

- Ann Card Anaesth. 2017;20(3):313-317. doi:10.4103/aca.ACA_24_17
6. **Miner JR, Moore JC, Austad EJ, Plummer D, Hubbard L, Gray RO.** Randomized, Double-Blinded, Clinical Trial of Propofol, 1:1 Propofol/Ketamine, and 4:1 Propofol/Ketamine for Deep Procedural Sedation in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine.* 2015;65(5): 479-488.e2. doi:10.1016/j.annemergmed.2014.08.046
 7. **David H, Shipp J.** A Randomized Controlled Trial of Ketamine/Propofol Versus Propofol Alone for Emergency Department Procedural Sedation. *Annals of Emergency Medicine.* 2011;57(5):435-441. doi:10.1016/j.annemergmed.2010.11.025
 8. **Hayes JA, Aljuhani T, De Oliveira K, Johnston BC.** Safety and Efficacy of the Combination of Propofol and Ketamine for Procedural Sedation/Anesthesia in the Pediatric Population: A Systematic Review and Meta-analysis. *Anesthesia & Analgesia.* 2021;132(4): 979. doi:10.1213/ANE.0000000000004967.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT PHACO THỂ THỦY TINH ĐẶT KÍNH NỘI NHÃN TRÊN MẮT ĐÃ CẮT BÈ CÙNG GIÁC MẠC TẠI BỆNH VIỆN MẮT TỈNH HÀ NAM

Dương Nam Trà^{1,3}, Nguyễn Thị Thu Yên², Phạm Thị Kim Thanh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật phaco thể thủy tinh đặt kính nội nhãn trên bệnh nhân đã mổ cắt bè cùng giác mạc tại Bệnh viện Mắt tỉnh Hà Nam. **Đối tượng và phương pháp:** 35 mắt đủ điều kiện được đưa vào nghiên cứu từ Bệnh viện Mắt tỉnh Hà Nam từ tháng 8 năm 2023 đến tháng 7 năm 2024. Nghiên cứu mô tả tiến cứu không có nhóm chứng, tất cả bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật phaco, thời gian theo dõi 3 tháng. **Kết quả:** Tỷ lệ thành công của phẫu thuật sau 3 tháng là tốt 82,9%, trung bình 17,1%. Thị lực trung bình sau 3 tháng là $0,427 \pm 0,22$ tăng hơn so với trước mổ ($p < 0,05$). Nhãn áp sau mổ tăng hơn so với trước mổ nhưng trong giới hạn bình thường. Khó khăn trong phẫu thuật: tiền phòng nông ($< 2,5\text{mm}$) chiếm 51,4%, nhãn cứng độ IV + V chiếm 48,6%, đồng tử kém giãn hoặc không giãn và dính mắt trước mỏng mắt vào thể thủy tinh mỗi loại chiếm 25,7%. Biến chứng sau phẫu thuật là phù giác mạc và viêm màng bồ đào. **Kết luận:** Phẫu thuật phaco thể thủy tinh đặt kính nội nhãn là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn trên mắt đục thể thủy tinh sau cắt bè cùng giác mạc. **Từ khóa:** phẫu thuật phaco, cắt bè cùng giác mạc, biến chứng

SUMMARY

EVALUATION OF THE OUTCOMES OF PHACOEMULSIFICATION WITH INTRAOCULAR LENS IMPLANTATION IN EYES POST-TRABECULECTOMY AT HA NAM PROVINCE EYE HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcomes of

phacoemulsification surgery with intraocular lens implantation in eyes post-trabeculectomy at Ha Nam Province Eye Hospital. **Subjects and Methods:** A total of 35 eligible eyes were included in the study, conducted at Ha Nam Eye Hospital from August 2023 to July 2024. This was a prospective descriptive study without a control group. All patients underwent phacoemulsification surgery, with a follow-up period of 3 months. **Results:** The success rate of the surgery after 3 months was good in 82.9% of cases and moderate in 17.1%. The average visual acuity after 3 months was 0.427 ± 0.22 , showing improvement compared to preoperative levels ($p < 0.05$). Postoperative intraocular pressure increased but remained within the normal range. Surgical difficulties included shallow anterior chamber ($< 2.5\text{mm}$) in 51.4%, hard cataract grades IV + V in 48.6%, poor or non-dilating pupils, and anterior synechiae of the iris to the lens capsule, each accounting for 25.7%. Postoperative complications included corneal edema and uveitis. **Conclusion:** Phacoemulsification with intraocular lens implantation is an effective and safe treatment for cataracts in eyes post - trabeculectomy.

Keywords: phacoemulsification surgery, trabeculectomy, complications

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đục thể thủy tinh là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa tại Việt Nam cũng như trên thế giới. Đặc biệt, tình trạng đục thể thủy tinh sau phẫu thuật (PT) điều trị glôcôm là một thách thức lớn đối với các bác sĩ nhãn khoa. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Đỗ Tấn và cộng sự năm 2021, tỉ lệ đục thể thủy tinh sau phẫu thuật cắt bè cùng giác mạc chiếm 6,44% trong vòng 12 tháng¹. Theo Rahat Husain (2012), có khoảng 52,7% trường hợp phải can thiệp phẫu thuật để điều trị đục thể thủy tinh sau phẫu thuật cắt bè cùng giác mạc². Với việc tán nhuyễn và lấy thể thủy tinh ngoài bao bằng siêu âm qua đường mổ nhỏ, thời gian phẫu thuật

¹Bệnh viện Mắt tỉnh Hà Nam

²Bệnh viện Mắt Trung ương

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Dương Nam Trà

Email: drtra1978@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 24.12.2024

ngắn, vết mổ nhỏ, mau liền sẹo, giảm thiểu tối đa các biến chứng sau phẫu thuật, thị lực phục hồi nhanh và chăm sóc hậu phẫu đơn giản, phẫu thuật phaco thể thủy tinh kết hợp đặt kính nội nhãn không chỉ được chỉ định trên những mắt đục thể thủy tinh tuổi già mà còn được chỉ định trên những mắt đục thể thủy tinh bệnh lý khác như đục thể thủy tinh sau viêm màng bồ đào, đục thể thủy tinh sau phẫu thuật cắt bẻ củng giác mạc...

Theo thống kê của bệnh viện Mắt tỉnh Hà Nam, khi theo dõi sau 2 năm tỷ lệ bị đục thể thủy tinh của các bệnh nhân glôcôm đã cắt bẻ củng giác mạc có chỉ định phẫu thuật chiếm tới 40%. Đó là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật phaco thể thủy tinh đặt kính nội nhãn trên bệnh nhân đã mổ cắt bẻ củng giác mạc tại Bệnh viện Mắt tỉnh Hà Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân đã cắt bẻ củng giác mạc bị đục thể thủy tinh có chỉ định phẫu thuật lấy thể thủy tinh bằng phương pháp Phaco đặt kính nội nhãn tại bệnh viện Mắt tỉnh Hà Nam từ tháng 8 năm 2023 đến tháng 7 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn. Đục thể thủy tinh độ II trở lên trên những bệnh nhân đã cắt bẻ củng giác mạc có nhãn áp điều chỉnh. Đối với bệnh nhân còn soi được đáy mắt thì đĩa thị chưa teo lõm hoàn toàn, còn đối với bệnh nhân không soi được đáy mắt thì hướng ánh sáng phải tốt ở mọi hướng.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ. Các bệnh lý tại mắt: Các bệnh lý gây đục giác mạc, đục dịch kính nhiều và bong võng mạc.

Bệnh nhân mắc bệnh toàn thân nặng.

Bệnh nhân không theo dõi đủ 3 tháng sau phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: Là nghiên cứu mô tả tiến cứu không có nhóm chứng.

2.2.2. Chỉ số, biến số nghiên cứu và tiêu chí đánh giá kết quả

Đặc điểm chung:

- Tuổi trung bình; Giới tính

Đặc điểm tại mắt:

- Chia nhóm thị lực: ST(+) - <ĐNT 3m; ĐNT 3m - < 20/70; 20/70 - < 20/30, Tính thị lực trung bình (sử dụng bảng chuyển đổi từ thị lực Snellen sang thị lực logMAR).

- Nhãn áp: <10; 10-21; >21 mmHg

- Các khó khăn trong phẫu thuật như sẹo bong lớn, đồng tử kém giãn, đục thể thủy tinh

độ IV+V, tiền phòng nông, dính mống mắt.

Các biến chứng của phẫu thuật : phù giác mạc, viêm màng bồ đào.....

2.3. Xử lý số liệu. Sử dụng các thuật toán thống kê theo phần mềm SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân và người nhà bệnh nhân đều được giải thích tư vấn kỹ về bệnh, hướng điều trị, các loại kính nội nhãn, tác dụng không mong muốn có thể gặp, mục đích của nghiên cứu. Chỉ đưa vào danh sách những bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu đều được quyền điều trị và theo dõi định kỳ sau phẫu thuật. Trong trường hợp có biến chứng, bệnh nhân sẽ được hội chẩn, điều trị để đạt được kết quả ở mức tốt nhất có thể.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 35 mắt của 27 bệnh nhân có tuổi trung bình là $72 \pm 7,1$ tuổi, trong đó thấp nhất là 58 tuổi và cao nhất là 86 tuổi. Trong đó chủ yếu là độ tuổi trên 70 có 15 bệnh nhân chiếm 53,6%. Trong nghiên cứu 27 bệnh nhân có 10 bệnh nhân nam chiếm 37% và 17 bệnh nhân nữ chiếm 63% cho thấy tỉ lệ nữ phẫu thuật đục thể thủy tinh ở nữ nhiều hơn nam.

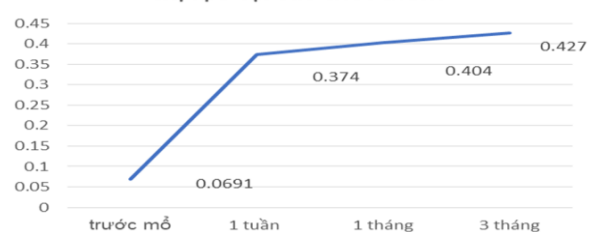
3.1. Kết quả thị lực trước và sau phẫu thuật

Bảng 1. Kết quả thị lực trước và sau phẫu thuật

Thị lực	Trước PT		Sau PT					
			1 tuần		1 tháng		3 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ST(+) - <ĐNT 3m	13	37,1	5	14,3	4	11,4	4	11,4
ĐNT 3m - < 20/70	22	62,9	4	11,4	5	14,3	5	14,3
20/70 - < 20/30	0	0	26	74,3	26	74,3	26	74,3
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100

Trước phẫu thuật, phần lớn bệnh nhân (62,9%) có thị lực trong khoảng từ ĐNT 3m - < 20/70, và không có bệnh nhân nào có thị lực từ 20/70 - < 20/30. Tuy nhiên, chỉ sau 1 tuần, tỷ lệ bệnh nhân có thị lực cải thiện đáng kể lên 20/70 - < 20/30 chiếm 74,3%, và tỷ lệ này duy trì trong 1 và 3 tháng sau phẫu thuật.

thị lực tại các thời điểm



Biểu đồ 1. Thị lực của bệnh nhân tại các thời điểm

Thị lực trung bình sau phẫu thuật 1 tuần là $0,374 \pm 0,228$. Thị lực sau mổ 1 tuần tăng hơn so với trước mổ với $p < 0,05$. Thị lực trung bình sau phẫu thuật 1 tháng là $0,404 \pm 0,23$. Thị lực sau mổ 1 tháng tăng hơn so với trước mổ với $p < 0,05$.

Thị lực trung bình sau phẫu thuật 3 tháng là $0,427 \pm 0,22$. Thị lực sau mổ 3 tháng ổn định so với sau mổ 1 tháng với $p > 0,05$.

3.2. Tình hình nhãn áp trước và sau phẫu thuật

Bảng 2. Tình hình nhãn áp trước và sau phẫu thuật

Mức nhãn áp (mmHg)	Trước PT		Sau PT					
			1 tuần		1 tháng		3 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 10	4	11,4	1	2,8	1	2,8	0	0
10 – 21	31	88,6	34	97,2	34	97,2	35	100
Tổng	35	100	35	100	35	100	35	100

Nhãn áp sau phẫu thuật có tăng so với trước phẫu thuật nhưng đều trong khoảng từ 10-21mmHg. Trước và sau phẫu thuật không có mắt nào tăng nhãn áp. Mức thay đổi nhãn áp thu được 1 tuần $0,771 \pm 1,775$ mmHg. Mức thay đổi nhãn áp sau 1 tháng $0,571 \pm 1,754$ mmHg. Mức thay đổi nhãn áp sau 03 tháng $0,771 \pm 2.030$ mmHg.

3.3. Các khó khăn và cách xử trí

Bảng 3: Các yếu tố gây khó khăn cho phẫu thuật

Yếu tố khó khăn cho phẫu thuật	Số mắt (n=35)	Tỷ lệ (%)
Sẹo bong lớn	7	20,0
Đồng tử kém giãn hoặc không giãn	9	25,7
Tiền phòng nông	18	51,4
Dính mống mắt mặt trước thể thủy tinh	9	25,7
Thể thủy tinh nhân cứng (Độ IV + V)	17	48,6

Yếu tố khó khăn hay gặp nhất là tiền phòng nông với 51,4%, thứ hai là thể thủy tinh nhân cứng (Độ IV + V) chiếm 48,6%.

Trong phẫu thuật phaco thay thể thủy tinh sau phẫu thuật cắt bè gặp nhiều khó khăn do đó cần có cách xử lý các khó khăn đó.

Bảng 4. Các cách xử lý khó khăn trong phẫu thuật

Các cách xử lý khi khó khăn trong phẫu thuật	Số mắt	Tỷ lệ %
Bơm adrenalin	19	54,2
Bấm đồng tử	5	14,3
Dùng dụng cụ nong + kéo giãn đồng tử	4	11,4
Tách mống mắt ra khỏi thể thủy tinh	9	25,7

3.5. Biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 5. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng sớm sau phẫu thuật	Số mắt	Tỷ lệ %
Phù giác mạc (trung bình + nặng)	12	34,3
Viêm màng bồ đào	7	20,0
Biến chứng khác	0	0,0

Nhóm nghiên cứu gặp hai biến chứng sớm sau phẫu thuật phù giác mạc và viêm màng bồ đào sau phẫu thuật. Tỷ lệ đục bao sau sau phẫu thuật tại thời điểm ba tháng của nhóm nghiên cứu có 3 bệnh nhân. Không gặp các biến chứng xẹp tiền phòng, hở vết mổ cũng như các biến chứng khác như tăng nhãn áp, lệch kính nội nhãn, sót chất nhân.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả thị lực và biến đổi nhãn áp.

Thị lực của bệnh nhân cải thiện đáng kể sau phẫu thuật, với 74,3% bệnh nhân đạt được thị lực từ 20/70 đến dưới 20/30 sau 1 tuần, thị lực được cải thiện rõ rệt và ổn định sau 1 tháng can thiệp phẫu thuật, duy trì trong suốt 3 tháng sau phẫu thuật. Trước phẫu thuật, không có bệnh nhân nào đạt thị lực này. Tuy nhiên, kết quả thị lực sau phẫu thuật phaco thể thủy tinh đạt kính nội nhãn ở những bệnh nhân đã phẫu thuật cắt bè cứng giác mạc vẫn thấp hơn so với phẫu thuật đục thể thủy tinh thông thường, điều này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Stamper RL (2002)³. Nguyên nhân là do các thay đổi về giải phẫu và các biến chứng liên quan đến phù giác mạc, viêm tiền phòng, và đục bao sau thể thủy tinh, tổn thương lớp sợi thần kinh trong bệnh glôcôm tất cả đều là các yếu tố ảnh hưởng tới thị lực sau phẫu thuật.

Nhãn áp sau phẫu thuật nằm trong giới hạn bình thường nhưng có xu hướng tăng hơn so với trước phẫu thuật, trong đó mức thay đổi nhãn áp thu được sau 1 tuần là $0,771 \pm 1,775$ mmHg. Mức thay đổi nhãn áp sau 1 tháng là $0,571 \pm 1,754$ mmHg. Mức thay đổi nhãn áp sau 03 tháng là $0,771 \pm 2.030$ mmHg. Kết quả này có thể giải thích được rằng hiện tượng sẹo bong tăng xơ hoá do phản ứng viêm sau phẫu thuật là lý do chính khiến phẫu thuật cắt bè thất bại từ đó làm ảnh hưởng trực tiếp đến nhãn áp. Có nhiều yếu tố liên quan đến tăng sẹo xơ như chủng tộc, tiền sử sử dụng thuốc tại chỗ, và tuổi tác. Hoạt tính sinh học tăng lên của các yếu tố gây viêm tại vị trí cắt bè cứng giác mạc cũng sẽ làm tăng nguy cơ thất bại của sẹo bong. Tăng nhãn áp sau phẫu thuật cũng được nhắc đến trong các nghiên cứu trước đây của Costa VP (1993), nơi các yếu tố viêm và việc sử dụng

corticoid kéo dài sau phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong việc tăng nhãn áp⁴. Tình trạng viêm tiền phòng liên quan đến có thể là sản phẩm của chất thể thủy tinh, tác động của siêu âm và lượng dịch lớn đi qua mắt trong quá trình phẫu thuật, dẫn đến xơ hoá và làm giảm hoạt động của sẹo bong tử đó làm mức nhãn áp sau phẫu thuật có xu hướng tăng cao hơn so với trước phẫu thuật. Ngoài ra việc sử dụng corticoid kéo dài nhằm điều trị viêm sau phẫu thuật cũng là một yếu tố gây tăng nhãn áp trên những bệnh nhân có sẵn yếu tố nhạy cảm với corticoid. Mặc dù sau phẫu thuật phaco đặt kính nội nhãn, nhãn áp có tăng hơn chút ít nhưng không có mắt nào nhãn áp > 21mmHg. Điều này cho thấy phẫu thuật này khá an toàn. Tuy nhiên việc theo dõi chặt chẽ nhãn áp sau phẫu thuật là cần thiết nhằm phát hiện những trường hợp tăng nhãn áp tái phát để điều trị kịp thời.

4.2. Khó khăn trong phẫu thuật và cách xử trí. Tiền phòng nông (< 2,5 mm) là yếu tố khó khăn phổ biến nhất trong nghiên cứu này (chiếm 51,4%), buộc phẫu thuật viên phải sử dụng các kỹ thuật đặc biệt như đường rạch nhỏ và bơm chất nhầy duy trì tiền phòng. Trong lúc phẫu thuật mỗi bệnh nhân sẽ điều chỉnh chiều cao cột nước phù hợp để duy trì tiền phòng hợp lý.

Đồng tử không giãn và dính mống mắt vào mặt trước thể thủy tinh (25,7%) cũng gây nhiều khó khăn, đòi hỏi các phương pháp mở rộng đồng tử như bơm chất nhầy trải rộng mống mắt hoặc sử dụng dụng cụ kéo giãn đồng tử hoặc bấm đồng tử và xử lý màng xuất tiết. Điều này phù hợp với các nghiên cứu của Hayashi K (2005), khi đồng tử không giãn có thể làm tăng nguy cơ biến chứng trong phẫu thuật⁵.

Khó khăn hay gặp là nhân cứng độ IV + V có chiếm 48,6%. Đối với nhóm này để đảm bảo an toàn cho phẫu thuật đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm lựa chọn kỹ thuật phaco và năng lượng hợp lý để tán nhuyễn nhân cứng.

Ngoài ra nhóm nghiên cứu gặp tỉ lệ mắt có sẹo bong lớn là 20%. Để giảm thiểu ảnh hưởng lên sẹo bong khi phẫu thuật, phẫu thuật viên lựa chọn đường rạch giác mạc cách sẹo bong một khoảng cách an toàn là 1 míu giờ.

Những khó khăn nêu trên cũng được tác giả Angel Derbolav⁶ đề cập đến trong nghiên cứu của mình. Tuy nhiên với trường hợp nhân thể thủy tinh cứng và dính thì chúng tôi gặp nhiều hơn vì hình thái glôcôm góc đóng cấp diễn, không được điều trị kịp thời, để đục thể thủy tinh quá lâu dài thường gặp ở Việt Nam, trong khi ở các nước châu Âu chỉ gặp glôcôm góc mở nguyên phát và góc đóng mãn tính, lại được điều

trị kịp thời, thời gian mổ sớm nên nhân thể thủy tinh không dày, cứng.

4.3. Biến chứng sau phẫu thuật. Phù giác mạc là biến chứng hậu phẫu hay gặp sau phẫu thuật phaco. Tế bào nội mô trên những mắt nghiên cứu thường đã bị tổn thương do tăng nhãn áp và phẫu thuật cắt bè củng mạc trước đó, vì vậy sẽ khó hồi phục hơn so với mắt bị đục thể thủy tinh thông thường⁷. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phù giác mạc mức độ trung bình và nặng có 12 mắt 34,3%. Triệu chứng này biến mất hoàn toàn sau 1 tuần điều trị bằng thuốc chống viêm và dinh dưỡng giác mạc tra tại chỗ. Ngoài ra chúng tôi thấy rằng những bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là bệnh nhân glôcôm góc đóng, tiền phòng nông, dính mống mắt, màng xuất tiết diện đồng tử, nhân thể thủy tinh cứng và dính, thời gian phaco kéo dài cần phải thao tác nhiều trong tiền phòng. Hơn nữa bệnh nhân còn đến phẫu thuật muộn cũng là nguyên nhân gây phù giác mạc.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7 mắt viêm màng bồ đào chiếm 20%. Kết quả này cũng tương tự kết quả báo cáo của tác giả Angel Derbolav⁶. Điều này có thể giải thích rằng trên mắt đã cắt bè củng giác mạc với tình trạng tiền phòng nông, đồng tử kém giãn hoặc không giãn kèm theo tình trạng tổn thương mống mắt cũ sẽ gia tăng phản ứng viêm trong và sau khi phẫu thuật. Tuy nhiên các bệnh nhân này được sử dụng corticoid tại chỗ tra nhỏ và đường toàn thân do đó tình trạng viêm giảm nhanh sau phẫu thuật.

Sau phẫu thuật tại thời điểm ba tháng, nhóm nghiên cứu có 3 bệnh nhân đục bao sau mức độ nhẹ. Ba bệnh nhân này là ba bệnh nhân giác mạc phù nhiều trong phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật phaco thể thủy tinh đặt kính nội nhãn là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn trên mắt đục thể thủy tinh sau cắt bè củng giác mạc, các khó khăn trong quá trình phẫu thuật được khắc phục kịp thời, thị lực sau phẫu thuật đều cải thiện so với trước phẫu thuật, biến chứng sớm sau phẫu thuật ít gặp đều được xử lý tốt và ổn định sau 1 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Tân, Nguyễn Văn Cường.** (2021). Biến chứng phẫu thuật phaco phối hợp cắt bè trong điều trị glôcôm góc đóng cấp có kèm đục thể thủy tinh. Tạp chí Y Dược Lâm Sàng 108, Tập 16, Số 6.
2. **Husain, R., Li, W., Gazzard, G., Foster, P., Chew, P., Oen, F., Phillips, R., Khaw, P., Seah, S., & Aung, T.** (2013). Longitudinal

- changes in anterior chamber depth and axial length in Asian subjects after trabeculectomy surgery. *British Journal of Ophthalmology*, 97(7), 852-856.
3. **Stamper, R. L.** (2002). "Glaucoma surgery and cataract extraction." *American Journal of Ophthalmology*, 133(4), 555-559.
 4. **Costa, V. P., Katz, L. J., Spaeth, G. L., & Wilson, R. P.** (1993). "Long-term results of primary trabeculectomy in treating chronic open-angle glaucoma." *Ophthalmology*, 100(4), 511-516.
 5. **Hayashi, K., Yoshida, M., & Hayashi, H.** (2005). "Corneal endothelial cell loss after phacoemulsification in eyes with glaucoma: A comparative study." *Journal of Cataract and Refractive Surgery*, 31(5), 920-925.
 6. **Derbolav, A., Vass, C., Menapace, R., Schmetterer, K. & Wedrich, A.** Long-term effect of phacoemulsification on intraocular pressure after trabeculectomy. *J Cataract Refract Surg* 28. 2002: 425-430.
 7. **Klein, B. E. K.** (2011). "Cataract." *Clinical Epidemiology*, 3, 19-31.

THỰC TRẠNG TAI NẠN THƯƠNG TÍCH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN VŨNG TÀU NĂM 2023

Phạm Thế Hiền¹, Phạm Thị Quý¹, Võ Thị Hồng Hạnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thực trạng tai nạn thương tích và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Vũng Tàu năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Sử dụng phương pháp thống kê mô tả số liệu thứ cấp tất cả trường hợp bị tai nạn thương tích vào Bệnh viện Vũng Tàu năm 2023. **Kết quả:** Tai nạn thương tích: 23,6%; Rối loạn tiền đình: 6,4%; Viêm phổi: 4,3%; Viêm dạ dày: 3,1%; Tai nạn giao thông: 42,3%; Nhóm tai nạn "Khác" (gồm tai nạn sinh hoạt, tai nạn không xác định...): 32,7%. Mối liên quan giữa giới tính, tuổi, nghề nghiệp, chuyển tuyến và tai nạn thương tích. **Kết luận:** Với tình trạng tai nạn thương tích trên từ đó bệnh viện Vũng Tàu có thể thực hiện các phương án nhằm đối phó với tình hình tai nạn thương tích hiện tại như: Tăng cường năng lực cấp cứu; Phát triển khoa Ngoại Thần kinh để giảm thiểu bệnh nhân chuyển tuyến trên; Đào tạo chuyên môn. **Từ khóa:** Tai nạn thương tích, Bệnh viện Vũng Tàu

SUMMARY

STATUS OF INJURIES AND SOME RELATED FACTORS AT VUNG TAU HOSPITAL IN 2023

Objective: The current situation of injuries and some related factors at Vung Tau Hospital in 2023. **Research subjects and methods:** Using statistical methods to describe secondary data of all cases of injuries admitted to Vung Tau Hospital in 2023. **Results:** Injuries: 23.6%; Vestibular disorders: 6.4%; Pneumonia: 4.3%; Gastritis: 3.1%; Traffic accidents: 42.3%; "Other" accident group (including domestic accidents, unspecified accidents...): 32.7%. Relationship between gender, age, occupation, referral and injuries. **Conclusion:** With the above injury situation, Vung Tau Hospital can implement plans to deal with the current injury situation such as:

¹Bệnh viện Vũng Tàu

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Hiền

Email: phamthehienvt@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 24.12.2024

Strengthening emergency capacity; Developing the Neurosurgery department to reduce patients transferred to higher levels; Professional training.

Keywords: Accident injury, Vung Tau hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai nạn thương tích là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trên toàn cầu, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe cộng đồng và kinh tế xã hội. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), mỗi năm có khoảng 5 triệu người tử vong do tai nạn thương tích, chiếm gần 9% tổng số ca tử vong toàn cầu. Trong đó, tai nạn giao thông đóng góp một tỉ lệ đáng kể, đặc biệt ở các quốc gia đang phát triển.

Tại Việt Nam, tai nạn giao thông là vấn đề y tế công cộng nghiêm trọng và phức tạp. Theo số liệu từ Bộ Y tế, năm 2019, cả nước ghi nhận hơn 1,2 triệu trường hợp tai nạn thương tích, trong đó tai nạn giao thông chiếm tỉ lệ cao với hơn 17.000 ca tử vong và 30.000 người bị thương nặng. Mặc dù Chính phủ đã triển khai nhiều biện pháp nhằm giảm thiểu tai nạn giao thông, nhưng số vụ tai nạn và mức độ nghiêm trọng vẫn ở mức cao.

Thành phố Vũng Tàu, với vị trí là trung tâm công nghiệp dầu khí và du lịch biển, đối mặt với nhiều nguy cơ về tai nạn giao thông. Hạ tầng giao thông phức tạp, lưu lượng phương tiện tăng cao, cùng với ý thức chấp hành luật giao thông chưa cao của một bộ phận người dân, đã dẫn đến tình trạng tai nạn giao thông gia tăng. Theo báo cáo của Sở Y tế tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu, trong giai đoạn 2015-2019, số ca tai nạn giao thông nhập viện tại các cơ sở y tế trên địa bàn tăng trung bình 3% mỗi năm, chiếm khoảng 60% tổng số ca tai nạn thương tích nhập viện.

Sự gia tăng liên tục của các trường hợp tai nạn giao thông không chỉ gây áp lực lớn lên hệ