

DOI: 10.58490/ctjump.2026i99.5205

THỰC TRẠNG ĐỤC THỂ THỦY TINH VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TIẾP CẬN PHẪU THUẬT Ở NGƯỜI TỪ 50 TUỔI TRỞ LÊN TẠI BÀ RỊA VŨNG TÀU

Dương Thanh*, Trần Minh Ngọc

Bệnh viện Mắt Miền Đông

*Email: duongthanhbvmiendong@gmail.com

Ngày nhận bài: 09/6/2026

Ngày phản biện: 19/6/2026

Ngày duyệt đăng: 25/6/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đục thể thủy tinh là nguyên nhân gây mù có thể điều trị phẫu thuật hàng đầu, song tỷ lệ tiếp cận điều trị trong cộng đồng còn thấp. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu nhằm xác định thực trạng đục thể thủy tinh và phân tích các yếu tố liên quan đến tiếp cận phẫu thuật ở người từ 50 tuổi trở lên tại Bà Rịa Vũng Tàu năm 2025-2026. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 1.407 người ≥ 50 tuổi tại Bà Rịa Vũng Tàu tháng 2/2025 đến tháng 2/2026, chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng hai giai đoạn theo cụm. **Kết quả:** Tỷ lệ đục thể thủy tinh là 22,6% (n=318), tăng nhanh theo tuổi (50-59: 6,1%; 60-69: 20,1%; ≥ 70 : 44,8%; $p < 0,05$) và theo điều kiện kinh tế thấp hơn (không đủ ăn: 34,0%; $p < 0,05$). Chỉ 19,5% bệnh nhân đục thể thủy tinh đã được phẫu thuật; độ bao phủ phẫu thuật đạt 33,9%. Trong 256 bệnh nhân chưa phẫu thuật, 52,7% đã mờ mắt trên 2 năm và 47,2% ở mức mù lòa. Bảy yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$): có Bảo hiểm y tế, biết địa phương có dịch vụ khám mắt, nghe thông tin qua báo/đài, được nhân viên y tế tuyên truyền về đục thể thủy tinh, được nhân viên y tế tuyên truyền về chương trình Phòng chống mù lòa, biết tinh có dịch vụ phẫu thuật và giá mổ phù hợp kinh tế. Ba trở ngại hàng đầu: không biết mình bị đục thể thủy tinh (36,2%), chờ thể bảo hiểm y tế (21,4%) và thiếu kinh phí (14,2%). **Kết luận:** Tỷ lệ đục thể thủy tinh cao trong cộng đồng nhưng độ bao phủ phẫu thuật còn thấp. Tiếp cận thông tin, bảo hiểm y tế và giảm chi phí là các yếu tố then chốt cần can thiệp.

Từ khóa: Đục thể thủy tinh, tiếp cận phẫu thuật, độ bao phủ phẫu thuật, yếu tố liên quan, Bà Rịa Vũng Tàu.

ABSTRACT

CATARACT PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH SURGICAL UPTAKE AMONG PEOPLE AGED 50 AND ABOVE IN BA RIA VUNG TAU

Duong Thanh*, Tran Minh Ngoc

Mien Dong Eye Hospital

Background: Cataract remains the leading surgically treatable cause of blindness, yet surgical uptake is low in many communities. **Objectives:** To determine cataract prevalence and analyse factors associated with surgical access among people aged ≥ 50 years in Ba Ria Vung Tau in 2025-2026. **Material and methods:** A cross-sectional descriptive-analytical study of 1,407 residents aged ≥ 50 years across 7 districts of Ba Ria Vung Tau using stratified two-stage cluster sampling (2/2025-2/2026). **Results:** Cataract prevalence was 22.6% (n=318), rising sharply with age (50-59: 6.1%; 60-69: 20.1%; ≥ 70 : 44.8%; $p < 0.05$) and with lower economic status ($p < 0.05$). Only 19.5% of cataract patients had undergone surgery; cataract surgical coverage (CSC) was 33.9%. Among 256 unoperated patients, 52.7% had experienced blurred vision for over two years

and 47.2% were already blind. Seven factors were significantly associated ($p < 0.05$) with higher surgical uptake: health insurance, awareness of local eye care, mass media exposure, health worker communication about cataract and the blindness prevention programme, knowledge of provincial surgical services, and affordable cost. Leading barriers: unawareness of cataract diagnosis (36.2%), awaiting health insurance (21.4%), and financial constraints (14.2%). **Conclusion:** Cataract prevalence was high in the community, whereas cataract surgical coverage remained low. Improving access to information, health insurance, and affordable surgical services should be prioritized to increase cataract surgery uptake.

Keywords: Cataract, cataract surgical coverage, surgical uptake, associated factors, Ba Ria Vung Tau.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đục thể thủy tinh (đục TTT) là nguyên nhân gây mù lòa hàng đầu trên toàn cầu, chiếm 39-45% tổng số người mù, tương đương khoảng 15,2 triệu người [1], [2]. Đây là tình trạng hoàn toàn có thể phục hồi thị lực qua phẫu thuật đơn giản, an toàn và chi phí thấp. Tuy nhiên, khoảng cách giữa nhu cầu điều trị và thực tế tiếp cận, đặc biệt tại các nước có thu nhập trung bình và thấp, vẫn còn rất lớn [3], [4]. Theo Báo cáo Thị giác Thế giới của WHO năm 2019, ít nhất 1 tỷ trong số 2,2 tỷ người khiếm thị có tình trạng có thể phòng ngừa hoặc điều trị được, trong đó đục TTT chiếm tỷ lệ lớn nhất [1]. Tại Việt Nam, điều tra RAAB năm 2007 ghi nhận đục TTT chiếm 66,1% nguyên nhân gây mù ở người ≥ 50 tuổi [5]. Kế hoạch quốc gia phòng chống mù lòa (PCML) giai đoạn 2014-2019 đặt mục tiêu nâng độ bao phủ phẫu thuật đục TTT (CSC-Cataract Surgical Coverage) lên $\geq 85\%$ theo khuyến cáo của WHO [6]. Tại BRVT, dù đã có năng lực phẫu thuật đáng kể, thực trạng đục TTT và các rào cản tiếp cận điều trị trong cộng đồng chưa được cập nhật đầy đủ. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm: 1) Mô tả tỷ lệ đục TTT theo các đặc điểm nhân khẩu-xã hội; 2) Xác định tỷ lệ tiếp cận và độ bao phủ phẫu thuật đục TTT; 3) Phân tích các yếu tố liên quan và trở ngại tiếp cận phẫu thuật, từ đó đề xuất giải pháp phù hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người từ 50 tuổi trở lên có hộ khẩu thường trú tại các xã/phường thuộc Thành phố Bà Rịa-Vũng Tàu nay là các phường Bà Rịa, phường Long Hương, phường Tam Long.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Đối tượng vắng mặt dài hạn (> 1 tháng), không đủ năng lực hành vi tham gia khảo sát hoặc từ chối tham gia.

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 2/2025 đến tháng 2/2026.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

- **Cỡ mẫu:** Tính theo công thức Lwanga và Lemeshow (1991) [7]:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times p(1-p) / d^2 \times DEFF$$

Trong đó: $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (độ tin cậy 95%); $p = 0,20$ (tỷ lệ thị lực thấp tham chiếu, $\approx 21,9\%$); $d = 0,03$ (sai số tuyệt đối cho phép = 15%p); $DEFF = 2$ (hệ số hiệu chỉnh thiết kế cụm). Thay vào: $n = (1,96)^2 \times 0,20 \times 0,80 / (0,03)^2 \times 2 \approx 1.366$. Làm tròn theo cụm thực tế (14 điểm $\times 100$ -101 người) thành $n = 1.407$. Chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng hai giai đoạn: bốc thăm 2 phường/xã/huyện, tại mỗi điểm chọn 100-101 người theo số thứ tự lẻ từ danh sách trạm y tế.

- **Thu thập và xử lý số liệu:** Hai nhóm điều tra độc lập (mỗi nhóm: 1 bác sĩ Nhân

khoa CKI, 1 điều dưỡng, 1 y tế thôn ấp) được tập huấn chuẩn hóa. Khám mắt theo tiêu chuẩn WHO [8]: đo thị lực từng mắt (bảng 5m), thử kính lỗ khi TL $\leq 2/10$, nhỏ giãn đồng tử (Mydrin-P) và soi đèn để đánh giá thể thủy tinh. Đục TTT xác định khi soi ánh hồng đồng tử bị che tối gây giảm thị lực ảnh hưởng sinh hoạt. CSC tính theo công thức Limburg [9]: CSC = số đã phẫu thuật / (số đã phẫu thuật + số mù do đục TTT chưa phẫu thuật). Phân tích số liệu bằng SPSS 26.0; kiểm định χ^2 , ngưỡng ý nghĩa $p < 0,05$.

- Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học theo Tuyên ngôn Helsinki và các quy định hiện hành của Bộ Y tế Việt Nam, được chấp thuận cho phép nghiên cứu của Bệnh viện Mắt Miền Đông (10/CV-BVMMĐ, ngày 17 tháng 02 năm 2025). Số liệu nghiên cứu được Bệnh viện Mắt Miền Đông cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

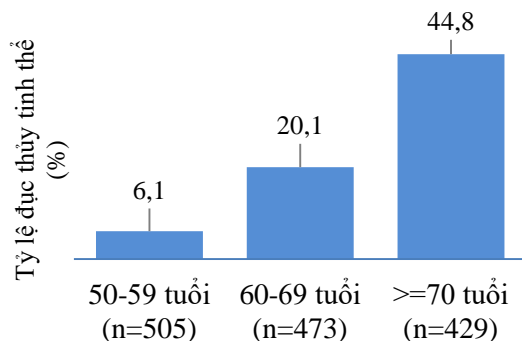
3.1. Tỷ lệ đục TTT theo các đặc điểm nhân khẩu-xã hội

Bảng 1. Tỷ lệ đục TTT theo các đặc điểm nhân khẩu-xã hội

Đặc điểm	n tổng	n đục TTT	Tỷ lệ (%)	n không đục TTT	Tỷ lệ (%)	Tổng	p
Giới tính							
Nam	499	106	21,2	393	78,8	499	>0,05
Nữ	908	212	23,3	696	76,7	908	
Nghề nghiệp							
Làm nông	529	109	20,6	420	79,4	529	<0,05
Công chức/Viên chức	94	11	11,7	83	88,3	94	
Buôn bán	83	10	12,0	73	88,0	83	
Nghề khác	701	188	26,8	513	73,2	701	
Trình độ học vấn							
Mù chữ	167	58	34,7	109	65,3	167	<0,05
Phổ thông	1187	257	21,7	930	78,3	1187	
Trung cấp trở lên	53	3	5,7	50	94,3	53	
Bảo hiểm y tế (BHYT)							
Có BHYT	958	203	21,2	755	78,8	958	>0,05
Không có BHYT	449	115	25,6	334	74,4	449	
Điều kiện kinh tế gia đình							
Không đủ ăn	209	71	34,0	138	66,0	209	<0,05
Đủ ăn	1036	221	21,3	815	78,7	1036	
Khá, giàu có	162	26	16,0	136	84,0	162	
Tổng	1407	318	22,6	1089	77,4	1407	

BHYT: bảo hiểm y tế; CCVC: công chức, viên chức; p: kiểm định χ^2 .

Nhận xét: Trong 1.407 đối tượng, có 318 người bị đục TTT (22,6%). Tỷ lệ ở nhóm học vấn thấp (mù chữ 34,7% so với trung cấp trở lên 5,7%; $p < 0,05$) và theo kinh tế thấp hơn (không đủ ăn 34,0% so với khá giàu 16,0%; $p < 0,05$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa về giới tính và BHYT ($p > 0,05$).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ đục thể thủy tinh theo nhóm tuổi ở người ≥50 tuổi
 Nhận xét: Tỷ lệ đục thủy tinh thể cao nhất là ở người từ 70 tuổi (44,8%).

3.2. Tỷ lệ tiếp cận phẫu thuật và độ bao phủ

Bảng 2. Đặc điểm nhóm đục TTT chưa phẫu thuật và đã phẫu thuật

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Ghi chú
Nhóm chưa phẫu thuật (n=256)			
Thị lực mắt tốt hơn (mắt có đục TTT)			
Thị lực ≥3/10	48	18,8	Thị lực thấp
Thị lực 1/10 - 2/10	87	34,0	Thị lực thấp
Thị lực <1/10 đến ST(+)	121	47,2	Mù lòa
Thời gian mờ mắt			
Dưới 1 năm	54	21,1	-
Từ 1 đến 2 năm	67	26,2	-
Trên 2 năm	135	52,7	Tri hoãn kéo dài
Nhóm đã phẫu thuật (n=62)			
Nơi phẫu thuật			
Tại Bà Rịa Vũng Tàu	37	59,7	Tuyến tỉnh
Tuyến trên (TP.HCM, trung ương)	25	40,3	Tuyến trên
Nguồn chi trả phẫu thuật			
BHYT đồng chi trả	31	50,0	Bảo hiểm
Miễn phí hoàn toàn	23	37,1	Hỗ trợ công/từ thiện
Tự chi trả 100%	8	12,9	Tự chi
Độ bao phủ phẫu thuật (CSC)	33,9%		

CSC: Cataract Surgical Coverage; ST(+): sáng tối dương tính.

Nhận xét: Trong 318 người bị đục TTT, có 62 người (19,5%) đã được phẫu thuật và 256 người (80,5%) chưa tiếp cận. CSC = 62/(62+121) = 33,9%. Trong 256 bệnh nhân chưa phẫu thuật: 47,2% đã ở mức mù lòa và 52,7% đã mờ mắt trên 2 năm.

3.3. Các yếu tố liên quan đến tiếp cận phẫu thuật đục TTT

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến tiếp cận phẫu thuật đục TTT

Yếu tố	Đã PT (n)	Đã PT (%)	Chưa PT (n)	Chưa PT (%)	Tổng (n)	Tổng (%)	P
Nhóm tuổi							
50-59 tuổi	3	9,7	28	90,3	31	9,7	>0,05
60-69 tuổi	11	11,6	84	88,4	95	29,9	
≥70 tuổi	48	25,0	144	75,0	192	60,4	

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 99/2026

Yếu tố	Đã PT (n)	Đã PT (%)	Chưa PT (n)	Chưa PT (%)	Tổng (n)	Tổng (%)	p
Giới tính							
Nam	22	20,8	84	79,2	106	33,3	>0,05
Nữ	40	18,9	172	81,1	212	66,7	
Điều kiện kinh tế gia đình							
Không đủ ăn	9	12,7	62	87,3	71	22,3	>0,05
Đủ ăn	47	21,3	174	78,7	221	69,5	
Khá, giàu có	6	23,1	20	76,9	26	8,2	
Bảo hiểm y tế (BHYT)							
Có BHYT	48	23,6	155	76,4	203	63,8	<0,05
Không có BHYT	14	12,2	101	87,8	115	36,2	
Biết địa phương có dịch vụ khám mắt							
Có biết	45	26,9	122	73,1	167	52,5	<0,05
Không biết	17	11,3	134	88,7	151	47,5	
Nghe thông tin đực TTT qua báo/đài							
Có nghe	22	26,5	61	73,5	83	26,1	<0,05
Không nghe	40	17,0	195	83,0	235	73,9	
NVYT tuyên truyền về bệnh đực TTT							
Có	20	27,0	54	73,0	74	23,3	<0,05
Không	42	17,2	202	82,8	244	76,7	
NVYT tuyên truyền về chương trình PCML							
Có	25	30,1	58	69,9	83	26,1	<0,05
Không	37	15,7	198	84,3	235	73,9	
Biết tại tỉnh có dịch vụ mổ đực TTT							
Có biết	42	31,6	91	68,4	133	41,8	<0,05
Không biết	20	10,8	165	89,2	185	58,2	
Giá mổ phù hợp hoàn cảnh kinh tế							
Phù hợp	44	24,3	137	75,7	181	56,9	<0,05
Không phù hợp	18	13,1	119	86,9	137	43,1	

PT: phẫu thuật; BHYT: bảo hiểm y tế; NVYT: nhân viên y tế; PCML: phòng chống mù lòa; p: χ^2 .

Nhận xét: Các yếu tố như có bảo hiểm y tế, biết địa phương có dịch vụ khám mắt, nghe thông tin đực TTT qua báo/đài, NVYT tuyên truyền về bệnh đực TTT, NVYT tuyên truyền về chương trình PCML, biết tỉnh có dịch vụ mổ đực TTT, giá mổ phù hợp với hoàn cảnh kinh tế là các yếu tố liên quan đến tiếp cận phẫu thuật đực TTT.

Bảng 4. Phân nhóm các trở ngại tiếp cận phẫu thuật đực TTT

STT	Trở ngại	Số người (n=256)	Tỷ lệ (%)	Phân nhóm
I				Thiếu nhận thức về bệnh
1	Không biết mình bị đực TTT	93	36,2	Rào cản thông tin/nhận thức
II				Rào cản tài chính (tổng 49,8%)
2	Chờ có thẻ bảo hiểm y tế	55	21,4	Chi phí / chờ hỗ trợ bảo hiểm
3	Không có tiền để đi mổ	36	14,2	Chi phí trực tiếp
4	Chờ có chương trình mổ từ thiện	36	14,2	Chi phí / hỗ trợ xã hội
III				Rào cản tâm lý (tổng 22,0%)
5	Sợ mổ (sợ đau, sợ mù thêm)	30	11,6	Tâm lý / niềm tin

STT	Trở ngại	Số người (n=256)	Tỷ lệ (%)	Phân nhóm
6	Già rồi, không cần phải mổ	10	3,8	Thái độ / quan niệm
7	Chờ mù hẳn rồi mới mổ	9	3,5	Thái độ / quan niệm
8	Còn một mắt nhìn được	8	3,1	Thái độ / quan niệm
IV				Rào cản tiếp cận dịch vụ (tổng 4,5%)
9	Không có người đưa đi mổ	4	1,6	Hỗ trợ xã hội
10	Chưa có thời gian đi mổ	4	1,6	Điều kiện cá nhân
11	Chống chỉ định do bệnh nền	3	1,3	Y tế / lâm sàng

BHYT: bảo hiểm y tế. Một bệnh nhân có thể khai báo nhiều trở ngại.

Nhận xét: Các trở ngại trong 256 bệnh nhân chưa phẫu thuật được phân thành 4 nhóm (Bảng 3): nhóm thiếu nhận thức (36,2%), rào cản tài chính (tổng 49,8%), rào cản tâm lý (tổng 22,0%) và tiếp cận dịch vụ (4,5%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng đục TTT trong cộng đồng

Tỷ lệ đục TTT 22,6% phản ánh gánh nặng bệnh lý còn cao ở người cao tuổi tại BRVT, cao hơn mức bình quân quốc gia ($\approx 16-18\%$) [5], phù hợp với xu hướng già hóa dân số nhanh và nhất quán với dữ liệu toàn cầu ghi nhận đục TTT chiếm khoảng 45% tổng số mù ở người ≥ 50 tuổi [2]. Tỷ lệ đục TTT tăng đột biến theo tuổi (6,1% ở 50-59 lên 44,8% ở ≥ 70 ; $p < 0,05$) hoàn toàn phù hợp với cơ chế lão hóa thể thủy tinh [1, 2]. Nhóm kinh tế không đủ ăn có tỷ lệ đục TTT cao hơn gấp đôi nhóm khá giàu (34,0% so với 16,0%; $p < 0,05$), gợi ý vai trò của dinh dưỡng và phơi nhiễm tia UV trong bệnh sinh. Học vấn thấp cũng liên quan đến tỷ lệ đục TTT cao hơn ($p < 0,05$), phản ánh hạn chế nhận thức bảo vệ sức khỏe mắt. Không có sự khác biệt về giới tính ($p > 0,05$), tương tự một số nghiên cứu trong nước [5]. So sánh với các nghiên cứu trong nước cùng thời kỳ, tỷ lệ đục TTT 22,6% tại BRVT tương đồng với kết quả ghi nhận tại các tỉnh thành có điều kiện kinh tế tương tự ở miền Nam và miền Trung Việt Nam theo điều tra RAAB 2015 trên 14 tỉnh [5]. Sự gia tăng mạnh theo tuổi (từ 6,1% ở nhóm 50-59 lên 44,8% ở nhóm ≥ 70 ; $p < 0,05$) phản ánh đúng bản chất của bệnh đục TTT tuổi cao, vốn là dạng phổ biến nhất chiếm $> 90\%$ tổng số ca đục TTT tại các nước đang phát triển theo GBD 2019 [2]. Liên quan giữa điều kiện kinh tế thấp và tỷ lệ đục TTT cao (không đủ ăn: 34,0% so với khá giàu: 16,0%; $p < 0,05$) có thể được giải thích bởi nhiều cơ chế: phơi nhiễm tia cực tím kéo dài do lao động ngoài trời, thiếu hụt dinh dưỡng (đặc biệt các vi chất chống oxy hóa như vitamin C, E, beta-carotene), và việc không được khám mắt định kỳ để phát hiện sớm [1, 2].

4.2. Độ bao phủ phẫu thuật đục TTT

CSC 33,9% tại BRVT thấp hơn mục tiêu $\geq 85\%$ được nêu trong kế hoạch/chương trình phòng chống mù lòa quốc gia [6]. Theo Ramke và cộng sự (2022) phân tích 55 quốc gia, CSC tại các nước thu nhập trung bình-thấp phổ biến ở mức 30-50%, xác nhận đây là thách thức mang tính hệ thống [10]. Đáng lo ngại là 47,2% bệnh nhân chưa phẫu thuật đã ở mức mù lòa và 52,7% đã mờ mắt hơn 2 năm - phản ánh thực trạng bệnh nhân trì hoãn tìm kiếm điều trị cho đến khi thị lực suy giảm nặng nề. Điều này đặt ra yêu cầu cấp thiết về sàng lọc chủ động thay vì chờ bệnh nhân tự đến cơ sở y tế. Về cơ cấu chi trả phẫu thuật, việc 50,0% ca mổ được thực hiện qua đồng chi trả BHYT và 37,1% hoàn toàn miễn phí (từ thiện/nhà nước) cho thấy hệ thống hỗ trợ tài chính công đang đóng vai trò thiết yếu-không

có những cơ chế này, tỷ lệ phẫu thuật thực tế có thể thấp hơn đáng kể. Đồng thời, chỉ 12,9% bệnh nhân tự chi trả hoàn toàn phản ánh khả năng chi trả tự túc của người cao tuổi tại BRVT còn rất hạn chế. Theo phân tích của Ian McCormick và cộng sự (2022) trên 55 quốc gia, CSC hiệu quả (effective CSC = số ca đạt kết quả thị lực tốt sau phẫu thuật) thường thấp hơn CSC thô khoảng 10-20%, nhấn mạnh rằng song song với tăng số lượng phẫu thuật, cần đảm bảo chất lượng phẫu thuật và khả năng tiếp cận chăm sóc sau mổ [10].

4.3. Các yếu tố liên quan và trở ngại tiếp cận phẫu thuật

Bảy yếu tố liên quan có ý nghĩa đều thuộc hai nhóm: thông tin-nhận thức và tài chính-bảo hiểm, trong khi các yếu tố nhân khẩu học không có vai trò. Điều này nhất quán với tổng quan hệ thống của Mailu và cộng sự (2020) xác định thiếu thông tin và chi phí là hai rào cản phổ biến nhất tại các nước thu nhập thấp-trung bình [4]. Trở ngại hàng đầu là không biết mình bị đục TTT (36,2%) - hoàn toàn có thể khắc phục qua sàng lọc cộng đồng chủ động. Rào cản tài chính chiếm tổng 49,8%; đặc biệt 37,1% ca phẫu thuật được miễn phí hoàn toàn và 14,2% đang chờ mổ từ thiện, phản ánh nhu cầu hỗ trợ chi phí vẫn rất lớn. Vai trò BHYT thể hiện rõ (23,6% so với 12,2%; $p < 0,05$), khẳng định mở rộng bao phủ BHYT là đòn bẩy chính sách quan trọng để cải thiện CSC [4, 10]. Yếu tố "biết tình có dịch vụ mổ đục TTT" có tỷ lệ tiếp cận cao nhất trong nhóm có yếu tố (31,6%) so với nhóm không biết (10,8%) – một khoảng cách rất lớn (20,8 điểm phần trăm). Điều này gợi ý rằng nhiều người dân tại BRVT thực tế không tiếp cận phẫu thuật không phải vì thiếu năng lực tài chính mà vì thiếu thông tin về dịch vụ có sẵn. Phát hiện này có ý nghĩa thực tiễn quan trọng: đầu tư vào truyền thông và giáo dục sức khỏe về đục TTT có thể mang lại hiệu quả chi phí cao hơn so với chỉ tập trung vào hỗ trợ kinh tế. Một phát hiện quan trọng khác là các yếu tố nhân khẩu học (nhóm tuổi, giới tính, điều kiện kinh tế gia đình) không liên quan có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ tiếp cận phẫu thuật ($p > 0,05$). Điều này cho thấy chương trình nhân đạo và BHYT đã phần nào san bằng bất bình đẳng kinh tế trong tiếp cận phẫu thuật đục TTT-đây là kết quả tích cực phản ánh hiệu quả của các chính sách hỗ trợ hiện hành.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đục TTT trong cộng đồng người ≥ 50 tuổi tại BRVT 2025-2026 là 22,6%, tăng mạnh theo tuổi và điều kiện kinh tế-xã hội thấp. Chỉ 19,5% bệnh nhân được phẫu thuật; CSC 33,9% thấp hơn nhiều mục tiêu 85% của WHO. Phần lớn bệnh nhân chưa phẫu thuật đã trì hoãn trên 2 năm và nhiều người đã ở mức mù lòa. Bảy yếu tố liên quan có ý nghĩa đều thuộc nhóm thông tin và tài chính - không phải nhân khẩu học. Để cải thiện CSC tại BRVT, cần ưu tiên: (i) triển khai sàng lọc mắt cộng đồng chủ động; (ii) tăng cường truyền thông đa kênh về đục TTT và dịch vụ mổ sẵn có; (iii) mở rộng bao phủ BHYT và giảm chi phí trực tiếp; (iv) duy trì và chuẩn hóa chương trình phẫu thuật nhân đạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. World report on vision. *WHO*. 2019.
2. GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators; Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020: the Right to Sight: an analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet Glob Health*. 2021. 9(2), e144-e160. doi:10.1016/S2214-109X(20)30489-7.
3. Flaxman SR, Bourne RRA, Resnikoff S *et al*. Global causes of blindness and distance vision impairment 1990-2020: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017.

- 5(12), e1221-e1234. doi:10.1016/S2214-109X(17)30393-5.
4. Mailu EW, Virendrakumar B, Bechange S, Jolley E, Schmidt E. Factors associated with the uptake of cataract surgery and interventions to improve uptake in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLoS One*. 2020. 15(7), e0235699. doi: 10.1371/journal.pone.0235699.
 5. Bệnh viện mắt TW, Cục quản lý khám chữa bệnh. Báo cáo đánh giá nhanh các bệnh gây mù có thể phòng tránh tại Việt Nam năm 2015 tiến hành trên 14 tỉnh. 2015.
 6. Thủ tướng Chính phủ. Quyết định số 2560/QĐ-TTg ngày 31/12/2016 phê duyệt Chiến lược quốc gia phòng chống mù lòa đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030. Hà Nội. 2016.
 7. Lwanga SK, Lemeshow S. Sample size determination in health studies: A practical manual. World Health Organization. 1991.
 8. World Health Organization. Coding instructions for the WHO/PBL eye examination record (version III). Geneva: WHO. 1988. WHO document PBL/88.1.
 9. Limburg H, Kumar R, Indrayan A, Sundaram KR. Rapid assessment of prevalence of cataract blindness at district level. *Int J Epidemiol*. 1997. 26(5), 1049-1054. doi:10.1093/ije/26.5.1049.
 10. Ian McCormick, Robert Butcher, Jennifer R Evans *et al*. Effective cataract surgical coverage in adults aged 50 years and older: estimates from population-based surveys in 55 countries. *Lancet Glob Health*. 2022. 10(11), e1744-e1753. doi:10.1016/S2214-109X(22)00419-3.
-