCULAR LENSES

Objectives: Evaluation of Refractive residuals after phaco surgery with Panoptix intraocular lenses. **Subjects and methods:** Prospective correlation study, Thirty-five eyes of the patient had only indications for Phaco surgery to place Panoptix Intraocular lens and agreed to participate in the study, at Nghe An Eye Hospital from July 2021 to July 2022. **Results:** At 3 months after surgery, 19.4% of eyes had a vision loss of more than 3 lines between high

¹Bệnh viện Mắt Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Trần Tất Thắng

Email: thangmatna@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.2.2023

Ngày duyệt bài: 24.2.2023

contrast and low contrast, the remaining 80.6% of eyes had a vision difference of 3 lines or less. The difference was statistically significant with $p < 0.001$. Residual spherical refraction after surgery was within ± 0.5 D with 94.4% at 1 week after surgery, this ratio continued to increase at 1 month and stabilized at 3 months later. surgery (97.2%). After 1 week of surgery, 58.3% had corneal astigmatism less than or equal to 0.5 D, the remaining 41.7% had corneal astigmatism of 0.75 D or more. Up to 1 month after surgery, the rate of astigmatism 0.5 D increased while the rate of astigmatism 0.75 D decreased. At all times, there was no case of corneal astigmatism ≥ 1.75 D. Bridge power and bridge equivalent power at 1 week, 1 month and 3 months after surgery had significant changes. statistical with $p < 0.05$. Cylindrical capacity at 1 week after surgery compared with 1 month and 3 months after surgery also had a significant difference with $p < 0.001$; and at 1 month and 3 months after surgery, the change in cylinder capacity was not statistically significant with $p > 0.05$. At 3 months after surgery, postoperative corneal astigmatism had an effect on uncorrected distal vision, intermediate visual acuity and uncorrected near vision at a statistically significant level with $p < 0, 05$ and affect the distance vision and near vision after maximal glasses correction at the level of no statistical significance with $p > 0.05$

Keywords: Trifocal, Panoptix, Intraocular Lens, Refractive residuals.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chính thị là mục tiêu đặt ra trong hầu hết các trường hợp phẫu thuật đục thủy tinh thể. Tuy nhiên tỷ lệ này chỉ đạt được khoảng 55% trường hợp phẫu thuật ở nhiều quốc gia [1]. Mặc dù có những tiến bộ mới trong phẫu thuật đục thể thủy tinh nhưng kết quả thị lực không đạt yêu cầu do tật khúc xạ tồn dư vẫn có thể xảy ra.

Tật khúc xạ tồn dư là biến chứng thường gặp nhất sau phẫu thuật thể thủy tinh, nguyên nhân có thể do trước phẫu thuật, do phẫu thuật và sau phẫu thuật. Nhiều nghiên cứu cho thấy sau phẫu thuật 1 tháng, tỷ lệ khúc xạ tồn dư $\leq \pm 1$ D cầu tương đương là 64,03% và $\leq \pm 2$ D là 93,85% [2]. Mặc dù nhiều loại Thể thủy tinh nhân tạo đã không ngừng được cải tiến thành 3 tiêu, đa tiêu, tuy nhiên tồn dư khúc xạ vẫn xuất hiện sau phẫu thuật phaco. Kết quả khúc xạ tồn dư sau phẫu thuật đục thể thủy tinh là một tình huống khó chịu và phiền hà cho cả bệnh nhân và phẫu thuật viên. Tại Nghệ An hiện chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này cho nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá tồn dư khúc xạ sau phẫu phaco đặt thể thủy tinh nhân tạo panoptix và một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh trên 18 tuổi đục thể thủy tinh, có chỉ định phẫu

thuật Phaco đặt thể thủy tinh nhân tạo đa tiêu cự và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Bệnh viện Mắt Nghệ An.

Thời gian: Từ tháng 7 năm 2021 đến tháng 7 năm 2022.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn: 35 mắt

2.3.3. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu có mục đích: dựa trên các tiêu chuẩn lựa chọn để chọn mẫu phù hợp.

2.3.4. Phương tiện nghiên cứu. Bảng thị

lực xa (6m), gần (40cm), trung gian (80cm) Snellen. Bảng thử thị lực phối hợp độ nhạy cảm tương phản Colenbrander đánh giá thị lực ở mức tương phản cao (100%) và thấp (10%) ở 80 cm.

Nhãn áp kế Maclakopp;

Máy sinh hiển vi đèn khe;

Máy đo khúc xạ tự động;

Máy đo khúc xạ giác mạc Javal;

Máy đo công suất thủy tinh thể không tiếp xúc IOL Master.

Kính Volk; Bộ câu hỏi.

2.3.5. Biến số nghiên cứu. Độ nhạy tương phản: biến 2 giá trị (cao, thấp)

Khúc xạ cầu sau mổ, 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng; biến 3 giá trị ($< - 0,5D$; $- 0,5D$ đến $+ 0,5D$; $> + 0,5D$)

Độ loạn sau mổ 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng: (0 đến $0,5D$; $0,75D$ đến $1,5D$; $1,75D$ đến $2,5D$)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả về độ nhạy cảm tương phản

Bảng 1. Chênh lệch thị lực ở độ tương phản cao (100%) và tương phản thấp (10%)

Giảm thị lực	≤ 3 dòng	> 3 dòng	Tổng
n	29	7	36
%	80,6	19,4	100

Thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật chúng tôi sử dụng bảng thị lực kết hợp độ nhạy cảm tương phản Colenbrander cho kết quả có 19,4% mắt có sự giảm thị lực trên 3 dòng giữa độ tương phản cao (100%) và độ tương phản thấp (10%) trong điều kiện ánh sáng phòng; còn lại 80,6% mắt có chênh lệch thị lực từ 3 dòng trở xuống, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.2. Khúc xạ sau mổ

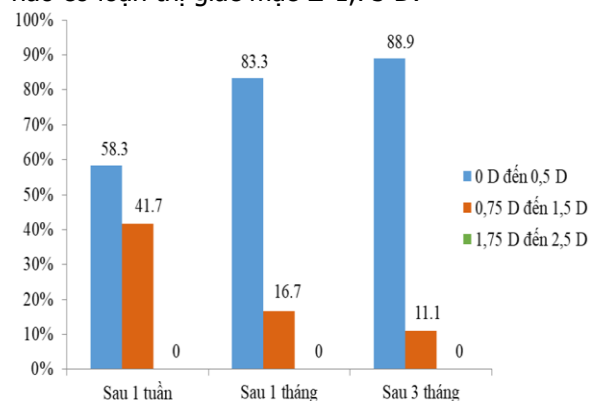
Bảng 2. Khúc xạ cầu sau phẫu thuật

Khúc xạ (điốp)	< - 0,5	- 0,5 → + 0,5	> + 0,5
Sau 1 tuần	1 (2,8%)	34 (94,4%)	1 (2,8%)
Sau 1 tháng	0	35 (97,2%)	1 (2,8%)
Sau 3 tháng	0	35 (97,2%)	1 (2,8%)

Khúc xạ cầu tồn dư sau phẫu thuật của chúng tôi đa số nằm trong khoảng ± 0,5 D tức là mắt chính thị với 94,4% tại thời điểm sau phẫu thuật 1 tuần, tỷ này tiếp tục tăng lên ở thời điểm 1 tháng và ổn định ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật (97,2%).

Sau phẫu thuật 1 tuần, kết quả của chúng tôi có 58,3% có loạn thị giác mạc nhỏ hơn hoặc bằng 0,5 D, còn lại 41,7% có loạn thị giác mạc từ 0,75 D trở lên. Đến thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng, độ loạn thị giác mạc có xu hướng giảm xuống, biểu hiện là tỷ lệ loạn thị ≤ 0,5 D tăng lên trong khi tỷ lệ loạn thị ≥ 0,75 D lại giảm

xuống. Tại mọi thời điểm không có trường hợp nào có loạn thị giác mạc ≥ 1,75 D.



Biểu đồ 1. Độ loạn thị giác mạc các thời điểm sau phẫu thuật

Bảng 3. Công suất cầu, công suất trụ, công suất tương đương cầu trung bình sau mổ 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng

Khúc xạ tồn dư	Công suất cầu $\bar{x} \pm SD$	Công suất trụ $\bar{x} \pm SD$	CSTĐC $\bar{x} \pm SD$
Sau mổ 1 tuần	-0,15 ± 0,35	-0,65 ± 0,26	-0,45 ± 0,40
Sau mổ 1 tháng	-0,08 ± 0,29	-0,39 ± 0,20	-0,27 ± 0,33
Sau mổ 3 tháng	-0,01 ± 0,29	-0,38 ± 0,17	-0,19 ± 0,31
Chênh lệch sau mổ			
1 tuần và 1 tháng	-0,076 ± 0,117 (p < 0,001)	-0,257 ± 0,112 (p < 0,001)	-0,189 ± 0,128 (p < 0,001)
1 tuần và 3 tháng	-0,139 ± 0,139 (p < 0,001)	-0,278 ± 0,144 (p < 0,001)	-0,265 ± 0,173 (p < 0,001)
Chênh lệch sau mổ 1 tháng và 3 tháng	-0,063 ± 0,109 (p = 0,002)	-0,021 ± 0,092 (p = 0,183)	-0,076 ± 0,124 (p = 0,001)

Chúng tôi nhận thấy công suất cầu và công suất tương đương cầu tại thời điểm 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Công suất trụ thời điểm sau mổ 1 tuần so với thời điểm sau mổ 1 tháng và 3 tháng cũng có sự khác biệt có ý nghĩa với p < 0,001; còn thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau mổ sự thay đổi công suất trụ không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

3.3. Ảnh hưởng của độ loạn thị giác mạc sau phẫu thuật tới kết quả phẫu thuật
Bảng 4. Liên quan giữa độ loạn thị giác mạc sau phẫu thuật với kết quả thị lực

Thị lực	Độ loạn thị sau phẫu thuật				
	0 - 0,5	> 0,75	Tổng	p	
TL xa CCK	≥ 20/25	29	0	29	0,001
	20/40 - 20/30	3	3	6	
	Tổng	32	3	35	
TL xa CKTĐ	≥ 20/25	30	3	33	> 0,05
	20/40 - 20/30	2	0	2	
	Tổng	32	3	32	
TLTG CCK	≥ 20/25	30	1	31	0,002
	20/40 - 20/30	1	3	4	
	Tổng	32	3	35	
TLTG CKTĐ	≥ 20/25	30	2	32	0,027
	20/40 - 20/30	2	1	3	
	Tổng	32	3	35	

TL gần CCK	≥ 20/25	3	0	3	0,014
	20/40 - 20/30	28	3	31	
	< 20/40	0	1	1	
	Tổng	31	4	35	
TL gần CKTĐ	≥ 20/25	3	0	3	> 0,05
	20/40 - 20/30	28	4	32	
	< 20/40	0	1	1	
	Tổng	31	4	35	

Tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật chúng tôi thấy độ loạn thị giác mạc sau phẫu thuật có ảnh hưởng đến thị lực xa chưa chỉnh kính, thị lực trung gian và thị lực gần chưa chỉnh kính ở mức có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và ảnh hưởng tới thị lực xa và thị lực gần sau chỉnh kính tối đa ở mức không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả tồn dư khúc xạ

Bảng 5. Kết quả khúc xạ sau phẫu thuật trong các nghiên cứu

Khúc xạ tồn dư	Công suất cầu	Công suất trụ	CSTĐC	
Mojzis P (2014)	1 tháng	-0,12 ± 0,40	-0,33 ± 0,21	-0,28 ± 0,41
	3 tháng	0,00 ± 0,36	-0,23 ± 0,19	-0,14 ± 0,36
Law EM (2013)	1 tháng	0,38 ± 0,28	-0,46 ± 0,24	0,14 ± 0,25
	3 tháng	0,33 ± 0,24	-0,40 ± 0,21	0,11 ± 0,22
P.T.DUNG	1 tháng	-0,08 ± 0,29	-0,39 ± 0,20	-0,27 ± 0,33
	3 tháng	-0,01 ± 0,29	-0,38 ± 0,17	-0,19 ± 0,31

Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả khúc xạ tồn dư trung bình sau phẫu thuật tại các thời điểm đều thấp dưới 0,5 D và có sự thay đổi cả công suất cầu, công suất trụ và công suất tương đương cầu giữa thời điểm 1 tuần và 1 tháng, 3 tháng sau phẫu thuật ($p < 0,05$), sự thay đổi này có thể do quá trình hàn gắn vết mổ, sự ổn định tiền phòng sau mổ cũng như vị trí thể thủy tinh nhân tạo. Các kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Mojzis (2014) và Law Em (2013), tuy nhiên công suất trụ lại cao hơn Mojzis (2014). Nhiều nghiên cứu đều chỉ ra rằng các chỉ số này sẽ ổn định và không thay đổi sau mổ 3 tháng.

4.2. Ảnh hưởng của độ loạn thị giác mạc sau phẫu thuật đến kết quả phẫu thuật

4.2.1. Ảnh hưởng của độ loạn thị giác mạc sau phẫu thuật đến thị lực sau phẫu thuật. Theo nhiều nghiên cứu, thể thủy tinh nhân tạo đa tiêu cự chỉ nên chỉ định cho mắt có độ loạn thị giác mạc dưới 1 điốp để phát huy tối đa hiệu quả của nó, còn với những mắt có độ loạn thị cao hơn đã có các loại thể thủy tinh nhân tạo đa tiêu điều chỉnh loạn thị sẽ cho kết quả tốt hơn [4], [5], [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có tiêu chuẩn lựa chọn là những mắt có loạn thị giác mạc dưới 1 D, cùng với việc sử dụng đường mổ 2,2 mm, loạn thị do phẫu thuật thấp và thời gian ổn định nhanh hơn [7], [8], nên đa số đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có độ loạn thị sau phẫu thuật từ 0,5 D trở xuống (89,5%). Tuy nhiên, chúng tôi thấy độ loạn thị sau phẫu thuật vẫn ảnh hưởng đến kết quả thị

lực xa, thị lực gần chưa chỉnh kính và thị lực trung gian ($p < 0,05$), loạn thị càng cao thì thị lực càng giảm.

4.2.2. Ảnh hưởng của độ loạn thị giác mạc sau phẫu thuật đến độ nhạy cảm tương phản. Chúng tôi thấy ngoài yếu tố tuổi thì độ nhạy cảm tương phản còn bị ảnh hưởng bởi độ loạn thị giác mạc sau phẫu thuật ($p = 0,018$), độ loạn thị giác mạc thấp dưới 0,5 D thì độ nhạy cảm tương phản tốt hơn.

Như vậy, độ loạn thị sau phẫu thuật là một trong những yếu tố quan trọng nhất có ảnh hưởng tới thị lực và độ nhạy cảm tương phản, từ đó ảnh hưởng tới chất lượng thị giác và sự hài lòng của người bệnh khi đặt thể thủy tinh nhân tạo đa tiêu cự, kết quả này cũng phù hợp với kết quả của một số tác giả như De Vries NE và cộng sự (2011), Hayashi K và cộng sự (2010) và Park CY và cộng sự (2011) [03], [9], [10].

V. KẾT LUẬN

Thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật có 19,4% mắt có sự giảm thị lực trên 3 dòng giữa độ tương phản cao (100%) và độ tương phản thấp (10%) còn lại 80,6% mắt có chênh lệch thị lực từ 3 dòng trở xuống, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Khúc xạ cầu tồn dư sau phẫu thuật nằm trong khoảng ± 0,5 D tức là mắt chính thị với 94,4% tại thời điểm sau phẫu thuật 1 tuần, tỷ này tiếp tục tăng lên ở thời điểm 1 tháng và ổn định ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật (97,2%).

Sau phẫu thuật 1 tuần, có 58,3% có loạn thị giác mạc nhỏ hơn hoặc bằng 0,5 D, còn lại 41,7% có loạn thị giác mạc từ 0,75 D trở lên. Đến thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng, độ loạn thị giác mạc có xu hướng giảm xuống, biểu hiện là tỷ lệ loạn thị $\leq 0,5$ D tăng lên trong khi tỷ lệ loạn thị $\geq 0,75$ D lại giảm xuống. Tại mọi thời điểm không có trường hợp nào có loạn thị giác mạc $\geq 1,75$ D.

Công suất cầu và công suất tương đương cầu tại thời điểm 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Công suất trụ thời điểm sau mổ 1 tuần so với thời điểm sau mổ 1 tháng và 3 tháng cũng có sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$; còn thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau mổ sự thay đổi công suất trụ không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật độ loạn thị giác mạc sau phẫu thuật có ảnh hưởng đến thị lực xa chưa chỉnh kính, thị lực trung gian và thị lực gần chưa chỉnh kính ở mức có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và ảnh hưởng tới thị lực xa và thị lực gần sau chỉnh kính tối đa ở mức không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization** (2010), Prevention of Blindness and Visual Impairment, tại trang web <http://www.who.int/entity/blindness/en/>, truy cập ngày 20/7/2014.

2. **Park CY, Chuck RS** (2011). Residual refractive error and visual outcome after cataract surgery using spherical versus Aspheric IOLs. *Ophthalmic Surg Laser Imaging*, 42(1), 37-43.
3. **Levitz L, Reich J, Roberts K et al** (2015). Evaluation of Toric Intraocular Lenses in Patients With Low Degrees of Astigmatism. *Asia Pac J Ophthalmol (Phila)*, 4(5), 245-9.
4. **Visser N, Nuijts RM, de Vries NE et al** (2011). Visual outcomes and patient satisfaction after cataract surgery with toric multifocal intraocular lens implantation. *J Cataract Refract Surg*, 37(11), 2034-42.
5. **Gangwani V, Hirschschall N, Findl O et al** (2014). Multifocal toric intraocular lenses versus multifocal intraocular lenses combined with peripheral corneal relaxing incisions to correct moderate astigmatism. *J Cataract Refract Surg*, 40(10), 1625-32.
6. **Kretz FT, Bastelica A, Carreras H et al** (2015). Clinical outcomes and surgeon assessment after implantation of a new diffractive multifocal toric intraocular lens. *Br J Ophthalmol*, 99(3), 405-11.
7. **Musanovic Z, Jusufovic V, Halibasic M et al** (2012). Corneal astigmatism after micro-incision cataract operation. *Med Arh*, 66(2), 125-8.
8. **Wang J, Zhang EK, Fan WY et al** (2009). The effect of micro-incision and small-incision coaxial phaco-emulsification on corneal astigmatism. *Clin Experiment Ophthalmol*, 37(7), 664-9.
9. **De Vries NE, Webers CA, Touwslager WR et al** (2011). Dissatisfaction after implantation of multifocal intraocular lenses, *J Cataract Refract Surg*, 37(5), 859-65.
10. **Hayashi K, Manabe S, Yoshida M et al** (2010). Effect of astigmatism on visual acuity in eyes with a diffractive multifocal intraocular lens. *J Cataract Refract Surg*, 36(8), 1323-9.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA MỨC ĐỘ XƠ HOÁ GAN VỚI KIỂU GEN HBV Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

Hồ Tấn Phát¹, Nguyễn Đức Duy¹, Hoàng Văn Thịnh¹,
Nguyễn Đình Song Huy¹, Phạm Hùng Vân^{3,4}, Nguyễn Tiến Thịnh²

TÓM TẮT

Giới thiệu: Tác động của nhiễm vi rút viêm gan B (HBV) đến tình trạng tổn thương gan trong các nghiên cứu trước đây cho thấy những bệnh nhân nhiễm HBV kiểu gen C có nguy cơ xơ hoá gan và diễn tiến tới xơ gan, ung thư gan cao hơn so với kiểu gen

B. Mục tiêu: Khảo sát mối liên hệ giữa mức độ xơ hoá gan với kiểu gen HBV ở bệnh nhân HCC nhiễm HBV mạn tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 107 bệnh nhân nhiễm HBV kiểu gen B và C được chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan (HCC) bằng mô bệnh học sau phẫu thuật cắt khối u gan tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 10/2018-04/2019. Mức độ xơ hoá gan được phân loại theo HAI hiệu chỉnh (Modified Histologic Activity Index) của Ishak. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $51,4 \pm 11,4$. Tỷ lệ nam/nữ = 7,2/1. Tỷ lệ bệnh nhân HCC ở hai nhóm không xơ gan và xơ gan là 35,5% và 64,5%. Bệnh nhân HCC nhiễm HBV kiểu gen C có tỷ lệ xơ gan cao hơn so với kiểu gen B (80% và 53,2%, $p=0,005$). Bệnh nhân có HBeAg dương tính sẽ có tỷ lệ xơ gan cao hơn (87,1% và 55,3%, $p=0,002$) nhưng lại có độ tuổi trung bình

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Bệnh viện TWQĐ 108

³Đại học Y Khoa Phan Châu Trinh

⁴Nam Khoa Biotech

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Tấn Phát

Email: bsphatbvc@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.2.2023

Ngày duyệt bài: 7.3.2023