SỞ Y TẾ THÁI BÌNH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐÔNG HƯNG

ĐỀ TÀI

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHẪU THUẬT PHACO ĐIỀU TRỊ ĐỤC THỦY TINH THỂ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐÔNG HƯNG NĂM 2020

Nhóm nghiên cứu: **Nguyễn Bá Trọng – Khoa Mắt**
Nguyễn Thị Hường – Phòng QLCL

THÁI BÌNH – NĂM 2020

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

ĐNT	: Đếm ngón tay
TTT	: Thể thủy tinh
ST	: Sáng tối
WHO	: Tổ chức Y tế thế giới
ĐTTT	: Đục thể thủy tinh
ĐTĐ	: Đái tháo đường
THA	: Tăng huyết áp
IOL	: Intraocular lens Nhân thủy tinh thể

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ 1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU 3
1.1. Tổng quan về bệnh đục thể thủy tinh 3
1.1.1. Sơ lược giải phẫu thể thuỷ tinh. 3
1.1.2. Định nghĩa và dịch tế học đục thể thủy tinh 4
1.1.3. Nguyên nhân đục thể thủy tinh 5
1.1.4. Phân loại đục thể thủy tinh 6
1.1.5. Đặc điểm của bệnh đục Thể thủy tinh tuổi già 7
1.1.6. Triệu chứng cơ năng của đục thể thủy tinh 8
1.1.7. Điều trị đục thể thủy tinh 8
1.2. Phẫu thuật PHACO trên đục TTT 8
1.2.1. Nguyên tắc chung 9
1.2.2. Chỉ định và chống chỉ định 9
1.2.3. Phương tiện 10
1.2.4. Các bước thực hiện kỹ thuật 10
1.2.5. Biến chứng sau phẫu thuật PHACO 11
1.2.6. Lịch khám lại sau Phẫu thuật PHACO 12
1.3. Tình hình NC PT Phaco điều trị đục TTT ở Việt nam và trên Thế Giới 12
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU 15
2.1. Đối tượng nghiên cứu 15
2.2. Địa điểm nghiên cứu 15
2.3. Thời gian nghiên cứu 15
2.4. Phương pháp nghiên cứu 15
2.5 Biến số và chỉ số nghiên cứu 15
2.6. Tiêu chuẩn phẫu thuật thành công 16
2.7. Kỹ thuật thu thập thông tin 16
2.8. Phân tích số liệu 16

2.9. Đạo đức nghiên cứu 16
Chương 3: DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU 17
3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu 17
3.2. Thị lực trước phẫu thuật 19
3.3. Kết quả phẫu thuật 20
Chương 4: BÀN LUẬN 22
KẾT LUẬN 23
TÀI LIỆU THAM KHẢO 25
PHỤ LỤC 27

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1: Thông tin chung của bệnh nhân theo giới tín và nhóm tuổi……17

Bảng 3.2: Phân loại bệnh nhân theo hình thái đục của Thể thủy tinh…… .17

Bảng 3.3: Đặc điểm độ cứng của nhân trước phẫu thuật……18

Bảng 3.4: Các bệnh toàn thân và mắt phối hợp……18

Bảng 3.5: Thời điểm người bệnh từ khi có dấu hiệu nhìn mờ đến khi thực hiện phẫu thuật với kết quả đo thị lực sau mổ…… ……19

Bảng 3.6: Thi lực bệnh nhân trước phẫu thuật…… 19

Bảng 3.7: Kết quả thị lực sau phẫu thuật…….... 20

Bảng 3.8: Biến chứng sau phẫu thuật…….. 21

DANH MỤC HÌNH

Hình 1: Thiết đồ cắt ngang nhãn cầu 3
Hình 2: Cấu trúc thể thủy tinh..... 4

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam cũng như trên toàn Thế giới, bệnh đục thể thủy tinh (TTT) tuổi già là một trong những nguyên nhân gây mù hàng đầu làm ảnh hưởng tới sinh hoạt, làm việc và chất lượng cuộc sống.

Việt Nam hiện có khoảng hai triệu người mù và thị lực kém. Hơn 80% tỷ lệ người mù ở Việt Nam có thể phòng, chữa được. Các nguyên nhân gây mù chính hiện nay qua điều tra cho thấy đục thể thủy tinh vẫn là nguyên nhân chủ yếu (chiếm 74%), tiếp đó là các bệnh lý đáy mắt, bệnh glôcôm, tật khúc xạ. Trong năm 2015, số lượng người mù 2 mắt do đục thủy tinh thể chỉ giảm nhẹ trong khi số người có thị lực cả 2 mắt kém do đục thủy tinh thể tăng lên gấp đôi [4]

Phẫu thuật Phaco điều trị đục thể thủy tinh đã trở nên phổ biến trên toàn thế giới với việc tán nhuyễn và lấy thể thủy tinh ngoài bao bằng siêu âm qua đường mổ nhỏ, thị lực phục hồi nhanh và hậu phẫu đơn giản hơn so với các phương pháp khác. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước cũng đề cập đến nhiều biến chứng có thể xảy ra trong và sau quá trình phẫu thuật như rách bao sau, phù giác mạc, lệch TTT nhân tạo,…có thể gây ảnh hưởng tới chức năng thị giác của bệnh nhân đòi hỏi phải có các biện pháp phòng tránh, phát hiện và điều trị kịp thời.

Tại Việt nam, thực tế tại một số địa phương tỷ lệ cải thiện thị lực sau phẫu thuật đạt tỷ lệ chưa cao. Như tại Bắc Ninh, tỷ lệ đạt kết quả tốt sau phẫu thuật đục thể thủy tinh chỉ đạt 41%, tiếp đến là Quảng Ngãi (72%). Nguyên nhân của tình trạng này phần lớn là do tâm lý ngại phẫu thuật, thấy không cần thiết phải phẫu thuật nên người bệnh trì hoãn và khi đến viện thì đã ở giai đoạn rất muộn. Trong khi đó, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) khuyến nghị tỷ lệ thị lực hồi phục tốt sau mổ phải đạt từ 80% trở lên [4]

Tại bệnh viện đa khoa Đông Hưng, Phẫu thuật Phaco được thực hiện từ tháng 5 năm 2019 với hình thức phối hợp chuyển giao kỹ thuật với bệnh viện Mắt Thái Bình. Để nâng cao chất lượng điều trị, cải thiện thị lực sau phẫu thuật tại bệnh

viện chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **"Đánh giá hiệu quả phẫu thuật Phaco điều trị đục thủy tinh thể tại bệnh viện đa khoa Đông Hưng năm 2020"** với mục tiêu:

1. Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật bằng phương pháp Phaco trên bệnh nhân đục Thể thủy tinh tại Bệnh viện đa khoa Đông Hưg năm 2020
2. Xác định thời điểm chỉ định mổ đục thể thủy tinh tốt nhất để đạt thi lực tối đa.

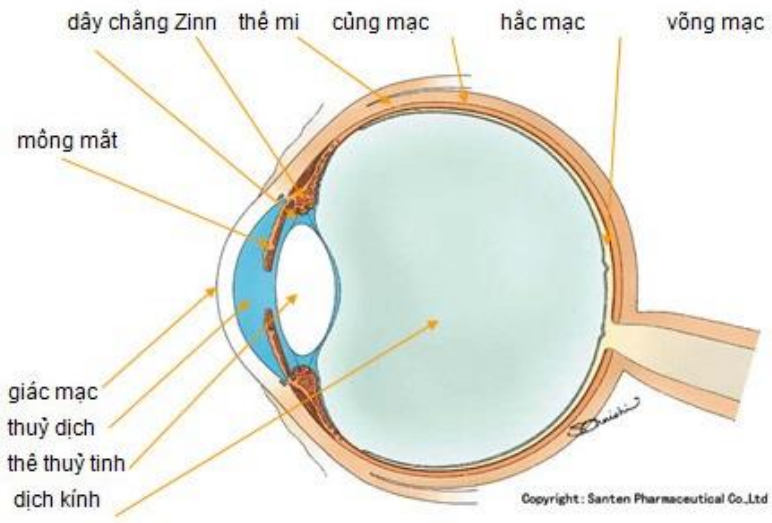
Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Tổng quan về bệnh đục thể thủy tinh

1.1.1. Sơ lược giải phẫu thể thuỷ tinh.

Thể thuỷ tinh (TTT) là thấu kính 2 mặt lồi, trong suốt, có độ hội tụ khoảng 20D (khi không điều tiết). Trong nhãn cầu, TTT nằm phía sau của mống mắt và nằm trước dịch kính (hình 1). Mặt trước và xích đạo của TTT tiếp xúc trực tiếp với thuỷ dịch, mặt sau liên kết với màng dịch kính trước bởi dây chằng Wierger. TTT được treo vào thể mi bởi hệ thống dây chằng Zinn, các dây chằng này sắp xếp hình nan hoa, xuất phát từ nếp thể mi đến bám vào xích đạo, bao trước và bao sau. Người già dây chằng Zinn trở nên lỏng lẻo, các sợi vùng xích đạo tiêu đi làm cho lớp trước và lớp sau trở nên cách biệt. TTT phát triển liên tục trong suốt cuộc đời, khi mới sinh có đường kính 6,4mm, chiều dày 3,5mm và nặng khoảng 90mg. Ở người trưởng thành, TTT có đường kính khoảng 9mm, chiều dày ở trung tâm là

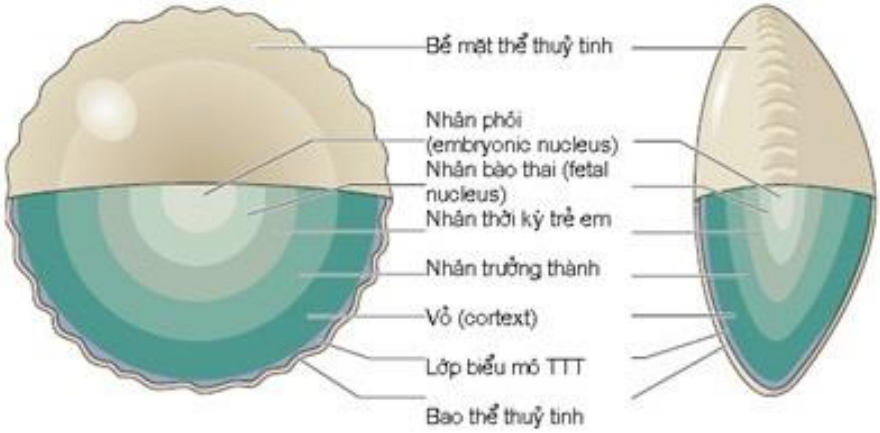


5mm và nặng khoảng 255mg.

Hình 1: Thiết đồ cắt ngang nhãn cầu

Cấu trúc TTT gồm có bao, biểu mô dưới bao, vỏ và nhân thể thuỷ tinh. Các tế bào biểu mô TTT nằm sau bao trước chuyển hoá rất tích cực, sản sinh ra các tế bào

TTT mới. Các tế bào này biệt hoá dần, dài ra, mất các bào quan tạo thành các sợi TTT. Các sợi này bị dồn ép, tập trung về phía trung tâm TTT, sợi càng cũ thì càng gần trung tâm. Sợi cũ nhất được sinh ra ở thời kỳ phôi thai tồn tại ở trung tâm TTT tạo thành nhân bào thai (fetal nucleus), sợi được sinh ra thời niên thiếu và trưởng thành tạo



thành nhân thời trẻ em (infantile nucleus) và nhân trưởng thành (adult nucleus). Các sợi TTT mới được sinh ra ở lớp ngoài cùng tạo nên lớp vỏ (cortex).

Hình 2: Cấu trúc thể thủy tinh

1.1.2. Định nghĩa và dịch tế học đục thể thủy tinh

Thể thủy tinh là một thấu kính trong suốt hai mặt lồi trong nhãn cầu, chức năng của TTT là tham gia vào quá trình điều tiết và hội tụ các tia sáng trên võng mạc, giúp mắt nhìn rõ vật.

Bệnh ĐTTT là hiện tượng mờ đục của TTT, cản trở không cho các tia sáng đi qua, làm cho thị lực người bệnh suy giảm dẫn đến mù lòa.

ĐTTT là nguyên nhân gây mù hàng đầu trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Ở Mỹ tỷ lệ ĐTTT là 50% ở nhóm người từ 65 - 74 tuổi, tăng dần tới 70% ở những người trên 75 tuổi. Ở Việt Nam, theo kết quả điều tra quốc gia các bệnh lý mắt gây mù ở người trên 50 tuổi (RAAB) năm 2015, nguyên nhân gây mù do ĐTTT chiếm 74%, số mắt bị ĐTTT với thị lực < ĐNT 3m cần phẫu thuật là 900.000 ca (người bệnh), số mắt ĐTTT có thị lực < 20/200 cần phải phẫu thuật khoảng 1.500.000 ca.

Như vậy số ĐTTT gây giảm thị lực cần phẫu thuật còn tồn đọng tại thời điểm 2015 khoảng 2.400.000 ca.

Hiện nay mỗi năm cả nước phẫu thuật được khoảng 300.000 - 350.000 ca ĐTTT. Như vậy số ca bệnh ĐTTT còn tồn đọng là khá lớn (chưa kể số bệnh nhân mắc mới phát sinh hàng năm). Do đó trong những năm tới, bên cạnh việc nâng cao chất lượng phẫu thuật ĐTTT, Việt Nam cần phải tăng nhanh số lượng người bệnh được phẫu thuật mới có thể đạt được các mục tiêu phòng chống mù lòa theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới.

1.1.3. Nguyên nhân đục thể thủy tinh

ĐTTT tuổi già do quá trình lão hóa TTT là nguyên nhân chính.

ĐTTT liên quan đến các bệnh tại mắt: cận thị, chấn thương, viêm màng bồ đào, sau phẫu thuật glocom, sau phẫu thuật nội nhãn...

ĐTTT liên quan đến các bệnh toàn thân: đái tháo đường (ĐTĐ), tăng huyết áp (THA), các bệnh lý có hội chứng giả bong bao, sử dụng corticosteroid lâu ngày...

Ngoài ra còn gặp ĐTTT bẩm sinh ở trẻ em do các bệnh lý trong quá trình mang thai hoặc yếu tố di truyền.

Các yếu tố nguyên nhân ảnh hưởng tới lựa chọn phương pháp điều trị và tiên lượng bệnh:

+ ĐTĐ: có thể gây ĐTTT thể dưới vỏ kèm theo bệnh võng mạc ĐTĐ giai đoạn tiến triển. Cần tiên lượng và phối hợp điều trị/theo dõi biến chứng võng mạc khi phẫu thuật.

+ THA: có thể ảnh hưởng đến quá trình phẫu thuật do biến chứng của THA chưa được kiểm soát; bệnh võng mạc THA/tắc tĩnh mạch/động mạch võng mạc có thể ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật.

+ Béo phì, bệnh lý hô hấp, tim mạch: có thể gây cản trở phẫu thuật do các bệnh lý tim mạch (tai biến não/tim; dùng thuốc chống đông…) cần chú ý và có thể chọn phương pháp vô cảm phù hợp.

+ Các rối loạn tâm thần và nghiện rượu, khó hợp tác: nên cân nhắc lựa chọn

phương pháp vô cảm, có thể gây mê để phẫu thuật và xem xét phẫu thuật đồng thời cả 2 mắt.

+ Một số bệnh mạn tính cần dùng thuốc điều trị như nhóm corticoid lâu dài có thể gây ĐTTT.

+ Người bệnh điều trị lao có thể ngộ độc thị thần kinh do Ethambutol, dẫn tới kết quả thị lực sau phẫu thuật ĐTTT hạn chế.

+ ĐTTT sau chấn thương ngày càng gặp nhiều hơn và đặt ra những vấn đề về kỹ thuật do những tổn thương phối hợp.

1.1.4. Phân loại đục thể thủy tinh

Có nhiều cách phân loại ĐTTT, mỗi cách dựa vào tiêu chí đánh giá khác nhau, tùy theo từng mục đích cụ thể.

1.1.4.1. Phân loại ĐTTT theo hình thái đục (Theo Tổ chức Y tế Thế giới)

Phân loại dựa vào tiến triển của đục, độ cứng màu sắc của nhân, vị trí đục,..Theo cách phân loại này giúp cho việc chỉ định và xác định kỹ thuật phẫu thuật thích hợp và tiên lượng kết quả phẫu thuật. cụ thể gồm 3 loại:

Đục nhân TTT (nuclear cataract): là tình trạng đục vùng trung tâm của TTT, nhân trung tâm chuyển sang màu vàng, rồi vàng nâu, nâu, nâu đen. Mức độ xơ cứng và màu sắc của nhân trung tâm được đánh giá trên sinh hiển vi đèn khe và màu sắc của ánh đồng tử. Hình thái đục này thường tiến triển chậm, giảm thị lực dần dần. Giai đoạn sớm do sự tăng chiết xuất của TTT làm mắt chuyển thành cận thị, giai đoạn muộn mắt nhìn mờ cả xa lẫn gần. Đục nhân TTT thường có độ cứng cao, không tương xứng với mức độ thị lực.

Đục vỏ TTT (cortical cataract): còn gọi là đục hình chêm, do lớp vỏ bị đục. Có thể đục vỏ sau hoặc vỏ trước, tuỳ vị trí đục mà ảnh hưởng đến chức năng thị giác ở mức độ khác nhau. Tuy vậy đục vỏ dễ tiến triển nhanh, gây giảm thị lực sớm vì vậy khi phẫu thuật độ cứng của TTT thường không cao.

Đục dưới bao sau (posterior subcapsular cataract): thường gặp ở người trẻ hơn so với bệnh nhân đục các hình thái khác. Đục khu trú ngay ở lớp vỏ dưới bao

sau, đúng trục thị giác nên bệnh nhân có cảm giác chói khi ra ánh sáng, thị lực giảm nhiều không tương xứng với mức độ đục.

1.1.4.2. Phân loại ĐTTT theo độ cứng của nhân (Luicio-Burrato)

Phân loại ĐTTT theo độ cứng của nhân giúp tiên lượng cuộc phẫu thuật và có phương án chuẩn bị phù hợp. Căn cứ vào việc khám trên sinh hiển vi, màu sắc của nhân và ánh đồng tử, Buratto (1998) chia ra 5 mức độ:

- Độ I: nhân mềm, còn trong hoặc xám nhạt, đục vỏ hoặc dưới bao.
- Độ II: nhân mềm vừa phải, có màu xám hay vàng nhẹ, đục dưới bao sau.
- Độ III: nhân cứng trung bình, đục nhân màu vàng hổ phách, hoặc đục nhân dưới bao sau.
- Độ IV: nhân cứng, đục nhân màu nâu vàng hổ phách.
- Độ V: nhân quá cứng, màu nâu đen.

1.1.5. Đặc điểm của bệnh đục Thể thủy tinh tuổi già

Theo kết quả, điều tra nhanh (RAAB) tiến hành năm 2007 ở Việt Nam, mù do đục TTT chiếm 66,1% các nguyên nhân gây mù. Trong số bệnh nhân đục TTT thì đục TTT tuổi già chiếm đa số. Tuy nhiên cho tới nay, bệnh sinh của đục TTT do tuổi già vẫn chưa được hiểu biết một cách đầy đủ. Trong một số nghiên cứu tiến hành tại Mỹ, tỉ lệ đục TTT là 50% ở nhóm người từ 65 đến 74 tuổi và là 70% ở nhóm người trên 75 tuổi. Đục TTT do tuổi già có 3 hình thái chính: Đục nhân, đục vỏ và đục dưới bao sau. Khi tất cả các thành phần của TTT đều bị mờ đục sẽ đưa đến tình trạng đục TTT hoàn toàn hay đục chín. Ở hình thái đục thể thủy tinh người già thì hiện tượng oxi hóa khử có vai trò quan trọng nhất, khả năng hoạt động và độ tập trung của các phân tử glutathion giảm dần theo tuổi khiến hoạt động gây oxi hóa khử tăng lên làm biến đổi các protein và làm chết các tế bào biểu mô dẫn tới đục thể thủy tinh [2].

Các hình thái đục TTT tuổi già: có ba hình thái chính của đục TTT tuổi già [2].

+ Đục nhân TTT: nhân TTT xơ cứng và có màu vàng ở một mức độ nhất định được coi là sinh lý bình thường ở người già và tình trạng này ảnh hưởng không đáng kể đến chức năng thị giác. Sự xơ cứng và chuyển sang màu vàng quá mức sẽ gây ra đục ở vùng trung tâm và được coi là đục nhân TTT.

+ Đục vỏ TTT: còn được gọi là đục hình chêm thường xảy ra ở cả 2 mắt và không cân xứng trên kính hiển vi, các vết đục được thể hiện bằng những vết đục màu trắng. Khi khám bằng kỹ thuật phản chiếu ánh sáng các vết đục thể hiện bằng những vùng tối.

+ Đục TTT dưới bao sau: vùng đục thường khu trú ở lớp vỏ sau và gần trục thị giác, hình thái này thường xảy ra ở những bệnh nhân trẻ tuổi hơn so với những bệnh nhân bị đục nhân và đục vỏ TTT.

1.1.6. Triệu chứng cơ năng của đục thể thủy tinh

Có thể gặp một hoặc/và nhiều triệu chứng sau:

- Nhìn mờ: là triệu chứng chính, lúc đầu nhìn xa mờ nhưng nhìn gần vẫn rõ, về sau nhìn xa và nhìn gần đều mờ, cuối cùng là mù.

- Chói mắt: khi ra ánh sáng mặt trời, ánh đèn ban đêm. Nhìn trong râm thấy rõ hơn.

- Nhìn một vật thành hai hoặc thấy nhiều hình.

- Người bệnh thường xuyên phải thay đổi độ kính, do TTT đục và tăng kích

1.1.7. Điều trị đục thể thủy tinh

Điều trị bằng thuốc: Cho đến nay, không có loại thuốc nào được chứng minh có thể làm chậm lại, phòng ngừa hoặc chữa được đục thể thuỷ tinh.

Điều trị bằng phẫu thuật: Khi ĐTTT ảnh hưởng đến chức năng thị giác, gây khó khăn trong công tác, sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân. Ngoài ra còn có những chỉ định khác như: ĐTTT đã hoặc có thể gây biến chứng; ĐTTT cản trở theo dõi và điều trị bệnh lý dịch kính, võng mạc, glocom…

1.2. Phẫu thuật PHACO trên đục TTT

Là phương pháp sử dụng năng lượng siêu âm từ máy phaco để cắt nhuyễn

TTT và hút ra ngoài qua đường phẫu thuật nhỏ. Có 5 kỹ thuật phaco cơ bản, và nhiều kỹ thuật cải biên khác.

- Đối với ĐTTT nhân mềm: Sử dụng kỹ thuật Flip, Chip and Flip.

- Đối với ĐTTT nhân cứng: Sử dụng kỹ thuật Divide and Conquer, Chop, Stop and Chop.

Tùy theo độ cứng của nhân, kinh nghiệm và thói quen mà phẫu thuật viên lựa chọn kỹ thuật phù hợp trong từng trường hợp. Ưu điểm của phương pháp phaco: vết phẫu thuật nhỏ, phục hồi thị lực nhanh, ít loạn thị, người bệnh có thể ra viện sớm. Tuy nhiên cũng có những hạn chế: Với ĐTTT nhân quá cứng, tiên lượng phẫu thuật bằng phaco rất dè dặt, do phẫu thuật kéo dài, năng lượng phaco cao, có thể gây rách bao sau trong khi phẫu thuật hoặc phù, loạn dưỡng giác mạc sau phẫu thuật. Đòi hỏi phẫu thuật viên được đào tạo (có chứng chỉ phẫu thuật phaco), phải có đầy đủ trang thiết bị và dụng cụ phẫu thuật.

1.2.1. Nguyên tắc chung

Phẫu thuật tán nhuyễn TTT đục là kỹ thuật sử dụng máy phaco tạo ra hoạt động rung ở tần số siêu âm. Chính quá trình rung tại đầu phaco (phaco tip) sẽ phá vỡ nhân TTT thành dạng nhũ tương và được hút ra ngoài.

1.2.2. Chỉ định và chống chỉ định

- Chỉ định: Tất cả các trường hợp ĐTTT với giác mạc đủ độ trong suốt để quan sát được tiền phòng. Thận trọng khi chỉ định đối với mắt đã có sẵn tổn hại nội mô giác mạc.

- Chống chỉ định:

- Các trường hợp đang viêm nhiễm tại mắt.

- Tình trạng toàn thân chưa cho phép phẫu thuật. Thận trọng trong các trường hợp

- ĐTTT tiêu, ĐTTT dạng màng, xơ.

- Đục lệch TTT.

- ĐTTT nhân nâu đen.

1.2.3. Phương tiện

- Kính hiển vi phẫu thuật đồng trục.
- Máy phaco và vật tư tiêu hao đi kèm.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật phaco.
- TTT nhân tạo, chất nhầy.
- Thuốc tiêm tê tại mắt, thuốc tê bề mặt, kháng sinh và corticosteroid.
- Thuốc mê và phương tiện gây mê (nếu có chỉ định gây mê).
- Thuốc giãn đồng tử, thuốc hạ nhãn áp, thuốc nhuộm bao…

1.2.4. Các bước thực hiện kỹ thuật

a. ***Vô cảm***

- Gây tê tại chỗ: đối với người lớn, người bệnh hợp tác tốt.
- Gây mê: đối với trẻ em và những trường hợp có chỉ định

b. Kỹ thuật

- Bộc lộ nhãn cầu, cố định cơ trực (nếu cần).
- Tạo đường hầm vào tiền phòng: hiện có 3 cách:

+ Tạo đường hầm từ vùng rìa: đường rạch song song với vùng rìa, cách vùng rìa khoảng 1,5 mm về phía củng mạc. Dùng dao tạo đường hầm đi vào phía giác mạc, quá vùng rìa khoảng 1mm thì chọc vào tiền phòng.

+ Tạo đường hầm từ củng mạc: đường rạch cách vùng rìa 2-2,5mm về phía củng mạc. Đường hầm cũng đi quá vùng rìa giác mạc 1mm thì vào tiền phòng.

+ Tạo đường hầm từ giác mạc: dùng dao phẫu thuật phaco đi trực tiếp tại vùng giác mạc trong ở rìa. Đường hầm trong giác mạc dài khoảng 2-2,5mm.

+ Kích thước đường rạch tùy theo loại đầu tip phaco để sử dụng các loại dao tương ứng

- Bơm dịch nhầy vào tiền phòng.
- Mở đường phẫu thuật phụ bằng dao 15 độ (thường vuông góc với đường rạch chính).
- Xé bao TTT: có thể xé bao bằng kim hoặc bằng kẹp phẫu tích xé bao. Đường kính xé bao từ 5,5-6mm. Trong những trường hợp khó nhìn thấy bao trước

thì trước khi xé bao có thể phải nhuộm bao để nhìn rõ hơn.

- Tách nhân TTT bằng nước cho đến khi xoay khối nhân được dễ dàng.
- Dùng đầu phaco để tán nhuyễn nhân TTT. Các kỹ thuật thông dụng:
    + Kỹ thuật cắt nhân thành 4 mảnh (Divide and conquer).
    + Kỹ thuật bổ nhân (Phaco chop).
    + Kỹ thuật giữ và bổ nhân (Stop and chop).
- Dùng đầu hút hút sạch chất nhân.
- Bơm dịch nhầy, sau đó đặt TTT nhân tạo vào trong túi bao
- Rửa sạch chất nhầy và tái tạo tiền phòng
- Kiểm tra độ kín mép phẫu thuật, có thể khâu mép mổ bằng chỉ 10-0 nếu cần
- Kháng sinh và kháng viêm tại chỗ sau phẫu thuật
- Băng mắt.

1.2.5. Biến chứng sau phẫu thuật PHACO

Tuy biến chứng ít xảy ra và thường ít nghiêm trọng. Nhưng vẫn có nguy cơ xuất hiện những biến chứng bao gồm:

- Xuất huyết tiền phòng: Xuất huyết tiền phòng sau mổ bắt nguồn từ vết mổ hoặc mống mắt, thường nhẹ và tự tiêu đi sau một vài ngày. Máu có thể chậm tiêu hơn nếu lẫn trong dịch kính. Trong trường hợp này cần cho bệnh nhân hạn chế vận động, uống nhiều nước và dùng các thuốc chống viêm, tiêu huyết.

- Phù giác mạc: Ở một vài ngày đầu sau mổ, có thể có viêm khía giác mạc do chấn thương của phẫu thuật gây ra. Dấu hiệu này thường mất đi rất nhanh bằng tra thuốc chống viêm tại mắt.

- Viêm màng bồ đào:

+ Viêm màng bồ đào sớm sau mổ: xuất hiện sớm ngay sau mổ 1 ngày. Phản ứng viêm thường không có triệu chứng.

+ Viêm màng bồ đào muộn hơn: xuất hiện từ một vài ngày, vài tuần, vài tháng với những biểu hiện cương tụ rìa, tủa sau giác mạc, tyndall tiền phòng, xuất tiết diện đồng tử, dính mống mắt vào mặt trước IOL...

- ***Tăng nhãn áp:*** Sau phẫu thuật, bệnh nhân có thể bị tăng nhãn áp do áp suất của thủy dịch trong mắt tăng cao một cách bất thường. Áp lực do tăng nhãn áp gây ra sức đè nén lên võng mạc và dây thần kinh thị giác. Nếu không được xử lý kịp thời, rối loạn này có thể khiến người bệnh bị tổn thương dây thần kinh thị giác, gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến thị lực hoặc bị mù hoàn toàn.

- ***Biến chứng cơ học của IOL:*** Đánh giá tình trạng cân hay lệch của thể thủy tinh nhân tạo sau phẫu thuật.

1.2.6. Lịch khám lại sau Phẫu thuật PHACO

Thông thường có 3 thời điểm cần khám lại bệnh nhân sau phẫu thuật là: 1 ngày, 1 tuần và 1 tháng. Đối với những trường hợp có diễn biến bất thường, tái khám theo chỉ định của bác sỹ.

1 ngày: kiểm tra các biến chứng sớm sau phẫu thuật như vết phẫu thuật, tình trạng giác mạc, tình trạng IOL, phản ứng viêm ở tiền phòng. Đặc biệt lưu ý kiểm tra nhãn áp vì đây là biến chứng tương đối hay gặp (nhãn áp có thể cao do nhiều nguyên nhân hoặc thấp do hở mép phẫu thuật).

1 tuần: kiểm tra thị lực, nhãn áp, kiểm tra biến chứng sau phẫu thuật. Cần lưu ý rằng nhiễm trùng nội nhãn thường xuất hiện ở giai đoạn trong vòng 1 tuần sau phẫu thuật và người bệnh cần khám lại cấp cứu nếu thấy đỏ mắt, đau nhức, ra dử/ghèn màu vàng hoặc giảm thị lực.

1 tháng: đánh giá tình trạng khúc xạ sau phẫu thuật.

1.3. Tình hình nghiên cứu phẫu thuật Phaco điều trị đục TTT ở Việt nam và trên Thế Giới

Về tổng thể phẫu thuật Phaco là phẫu thuật không đau, không chảy máu, với vết mổ rất nhỏ không cần khâu, ít bị loạn thị sau mổ, nên phục hồi nhanh, bệnh nhân có thể nhìn thấy ngay trong những ngày đầu sau mổ, thị lực sau mổ có thể đạt 10/10, an toàn nhất, giảm tối đa những biến chứng trong và sau mổ, mang lại sự hài lòng cho người bệnh.

Năm 2002 Nguyễn Quốc Toản, Trần Thị Phương Thu đã tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật tán nhuyễn TTT trên bệnh nhân đục TTT nhân cứng và trong 50 bệnh nhân được nghiên cứu với kỹ thuật "Phaco chop", kết quả thị lực sau mổ 3-7 ngày trên 5/10 đạt tỷ lệ 89% [6].

Năm 2007 Nguyễn Đỗ Nguyên nghiên cứu đánh giá hiệu quả phẫu thuật TTT nhân cứng độ V bằng phương pháp Phaco Chop cải biên ở 60 mắt cho kết quả khả quan, 100% tăng thị lực ở ngày đầu hậu phẫu [7].

Theo kết quả, điều tra nhanh (RAAB) tiến hành năm 2007 ở Việt Nam, mù do đục TTT chiếm 66,1% các nguyên nhân gây mù. Trong số bệnh nhân đục TTT thì đục TTT tuổi già chiếm đa số. Tuy nhiên cho tới nay, bệnh sinh của đục TTT do tuổi già vẫn chưa được hiểu biết một cách đầy đủ.

Năm 2012 Đặng Ngọc Hoàng và cộng sự nghiên cứu kết quả phẫu thuật phaco với đường rạch giác mạc 2,2mm trên 50 mắt thì độ loạn thị sau phẫu thuật hầu như không thay đổi so với trước phẫu thuật [9].

Đinh Thị Phương Thủy và cộng sự (2013) sử dụng kỹ thuật " Quick Chop cải biên" trên 50 bệnh nhân chủ yếu đục độ V chiếm 78%, kết quả có 66% mắt đạt thị lực chưa chỉnh kính ở mức trên 20/70 ở ngày hậu phẫu đầu tiên [10].

Năm 2014 Trần Thị Muội và cộng sư nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật Phaco với đường rạch 3.0mm trên 411 bệnh nhân thấy rằng ở những mắt được chỉ định mổ TTT sớm khi thị lực <5/10 thì tốt hơn, thị lực đạt được sau PT>5/10 (đạt >85.6%) so với bệnh bệnh viện Mắt Tp HCM (đạt 86.6%) khi đó năng lượng Phaco dùng không cao lắm, thời gian phẫu thuật ngắn giảm thiểu được biến chứng cao hơn những mắt được mổ muộn, vì ở những mắt này nhân TTT thường cứng, dây treo TTT suy yếu, dễ bị biến chứng trong khi mổ như rách bao sau, thoát pha lê thể, do đó thị lực không đạy tối đa. Theo kết quả nghiên cứu, có 16/411 trường hợp có biến chứng sau phẫu thuật. Theo đó, biến chứng phù mép mổ và viêm khía giác mạc có 7 bệnh nhân (1.7%) cao hơn nhiều so với nghiên cứu của bệnh viện Mắt Tp.HCM (3/1000 ca), nguyên nhân do nhân TTT cứng phải dùng năng lượng Phaco

cao, đào lâu hơn, phẫu thuật kéo dài, chỉ cần điều trị kháng viên, phục hồi tốt sau 7 ngày. Còn lại 1 ca viêm màng bồ đào (0.24%), 1 ca tăng nhãn áp (0.24%) so với bệnh viện Mắt Tp. HCM (2/1000 ca) do rửa chất nhày chưa sạch, chỉ cần dùng thuốc ha nhãn áp, kháng viên bệnh sẽ hồi phục nhanh sau 7 ngày [5,8].

Theo kết quả điều tra nhanh (RAAB) tiến hành năm 2015 ở Việt Nam, thực tế tại một số địa phương tỷ lệ cải thiện thị lực sau phẫu thuật đạt tỷ lệ chưa cao. Như tại Bắc Ninh, tỷ lệ đạt kết quả tốt sau phẫu thuật đục thể thủy tinh chỉ đạt 41%, tiếp đến là Quảng Ngãi (72%) [4].

Zeng M và cộng sự (2008) thực hiện tán nhuyễn thể thủy tinh kiểu xoay đạt kết quả thị lực có chỉnh kính thời điểm sau 1 ngày > 20/40 chiếm tới 76,42% [12].

A Assaf và cộng sự nghiên cứu được tiến hành trên 33 mắt đục độ IV và V với kỹ thuật tán nhuyễn TTT với đường mổ nhỏ sử dụng máy tán nhuyễn TTT kỹ thuật WhiteStar của Soveriegn. Kỹ thuật được sử dụng cho tất cả các trường hợp là kỹ thuật "Quick chop" với đường rạch giác mạc nhỏ giúp ổn định tiền phòng, giảm độ loạn thị và không làm tổn thương nhiều đến nội mô giác mạc. Tất cả các ca đều không có biến chứng [14].

Samuel M (2007) và Wang Jun (2009) đã so sánh loạn thị gây ra do phẫu thuật của 3 đường rạch giác mạc trong đó có kích thước là 2,2mm; 2,6mm và 3,0mm thấy rằng độ loạn thị do phẫu thuật gây ra do đường rạch 2,2mm và 2,6 mm thấp hơn hẳn so với đường rạch 3,0mm [11],[13].

Chương 2
ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Hồ sơ bệnh án bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán bệnh đục thủy tinh thể từ tháng 1/2020 đến 6/2020 đã được phẫu thuật bằng Phaco và có khả năng theo dõi tái khám.

- Loại trừ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân bị đục thủy tinh thể mà có tổn thương ở trục thị giác nặng như: Sẹo giác mạc trung tâm, bong võng mạc, xuất huyết dịch kính…)

2.2. Địa điểm nghiên cứu

Tại khoa Mắt - Bệnh viện đa khoa Đông Hưng

2.3. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 1/2020 đến 9/2020

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu

Áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

2.4.2. Cỡ mẫu

Chọn toàn bộ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân bị đục thủy tinh thể được phẫu thuật bằng phương pháp Phaco từ tháng 1/2020 đến 6/2020

2.5 Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Nhóm biến số thông tin chung: Tuổi, giới, mã bệnh án, ngày vào viện

- Nhóm biến số thông tin trước và sau phẫu thuật:

+ Mức độ đục nhân

+ Thị lực có kính, thị lực không kính, nhãn áp vào viện, khúc xạ giác mạc trước và sau mổ, tiền sử bệnh toàn thân

+ Ngày phẫu thật

- Nhóm biến số biến chúng 1 tháng sau phẫu thuật: Viêm màng bồ đào, xuất huyết tiền phòng, phù giác mạc, lệch IOL, …

2.6. Tiêu chuẩn phẫu thuật thành công

- Cải thiện thị lực ≥ 5/10

- Theo dõi 1 tháng sau phẫu thuật không có biến chứng sau mổ như: Phù giác mạc, loạn dưỡng giác mạc, viêm màng bồ đào, viêm nội nhãn.

2.7. Kỹ thuật thu thập thông tin

Dựa vào thông tin và hồ sơ bệnh án tại bệnh viện được lưu trữ bằng phần mềm, nghiên cứu thu thập thông tin bằng cách trích xuất các dữ liệu có liên quan từ phầm mềm quản lý bệnh viện ra định dạng file excel với các trường, cột tương ứng với nội dung nghiên cứu quan tâm.

2.8. Phân tích số liệu

- Số liệu sau khi thu thập sẽ được mã hoá, làm sạch. Số liệu được nhập, làm sạch và phân tích trên chương trình phần mềm SPSS 18.

- Phân tích số liệu: Sử dụng phép thống kê mô tả và phân tích: Các thống kê mô tả bao gồm tần số, tỷ lệ đối với biến định tính và trung bình độ lệch chuẩn đối với biến định lượng.

- Mức ý nghĩa thống kê được sử dụng với $p \leq 0,05$.

2.9. Đạo đức nghiên cứu

Chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá hiệu quả của một phương pháp điều trị.

Nghiên cứu được Hội đồng khoa học của bệnh viện đa khoa Đông Hưng thông qua. Nghiên cứu không can thiệp trực tiếp trên thân thể người cung cấp số liệu và không gây tổn hại sức khỏe cho đối tượng tham gia nghiên cứu. Các thông tin do đối tượng cung cấp sẽ được cam kết giữ bí mật và chỉ được sử dụng cho mục đích của nghiên cứu.

Số liệu được thu thập một cách khách quan, chính xác.

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2: Thông tin chung của bệnh nhân theo giới tín và nhóm tuổi

Tuổi	Tổng	
	SL	%
Giới tính		
Nam	39	39%
Nữ	61	61%
Nhóm tuổi		
≤ 59	7	7%
60-64	11	11%
65-69	12	12%
70-74	27	27%
75-79	16	16%
80-84	19	19%
≥85	8	8%
TB ± SD	72.7± 9.0	

Nhận xét: Có 100 người bệnh được phẫu thuật Phaco điều trị đục thể thủy tinh trong khoảng thời gian nghiên cứu, trong đó Nam nhiều hơn Nữ. Thấp nhất là 51 tuổi, cao nhất là 95 tuổi, 93% là người bệnh từ 60 tuổi trở lên, tuổi trung bình là 72 tuổi. 100% bệnh nhân đục TTT người già và là đối tượng Bảo hiểm y tế.

Bảng 3.2: Phân loại bệnh nhân theo hình thái đục của Thể thủy tinh

Hình thái đục	Số mắt phẫu thuật	%
Đục hoàn toàn	68	68%
Đục trung tâm	24	24%
Đục cực sau	8	8%

Nhận xét: Trong 100 bệnh nhân phẫu thuật Phaco (tương đương 100 mắt phẫu thuật) tại bệnh viện, phân loại đục thể thủy tinh theo hình thái thì chủ yếu là

đục nhân hoàn toàn (68%), Đục trung tâm (24%) và có 8% đục cực sau.

Bảng 3.3: Đặc điểm độ cứng của nhân trước phẫu thuật

Độ cứng của nhân	Số mắt	%
Độ III	34	34%
Độ IV	51	51%
Độ V	15	15%
Tổng	100	100%

Nhận xét: Về đặc điểm độ cứng của nhân trước khi phẫu thuật, chủ yếu là độ IV (51%), độ V (15%), còn lại 34% là nhân cứng độ III. Độ cứng của nhân đóng vai trò quan trọng trong chiến lược tiến hành phẫu thuật cũng như kết quả phẫu thuật. Độ IV, V nhân cứng và rất cứng, khó tán nhuyễn, năng lượng Phaco cao dễ làm tổn thương các thành phần khác trong nội nhãn, dễ gây biến chứng.

Bảng 3.4: Các bệnh toàn thân và mắt phối hợp

Bệnh phối hợp	Số người bệnh	%
Đái tháo đường đơn thuần	5	5%
Đái tháo đường + Rối loạn nhịp tim	1	1%
Đái tháo đường + Tăng huyết áp	1	1%
Tăng huyết áp	22	22%
Viên phổi mạn tính	4	4%
Gout	1	1%
Gout + Suy thận	1	1%
Lao	1	1%
Tổng	**36**	**36%**

Nhận xét: 36% người bệnh phẫu thuật Phaco có bệnh lý kèm theo, trong đó kèm theo bệnh lý tăng huyết áp 22%, 14% mắc bệnh về chuyển hóa, thận, tim mạch…

Bảng 3.5: Thời điểm người bệnh từ khi có dấu hiệu nhìn mờ đến khi thực hiện phẫu thuật với kết quả đo thị lực sau mổ

Thời gian	Số Người bệnh phẫu thuật		Số NB có thị lực 1 tháng sau mổ đạt ≥ 5/10	
	Số lượng	%	Số lượng	%
6 tháng	1	1%	1	100%
1 năm	38	38%	36	94.7%
2 năm	38	38%	23	60.5%
3 năm	22	22%	4	18.2%
Không nhớ	1	1%	1	100%
Tổng	100	100%	65	65.7%

Nhận xét: Bảng 3.5 cho thấy Thời điểm người bệnh từ khi có dấu hiệu nhìn mờ đến khi thực hiện phẫu thuật là từ 1 - 3 năm (98%) và người bệnh được chỉ định phẫu thuật càng sớm thì tỷ lệ đạt thị lực ≥ 5/10 sau phẫu thuật càng cao (1 năm: 94.7%; 2 năm: 60.5%, 3 năm: 18.2%).

3.2. Thị lực trước phẫu thuật

Bảng 3.6: Thi lực bệnh nhân trước phẫu thuật

Thị lực trước mổ	Số mắt	%
ST (+)	4	4%
BBT	11	11%
ĐNT (<1m)	12	12%
ĐNT (1m - 3m)	46	46%
ĐNT (4m - 5m)	12	12%
1/10 – 3/10	15	15%
Tổng	100	100%

Nhận xét: Bảng 3.6 cho thấy thị lực người bệnh trước mổ kém, chỉ có 15% người bệnh thị lực 1/10-3/10; Thị lực ĐNT chiếm tỷ lệ 70%, thị lực BBT 11% và chỉ có 4% thị lực ST (+).

3.3. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3.7: Kết quả thị lực sau phẫu thuật

Thị lực Trước PT	Số lượng bệnh nhân	Thị lực sau phẫu thuật						Tỷ lệ thành công sau 1 tháng	
		1 ngày		Sau 1 tuần		Sau 1 tháng		SL	%
		<5/10	≥ 5/10	< 5/10	≥ 5/10	< 5/10	≥ 5/10		
ST(+)	4	4	0	4	0	4	0	0	0%
BBT	11	9	2	7	4	6	5	5	36.4%
ĐNT (<1m)	12	12	0	5	7	5	7	7	58.3%
ĐNT (1m - 3m)	46	40	6	14	32	13	33	33	71.7%
ĐNT (4m - 5m)	12	10	2	5	7	5	7	6	50%
1/10 – 3/10	15	10	5	2	13	2	13	13	86.7%
Tổng	100	85	15	37	63	35	65	64	64%

Nhận xét: Bảng 3.7 cho thấy những mắt được chỉ định mổ đục TTT sớm khi thị lực 1/10 – 3/10, thị lực sau phẫu thuật ≥ 5/10 đạt tỷ lệ cao nhất (86.7%). Thị lực ĐNT thì sau phẫu thuật thị lực đạt ≥ 5/10 là 50-58.3%, Thị lực BBT thì sau phẫu thuật thị lực đạt ≥ 5/10 là 36.4%. Thị lực trước phẫu thuật ST+, sau phẫu thuật thị lực < 5/10.

Bảng 3.8: Biến chứng sau phẫu thuật

Thời gian	Biến chứng viêm màng bồ đào	
	Số lượng	%
Sau 1 ngày	1	1%
Sau 1 tuần	6	6%
Sau 1 tháng	1	1%

Nhận xét: Theo kết quả thống kê có 8/100 người bệnh có biến chứng viêm màng bồ đào sau phẫu thuật. Chủ yếu xảy ra 1 tuần sau phãu thuật có 6 trường hợp và 1 tháng sau phẫu thuật chỉ còn 1 trường hợp.

Chương 4: BÀN LUẬN

- *Về chỉ định:* Kết quả thống kê cho thấy, những mắt được chỉ định mổ đục TTT sớm khi thị lực 1/10-3/10, thị lực sau phẫu thuật ≥ 5/10 đạt 86.7%. Kết quả nghiên cứu của Dương Quốc Cường, Trần Thị Thu Phương năm 2020 của Bệnh viện Mắt Tp.HCM cho kết quả tương tự với tỷ lệ 86.6% [5]. Kết quả nghiên cứu cả chúng tôi cao hơn kết quả khảo sát năm 2014 của bệnh viện An Giang: 90/411 bệnh nhân có thị lực trước mổ 1/10-5/10, sau phẫu thuật thị lực ≥ 5/10 đạt 85.6%. Người bệnh trước phẫu thuật có thị lực <5/10, khi đó năng lượng Phaco dùng không cao lắm, thời gian phẫu thuật ngắn giảm thiểu được biến chứng cao hơn những mắt được chỉ định muộn

- *Về thời điểm người bệnh từ khi có dấu hiệu nhìn mờ đến khi thực hiện phẫu thuật và kết quả thị lực sau phẫu thuật:* 98/100 người bệnh phẫu thuật sau khi thấy có dấu hiệu nhìn mờ 1-3 năm. Trong số đó có 63/98 người bệnh sau phẫu thuật thị lực đạt ≥ 5/10. Bệnh nhân càng đến sớm sau khi có dấu hiệu nhìn mờ thì tỷ lệ thị lực đạt ≥ 5/10 càng cao.

- *Về biến chứng:* theo kết quả nghiên cứu, có 8/100 người bệnh có biến chứng viêm màng bồ đào sau phẫu thuật. Trong đó 1 bệnh nhân biến chứng ngày đầu tiên sau phẫu thuật, 6 người bệnh biến chứng sau 1 tuần, 1 người bệnh biến chứng sau 1 tháng. Như vậy tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật 1 tháng là 1%, kết quả này thấp hơn nghiên cứu tương tự của bệnh viên An Giang năm 2014 với tỷ lệ biến chứng là 1.7%. Biến chứng viêm màng bồ đào xuất hiện chủ yếu là 1 tuần sau phẫu thuật hay gặp ở những bệnh nhân TTT đục độ IV , độ V điều này có thể giải thích do phẫu thuật phaco là một phẫu thuật can thiệp nội nhãn, đặt IOL là một thấu kính nhân tạo vào mắt, đối với những nhân càng cứng thời gian phẫu thuật lâu, năng lượng phaco sử dụng nhiều. Những điều này sẽ kích thích phản ứng gây viêm, thường xuất hiện rõ ràng hơn sau phẫu thuật vài ngày

Không có biến chứng nặng sau phẫu thuật gây giảm thi lực, cho thấy phẫu thuật tương đối an toàn.

KẾT LUẬN

- Tỷ lệ phẫu thuật Phaco mổ đục thủy tinh thể tại Bệnh viện đa khoa Đông Hưng dao động từ 36.4% đến 86.7%.

- Thời điểm chỉ định phẫu thuật đục thủy tinh thể tốt nhất khi thị lực 1/10-3/10 khi đó tỷ lệ thành công là cao nhất 86,7%

- Thời điểm kể từ khi có dấu hiệu nhìn mờ đến khi phẫu thuật thường từ 1-3 năm. Thời điểm tốt nhất để chỉ định phẫu thuật thuật tính từ khi bệnh nhân có triệu chứng nhìn mờ là dưới 1 năm. Khi đó tỷ lệ phẫu thuật thành công từ 94,7% đến 100%

KHUYẾN NGHỊ

- Thời điểm chỉ định phẫu thuật thay TTT bằng phương pháp phaco hiệu quả nhất là khi thị lực 1-3/10, thời gian xuất hiện triệu chứng nhìn mờ dưới 1 năm

- Tư vấn bệnh nhân đặc biệt các bệnh nhân trong độ tuổi có nguy cơ cao về bệnh đục thủy tinh thể từ 50 tuổi trở lên, nên đi khám mắt định kỳ để phát hiện sớm chỉ định phẫu thuật thay thủy tinh thể kịp thời.

- Kết hợp với y tế cơ sở đặc biệt trong công tác đi tuyến hướng dẫn các trạm y tế phát hiện sớm bệnh đục thủy tinh thể bằng phương pháp đơn giản là thử thị lực, tư vấn cho bệnh nhân trên 50 tuổi nên đi khám tại bệnh viện tuyến huyện trở lên khi có triệu chứng giảm thị lực, đặc biệt đối với thị lực dưới 3/10 nên đi khám ngay để tăng hiệu quả điều trị.

- Cần có nghiên cứu về tỷ lệ phẫu thuật điều trị đục thủy tinh thể theo đặc điểm địa dư để từ đó có kế hoạch truyền thông giúp người dân tiếp cận dịch vụ, khám sàng lọc phát hiện sớm và tư vấn cho người bệnh mổ sớm để cải thiện thị lực tối đa sau phẫu thuật

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Quốc Nguyên, Tôn Thị Kim Thanh (2004). Phẫu thuật phaco nhập môn, Nhà xuất bản y học, 7-70, 73-246.
2. Đỗ Như Hơn và cộng sự (2011). Nhãn khoa tập 2, Nhà xuất bản y học, 190-191.
3. Quyết định số 7328/QĐ-BYT ngày 10/12/2018 của Bộ Trưởng Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn chuẩn chất lượng về chẩn đoán và điều trị đục thể thủy tinh
4. Báo cáo kết quả điều tra quốc gia đánh giá nhanh các bệnh gây mù loà có thể phòng tránh năm 2015 – Cục Khám chữa bệnh
5. Dương Quốc Cường, Trần Thị Thu Phương. Đánh giá phẫu thuật Phaco ở bệnh nhân đục Thể thủy tinh già tại bệnh viện Mắt TP Hồ Chí Minh. Y học TP.HCM, Vol 7 Supplement of No 3-2020, 34-38.
6. Nguyễn Quốc Toản (2002). So sánh kết quả đục thể thủy tinh nhân cứng bằng phương pháp phaco và ngoài bao, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học y dược TPHCM.
7. Nguyễn Đỗ Nguyên (2007). Nghiên cứu phẫu thuật đục thể thủy tinh nhân nâu đen bằng phương pháp phaco chop cải biên. Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, 11, 233-239.
8. Trần Thị Mội và cộng sự. Đánh giá kết quả phẫu thuật Phaco điều trị đục Thể thủy tinh tại bênh viện An Giang. Kỷ yếu hội nghị khoa học tháng 10-2014 của bệnh viện An Giang, 135-140
9. Đặng Ngọc Hoàng (2012). *Nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật tán nhuyễn thủy tinh thể với đường rạch giác mạc 2,2mm*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
10. Đinh Thị Phương Thủy (2013). Đánh giá kết quả điều trị đục thể thủy tinh nhân nâu đen bằng phương pháp Phaco, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

11. Samuel Masket (2007). Micro-Incision: Advantages and New Instrumentation. J Cataract & Refractive surgery today.
12. Zeng M et al (2008). Torsional ultrasound modality for hard nucleus phacoemulsification cataract extraction, Br J Ophthalmol, 92(8),1092-1096.
13. Wang J. et al (2009). The effect of micro-incision and small-incision coaxial phaco-emulsification on corneal astigmatism. Clin Experiment Ophthalmol, 37(7), 664-669.
14. A Assaf and AM EL-Moatassem Kotb (2007). Feasibility of bimanual microincision phacoemulsification in hard cataracts. Eye, 21, 807-811.

PHỤ LỤC

PHIẾU THU THẬP THÔNG TIN HỒ SƠ BỆNH ÁN BỆNH NHÂN ĐỤC THỂ THỦY TINH ĐƯỢC PHẪU THUẬT BẰNG PHƯƠNG PHÁP MỔ PHACO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐÔNG HƯNG

I. HÀNH CHÍNH

1. Họ và tên: .....tuổi.....giới .....

2. Dân tộc.....Nghề nghiệp: .....

3. Địa chỉ: .....

4. Đối tượng: 1. BHYT □ 2. Thu Phí □ 3. Miễn □ 4. Khác □

5. Số ĐT: .....

6. Số BA: .....

7. Ngày vào viện:.....

8. thời điểm bắt đầu có dấu hiệu nhìn mờ đến khi phẫu thuật: ……..

9. Ngày phẫu thuật

+ MP: ..... + MT:.....

10. Ngày ra viện…

II. TÌNH TRẠNG BỆNH LÝ TRƯỚC PHẪU THUẬT

1. Chẩn đoán

+ MP:.....+ MT:.....

2. Đục thể thủy tinh: □ Độ I □ Độ II □ Độ III □ Độ IV □ Độ V

3. Hình thái Đục TTT: …….

4. Thị lực vào viện:

+ MP:..... + MT:.....

5. Tiền sử bệnh toàn thân:.....

6. Bệnh tại mắt kèm theo Đục TTT……….

IV. KẾT QUẢ SAU PHẪU THUẬT

1. Thị lực:

	MP	MT
1 ngày	.....	.....
1 tuần	.....	.....
1 tháng	.....	.....

4. Biến chứng sau phẫu thuật:

1 ngày: .....

1 tuần: .....

1 tháng: .....