

(2016) cho tỷ lệ liền xương thấp hơn, đạt 64,71% sau mổ 6 tháng [10].

Kết quả điều trị sau phẫu thuật được đánh giá theo tiêu chuẩn MacNab cho thấy kết quả có kết quả rất tốt chiếm 23%, tốt chiếm 68,8% và khá chiếm 8,2%, không có tình trạng kết quả xấu. Lê Ngọc Quang cho thấy kết quả tốt và khá đạt 97,63%, trung bình là 2,37%.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật ghép xương liên thân đốt là biện pháp điều trị hiệu quả trượt đốt sống bản lề thắt lưng cùng, giúp bệnh nhân giảm đau, tỉ lệ liền xương tốt và ít nguy cơ biến chứng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wollowick AL, Sarwahi V, eds.** Spondylolisthesis: Diagnosis, Non-Surgical Management, and Surgical Techniques. Springer US; 2015. doi:10.1007/978-1-4899-7575-1.
2. **Wang MY, Oh BC, Aho CJ.** Lateral Lumbar Interbody Fusion. In: Kim DH, Vaccaro AR, Henn JS, Dickman CA, eds. Surgical Anatomy & Techniques to the Spine. W.B. Saunders; 2006: 272-279. doi:10.1016/B978-1-4160-0313-7.50038-X.
3. **Thornhill BA, Green DJ, Schoenfeld AH.** Imaging Techniques for the Diagnosis of Spondylolisthesis. In: Wollowick AL, Sarwahi V, eds. Spondylolisthesis: Diagnosis, Non-Surgical Management, and Surgical Techniques. Springer US; 2015:59-94. doi:10.1007/978-1-4899-7575-1\_6
4. **Johnsen LG, Brinckmann P, Hellum C, et al.** Segmental mobility, disc height and patient-

reported outcomes after surgery for degenerative disc disease: a prospective randomised trial comparing disc replacement and multidisciplinary rehabilitation. Bone Jt J. 2013;95-B(1):81-89. doi:10.1302/0301-620X.95B1.29829

5. **Vaccaro AR, Bono CM, eds.** Minimally Invasive Spine Surgery. 1st edition. CRC Press; 2007.
6. **Boos N, Aebi M, eds.** Spinal Disorders: Fundamentals of Diagnosis and Treatment. Springer-Verlag; 2008. doi:10.1007/978-3-540-69091-7
7. **Okuda S, Oda T, Yamasaki R, et al.** Posterior lumbar interbody fusion with total facetectomy for low-dysplastic isthmic spondylolisthesis: effects of slip reduction on surgical outcomes: clinical article. J Neurosurg Spine. 2014;21(2):171-178. doi:10.3171/2014.4.SPINE13925
8. **Parker SL, Godil SS, Mendenhall SK, et al.** Two-year comprehensive medical management of degenerative lumbar spine disease (lumbar spondylolisthesis, stenosis, or disc herniation): a value analysis of cost, pain, disability, and quality of life: clinical article. J Neurosurg Spine. 2014;21(2):143-149. doi:10.3171/2014.3.SPINE1320.
9. **Choi W-S, Kim J-S, Ryu K-S, et al.** Minimally Invasive Transforaminal Lumbar Interbody Fusion at L5-S1 through a Unilateral Approach: Technical Feasibility and Outcomes. BioMed Res Int. 2016;2016: 2518394. doi:10.1155/2016/2518394.
10. **Dương Thanh Tùng (2020).** Nghiên cứu điều trị trượt đốt sống đoạn thắt lưng cùng một tầng bằng phẫu thuật vít cố định qua da và ghép xương liên thân đốt. Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân y.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TÁI PHÁT DI CĂN BẰNG PHÁC ĐỒ FOLFIRI TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Thị Thủy<sup>1,2</sup>, Lê Thị Hồng Phúc<sup>1</sup>, Vũ Hồng Thăng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị và một số tác dụng không mong muốn trên bệnh nhân ung thư đại trực tràng tái phát di căn bằng phác đồ FOLFIRI tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả có theo dõi dọc trên 40 bệnh nhân có chẩn đoán xác định là ung thư đại trực tràng tái phát di căn, không còn khả năng phẫu thuật triệt căn, được điều trị bằng phác đồ FOLFIRI tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 9/2017 đến tháng 9/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ sau 12 chu kỳ đạt 35,0%, trong đó có 2,5

% bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn và 32,5%, đạt đáp ứng một phần, bệnh ổn định chiếm 22,5%. Tuy nhiên có 42,5% bệnh tiến triển. Trung vị thời gian sống thêm không bệnh tiến triển là 11,1 tháng (6,1-16,0). Các yếu tố kéo dài thời gian sống còn bệnh không tiến triển là số vị trí di căn, đáp ứng hóa trị. Tác dụng phụ chủ yếu gặp hạ bạch cầu trung tính (chiếm 57,5%), tiêu chảy (chiếm 57,5%), nôn (chiếm 40,0%), phần lớn độ 1,2. **Từ khóa:** Ung thư đại trực tràng tái phát di căn, phác đồ FOLFIRI.

### SUMMARY

#### THE RESULTS OF TREATMENT OF METASTATIC RECURRENT COLORECTAL CANCER BY FOLFIRI AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

**Aims:** Evaluate treatment results and some toxicities in metastatic recurrent colorectal cancer patients treated with FOLFIRI at Nghe An Oncology Hospital. **Patients and methods:** descriptive study with longitudinal follow-up on 40 patients with a confirmed diagnosis of metastatic recurrent colorectal

<sup>1</sup>Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hồng Thăng

Email: vuhongthang@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024

cancer, no longer amenable to radical surgery, and treated. using the FOLFIRI regimen at Nghe An Oncology Hospital from September 2017 to September 2023. **Results:** Complete response rate after 12 cycles reached 35,0%, of which 2,5% of patients achieved complete response and 32,5% of patients achieved partial response, Stable disease accounted for 22,5% of patients. However, 42,5% of patients had progressive disease. Median progression-free survival time of the study patient population was 11,1 months (6,1- 16,0). Factors that prolong progression-free survival of patients with metastatic recurrent colorectal cancer are the number of metastatic sites and response to chemotherapy. Side effects mainly include neutropenia (57,5%), diarrhea (57,5%), vomiting (40,0%), mostly grade 1 and 2.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong 3 loại ung thư phổ biến trên thế giới, theo Globocan 2022 UTĐTT đứng hàng thứ 2 về tỷ lệ tử vong và đứng thứ 3 về tỷ lệ mắc bệnh ở cả hai giới<sup>1</sup>. Tỷ lệ tái phát di căn vẫn còn cao, khoảng 30-40% bệnh nhân UTĐTT sau phẫu thuật cắt bỏ u nguyên phát sẽ di căn trong những năm tiếp theo<sup>2</sup>. Mặc dù có nhiều loại thuốc mới ra đời, bao gồm các thuốc sinh học cải thiện hiệu quả điều trị căn bệnh này<sup>3</sup>.

Năm 2018, ước tính chỉ có khoảng 8,3% bệnh nhân ung thư giai đoạn nặng hoặc di căn đủ điều kiện cho liệu pháp nhắm mục tiêu<sup>4</sup>, do vậy điều trị hóa chất vẫn đóng vai trò chủ yếu. Theo hướng dẫn điều trị thì với bệnh nhân tái phát di căn sau oxaliplatin thì phác đồ chứa irinotecan sẽ được ưu tiên lựa chọn. Một số nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy hiệu quả kéo dài thời gian sống thêm và cải thiện chất lượng cuộc sống<sup>5,6,7,8</sup>. Phác đồ FOLFIRI đã được đưa vào điều trị ung thư đại trực tràng tái phát di căn tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An đã nhiều năm. Tuy nhiên, hiện nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả cũng như độc tính của phác đồ này. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị và một số tác dụng không mong muốn trên bệnh nhân ung thư đại trực tràng tái phát di căn bằng phác đồ FOLFIRI tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 40 bệnh nhân UTĐTT tái phát di căn sau khi đã điều trị hỗ trợ Oxaliplatin và hiện không có khả năng điều trị triệt căn, điều trị tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An, từ 9/2017- 9/2023 bằng FOLFIRI.

**Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:**

- Được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô tuyến đại tràng hoặc trực tràng. Bệnh tái

phát di căn sau điều trị triệt căn bằng phẫu thuật, đã hóa chất hỗ trợ phác đồ có oxaliplatin, hiện không còn chỉ định triệt căn bằng phẫu thuật và/hoặc xạ trị.

- Có tổn thương đích đo được bằng chẩn đoán hình ảnh.

- Tuổi 18-75 tuổi.

- Chức năng tủy xương, gan, thận, tim mạch còn tốt (bạch cầu tổng  $\geq 3,0$  G/L, bạch cầu trung tính  $\geq 1,5$  G/L, tiểu cầu  $\geq 100$  G/L, Hgb  $\geq 90$  g/l, AST, ALT  $\leq 3$  lần giới hạn trên bình thường, creatinin  $\leq 135$  mcromol/ L, LVEF  $\geq 50\%$ )

- Không bệnh cấp hoặc mạn tính trầm trọng đe dọa đến tính mạng trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

- Bệnh nhân được điều trị với phác đồ FOLFIRI ít nhất 6 chu kỳ.

- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Có kết hợp thuốc đích (Bevacizumab, Cetuximab...), thuốc miễn dịch.

Có đồng thời 2 ung thư trên một bệnh nhân.

**Phương pháp nghiên cứu**

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc.

- **Cỡ mẫu nghiên cứu:** Lựa chọn toàn bộ bệnh nhân đạt tiêu chuẩn lựa chọn trong khoảng thời gian 9/2017- 9/2023.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 3.1. Một số đặc điểm chung**

Đặc điểm bệnh nhân		n (%)
Tuổi	< 40 tuổi	3 (7,5)
	40- 65 tuổi	24 (60,0)
	>65 tuổi	13 (32,5)
U nguyên phát	Đại tràng phải	12 (30,0)
	Đại tràng trái	8 (20,0)
	Trực tràng	20 (50,0)
Vị trí cơ quan di căn	Gan	14 (35,0)
	Hạch	12 (30,0)
	Phúc mạc	5 (12,5)
	Phổi	14 (35,0)
	Xương	3 (7,5)
	Tại chỗ	3 (7,5)
	Khác	4 (10,0)

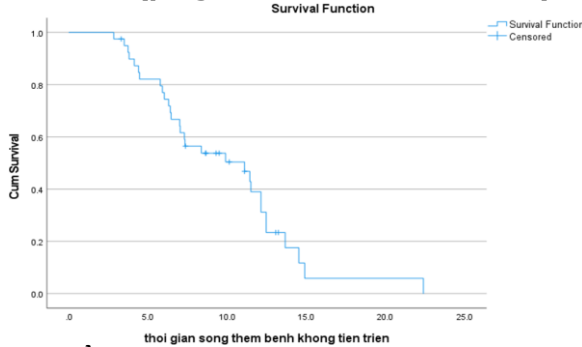
**Nhận xét:** Bệnh nhân có tuổi 40-65 tuổi chiếm 60,0%. Vị trí u trực tràng bằng với u ở đại tràng chiếm 50,0%. Gan, phổi là tạng di căn thường gặp đều chiếm 35,0%.

**Bảng 3.2. Tỷ lệ đáp ứng**

Đáp ứng điều trị	n (%)
Đáp ứng hoàn toàn	1 (2,5)
Đáp ứng một phần	13 (32,5)
Bệnh giữ nguyên	9 (22,5)
Bệnh tiến triển	17 (42,5)
<b>Tổng</b>	<b>40 (100,0)</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ đáp ứng là 35,0%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh chiếm 57,5%. Có 1 (2,5%) bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, 17 (42,5%) bệnh tiến triển.

**❖ Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (progression-free survival: PFS)**



**Biểu đồ 3.1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển**

**Nhận xét:** Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 11,1 tháng (6,1-16,1).

**Bảng 3.3. Môi liên quan một số và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển**

Các yếu tố	Số lượng	Trung vị	Giá trị p
<b>Số vị trí di căn</b>			
1	27	11,5(10,2-12,8)	0,01
2	11	6,5 (4,9- 8,0)	
3	2	5,7	
<b>Đáp ứng</b>			
Có đáp ứng	14	12,3(10,8-13,5)	0,047
Bệnh giữ nguyên hoặc tiến triển	26	7,0(5,8-8,2)	

**Nhận xét:** Trung vị PFS ở 1 vị trí di căn là dài nhất 15,5 tháng, tiếp đến 2 vị trí di căn 6,5 tháng và 3 vị trí di căn là ngắn nhất (5,7 tháng), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p=0,01). Trung vị PFS ở nhóm bệnh có đáp ứng hóa chất là 12,3 tháng cao hơn trung vị PFS ở nhóm bệnh không đáp ứng (7,0 tháng), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p= 0,047).

**Bảng 3.4. Một số tác dụng không mong muốn**

Biến số		Độ 1,2 n (%)	Độ 3,4 n (%)
Huyết học	Thiếu máu	33 (82,5)	0
	Hạ bạch cầu	23 (57,7)	12 (30,0)
	Hạ tiểu cầu	6 (15,0)	0
Ngoài hệ huyết học	Tăng men gan	24 (60,0)	1 (2,5)
	Tăng creatinin	4 (10,0)	0
	Tiêu chảy	23 (57,7)	3 (7,5)
	Buồn nôn, nôn	16 (40,0)	0

**Nhận xét:** Đa phần bệnh nhân bị thiếu máu mức độ 1,2 chiếm 82,5%. Tỷ lệ hạ bạch cầu hạt độ 3,4 là 30%. Tỷ lệ tiêu chảy độ 1, 2 chiếm

57,7%. Có 12 bệnh nhân bị hạ bạch cầu độ 3, 1 bệnh nhân tăng men gan độ 3 và 3 bệnh nhân tiêu chảy độ 3. Không có bệnh nhân nào bị độc tính độ 4.

**IV. BÀN LUẬN**

Phác đồ hóa trị FOLFIRI đã được khuyến cáo là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho bệnh nhân ung thư đại trực tràng di căn, cho thấy tỷ lệ đáp ứng là 39,8 -56,0% trong bước 1. Một nghiên cứu ở Hàn Quốc cũng sử dụng liệu pháp này ở UTĐTT tái phát hoặc di căn cho thấy tỷ lệ bệnh đáp ứng 47,8% và có 1 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn (2,3%)<sup>9</sup>. Theo nghiên cứu GERCOR tỷ lệ đáp ứng đạt 56%, tỷ lệ kiểm soát bệnh 79% ở nhánh FOLFIRI bước 1 trong UTĐTT di căn<sup>5</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đáp ứng chỉ có 35,0%, tỷ lệ kiểm soát bệnh 57,5% thấp hơn các nghiên cứu trên có thể do mẫu nghiên cứu chỉ lựa chọn bệnh nhân tái phát sau điều trị triệt căn, nhưng có sự tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước như tác giả Trần Xuân Vinh cho thấy 54,2% bệnh nhân đạt lợi ích về mặt lâm sàng; Lê Công Định (2019) có tỷ lệ kiểm soát bệnh 58,3%<sup>8,10</sup>.

Trung vị PFS của chúng tôi đạt 11,1 tháng cao hơn ở nghiên cứu GERCOR 8,5 tháng ở nhánh FOLFIRI, Lê Công Định (5,18 tháng), SALTZ (7,0 tháng)<sup>5,10,11</sup>. Kết quả này của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu trên có thể do tỷ lệ bệnh nhân phát hiện tái phát khi chưa có triệu chứng cao (57,5%). Một nghiên cứu đoàn hệ đa trung tâm cho thấy bệnh nhân tái phát không có triệu chứng có tỷ lệ sống sót cao hơn đáng kể so với bệnh nhân tái phát có triệu chứng<sup>12</sup>. Mặt khác, tỷ lệ bệnh nhân thể trạng tốt của chúng tôi cao nên cũng góp phần vào kéo dài trung vị PFS như trong nghiên cứu GERCOR và số lượng bệnh nhân còn ít nên kết quả có thể chưa đại diện được cho nhóm.

Có sự khác biệt về thời gian sống thêm bệnh không tiến triển giữa số vị trí di căn 01 vị trí, 02 vị trí và 3 vị trí (p= 0,01) và có sự khác biệt về PFS giữa nhóm đáp ứng với không đáp ứng (p=0,047). Tác giả Trần Xuân Vinh và Nguyễn Vương Anh cho rằng bệnh nhân tái phát ở 1 vị trí có thời gian sống thêm trung bình cao hơn bệnh nhân tái phát từ 2 vị trí trở lên<sup>8</sup>.

Độc tính phác đồ: Tác dụng phụ không mong muốn thường gặp là thiếu máu (82,5%), hạ bạch cầu hạt bằng tiêu chảy (57,7%), tăng men gan (60,0%), chủ yếu là độ 1. Tác dụng không mong muốn độ 3 có hạ bạch cầu hạt (30,0%), tiêu chảy (7,5%). Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự với các nghiên cứu

Lê Công Định (2019) có hạ bạch cầu hạt chung là 54,4% trong đó độ 3/4 chiếm 22,6%<sup>10</sup>; tác giả Recchia cho thấy hạ bạch cầu hạt chung là 69%, độ 3/4 là 38%, tỷ lệ nôn và tiêu chảy bằng nhau là 60%, tăng men gan 18% tất cả là độ 1<sup>13</sup>. Tuy nhiên, độc tính độ 3/4 của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Myung-Ah Lee chỉ có 8,0% bệnh nhân hạ bạch cầu hạt độ 3/4 và 1,7% tiêu chảy độ 3/4<sup>9</sup>. So với phác đồ FOLFIRI-Bevacizumab trên bệnh nhân UTĐTT di căn các độc tính này tương đương như trong nghiên cứu pha IV, đa trung tâm, nhãn mở báo cáo độ 3/4 hạ bạch cầu hạt (29%), tiêu chảy (12%)<sup>14</sup>. Do đó, khi thêm Bevacizumab vào phác đồ không làm tăng thêm độc tính của FOLFIRI mà chỉ thêm tác dụng phụ khác như tăng huyết áp, xuất huyết, protein niệu...

## V. KẾT LUẬN

Phác đồ hóa trị FOLFIRI đạt tỷ lệ đáp ứng là 35,0%, kiểm soát bệnh 57,5%. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 11,1 tháng. Các yếu tố kéo dài trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là số vị trí di căn và đáp ứng. Một số tác dụng không mong muốn chủ yếu độ 1, 2 và kiểm soát được.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Laversanne M, Sung H, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2024;74(3):229-263.
2. **Cañellas-Socias A, Cortina C, Hernando-Momblona X, et al.** Metastatic recurrence in

- colorectal cancer arises from residual EMP1+ cells. Nature. 2022;611(7936):603-613.
3. **Saltz LB, Clarke S, Díaz-Rubio E, et al.** Bevacizumab in Combination With Oxaliplatin-Based Chemotherapy As First-Line Therapy in Metastatic Colorectal Cancer: A Randomized Phase III Study. JCO. 2008;26(12):2013-2019.
  4. **Marquart J, Chen EY, Prasad V.** Estimation of the Percentage of US Patients With Cancer Who Benefit From Genome-Driven Oncology. JAMA Oncology. 2018;4(8):1093-1098.
  5. **Tournigand C, André T, Achille E, et al.** FOLFIRI followed by FOLFOX6 or the reverse sequence in advanced colorectal cancer: a randomized GERCOR study. J Clin Oncol. 2004;22(2):229-237.
  6. **Colucci G, Gebbia V, Paoletti G, et al.** Phase III randomized trial of FOLFIRI versus FOLFOX4 in the treatment of advanced colorectal cancer: a multicenter study of the Gruppo Oncologico Dell'Italia Meridionale. J Clin Oncol. 2005;23(22):4866-4875.
  7. **Jh K, Sj P, Mi P, et al.** FOLFIRI as second-line chemotherapy after failure of FOLFOX4 in advanced colorectal cancer: a Korean single-center experience. The Korean journal of gastroenterology = Taehan Sohwagi Hakhoe chi. 2014;63(1).
  8. **Trần Xuân V.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư đại trực tràng tái phát bằng phác đồ Folfiri tại bệnh viện K. 2014. Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội
  9. **Lee MA, Byun JH, Shim BY, et al.** Irinotecan, Continuous 5-Fluorouracil, and Low dose of Leucovorin (modified FOLFIRI) as First Line of Therapy in Recurrent or Metastatic Colorectal Cancer. Korean J Intern Med. 2005;20(3):205.
  10. **Lê Công Đ.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư đại trực tràng tái phát di căn bằng hóa chất phác đồ FOLFIRI tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội. 2019. Luận văn thạc sỹ. Trường Đại học Y Hà Nội.

## TỤ MÁU MI, HỐC MẮT SAU PHẪU THUẬT THẨM MỸ MI DƯỚI

Nguyễn Thanh Nam<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Chẩn đoán, xử trí trường hợp tụ máu mi, hốc mắt và tiên lượng khả năng phục hồi thị lực, tính thẩm mỹ trong tương lai. Hiện tượng tụ máu mi, hốc mắt xảy ra do nhiều cơ chế, gây tăng áp lực trong hốc mắt và ảnh hưởng thần kinh thị. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng tụ máu mi, hốc mắt xảy ra sau phẫu thuật thẩm mỹ mi dưới, gây mất thị lực vĩnh viễn hoàn toàn. **Phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo ca lâm sàng. **Kết quả:** Bệnh nhân nữ, 51 tuổi, nhập viện vì

tụ máu mi và hốc mắt bên trái sau phẫu thuật thẩm mỹ mi dưới. Thị lực mắt trái trước phẫu thuật lấy máu tụ hốc mắt là sáng tối âm tính. Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật dẫn lưu máu tụ. Thị lực mắt trái ngay sau phẫu thuật là sáng tối âm tính. Sau 1 tuần, thị lực mắt trái không cải thiện. Chúng tôi đánh giá đây là một trong những ca lâm sàng ít gặp trong y văn thế giới, thị lực sau phẫu thuật không hồi phục. **Kết luận:** Bệnh cảnh tụ máu mi, hốc mắt mức độ nặng xảy ra thì khả năng phục hồi thị lực thấp. Chúng tôi khuyến cáo nên hướng dẫn cách chăm sóc sau phẫu thuật cho bệnh nhân và người nhà, chẩn đoán chính xác và nhanh chóng tình trạng tụ máu mi – hốc mắt, sau đó thực hiện các phương pháp điều trị, xử trí thích hợp nhằm ngăn ngừa tình trạng mất thị lực vĩnh viễn.

**Từ khóa:** Phẫu thuật thẩm mỹ mi, mất thị lực, thẩm mỹ, tụ máu mi – hốc mắt.

<sup>1</sup>Bệnh viện Mắt TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Nam

Email: drnam49@yahoo.com

Ngày nhận bài: 27.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024