

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh của các type thiếu sản ốc tai cho thấy kích thước trung bình chiều ngang và chiều cao vòng đáy ốc tai của các type II, III và IV đều thiếu sản, không có sự khác biệt về kích thước vòng đáy giữa các type này. Tuy nhiên việc đánh giá chính xác kích thước vòng đáy ốc tai để chọn điện cực trong cấy ốc tai hết sức cần thiết. Tịt, hẹp hố ốc tai và bất sản thần kinh ốc tai chiếm tỷ lệ cao, bất sản thần kinh gặp ở nhiều ở nhóm thiếu sản type I. Trụ ốc tai thiếu sản ở tất cả các trường hợp thiếu sản type II, III và IV; bất sản ở type I. Đa số các trường hợp thiếu sản ốc tai có kèm theo dị dạng tiền đình và ống bán khuyên. Bất thường cửa sổ tròn như hẹp, không có cửa sổ tròn chiếm tỷ lệ cao, gây khó khăn cho phẫu thuật đặt điện cực ốc tai.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cinar B.C., Batuk M.O., Tahir E. và cộng sự.** (2017). Audiologic and radiologic findings in cochlear hypoplasia. *Auris Nasus Larynx*, 44(6), 655–663.
2. **Marques S.R., Ajzen S., D'Ippolito G. và**

- cộng sự.** (2012). Morphometric Analysis of the Internal Auditory Canal by Computed Tomography Imaging. *Iran J Radiol*, 9(2), 71–78.
3. **Pamuk G., Pamuk A.E., Akgöz A. và cộng sự.** (2021). Radiological measurement of cochlear dimensions in cochlear hypoplasia and its effect on cochlear implant selection. *J Laryngol Otol*, 135(6), 501–507.
4. **Lê Duy Chung và Cao Minh Thành** (2022). Hình ảnh dị dạng tai trong ứng dụng trong phẫu thuật cấy ốc tai điện tử. *Vietnam Medical Journal*, 2(521), 131–135.
5. **Escudé B., James C., Deguine O. và cộng sự.** (2006). The size of the cochlea and predictions of insertion depth angles for cochlear implant electrodes. *Audiol Neurootol*, 11 Suppl 1, 27–33.
6. **Nguyễn Duy Hùng và Nguyễn Phương Lan** (2021). Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ bất thường dây thần kinh VIII ở bệnh nhân nghe kém tiếp nhận bẩm sinh. *TẠP CHÍ NGHIÊN CỨU Y HỌC*, 4(140), 69–77.
7. **Adunka O.F., Jewells V., và Buchman C.A.** (2007). Value of computed tomography in the evaluation of children with cochlear nerve deficiency. *Otol Neurotol*, 28(5), 597–604.
8. **Tahir E., Bajin M.D., Atay G. và cộng sự.** (2017). Bony cochlear nerve canal and internal auditory canal measures predict cochlear nerve status. *J Laryngol Otol*, 131(8), 676–683.

## CHẨN ĐOÁN ĐAU THẮT NGỰC DO CO THẮT ĐỘNG MẠCH VÀNH VỚI ERGONOVINE. CẬP NHẬT TỔNG QUAN TỪ Y VĂN

Nguyễn Tuấn Long<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Hưng<sup>1</sup>, Trần Đức Minh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Duyên<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Bạch Yến<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Co thắt động mạch vành là nguyên nhân gây thiếu máu cục bộ cấp hoặc mạn tính mà không có tắc nghẽn đáng kể. Nghiệm pháp co thắt động mạch vành là chỉ định quan trọng để chẩn đoán, trong đó acetylcholine và ergonovine, dù có dược lý khác nhau, đều có thể được sử dụng. Bài báo trình bày một ca lâm sàng đau thắt ngực do co thắt động mạch vành được chẩn đoán bằng ergonovine và điều trị thành công tại bệnh viện Tâm Anh, đồng thời giới thiệu lịch sử, nguyên lý, quy trình, và tính an toàn của nghiệm pháp này. **Từ khóa:** Đau ngực do co thắt mạch vành, ca lâm sàng.

**Viết tắt:** ĐTN.CTĐMV: đau thắt ngực do co thắt động mạch vành; NP.CTĐMV: nghiệm pháp gây co thắt động mạch vành, Ach: acetylcholine, ER: ergonovine, ESC: hội tim mạch châu Âu, JCS: Hội tim

mạch Nhật Bản, ĐTNCTMV: Đau thắt ngực do co thắt động mạch vành, LM: thân chung động mạch vành trái, LAD: động mạch liên thất trước, RCA: động mạch vành phải.

### SUMMARY

#### DIAGNOSIS OF CORONARY ARTERY SPASM-INDUCED ANGINA WITH ERGONOVINE: A LITERATURE REVIEW UPDATE

Coronary artery spasms cause acute or chronic ischemia in the absence of significant obstruction. The coronary spasm provocation test is a key diagnostic tool, and despite their different pharmacological actions, both acetylcholine and ergonovine can be utilized. This article presents a clinical case of angina due to coronary artery spasm, diagnosed using ergonovine and successfully treated at Tam Anh Hospital. Additionally, the article reviews the history, underlying principles, procedure, and safety of this diagnostic method. **Keywords:** Coronary artery spasm chest pain, clinical case

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Co thắt động mạch vành là một trong những nguyên nhân chính gây ra tình trạng thiếu máu

<sup>1</sup>Bệnh viện Tâm Anh Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Long

Email: tuanlong1706@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 21.11.2024

cục bộ nhưng không có sự hiện diện của tắc nghẽn động mạch vành đáng kể. Bệnh cảnh có thể cấp tính gây nhồi máu cơ tim không tắc nghẽn hoặc mạn tính như trường hợp thiếu máu cơ tim không có tắc nghẽn động mạch vành.

Chẩn đoán bệnh co thắt động mạch vành, nghiệm pháp kích thích co thắt mạch vành với acetylcholine (ACh) hoặc ergonovine (ER) là những phương pháp đã được áp dụng từ những năm 1987 bởi Hackett và cộng sự<sup>1</sup>. Từ đó đến nay, với những tiến bộ trong hiểu biết cơ chế di truyền, sự ra đời các công cụ chẩn đoán hình ảnh nội mạch như IVUS hoặc OCT, cũng như kết quả các nghiên cứu, vai trò của nghiệm pháp co thắt động mạch vành đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch vành. Chính vì điều này, so với khuyến cáo 2019, hội tim mạch châu Âu (ESC) năm 2024<sup>2</sup> đã nâng khuyến cáo nghiệm pháp co thắt động mạch vành từ mức IIb lên mức khuyến lên I. Ở Việt Nam, do không có sẵn acetylcholine, nghiệm pháp này vẫn chưa được sử dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng. Ergonovine là loại thuốc gây co thắt mạch vành được khuyến cáo trong hướng dẫn năm 2023 của Hội tim mạch Nhật Bản (JCS)<sup>3</sup>. Tại bệnh viện Tâm Anh, từ tháng 6 năm 2024, chúng tôi đã bắt đầu sử dụng ER trong chẩn đoán đau thắt ngực do co thắt động mạch vành và bước đầu cho thấy hiệu quả. Thông qua ca lâm sàng chẩn đoán và điều trị thành công, chúng tôi sẽ trình bày tổng quan về quy trình xét nghiệm và chẩn đoán, cũng như tính an toàn hiệu quả của nghiệm pháp này.

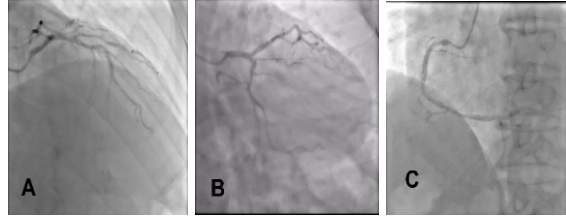
## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Mô tả ca lâm sàng.** Bệnh nhân nam 60 tuổi, tiền sử tăng huyết áp và rối loạn lipid máu, điều trị với telmisartan 40mg. Bệnh nhân nhập viện vì các cơn đau ngực trái kéo dài 2 tuần, xuất hiện vào buổi sáng hoặc trong môi trường điều hòa, không liên quan đến gắng sức. Đã điều trị với nebivolol và trimetazidine nhưng triệu chứng không cải thiện.

Khám lâm sàng cho thấy bệnh nhân tỉnh táo, không phù, đau ngực nhẹ, sinh hiệu ổn định (mạch 70 lần/phút, huyết áp 120/70 mmHg). Các xét nghiệm huyết học bình thường, không có dấu hiệu bất thường về hsTroponin T (4 pg/mL), LDL cholesterol, (2.55 mmol/L) và creatinin (115 µmol/L). Kết quả chụp cắt lớp vi tính động mạch vành 2 tuần trước đó cho thấy xơ vữa gây hẹp 60-80% nhiều nhánh.

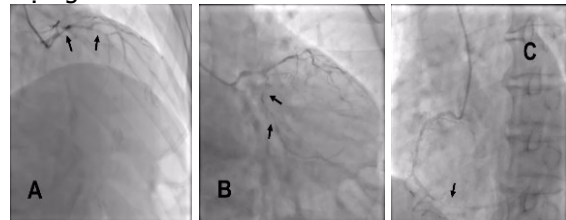
Sau 2 tuần điều trị nội khoa tích cực nhưng không hiệu quả, bệnh nhân được chỉ định chụp động mạch vành. Kết quả cho thấy hẹp nhẹ ở

LAD, LCX và RCA (Hình 1). Bệnh nhân được tiến hành nghiệm pháp co thắt động mạch vành với ergonovine cho thấy co thắt lan tỏa động mạch vành, hẹp đến 99% ở LM và RCA (Hình 2), kèm đau ngực, tụt huyết áp, và nhịp bộ nổi (Hình 3). Sau tiêm nitroglycerin, co thắt cải thiện, huyết áp và nhịp tim trở lại bình thường, đau ngực giảm.



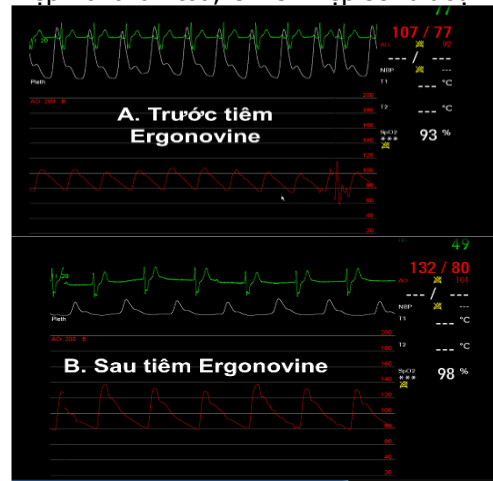
**Hình 1. Hình ảnh chụp động mạch vành**

A: LAD xơ vữa nhẹ lan tỏa; B: LCX xơ vữa hẹp 40-50% đoạn giữa; C: xơ vữa hẹp 50% cuối đoạn giữa



**Hình 2. Hình ảnh chụp mạch vành sau khi tiêm ergonovine**

A: LAD hẹp 95 đến 99% từ LM đến LAD; B: LCX hẹp 70% lan tỏa; C: RCA hẹp 99% đoạn xa



**Hình 3. Rối loạn nhịp tim trên monitoring sau khi tiêm ER**

A: trước khi tiêm, nhịp xoang; B: sau khi tiêm, nhịp bộ nổi

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Với kết chụp mạch vành và nghiệm pháp co thắt động mạch vành dương tính, bệnh nhân được chẩn đoán đau thắt ngực do co thắt động mạch vành. Điều trị nội khoa với diltiazem 60mg

ngày 2 lần, aspirin 81mg ngày 1 lần và rosustatin 10mg ngày 1 lần. Bệnh nhân được hẹn tái khám ngoại trú sau 1 tháng và ghi nhận tình trạng đau ngực của bệnh nhân được cải thiện nhiều cho thấy bệnh nhân đáp ứng tốt với điều trị.

#### IV. BÀN LUẬN

Đau thắt ngực do co thắt động mạch vành là hiện tượng các động mạch vành co thắt tạm thời, gây thiếu máu cục bộ cơ tim mà không có tắc nghẽn đáng kể do xơ vữa. Cơ đau thường xảy ra khi nghỉ ngơi, xảy ra vào ban đêm hoặc sáng sớm, và được giảm nhanh chóng nhờ nitroglycerin. Cơ chế bệnh bao gồm mất cân bằng giữa giãn và co mạch, với giảm hoạt động của nitric oxide và tăng endothelin-1, làm mạch vành nhạy cảm với co thắt. Hoạt động Rho-kinase tăng cũng làm co bóp quá mức. Rối loạn chức năng vi mạch, nhất là ở phụ nữ, cũng góp phần gây thiếu máu cục bộ mà không có tắc nghẽn động mạch lớn. Các yếu tố kích thích như thuốc lá, căng thẳng, lạnh, và chất kích thích có thể làm tăng nguy cơ co thắt thông qua kích hoạt hệ thần kinh giao cảm. Nghiên cứu co thắt bằng acetylcholine hoặc ergonovine được sử dụng để chẩn đoán, giúp tái tạo cơn co thắt trong môi trường kiểm soát và xác định mức độ co thắt, hỗ trợ chẩn đoán chính xác.

**Lịch sử.** Lịch sử sử dụng ER trong NP. CTĐMV đã phát triển qua nhiều thập kỷ với những phát hiện quan trọng. Ban đầu, vào năm 1949, Stein<sup>4</sup> và cộng sự lần đầu tiên báo cáo về tính hiệu quả của tiêm tĩnh mạch ergonovine trong chẩn đoán suy mạch vành. Đến năm 1972, nghiên cứu ER lần đầu tiên được áp dụng trong thông tim tại Cleveland Clinic bởi Heupler<sup>5</sup>. Đến năm 1980, Waters<sup>6</sup> (1980) về việc sử dụng ER trong các đơn vị chăm sóc mạch vành đã chứng minh hiệu quả của phương pháp này trong chẩn đoán. Sau đó, Hackett<sup>1</sup> và Ishise (1987) xác nhận tính hiệu quả của việc tiêm trong động mạch vành ER thay vì tiêm tĩnh mạch. Từ đó đến nay, nhiều nghiên cứu đã chứng minh giá trị của ER trong nghiên cứu co thắt động mạch vành.

**So sánh được lực và giá trị chẩn đoán của acetylcholin và ergonovine.** ACh và ER có cơ chế tác động khác nhau. ACh tác động qua thụ thể cholinergic muscarinic, vừa gây giãn mạch khi kích thích thụ thể nội mô, vừa gây co thắt mạch khi tác động lên thụ thể cơ trơn. Ngược lại, ER hoạt động qua thụ thể serotonergic, chủ yếu gây co thắt cơ trơn động mạch vành, làm tăng khả năng co thắt của

mạch. Do đó, ACh và ER có ảnh hưởng khác nhau ngay cả ở cùng một bệnh nhân.

ER thường gây co thắt mạnh tại các nhánh lớn và gần, trong khi ACh gây co thắt lan tỏa trên các nhánh nhỏ và xa hơn. Điều này giúp phân biệt loại co thắt mạch mà mỗi thuốc gây ra, từ đó cung cấp thông tin hữu ích trong chẩn đoán. Một điểm khác biệt nữa là thời gian tác động ER có tác dụng kéo dài hơn, ngược lại, ACh có thời gian tác động ngắn hơn. Điều này dẫn đến sự khác nhau trong quy trình tiến hành khi sử dụng giữa 2 loại thuốc.

Về hiệu quả chẩn đoán, trong nghiên cứu của Sueda<sup>7</sup> và cộng sự, tần suất co thắt do nghiệm pháp Acetylcholine (ACh) là 39.3% (181/461), cao hơn so với nghiệm pháp Ergonovine (ER) là 25.8% (119/461), với  $p < 0.001$ . Ngược lại, trong một nghiên cứu của Suzuki<sup>8</sup>, tần suất co thắt do nghiệm pháp ACh là 82%, trong khi đó nghiệm pháp ER có tần suất 100%.

**Chỉ định và thận trọng.** Nghiên cứu co thắt động mạch vành là công cụ quan trọng để chẩn đoán các bệnh lý liên quan đến co thắt mạch vành. Theo ESC 2024<sup>2</sup>, xét nghiệm này được chỉ định cho bệnh nhân có triệu chứng đau ngực gợi ý co thắt nhưng chưa được xác định qua các phương pháp không xâm lấn (khuyến cáo mức I). Đối với bệnh nhân đã chẩn đoán co thắt nhưng chưa rõ hiệu quả điều trị, nghiệm pháp này cũng được khuyến cáo thực hiện để đánh giá thêm (mức IIa). Trong một số trường hợp, dù điều trị thành công, nghiệm pháp vẫn có thể giúp tối ưu hóa điều trị (mức IIb).

JSC 2023<sup>3</sup> cũng khuyến cáo nghiệm pháp cho bệnh nhân có triệu chứng nhưng chưa được chẩn đoán (Mức I). Nghiên cứu này cũng có thể xem xét cho những bệnh nhân chưa đáp ứng tốt với điều trị hoặc để tinh chỉnh điều trị đang diễn ra (Class IIa và IIb). Tuy nhiên, xét nghiệm không khuyến cáo ở bệnh nhân không có triệu chứng hoặc có hội chứng mạch vành cấp, suy tim nặng (Class III).

Theo Sueda<sup>7</sup>, cần thận trọng khi thực hiện nghiệm pháp ở bệnh nhân hẹp thân chung động mạch vành trái trên 50%, bệnh động mạch vành 3 thân, hoặc suy tim nặng. Bệnh nhân suy thận hoặc co thắt tự phát cũng không nên thực hiện nghiệm pháp. Tuy nhiên, đối với bệnh nhân có hẹp nhiều vị trí và đau ngực khi nghỉ, nghiệm pháp có thể xem xét để xác định co thắt ngay cả khi triệu chứng không điển hình.

**Quy trình thực hiện nghiệm pháp co thắt với ergonovine.** Tại Bệnh viện Tâm Anh, quy trình tiến hành nghiệm pháp co thắt động mạch vành bằng ergonovine được thực hiện theo

một loạt các bước nghiêm ngặt để đảm bảo an toàn và hiệu quả<sup>9</sup>. Trước khi xét nghiệm, bệnh nhân cần ngừng sử dụng các thuốc nitrate và thuốc chẹn kênh canxi ít nhất 48 giờ để tránh làm giảm hiệu quả của nghiệm pháp. Chúng tôi sẽ cố gắng thực nghiệm pháp vào buổi sáng nếu có thể.

Sau khi chụp mạch vành và đánh giá tổn thương, chúng tôi bắt đầu tiêm chậm trong ER vào động mạch vành trái 2 lần với tổng liều là 60 µg. Đối với động mạch vành phải, chúng tôi sẽ tiêm chậm ER với tổng liều là 40 µg. Trong quá trình tiêm, bệnh nhân được theo dõi sát triệu chứng đau ngực, biến đổi điện tâm đồ trên monitoring. Chụp động mạch vành được thực hiện khi có sự thay đổi đoạn ST hoặc xuất hiện đau ngực (hoặc cả hai), hoặc sau 2 phút sau khi hoàn tất mỗi lần tiêm. Sau khi đánh giá tình trạng co thắt, chúng tôi tiêm vào mỗi động mạch vành 200 µg nitroglycerin trước khi chụp lại động mạch vành kiểm tra lần cuối.

**Chẩn đoán đau theo kết quả nghiệm pháp.** Chẩn đoán đau thắt ngực do co thắt động mạch vành (ĐTĐN.CTĐMV) dựa trên các yếu tố lâm sàng, kết quả điện tâm đồ và nghiệm pháp co thắt. Cơ đau ngực do co thắt mạch thường xảy ra khi nghỉ ngơi, đặc biệt vào ban đêm hoặc sáng sớm, và giảm nhanh sau khi dùng nitroglycerin. Đau thường không liên quan đến gắng sức, có thể kèm theo các triệu chứng như tức ngực, khó thở hoặc khó chịu ở ngực. Các yếu tố như thở nhanh hoặc thay đổi nhiệt độ cũng có thể kích hoạt cơn đau. Đặc trưng của ĐTĐN.CTĐMV là khả năng chịu đựng tập thể dục thay đổi, đặc biệt giảm vào buổi sáng sớm. Cơ đau cũng có thể giảm với thuốc chẹn kênh canxi nhưng không bị ảnh hưởng bởi thuốc chẹn beta.

Theo JSC 2023, chẩn đoán ĐTĐN.CTĐMV có thể chia thành chẩn đoán chắc chắn và nghi ngờ. Chẩn đoán chắc chắn khi nghiệm pháp (tăng thông khí hoặc sử dụng thuốc như Ach hoặc ER) cho kết quả dương tính kèm thay đổi rõ trên ECG (ST chênh  $\geq 0,1$  mV hoặc sóng U mới) hoặc hình ảnh hẹp  $>90\%$  qua chụp mạch. Chẩn đoán nghi ngờ được đưa ra khi triệu chứng và ECG không điển hình, nhưng có các yếu tố tham chiếu của ĐTĐN.CTĐMV.

ESC 2024 cũng nhấn mạnh các tiêu chí chẩn đoán dựa trên triệu chứng điển hình xảy ra khi nghỉ ngơi, đặc biệt vào ban đêm hoặc sáng sớm, kèm theo thay đổi thiếu máu cục bộ trên điện tâm đồ. Hình ảnh hẹp mạch  $\geq 90\%$  trên chụp mạch vành là yếu tố quyết định, được xác nhận qua nghiệm pháp dùng hoặc không dùng thuốc.

**Tính an toàn của nghiệm pháp.** Nghiệm

pháp co thắt động mạch vành bằng ergonovine (ER) đã được chứng minh là an toàn với tỷ lệ biến chứng nghiêm trọng rất thấp. Theo nghiên cứu lớn tại Nhật Bản trên 21.512 bệnh nhân, tỷ lệ biến chứng nghiêm trọng liên quan đến ER là 0.4%, thấp hơn so với 0.9% khi dùng acetylcholine (ACh). Một nghiên cứu khác trên 1.114 bệnh nhân chỉ ghi nhận 4 trường hợp biến chứng lớn như rung thất hoặc nhịp nhanh thất cần sốc điện. Các biến chứng phổ biến của ER bao gồm co thắt kéo dài và loạn nhịp, nhưng không có trường hợp sốc tim hoặc tử vong khi dùng liều thích hợp<sup>10</sup>.

Tiêm ER vào tĩnh mạch có tỷ lệ biến chứng nghiêm trọng là 0.31%, trong khi tiêm vào động mạch vành có tỷ lệ 0.51%, với rung thất và nhịp nhanh thất là 0.41%. Đáng chú ý, không có trường hợp tử vong hay sốc tim được ghi nhận khi tiêm vào động mạch vành.

Tuy nhiên, biến chứng nghiêm trọng có thể xảy ra khi co thắt kéo dài, thường cần điều trị bằng nitrate như nitroglycerin. Báo cáo của Sueda năm 2016 trên 37.003 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ biến chứng nghiêm trọng là 0.62%, bao gồm tử vong (0.01%), nhồi máu cơ tim (0.02%), và loạn nhịp nặng (0.53%). Mặc dù ER an toàn với đa số bệnh nhân, vẫn cần theo dõi chặt chẽ để xử lý kịp thời.

## V. KẾT LUẬN

Nghiệm pháp gây co thắt động mạch vành bằng ergonovine đang tiến hành tại bệnh viện Tâm Anh Hà Nội cho thấy hiệu quả trong chẩn đoán đau thắt ngực do co thắt mạch vành, đặc biệt khi các phương pháp khác không rõ ràng. Đây là một kỹ thuật khả thi, an toàn và phù hợp với thực tế tại Việt Nam.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hackett D, Larkin S, Chierchia S, Davies G, Kaski JC, Maseri A.** Induction of coronary artery spasm by a direct local action of ergonovine. *Circulation*. 1987;75(3): 577-582. doi:10.1161/01.cir.75.3.577
2. **Vrints C, Andreotti F, Koskinas KC, et al.** 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J*. Published online August 30, 2024:ehae177. doi:10.1093/eurheartj/ehae177
3. **Hokimoto S, Kaikita K, Yasuda S, et al.** JCS/CVIT/JCC 2023 guideline focused update on diagnosis and treatment of vasospastic angina (coronary spastic angina) and coronary microvascular dysfunction. *J Cardiol*. 2023;82(4): 293-341. doi:10.1016/j.jjcc.2023.06.009
4. **Stein I.** Observations on the action of ergonovine on the coronary circulation and its use in the diagnosis of coronary artery insufficiency. *Am Heart J*. 1949;37(1):36-45. doi:10.1016/0002-

- 8703(49)91427-1
- Heupler FA.** Provocative testing for coronary arterial spasm: risk, method and rationale. *Am J Cardiol.* 1980;46(2):335-337. doi:10.1016/0002-9149(80)90081-8
  - Waters DD, Theroux P, Szlachcic J, et al.** Ergonovine testing in a coronary care unit. *Am J Cardiol.* 1980; 46(6):922-930. doi:10.1016/0002-9149(80)90346-x
  - Sueda S, Miyoshi T, Sasaki Y, Sakaue T, Habara H, Kohno H.** Gender differences in sensitivity of acetylcholine and ergonovine to coronary spasm provocation test. *Heart Vessels.* 2016; 31(3):322-329. doi:10.1007/s00380-014-0614-4
  - Suzuki Y, Tokunaga S, Ikeguchi S, et al.** Induction of coronary artery spasm by intracoronary acetylcholine: comparison with intracoronary ergonovine. *Am Heart J.* 1992; 124(1):39-47. doi:10.1016/0002-8703(92)90918-I
  - Nguyễn Thị Bạch Yến, Nguyễn Đức Hưng, Nguyễn Tuấn Long.** Quy trình kỹ thuật chụp động mạch vành. Published online 2024.
  - Sueda S, Kohno H.** Overview of complications during pharmacological spasm provocation tests. *J Cardiol.* 2016; 68(1):1-6. doi:10.1016/j.jcc.2016.03.005

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NẾP MI TRÊN BẰNG ĐƯỜNG RẠCH TỐI THIỂU Ở NGƯỜI VIỆT TRƯỞNG THÀNH

Phonemany Keopaseuth<sup>1</sup>, Vũ Thị Dung<sup>2</sup>, Phạm Thị Việt Dung<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình nếp mi trên bằng đường rạch tối thiểu. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu loạt ca bệnh trên 50 người Việt trưởng thành được phẫu thuật tạo hình nếp mi trên bằng đường rạch tối thiểu tại Khoa Phẫu thuật tạo hình Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đa khoa Hòe Nhài từ tháng 01/2023 đến tháng 7/2024. **Kết quả:** Sau 2 tuần phẫu thuật: 100% người bệnh hết tím đỏ, sưng nề, không có biến chứng chảy/ri máu, nhiễm trùng tại chỗ. Sau 3 tháng phẫu thuật phẫu thuật: đa số đạt kết quả điều trị tốt (98%), tỷ lệ hài lòng với phẫu thuật cao (98%), không xuất hiện các biến chứng lệch nếp mi, mất nếp mi, sụp mi và mắt nhắm không kín tuy nhiên có duy nhất 1 trường hợp (2%) được phẫu thuật lại theo đường mổ toàn bộ do xuất hiện nhiều nếp mi. **Kết luận:** Phẫu thuật tạo hình nếp mi trên bằng đường rạch tối thiểu cho kết quả tốt, đạt sự hài lòng cao và không xuất hiện biến chứng đáng kể.

**Từ khóa:** Tạo hình nếp mi trên, đường rạch tối thiểu, người Việt trưởng thành.

### SUMMARY

#### OUTCOMES OF UPPER EYELID CREASE SURGERY VIA MINIMAL INCISION IN VIETNAMESE ADULTS

**Objectives:** To evaluate the outcomes of upper eyelid crease surgery using a minimal incision technique. **Subjects and Methods:** A prospective descriptive case series study was conducted on 50 Vietnamese adults who underwent upper eyelid crease

surgery with a minimal incision at the Plastic Surgery Department of Bach Mai Hospital and Hòe Nhài General Hospital from January 2023 to July 2024. **Results:** Two weeks post-surgery, all patients (100%) showed resolution of redness and swelling, with no complications such as bleeding or local infection. Three months post-surgery, most patients (98%) achieved good treatment outcomes, with a high satisfaction rate (98%). There were no complications such as crease asymmetry, crease loss, ptosis, or incomplete eyelid closure. However, one case (2%) required revision surgery using a full incision technique due to the appearance of multiple creases. **Conclusion:** Upper eyelid crease surgery using a minimal incision technique provides good results, high patient satisfaction, and no significant complications. **Keywords:** Upper eyelid crease surgery, minimal incision, Vietnamese adults.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Do đặc điểm hình thái người Việt Nam có tỷ lệ mắt một mí, mí ẩn khá cao [1],[2]. Trong khi đó, với quan điểm hiện tại, một đôi mắt đẹp cần có hai bên nếp mí to, đều nhau. Do đó, phẫu thuật tạo hình nếp mí là nhu cầu chính đáng [3].

Cho đến nay đã có nhiều phương pháp tạo nếp mí, trong đó, tạo hình nếp mí bằng đường mổ tối thiểu được một số phẫu thuật viên yêu thích do có nhiều ưu điểm [3]. Năm 2003, Lam S.M và Kim Y.K. lần đầu tiên mô tả phương pháp phẫu thuật này cho người châu Á, kỹ thuật này có rạch 1/3 chiều dài mí mắt (khoảng 1- 1,5 cm) da giữa đường nếp mí, không cắt da mí thừa, có lấy mỡ ổ mắt và khâu tạo nếp mi trên [4]. Ưu điểm của phương pháp này đã được các phẫu thuật viên trên thế giới công nhận. Ở Việt Nam, tuy đã được thực hành ở một số cơ sở lâm sàng nhưng cho đến nay chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả khi thực hiện phương pháp tạo

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phonemany Keopaseuth

Email: nokphonemanyzz@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 22.11.2024