

Tạp chí  
**Nhãn khoa Việt Nam**

VIETNAMESE JOURNAL OF OPHTHALMOLOGY

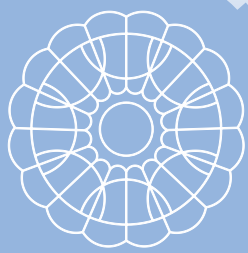
Số 64 **10/2024**  
ISSN: 1859 - 395X



**CHÀO MỪNG HỘI NGHỊ NHÃN KHOA TOÀN QUỐC 2024**

**HỘI NHÃN KHOA VIỆT NAM**





Tạp chí

Số 64 10/2024  
ISSN: 1859 - 395X

# Nhãn khoa Việt Nam

VIETNAMESE JOURNAL OF OPHTHALMOLOGY

## TỔNG BIÊN TẬP:

PGS.TS. NGUYỄN XUÂN HIỆP

## HỘI ĐỒNG BIÊN TẬP

PGS.TS. PHẠM NGỌC ĐÔNG

PGS.TS. BÙI THỊ VÂN ANH

TS. NGUYỄN QUỐC ANH

TS. HOÀNG QUANG BÌNH

PGS.TS NGUYỄN HỮU CHỨC

PGS.TS LÊ XUÂN CUNG

TS. HOÀNG CƯỜNG

TS. ĐẶNG TRẦN ĐẠT

PGS.TS NGUYỄN QUỐC ĐẠT

PGS.TS. NGUYỄN THỊ THU HIỀN

GS.TS. ĐỖ NHƯ HƠN

PGS.TS. PHAN VĂN NĂM

PGS.TS. ĐỖ TẤN

PGS.TS. VŨ THỊ BÍCH THUY

TS. NGUYỄN XUÂN TỊNH

BSCCKII. PHẠM NHƯ VĨNH TUYẾN

## TRƯỞNG BAN THẨM ĐỊNH

PGS.TS. PHẠM NGỌC ĐÔNG

## BAN THƯ KÍ BIÊN TẬP

PGS.TS. BÙI THỊ VÂN ANH

TS. HOÀNG CƯỜNG

TS. PHẠM THU MINH

THS. PHẠM KIẾN TRUNG

THS. NGUYỄN THU TRANG

## TOÀ SOẠN VÀ TRỊ SỰ

THS. VŨ LONG

CN. NGUYỄN THỊ KIM LINH

## THIẾT KẾ

Công ty TNHH In ĐẠI THÀNH

## TRỤ SỞ BAN BIÊN TẬP:

Phòng QLKH - Đào tạo Bệnh viện  
Mắt Trung ương

85 Bà Triệu - Hà Nội

Điện thoại: 024.38228956

Email: hoinhankhoa@gmail.com

tapchinhankhoa@gmail.com

Website: www.hoinhankhoa.vn

## GIẤY PHÉP XUẤT BẢN:

Số 473/GP-BTTTT

ngày 03/10/2022.

## Trong số này

### NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Trang

- Hiệu quả của Piracetam trên bệnh lý viêm võng mạc sắc tố: nhân một trường hợp  
*Lê Đỗ Thùy Lan, Lê Đỗ Tấn Sang* 2
- Tỉ lệ mắc hội chứng thị giác máy tính (CVS) trên sinh viên y khoa trường đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch  
*Vy Đặng Thanh Trúc, Trịnh Quang Trí, Nguyễn Hưng Thịnh* 10
- Đánh giá dự án chăm sóc tật khúc xạ học sinh tại huyện Lương Sơn và Đà Bắc, tỉnh Hoà Bình  
*Nguyễn Trí Dũng, Phạm Kim Ngọc* 19
- Đặc điểm lâm sàng khô mắt ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp  
*Phạm Thị Phương, Lê Xuân Cung, Nguyễn Thị Thu Thủy* 23
- Đánh giá độ chính xác công thức Barrett Universal II để tính công suất thủy tinh thể nhân tạo ở mắt có trục nhãn cầu dài  
*Nguyễn Thị Diễm Uyên, Nguyễn Thị Tú Uyên, Đoàn Thị Ngọc An, Trương Thị Hiền Thơ, Bùi Trung Hậu* 29
- Đặc điểm khô mắt trên bệnh nhân mắc hội chứng Sjogren nguyên phát  
*Trần Thị Hương Trà, Phạm Ngọc Đông, Đặng Thị Minh Tuệ, Phạm Trần Trúc Anh, Võ Thị Bảo Châu, Vũ Hoàng Thảo My* 37

- Độ chính xác các thông số trông kính của bệnh nhân tại phòng khám đa khoa trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch 43

*Phạm Trần Trúc Anh, Võ Thị Bảo Châu,  
Vũ Hoàng Thảo My*

## TỔNG QUAN

- 2030 in sight – Vì một thế giới không còn mù loà có thể phòng chữa được 52

*Nguyễn Việt Giáp*

## TIN TỨC - SỰ KIỆN

- Thanh toán bệnh mắt hột tại Việt Nam - hơn 70 năm một chặng đường 54

*Phạm Ngọc Đồng*

- Hoạt động của các câu lạc bộ trong năm 2024 56

*Nguyễn Thị Thu Thủy, Đoàn Đức Long,  
Nguyễn Văn Huy, Đặng Trần Đạt*

- TTND, TSDN, BSCK2 Nguyễn Việt Giáp được vinh danh tri thức khoa học công nghệ tiêu biểu năm 2024 61

*Theo Tạp chí Tổ chức Nhà nước - Bộ Nội vụ*

Thông tin liên hệ gửi bài báo cáo khoa học đăng trên tạp chí Nhân khoa Việt Nam

**Văn phòng Hội Nhân khoa Việt Nam**

**Bệnh viện Mắt Trung ương**

85 phố Bà Triệu, phường Nguyễn Du, quận Hai Bà Trưng, Hà Nội

CN. Nguyễn Thị Thuý Hà – Chánh văn phòng

Email: tapchinhankhoa@gmail.com

Điện thoại: 098.366.1109.

## TẠP CHÍ NHÂN KHOA VIỆT NAM

Giấy phép xuất bản: Số 473/GP-BTTTT ngày 03/10/2022.

Địa chỉ: 85 phố Bà Triệu, phường Nguyễn Du, quận Hai Bà Trưng, Hà Nội

Điện thoại: 024.38228956 \* Email: hoinhankhoa@gmail.com

Website: www.hoinhankhoa.vn

Tổng biên tập: PGS.TS. NGUYỄN XUÂN HIỆP

In tại Công ty TNHH In Đại Thành. Khổ 20.5x29.5cm

# Thư ngỏ

Thay mặt Hội Nhân khoa Việt Nam, tôi xin được gửi lời chào trân trọng, lời chúc sức khỏe tới các bạn đồng nghiệp, các hội viên trong cả nước. Trong những năm vừa qua, do đại dịch covid 19, do những bất cập trong đầu tư mua sắm trang thiết bị, thuốc, vật tư tiêu hao đã làm cho hoạt động chuyên môn trong ngành Y nói chung và ngành Nhân khoa nói riêng gặp không ít khó khăn trong công tác khám chữa bệnh, đào tạo, nghiên cứu khoa học. Một số hoạt động của Hội cũng như việc xuất bản Tạp chí Nhân khoa bị gián đoạn.

Sau đại dịch covid 19, các chi hội và các câu lạc bộ đã tích cực hoạt động để hoạt động của Hội trở lại bình thường, đưa ngành Nhân khoa Việt Nam tiếp tục phát triển. Hội cũng sẽ cố gắng duy trì hoạt động xuất bản Tạp chí Nhân khoa Việt Nam để tạp chí thực sự là diễn đàn trao đổi kiến thức, kinh nghiệm gắn kết các hội viên hội Nhân khoa Việt Nam.

Hội cũng đề nghị các hội viên tiếp tục hoạt động tích cực trong công tác khám chữa bệnh, nghiên cứu khoa học, xuất bản tạp chí đưa Hội Nhân khoa Việt Nam hoàn thành sứ mệnh, hội nhập với các nước trong khu vực và Quốc tế.

Chúc các hội viên, các chi hội, các câu lạc bộ đạt được nhiều thành công mới!

Trân trọng cảm ơn!

**Chủ tịch  
Hội Nhân khoa Việt Nam**



**GS. TS. Tôn Thị Kim Thanh**

## HIỆU QUẢ CỦA PIRACETAM TRÊN BỆNH LÝ VIÊM VÕNG MẠC SẮC TỐ: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP

Lê Đỗ Thuỳ Lan<sup>1</sup>, Lê Đỗ Tấn Sang<sup>2</sup>

### TÓM TẮT :

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả điều trị của Piracetam trên bệnh lý viêm võng mạc sắc tố.

**Phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo ca lâm sàng thực hiện thử nghiệm off label một bệnh nhân viêm võng mạc sắc tố với Piracetam 12g/lọ, 4 đợt điều trị trong 12 tháng.

**Kết quả:** Bệnh nhân nam, 29 tuổi, đến khám vì hai mắt mù. Thị lực hai mắt Bóng bàn tay, thị lực bên mắt hoàn toàn. Khám lâm sàng ghi nhận bán phần trước bình thường, đáy mắt có các sắc tố dạng tế bào hình xương rải rác khắp chu biên võng mạc, lan vùng hoàng điểm. Bệnh nhân được chẩn đoán viêm võng mạc sắc tố và được điều trị thử với Piracetam tiêm tĩnh mạch liều 12g nhiều đợt, mỗi đợt kéo dài 5 - 10 ngày liên tiếp. Sau 4 đợt điều trị, thị lực mắt phải đạt ĐNT 0,7m và mắt trái đạt ĐNT 1,5m, thị lực bên ở hai mắt mở rộng về phía thái dương 135 độ.

**Kết luận:** Viêm võng mạc sắc tố là bệnh lý đe dọa thị lực nặng nề từ lúc trẻ tuổi. Hiện nay, chưa có thuốc điều trị đặc hiệu cho bệnh lý này, các liệu pháp điều trị đa số nhắm vào gen và tế bào học với giá thành rất cao, chỉ sử dụng cho từng nhóm bệnh nhân có đột biến gen cụ thể. Điều trị bằng Piracetam trong thử nghiệm off label này bước đầu đã cải thiện mức thị lực thấp, tuy nhiên bệnh nhân đã tự sinh hoạt hằng ngày.

**Từ khóa:** viêm võng mạc sắc tố, piracetam.

## EFFECTIVENESS OF PIRACETAM IN RETINITIS PIGMENTOSA: A CASE REPORT

### SUMMARY:

**Objective:** Evaluate the effectiveness of piracetam in retinitis pigmentosa (RP).

**Method:** A case report of a clinical trial off label of a patient with retinitis pigmentosa with Piracetam 12g/bottle, 4 courses in 12 months.

**Result:** A male patient, 29 years old, came for examination because of blindness in both eyes. Binocular vision was hand motion, peripheral vision was completely lost. Clinical

1 Nguyễn Trường Bộ môn Mắt Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

2 Bác sĩ Phòng khám Mắt thuộc Công ty TNHH MTV PKĐK Thanh Quan

Chịu trách nhiệm nội dung: Lê Đỗ Thuỳ Lan

Người thẩm định: PGS. TS Nguyễn Hữu Chức, PGS. TS Võ Hoàng Thuý Lan, PGS. TS Lê Minh Tuấn

examination revealed that the anterior segment was normal, the fundus had spongy cell pigments scattered throughout the peripheral retina, spreading to the macular. The patient was diagnosed with retinitis pigmentosa and received a blinded clinical trial with intravenous Piracetam 12g in several courses, each course lasting 5 - 10 consecutive days. After 4 courses, visual acuity of the right eye was counting fingers (CF) 0.7m and the left eye was CF 1.5m, and beside vision in both eyes was widen to 135 degrees of the temporal side.

**Conclusion:** Retinitis pigmentosa is a disease, which seriously threatens vision from a young age.

Currently, there is no specific treatment for RP. Ongoing therapies, which are mostly based on genes and cells with extremely high price, are only used for groups of patients with specific gene mutations. Treatment with Piracetam in this off label clinical trial initially improved low vision, but the patient was able to do himself living activities basically daily.

**Keywords:** retinitis pigmentosa, piracetam.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm võng mạc sắc tố (Retinitis pigmentosa, viết tắt là RP), cũng có tên gọi khác là thoái hóa sắc tố võng mạc do không có tiến trình viêm xảy ra, chỉ có tiến trình thoái triển tế bào võng mạc; là một nhóm bệnh lý võng mạc di truyền do tập hợp các đột biến gen khác nhau, hầu hết liên quan sự mất dần các tế bào cảm thụ quang, cả tế bào que và tế bào nón, và mất chức năng lớp biểu mô sắc tố. Bệnh thường xảy ra ở hai mắt, đặc trưng bởi mất thị lực tiến triển. Giai đoạn đầu biểu hiện bằng sự thoái hoá tiến triển và chết dần của tế bào que, do đó triệu chứng khởi phát thường là giảm thị lực về đêm hoặc quáng gà; đồng thời thu hẹp dần thị trường chu biên. Giai đoạn muộn, các tế bào nón cũng bị ảnh hưởng, gây giảm thị lực tiến triển, thị trường thu hẹp hình ống và kèm theo giảm sắc giác. Đến trước 40 tuổi, hầu hết bệnh nhân chỉ còn cảm nhận ánh sáng. Điều này dẫn đến khó khăn trong công việc, tăng mức độ lo lắng, trầm cảm và sự cô lập với xã hội, ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân.

Trên thế giới, hiện có 131 loại thuốc, không có Piracetam, đã được báo cáo ở tất cả các giai đoạn phát triển lâm sàng trong điều trị viêm võng mạc sắc tố (1). Trong đó, liệu pháp gen và tế bào gốc hiện là các phương pháp điều trị chính được nghiên cứu. Tuy nhiên, cho đến thời điểm hiện tại, liệu pháp gen Voretigene neparvec (tên thị trường là Luxturna) và cấy ghép võng mạc điện tử Argus II là hai phương pháp điều trị duy nhất được FDA chấp thuận trong điều trị viêm võng mạc sắc tố. Luxturna chỉ phù hợp với một số nhỏ những bệnh nhân có đột biến gen RPE65, chiếm 0.3-1% tổng số bệnh nhân viêm võng mạc sắc tố. Hai phương thức điều trị này có một số nhược điểm như chi phí điều trị rất cao, bệnh nhân phải trải qua phẫu thuật cắt dịch kính, tiêm thuốc dưới võng mạc; hoặc cấy ghép võng mạc nhân tạo trước võng mạc, do đó đòi hỏi phẫu thuật viên phải có tay nghề cao, cho nên những phương pháp điều trị này hiện nay chưa phổ biến rộng rãi, nhất là ở những nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam.

Piracetam đã được chứng minh là có

hiệu quả trong việc chống lại quá trình stress oxy hoá trong các bệnh lý thần kinh. Mặt khác, các nghiên cứu trước đây đã cho thấy nhiều yếu tố liên quan đến cơ chế sinh bệnh của viêm võng mạc sắc tố, trong đó có quá trình stress oxy hoá. Vì vậy, với mục đích cải thiện thị lực có thể đạt mức độ thấp, bệnh nhân tự sinh hoạt, chúng tôi tiến hành nghiên cứu thử nghiệm off label điều trị bệnh lý viêm võng mạc sắc tố bằng piracetam.

## **2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU: CA LÂM SÀNG**

Bệnh nhân nam Hoàng Văn P., 29 tuổi, nghề nghiệp nhân viên massage khiếm thị, cư trú quận 10, TPHCM, đến khám vì hai mắt mù.

*Hình 2.1: Bệnh nhân Hoàng Văn P.*



### **2.1 Bệnh sử**

Bệnh nhân khai hai mắt mờ tăng dần từ lúc học mẫu giáo, không đau, không tiền căn chấn thương trước đó. Năm 2010, bệnh nhân khám mắt tại phòng khám tư, thị lực tối đa sau đo khúc xạ đạt 1/10 MP và 5/10 MT. Năm 2012, bệnh nhân được chẩn đoán MP lé ngoài 40 độ, nhược thị. Sau đó, bệnh

nhân khám BV Mắt Trung ương, được chẩn đoán hai mắt bệnh viêm võng mạc sắc tố, kết quả đo điện võng mạc đồ (ERG), tiêu hủy hoàn toàn võng mạc hai mắt, bệnh nhân không được điều trị gì. Hiện tại, hai mắt mờ nhiều, bệnh nhân phải có người dắt khi đi lại sinh hoạt và đến khám phòng khám Mắt thuộc công ty TNHH MTV PKĐK Thanh Quan, được chẩn đoán 2M: Viêm võng mạc sắc tố (RP). Bệnh nhân xin được điều trị để giúp đi lại được.

### **2.2 Tiền căn:**

không ghi nhận dị tật bẩm sinh, không giảm thính lực, không bệnh lý toàn thân khác kèm theo. Tiền căn gia đình liên quan viêm võng mạc sắc tố không rõ.

### **2.3 Khám:**

Thị lực: 2M = Bóng bàn tay

Nhãn áp: 2M = 20.6 mmHg

Thị lực trung tâm 2M: thị lực hình ống

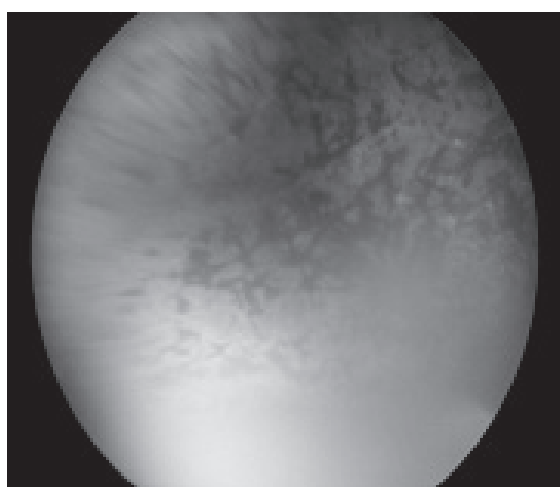
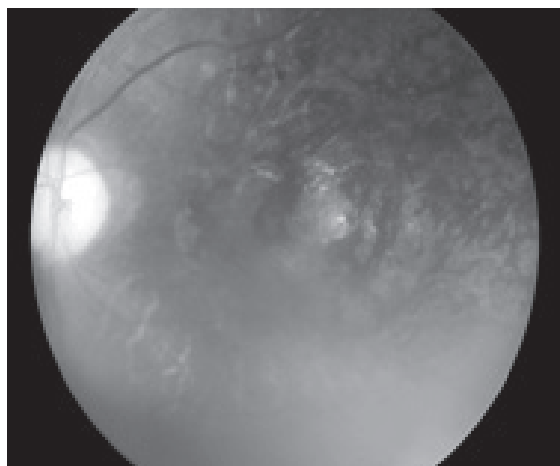
Thị lực bên: Mất hoàn toàn

Nhận biết màu: bệnh nhân chỉ nhìn thấy hai bóng màu trắng và đen

Khám sinh hiển vi: 2M Bán phần trước chưa ghi nhận bất thường.

Soi đáy mắt bằng kính Volkman Digital ghi nhận các sắc tố dạng tế bào hình xương rải rác khắp ngoại vi võng mạc, lan vào vùng hoàng điểm; gai thị nhạt màu và động mạch co nhỏ.

Chụp đáy mắt cho kết quả:



Hình 2.2: Hình chụp đáy mắt hai mắt

Không thực hiện chụp OCT hoặc OCT-A, không đo ERG lần 2, không đo thị trường, không đo sắc giác, không chụp mạch huỳnh quang (FA).

Xét nghiệm máu không ghi nhận suy chức năng gan, thận.

### 2.4 Điều trị

Bệnh nhân được giải thích tại Việt Nam hiện tại chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, thuốc duy nhất được FDA công nhận là Luxturna với giá 850.000 đô-la Mỹ 2 mắt, chỉ áp dụng với các đột biến gen RPE65. Tuy nhiên, bệnh nhân vẫn mong muốn được cải thiện thị lực phần nào. Vì vậy, chúng tôi đã giải thích tác dụng hỗ trợ của Piracetam

trên một số bệnh lý thần kinh, tai mũi họng, mắt như đột quỵ thiếu máu não, đái tháo đường, thiếu máu thị thần kinh đạt hiệu quả, nhưng chưa từng điều trị bệnh lý viêm võng mạc sắc tố, nên sẽ tiến hành điều trị thử nghiệm off label với Piracetam cho bệnh nhân và được bệnh nhân chấp thuận (không có hình ảnh ghi lại hoạt động của bệnh nhân trước nghiên cứu).

Phương pháp điều trị: truyền tĩnh mạch chậm Piracetam liều 12g/lọ (theo liều điều trị của bệnh lý thần kinh, tai mũi họng), truyền mỗi ngày 1 lọ, liên tục trong 5-10 ngày mỗi đợt. Sau mỗi đợt đánh giá lại thị lực và đưa ra quyết định tiếp tục điều trị hay không.

### 3. KẾT QUẢ

– Đợt 1 liên tục 10 ngày từ 06/03 - 15/03/2023: thị lực MP đạt ĐNT 0,2m và thị lực MT đạt ĐNT 0,5m. Sau đó, bệnh nhân được hẹn tái khám sau 10 ngày.

Tại thời điểm tái khám ngày 27/03/2023, thị lực MP = ĐNT 0,5m và MT = ĐNT 1,5m. Bệnh nhân được tiếp tục điều trị đợt 2 với Piracetam liều 12g/lọ/ngày, truyền tĩnh mạch chậm mỗi ngày liên tục 8 ngày:



Hình 2.3: Bệnh nhân tự lấy dép thay





*Hình 2.4: Bệnh nhân tự ngồi ghế*

- Đợt 2 từ 27/03 - 03/04/2023: thị lực đạt MP = ĐNT 0,7m và MT = ĐNT 1,5m. Thị lực bên mở rộng 135 độ về phía thái dương ở cả hai mắt. Ngoài ra, nhận biết màu sắc của bệnh nhân cũng cải thiện một phần, thấy được ba màu gồm trắng, đen và hồng. Trong đó, đa phần bệnh nhân thấy hai màu trắng và đen, thỉnh thoảng nhận diện được màu hồng.

Sau 2 đợt điều trị, bệnh nhân đã có thể tự sinh hoạt như tự đi lại, nhìn thấy nắm đấm cửa, tự mở cửa, nhìn số trên tiền giấy. Bệnh nhân được ngưng điều trị, hẹn tái khám sau 6 tháng.

Bệnh nhân tái khám sau 6 tháng. Tại thời điểm 18/09/2023: Bệnh nhân khai thị lực nhìn thẳng ở 2M giảm dần trong quá trình ngưng điều trị, tuy nhiên thị lực bên không bị thu hẹp.

Thăm khám ghi nhận thị lực MP = ĐNT 0,3m và MT = ĐNT 0,5m. Bệnh nhân được điều trị đợt 3 trong 5 ngày liên tục:

- Đợt 3 từ 18/09 - 22/09/2023: thị lực cải thiện, đạt MP = ĐNT 0,7m và MT = ĐNT 1,5m. Bệnh nhân được ngưng điều trị, hẹn tái khám sau 6 tháng.

Bệnh nhân tái khám sau 6 tháng. Tại

thời điểm 18/03/2024: thị lực ghi nhận MP = ĐNT 0,5m và MT = ĐNT 0,5m, thị lực bên và nhận biết màu sắc không thay đổi. Bệnh nhân được điều trị đợt 4 trong 5 ngày liên tục:

- Đợt 4 từ 18/03 - 22/03/2024: thị lực đạt MP = ĐNT 0,7m và MT = ĐNT 1m.

- Ngày 12/07/2024: tái khám, ghi nhận thị lực MP = ĐNT 1m và MT = ĐNT 1m

Trong suốt quá trình điều trị, không ghi nhận các tác dụng phụ của Piracetam như dị ứng thuốc, tăng cân, tăng vận động, hồi hộp, suy nhược, trầm cảm; các xét nghiệm máu và chức năng gan, thận trong giới hạn bình thường.

#### **4. BÀN LUẬN**

Viêm võng mạc sắc tố là một nhóm bệnh lý võng mạc di truyền do tập hợp các đột biến gen khác nhau, đặc trưng bởi mất thị lực tiến triển liên quan sự mất dần các tế bào cảm thụ quang, cả tế bào que và tế bào nón, và mất chức năng lớp biểu mô sắc tố.

Bệnh thường xảy ra ở cả hai mắt, tương đối đều nhau, có nhiều biểu hiện lâm sàng khác nhau và được chia thành hai nhóm: (1) kèm bệnh lý toàn thân và (2) không kèm bệnh lý toàn thân, trong đó viêm võng mạc sắc tố đơn thuần tại mắt chiếm đa số các trường hợp. Khám sinh hiển vi bằng kính soi đáy mắt gián tiếp với ba dấu hiệu điển hình: các sắc tố đen tụ lại thành từng đám có dạng tế bào, mạch máu co nhỏ và đĩa thị nhạt màu. Các sắc tố hình xương nằm dọc hoặc bao quanh mạch máu xuất phát từ võng mạc sau xích đạo, sau lan ra chu biên và trung tâm. Khi màng Bruch bị phá vỡ, võng mạc mỏng dần, mạch máu co nhỏ, đặc biệt là mao mạch và động mạch. Giai đoạn muộn, đĩa thị nhạt màu, teo gai thị. Một số cận lâm sàng bao gồm đo thị trường, đo

sắc giác và điện võng mạc, chụp OCT, chụp đáy mắt tự phát huỳnh quang FFA. Trong đó, điện võng mạc là xét nghiệm quan trọng nhất giúp đánh giá các bệnh lý võng mạc di truyền, có thể được thực hiện sớm ngay cả trước khi có triệu chứng.

Hiện nay, viêm võng mạc sắc tố vẫn chưa có thuốc điều trị đặc hiệu. Trong thế kỷ 20, một số nước phương Tây đã áp dụng tiêm dưới kết mạc hoặc tiêm cạnh nhãn cầu các chiết xuất từ nhau thai vào việc điều trị bệnh, tuy nhiên không đạt kết quả (2). Tại Việt Nam việc áp dụng cấy mảnh nhau thai ở mặt trên ngoài cánh tay, sau đó tiêm cạnh nhãn cầu chiết xuất của nhau thai (Placentil) nhiều năm cũng không đem lại hiệu quả. Cuối thế kỷ XX, nhiều thử nghiệm đã được tiến hành với mục đích điều trị thành công viêm võng mạc sắc tố, chủ yếu là liệu pháp gen và tế bào gốc. Đến thời điểm hiện tại, trên thế giới hiện có 131 loại thuốc đang được nghiên cứu, trong đó không có Piracetam, đã được báo cáo ở tất cả giai đoạn phát triển lâm sàng trong điều trị viêm võng mạc sắc tố.

Hai trong các liệu pháp điều trị được FDA công nhận năm 2022 là: (1) liệu pháp gen Voretigene neparvovec (Luxturna, Mỹ), sử dụng cho bệnh nhân có đột biến gen RPE65, giá thành rất cao 850 ngàn đô-la Mỹ 2 mắt; bệnh nhân phải trải qua một cuộc phẫu thuật cắt dịch kính và tiêm thuốc dưới võng mạc, do đó đòi hỏi phẫu thuật viên phải có tay nghề cao. Các nghiên cứu gần đây báo cáo sau khi điều trị với Luxturna, có sự cải thiện trong thị trường và ngưỡng độ nhạy ánh sáng, tuy nhiên thị lực tốt nhất sau khi chỉnh kính không có sự thay đổi đáng kể (2, 3), do thị lực chỉnh kính chủ yếu đánh giá hoạt động của tế bào nón và vùng hoàng điểm, nên không được xem là thuốc

đo đánh giá hiệu quả điều trị vì liệu pháp này nhắm vào các tế bào que. Nghiên cứu của tác giả Fischer cũng ghi nhận thời điểm can thiệp điều trị là quan trọng, và một số biến cố bất lợi có thể xảy ra trong quá trình điều trị, trong đó teo hắc võng mạc thường gặp nhất; (2) liệu pháp cấy ghép võng mạc điện tử Argus II (Canada), được sử dụng cho bệnh nhân chỉ còn thấy ánh sáng, bao gồm hệ thống chip trên võng mạc và camera trên gọng kính đeo bên ngoài.

Ngoài ra, các liệu pháp điều trị RP khác đã được tiến hành bao gồm tế bào gốc, laser quang đông võng mạc, một số loại thuốc và thảo dược ((1, 3-5). Các nghiên cứu gần đây kết luận vitamin A liều cao 15.000 đơn vị và DHA không có hiệu quả trong điều trị viêm võng mạc sắc tố, vì các thay đổi trên thị trường hoặc điện võng mạc không rõ ràng, thừa vitamin A ảnh hưởng chức năng gan, có thể gây dị tật bẩm sinh và làm tăng tích tụ lipofuscin trong võng mạc và thúc đẩy quá trình bệnh. Tác giả Chen Ou (Trung Quốc) đã thử nghiệm trên chuột chiết suất của câu kỷ tử và đan sâm có thể giúp cải thiện hình thái và chức năng của võng mạc, thông qua việc điều chỉnh con đường Nrf2/HO-1 để ức chế phản ứng oxy hóa (4).

Tuy nhiên, hiệu quả điều trị của các liệu pháp vẫn còn rất thấp, hoặc không thành công. Mục tiêu chính trong việc phục hồi thị lực cho bệnh nhân vẫn là mù chưa hoàn toàn, bệnh nhân có thể tự đi lại và sinh hoạt được.

Piracetam là một dẫn xuất của chất dẫn truyền thần kinh GABA (Gamma Amino-Butyric Acid), là một chất có tác dụng cải thiện chuyển hóa của tế bào thần kinh, giúp các tế bào này hoạt động tốt hơn như Acetylcholin, Noradrenalin, Dopamine. Một nghiên cứu tiến hành trên bệnh nhân

Alzheimer và Parkinson ghi nhận stress oxy hoá và mất chức năng ty thể là một trong các nguyên nhân chính dẫn đến chết tế bào thần kinh. Ty thể là một trong những nguồn chính gây stress oxy hoá vì nó sử dụng oxy để tạo năng lượng. Điều này liên quan đến hai con đường, phụ thuộc và không phụ thuộc protein caspase. Mặt khác, stress oxy hoá có thể gây chết tế bào thần kinh qua con đường không phụ thuộc caspase. Nghiên cứu cho thấy Piracetam tạo ra hiệu quả chống viêm, chống oxy hoá và ngăn chặn quá trình chết tế bào. Quá trình stress oxy hoá làm tăng nồng độ các gốc oxy hoá hoạt động có nguồn gốc từ oxy (ROS), điều này bị ức chế khi điều trị bằng Piracetam. Ngoài ra, Piracetam cũng giúp cải thiện chức năng ty thể thông qua việc tăng cường tính lưu động của màng ty thể (6). Hiện nay, việc điều trị các bệnh lý thần kinh và nhân khoa bằng Piracetam vẫn chưa được FDA công nhận vì một số tác dụng phụ như tăng vận động, tăng cân, hồi hộp, buồn ngủ, trầm cảm và suy nhược, làm giảm kết tập tiểu cầu cũng như nồng độ fibrinogen, và chống chỉ định ở bệnh nhân xuất huyết não, suy thận (7).

Liên quan đến viêm võng mạc sắc tố, các nghiên cứu trước đây đã ghi nhận stress oxy hoá có liên quan đến sự chết của các tế bào cảm thụ quang tại võng mạc. Tế bào que có số lượng nhiều nhất ở võng mạc, chiếm 95% ở lớp nhân ngoài, chứa nhiều ty thể và có hoạt động trao đổi chất mạnh nhất cũng như tiêu thụ nhiều oxy nhất. Khi các tế bào que chết do các đột biến gen gây ra, mức tiêu thụ oxy ở vùng võng mạc ngoài giảm đáng kể. Trong khi đó, sự cung cấp oxy không giảm, dẫn đến nồng độ oxy ở vùng võng mạc ngoài tăng cao. Sự co thắt mạch máu võng mạc ở bệnh nhân viêm võng mạc sắc tố cho thấy oxy tràn từ vùng võng mạc

ngoài vào vùng võng mạc trong (8). Các nghiên cứu tiến hành trên động vật ghi nhận nồng độ oxy tăng sẽ dẫn đến các tổn thương oxy hóa tiến triển ở các tế bào nón. Mật độ tế bào nón ở vùng ngoại vi giữa của võng mạc thấp, nên khi tế bào que chết, các tế bào nón vùng này tiếp xúc lượng oxy mô đặc biệt cao, dẫn đến quá trình thoái hoá tế bào nón bắt đầu xảy ra tại vùng này. Khi các tế bào nón vùng này chết, lâm sàng sẽ biểu hiện bằng ám điểm vòng. Mặt khác, các tế bào nón còn lại ở rìa trong và ngoài ám điểm tiếp xúc với lượng oxy trong mô cao nhất, có thể dự đoán rằng ám điểm sẽ lan rộng về cả phía ngoại vi lẫn trung tâm. Quá trình chết tế bào nón diễn ra từ từ, liên tục. Vì mật độ tế bào nón tại hố trung tâm cao nhất, nên tế bào nón tại đây tồn tại lâu nhất. Khi tế bào nón tại vùng này chết sẽ dẫn đến mất thị lực trung tâm, bệnh nhân mù hoàn toàn (9).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, việc điều trị viêm võng mạc sắc tố bằng Piracetam có hiệu quả trong việc cải thiện thị lực, thị trường và một phần sắc giác. Sự cải thiện này nghĩ nhiều do hiệu quả chống oxy hoá của Piracetam đối với quá trình stress oxy hoá diễn ra trên võng mạc. Khi tiếp xúc với nồng độ oxy cao trong võng mạc lâu dài, các tế bào nón chết dần; việc này được cải thiện nhờ tác dụng ức chế quá trình stress oxy hoá của Piracetam, giúp kéo dài thời gian sống của các tế bào nón. Vì bệnh nhân đến khám ở thời điểm khá muộn, thị lực ban đầu thấp, nên nghĩ nhiều các tế bào que và tế bào nón đã chết nhiều. Vì vậy, việc điều trị bằng Piracetam chỉ có tác dụng ngăn chặn quá trình stress oxy hoá diễn ra ở các tế bào nón còn sót lại, chủ yếu ở vùng thị lực trung tâm. Mặt khác, vì quá trình stress oxy hoá trong mô võng mạc diễn ra liên tục, nên khi

ngưng điều trị với Piracetam, các tế bào nón tiếp tục phơi nhiễm với nồng độ oxy cao. Điều này đòi hỏi việc duy trì điều trị với Piracetam. Sau 4 đợt điều trị với Piracetam, hiện tại bệnh nhân không có các biểu hiện của tác dụng phụ như dị ứng thuốc, trầm cảm, suy nhược, tăng cân, tăng vận động, hồi hộp; các xét nghiệm máu, chức năng gan, thận trong giới hạn bình thường. Tuy nhiên, vì cần điều trị trong thời gian dài, nên cần theo dõi sát các tác dụng phụ của thuốc trên người bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi có nhược điểm vì chúng tôi tiến hành điều trị off-label nên việc chẩn đoán và theo dõi chủ yếu dựa vào lâm sàng. Vì vậy, việc theo dõi thay đổi về cấu trúc và chức năng sau điều trị với Piracetam dựa vào cận lâm sàng còn thiếu sót. Nghiên cứu của chúng tôi cung cấp nhận định ban đầu về hiệu quả của Piracetam trong điều trị viêm võng mạc sắc tố, tạo tiền đề để mở rộng trong việc nghiên cứu những bệnh nhân tiếp theo, với các thể lâm sàng khác nhau được thực hiện các xét nghiệm trước, trong và sau khi điều trị, nhằm chứng minh hiệu quả của Piracetam.

## 5. KẾT LUẬN

Báo cáo này tóm tắt một trường hợp viêm võng mạc sắc tố được điều trị bằng

Piracetam. Đây là một bệnh di truyền liên quan đột biến gen về mắt không hiếm gặp. Bệnh xuất hiện từ sớm, gây giảm thị lực tiến triển, hậu quả cuối cùng là mất thị lực, ảnh hưởng lớn đến chất lượng sống của bệnh nhân.

Hiện nay, chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, các phương pháp điều trị được FDA công nhận gồm Luxturna và Argus II chỉ áp dụng cho một nhóm nhỏ bệnh nhân viêm võng mạc sắc tố, giá thành rất cao nên tính ứng dụng chưa thực sự rộng rãi.

Việc điều trị bệnh bằng thử nghiệm off label Piracetam trên một bệnh nhân giúp cải thiện phần nào thị lực, và bệnh nhân đã tự sinh hoạt đi lại, không cần hỗ trợ của người khác.

## Sự chấp thuận của bệnh nhân (Patient consent)

Sự đồng ý bằng văn bản của bệnh nhân về việc xuất bản báo cáo trường hợp này và các hình ảnh liên quan đã được các tác giả nghiên cứu thu thập và lưu giữ.

## Tài trợ (Funding)

Nghiên cứu này không nhận được tài trợ hoặc hỗ trợ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cross N, van Steen C, Zegaoui Y, Satherley A, Angelillo L. Current and Future Treatment of Retinitis Pigmentosa. *Clin Ophthalmol*. 2022;16:2909-21.
2. Das Gupta BK, Sen GC. Tissue Therapy - An analysis of the result obtained by the use of aqueous extract of human placenta in 50 unselected cases. *Indian Journal of Ophthalmology*. 1953;1(2):57-60.
3. Ou C, Jiang P, Tian Y, Yao Z, Yang Y, Peng J, et al. Fructus Lycii and Salvia miltiorrhiza Bunge extract alleviate retinitis pigmentosa through Nrf2/HO-1 signaling pathway. *J Ethnopharmacol*. 2021;273:113993.
4. Kang S, Lorach H, Bhuckory MB, Quan Y, Dalal R, Palanker D. Retinal Laser Therapy

- Preserves Photoreceptors in a Rodent Model of MERTK-Related Retinitis Pigmentosa. *Transl Vis Sci Technol.* 2019;8(4):19.
- Farvardin M, Afarid M, Attarzadeh A, Johari MK, Mehryar M, Nowroozzadeh MH, et al. The Argus-II Retinal Prosthesis Implantation; From the Global to Local Successful Experience. *Front Neurosci.* 2018;12:584.
  - Verma DK, Gupta S, Biswas J, Joshi N, Singh A, Gupta P, et al. New therapeutic activity of metabolic enhancer piracetam in treatment of neurodegenerative disease: Participation of caspase independent death factors, oxidative stress, inflammatory responses and apoptosis. *Biochim Biophys Acta Mol Basis Dis.* 2018;1864(6 Pt A):2078-96.
  - Cohen PA, Zakharevich I, Gerona R. Presence of Piracetam in Cognitive Enhancement Dietary Supplements. *JAMA Intern Med.* 2020;180(3):458-9.
  - Yu DY, Cringle SJ, Su EN, Yu PK. Intraretinal oxygen levels before and after photoreceptor loss in the RCS rat. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2000;41(12):3999-4006.
  - Campochiaro PA, Mir TA. The mechanism of cone cell death in Retinitis Pigmentosa. *Prog Retin Eye Res.* 2018;62:24-37.

## TỈ LỆ MẮC HỘI CHỨNG THỊ GIÁC MÁY TÍNH TRÊN SINH VIÊN Y KHOA TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA PHẠM NGỌC THẠCH

Vy Đặng Thanh Trúc<sup>1</sup>, Nguyễn Hưng Thịnh<sup>1</sup>, Trịnh Quang Trí<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

#### Mục đích:

Khảo sát tỉ lệ mắc Hội chứng thị giác máy tính (CVS) trên sinh viên Y khoa trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch (ĐHYK PNT), đồng thời tìm hiểu sự khác biệt về tỉ lệ mắc CVS của các khóa học, xác định triệu chứng thường gặp và các yếu tố liên quan đến CVS.

#### Phương pháp:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. Sử dụng bộ câu hỏi tự báo cáo trực tuyến để thu thập số liệu trên sinh viên Y khoa trường ĐHYK PNT trong thời gian từ 15/03/2024 – 15/04/2024.

#### Kết quả:

Tỉ lệ mắc CVS được tìm thấy là 84,59%. Trong đó sinh viên năm thứ hai có tỉ lệ mắc cao nhất (86,9%) và năm thứ sáu có tỉ lệ mắc thấp nhất (78,2%). Triệu chứng xuất hiện thường xuyên nhất là “Khô mắt” với 15,7% và “Song thị” là triệu chứng ít phổ biến nhất (3,2%). Các

1 Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch  
Chịu trách nhiệm nội dung: Vy Đặng Thanh Trúc  
Người thẩm định: TS. Hoàng Cương

yếu tố có mối liên quan đến việc mắc CVS được tìm thấy trong nghiên cứu bao gồm giới tính, thời gian sử dụng thiết bị điện tử, khoảng cách, thói quen điều chỉnh độ tương phản độ sáng và nghỉ ngơi mắt trong khi sử dụng thiết bị điện tử.

### Từ khóa:

Hội chứng thị giác máy tính, CVS, thiết bị điện tử, khô mắt, mỏi mắt

### SUMMARY

**Purpose:** To survey the prevalence of CVS in general medical students at Pham Ngoc Thach University of Medicine. At the same time, learn about the differences in the prevalence of CVS between courses, and identify common symptoms and factors related to CVS.

**Methods:** Cross-sectional descriptive study, convenience sampling. An online self-report questionnaire will be used to collect data on medical students at Pham Ngoc Thach University of Medicine from March 15, 2024 to April 15, 2024.

**Results:** The prevalence of CVS was found to be 84.59%. Second-year students have the highest incidence rate (86.9%) and sixth-year students have the lowest incidence rate (78.2%). The most frequently occurring symptom is “Dry eyes” with 15.7% and “Double vision” is the least common symptom (3.2%). Factors associated with developing CVS found in the study include gender, time spent using electronic devices, distance, habits of adjusting brightness contrast, and resting the eyes while using electronic devices.

**Keywords:** Computer vision syndrome, CVS, digital devices, dry eyes, eye strain

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các thiết bị kỹ thuật số như điện thoại, laptop, máy tính, máy tính bảng... đang được con người sử dụng với tần số cao để theo kịp xu hướng tìm kiếm thông tin trên thế giới. Điều này đồng nghĩa với việc gia tăng nhu cầu nhìn gần vào các thiết bị điện tử, từ đó dẫn đến nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe thị giác nói chung và mắc CVS nói riêng. CVS được Hiệp Hội Khúc Xạ Nhân Khoa Hoa Kỳ (AOA) định nghĩa là “một nhóm các vấn đề liên quan đến mắt và thị lực do việc sử dụng máy tính, máy tính bảng, máy đọc sách điện tử và điện thoại di động trong thời gian dài gây ra căng thẳng gia tăng cho thị lực gần nói riêng”<sup>[2]</sup>. Với sự phát triển bùng nổ của công nghệ số và

đặc thù của ngành học, nghiên cứu ở Việt Nam cho thấy sinh viên y khoa là đối tượng dành nhiều thời gian sử dụng các thiết bị điện tử<sup>[1]</sup>. Hơn nữa, một số nghiên cứu quốc tế đã tiến hành khảo sát và báo cáo tỷ lệ mắc CVS ở sinh viên y khoa trong những năm gần đây không dưới 50%<sup>[6,10]</sup>.

Không chỉ làm giảm năng suất làm việc, nghiên cứu năm 2023 chỉ ra rằng CVS còn gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, giấc ngủ và sức khỏe tâm thần<sup>[4]</sup>. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này với các mục tiêu:

1. Khảo sát tỉ lệ mắc CVS trên toàn bộ sinh viên Y đa khoa tại trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch (ĐHYK PNT) bằng bảng câu hỏi CVS – Q đã được chuẩn hóa.
2. Xác định sự khác biệt giữa tỉ lệ mắc

*CVS của các khóa sinh viên Y khoa trường ĐHYK PNT*

3. *Thống kê tỉ lệ các triệu chứng thường gặp nhất trong nhóm của sinh viên Y khoa trường ĐHYK PNT mắc CVS.*

4. *Tìm hiểu các yếu tố nguy cơ của CVS*

## **2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Thiết kế nghiên cứu:**

Nghiên cứu cắt ngang

### **2.2. Đối tượng nghiên cứu:**

Sinh viên Y đa khoa trường ĐHYK PNT  
- Tiêu chí lựa chọn: Các sinh viên từ năm 1 đến năm 6 đang theo học ngành Y khoa tại Trường ĐHYK PNT trong thời gian nghiên cứu.

- Tiêu chí loại trừ: Sinh viên đã trải qua phẫu thuật khúc xạ hoặc phẫu thuật khác về mắt. Sinh viên hiện tại đang mắc các bệnh về mắt (viêm kết mạc, viêm giác mạc, loét giác mạc, đục thủy tinh thể, bệnh lý võng mạc, bệnh lý dịch kính, viêm màng bồ đào, viêm mí mắt, xuất huyết kết mạc, glaucoma, lẹo, chắp, lác/lé, nhược thị, khô mắt).

### **2.3. Cỡ mẫu:**

Chúng tôi sử dụng công thức của Krejcie và Morgan <sup>[5]</sup>:

$$S = \frac{X^2 NP(1-P)}{d^2(N-1) + X^2 P(1-P)}$$

Trong đó: N = 4463; X<sup>2</sup> = 3,481; d = 0,05; P = 82,5% (tỉ lệ P được lấy theo nghiên cứu của Coronel – Ocampus và cộng sự <sup>[3]</sup> năm 2022)

Cỡ mẫu tối thiểu: 233 sinh viên

Phương pháp chọn mẫu: thuận tiện

### **2.4. Công cụ thu thập số liệu:**

Chúng tôi đã sử dụng bộ câu hỏi tự báo cáo trực tuyến gồm ba phần chính để thu thập thông tin.

Phần đầu tiên dùng để khai thác về nhân khẩu học, phần thứ hai là các câu hỏi về thói quen sử dụng thiết bị điện tử và phần cuối cùng là bảng câu hỏi CVS – Q để ghi nhận khả năng mắc CSV. CVS-Q là bảng câu hỏi được María del Mar Seguí công bố vào năm 2015 <sup>[8]</sup>, đây là bộ câu hỏi có giá trị cao và được xác nhận với sự đồng thuận rộng rãi giữa các chuyên gia từ các lĩnh vực khác nhau (y học nghề nghiệp, dịch tễ học, y tế dự phòng, khúc xạ nhãn khoa và bác sĩ nhãn khoa).

### **2.5. Phân tích dữ liệu:**

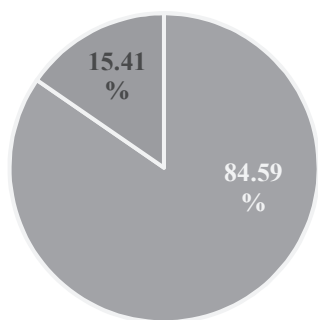
Nhập dữ liệu bằng Microsoft Excel 2019 và phân tích bằng SPSS 20.0. Biến định lượng được mô tả dưới dạng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn, biến định tính được mô tả dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Ngoài ra, kiểm định Khi bình phương, Fisher's exact, hồi quy logistic đơn biến và tỷ số chênh nguy cơ (OR) được sử dụng để tìm mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với CVS. Giá trị p <0,05 được xem có ý nghĩa thống kê.

### **2.6. Đạo đức nghiên cứu:**

Nghiên cứu đã được thông qua sự chấp thuận của Hội Đồng Đạo Đức trong nghiên cứu y sinh học Trường ĐHYK PNT theo quyết định số 1072/TĐHYKPNT – HĐĐĐ ngày 12/03/2024.

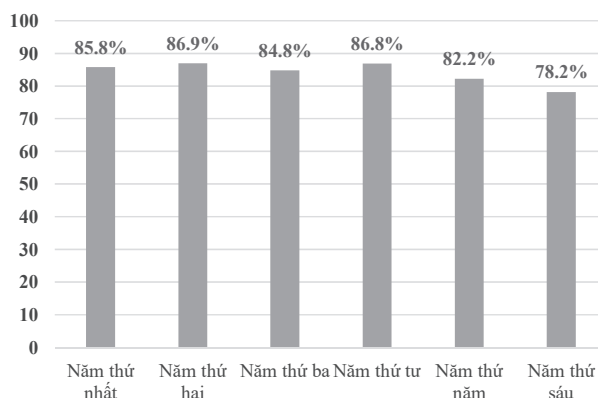
## **3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu nhận được sự tham gia của 354 sinh viên y khoa. Sau khi loại ra 6 sinh viên đã phẫu thuật mắt và 4 sinh viên đang mắc bệnh về mắt, số sinh viên chúng tôi đưa vào nghiên cứu để phân tích là 344. Trong đó, có 174 sinh viên nữ (50,58%) và 170 sinh viên nam (49,42%). Độ tuổi trong nghiên cứu dao động từ 18 - 25 tuổi với độ tuổi trung bình là 21 ± 1,79.



■ Có ■ Không

TỈ LỆ MẮC CVS CHUNG



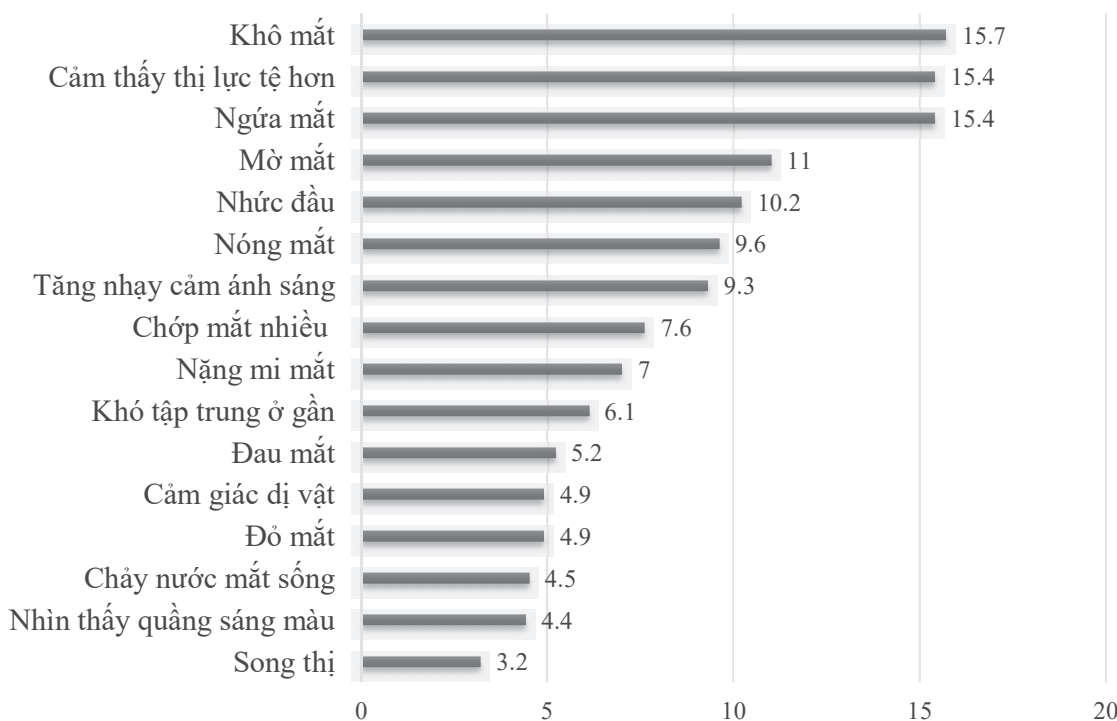
TỈ LỆ MẮC CVS THEO TỪNG NĂM HỌC

### 3.1. Tỷ lệ mắc CVS

Có 291 sinh viên mắc CVS trong tổng số 344 sinh viên tham gia nghiên cứu, chiếm 84,59%. Bên cạnh đó, tỷ lệ mắc CVS ở từng

năm học là gần ngang nhau, trong đó năm thứ hai có tỷ lệ mắc cao nhất (86,9%) và năm thứ sáu có tỷ lệ mắc thấp nhất (78,2%).

### 3.2. Tần suất xuất hiện triệu chứng



Thống kê cho thấy triệu chứng xuất hiện thường xuyên nhất là “Khô mắt” với 15,7%. Tiếp theo là “Ngứa mắt” và “Cảm giác thị lực tệ hơn” đều chiếm tỷ lệ 15,4%. “Song

thị” hay còn gọi là “Nhìn đôi” là triệu chứng ít phổ biến nhất với 3,2%.

### 3.3. Mối liên hệ giữa các yếu tố khác với CVS



<b>Yếu tố</b>	<b>OR</b>	<b>95% CI</b>	<b>Giá trị p</b>
Năm học			
• Năm thứ nhất			0,824***
• Năm thứ hai	0,913	0,360 – 2,311	0,847
• Năm thứ ba	1,092	0,398 – 2,998	0,865
• Năm thứ tư	0,926	0,340 – 2,523	0,880
• Năm thứ năm	1,315	0,495 – 3,498	0,583
• Năm thứ sáu	1,690	0,667 – 4,280	0,269
Giới tính			
• Nam			
• Nữ	2,00	1,112 – 3,741	0,02*
Tuổi	1,091	0,928 – 1,282	0,292***
Sử dụng thuốc toàn thân có tác dụng phụ đến mắt			
• Có			
• Không	1,781	0,402 – 7,883	0,754**
Hút thuốc lá/thuốc lá điện tử			
• Có			
• Không	1,282	0,154 – 10,636	1,000**
Thời gian sử dụng thiết bị điện tử			
• < 2 tiếng/ngày			0,058***
• Từ 2 đến 4 tiếng/ ngày	0,288	0,100 – 0,834	0,022
• Từ 4 đến 6 tiếng/ ngày	0,390	0,158 – 0,959	0,040
• > 6 tiếng/ ngày	0,336	0,143 – 0,789	0,012

Thiết bị điện tử			
• Điện thoại di động	1,192	0,261 – 5,443	1,000**
• Máy tính	1,503	0,698 – 3,233	0,295*
• Laptop	0,743	0,366 – 1,512	0,412*
• Ti vi	0,998	0,441 – 2,260	0,996*
• Máy tính bảng/ tablet	0,645	0,364 – 1,201	0,165*
• Máy đọc sách điện tử	-	-	-
• Máy chơi game tích hợp màn hình điện tử	1,380	1,151 – 12,592	0,569**
• Khác	0,845	0,808 – 0,885	1,000**
Số lượng thiết bị điện tử			
• 01 thiết bị			
• 02 thiết bị trở lên	1,41	0,505 – 3,941	0,563**
Thói quen nghỉ ngơi mắt trong khi sử dụng thiết bị điện tử			
• Có			
• Không	2,00	1,078 – 3,535	0,026*
Mục đích			
• Học tập	0,360	0,032 – 4,401	0,396**
• Giải trí	2,628	0,338 – 20,421	0,483**
• Làm việc	0,881	0,490 – 1,582	0,670*
Bộ lọc ánh sáng xanh			
• Có	1,217	0,676 – 2,190	0,513*
• Không			
Điều chỉnh độ tương phản, độ sáng			
• Có			
• Không	2,00	1,031 – 4,062	0,038*
Khoảng cách sử dụng thiết bị điện tử			
• < 40cm			0,049***
• Từ 40 đến 76 cm	1,386	0,741 – 2,593	0,307
• >76 cm	3,548	1,285 – 9,797	0,015

Ánh sáng môi trường			
• Rất sáng	0,000	0,000	0,999
• Sáng	2,720	0,348 – 21,367	0,340
• Mơ	0,897	0,074 – 10,392	0,931
• Tối			0,387***
Tư thế			
• Cầm tay	0,695	0,301 – 1,605	0,392*
• Ngồi vào bàn	2,811	0,838 – 9,428	0,802*
• Nằm xuống	0,950	0,488 – 1,848	0,880*

**Ghi chú:**

- \* sử dụng kiểm định Khi bình phương
- \*\* sử dụng kiểm định Fisher’s exact
- \*\*\* sử dụng kiểm định hồi quy logistic đơn biến

Bảng thống kê cho thấy các yếu tố có mối liên quan đến việc mắc CVS bao gồm: giới tính ( $p = 0,02$ ); thời gian sử dụng thiết bị trong một ngày ( $p < 0,05$ ); khoảng cách sử dụng ( $p < 0,05$ ); thói quen nghỉ ngơi mắt ( $p = 0,026$ ); thói quen điều chỉnh độ sáng, độ tương phản ( $p = 0,038$ ). Trong đó, sinh viên nữ có tỉ số chênh nguy cơ mắc CVS cao gấp 2 lần nam. Sử dụng thiết bị điện tử dưới 2 tiếng/ ngày là yếu tố bảo vệ của việc mắc CVS. Sử dụng khoảng cách dưới 40cm có tỉ số chênh nguy cơ gấp 3,5 lần so với việc giữ thiết bị ở khoảng cách trên 76cm. Không điều chỉnh độ sáng, độ tương phản, không nghỉ ngơi mắt trong khi sử dụng thiết bị điện tử có tỉ số chênh nguy cơ mắc CVS gấp 2 lần nhóm còn lại. Ngoài ra, chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố còn lại với việc mắc CVS.

**4. BÀN LUẬN**

Có 291 sinh viên trong tổng số 344 sinh viên mắc CVS, đạt 84,49%. Đây là tỷ lệ khá cao và tương đồng với các nghiên cứu khác gần đây [3,12]. Bên cạnh đó, tỉ lệ CVS đạt được ở mỗi quốc gia là không giống nhau.

Ví dụ, nghiên cứu năm 2023 ở Ấn Độ cho thấy tỷ lệ CVS đặc biệt cao là 98,7% [6], nghiên cứu khác ở Pakistan cho thấy tỷ lệ thấp hơn nhiều là 69% [10]. Tuy nhiên, phần lớn các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ CVS đạt trên 50%. Vì vậy, việc nâng cao nhận thức về CVS và điều chỉnh các yếu tố nguy cơ là điều cần thiết, đặc biệt là khi các thiết bị kỹ thuật số đã trở nên không thể thiếu trong cuộc sống hiện tại và tương lai. Ngoài ra, các nghiên cứu trong tương lai nên so sánh tỷ lệ mắc CVS ở sinh viên đại học ở các quốc gia khác nhau bằng các phương pháp tương đồng và tìm ra sự khác biệt đến từ đâu (các yếu tố cá nhân, môi trường, xã hội hoặc các yếu tố khác).

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các triệu chứng ít gặp nhất là “Song thị” (3,2%) và “Quầng sáng màu xung quanh vật tiêu” (4,4%). Phát hiện này tương tự với một nghiên cứu ở châu Á khác [11]. Ngoài ra, triệu chứng xuất hiện nhiều nhất được ghi nhận trong nghiên cứu này là “Khô mắt” với 15,7%. Điều này tương tự với nghiên cứu của Catherine Wang khi tác giả cho rằng triệu chứng thường gặp nhất là nhức đầu và

khô mắt <sup>[10]</sup>. Trên hết, kết quả này củng cố thêm cho phát biểu của Hiệp hội màng nước mắt và bề mặt mắt (Tear Film and Ocular Surface – TFOS) rằng dân tộc Châu Á có nhiều khả năng bị khô mắt hơn<sup>[7]</sup>.

Trong số các yếu tố nguy cơ có liên quan đến việc mắc CVS, giới tính và thời gian sử dụng thiết bị điện tử là hai yếu tố gần như không thể thay đổi. Sinh viên nữ có nguy cơ mắc CVS cao gấp 2 lần so với nam. Nghiên cứu năm 2017 đã củng cố kết quả trên khi cho rằng khô mắt – một trong những triệu chứng của CVS, xảy ra nhiều hơn ở nữ. Điều này chủ yếu do nhiễm sắc thể và hormone sinh dục (ví dụ androgen, estrogen) ở hai giới có sự khác biệt <sup>[9]</sup>. Sử dụng thiết bị điện tử dưới 2 tiếng/ngày là yếu tố bảo vệ của việc mắc CVS trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này tương đồng với khảo sát năm 2022 khi tác giả cũng báo cáo rằng sử dụng thiết bị càng lâu thì khả năng mắc CVS càng cao <sup>[12]</sup>.

Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy vẫn có một số yếu tố khác có thể điều chỉnh được để phòng tránh CVS. Kiểm định hồi quy đơn biến cho thấy sử dụng thiết bị điện tử cách 40 cm có tỷ số chênh nguy cơ gấp 3,5 so với việc giữ thiết bị cách xa 76 cm, tương tự với nghiên cứu ở Thái Lan năm 2022 <sup>[12]</sup> khi tác giả cũng cho rằng việc rút ngắn khoảng cách khi sử dụng thiết bị điện tử sẽ làm tăng khả năng mắc CVS. Ngoài ra, sinh viên có thói quen cho mắt nghỉ ngơi trong lúc sử dụng các thiết bị điện tử giúp giảm nguy cơ mắc CVS đến 2 lần. Điều này có thể là do khi sinh viên không nhìn tập trung vào màn hình điện tử, mắt có cơ hội để giãn điều tiết, tăng tần số chớp mắt và làm mới lại lớp phim nước mắt, từ đó giảm các triệu chứng về khô mắt, mỏi mắt. Cuối cùng, việc không có thói quen điều chỉnh độ

tương phản và độ sáng khi sử dụng thiết bị điện tử gây ra tỷ số chênh nguy cơ cao gấp 2 lần so với nhóm còn lại.

Ngoài ra, nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố còn lại và CVS. Điều này có thể là do quy mô mẫu nhỏ của nghiên cứu hoặc hạn chế của việc sử dụng khảo sát tự báo cáo, từ đó dễ bỏ sót một số triệu chứng cần xác định thông qua thăm khám lâm sàng.

## 5. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Tỉ lệ mắc CVS của sinh viên Y khoa trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch năm học 2023 – 2024 là 84,59%. Tỉ lệ mắc CVS của sinh viên theo từng năm học từ năm thứ nhất đến năm thứ sáu lần lượt là 85,8%; 86,9%; 84,8%; 86,8%; 82,2%; 78,2%. Triệu chứng gặp thường xuyên nhất là “Khô mắt” với tỉ lệ 15,7%, Triệu chứng ít phổ biến nhất là “Song thị” với tỉ lệ 3,2%. Các yếu tố nguy cơ có mối liên quan với khả năng mắc CVS bao gồm: giới tính, thời gian sử dụng thiết bị điện tử, có nghỉ ngơi mắt hay không, có điều chỉnh độ sáng, độ tương phản và khoảng cách tương tác với màn hình.

Các nghiên cứu trong tương lai cần xem xét mở rộng thêm cỡ mẫu và nghiên cứu đào sâu vào từng yếu tố nguy cơ để tìm kiếm thấy mối liên hệ rõ ràng với CVS. Tổ chức những buổi hội thảo để nâng cao nhận thức cho sinh viên về CVS, đồng thời sinh viên nên điều chỉnh các yếu tố như khoảng cách, độ sáng, tương phản và có thói quen nghỉ ngơi mắt trong khi sử dụng thiết bị điện tử. Ngoài ra, do sự đa dạng trong việc lựa chọn loại thiết bị để sử dụng, các nhà lâm sàng cần chú ý trong thực hành về khoảng cách, góc nhìn theo từng cá nhân riêng biệt để đạt hiệu quả tốt nhất.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Dong PTT, Thu LTC, Hong HTL (2022). Nghiên cứu điện thoại thông minh và rối loạn giấc ngủ của sinh viên Điều dưỡng. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 1(1): p.130-138.
2. American Optometric Association - Hiệp hội Khúc xạ Nhân khoa Hoa Kỳ (2021) Computer Vision Syndrome. [online] truy cập từ trang từ trang <https://documents.aoa.org/patients-and-public/caring-for-your-vision/protecting-your-vision/computer-vision-syndrome>
3. Coronel-Ocampos J, Gómez J, Gómez A, Quiroga-Castañeda PP, Valladares-Garrido MJ (2022) Computer Visual Syndrome in Medical Students From a Private University in Paraguay: A Survey Study. *Front Public Health*.10: 935405.
4. Issa R, Sfeir M, Azzi V, et al (2023) Association of Computer Vision Syndrome with Depression/Anxiety among Lebanese Young Adults: The Mediating Effect of Stress. *Healthc Basel Switz*.11(19):2674.
5. Krejcie RV, Morgan DW. (1970) Determining sample size for research activities. *Educ Psychol Meas*. 30(3): p.607-610.
6. Noreen K, Ali K, Aftab K, Umar M (2021) Computer Vision Syndrome (CVS) and its Associated Risk Factors among Undergraduate Medical Students in Midst of COVID-19. *Pak J Ophthalmol*. 37(1)
7. Stapleton F, Alves M, Bunya VY, et al (2017) TFOS DEWS II Epidemiology Report. *Ocul Surf*.;15(3):p.334-365.
8. Seguí M del M, Cabrero-García J, Crespo A, Verdú J, Ronda E. (2015) A reliable and valid questionnaire was developed to measure computer vision syndrome at the workplace. *J Clin Epidemiol*. 68(6):p.662-673.
9. Sullivan DA, Rocha EM, Aragona P, et al (2017) TFOS DEWS II Sex, Gender, and Hormones Report. *Ocul Surf*.15(3):p.284-333.
10. Wang C, Joltikov KA, Kravets S, Edward DP. (2023) Computer Vision Syndrome in Undergraduate and Medical Students During the COVID-19 Pandemic. *Clin Ophthalmol Auckl NZ*. 17:p.1087-1096.
11. Wang L, Wei X, Deng Y. (2021) Computer Vision Syndrome During SARS-CoV-2 Outbreak in University Students: A Comparison Between Online Courses and Classroom Lectures. *Front Public Health*. 9:696036.
12. Wangsan K, Upaphong P, Assavanopakun P, et al. (2022) Self-Reported Computer Vision Syndrome among Thai University Students in Virtual Classrooms during the COVID-19 Pandemic: Prevalence and Associated Factors. *Int J Environ Res Public Health*.19(7):3996.

# ĐÁNH GIÁ DỰ ÁN CHĂM SÓC TẬT KHÚC XẠ HỌC SINH TẠI HUYỆN LƯƠNG SƠN VÀ ĐÀ BẮC, TỈNH HOÀ BÌNH

Nguyễn Chí Dũng<sup>1</sup>, Phạm Kim Ngọc<sup>2</sup>

## TÓM TẮT ĐÁNH GIÁ DỰ ÁN CHĂM SÓC TẬT KHÚC XẠ HỌC SINH TẠI HUYỆN LƯƠNG SƠN VÀ ĐÀ BẮC, TỈNH HOÀ BÌNH

**Đặt vấn đề:** Sau 3 tháng triển khai dự án, đánh giá nhanh tại 6 trường ở 2 huyện.

**Mục tiêu:** Đánh giá thị lực (TL) với kính được cấp hoặc tự mua của HS và chất lượng mài lắp kính của dự án và kính ngoài để nâng cao chất lượng dự án.

**Phương pháp:** Điều tra cắt ngang TL của HS với kính dự án cấp hoặc tự mua với bảng TL LOGMAR, cỡ mẫu từ 30-60. Đánh giá chất lượng mài lắp kính bằng đo công suất khúc xạ và đo khoảng cách đồng tử/ độ cao 2 tâm kính.

**Kết quả:** 58,9% số HS được cấp kính có TL tốt (từ 6/9 trở lên), 34,8 % số HS đã giảm TL < 6/9 với kính đang đeo, chủ yếu do cận thị tiến triển (87,2%). Trong số kính ngoài dự án, 56,7 % số học sinh có TL tốt. Tỷ lệ kính cấp chưa đạt kỹ thuật là 8,9%, tương ứng với kính ngoài là 27,1%. 17,7% số HS đã khám TL thấp chưa có kính đeo.

**Kết luận:** Tỷ lệ HS được cấp kính có TL đạt yêu cầu ( từ 6/9 trở lên) 58,9 % là chưa cao so với yêu cầu của WHO ( trên 70%). 87,2% TL thấp do cận thị tiến triển, gợi ý cần chú trọng GDSK về TKX cho HS và phụ huynh

**Từ khóa:** dự án CSTKX

## ASSESSMENT OF THE REFRACTIVE SERVICE PROJECT FOR SCHOOL CHILDREN IN LUONG SON AND DA BACDISTRICTS, HOABINH PROVINCE

### SUMMARY

**Overview:** need to made rapid assesment after 3 months of the project implementation

**Purpos:** to assest visual accuity (VA) with the glasses provided by the project or glasses

1 Hội Nhân khoa Việt nam

2 Văn phòng ORBIS Hà Nội

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Chí Dũng

Người thẩm định: TS. Nguyễn Thu Thủy

purchased by the children family and the quality of grinding and installation of the glasses.

**Method:** Cross- sectional investigation of the VA with the glasses provided by the project or purchased by the children family by the LOGMAR VA test, sample size 30-60 pupils. To assess the quality of grinding and installation of the glasses by the lensmeter and interpupillary distance of the glasses in comparison with the IPD of each child.

**Results:** 58.9% of the children has a good VA with the provided glasses ( $VA > 6/9$ ), 34.8% of the children has a poor VA with the provided glasses ( $VA < 6/9$ ), mainly due to progressive myopia (87.2%). With the glasses purchased by the children family there is 56.7% of the children has a good VA. The rate of provided glasses has a poor technical standard of grinding and installation is 8.9%, and is 27.1% in the group of the purchased glasses. There is 17.7% of the examined students has a poor VA but has not been corrected yet.

**Conclusion:** the rate of students has a good VA ( $VA > 6/9$ ) with the granted glasses is 58.9% that is not high in comparison with the WHO recommended standard (at least 70%). There is 87.2% of the children with the poor VA due to progressive myopia, this result suggests an important role of health education in the refractive service project for school children and their family.

**Key note:** Refractive service project

## 1. Đặt vấn đề:

Từ 1/2024, tổ chức ORBIS đã tiến hành dự án Tăng cường khả năng chăm sóc tật khúc xạ (TKX) cho học sinh tại các trường THCS và THPT huyện Lương Sơn và Đà Bắc gồm khám và cấp kính giá rẻ cho học sinh (HS). Sau 3 tháng triển khai, tiến hành đánh giá nhanh tại 6 trường của 2 huyện trên.

## 2. Mục tiêu đánh giá:

**2.1.** Tình trạng thị lực (TL) với kính đang đeo của HS được dự án cấp kính và với kính học sinh tự mua

**2.2.** Đánh giá chất lượng mài lắp kính của dự án và kính mài lắp ngoài dự án

**2.3.** Đưa ra những khuyến nghị cần thiết để nâng cao chất lượng dự án, chuyển tuyến

điều trị những trường hợp TKX nặng hoặc có bệnh mắt cần điều trị

## 3. Phương pháp đánh giá:

Điều tra cắt ngang tình trạng TL của HS với kính được dự án cấp và kính tự mua (sử dụng bảng TL LOGMAR) do 1 KXV của Trung tâm CDC tỉnh Hòa Bình trợ giúp với cỡ mẫu mỗi nhóm ít nhất từ 30-60 HS trở lên

Đánh giá chất lượng mài lắp kính do dự án cấp và kính HS tự mua bằng đo công suất khúc xạ và đo khoảng cách đồng tử/ độ cao 2 tâm kính bằng máy đo lensmeter do 1 KXV của Trung tâm CDC tỉnh Hòa Bình

Khám mắt phát hiện TKX và bệnh mắt cần chuyển tuyến điều trị

## 4. Kết quả nghiên cứu:

*Bảng 1: Thị lực hiện tại của HS với kính dự án cấp tại cả 2 huyện*

Huyện đánh giá ~/.,MNBVCXZ	Số hs được DA cấp kính khám	Số Hs TK kém < 6/9 do	TL của Hs với kính cấp		Nguyên nhân TL < 6/9 với kính đang đeo		
		Quên kính	TL < 6/9	TL ≥ 6/9	Do cận thị tiến triển	Nhược thị/ Bệnh mắt khác	Kính sai công suất/sai tâm kính
<b>Lương sơn</b>	53	4	10	39	9/10	0	1/10
<b>Đà Bắc</b>	59	3	29	27	25/29	3/29	1/29
<b>Tổng số HS được khám</b>	112	7	39	66	34/39	3/39	2/39
<b>Tỷ lệ/ số kính cấp đã khám</b>	<b>100%</b>	<b>6,25%</b>	<b>34,8%</b>	<b>58,9%</b>	<b>87,2%</b>	7,7%	6,9%

*Nhận xét:* Sau 3 tháng, có 58,9% trong số 112 học sinh được dự án cấp kính có TL tốt (từ 6/9 trở lên), tuy nhiên có tới 34,8 % số HS đã giảm TL < 6/9 với kính đang đeo, trong đó chủ yếu do cận thị tiến triển chiếm tới 87,2%, gợi ý cần tăng cường GDSK cho học sinh về việc tăng cường sinh hoạt ngoài trời và giảm tải áp lực học tập, sử dụng mắt nhìn gần . Ngoài ra cũng có 6,9 % số kính do dự án cấp đã lắp sai công suất /KCĐT hoặc do chẩn đoán chỉ định số kính sai

*Bảng 2: Thị lực hiện tại của HS với kính tự mua ngoài dự án tại 2 huyện*

Huyện đánh giá	Số hs tự mua kính ngoài DA khám	Số Hs TL kém < 6/9 do	TL của Hs với kính tự mua đang đeo		Nguyên nhân TL < 6/9 với kính đang đeo		
		Quên kính	TL < 6/9	TL ≥ 6/9	Do cận thị tiến triển	Nhược thị/Bệnh mắt	Kính sai công suất /sai tâm kính
<b>Lương sơn</b>	30	3	13	14	7/13	5/13	1/13
<b>Đà Bắc</b>	30	0	10	20	7/10	3/10	0
<b>Tổng số HS được khám</b>	60	3	23	34	14/23	8/23	1/23
<b>Tỷ lệ/ Số khám</b>	<b>100%</b>	<b>5,0%</b>	<b>38,3%</b>	<b>56,7%</b>	<b>60,9%</b>	34,8%	4,3%



**Nhận xét:** Trong số 60 em HS tự mua kính ngoài dự án ở cả 2 huyện, chỉ có 56,7 % số học sinh có TL tốt (từ 6/9 trở lên. Trong số 23 hs có thị lực kém <6/9 với kính đang đeo, có tới 60,9 % là do cận thị tiến triển, và có tới 34,8% số này do TKX nặng, do nhược thị và hoặc do lác mắt cần chuyển tuyến trên khám và điều trị để có kết quả tốt hơn

*Bảng 3: Đánh giá chất lượng mài lắp kính của dự án và kính mài lắp ngoài dự án tại cả 2 huyện*

Huyện khám	Kính dự án cấp			Kính tự mua ngoài dự án	
	Số kính được kiểm tra	Số kính lắp sai công suất	Số kính lắp sai KCĐT (> 4 mm)	Số kính được kiểm tra	Số kính lắp sai KCĐT
<b>Lương sơn</b>	53	3 (5,7%)	4 (7,5%)	30	10(33,3%)
<b>Đà Bắc</b>	58	1 (1,7%)	2 (3,4%)	29	6 (20,7%)
<b>Cả 6 trường</b>	112	4( 3,5%)	6( 5,4%)	59	16 (27,1%)

**Nhận xét :** Trong số 112 kính dự án cấp được kiểm tra có 4 kính lắp sai công suất chiếm 3,5% (do chỉ định sai/ do mài lắp sai), 5, 4% mài lắp sai KCĐT, tuy nhiên tỷ lệ này vẫn thấp hơn nhiều so với tỷ lệ lắp sai KCĐT của các kính học sinh tự mua ngoài dự án (chiếm 27,1%)

*Bảng 4 : Số học sinh chưa có/ chưa mua kính có thị lực kém < 6/9 tại 2 huyện Lương Sơn và Đà Bắc*

Trường khám	Số hs TL kém <6/9	Tổng số hs khám	Tỷ lệ
<b>Huyện Lương Sơn</b>	34	117	29,1%
<b>Huyện Đà Bắc</b>	3	92	9,7%
<b>Cả 2 huyện</b>	37	209	17,7%

**Nhận xét:** Trong số 209 hs được khám lại, có 37 em có TL kém < 6/9 (ở 1 mắt hay cả 2 mắt) nhưng chưa có kính đeo, tỷ lệ này ở 3 trường Đà Bắc thấp hơn nhiều so với số khám lại ở 3 trường huyện Lương sơn. Điều này có thể do công tác giáo dục sức khỏe về TKX và sự liên kết giữa nhà trường và cha mẹ học sinh ở huyện Đà Bắc tốt hơn

**5. Kết luận:**

– Sau 3 tháng, tỷ lệ HS được cấp kính có TL đạt yêu cầu ( từ 6/9 trở lên ) là 58,9 % ( xấp xỉ tỷ lệ này ở nhóm tự mua kính ngoài dự án là 56,7%) ở cả 6 trường phúc tra lại tại 2 huyện trên là chưa cao so với yêu cầu của Tổ chức WHO ( cần đạt trên 70%). Mặt

khác, có tới 87,2% số có TL <6/9 là do cận thị tiến triển và/hoặc do kính cấp chưa đủ công suất khúc xạ. Điều này gợi ý cần chú trọng công tác GDSK về TKX cho hs và phụ huynh

– Còn có tới 37 em hs có thị lực 1 hoặc cả 2 mắt dưới 6/9 nhưng chưa có hoặc chưa

mua kính vì nhiều lý do khác nhau như bản thân chưa cảm thấy mắt kém cần đeo kính, sợ đeo kính xấu hoặc bố mẹ chưa được thông báo cần đóng góp ít kinh phí để mua kính (qua phỏng vấn trực tiếp hs). Những học sinh này cần được mua hoặc cấp kính để cải thiện thị lực cho học tập, đặc biệt những em bị lệch khúc xạ để tránh bị nhược thị và lác 1 mắt, cần khuyến khích sự kết hợp giữa nhà trường và gia đình trong dự án này

– Chất lượng khám và chỉ định /kỹ thuật mài lắp kính của dự án là khá tốt với điều kiện tại cộng đồng, không có đủ phương tiện và thời gian với 3,5% số kính cấp bị sai công suất và 5,4 % số kính lắp sai KCĐT. Tỷ lệ này tốt hơn so với kính lắp ngoài dự án không đạt yêu cầu kỹ thuật là 27,1%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Chí Dũng, Karin Vandijk và cs: “Chăm sóc mắt cộng đồng”. Nhà xuất bản Y học, Hà nội - 2013

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG KHÔ MẮT Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

*Phạm Thị Phương<sup>1</sup>, Lê Xuân Cung<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Thu Thủy<sup>2</sup>*

### TÓM TẮT:

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh khô mắt ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp (VKDT) và tìm hiểu mối liên quan giữa bệnh khô mắt và VKDT.

**Đối tượng và phương pháp:** Bệnh nhân đến khám tại phòng khám khoa Giác mạc, Bệnh viện Mắt Trung Ương từ tháng 10/2022 đến tháng 8/2023 được chẩn đoán khô mắt và có bệnh nền VKDT. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Các dữ liệu nghiên cứu được thu thập bao gồm: tình trạng bệnh VKDT, triệu chứng cơ năng đánh giá bằng bộ câu hỏi OSDI, khám mắt sử dụng test Schirmer I, TBUT và test nhuộm BMNC.

1 Đại học Y Hà Nội

2 Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Phương

Người thẩm định: TS Nguyễn Thu Thủy

(Đã đăng ở tạp chí Y học Việt Nam, tập: 533, số 2, năm 2023)

**Kết quả:** 25 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đã được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là 55,32 tuổi, 100% bệnh nhân là nữ với 22 bệnh nhân khô mắt nặng (88%), 3 bệnh nhân khô mắt vừa (12%). Tất cả các bệnh nhân đều khô mắt giảm chế tiết với test Schirmer I trung bình là 3,86 mm, 17 bệnh nhân có viêm giác mạc sợi (68%). Thời gian mắc VKDT trung bình là 12,12 năm có liên quan đến mức độ khô mắt. Về mức độ hoạt động VKDT theo thang điểm DAS 28: 2 bệnh nhân có mức độ hoạt động mạnh, 3 bệnh nhân mức độ hoạt động trung bình, 3 bệnh nhân mức độ hoạt động nhẹ và 17 bệnh nhân bệnh không hoạt động, tuy nhiên không liên quan đến mức độ khô mắt.

**Kết luận:** Khô mắt ở bệnh nhân VKDT có biểu hiện chính là khô mắt giảm chế tiết với test Schirmer I giảm và sợi biểu mô. Mức độ nặng của khô mắt không liên quan đến mức độ hoạt động của bệnh VKDT nhưng có liên quan đến thời gian mắc bệnh: thời gian mắc VKDT càng dài thì mức độ khô mắt càng nặng.

**Từ khóa:** khô mắt, viêm khớp dạng thấp, DAS28.

## CLINICAL CHARACTERISTICS OF DRY EYE IN PATIENT WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

### SUMMARY

**Purpose:** To describe the clinical characteristics of dry eye disease (DED) in patient with rheumatoid arthritis (RA) and the correlation between the severity of DED with RA activity and the duration of RA. Materials and methods: a cross-sectional descriptive study was conducted in 25 RA patients with DED who were examined at the Cornea Department of Vietnam National Eye Hospital from October 2022 to August 2023. Comprehensive ocular clinical examinations were performed, including an assessment of RA history, the OSDI questionnaire, ocular examination with ocular fluorescein staining, TBUT, Schirmer test.

**Results:** A total of 25 patients were enrolled in the study with an average age of 55.32 years. All patients were female, including 22 patients with severe dry eye (88%) and 3 patients with moderate dry eye. All patients presented aqueous-deficiency, with an average Schirmer I test result of 3.86 mm, 17 patients had filamentous keratitis (68%). The average duration of RA was 12.12 years and strickly correlate with DE severity. Regarding disease activity assessed by the DAS28 score: 2 patients had high disease activity, 3 patients had moderate disease activity, 3 patients had low disease activity and 17 patients were in remission, but no correlate with DE severity.

**Conclusion:** The DED in RA patients is aqueous-deficient as evidenced by the decrease of Schirmer I test and filamentous keratitis. DED in RA patients is more prevalent in middle age females. The severity of DED correlates with duration of RA, but does not correlate with the activity of RA.

**Keywords:** dry eye disease, rheumatoid arthritis, DAS28.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khô mắt là một trong những bệnh lý đa yếu tố của bề mặt nhãn cầu, đặc trưng bởi sự mất ổn định của phim nước mắt, gây ra các triệu chứng khó chịu ở mắt, và hoặc giảm thị lực và có thể kèm theo tổn thương bề mặt nhãn cầu.<sup>1</sup> Khô mắt là một bệnh lý ngày càng được quan tâm do tác động tiêu cực của nó đến chức năng thị giác và chất lượng cuộc sống.

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là bệnh mãn tính toàn thân hay gặp nhất trong các bệnh tự miễn, với tổn thương ngoài khớp hay gặp là tổn thương bề mặt nhãn cầu. Trong đó, khô mắt chiếm tỉ lệ cao nhất và cũng là một trong những biểu hiện ngoài khớp đầu tiên của bệnh. Trong điều kiện hiện nay, nhờ sự phát triển của các phương pháp điều trị mới, thuốc và các yếu tố khác, tuổi thọ của người bị VKDT tăng cao hơn, kèm theo đó là tăng mức độ nặng của tổn thương toàn thân và bệnh khô mắt. Để nhận biết và kiểm soát bệnh khô mắt trên bệnh nhân VKDT giúp cải thiện chất lượng sống của bệnh nhân, chúng tôi tiến hành đề tài: *đặc điểm lâm sàng khô mắt ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp* với mục tiêu: **Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh khô mắt ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp (VKDT) và tìm hiểu mối liên quan giữa bệnh khô mắt và viêm khớp dạng thấp.**

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân khô mắt có bệnh VKDT đến khám và điều trị tại khoa giác mạc, Bệnh viện Mắt Trung Ương từ tháng 10/2022 đến tháng 8/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân đã được chẩn đoán VKDT tại Bệnh viện Bạch Mai có khô mắt đảm bảo tiêu chuẩn: Có điểm

OSDI trên 12 và TBUT  $\leq$  10s.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không có khả năng trả lời câu hỏi (bệnh nhân sa sút trí tuệ, tâm thần,...).

### 2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu.

Các bước tiến hành: Khai thác triệu chứng cơ năng mắt theo bảng câu hỏi về chỉ số bệnh lý bề mặt nhãn cầu OSDI. Khám sinh hiển vi đèn khe đo thời gian phá vỡ phim nước mắt (TBUT), có sử dụng test nhuộm bề mặt nhãn cầu và tính điểm theo thang điểm tổn thương bề mặt nhãn cầu của NEI, test Schirmer I. Đồng thời khai thác bệnh sử bệnh VKDT bao gồm thời gian mắc, số khớp sưng, số khớp đau, CRP, RF, tốc độ máu lắng để tính điểm DAS28 bằng phần mềm DAWN clinical software.

Tiêu chí đánh giá: Mức độ triệu chứng cơ năng khô mắt theo OSDI: bình thường: OSDI = 1-12 điểm, khô mắt nhẹ: OSDI = 13-22 điểm, khô mắt trung bình: OSDI = 23-32 điểm, khô mắt nặng: OSDI = 33-100 điểm. Mức độ giảm tiết nước mắt: giá trị test Schirmer I < 10 mm: giảm. Mức độ hoạt động bệnh VKDT theo DAS 28: thuyên giảm DAS28 < 2.6, mức độ hoạt động thấp  $2.6 \leq$  DAS28  $\leq$  3.2, mức độ hoạt động trung bình:  $3.2 <$  DAS28  $\leq$  5.1, mức độ hoạt động mạnh: DAS28 > 5.1.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

## 3. KẾT QUẢ

- Đặc điểm lâm sàng nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Trong 25 bệnh nhân nhóm nghiên cứu: tất cả là nữ (100%), tuổi trung bình là 55.32 tuổi (40 tuổi-76 tuổi). Độ tuổi 40-60 tuổi

chiếm đa số với 18 bệnh nhân (72%).

Về mức độ khô mắt theo thang điểm OSDI: Điểm OSDI trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 62.5 điểm. Có 22 bệnh nhân khô mắt mức độ nặng, 3 khô mắt mức độ vừa, không có bệnh nhân khô mắt mức độ nhẹ. Về tổn thương bề mặt nhãn cầu: Giá trị test Schirmer I trung bình là 3.86 mm (0-12mm). Giá trị TBUT trung bình là 0.72s (0-4s). Điểm bắt màu GM theo NEI trung bình là 11.1. Có 17 bệnh nhân có sợi giác mạc đều nằm trong nhóm BN khô mắt nặng.

Thời gian mắc VKDT trung bình là 12.12 năm (1-35 năm). Có 4 bệnh nhân mắc VKDT dưới 5 năm (16%), 21 bệnh nhân mắc VKDT từ 5 năm trở lên (84%). Về mức độ hoạt động bệnh khớp theo DAS28: Điểm DAS28 trung bình là 2.48. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, có 2 bệnh nhân có mức độ hoạt động mạnh (8%), 3 bệnh nhân có mức độ hoạt động trung bình (12%), 3 bệnh nhân có mức độ hoạt động nhẹ (12%), 17 bệnh nhân không hoạt động (68%).

- Mối liên quan giữa khô mắt và bệnh VKDT

*Bảng 1: Mối liên quan giữa mức độ khô mắt và mức độ hoạt động VKDT*

Mức độ khô mắt \ MĐHD VKDT	Khô mắt vừa	Khô mắt nặng	Tổng
<b>Không hoạt động</b>	2	15	17
<b>Nhẹ</b>	0	3	3
<b>Trung bình</b>	1	2	3
<b>Mạnh</b>	0	2	2

Mức độ khô mắt không có liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ hoạt động bệnh VKDT với  $p = 0.336$

*Bảng 2: Mối liên quan giữa mức độ khô mắt và thời gian mắc VKDT*

Mức độ khô mắt \ Thời gian VKDT	Khô mắt vừa	Khô mắt nặng	Tổng
<b>Dưới 5 năm</b>	2	2	4
<b>Từ 5 năm trở lên</b>	1	20	21

Mức độ khô mắt có liên quan có ý nghĩa thống kê với thời gian mắc VKDT với  $p = 0.004$

Bảng 3: Mối liên quan giữa RF và mức độ khô mắt

RF \ Mức độ khô mắt	Khô mắt vừa	Khô mắt nặng	Tổng
Âm	1	5	6
Dương	2	17	19

Mức độ khô mắt không có liên quan có ý nghĩa thống kê với RF với  $p = 0.447$

#### 4. BÀN LUẬN

##### • Đặc điểm lâm sàng nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm dịch tễ

Độ tuổi nhóm bệnh nhân nghiên cứu khá tương đồng với độ tuổi thường gặp VKDT ở Việt Nam: 36-65 tuổi<sup>2</sup>, có thể do cách lấy mẫu của nhóm nghiên cứu lựa chọn trên những bệnh nhân VKDT tại Việt Nam.

VKDT có tỉ lệ nữ giới mắc cao hơn nam giới, từ 4/1 đến 7/1.<sup>3-5</sup> Hơn nữa, trong VKDT, tỉ lệ nữ giới bị khô mắt cũng cao hơn tỉ lệ nam giới bị khô mắt.<sup>5</sup> Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại Bệnh viện Mắt Trung Ương, là cơ sở chuyên khoa mắt và được lấy mẫu thuận tiện nên tỉ lệ nữ giới đạt 100%.

– Đặc điểm của bệnh khô mắt

Theo y văn, khô mắt ở bệnh nhân VKDT là khô mắt giảm chế tiết, cơ chế phức tạp liên quan đến chuỗi phản ứng viêm và tình trạng miễn dịch, được biểu hiện bằng test Schirmer I giảm, viêm GM sợi.<sup>1,6</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị trung bình test Schirmer giảm, kết quả này phù hợp với y văn và các tác giả khác.<sup>4</sup> Do đó, test

Schirmer I có thể được coi là test có ý nghĩa trong chẩn đoán khô mắt có liên quan đến VKDT. Ngoài ra, số bệnh nhân viêm GM sợi trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao với 17 bệnh nhân (68%), gắn liền với mức độ khô mắt nặng do giảm chế tiết cũng phù hợp với kết quả theo y văn.

Về mức độ khô mắt theo thang điểm OSDI: số lượng bệnh nhân khô mắt nặng chiếm phần lớn trong khi không có bệnh nhân nào khô mắt mức độ nhẹ do nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Mắt Trung Ương, là tuyến cuối cùng tiếp nhận những ca bệnh nặng về mắt. Mặt khác điểm OSDI trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu cao chứng tỏ nhóm bệnh nhân nghiên cứu có triệu chứng cơ năng nhiều, ảnh hưởng mạnh đến chất lượng cuộc sống. Nhóm bệnh nhân này cần được quan tâm theo dõi để kiểm soát bệnh tốt hơn.

– Đặc điểm bệnh VKDT

Thời gian mắc VKDT trong nghiên cứu của chúng tôi khá dài, kết quả này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Abd Allah và cộng sự (4.69 năm)<sup>5</sup>. Tuy nhiên, nghiên cứu của Abd Allah và cộng sự thực hiện bằng khảo sát đại trà bệnh nhân tại trung

tâm khớp, do đó gặp nhiều mức độ khô mắt khác nhau. Do cách chọn mẫu khác nhau nên đặc điểm thời gian mắc VKDT của 2 nhóm nghiên cứu cũng khác nhau.

Tương tự như vậy, về mức độ hoạt động bệnh khớp DAS28 trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn hẳn kết quả nghiên cứu của Abd-Allah và cộng sự<sup>5</sup>. Nhóm bệnh nhân của Abd Allah và cộng sự là nhóm bệnh nhân đang điều trị tại trung tâm khớp và có triệu chứng đau khớp. Trong khi nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nhóm bệnh nhân VKDT không hoạt động.

**• Mối liên quan giữa khô mắt và VKDT**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ nặng của khô mắt không có mối tương quan với yếu tố RF và mức độ hoạt động bệnh VKDT, tuy nhiên lại có mối tương quan đáng kể với thời gian mắc VKDT ( $p = 0.004$ ). Những bệnh nhân mắc VKDT thời gian dài hơn có mức độ khô mắt nặng hơn.

Kết quả của chúng tôi tương đồng với nhiều tác giả khác trên thế giới, dù các tác giả khác đánh giá mức độ khô mắt theo nhiều tiêu chí khác nhau: OSDI, test schirmer I, TBUT,... Abd Allah và cộng sự trong một nghiên cứu tương tự cho thấy mức độ khô mắt ở bệnh nhân VKDT (Schirmer test và OSDI) có mối tương quan chặt chẽ với thời gian mắc VKDT và không liên quan đến mức độ hoạt động bệnh.<sup>5</sup> Eldaly và cộng sự nghiên cứu về tổn thương mắt ở 70 bệnh nhân VKDT cũng cho kết quả tương tự.<sup>7</sup> Jayaraj và cộng sự đánh giá các tổn thương bề mặt nhãn cầu trên 100 bệnh nhân mắc VKDT cho kết quả có mối tương

quan nghịch biến giữa thời gian mắc VKDT và kết quả test Schirmer, tuy nhiên không có mối tương quan nào giữa tổn thương mắt với mức độ hoạt động VKDT.<sup>8</sup> Ma và cộng sự đã báo cáo: mức độ hoạt động bệnh VKDT có tương quan với tình trạng chế tiết nước mắt, tuy nhiên không có tương quan có ý nghĩa thống kê với sự ổn định màng phim nước mắt. Do đó, tác giả cho rằng mức độ hoạt động bệnh VKDT không có tương quan với mức độ khô mắt.<sup>3</sup> K L và cộng sự báo cáo nghiên cứu trên 70 bệnh nhân VKDT cho thấy không có mối tương quan nào giữa mức độ hoạt động VKDT và khô mắt. Tuy vậy tác giả không tìm được mối tương quan giữa thời gian mắc VKDT với mức độ khô mắt.<sup>4</sup>

Như vậy hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy thời gian mắc VKDT có mối liên quan chặt chẽ đến khô mắt, do đó những bệnh nhân VKDT lâu năm (từ 5 năm trở lên) cần được khám tầm soát khô mắt định kỳ để phát hiện và điều trị.

**5. KẾT LUẬN**

Khô mắt ở bệnh nhân VKDT biểu hiện chính là khô mắt giảm chế tiết với test Schirmer I giảm và sọi biểu mô, thường gặp ở nữ với tuổi trung bình 55.32 tuổi.

Mức độ nặng của khô mắt không liên quan đến mức độ hoạt động VKDT và chỉ số RF, nhưng lại liên quan đến thời gian mắc bệnh: thời gian mắc VKDT càng dài thì mức độ khô mắt càng nặng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Craig JP, Nichols KK, Akpek EK, et al. TFOS DEWS II Definition and Classification Report. *The Ocular Surface*. 2017;15(3):276-283. doi:10.1016/j.jtos.2017.05.008
2. Nguyễn Thị Ngọc Lan. Viêm khớp dạng thấp. Published online 2012.
3. Ma W, Wang G, Li X, et al. Study of Factors Influencing Dry Eye in Rheumatoid Arthritis. *Journal of Ophthalmology*. 2020;2020:1-8. doi:10.1155/2020/5768679
4. K L C, G Hiremath S, Pujar C. Dry eye in rheumatoid arthritis patients: Correlation with disease activity. *IJCEO*. 2019;5(2):227-231. doi:10.18231/j.ijceo.2019.054
5. Abd-Allah NM, Hassan AA, Omar G, et al. Dry eye in rheumatoid arthritis: relation to disease activity. *Immunological Medicine*. 2020;43(2):92-97. doi:10.1080/25785826.2020.1729597
6. Paul Pandian V, Srinivasan R. Ocular manifestations of rheumatoid arthritis and their correlation with anti-cyclic citrullinated peptide antibodies. *OPHTH*. Published online February 2015:393. doi:10.2147/OPHTH.S77210
7. Eldaly ZH, Saad SA, Hammam N. Ocular surface involvement in patients with rheumatoid arthritis: Relation with disease activity and duration. *The Egyptian Rheumatologist*. 2020;42(1):5-9. doi:10.1016/j.ejr.2019.05.004
8. Jayaraj K, Alvin T, Charles K, Antony T. Correlation of ocular manifestations with the duration and activity of disease in patients with rheumatoid arthritis. *Int J Med Sci Public Health*. 2017;6(1):34. doi:10.5455/ijmsph.2016.11062016543

## ĐÁNH GIÁ ĐỘ CHÍNH XÁC CÔNG THỨC BARRETT UNIVERSAL II ĐỂ TÍNH CÔNG SUẤT THỦY TINH THỂ NHÂN TẠO Ở MẮT CÓ TRỤC NHÃN CẦU DÀI

Nguyễn Thị Diễm Uyên<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Tú Uyên<sup>1</sup>, Bùi Trung Hậu<sup>2</sup>,  
Đoàn Thị Ngọc An<sup>1</sup>, Trương Thị Hiền Thơ<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tính chính xác và ứng dụng công thức Barrett Universal II vào thực hành lâm sàng trong việc tính công suất thủy tinh thể nhân tạo (IOL) trên nhóm bệnh nhân có trục nhãn cầu dài.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu can thiệp lâm sàng, theo dõi dọc

1 Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

2 Trung tâm y tế Quận 10

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Thị Tú Uyên

Người thẩm định: PGS.TS Bùi thị Vân Anh



**Kết quả:** Phần trăm số mắt đạt khúc xạ mục tiêu  $\pm 0,25$  D;  $\pm 0,05$  D và  $\pm 1,00$  D cao nhất khi dùng công thức Barrett Universal II. Khi so sánh phần trăm xét trên sai lệch khúc xạ tuyệt đối ở ngưỡng dưới 1,00 D, công thức BUII và SRK/T đều cho thấy phần trăm số ca chính xác trên 50 %. Tuy phần trăm số mắt đạt khúc xạ mục tiêu  $\pm 0,25$  D công thức BUII và SRK/T đều dưới 50 % nhưng điều cần lưu ý công thức BUII cho tỉ lệ phần trăm đạt mục tiêu khúc xạ đích gấp cao 3 lần công thức SRK/T.

**Kết luận:** Theo nghiên cứu của chúng tôi, trên những mắt đục thủy tinh thể có trục nhãn cầu dài, công thức Barrett Universal II được xem là công thức tính công suất IOL chính xác hơn khi so sánh với công thức SRK/T.

**Từ khóa:** Trục nhãn cầu dài, đục thủy tinh thể, công suất IOL, công thức Barrett universal II

## EVALUATION OF THE ACCURACY OF THE BARRETT UNIVERSAL II FORMULA FOR CALCULATING INTRAOCULAR LENS POWER IN EYES WITH LONG AXIAL LENGTHS

### SUMMARY

**Purpose:** To evaluate the accuracy and clinical application of the Barrett Universal II formula in calculating the intraocular lens (IOL) power for patients with long axial lengths.

**Methods:** Prospective interventional clinical study with longitudinal follow-up.

**Results:** The percentage of eyes achieving the target refraction within  $\pm 0.25$  D,  $\pm 0.05$  D, and  $\pm 1.00$  D is highest when using the Barrett Universal II formula. When comparing the percentage based on the absolute refractive error under 1.00 D, both the BUII and SRK/T formulas show an accuracy rate above 50%. Although the percentage of eyes achieving the target refraction within  $\pm 0.25$  D for both BUII and SRK/T formulas is below 50%, it is noteworthy that the BUII formula achieves a target refraction rate three times higher than the SRK/T formula.

**Conclusion:** According to our study, for eyes with long axial lengths and cataracts, the Barrett Universal II formula is considered the most accurate for calculating IOL power compared to the SRK/T formula.

**Keywords:** Long axial length, cataract, IOL power, Barrett Universal II formula

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỉ lệ hiện mắc cận thị trên toàn thế giới năm 2000 là 22,9%, ước tính tới năm 2050 tỉ lệ hiện mắc của cận thị là 49,8%.<sup>1</sup> Một nghiên cứu đã chỉ ra rằng bệnh nhân bị cận thị cao có nguy cơ đục nhân thủy tinh thể tăng gấp 3 đến 5 lần và tăng 30% nguy cơ bị đục thủy tinh thể dưới bao sau.<sup>2</sup>

Phẫu thuật Phaco đặt thủy tinh thể nhân tạo thường được biết đến là một phương pháp điều trị bệnh lý đục thủy tinh thể, đem lại thị lực không kính tốt nhất cho bệnh nhân. Tuy nhiên, việc tính toán chính xác công suất thủy tinh thể nhân tạo trên bệnh nhân cận thị cao vẫn còn gặp nhiều trở ngại. Một trong những yếu tố làm sai lệch các tính toán trước phẫu thuật ở bệnh nhân cận thị cao là do chiều dài trục nhãn cầu. Khi chiều dài trục nhãn cầu tăng lên, các công thức tính công suất thủy tinh thể nhân tạo thế hệ cũ trở nên kém tin cậy trong việc dự đoán vị trí đặt thủy tinh thể hiệu quả (ELP) khi chỉ sử dụng các tham số như chiều dài trục nhãn cầu và độ cong giác mạc. Tại Việt Nam và các quốc gia châu Á khác, công thức SRK/T hiện vẫn là công thức được sử dụng nhiều nhất để tính công suất thủy tinh thể nhân tạo (IOL).<sup>3</sup> Gần đây, nhiều nghiên cứu đã chứng minh công thức Barrett Universal II cung cấp khả năng dự đoán cao hơn công thức SRK/T, đặc biệt là ở mắt có trục nhãn cầu dài.<sup>4,5</sup> Công thức Barrett Universal II với một vài thay đổi trong thiết lập công thức bao gồm độ sâu tiền phòng, độ dày thủy tinh thể và đường kính giác mạc giúp cá thể hóa vị trí ELP. Điều này đã cho thấy cho kết quả hậu phẫu tốt hơn so với tất cả các công thức tính toán công suất IOL hiện có khác bao gồm SRK/T, Hoffer Q, Haigis,

Holladay và trong một nghiên cứu chỉ ở mắt cận thị cao với trục nhãn cầu dài hơn 26mm.<sup>6</sup>

Với nhiều ưu điểm vượt trội trên đối tượng trục nhãn cầu dài, công thức Barrett Universal II đã được sử dụng ở nhiều nơi trên thế giới và một số quốc gia châu Á.<sup>7</sup> Tại Việt Nam công thức Barrett Universal II vẫn còn ít được sử dụng trong tính toán công suất thủy tinh thể nhân tạo. Tuy nhiên, nhu cầu phẫu thuật khúc xạ ngày càng tăng cao trên đối tượng bệnh nhân cận thị nặng. Với mong muốn đem lại kết quả khúc xạ hậu phẫu tốt nhất cho bệnh nhân, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá độ chính xác công thức Barrett Universal II để tính công suất thủy tinh thể nhân tạo ở mắt có trục nhãn cầu dài.”

## 2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu can thiệp lâm sàng, theo dõi dọc

### 2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Bệnh viện Mắt TPHCM

Thời gian: 2/2023 đến 7/2023

### 2.3. Tiêu chuẩn chọn mẫu

– Những bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi đến khám tại Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh và đồng ý tham gia nghiên cứu

– Trục nhãn cầu từ 26,00 mm trở lên

– Phẫu thuật đục thủy tinh thể bằng phương pháp Phaco và đặt thủy tinh thể nhân tạo đơn tiêu cự

### 2.4. Tiêu chuẩn loại trừ:

– Bệnh nhân không đồng ý tham gia

nghiên cứu

– Thị lực chính kính tối đa sau phẫu thuật dưới 5/10

– Mắc các bệnh lý đáy mắt bao gồm: Bong võng mạc, dẫn lỗi võng mạc cực sau, xuất huyết dịch kính, tắc động tĩnh mạch võng mạc, thoái hóa hoàng điểm

– Có tiền sử chấn thương mắt hay phẫu thuật nội nhãn

– Có tiền sử phẫu thuật khúc xạ

– Đọc bao sau sau phẫu thuật đọc thể thủy tinh và đặt kính nội nhãn tại thời điểm đo khúc xạ tồn dư sau phẫu thuật

**2.5. Phân tích và xử lý số liệu**

– Dữ liệu sau khi thu thập sẽ được nhập liệu bằng phần mềm SPSS 20

– Phân tích dữ liệu bằng phần mềm SPSS 20

– Mô tả tần số, tỷ lệ (%) với các biến số định tính.

– Mô tả trung bình và độ lệch chuẩn đối với biến số định lượng có phân phối bình thường hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) nếu phân phối lệch.

**3. KẾT QUẢ**

Nghiên cứu “Đánh giá độ chính xác công thức Barrett Universal II (BUII) để tính công suất thủy tinh thể nhân tạo ở mắt có trục nhãn cầu dài” thực hiện tại bệnh viện Mắt Thành Phố Hồ Chí Minh trong thời gian từ 2/2023 đến 7/2023. Dựa vào tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ, 35 mắt được đưa vào nghiên cứu.

Nghiên cứu chia làm 2 nhóm dựa chiều dài trục nhãn cầu: Nhóm 1 bao gồm 19 mắt có trục nhãn cầu dài từ 26 mm tới 30 mm, nhóm 2 có 16 mắt có trục nhãn cầu dài trên 30 mm.

**3.1. Trung bình sai lệch khúc xạ tại thời điểm 4 tuần sau phẫu thuật**

Công thức	Theo chiều dài trục nhãn cầu		Tổng
	26 - 30 mm	>30mm	
<b>MNE SRK/T</b>			
Trung bình ± ĐLC	0,45 ± 0,68	0,92 ± 1,38	0,66 ± 1,13
(Nhỏ nhất – Lớn nhất)	(-1,05 – 2,83)	(-3,75 – 2,52)	(-3,75 – 2,83)
<b>MNE BUII</b>			
Trung bình ± ĐLC	0,35 ± 0,70	0,50 ± 0,42	0,66 ± 1,13
(Nhỏ nhất – Lớn nhất)	(-1,00 – 2,45)	(-0,18 – -1,37)	(-1,00 – 2,45)

*Bảng 3.1: Trung bình sai lệch khúc xạ tại thời điểm 4 tuần sau phẫu thuật*

*\*MNE (Mean Numerical Error): Trung bình sai lệch khúc xạ đại số*

Trung bình sai lệch khúc xạ đại số (MNE) tại thời điểm 4 tuần sau phẫu thuật ở nhóm sử dụng công thức BUII cho kết quả thấp hơn nhóm sử dụng công thức SRK/T.

Đối với nhóm công thức BUII tất cả đều cho MNE từ 0,5 D trở xuống, ở nhóm công thức SRK/T chỉ có nhóm trục nhãn cầu dài từ 26 mm tới 30 mm có MNE dưới 0,5 D.

Công thức	Theo chiều dài trục nhãn cầu		Tổng
	26 - 30 mm	>30mm	
<b>MAE SRK/T</b>			
Trung bình ± ĐLC	0,71 ± 0,74	1,92 ± 0,77	1,02 ± 0,82
(Nhỏ nhất – Lớn nhất)	(-0,05 – 2,83)	(0,29 – 3,75)	(0,05 – 3,75)
<b>MAE BUII</b>			
Trung bình ± ĐLC	0,44 ± 0,70	0,55 ± 0,35	0,51 ± 0,51
(Nhỏ nhất – Lớn nhất)	(0,00 – 2,45)	(0,06 – 1,37)	(0,00 – 2,45)

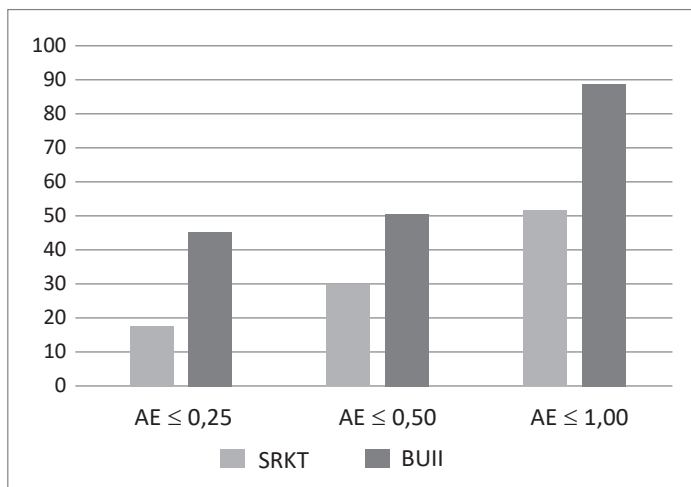
Bảng 3.2: Giá trị trung bình tuyệt đối khúc xạ tồn dư tại thời điểm 4 tuần sau phẫu thuật  
 \*MAE (Mean Absolute Error): Trung bình sai lệch khúc xạ tuyệt đối

**3.2. Giá trị trung bình tuyệt đối khúc xạ tồn dư tại thời điểm 4 tuần sau phẫu thuật**

Giá trị trung bình sai lệch khúc xạ tuyệt đối tại thời điểm 4 tuần sau phẫu thuật ở nhóm sử dụng công thức BUII cho kết quả

thấp hơn nhóm sử dụng công thức SRK/T. Đối với nhóm công thức BUII, MAE đều cho kết quả ± 0,5 D. Đối với nhóm có công thức SRK/T, MAE > 0,5 D.

**3.3. Tỷ lệ đạt khúc xạ mục tiêu tại thời điểm 4 tuần sau phẫu thuật**



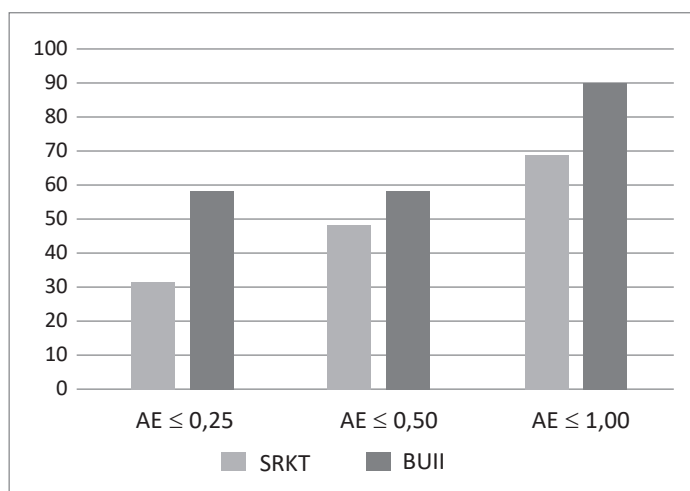
Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ số mắt có sai lệch khúc xạ tuyệt đối đạt mục tiêu khúc xạ đích tại thời điểm 4 tuần sau phẫu thuật ở nhóm tổng

\*AE (Absolute Error): Sai lệch khúc xạ tuyệt đối

Phần trăm số mắt đạt khúc xạ mục tiêu  $\pm 0,25$  D;  $\pm 0,05$  D và  $\pm 1,00$  D cao nhất khi dùng công thức Barrett Universal II. Khi so sánh phần trăm số ca chính xác theo sai lệch khúc xạ tuyệt đối (AE) ở ngưỡng dưới 1,00 D, công thức BUII và SRK/T đều cho thấy phần trăm số ca chính xác trên 50 %. Tuy phần trăm số mắt đạt khúc xạ mục tiêu  $\pm 0,25$  D công thức BUII và SRK/T đều dưới

50 % nhưng điều cần lưu ý công thức BUII cho tỉ lệ phần trăm đạt mục tiêu khúc xạ đích gấp cao 3 lần công thức SRK/T.

Sai lệch khúc xạ tuyệt đối đạt mục tiêu khúc xạ đích  $\pm 0,25$  D,  $\pm 0,50$  D,  $\leq \pm 1,00$  D tại thời điểm 4 tuần sau phẫu thuật khác nhau có ý nghĩa thống kê ở nhóm sử dụng công thức SRK/T và công thức Barrett Universal II.

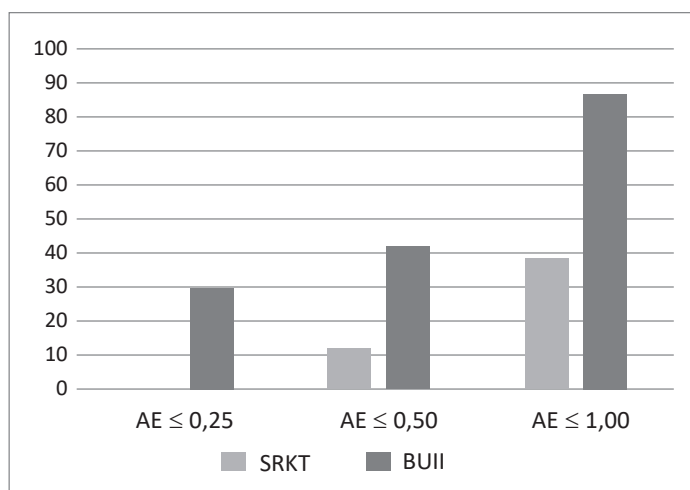


*Biểu đồ 3.2: Tỉ lệ số mắt có sai lệch khúc xạ tuyệt đối đạt mục tiêu khúc xạ đích tại thời điểm 4 tuần sau phẫu thuật ở nhóm có trục nhãn cầu dài từ 26 mm tới 30 mm*

*\*AE (Absolute Error): Sai lệch khúc xạ tuyệt đối*

Ở nhóm có trục nhãn cầu dài từ 26 mm tới 30 mm: phần trăm số mắt đạt khúc xạ mục tiêu  $\pm 0,25$  D;  $\pm 0,05$  D và  $\pm 1,00$  D cao nhất khi dùng công thức Barrett Universal

II. Phần trăm số mắt đạt khúc xạ mục tiêu  $\pm 0,05$  D và  $\pm 1,00$  D theo công thức BUII và SRK/T đều trên 50 %.



*Biểu đồ 3.3: Tỷ lệ số mắt có sai lệch khúc xạ tuyệt đối đạt mục tiêu khúc xạ đích tại thời điểm 4 tuần sau phẫu thuật ở nhóm có chiều dài trục nhãn cầu > 30 mm*

*\*AE (Absolute Error): Sai lệch khúc xạ tuyệt đối*

Ở Nhóm trục nhãn cầu dài trên 30 mm: phần trăm số mắt đạt khúc xạ mục tiêu  $\pm 0,25$  D;  $\pm 0,05$  D và  $\pm 1,00$  D cao nhất khi dùng công thức Barrett Universal II. Công thức SRK/T không ghi nhận phần trăm số mắt đạt khúc xạ mục tiêu  $\pm 0,25$  D.

#### 4. BÀN LUẬN

Tác giả A. A. Ghanem đã nghiên cứu kết quả khúc xạ của bốn công thức tính công suất TTTNT khác nhau (SRK/T, Hoffer-Q, Holladay-2 và Haigis) ở mắt bị cận thị nặng. Trong nhóm công suất TTTNT âm, nhìn chung các công thức cho kết quả khúc xạ sau mổ có xu hướng viễn thị. Kết quả khúc xạ nằm trong khoảng  $+1,0$  D ở mức tương ứng là 45%, 53%, 58% và 69%. Hiệu suất của công thức SRK/T kém hơn so với các công thức còn lại.<sup>8</sup> Năm 2000, công thức Barrett Universal được cải tiến thành công thức Barrett Universal II, với sự thay đổi trong cách tính toán độ sâu tiền phòng (ACD) dựa trên trục nhãn cầu và K. Mối quan hệ giữa hằng số A và các yếu tố liên quan đến thủy tinh thể cũng được sử dụng để xác định ACD. Sự khác biệt chủ yếu giữa công thức Barrett và các công thức khác là vị trí mặt phẳng đặt IOL được xem là một biến trong công thức tính để cho kết quả khúc xạ tốt nhất.

Trong nghiên cứu của chúng tôi MNE theo SRK/T và BUII nằm trong khoảng  $\pm 0,5$  D. Kết quả này là tương đồng với nghiên cứu của tác giả Y. Zhang, MNE theo SRK/T và BUII đều  $< 0,25$  D.<sup>4</sup> Kết quả này cũng đồng nhất với nghiên cứu của tác giả K. W. Lee, kết quả cho thấy công thức BUII có MNE thấp hơn so với SRK/T, đặc biệt trên

những mắt có AL > 26 mm và K > 46 D.<sup>9</sup>

Đối với nhóm có trục nhãn cầu dài từ 26 mm tới 30 mm, trong nghiên cứu của chúng tôi phần trăm số mắt đạt khúc xạ mục tiêu  $\pm 0,25$  D;  $\pm 0,05$  D và  $\pm 1,00$  D cao nhất khi dùng công thức Barrett Universal II. Công thức SRK/T không ghi nhận phần trăm số mắt đạt khúc xạ mục tiêu  $\pm 0,25$  D. Đối với nhóm có trục nhãn cầu dài trên 30mm, phần trăm số mắt đạt khúc xạ mục tiêu  $\pm 0,25$  D theo công thức SRK/T < 50%. Sai lệch khúc xạ tuyệt đối đạt mục tiêu khúc xạ đích  $\pm 0,25$  D,  $\pm 0,50$  D,  $\leq \pm 1,00$  D tại thời điểm 4 tuần sau phẫu thuật khác nhau có ý nghĩa thống kê ở nhóm sử dụng công thức SRK/T và công thức Barrett Universal II.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, xét trên tỉ lệ phần trăm số bệnh nhân có sai lệch khúc xạ tuyệt đối đạt mục tiêu khúc xạ đích  $\pm 0,25$  D,  $\pm 0,50$  D,  $\pm 1,00$  D theo công thức BUII là cao hơn có ý nghĩa thống kê so với công thức SRK/T. Kết quả này là tương đồng với nghiên cứu của Iijima K và cộng sự.<sup>7</sup> Với mục tiêu khúc xạ đích  $\pm 1,00$  D công thức BUII cho kết quả gần 90%, cả công thức BUII và SRK/T đều cho thấy phần trăm đạt mục tiêu khúc xạ đích  $\pm 1,00$  D cao. Tuy nhiên, với mục tiêu khúc xạ đích  $\pm 0,25$  D, công thức BUII cho tỉ lệ phần trăm đạt mục tiêu khúc xạ đích gấp 3 lần công thức SRK/T.

Barrett Universal II đang được chấp nhận là một trong những công thức tính công suất IOL chính xác nhất đang được sử dụng ngày nay. Công thức dựa trên một mô hình lý thuyết và giữ lại mối tương quan thuận của trục nhãn cầu và K đối với ACD.

Trong một số nghiên cứu so sánh, Barrett Universal II cho thấy kết quả chính xác hơn so với SRK/T, Holladay 1, Hoffer Q, T2, Haigis và Holladay 2 trên nhiều độ dài trục nhãn cầu và ACD khác nhau. Trong nghiên cứu của Melles và cộng sự, 50% độ khúc xạ dự đoán từ công thức Barrett có sai số  $\pm 0,25$  D so với khúc xạ thực tế; đây là tỷ lệ phần trăm cao nhất so với các công thức tính công suất IOL khác.<sup>10</sup> Công thức Barrett Universal II cũng có tỷ lệ số mắt sai số  $> 1,00$  D ít nhất. Nhìn chung, các nghiên cứu

trước đây, tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra rằng công thức Barrett Universal II có sai số khúc xạ thấp nhất so với các công thức trước đó, đặc biệt trên nhóm bệnh nhân cận thị nặng.

## **5. KẾT LUẬN**

Theo nghiên cứu của chúng tôi, trên những mắt đục thủy tinh thể có trục nhãn cầu dài, công thức Barrett Universal II được xem là công thức tính công suất IOL chính xác nhất khi so sánh với công thức SRK/T.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Holden BA, Fricke TR, Wilson DA, et al. Global prevalence of myopia and high myopia and temporal trends from 2000 through 2050. *Ophthalmology*. 2016;123(5):1036-1042.
2. Pan C-W, Boey PY, Cheng C-Y, et al. Myopia, axial length, and age-related cataract: the Singapore Malay eye study. *Investigative ophthalmology & visual science*. 2013;54(7):4498-4502.
3. Sato M, Kamiya K, Kojima T, et al. Clinical survey of the Japanese society of cataract and refractive surgery. *IOL&RS*. 2019;33:453-473.
4. Zhang Y, Liang XY, Liu S, Lee JW, Bhaskar S, Lam DS. Accuracy of intraocular lens power calculation formulas for highly myopic eyes. *Journal of ophthalmology*. 2016;2016(1):1917268.
5. Abulafia A, Barrett GD, Rotenberg M, et al. Intraocular lens power calculation for eyes with an axial length greater than 26.0 mm: comparison of formulas and methods. *Journal of Cataract & Refractive Surgery*. 2015;41(3):548-556.
6. Olsen T, Hoffmann P. C constant: new concept for ray tracing–assisted intraocular lens power calculation. *Journal of Cataract & Refractive Surgery*. 2014;40(5):764-773.
7. Iijima K, Kamiya K, Iida Y, Shoji N. Comparison of predictability using Barrett universal II and SRK/T formulas according to keratometry. *Journal of Ophthalmology*. 2020;2020(1):7625725.
8. Ghanem AA, El-Sayed HM. Accuracy of intraocular lens power calculation in high myopia. *Oman Journal of Ophthalmology*. 2010;3(3):126-130.
9. Lee ES, Lee SY, Jeong SY, et al. Effect of postoperative refractive error on visual acuity and patient satisfaction after implantation of the Array multifocal intraocular lens. *Journal of Cataract & Refractive Surgery*. 2005;31(10):1960-1965.
10. Melles RB, Holladay JT, Chang WJ. Accuracy of intraocular lens calculation formulas. *Ophthalmology*. 2018;125(2):169-178.

# ĐẶC ĐIỂM KHÔ MẮT TRÊN BỆNH NHÂN MẮC HỘI CHỨNG SJÖGREN NGUYÊN PHÁT

Phạm Ngọc Đông<sup>1</sup>, Trần Thị Hương Trà<sup>1</sup>, Đặng Thị Minh Huệ<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm khô mắt trên bệnh nhân mắc hội chứng Sjögren (SS) nguyên phát.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả chùm ca bệnh trên 20 bệnh nhân (40 mắt) khô mắt và mắc SS nguyên phát. Các chỉ số nghiên cứu gồm tuổi, giới, thị lực, chỉ số bệnh bề mặt nhãn cầu (OSDI), chế tiết nước mắt (Schirmer, TBUT), điểm nhuộm kết mạc, điểm nhuộm giác mạc, các triệu chứng toàn thân.

**Kết quả:** Bệnh nhân khô mắt trên SS nguyên phát có tuổi trung bình là  $51,5 \pm 10,4$ ; tỷ lệ nữ/nam là 9/1. Các triệu chứng toàn thân hay gặp gồm khô miệng, mệt mỏi, khô sinh dục, sung tuyến mang tai. Biểu hiện khô mắt nặng hơn so với khô mắt trên bệnh nhân không mắc SS. Điểm OSDI trung bình:  $64,7 \pm 14,03$ ; Schirmer I:  $3,23 \pm 3,18$ ; TBUT trung bình:  $0,7 \pm 1,16s$ ; điểm nhuộm giác mạc trung bình:  $12,5 \pm 2,41$ , điểm nhuộm kết mạc trung bình:  $10,28 \pm 3,42$ .

**Kết luận:** Khô mắt trên bệnh nhân SS thường gặp ở nữ, các triệu chứng nặng hơn so với khô mắt không mắc SS.

**Từ khóa:** Khô mắt, hội chứng Sjögren

## CHARACTERISTICS OF DRY EYE IN PATIENTS WITH PRIMARY SJÖGREN SYNDROME

**Purpose:** Describe the characteristics of dry eye in patients with primary Sjögren Syndrome (pSS).

**Patients and method:** Prospective study carried on 40 eyes of 20 patients with primary SS. Collected and analyzed indicators were ages, sex, VA, OSDI lacrimation (TBUT, Schirmer I), corneal staining score, conjunctival staining score, systemic symptoms.

**Result:** The results showed that: the average age of the patients is  $51.5 \pm 10.4$ , female-to-male ratio is of 9/1. Common systemic symptoms: xerostomia, fatigue, colpoxerosis, swelling of the parotid glands. The average score of OSDI, Schirmer I, TBUT, corneal staining score and conjunctival staining score are:  $64.7 \pm 14.03$ ,  $3.23 \pm 3.18$ ,  $0.7 \pm 1.16s$ ,  $12.5 \pm 2.41$ ,  $10.28 \pm 3.42$ , respectively.

1 Bệnh viện Mắt Trung ương

Người chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hương Trà

Người thẩm định: TS Nguyễn Thị Thu Thủy

(Đã đăng ở tạp chí Y học Việt Nam, số 1 tháng 2, tập 172, năm 2022)



**Conclusion:** Sjögren symptom Dry eye (SSDE) is more common in women, with more severe symptoms than non Sjögren symptom Dry eye (NSDE).

**Key words:** Dry eye, Sjögren Syndrome

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khô mắt là một bệnh đa yếu tố của bề mặt nhãn cầu, đặc trưng bởi sự mất ổn định của phim nước mắt, kèm theo các triệu chứng về mắt, trong đó mất ổn định của phim nước mắt, tăng áp lực thẩm thấu của phim nước mắt, viêm và tổn hại bề mặt nhãn cầu, bất thường về thần kinh cảm giác đóng vai trò là nguyên nhân<sup>1</sup>.

Khô mắt rất thường gặp. Tỷ lệ khô mắt dao động từ 5% đến 50%. Tại Mỹ có khoảng 4,91 triệu người từ 50 tuổi trở lên bị khô mắt, trong số đó có 3,23 triệu người là nữ. Khô mắt có thể gặp ở mọi lứa tuổi, mọi thành phần xã hội nhưng đối tượng có nguy cơ cao là nhân viên văn phòng, người già, phụ nữ ở tuổi mãn kinh hoặc những người mắc các bệnh tự miễn<sup>2</sup>.

Sjögren (Sjögren Syndrome: SS) là một hội chứng bệnh lý, do sự rối loạn miễn dịch gây ra, đặc trưng bởi 2 biểu hiện chính là khô mắt và khô miệng... Mặc dù tỷ lệ mắc SS thấp, nhưng do bệnh nhân thường bị khô mắt, khô miệng nặng nên hội chứng làm ảnh hưởng đáng kể đến khả năng lao động và chất lượng sống của người bệnh<sup>3</sup>. Thực tế hiện nay, các bác sĩ nhãn khoa ít chú ý đến hình thái khô mắt trên người mắc SS. Trong một khảo sát bác sĩ nhãn khoa điều trị khô mắt (2018), có 20% bác sĩ cho rằng chưa bao giờ chuyển bệnh nhân đi khám về SS và chỉ có khoảng 50% số bác sĩ được hỏi, cho rằng, đã chuyển 5% số bệnh nhân mình khám đi làm các khám nghiệm chẩn đoán SS. Vì vậy, người bệnh khô mắt, có SS thường chưa được khám, tư vấn, điều trị

đầy đủ, làm ảnh hưởng lớn đến cuộc sống của người bệnh.

Ở Việt Nam, bệnh nhân SS thường được chẩn đoán và điều trị tại các bệnh viện đa khoa, nơi có các chuyên khoa sâu về khớp học, miễn dịch học. Việc nghiên cứu về bệnh cảnh lâm sàng khô mắt trên bệnh nhân SS chưa được chú ý nhiều. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân khô mắt mắc hội chứng Sjögren nguyên phát” để có thêm những hiểu biết về hình thái khô mắt trên nhóm bệnh nhân đặc biệt này.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả chùm ca bệnh, được thực hiện trên 20 bệnh nhân (40 mắt) khô mắt và mắc hội chứng SS tại khoa Giác mạc, bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 8 năm 2021. Bệnh nhân được chẩn đoán khô mắt theo tiêu chuẩn của Hội thảo khô mắt quốc tế 2017 (Dry Eye WorkShop: DEWS) với các tiêu chí: 1) có chỉ số bệnh bề mặt nhãn cầu (Ocular Surface Disease Index: OSDI)  $\geq 13$  điểm và thời gian vỡ phim nước mắt (Tear BreakUp Time: TBUT)  $\leq 10$  giây. SS được chẩn đoán dựa vào xét nghiệm SSA dương tính và/ hoặc SSB dương tính.

Các chỉ số được thu thập gồm: tuổi, giới, tiền sử điều trị bệnh, các triệu chứng toàn thân và tại mắt. Các biểu hiện của khô mắt được đánh giá bao gồm: thị lực, TBUT, nhuộm màu giác mạc, nhuộm màu kết mạc, chụp tuyến Meibomius, đo lượng nước mắt bằng test Schirmer I.

### 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### Đặc điểm bệnh nhân khô mắt có hội chứng SS:

Bệnh nhân có độ tuổi trung bình là  $51,5 \pm 10,4$ ; (trẻ nhất 36, lớn tuổi nhất là 64). Nhóm tuổi từ 40 - 60 chiếm tỷ lệ cao nhất là 50%, thấp nhất là nhóm dưới 40 chiếm 20%. Đa số người bệnh là nữ, với tỉ số nam/nữ là 1/9.

*Triệu chứng cơ năng toàn thân:* khô miệng là triệu chứng gặp ở tất cả các bệnh nhân. Các triệu chứng khác, gặp với thứ tự giảm dần là mệt mỏi (60%), khô sinh dục (35%) và sưng tuyến mang tai (30%).

*Triệu chứng cơ năng tại mắt:*

Điểm OSDI trung bình là  $64,7 \pm 14,03$ ; trong đó bệnh nhân có số điểm OSDI cao nhất là 86,36 điểm và thấp nhất là 34,1 điểm, được phân loại ở mức độ nặng.

*Triệu chứng thực thể tại mắt:*

Thị lực: 50% số mắt có thị lực ở mức đếm

ngón tay ( $\text{ĐNT} \geq 3\text{m}$  đến 20/70, 25% số mắt có thị lực 20/70 đến 20/30, và 25% số mắt có thị lực trên 20/30. Không có mắt nào có thị lực dưới  $\text{ĐNT} \geq 3\text{m}$ .

Thời gian vỡ phim nước mắt (TBUT) trung bình là  $0,7 \pm 1,16$  giây, trong đó giá trị TBUT nhỏ nhất là 0 giây, lớn nhất là 4 giây. Tất cả các mắt đều có TBUT giảm mức độ rất nặng ( $n=27$ ; 67,5% mắt) và mức độ nặng ( $n=13$ ; 32,5% mắt). Không có mắt nào có TBUT giảm ở mức độ nhẹ và vừa.

Chế tiết nước mắt được đánh giá bằng test Schirmer I với giá trị trung bình là  $3,23 \pm 3,18$  mm; trong đó mắt có giá trị Schirmer I thấp nhất là 0mm, cao nhất là 9mm. Trong tổng số 40 mắt nghiên cứu, giá trị Schirmer I chủ yếu ở mức độ nặng và rất nặng (32 mắt chiếm 80%).

Tổn hại bề mặt nhãn cầu: Điểm bắt màu giác mạc khi nhuộm Fluorescein có giá trị trung bình là  $12,5 \pm 2,41$  với giá trị điểm bắt màu giác mạc nhỏ nhất là 6 điểm và lớn nhất là 15 điểm.

Bảng 1: Phân độ điểm bắt màu giác mạc khi nhuộm Fluorescein

Test Fluorescein	n (mắt)	Tỷ lệ %
Mức độ nhẹ	1	2,5
Mức độ vừa	14	35
Mức độ nặng	25	62,5
<b>Tổng</b>	40	100

Điểm bắt màu kết mạc khi nhuộm Rose bengal có giá trị trung bình là  $10,28 \pm 3,419$ . Giá trị điểm bắt màu kết mạc nhỏ nhất là 6 điểm và lớn nhất là 18 điểm.

Bảng 2: Phân độ điểm bắt màu kết mạc khi nhuộm Rose bengal

Test Rose bengal	n (mắt)	Tỷ lệ %
Mức độ nhẹ	11	27,5
Mức độ vừa	13	32,5

Mức độ nặng	14	35
Mức độ rất nặng	2	5
<b>Tổng</b>	40	100

Trong nghiên cứu, điểm bắt màu kết mạc khi nhuộm Rose bengal chủ yếu từ mức độ vừa trở lên (29 mắt; 72,5%); trong đó, chỉ có 2 mắt (5%) có tổn thương ở mức độ rất nặng.

Mức độ tổn thương tuyến Meibomius: Trong 40 mắt nghiên cứu với tổng số 80 mi trên và mi dưới, có 33,8% số mi mắt của bệnh nhân có tổn thương tuyến Meibomius. Số mi mắt có tổn thương độ 1 chiếm 7,5%; số mi mắt tổn thương độ 2 chiếm 16,3% và tổn thương độ 3 có 8 mi chiếm 10%.

#### **4. BÀN LUẬN**

##### **Đặc điểm lâm sàng**

*Tuổi:* Tuổi trung bình của bệnh nhân là 51,5±10,40 cao nhất là 64 tuổi và nhỏ nhất là 36 tuổi. Nhóm bệnh nhân có tuổi từ 40-60 chiếm tỷ lệ cao nhất với 50% tổng số bệnh nhân. Giá trị này tương đương với kết quả của Nguyễn Tiến Đạt<sup>4</sup> ở nhóm bệnh nhân khô mắt thường. So với khô mắt trên bệnh nhân SS, kết quả của chúng tôi tương đương với kết quả của Susan<sup>5</sup>. Cho thấy trong các nghiên cứu đều có đặc điểm chung là khô mắt là thường xảy ra ở trên nhóm người cao tuổi, cho dù đó là bệnh nhân mắc SS hoặc không mắc SS. Ở lứa tuổi 40 - 60, lứa tuổi lao động đang ở độ nhiều kinh nghiệm, khô mắt sẽ làm giảm đáng kể chất lượng sống và lao động. Vì vậy, việc điều trị bệnh sẽ không chỉ cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh mà còn làm cải thiện sức khoẻ lao động cho người bệnh.

*Giới:* Khô mắt thường gặp ở nữ giới, nhất là nữ giới từ trung niên trở lên. Tỷ lệ nữ càng cao hơn trong nhóm bệnh nhân khô

mắt trên hội chứng SS. Trong nghiên cứu này, đại đa số bệnh nhân là nữ, chiếm tỷ lệ 90%. Trong khi đó nghiên cứu khô mắt trên bệnh nhân thường, Nguyễn Tiến Đạt<sup>4</sup> báo cáo tỷ lệ nữ/nam chỉ là 1,7/1. Các nghiên cứu khác trên bệnh nhân SS cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nữ cao hơn nam rất nhiều, thậm chí cứ 19 bệnh nhân nữ mới có 1 bệnh nhân nam<sup>5</sup>. Sở dĩ như vậy vì bản thân hội chứng Sjögren cũng gặp ở nữ nhiều hơn nam, khô mắt cũng gặp ở nữ nhiều hơn. Vì vậy, với nhóm bệnh nhân khô mắt có hội chứng Sjögren, tỷ lệ nữ cao hơn nam rất đáng kể. Điều này đặt ra vấn đề cần chú ý khám, phát hiện khô mắt ở phụ nữ để cải thiện chất lượng sống và lao động cho họ.

*Triệu chứng toàn thân:* Các triệu chứng toàn thân điển hình của SS bao gồm: khô mắt, khô miệng. Chúng tôi nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân khô mắt mắc hội chứng Sjögren nguyên phát, do vậy 100% bệnh nhân có khô mắt. Các triệu chứng toàn thân khác bao gồm: khô miệng (100%), mệt mỏi (40%), khô sinh dục (35%), và sung tuyến mang tai (30%). Năm 2020, Xu và cộng sự đã thực hiện một nghiên cứu đa trung tâm với số lượng bệnh nhân là 2986 SS nguyên phát, kết quả cho thấy có 68,59% bệnh nhân khô mắt, 86,5% bệnh nhân có khô miệng, một số biểu hiện ở các hệ cơ quan khác như sung tuyến mang tai (19,8%), biểu hiện ở hệ hô hấp (16,54%), triệu chứng các bệnh về máu chiếm 13,33%<sup>6</sup>.

*Triệu chứng cơ năng tại mắt:* Điểm OSDI trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 64,7±14,03; trong đó bệnh nhân có số

điểm OSDI cao nhất là 86,36 điểm và thấp nhất là 34,1 điểm. Tất cả bệnh nhân thuộc nhóm nặng (100%) đánh giá theo thang điểm của Caglar 2016. Điểm OSDI cao của bệnh nhân khô mắt do SS cũng được nhiều tác giả công bố. Trong nghiên cứu của Susan Vitale năm 2004 trên bệnh nhân SS, điểm trung bình OSDI của 42 bệnh nhân là 62,5<sup>5</sup>. Nghiên cứu mới nhất của Cubuk năm 2021 điểm trung bình OSDI trước nghiên cứu là 51,56±18,22<sup>7</sup>. Điều này chứng tỏ các bệnh nhân khô mắt có hội chứng SS có triệu chứng cơ năng rầm rộ, ảnh hưởng nhiều đến khả năng lao động cũng như chất lượng sống của họ.

**Thị lực:** trong nghiên cứu của chúng tôi có 50% bệnh nhân có thị lực đếm ngón tay 3m đến 20/70, 25% bệnh nhân có thị lực 20/70 đến 20/30, và 25% bệnh nhân có thị lực trên 20/30. Nhìn chung, tuy có các khó chịu về thị giác nhưng thị lực tuyệt đối của bệnh nhân chưa bị ảnh hưởng nhiều<sup>4</sup>.

**Tổn thương thực thể và các khám nghiệm tại mắt:**

**Thời gian vỡ phim nước mắt (TBUT):** Trong nghiên cứu của chúng tôi TBUT có giá trị trung bình là 0,7±1,16. Một số nghiên cứu khác về TBUT trên bệnh nhân khô mắt, có hội chứng SS cũng cho thấy thời gian TBUT giảm nhiều<sup>7,8</sup>. Thời gian vỡ phim nước mắt ngắn, thể hiện phim nước mắt bị mất ổn định trầm trọng, khô mắt ở mức độ nặng nề hơn so với khô mắt trên bệnh nhân không SS.

**Schirmer I:** test Schirmer I, trong nghiên cứu của chúng tôi giá trị trung bình tại thời điểm trước nghiên cứu là 3,23±3,182. Trong số 40 mắt có 20% số mắt giảm tiết nước mức độ vừa, 32,5% số mắt giảm tiết nước mức độ nặng và 47,5% số mắt giảm tiết nước mức độ rất nặng. Nghiên cứu của các

tác giả khác về chế tiết nước mắt trên bệnh nhân SS cũng cho thấy, chế tiết nước mắt bị giảm trầm trọng. Giá trị trung bình của test Schirmer I dao động trong khoảng 2,7 – 5,3 mm<sup>7,8</sup>. Đánh giá chế tiết nước mắt trên bệnh nhân khô mắt không SS, chế tiết nước mắt cũng giảm, nhưng ít trầm trọng hơn, với giá trị test Schirmer I trung bình là 5,97 ± 3,73<sup>4</sup>. Do cơ chế bệnh sinh của bệnh nhân SS, cơ thể tự sinh ra kháng thể, chống lại chính tổ chức của mình. Tổn hại tuyến lệ do bệnh tự miễn dịch đã làm giảm đáng kể lượng nước mắt được bài tiết. Thiếu nước mắt làm mất ổn định nội môi của phim nước mắt và khởi động vòng xoắn bệnh lý khô mắt.

**Tổn hại bề mặt nhãn cầu:** Tổn thương trên kết mạc chủ yếu tập trung ở vùng khe mi và kết mạc phía dưới, vùng sát rìa tổn thương nặng hơn hai góc, góc trong tổn thương nặng hơn góc ngoài. Kết quả trung bình của test Fluorescein là 12,5±2,41; trung bình của test Rose bengal là 10,28±3,42. Tổn thương kết mạc, giác mạc đều là mức độ nặng, theo phân loại của Sullivan.

So với tổn thương kết giác mạc ở bệnh nhân khô mắt không SS, tổn thương kết mạc, giác mạc trên bệnh nhân SS nặng hơn nhiều. Điểm bắt màu trung bình ở kết mạc, giác mạc trên bệnh nhân khô mắt không SS trong nghiên cứu của Nguyễn Tiến Đạt chỉ là 6,69±2,64 và 6,38±2,44<sup>4</sup>. Điều này càng thể hiện, khô mắt trên bệnh nhân SS nặng hơn so với khô mắt trên bệnh nhân không SS.

**Tổn thương tuyến Meibomius:** Để đánh giá mức độ tổn thương tuyến Meibomius, chúng tôi sử dụng máy Keratograph 5M và sử dụng hệ thống phân loại tổn thương của Arita. Nghiên cứu của chúng tôi trên 40 mắt, với 80 mi mắt, trong đó 53 mi (66,2%) không có tổn thương tuyến, 27 mi (33,8%)

có tổn thương tuyến Meibomius. Tổn thương độ 1 chiếm 7,5%, độ 2 chiếm 16,3%, độ 3 chiếm 10%. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy, trên bệnh nhân khô mắt do SS, có kèm tổn thương tuyến Meibomius<sup>5</sup>. Vì vậy, khi điều trị khô mắt trên bệnh nhân SS thì cần chú ý phối hợp với điều trị tổn thương tuyến Meibomius và bổ sung nước mắt nhân tạo có thành phần thay thế lớp lipid.

## 5. KẾT LUẬN

Khô mắt trên bệnh nhân SS thường gặp ở nữ, với các triệu chứng nặng hơn so với khô mắt trên bệnh nhân không mắc SS, thể hiện ở thời gian vỡ phim nước mắt ngắn, lượng nước mắt bài tiết giảm đáng kể, kết

mạc, giác mạc tổn hại nặng. Dấu hiệu gợi ý để chẩn đoán khô mắt trên bệnh nhân là khô mắt thể thiếu nước nặng, kèm theo có các triệu chứng toàn thân khác như khô miệng, mệt mỏi, sưng tuyến mang tai hoặc các tổn thương khác ở khớp, phổi, các thay đổi về huyết học. Để chẩn đoán xác định bệnh nhân bị SS cần làm xét nghiệm tìm SSA; SSB.

## LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn khoa Giác mạc, bệnh viện Mắt Trung ương đã tạo điều kiện thuận lợi để hoàn thành nghiên cứu này. Chúng tôi cam đoan không có xung đột về lợi ích trong nghiên cứu này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Craig JP, Nichols KK, Akpek EK, et al. TFOS DEWS II Definition and Classification Report. *The ocular surface* 2017;15(3):276-283.
2. Stapleton F, Alves M, Bunya VY, et al. TFOS DEWS II Epidemiology Report. *Ocul Surf.* 2017;15(3):334-365.
3. Qin B, Wang J, Yang Z, et al. Epidemiology of primary Sjögren's syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis.* 2015;74(11):1983-1989.
4. Nguyễn Tiến Đạt. Đánh giá hiệu quả của Diquafosol sodium 3% trong điều trị khô mắt vừa và nặng. *Luận văn thạc sĩ y học, Nhân khoa, Đại học Y Hà Nội.* 2017.
5. Vitale S, Goodman LA, Reed GF, Smith JA. Comparison of the NEI-VFQ and OSDI questionnaires in patients with Sjögren's syndrome-related dry eye. *Health and Quality of Life Outcomes.* 2004;2(1):44.
6. D Xu, S Zhao, Q Li, et al. Characteristics of Chinese patients with primary Sjogren's syndrome: preliminary report of a multi-centre registration study. *Lupus.* 2020;29:45-51.
7. Cubuk MO, Ucgul AY, Ozgur A, Ozulken K, Yuksel E. Topical cyclosporine a (0.05%) treatment in dry eye patients: a comparison study of Sjogren's syndrome versus non-Sjogren's syndrome. *Int Ophthalmol.* 2021;41(4):1479-1485.
8. Kang M-J, Kim Y-H, Chou M, et al. Evaluation of the Efficacy and Safety of A Novel 0.05% Cyclosporin A Topical Nanoemulsion in Primary Sjögren's Syndrome Dry Eye. *Ocular Immunology and Inflammation.* 2020;28(3):370-378.

# ĐỘ CHÍNH XÁC CÁC THÔNG SỐ TRÒNG KÍNH CỦA BỆNH NHÂN TẠI PHÒNG KHÁM ĐA KHOA TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA PHẠM NGỌC THẠCH

Phạm Trần Trúc Anh<sup>1</sup>, Võ Thị Bảo Châu<sup>1</sup>, Vũ Hoàng Thảo My<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Giới thiệu:** Tật khúc xạ (TKX) đề cập đến một dạng khiếm khuyết quang học trong đó hệ thống quang học không thể hội tụ các tia sáng song song một cách chính xác tại võng mạc. Trong số các phương pháp điều chỉnh tật khúc xạ, việc sử dụng kính gọng là phương pháp phổ biến nhất. Tuy nhiên, sự không dung nạp kính gọng vẫn đang là mối lo ngại của cả bệnh nhân và người kê đơn kính. Qua các nghiên cứu, hầu hết các tác giả đều chỉ ra rằng nguyên nhân chính gây ra sự không dung nạp kính gọng là do sai số trong quá trình đo khúc xạ, dẫn đến các thông số của tròng kính không được chính xác theo nhu cầu thị giác của người sử dụng.

**Mục tiêu:** Xác định độ chính xác các thông số tròng kính của bệnh nhân tại Phòng khám Đa khoa Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

**Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu trên tổng số bệnh nhân mắc tật khúc xạ đang sử dụng kính gọng trong khoảng thời gian từ 01/01/2023 đến 31/12/2023.

**Kết quả:** 311 bệnh nhân, tổng số 622 mắt nghiên cứu. Trong đó, độ chính xác về các thông số tròng kính ở nhóm đối tượng nghiên cứu ghi nhận lỗi trực trụ chiếm tỷ lệ cao nhất và chiếm tỷ lệ thấp nhất là lỗi công suất trụ. Mối liên hệ giữa độ chính xác các thông số tròng kính với tình trạng bất thường điều tiết có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ); giữa độ chính xác các thông số tròng kính và tình trạng bất thường quy tụ - lác/lé không có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

**Kết luận:** Nghiên cứu chỉ ra rằng tật khúc xạ phổ biến chủ yếu là loạn cận kép và cận thị, với việc ghi nhận lỗi các thông số của tròng kính là rất phổ biến. Mặc dù có sự liên hệ giữa các lỗi thông số này và sự bất thường điều tiết, tuy nhiên mối liên hệ với các triệu chứng thực thể như lác/lé là không rõ ràng. Do đó, kiểm tra sức khỏe mắt định kỳ là việc cần thiết để đảm bảo các thông số của tròng kính là chính xác và phù hợp. Điều đó không những cải thiện chất lượng tầm nhìn, mà còn giúp giảm thiểu ảnh hưởng đến các vấn đề liên quan đến chức năng thị giác hai mắt.

**Từ khóa:** Tật khúc xạ, lỗi thông số kính gọng, ảnh hưởng của việc đeo kính không đúng độ.

<sup>1</sup> Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh.

Chịu trách nhiệm nội dung: Phạm Trần Trúc Anh

Người thẩm định: ThS Phạm Thị Hải Yến

**SUMMARY**

**Introduction:** Refractive errors (RE) refer to a type of optical defect where the optical system fails to converge parallel rays of light accurately on the retina. Among these, spectacle lenses are the most commonly used form of visual correction. However, non-adaptation to spectacle lenses remains a concern for both patients and prescribing optometrists. Through various studies, most authors point out that the primary cause of non-adaptation to spectacle lenses is due to errors in refractive measurements, or what is also understood as errors in the parameters of the lenses worn by the population.

**Objective:** Determine the accuracy of lens parameters in patients at the PolyClinic of Pham Ngoc Thach University of Medicine.

**Method:** A cross-sectional retrospective study on refractive error patients using spectacle lenses between January 1, 2023, and December 31, 2023.

**Results:** 311 patients, totaling 622 eyes studied. Among them, the accuracy of lens parameters in the study group showed that the highest error rate was for cylinder axis errors, while the lowest was for cylinder power errors. There was a statistically significant relationship between the accuracy of lens parameters and the condition of abnormal accommodation ( $p < 0,05$ ); however, there was no statistically significant relationship between lens parameter accuracy and the condition of convergence abnormalities or strabismus ( $p > 0,05$ ).

**Conclusion:** Research indicates that the most common refractive errors are primarily compound astigmatism and myopia, with the recording of errors in the parameters of the lenses is very common. Although there is a correlation between these parameter errors and accommodative abnormalities, the relationship with physical symptoms such as strabismus is not clear. Therefore, regular eye examinations are necessary to ensure that the lens parameters are accurate and suitable. This not only improves visual quality but also helps minimize the impact on issues related to binocular vision function.

**Keywords:** Refractive error, errors in spectacle lens parameters, the impact of wearing incorrect prescriptions.

**1. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tật khúc xạ (TKX) đề cập đến một dạng khiếm khuyết quang học trong đó hệ thống quang học không thể hội tụ các tia sáng song song một cách sắc nét vào võng mạc. Tật khúc xạ là vấn đề về mắt phổ biến nhất và là nguyên nhân đứng thứ hai gây suy giảm thị lực từ trung bình đến nặng hoặc mù lòa với con số đáng báo động là 123,7 triệu người - chiếm tỷ lệ 5,62%[9]. Tình trạng suy giảm

thị lực vẫn chưa được giải quyết này ảnh hưởng đến năng suất học tập, hiệu suất làm việc, mất cân bằng trong phạm trù kinh tế cá nhân, kinh tế gia đình, từ đó dẫn đến chất lượng cuộc sống bị suy giảm. Ngoài ra, tật khúc xạ còn đặt ra gánh nặng tài chính toàn cầu to lớn với ước tính tổn thất năng suất toàn cầu hàng năm vào khoảng 411 tỷ USD. [10]

Có ba phương pháp chính để điều chỉnh tật khúc xạ bao gồm: kính gọng, kính tiếp

xúc và phẫu thuật khúc xạ. Trong đó, kính gọng là hình thức điều chỉnh thị lực phổ biến nhất. Tại Việt Nam, trong nghiên cứu của Phạm Văn Anh và cộng sự (Cs.) được đăng trên Tạp chí Y học Việt Nam vào năm 2022 chỉ ra rằng hơn một nửa trong tổng số đối tượng nghiên cứu lựa chọn sử dụng kính gọng là phương pháp điều trị tật khúc xạ phổ biến hơn so với các phương pháp điều trị khác với tỷ lệ 72%[2]. Tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thanh Vân và Cs. (2022) thu thập được 83,9% là con số chỉ ra rằng đối tượng nghiên cứu biết cách điều chỉnh tật khúc xạ là bằng kính gọng[1]. Kính gọng có nhiều ưu điểm và được chấp nhận ở đa số bệnh nhân (BN) ở mọi lứa tuổi vì chi phí thấp, không xâm lấn, đa dạng mẫu mã, dễ sử dụng và vệ sinh chăm sóc. Bên cạnh đó, có nhiều loại kính gọng, chẳng hạn như: kính đơn tròng, kính hai tròng, kính đa tròng nhằm đáp ứng nhu cầu thị giác của bệnh nhân ở nhiều khoảng cách khác nhau. Tuy nhiên, phần lớn dân số bị suy giảm thị lực do tật khúc xạ vẫn chưa tiếp cận được một cặp kính gọng phù hợp và ưu việt. Theo WHO, trên toàn cầu chỉ có 36% dân số bị suy giảm thị lực do tật khúc xạ được tiếp cận với một cặp kính gọng phù hợp. Vào năm 2015, trong một nghiên cứu của Semanyenzi S và Cs. báo cáo rằng 18,9% trong số 634 học sinh ở Châu Phi mắc tật khúc xạ nhưng trong số đó chỉ có 26,7% đeo kính gọng và 75% số học sinh này không có kiến thức gì về tật khúc xạ và kính gọng.[7]

Bên cạnh đó, sự không dung nạp kính gọng vẫn đang là mối lo ngại của cả bệnh nhân và người kê đơn kính. Trong nghiên cứu của Jeewanand Bist và Cs. vào năm 2021 chỉ ra rằng gần một nửa nguyên nhân gây ra sự không chấp nhận kính gọng là do sai số khi đo khúc xạ[4]. Hiện nay, trên

Thế giới chỉ có một vài nghiên cứu khảo sát nguyên nhân dẫn đến sự không dung nạp kính gọng trong dân số. Đặc biệt, nghiên cứu về độ chính xác các thông số tròng kính và mối liên quan với triệu chứng ở bệnh nhân trong và ngoài nước vẫn còn hạn chế. Qua những nhận thức nêu trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ các loại tật khúc xạ của bệnh nhân tại Phòng khám Đa khoa Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

2. Xác định độ chính xác về các thông số của tròng kính (công suất, trục, tâm kính) của bệnh nhân tại Phòng khám Đa khoa Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

3. Xác định mối quan hệ giữa độ chính xác các thông số tròng kính với các triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể của bệnh nhân tại Phòng khám Đa khoa Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Các bệnh nhân có tật khúc xạ đến khám tại Phòng khám Đa khoa Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch trong khoảng thời gian từ 01/01/2023 đến 31/12/2023.

#### *Tiêu chuẩn chọn mẫu*

- Bệnh nhân được chẩn đoán mắc tật khúc xạ dựa vào việc kiểm tra thị lực kết hợp với kết quả khúc xạ đo bằng phương pháp khách quan hoặc chủ quan; đồng thời có đang sử dụng kính gọng để điều chỉnh tật khúc xạ.

#### *Tiêu chuẩn loại trừ*

- Bệnh nhân không mang theo kính hoặc làm mất kính.
- Bệnh nhân có bệnh lý mắt hoặc bệnh



lý toàn thân phổ biến gây suy giảm thị lực mà không phải do tật khúc xạ.

- Tầm phẫu thuật khúc xạ.
- Bất thường vận nhãn: vì bất thường này gây ra các hậu quả điển hình tại mắt như suy giảm thị lực hoặc song thị.
- Bất thường thị giác hai mắt gây suy giảm thị lực như: sự phát triển thị giác hai mắt bất thường, nhược thị, lác/lé, định thị lệch tâm, bất thường tương ứng ảnh võng mạc.

Những tiêu chuẩn trên sẽ dựa vào phần khai thác bệnh sử của bệnh nhân trong hồ sơ bệnh án và các thông tin dữ liệu trong phần khám của phiếu khám khúc xạ nhãn khoa.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu.

**Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

**Cỡ mẫu:** N = 311 (bệnh nhân) → 622 (mắt).

**Các chỉ số nghiên cứu:** Phân loại mức

độ cận thị, viễn thị và loạn thị theo IMI[5] và AOA[6].

**Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0, các kiểm định có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN**

**Đặc điểm nhóm đối tượng**

Nghiên cứu thực hiện trên 311 bệnh nhân, gồm 622 mắt được chẩn đoán có tật khúc xạ và đang sử dụng kính gọng, độ tuổi từ 7 đến 74 tuổi, độ tuổi trung bình là  $23,29 \pm 7,215$  tuổi. Tổng số mắt nghiên cứu là 622 mắt, trong đó, số mắt của bệnh nhân nam là 446 mắt, tương ứng với 71,7%; số mắt bệnh nhân nữ là 176 mắt, tương ứng với 28,3%. Về phân bố nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu: Nhóm tuổi trẻ em (*dưới 16 tuổi*) chiếm 3,86%; nhóm tuổi thanh niên (*16 đến 30 tuổi*) chiếm 88,42%; nhóm tuổi người trưởng thành (*từ trên 30 đến dưới 60 tuổi*) chiếm 7,07%; nhóm người cao tuổi (*60 đến 74 tuổi*) chiếm 0,64% (*Bảng 1*).

*Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu.*

		2N = 622 (mắt)	Tỷ lệ (%)
<b>Nhóm tuổi</b>	Trẻ em	24	3,86
	Thanh niên	550	88,42
	Người trưởng thành	44	7,07
	Người cao tuổi	4	0,64
<b>Giới tính</b>	Nam	446	71,7
	Nữ	176	28,3

Loại tật khúc xạ	Chính thị	6	1	
	Cận thị	94	15,1	
	Viễn thị	2	0,3	
	Loạn thị	Loạn thị	19	3,1
		Loạn cận đơn	6	1
		Loạn cận kép	477	76,7
Loạn viễn kép		11	1,8	
Loạn thị hỗn hợp	7	1,1		

**Thanh niên** chiếm tỷ lệ lớn nhất (88,42%), cho thấy nhóm tuổi này có số lượng người mắc tật khúc xạ cao hơn hẳn so với các nhóm tuổi khác. **Nam giới** chiếm tỷ lệ lớn hơn (71,7%) so với **nữ giới** (28,3%). Điều này cho thấy rằng nam giới có khả năng mắc tật khúc xạ cao hơn hoặc ít nhất là tỷ lệ cao hơn so với nữ giới trong mẫu nghiên cứu này. Tật khúc xạ phổ biến nhất là loạn thị, đặc biệt là loạn cận kép, chiếm 76,7% trên tổng số. Điều này cho thấy loạn thị, đặc biệt là dạng loạn cận kép, là vấn đề khúc xạ phổ biến nhất trong nhóm nghiên cứu. Các loại loạn thị khác đều có

tỷ lệ thấp hơn nhiều. Bên cạnh đó, cận thị là loại tật khúc xạ chiếm tỷ lệ cao thứ hai trong nghiên cứu (15,1%). Viễn thị là loại tật khúc xạ ghi nhận tỷ lệ thấp nhất, chiếm 0,3% trên tổng số. Đặc biệt, điều đáng lưu ý trong nhóm nghiên cứu là 1% tỷ lệ người chính thị (*không mắc tật khúc xạ*) nhưng đang sử dụng kính gọng để điều chỉnh. Tóm lại, loạn thị, đặc biệt là loạn cận kép, là tật khúc xạ chiếm tỷ lệ nhiều nhất trong nhóm đối tượng nghiên cứu, ngoài ra cận thị cũng là một vấn đề đáng lưu ý hiện nay, viễn thị và các loại loạn thị khác ít phổ biến hơn ở nghiên cứu này.

Bảng 2. Mối quan hệ giữa nhóm tuổi và mức độ của các loại tật khúc xạ.

Tật khúc xạ	Nhóm tuổi trẻ em (dưới 16t)	Nhóm tuổi thanh niên (16 - 30t)	Nhóm tuổi người trưởng thành (30 - 60t)	Nhóm người cao tuổi (60 đến 74t)	Số p
Cận thị nhẹ	38,63%	40,95%	31,94%	0%	p = 0,09
Cận thị nặng	4,54%	12,7%	8,33%	0%	
Viễn thị nhẹ	4,54%	0,12%	5,56%	57,14%	
Viễn thị trung bình	0%	0%	1,39%	0%	
Viễn thị cao	0%	0%	1,39%	0%	

Loạn thị nhẹ	22,72%	24,9%	36,11%	14,29%	p = 0,43
Loạn thị trung bình	22,72%	14,02%	11,11%	28,57%	
Loạn thị cao	2,31%	4,67%	2,78%	0%	
Loạn thị rất cao	4,54%	2,64%	1,39%	0%	
<b>N</b>	<b>N = 44</b>	<b>N = 984</b>	<b>N = 72</b>	<b>N = 7</b>	

Cận thị chủ yếu phổ biến ở trẻ em và thanh niên. Trẻ em có tỷ lệ mắc cận thị nhẹ cao nhất (38,63%). Thanh niên cũng có tỷ lệ mắc cận thị nhẹ cao (40,95%), và tỷ lệ mắc cận thị nặng gia tăng (12,7%). Điều này cho thấy tình trạng cận thị có thể trở nên nghiêm trọng hơn khi vào tuổi thanh niên. Người trưởng thành có tỷ lệ mắc cận thị nhẹ và cận thị nặng giảm so với nhóm thanh niên, nhưng vẫn còn đáng kể với tỷ lệ lần lượt là 31,94% và 8,33%. Người cao tuổi không có tỷ lệ mắc cận thị, điều này có thể liên quan đến sự giảm tỷ lệ mắc cận thị khi người cao tuổi có thể gặp các vấn đề thị lực khác như

viễn thị. Trẻ em và thanh niên có tỷ lệ mắc loạn thị nhẹ và loạn thị trung bình cao hơn so với người trưởng thành và người cao tuổi. Bên cạnh đó, người cao tuổi có tỷ lệ mắc loạn thị trung bình cao (28,57%). Tỷ lệ mắc các loại loạn thị có sự phân bố khá đồng đều ở các nhóm tuổi và có thể thay đổi theo thời gian, nhưng không có xu hướng tăng hay giảm rõ ràng theo tuổi tác. Dựa vào bảng tóm tắt trên (Bảng 2), có sự khác biệt giữa mức độ của các loại tật khúc xạ với nhóm tuổi. Tuy nhiên, sự khác biệt không mang ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

*Bảng 3. Mối quan hệ giữa lỗi các thông số về tròng kính và triệu chứng cơ năng.*

	Mờ /nhòe	Mỏi mắt	Thấy choáng	Thấy hai hình	Chảy nước mắt sống	Ngứa mắt	Khô mắt	Căng mắt	Chói /lóa
Dư cầu cộng	1,17%	0,88%	0%	7,40%	0%	0%	0%	0%	0%
Dư cầu trừ	2,11%	10,62%	17,86%	0%	12,05%	7,70%	8,70%	9,43%	3,70%
Thiếu cầu trừ	14,78%	4,42%	0%	11,11%	4,82%	2,56%	8,70%	3,78%	1,86%
Dư trụ trừ	1,87%	2,65%	3,57%	3,72%	1,21%	2,56%	0%	5,66%	1,86%

Thiếu trụ trụ	10,33%	8,85%	3,57%	11,11%	8,43%	5,13%	4,35%	3,78%	7,40%
Lỗi trực trụ	35,21%	46,02%	57,14%	37,04%	40,96%	51,28%	52,17%	41,50%	61,11%
Kính lệch tâm	18,30%	14,16%	7,14%	14,81%	16,87%	15,38%	13,04%	18,87%	11,11%
Hiệu ứng lăng kính	16,23%	12,40%	10,71%	14,81%	15,66%	15,38%	13,04%	16,98%	12,96%

*Mờ/nhòe* là triệu chứng phổ biến nhất với với nhiều nguyên nhân ghi nhận số lượng đáng kể như: thiếu công suất cầu trụ, dư công suất cầu cộng, dư/thiếu công suất trụ trụ và các yếu tố khác như: lỗi trực trụ và kính lệch tâm. Điều này cho thấy rằng *mờ/nhòe* có thể là kết quả của nhiều vấn đề về việc điều chỉnh các thông số kính chưa phù hợp với nhu cầu thị giác của BN. *Mỏi mắt* cũng là triệu chứng phổ biến, chỉ sau *mờ/nhòe*, với nguyên nhân chủ yếu là: dư cầu trụ và lỗi trực trụ. Các triệu chứng còn lại ít phổ biến hơn với số lượng phân bố chiếm tỷ lệ thấp. Tuy nhiên, biểu hiện thấy choáng, thấy hai hình và chảy nước mắt sống có thể chỉ ra các vấn đề nghiêm trọng hơn hoặc cần có bài kiểm tra sâu hơn về các vấn đề khác liên quan đến mắt. Nói tóm lại, *mờ/nhòe* và *mỏi mắt* là hai triệu chứng phổ biến nhất và có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau, tuy nhiên, *lỗi trực trụ* được ghi nhận là nguyên nhân chính dẫn đến các

than phiền của BN. Nghiên cứu của Jeremy Beesley<sup>[3]</sup> trong những lần kiểm tra lại cũng cho kết luận tương tự, tác giả đánh giá là có những sự thay đổi nhất định về thành phần trụ, vì thay đổi các thành phần trụ có thể gây ra biến dạng không gian, dẫn đến mỏi mắt ở những BN nhạy cảm, điều đó có khả năng góp phần gây ra hiện tượng không dung nạp kính ở bệnh nhân. Bên cạnh đó, *kính lệch tâm* và *lỗi dư công suất cầu cộng* cũng đóng vai trò quan trọng trong việc gây ra triệu chứng cơ năng kể trên. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa lỗi thông số kính và triệu chứng cơ năng không mang ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Song, với những than phiền trên cho thấy việc điều chỉnh đúng chính xác các thông số tròng kính vẫn là việc cần thiết để cải thiện tình trạng khúc xạ và chất lượng cuộc sống cho BN. Ngoài ra, không ghi nhận trường hợp than phiền nào có liên quan đến lỗi thiếu công suất cầu cộng trong nhóm đối tượng nghiên cứu.

Bảng 4. Mối quan hệ giữa lỗi các thông số về tròng kính và triệu chứng thực thể.

Lỗi thông số tròng kính	Bất thường điều tiết		Bất thường quy tụ		Lác/Lé	
	OR	Số p	OR	Số p	OR	Số p
Dư cầu cộng	7,162	<b>0,017</b>	7,153	<b>0,006</b>	0,874	0,716
Dư cầu trụ	2,387	<b>0,004</b>	0,457	0,20	1,266	0,478

Thiếu cầu trờ	3,805	< 0,001	1,708	0,085	1,507	0,119
Dư trụ trờ	1,946	0,156	5,673	< 0,001	1,621	0,338
Thiếu trụ trờ	3,843	< 0,001	1,79	0,075	1,664	0,173
Lỗi trực trụ	1,415	0,043	2,166	0,003	1,388	0,097
Kính lệch tâm	0,748	0,156	1,105	0,718	1,321	0,205
Hiệu ứng lăng kính	0,555	0,007	1,063	0,832	1,005	0,983

Khi kính đeo có lỗi công suất cầu, cụ thể: Dư cầu cộng sẽ có nguy cơ bất thường điều tiết và bất thường quy tụ lần lượt cao gấp 7,162 lần và 7,153 lần so với việc đeo kính có thông số chính xác ( $p < 0,05$ ); dư cầu trờ và thiếu cầu trờ sẽ có nguy cơ bất thường điều tiết cao gấp 2,387 lần và 3,805 lần so với nhóm đeo kính có thông số chính xác ( $p < 0,05$ ).

Khi kính đeo có lỗi công suất trụ, cụ thể: Dư trụ trờ sẽ có nguy cơ bất thường quy tụ cao gấp 5,673 lần so với kính có thông số chính xác ( $p < 0,001$ ); thiếu trụ trờ sẽ có nguy cơ bất thường điều tiết cao gấp 3,843 lần so với khi đeo kính có thông số chính xác ( $p < 0,001$ ).

Việc đeo kính không chính xác trục sẽ có nguy cơ bất thường điều tiết cao gấp 1,415 lần so với nhóm đeo kính chính xác ( $p < 0,05$ ).

Bệnh nhân chịu hiệu ứng lăng kính không chấp nhận được sẽ có nguy cơ bất thường điều tiết cao gấp 0,555 lần so với hiệu ứng lăng kính chấp nhận ( $p < 0,05$ ).

Các tỉ số chênh (OR) còn lại không mang ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Tương tự như trong một nghiên cứu của tác giả Samuel,

ông đã báo cáo tỷ lệ bất thường về quy tụ và tật khúc xạ chưa chỉnh kính có ý nghĩa lâm sàng thấp và không có mối quan hệ đáng kể giữa chúng<sup>[8]</sup>; phần lớn lỗi các thông số trờ kính có mối quan hệ với sự bất thường điều tiết ( $p < 0,05$ ).

#### 4. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 311 bệnh nhân, gồm 622 mắt có tật khúc xạ và đang sử dụng kính gọng đến khám tại Phòng khám Đa khoa Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch trong khoảng thời gian từ 01/01/2023 đến 31/12/2023, độ tuổi từ 7 đến 74 tuổi, từ kết quả của nghiên cứu trên, có thể đi đến kết luận sau:

Phân bố mức độ của các tật khúc xạ cho thấy cận thị nhẹ và loạn thị nhẹ chiếm ưu thế nhất trong nhóm đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ lỗi trực trụ và lỗi công suất cầu trờ (cụ thể là lỗi thiếu công suất trụ) chiếm ít nhất trong số các lỗi thông số về trờ kính. Mặc dù có sự khác biệt về lỗi các thông số trờ kính và triệu chứng cơ năng, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Điều này cho thấy không có mối liên hệ mạnh mẽ giữa lỗi các

thông số tròng kính và các triệu chứng cơ năng. Bên cạnh đó, độ chính xác các thông số tròng kính không có mối liên hệ đáng kể với tình trạng lác/lé, nhưng có mối liên

hệ với tình trạng bất thường điều tiết ( $p < 0,05$ ). Điều này chỉ ra rằng lỗi tròng kính có thể ảnh hưởng đáng kể đến sự điều tiết của mắt, nhưng không ảnh hưởng rõ rệt đến các triệu chứng gây ra biểu hiện lác/lé.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn, T. V., & Phan, C. L. G. (2023). Đánh giá thực trạng kiến thức, thái độ, hành vi của cha mẹ trẻ em có tật khúc xạ đến khám tại bệnh viện mắt trung ương năm 2022. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 530 (2);
2. Phạm, V. A., Phạm, T. T. T., Lê, T. H. N., Trần, M. A., & Lê, T. T. (2023). Kiến thức, thái độ của giáo viên tiểu học về tật khúc xạ của học sinh tại một số trường tiểu học tại hà nội năm 2022. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 530 (2);
3. Beesley J, Davey CJ, Elliott DB (2022). What are the causes of non-tolerance to new spectacles and how can they be avoided? *Ophthalmic Physiol Opt J Br Coll Ophthalmic Opt Optom*; 42(3):619-632;
4. Bist J, Kaphle D, Marasini S, Kandel H (2021). Spectacle non-tolerance in clinical practice - a systematic review with meta-analysis. *Ophthalmic Physiol Opt J Br Coll Ophthalmic Opt Optom*; 41(3):610-622;
5. Flitcroft DI, He M, Jonas JB, et al. IMI - Defining and Classifying Myopia: A Proposed Set of Standards for Clinical and Epidemiologic Studies. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2019;60(3):M20-M30. doi:10.1167/iovs.18-25957;
6. Majumdar S, Tripathy K. Hyperopia. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2024. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560716/>;
7. SE. Semanyenzi et al (2015). Prevalence and pattern of refractive errors in high schools of Nyarugenge district. *RMJ Vol.72 (3)*;
8. Wajuihian SO. Is there an association between convergence insufficiency and refractive errors? *Afr Vision Eye Health*. 2017;76(1), a363. <https://doi.org/10.4102/aveh.v76i1.363>;
9. World Health Organization (2016). Framework on integrated, people-centred health services. Sixty-ninth world health assembly. *Provisional agenda item 16.1*. A69/39;
10. World Health Organization (2023). Vision impairment and blindness.

## **2030 IN SIGHT - VÌ MỘT THẾ GIỚI KHÔNG CÒN MÙ LÒA CÓ THỂ PHÒNG CHỮA ĐƯỢC**

*Nguyễn Việt Giáp<sup>1</sup>*

Sáng kiến “**Thị giác 2020 - Quyền được nhìn thấy**” được Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) và cơ quan Phòng chống mù lòa Quốc tế (IAPB) đưa ra năm 1999 với mục tiêu “**Vì một thế giới không ai bị mù lòa một cách không cần thiết**”, trong đó tập trung vào một số nguyên nhân chính gây mù lòa có thể phòng chữa được. Đồng thời chọn ngày thứ 5 tuần thứ 2, tháng 10 hàng năm làm “**Ngày thị giác thế giới**” nhằm nâng cao nhận thức của cộng đồng, vận động các chính sách và thu hút nguồn lực cho công tác phòng chống mù lòa. Đến năm 2020 các mục tiêu cơ bản của “Thị giác 2020” đã đạt được những kết quả quan trọng, hơn 100 quốc gia và vùng lãnh thổ tham gia hưởng ứng, hơn 90 triệu người được điều trị hiệu quả, một số nguyên nhân gây mù như bệnh mù sông, bệnh mắt hột dần được loại bỏ...

Năm 2000 Việt Nam đã chính thức tham gia sáng kiến “**Thị giác 2020**” với các hoạt động cụ thể như: Thành lập ủy ban chỉ đạo phòng chống mù lòa quốc gia và các địa phương, xây dựng chiến lược quốc gia về phòng chống mù lòa đến năm 2020 và tầm nhìn 2030, tăng cường nguồn nhân lực, cơ sở vật chất, trang thiết bị, tổ chức các chiến dịch truyền thông nhân ngày thị giác thế giới, hưởng ứng tuần lễ Glaucoma thế giới ... Hiện nay cả nước có gần 100 bệnh viện chuyên khoa mắt, trong đó gần 60 bệnh viện

tư nhân với hơn 3.000 bác sỹ chuyên khoa mắt, mỗi năm phẫu thuật xấp xỉ 350.000 ca đục thủy tinh thể, nhiều trang thiết bị hiện đại trong lĩnh vực chuyên khoa mắt được ứng dụng, nhiều địa phương triển khai rất hiệu quả các hoạt động chăm sóc mắt và phòng chống mù lòa ở cộng đồng.

Tuy nhiên, theo đánh giá của WHO, nguồn lực chăm sóc mắt toàn cầu vẫn còn hạn chế. Chỉ có 36% người suy giảm thị lực do tật khúc xạ và 17% người suy giảm thị lực do bệnh đục thủy tinh thể được tiếp cận với các can thiệp thích hợp. Hơn 1,1 tỷ người trên thế giới vẫn phải gánh chịu hậu quả của việc mất thị lực vì không được tiếp cận các dịch vụ chăm sóc mắt. Gánh nặng kinh tế toàn cầu mỗi năm cho vấn đề mù lòa lên đến hơn 411 tỷ USD. Ước tính nếu không có những biện pháp can thiệp hiệu quả thì đến năm 2050 số người mù lòa và suy giảm thị lực trầm trọng sẽ tăng lên 1,8 tỷ người.

Để giải quyết thách thức này, IAPB đã đưa ra một chiến lược mới: “**2030 in sight**”. Sứ mệnh của nó là tạo ra một thế giới mà mọi người, mọi lúc, mọi nơi đều có thể tiếp cận các dịch vụ chăm sóc mắt có chất lượng, mà không gặp bất kỳ rào cản nào về sắc tộc, tôn giáo, tầng lớp xã hội ... Chiến lược thị giác 2030 là cách tiếp cận mới về sức khỏe mắt, phù hợp với các mục tiêu phát triển

1 Bệnh viện Mắt tỉnh Bà Rịa Vũng Tàu

Người thẩm định: PGS. TS. Phạm Ngọc Đông

bền vững với nguyên tắc lấy con người làm trung tâm, không ai bị bỏ lại phía sau, đã được Đại Hội đồng Liên Hợp Quốc thông qua tại nghị quyết số 75/310 năm 2021.

“2030 in Sight” có ba hành động chiến lược gồm:

**NÂNG TÂM:** Để vấn đề sức khỏe mắt được coi như một vấn đề cơ bản như kinh tế, giáo dục và phát triển. Sức khỏe mắt là con đường thoát khỏi nghèo đói, hướng tới giáo dục, công việc hiệu quả và giảm bất bình đẳng toàn cầu

**TÍCH HỢP:** Để sức khỏe mắt được lồng ghép trong hệ thống chăm sóc sức khỏe toàn dân và là một phần của bảo hiểm y tế. Trong đó lấy con người làm trung tâm (IPEC), giúp tăng cường các nguồn lực chăm sóc mắt, đưa dịch vụ đến gần bệnh nhân hơn, đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của con người.

**KÍCH HOẠT:** Sự thay đổi về nhận thức và thói quen của người tiêu dùng và thị trường cung cấp dịch vụ, bằng cách xóa bỏ các rào cản đối với việc chăm sóc mắt và cung cấp dịch vụ với giá cả phải chăng, nâng cao nhu cầu và sự đáp ứng nhanh của thị trường trong mọi biến động.

Đối với Việt Nam, chiến lược quốc gia về phòng chống mù lòa đã được Thủ Tướng chính phủ phê duyệt tại Quyết định 5060/QĐ-TTg ngày 31/12/2016. Theo đó định hướng 4 mục tiêu ưu tiên đến năm 2030 bao gồm: (1) Kiểm soát mù lòa do đục TTT, tăng tỷ lệ bao phủ mổ đục thủy tinh thể (CSR) lên 3.500 ca/triệu dân; (2) Kiểm soát tật khúc xạ, tăng tỷ lệ học sinh bị TKX được khám và chỉnh kính lên 95%; (3) Tăng tỷ lệ bệnh đái tháo đường được khám và theo dõi bệnh lý mắt trên 75%; (4) Quản lý bệnh Glôcôm, phát hiện sớm, điều trị hiệu quả và chuyển tuyến kịp thời. Những định hướng

trên là phù hợp với các mục tiêu của “2030 in sight”.

Tuy nhiên để “2030 in sight” thực sự mang đến những thay đổi tích cực và hiệu quả về chăm sóc mắt và phòng chống mù lòa trong điều kiện thực tế của Việt Nam, thiết nghĩ ngành nhãn khoa nói chung và mỗi địa phương, mỗi cơ sở chăm sóc mắt nói riêng cần phải quan tâm đầu tư và phát triển đồng bộ những giải pháp sau:

1. Tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe về chăm sóc mắt và phòng chống mù lòa, nhằm nâng cao nhận thức của người dân, của chính quyền và xã hội, từ đó thu hút sự quan tâm đầu tư các nguồn lực cho lĩnh vực chăm sóc mắt

2. Củng cố mạng lưới chăm sóc mắt, đầu tư các nguồn lực về cơ sở vật chất, trang thiết bị. Tăng cường đào tạo nguồn nhân lực, đặc biệt các chuyên khoa còn thiếu và yếu như mắt trẻ em, dịch kính võng mạc, thần kinh nhãn khoa. Khuyến khích các hoạt động xã hội hóa, phát triển y tế ngoài công lập để đáp ứng nhu cầu ngày càng cao và đa dạng của xã hội

3. Tăng cường kiểm soát các nguyên nhân gây mù chính; Trong đó tăng số mổ đục thủy tinh thể, số tật khúc xạ được chỉnh kính, số bệnh võng mạc đái tháo đường, bệnh Glaucoma được theo dõi, quản lý.

4. Tích hợp các hoạt động chăm sóc mắt với các chương trình chăm sóc sức khỏe học sinh, chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, quan tâm các đối tượng yếu thế như phụ nữ, trẻ em lang thang cơ nhỡ, người khuyết tật neo đơn, nơi có điều kiện kinh tế khó khăn...



## THANH TOÁN BỆNH MẮT HỘT TẠI VIỆT NAM – HƠN 70 NĂM MỘT CHẶNG ĐƯỜNG

*Phòng chỉ đạo tuyến<sup>1</sup>*

Bệnh mắt hột là một bệnh viêm kết giác mạc đặc hiệu, lây lan, tiến triển mạn tính ở người, gây ra do tác nhân Chlamydia Trachomatis. Bệnh mắt hột thường xuất hiện ở các vùng, nước nghèo, thiếu thốn các điều kiện về nước và vệ sinh môi trường. Bệnh mắt hột được Tổ chức Y tế thế giới (WHO) phân loại vào nhóm bệnh nhiệt đới bị lãng quên (NTDs) và được cho là một trong những vấn đề Y tế công cộng cần phải được giải quyết.

Tại Việt Nam, Bệnh mắt hột đã xuất hiện từ lâu, chương trình phòng chống bệnh mắt hột được bắt đầu từ những năm 1950. Ở thời điểm này ước tính tỉ lệ TF/TI (viêm mắt hột có hột/bệnh mắt hột viêm nặng) khá cao, có xã tới 50-90% và TT (lông quặm) là 6,4%. Các can thiệp ban đầu gồm phẫu thuật quặm, điều trị kháng sinh bằng thuốc mỡ tra mắt Tetracycline và giáo dục sức khỏe. Từ những năm 1995, các tổ chức phi chính phủ (NGOs) và tổ chức Mắt hột quốc tế đưa Chiến lược SAFE áp dụng vào phòng chống mắt hột tại những vùng mắt hột lưu địa Việt Nam. Các hoạt động điều tra, khám, cấp phát thuốc, phẫu thuật quặm được triển khai liên tục và rộng khắp các vùng lưu địa mắt hột với sự hỗ trợ về kỹ thuật của các chuyên

gia WHO, chuyên gia mắt hột Quốc tế và nguồn kinh phí của Bộ Y tế, các NGOs và sự đối ứng nguồn lực của các địa phương.

Năm 2014, Bệnh viện Mắt TW thực hiện điều tra mắt hột hoạt tính trên toàn quốc nhằm cung cấp bằng chứng để hoàn thiện hồ sơ “Thanh toán bệnh mắt hột tại Việt Nam” thì phát hiện ổ mắt hột hoạt tính tại Hà Giang. Từ năm 2014 đến 2022, Bệnh viện Mắt Trung Ương đã thực hiện nhiều đợt khám, cấp phát thuốc điều trị mắt hột trên toàn tỉnh Hà Giang; thực hiện điều tra lại sau 6 tháng và 2 năm điều trị thuốc. Đến nay, kết quả phòng chống bệnh mắt hột tại Việt Nam đã đạt được 3 tiêu chí về thanh toán Bệnh mắt hột theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới.

1. Tỷ lệ mắc bệnh mắt hột hoạt tính thể hột (TF) <5% ở trẻ em trong độ tuổi 1-9 tại mỗi huyện lưu hành bệnh trước đây và;

2. Tỷ lệ mắc bệnh quặm do mắt hột (TT) không biết đến hệ thống y tế là <0,2% ở những người ≥15 tuổi và;

3. Bằng chứng cho thấy hệ thống y tế có thể tiếp tục xác định và quản lý các trường hợp mắc bệnh quặm do mắt hột (TT).

Có được kết quả này là cả một quá trình

1 Bệnh viện Mắt Trung ương

dài gần một thế kỷ, là sự tâm huyết, sự cố gắng không biết mệt mỏi của rất nhiều thế hệ để thực hiện tốt các hoạt động phòng chống và thanh toán Mất hột cũng như áp dụng triệt để chiến lược SAFE theo hướng dẫn của WHO.

Ngày 17/9/2024, Hồ sơ thanh toán bệnh Mất hột do Bệnh viện Mắt Trung ương

chuẩn bị với đầy đủ các luận cứ khoa học đã được Hội đồng Khoa học - Bộ Y tế thông qua và trình Tổ chức Y tế Thế giới. Đây có thể coi là bước cuối cùng từ phía Việt Nam trên con đường nhận chứng nhận công bố thanh toán Bệnh mất hột.



## HOẠT ĐỘNG CỦA CÁC CÂU LẠC BỘ TRONG NĂM 2024

### CÂU LẠC BỘ GIÁC MẠC

*Nguyễn Thị Thu Thủy<sup>1</sup>*

Câu lạc bộ Giác mạc Việt Nam được nhận quyết định thành lập chính thức từ tháng 9 năm 2017, chương trình liên kết giữa Câu lạc bộ Giác mạc Việt Nam với Hiệp hội Giác mạc Philippine được ký kết từ năm 2018, tuy nhiên các nghiên cứu, hội thảo khoa học và hợp tác quốc tế đã được các bác sỹ Giác mạc tiến hành thường xuyên hàng năm từ 2006. Câu lạc bộ Giác mạc Việt Nam là một thành viên của Hội nhãn khoa Việt Nam và Hội Giác mạc Châu Á, tham gia các hoạt động nghiên cứu và tổ chức hội nghị khoa học trong lĩnh vực giác mạc.

Trong năm 2024, Câu lạc bộ Giác mạc Việt Nam đã tham gia và chủ trì một phiên trong sinh hoạt khoa học hàng quý của Hội nhãn khoa Hà Nội vào chiều ngày 6/4/2024 với chủ đề: “Cập nhật chẩn đoán và điều trị Viêm kết mạc dị ứng”.

Đặc biệt, vào ngày 20/7/2024 đã diễn ra Hội nghị khoa học Câu lạc bộ Giác mạc thường niên tại TP Hải Phòng. Có gần 700 đại biểu tham dự Hội nghị cùng 15 công ty tài trợ và trưng bày gian hàng. Có 10 báo cáo khoa học về chủ đề “ Ghép màng ối điều trị các bệnh lý bề mặt nhãn cầu” và một khoá học thực hành về cách chuẩn bị và bảo quản màng ối. Hội nghị đã thu hút được sự quan tâm theo dõi và trao đổi thảo luận sôi nổi, cởi mở về các vấn đề liên quan đến kỹ thuật ghép màng ối điều trị các bệnh lý bề mặt nhãn cầu.

Dự kiến Hội nghị Câu lạc bộ Giác mạc năm 2025 sẽ tổ chức tại TP Vũng Tàu và tập trung vào chủ đề Các khối u bề mặt nhãn cầu.



1 Bệnh viện Mắt Trung ương

## CÂU LẠC BỘ GLÔCÔM

*Đoàn Đức Long<sup>1</sup>*



Trong năm 2024, được sự cho phép của Hội Nhân khoa Việt Nam và các ban ngành liên quan câu lạc bộ Glôcôm Việt Nam đã tổ chức thành công hội thảo khoa học Câu lạc bộ Glôcôm thường niên năm 2024 tại khách sạn Paddington Halong Bayview, thành phố Hạ Long, tỉnh Quảng Ninh ngày 19/4-20/4/2024 với chủ đề “Laser trong điều trị Glôcôm”.

Hội thảo có hơn 20 báo cáo viên và 20 chủ đề hấp dẫn thu hút hơn 500 quý vị đại biểu trên khắp mọi miền tổ quốc tham dự và đã cấp 402 giấy chứng nhận đào tạo liên tục – CME.

Ngoài ra trong khuôn khổ chương trình hội thảo, chương trình “Green up thấp sáng nhận thức về Glôcôm” đã thu hút hơn 300 lượt người tham dự gây quỹ ủng hộ Hội người mù tỉnh Quảng Ninh.

Trải qua 7 năm hình thành và phát triển, hiện nay chủ nhiệm CLB là PGS.TS.BS Đỗ

Tấn - Trưởng khoa Glôcôm, BV Mắt Trung ương, CLB ngày càng lớn mạnh và đoàn kết, hiện nay đã có đến gần 800 thành viên thường xuyên hoạt động trao đổi chuyên môn trên nền tảng mạng xã hội. Ngoài ra, trong năm 2024 các thành viên của CLB Glocom còn là chủ tịch đoàn, báo cáo viên trong rất nhiều các hội nghị hội thảo lớn nhỏ trong nước và quốc tế.

Dự kiến năm 2025, CLB Glôcôm sẽ tổ chức Hội thảo khoa học thường niên vào trung tuần tháng 4 tại thành phố Hồ Chí Minh



1 Bệnh viện Mắt Trung ương

## CÂU LẠC BỘ MẮT TRẺ EM

*Nguyễn Văn Huy<sup>1</sup>*



Được sự đồng ý của Hội Nhân khoa Việt Nam, ngày 25/5/2024, Câu lạc bộ Mắt trẻ em Việt Nam đã tổ chức Hội nghị khoa học thường niên lần thứ 16 tại thành phố Đà Nẵng.

Tham dự Hội nghị có GS.TS Thầy thuốc nhân dân Tôn Thị Kim Thanh, Chủ tịch Hội Nhân khoa Việt Nam; PGS. TS Phạm Ngọc Đông Phó giám đốc phụ trách quản lý điều hành Bệnh viện Mắt Trung ương; TS. Nguyễn Xuân Tịnh – chủ tịch câu lạc bộ Mắt trẻ em; các nhà khoa học, các chuyên gia uy tín đầu ngành trong lĩnh vực nhãn khoa cùng với hơn 250 đại biểu, bác sĩ nhãn khoa đến từ 17 tỉnh, thành phố trong cả nước.

Đây là hội nghị khoa học được tổ chức thường niên để các hội viên CLB trao đổi

kinh nghiệm, cập nhật kiến thức về bệnh lý mắt trẻ em. Đại biểu tham dự hội nghị là các bác sĩ chuyên khoa mắt trẻ em, các bác sĩ nhãn khoa quan tâm đến lĩnh vực này. Với chủ đề của Hội nghị năm nay là **“Khúc xạ và đục thể thủy tinh bẩm sinh”** bao gồm 19 báo cáo trên cả nước nghiên cứu về lĩnh vực này.



1 Bệnh viện Mắt Trung ương

## CÂU LẠC BỘ DỊCH KÍNH VÕNG MẠC

*Đặng Trần Đạt<sup>1</sup>*

Năm 2024, Câu lạc bộ Dịch kính Võng mạc Việt Nam đã có nhiều hoạt động nổi bật và đạt được những thành tựu đáng kể. Dưới đây là báo cáo tổng kết chi tiết về các hoạt động của câu lạc bộ trong năm qua:

Các Hội viên của Câu lạc bộ Dịch kính Võng mạc đã tiến hành nhiều nghiên cứu khoa học nhằm tìm ra các phương pháp điều trị mới và hiệu quả hơn cho các bệnh lý dịch kính võng mạc. Các nghiên cứu này đã được công bố trên nhiều tạp chí y khoa uy tín, góp phần nâng cao vị thế của Câu lạc bộ Dịch kính Võng mạc Việt Nam trong cộng đồng nhãn khoa quốc tế.

Câu lạc bộ đã hợp tác với các chuyên gia nhãn khoa quốc tế để cập nhật và áp dụng các phương pháp điều trị tiên tiến nhất. Điều này không chỉ nâng cao chất lượng điều trị mà còn mở ra nhiều cơ hội nghiên cứu và phát triển trong lĩnh vực nhãn khoa. Các hội thảo khoa học với sự tham gia của các chuyên gia hàng đầu từ các nước đã mang lại nhiều kiến thức và kinh nghiệm quý báu.

Đặc biệt vào tháng 6 năm 2024, Hội nghị Dịch kính Võng mạc Việt Nam 2024 lần thứ 12 với chủ đề “CÁC TỔN THƯƠNG VÕNG MẠC DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG” tại Huế đã đạt được những thành công rực rỡ.

Hội nghị lần này là nơi trao đổi kinh nghiệm quý báu, cập nhật các phương pháp,

kỹ thuật tiên tiến, hiện đại trên thế giới. Đây là “cơ hội vàng” để các bác sĩ nhãn khoa nâng cao kiến thức và tham gia vào mạng lưới tầm soát bệnh lý võng mạc ĐTD thiết thực và chặt chẽ hơn bao giờ hết.

Trong chương trình Hội nghị các bác sĩ đã được tiếp cận với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh đa mô thức bệnh lý võng mạc ĐTD, các vũ khí mới trong điều trị căn bệnh phức tạp này ngoài laser là thuốc kháng VEGF thế hệ mới nhất, trí tuệ nhân tạo AI và công nghệ điều trị gen-tế bào gốc cũng lần đầu tiên được mang đến Việt nam giới thiệu cho các đồng nghiệp trong cả nước.

Hội nghị này cũng đánh dấu sự góp mặt của các chuyên gia quốc tế đã thành danh trong lĩnh vực Võng mạc- Dịch kính như Giáo sư Quan Dong Nguyen (ĐH Stanford), Giáo sư Ian Yeo (Trung tâm Mắt quốc gia Singapore), Giáo sư Seung-Young Yu (Trưởng khoa Mắt ĐH Kyung Hee, Hàn Quốc-Phó Chủ tịch Hội Dịch kính võng mạc Châu Á Thái bình Dương) đã mang đến các nghiên cứu mới nhất, các ca lâm sàng đột phá trong bệnh lý dịch kính võng mạc.

Ban chấp hành Hội nhãn khoa Việt Nam, CLB Dịch kính- Võng mạc cũng nhân dịp này tổ chức Lễ vinh danh giáo sư Yu Seung Young, Trường Y Khoa Đại học Kyung Hee, Hàn Quốc-Phó Chủ tịch Hội Dịch kính

1 Bệnh viện Mắt Trung ương

võng mạc Châu Á Thái bình Dương, người đã đóng góp cho sự phát triển CLB Dịch kính- Võng mạc Việt nam và gây dựng mối quan hệ bền chặt, ngày càng phát triển giữa nền nhãn khoa hai nước.

Và đặc biệt trong dịp này Câu lạc bộ Dịch kính Võng mạc Việt Nam vinh dự được công bố trở thành thành viên chính thức của Hội Dịch kính Võng mạc Châu Á-Thái Bình Dương (APVRS). Đây là cơ hội lớn để Câu lạc bộ Dịch kính võng mạc Việt Nam tiếp tục nỗ lực không ngừng để mang lại những kết quả điều trị, chăm sóc mắt tốt nhất cho người dân bị các bệnh dịch kính võng mạc, đóng góp quan trọng vào sự lớn mạnh và thành công chung của Hội Dịch kính Võng mạc Châu Á-Thái Bình Dương.

Tiếp nối thành công của Hội nghị Câu lạc bộ Dịch kính Võng mạc lần thứ 12, Câu lạc bộ Dịch kính Võng mạc Việt Nam đã góp mặt Hội thảo quốc tế lần thứ 11 của Hội Hình ảnh Võng mạc Châu Á-Thái Bình Dương APRIS diễn từ ngày 5/7-6/7 tại Seoul, Hàn Quốc với bài báo cáo của TS Mai Quốc Tùng về Chẩn đoán hình ảnh đa

thức trong bệnh lý võng mạc liên quan đến Bestrophin: chuỗi ca lâm sàng

Bên cạnh đó, Câu lạc bộ đã tổ chức nhiều khóa đào tạo và hội thảo chuyên đề nhằm nâng cao trình độ chuyên môn cho các bác sĩ Nhãn khoa và nhân viên y tế. Các khóa đào tạo này không chỉ tập trung vào các kỹ thuật phẫu thuật tiên tiến mà còn chú trọng đến việc cập nhật các kiến thức mới nhất về bệnh lý dịch kính võng mạc.

Tổng kết lại, năm 2024 đã chứng kiến nhiều thành công và tiến bộ của Câu lạc bộ Dịch kính Võng mạc Việt Nam. Những nỗ lực không ngừng nghỉ của các thành viên câu lạc bộ đã mang lại nhiều kết quả tích cực, từ việc nâng cao nhận thức cộng đồng, hỗ trợ điều trị và phẫu thuật, đến việc hợp tác quốc tế và tham gia các hoạt động xã hội. Những kết quả này không chỉ mang lại lợi ích cho các bệnh nhân mà còn góp phần nâng cao chất lượng dịch vụ y tế trong lĩnh vực nhãn khoa. Chúng ta cùng hy vọng rằng, với những kế hoạch và mục tiêu đã đề ra, năm 2025 sẽ tiếp tục là một năm thành công và phát triển mạnh mẽ của câu lạc bộ Dịch kính Võng mạc Việt Nam.



## TTND, TSDD, BSCK2 NGUYỄN VIẾT GIÁP ĐƯỢC VINH DANH TRÍ THỨC KHOA HỌC CÔNG NGHỆ TIÊU BIỂU NĂM 2024



Lễ Tôn vinh Trí thức Khoa học và Công nghệ tiêu biểu năm 2024, Hà Nội, 28/8/2024.

Ngày 28/8/2024 tại lễ tôn vinh trí thức khoa học và công nghệ tiêu biểu năm 2024, do Liên hiệp Hội khoa học kỹ thuật Việt Nam tổ chức tại Trung tâm Hội nghị Quốc tế, Hà Nội, TTND TS BSCK2 Nguyễn Viết Giáp, giám đốc Bệnh viện Mắt tỉnh BR-VT đã được vinh danh “Trí thức KH&CN Việt Nam tiêu biểu”, Ông là cá nhân duy nhất của tỉnh Bà Rịa Vũng tàu được nhận danh hiệu trong lễ vinh danh lần này.

**B**ác sỹ Nguyễn Viết Giáp được biết đến là một thầy thuốc đã có hơn 30 năm gắn bó với công tác xây dựng và phát triển ngành nhãn khoa và các hoạt động phòng chống mù lòa không chỉ ở BR-VT mà trên phạm vi cả nước. Trong sự nghiệp của mình, ông đã có hơn 60 đề tài, sáng kiến, giải pháp khoa học để

nâng cao chất lượng khám chữa bệnh và chăm sóc mắt cộng đồng, trong đó 4 sáng kiến có phạm vi ảnh hưởng và hiệu quả toàn quốc, 10 sáng kiến có phạm vi cấp tỉnh và hàng chục sáng kiến cấp cơ sở, hàng chục giải thưởng khoa học công nghệ đã được triển khai, ứng dụng hiệu quả, mang lại án sáng sức khỏe cho hàng trăm ngàn bệnh nhân, đặc biệt là trẻ em, người cao tuổi và các đối tượng yếu thế. Ông nhận được sự đánh giá cao của Bộ Y tế, của ngành Nhân khoa Việt nam và ngành y tế tỉnh BR-VT, được bệnh nhân và đồng nghiệp tin tưởng, khen ngợi.

Với những đóng góp và thành công trong sự nghiệp, BS Giáp đã được chủ tịch nước phong tặng danh hiệu Thầy thuốc ưu tú (2010), Thầy thuốc nhân dân (2020), tặng thưởng Huân chương lao động hạng ba (2013), hạng nhì (2021), được Thủ tướng

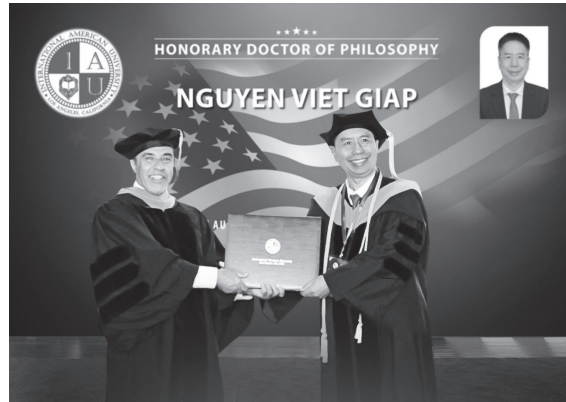




*TTND, TSDD, BSCK2 Nguyễn Việt Giáp nhận vinh danh tại Lễ tôn vinh Trí thức Khoa học và Công nghệ tiêu biểu năm 2024.*

chính phủ 2 lần tặng danh hiệu Chiến sỹ thi đua toàn quốc ( 2012, 2022), được chủ tịch UBND tỉnh BR-VT tặng danh hiệu Công dân ưu tú tỉnh BR-VT (2022). Năm 2023 Ông đã vinh dự được nhận Giải thưởng “Cống hiến xuất sắc về phòng chống mù lòa Châu á Thái Bình dương”. Mới đây nhất, ngày 19/8/2024, BS Nguyễn Việt Giáp đã được Trường Đại học Quốc tế Hoa Kỳ (International American University) phong tặng học vị Tiến sỹ Nhân khoa Danh dự (Honorary Doctor of Philosophy Ophthalmology) vì những cống hiến cho khoa học và cộng đồng.

Được biết lễ tôn vinh trí thức KH&CN tiêu biểu do Liên hiệp hội KHKT Việt Nam tổ chức nhằm ghi nhận, tôn vinh những nhà trí thức có thành tích xuất sắc trong hoạt động nghiên cứu khoa học, phát triển công nghệ, đóng góp trong sự nghiệp CNH, HĐH đất nước và hội nhập quốc tế. Hoạt động luôn nhận được sự quan tâm, chỉ đạo của lãnh đạo Đảng và Nhà nước, tin tưởng và giao trách nhiệm cho đội ngũ trí thức KH&CN nước nhà trong công cuộc phổ biến kiến thức khoa học cho người dân, tư vấn phản biện xã hội, tư vấn chính sách nhằm phát triển và kiến thiết đất nước.



Từ năm 2015 đến nay, đã 04 lần tổ chức tôn vinh cho 452 trí thức KH&CN tiêu biểu trên mọi lĩnh vực hoạt động trong cả nước. Năm 2024 có 135 trí thức được tôn vi và trao tặng danh hiệu cao quý “ Trí thức KH&CN Việt nam tiêu biểu”, trong đó 51 trí thức do các Liên hiệp hội địa phương đề cử, 54 trí thức do các hội ngành toàn quốc đề cử, 30 trí thức do Hội đồng xét chọn và Cơ quan Trung ương Liên hiệp Hội Việt Nam đề cử.



*Hình ảnh khám, chữa bệnh của TTND, TSDD, BSCK2 Nguyễn Việt Giáp tại Bệnh viện mắt tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu.*

*(Theo Tạp chí Tổ chức Nhà nước - Bộ Nội vụ)*

Tạp chí  
Nhãn khoa Việt Nam  
VIETNAMESE JOURNAL OF OPHTHALMOLOGY

Số 64 10/2024  
ISSN: 1859 - 395X

