

4. **Cao Trường Sinh, Nhân Đình Dương** (2022), "Đánh giá tính an toàn và mức độ phát triển sụn khớp của liệu pháp điều trị thoái hóa khớp gối bằng huyết tương giàu tiểu cầu kết hợp với tế bào gốc trung mô từ mô mỡ tự thân", Tạp chí Y học Việt Nam, 514 (1), tr. 172-176.
5. **Dương Đình Toàn** (2015), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi tạo tổn thương dưới sụn và ghép khối tế bào gốc tủy xương tự thân trong điều trị thoái hóa khớp gối, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Vũ Thị Tươi** (2022), Kết quả điều trị thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng tiêm nội khớp hyaluronic acid trong lượng phân tử cao phối hợp sorbitol, Luận văn chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên.
7. **Phạm Hoài Thu** (2017), Nghiên cứu kết quả điều trị bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng liệu pháp tế bào gốc mô mỡ tự thân, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **J. Pak** (2011), "Regeneration of human bones in hip osteonecrosis and human cartilage in knee osteoarthritis with autologous adipose-tissue-derived stem cells: a case series", J Med Case Rep, 5 pp. 296.
9. **D. Primorac, V. Molnar, E. Rod, et al.** (2020), "Knee Osteoarthritis: A Review of Pathogenesis and State-Of-The-Art Non-Operative Therapeutic Considerations", Genes (Basel), 11 (8), pp. 854-862.
10. **M.H.M. Yunus, A. Nordin, and H. Kamal** (2020), "Pathophysiological Perspective of Osteoarthritis", Medicina (Kaunas), 56 (11), pp. 614-619.

HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP SỬ DỤNG ỐNG SILICON TỰ CỐ ĐỊNH NỐI LỆ QUẢN BỊ ĐỨT DO CHẤN THƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN MẮT NGHỆ AN

Trần Tất Thắng¹, Nguyễn Thùy Dung¹, Phạm Văn Minh¹,
Lê Thị Thanh Thủy¹, Nguyễn Sa Huỳnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị của phương pháp nối lệ quản do chấn thương có sử dụng ống Silicon tự cố định. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, tiền cứu, có can thiệp lâm sàng, không đối chứng trên 31 bệnh nhân bị đứt lệ quản do chấn thương được điều trị bằng phẫu thuật đặt ống Silicon tự cố định (mini monoka) một lệ quản từ tháng 1/2023 – tháng 5/2024 tại Bệnh viện Mắt Nghệ An. **Kết quả:** Phương pháp sử dụng ống Mini - Monoka trong phẫu thuật điều trị đứt lệ quản mang lại tỉ lệ thành công cao cả về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ. Tỉ lệ thành công chung được đánh giá tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật là 88,57%. Trong đó, thành công về giải phẫu đạt 94,29%, thành công về chức năng đạt 83,9% và thành công về thẩm mỹ đạt 93,5%. Sử dụng ống Mini - Monoka trong phẫu thuật nối lệ quản có nhiều ưu điểm: không bị lạc đường, không gây tổn thương lệ quản lành cùng bên, giảm tỉ lệ mắt ống sớm, giảm biến chứng tổn thương kết giác mạc. **Từ khóa:** Đứt lệ quản, Silicon tự cố định, Mini - Monoka.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF THE METHOD OF CONNECTING BROKEN CANALICULUS TO TRAUMA USING SELF-FIXING SILICON TUBES AT NGHE AN EYE HOSPITAL

Objectives: Evaluate the treatment results of traumatic canaliculus anastomosis using self-fixing

silicone. **Subjects and methods:** Descriptive, prospective, clinical interventional, uncontrolled study on 31 patients with traumatic canaliculus rupture treated with single canaliculus mini monoka Silicon tube placement surgery from January 2023 to May /2024 at Nghe An Eye Hospital. **Results:** The method of using the Mini - Monoka tube in surgical treatment of canaliculus rupture brings high success rates in terms of anatomy, function and aesthetics. The overall success rate assessed at 3 months after surgery was 88.57%. Of which, anatomical success reached 94.29%, functional success reached 83.9% and aesthetic success reached 93.5%. Using the Mini - Monoka tube in canaliculus surgery has many advantages: no misdirection, no damage to the healthy lacrimal tube on the same side, reduced rate of early tube loss, and reduced complications of corneal conjunctival damage.

Keywords: broken canaliculus, self-fixing silicon tubes, Mini - Monoka.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự toàn vẹn của lệ quản là yếu tố quan trọng trong việc dẫn lưu nước mắt từ hồ lệ xuống mũi. Khi chấn thương đứt lệ quản làm cho sự lưu thông này ngưng trệ hoàn toàn hoặc một phần tùy theo đứt lệ quản trên hay dưới hoặc cả hai. Nhiều tác giả đã tiến hành những nghiên cứu khác nhau và đưa ra nguyên tắc cơ bản của phẫu thuật là khâu nối tận - tận hai đầu LQ đứt phối hợp đặt một ống trong lòng lệ quản. Silicon là chất liệu tốt nhất làm ống dẫn nhưng nếu đặt bằng ống Silicon thông thường thì nguy cơ tuột ống trong thời gian sớm hơn. [1]

Tại Bệnh viện Mắt Nghệ An, số lượng bệnh nhân đứt lệ quản do chấn thương hàng năm tương đối nhiều, gần đây sử dụng kỹ thuật nối

¹Bệnh viện Mắt Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Trần Tất Thắng

Email: thangmatna@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 13.2.2025

tận-tận lệ quản đứt có đặt ống silicon tự cố định (Mini Monoka) điều trị cho bệnh nhân khá hiệu quả. Để đánh giá một cách khoa học và khách quan, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp nối lệ quản sử dụng ống silicon tự cố định điều trị đứt lệ quản do chấn thương". nhằm mục tiêu. Đánh giá kết quả điều trị của phương pháp nối lệ quản do chấn thương có sử dụng ống silicon tự cố định (Mini Monoka).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian nghiên cứu.

Gồm 31 bệnh nhân bị đứt lệ quản do chấn thương được điều trị bằng phẫu thuật đặt ống Silicon mini monoka một lệ quản từ tháng 1/2023 – tháng 5/2024 tại Bệnh viện Mắt Nghệ An.

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh. Bệnh nhân đứt một lệ quản phức tạp, đơn thuần không kèm theo tổn thương nhãn cầu hay xương hốc mắt được điều trị. Không có bệnh gì đặc biệt về nội khoa, tim phổi, thần kinh, tâm thần. Bệnh nhân có đủ sức khoẻ để phẫu thuật và đồng ý tham gia nghiên cứu

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả, tiến cứu, có can thiệp lâm sàng, không đối chứng. Chọn mẫu thuận tiện.

2.3.1. Phương tiện phẫu thuật

- Sinh hiển vi phẫu thuật, bộ dụng cụ phẫu thuật

- Ống silicon mini Monoka S1.1500 của hãng FCI, đường kính 0,64mm, dài 40mm.



Hình 1. Ống silicon Mini monoka và kích thước

2.3.2. Các biến số chính đánh giá kết quả của phẫu thuật

- Thành công chức năng:

+ Thành công chức năng chủ quan: Đánh giá triệu chứng chảy nước mắt ở các thời điểm sau mổ 1 tháng, 3 tháng (khi rút ống) và 4 tháng.

- Tốt: không chảy nước mắt.

- Trung bình: chỉ chảy nước mắt khi có kích thích của môi trường như nắng, gió...

- Kém: chảy nước mắt thường xuyên.

+ Thành công chức năng khách quan: đánh giá tình trạng dẫn lưu nước mắt qua test FDDT ở thời điểm sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng. Đánh giá theo Meyer D.R. (1990): [2]

- Độ 0: không chậm (không còn hoặc còn rất ít fluorescein).

- Độ 1: chậm ít (lượng fluorescein giảm vừa).

- Độ 2: chậm đáng kể (không giảm lượng fluorescein).

+ Thành công chung về chức năng: đánh giá ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật

- Tốt: không chảy nước mắt và nghiệm pháp BMF độ 0.

- Trung bình: chảy nước mắt ít và nghiệm pháp BMF độ 1.

- Kém: chảy nước mắt thường xuyên và nghiệm pháp BMF độ 2.

- Thành công giải phẫu:

Tại thời điểm 3 tháng: đánh giá độ thông thoáng của lệ đạo dựa vào bơm thăm dò lệ đạo sau khi rút ống

- Thông: có điểm chạm cứng, bơm nước thoát xuống họng tốt

- Bán tắc: có điểm chạm mềm, nước xuống họng một phần hoặc phải bơm mạnh tay mới xuống (chỗ nối LQ bị hẹp).

- Tắc: có điểm chạm mềm, nước trào tại LQ bơm, không có nước xuống họng.

- Đánh giá kết quả thẩm mỹ:

Dựa vào tình trạng phục hồi giải phẫu góc mắt trong, tình trạng bờ tự do của mi và lỗ lệ chúng tôi chia BN thành 2 nhóm:

+ Tại thời điểm ra viện:

- Đạt yêu cầu: vết khâu mi và góc mắt trong kín, liền tốt. Góc mắt trong phục hồi đúng giải phẫu, bờ tự do và điểm lệ úp tiếp xúc tốt với kết mạc nhãn cầu vùng hồ lệ.

- Không đạt yêu cầu: vết khâu mi và góc mắt trong phục hồi không kín, không đúng giải phẫu, khuyết chữ V hoặc dấu ờ, bờ tự do và điểm lệ ngừa không tiếp xúc tốt với kết mạc nhãn cầu vùng hồ lệ.

+ Tại thời điểm 1 tháng, 3 tháng sau phẫu thuật:

- Đạt yêu cầu: sẹo mịn, góc mắt trong phục hồi đúng giải phẫu, nhìn BN khó nhận thấy sự khác biệt góc mắt trong giữa mắt lành và mắt chấn thương.

- Không đạt yêu cầu: sẹo co kéo trễ mi, góc trong biến dạng không đúng giải phẫu, nhìn BN thấy ngay sự khác biệt góc mắt trong giữa mắt lành và mắt chấn thương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Kết quả về giải phẫu (Kết quả bơm rửa lệ đạo)

Bảng 1. Kết quả bơm rửa lệ đạo tại 2 thời điểm

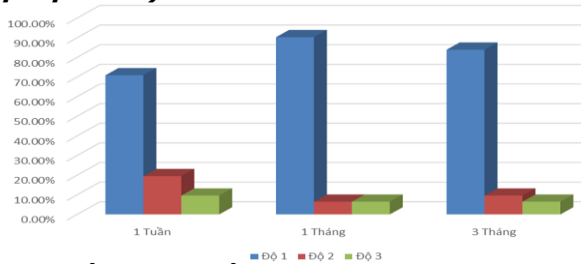
Thời điểm	1 tháng		3 tháng	
	n	%	n	%
Thông	28	90,3	26	83,9
Bán tắc	2	6,5	4	12,9
Tắc	1	3,2	1	3,2
Tổng	31	100%	31	100%

Tại thời điểm 1 tháng có 28/31 mắt thông tốt chiếm 90,3%. Thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, ống silicon được rút và bơm thăm dò lệ đạo thấy 26/31 mắt thông chiếm tỷ lệ 83,8%. Có 1 mắt bơm thấy tắc chiếm 3,2%. Tỷ lệ thành công về mặt giải phẫu trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với một số tác giả khác (khoảng 80-90%). Nguyễn Thị Tuyết Nga (2010) thông tốt là 84,38%, bán tắc chiếm 12,5%, tắc chiếm 3,12%. Theo tác giả Lin C.H. (2019), tỉ lệ rút ống sớm của tác giả này là 6,25%, làm ảnh hưởng rất nhiều đến tỉ lệ thành công về giải phẫu. Tương tự, tác giả Raj A. (2022) đã thực hiện nghiên cứu trên 30 LQ ghi nhận 23,3% ống bị rút sớm trong vòng 1 - 2 tháng. [3] [4]

Tỷ lệ thành công về giải phẫu trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết Nga (2010), là 92,1% thành công tỷ lệ này cao hơn của chúng tôi, vì trong nghiên cứu này, tác giả chỉ phân làm 2 mức độ thông và tắc, vì vậy số lệ đạo bán tắc cũng gộp vào lệ đạo thông. Naik M.N. và cộng sự (2008) là 90%, của Leibovitch I. và cộng sự (2010) là 100%, kết quả của các tác giả này cao hơn của chúng tôi rất nhiều, vì ở nước ngoài, họ đã áp dụng phương pháp này từ rất lâu, nên các phẫu thuật viên có rất nhiều kinh nghiệm, bên cạnh đó, các tổn thương thương sắc gọn, thường ở 1/3 ngoài nên dễ tái tạo giải phẫu. Ngoài ra, trình độ dân trí cao, nên tỷ lệ bệnh nhân để tuột ống rất thấp. [5] [6]

3.2. Kết quả chức năng

3.2.1. Kết quả chức năng khách quan (hiệu quả dẫn lưu nước mắt qua nghiệm pháp FDDT)



Biểu đồ 1. Biểu đồ Kết quả chức năng khách quan

Chức năng lưu thoát nước mắt bình thường (test FDDT độ 0) ở thời điểm 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật lần lượt là: 22/31mắt (70,9%), 28/31 mắt (90,3%) và 26/31 mắt (83,9%).

Giảm chức năng lưu thoát nước mắt (test FDDT độ 1) ở thời điểm 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật lần lượt là 6/31 mắt (19,5%), 2/31 mắt (6,5%) và 3/31 mắt (9,6%). Mất chức năng lưu thoát nước mắt (test FDDT độ 2) ở thời điểm 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật lần lượt là 3/31 mắt chiếm 9,6%, 2/31 mắt (6,5%) và 2/31 mắt (6,5%)

Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như một số nghiên cứu của các tác giả khác trong và ngoài nước. Tỷ lệ thành công chung về chức năng trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Thịnh (2011) là 81,4% (28/35 BN). Nghiên cứu của Anastas C.N. và cộng sự (2001) [7] có tỷ lệ thành công chức năng chủ quan là 71%, thành công chức năng khách quan là 100%. Nhưng so với tác giả Nguyễn Thị Phương Thảo (2014) có tỷ lệ mắt có chức năng tốt là 86,7%, kết quả này cao hơn của chúng tôi, vì kinh nghiệm của phẫu thuật viên lâu năm hơn, tác giả cũng dùng ống dẫn là ống Mini Monoka, là ống tự cố định, giúp cho BN dễ chịu hơn nhiều và giảm được tình trạng tuột ống sớm nhưng giá thành thì đắt hơn. Vì vậy, Mini Monoka cũng nên được cân nhắc dùng cho những BN có điều kiện dùng được thì nên sử dụng cho BN vì những ưu việt của nó.

3.2.2. Kết quả thẩm mỹ

Bảng 2. Kết quả thẩm mỹ theo thời gian

Thời điểm	1 tuần	1 tháng	3 tháng
Đạt yêu cầu	26	29	29
Không đạt yêu cầu	5	2	2
Tổng	31	31	31

Tỷ lệ BN đạt yêu cầu về thẩm mỹ giảm dần qua các thời điểm sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng lần lượt là: 83,9%, 93,5% và 93,5%. Tỷ lệ BN không đạt yêu cầu về thẩm mỹ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương kết quả của một số khác như nghiên cứu của Anastas C.N. và cộng sự 1/14 BN chiếm 7,1% [8], nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết Nga (2010): 1/76 BN chiếm 1,3%. BN này có chấn thương phức tạp ở vùng góc mắt trong, do đó việc khâu phục hồi góc trong sau đặt ống gặp nhiều khó khăn dẫn đến kết quả thẩm mỹ ở các thời điểm không đạt yêu cầu. Đồng thời, đây là cũng là BN bị tuột ống ở thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật. Những BN không đạt yêu cầu về thẩm mỹ do sẹo co kéo trễ mí, góc trong biến dạng không đúng giải phẫu, lỗ lệ bị lật không áp vào kết mạc nhãn cầu nên không thực hiện được chức năng dẫn lưu nước mắt. Điều này làm giảm kết quả thành công chức năng mặc dù kết quả giải phẫu tốt. Kết quả tỷ lệ đạt yêu cầu về thẩm mỹ trong nghiên cứu chúng tôi có cao hơn của

tác giả Nguyễn Thị Phương Thảo (2014): 36/45 BN (80%), điều này có thể vì tất cả các bệnh nhân của nghiên cứu này chọn là những bệnh nhân đứt lệ quản phức tạp. Vì vậy những bệnh nhân có vết thương phức tạp, sau khi nối lệ quản một thời gian nên được tạo hình lại mi mắt để có chức năng và thẩm mỹ hơn.

3.2.3. Tình trạng thị lực. Tại thời điểm ra viện có 26/31 BN thị lực tăng chiếm (83,9%), còn lại 5 BN chiếm 16,1% BN có thị lực giữ nguyên, không có BN nào thị lực giảm. Tại thời điểm 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, sau phẫu thuật có 100% BN tăng thị lực không có BN nào giảm thị lực. Kết quả này của chúng tôi có khác biệt so với nghiên cứu của các tác giả Vương Văn Quý (2005) và Nguyễn Thị Tuyết Nga (2010) do những nghiên cứu này bao gồm cả những BN có đứt LQ phối hợp với tổn thương nhãn cầu nên thị lực có nhiều thay đổi tăng, giảm sau điều trị.

3.3. Biến chứng

3.3.1. Biến chứng tuột ống silicon. Sau phẫu thuật nghiên cứu của chúng tôi 1 BN chiếm 3,2% có tình trạng mất ống silicon sớm. Phần lớn các biến chứng sau phẫu thuật có liên quan đến ống silicon. Adenis J.P. (1982) gọi những biến chứng liên quan đến ống silicon là đặc hiệu để phân biệt với biến chứng không liên quan đến ống silicon. BN mất ống trong các nghiên cứu này của chúng tôi gặp ở trẻ em cũng là bệnh nhân gặp phải biến chứng khâu phải lòng ống silicon kết hợp với việc BN chưa ý thức được cách giữ ống và không được theo dõi sát nên BN dụi tay vào mắt nhiều làm đứt chỉ cố định và tuột mất ống. Phương pháp phẫu thuật nối LQ đặt ống silicon một LQ đã được nhiều tác giả áp dụng trên lâm sàng với nhiều kỹ thuật cố định ống khác nhau. Phương pháp này có ưu điểm về kỹ thuật là chỉ thao tác trên LQ đứt nên không gây tác động bất lợi tới LQ lành cùng bên. Song nguyên nhân chính gây thất bại phẫu thuật là mất ống dẫn trước thời hạn do không được cố định tốt. Tỷ lệ mất ống trong nghiên cứu của Vương Văn Quý là 62,5%, trong nghiên cứu của Kenedy R/H (1990) là 73,9% , Lin C.H. (2019) ghi nhận tỉ lệ này là 6,25%, Raj A. (2020) có tỉ lệ mất ống là 23,3% [9]. Với mục đích hạn chế phạm vi can thiệp phẫu thuật, bảo vệ LQ lành cùng bên, duy trì ống dẫn silicon tốt chúng tôi đã cải tiến kỹ thuật cố định ống từ phương pháp nguyên bản của Garber. Trong nghiên cứu nguyên bản của Garber, đầu ngoài ống silicon uốn thành hình móc câu xuống dưới điểm lệ 5 mm, chỉ cố định xuyên từ kết mạc qua bề dày mi dưới cố định ống silicon vào da mi vùng điểm lệ. Với đầu ngoài ống silicon dài như vậy, rất dễ bị

va quệt làm tuột ống nhất là với BN trẻ em. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ống silicon mini Monoka được tạo dáng và cố định một đầu ống bằng ở điểm lệ. Với cách cố định mới này ống silicon được giữ tốt trong lòng LQ đứt nhờ được đặt như nằm trong khuôn đúc là thành LQ. Nhược điểm chính của phương pháp đã được khắc phục. Ưu điểm của phương pháp đã được khẳng định: ống dẫn cố định tốt, việc đặt ống không gây tổn thương LQ lành, không gây kích thích nhiều sau phẫu thuật, rút ngắn thời gian phẫu thuật, giảm chi phí, không đòi hỏi dụng cụ chuyên dụng và quan trọng nhất là cho kết quả tốt.

3.3.2. Kích thích kết giác mạc, xước giác mạc. Chúng tôi quan sát thấy trong nhóm nghiên cứu có 4/31 BN (12,9%) có triệu chứng kích thích kết giác mạc, chủ yếu do các mũi chỉ khâu mi kích thích và 1 phần do đầu ống silicon bị xoay và cọ vào kết mạc nhãn cầu và giác mạc gây xước kết giác mạc nhẹ, BN thấy cộm, chảy nước mắt. Nhưng những triệu chứng này chỉ ở mức độ nhẹ, không gây khó chịu nhiều cho BN. Không có BN nào bị loét giác mạc. Sau khi xoay chỉnh ống, bệnh nhân giảm triệu chứng. Kết quả này của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Tuyết Nga (2010) khi sử dụng ống silicon thích ứng: 9,7% và của Vương Văn Quý (2005) là 6,9%. Những trường hợp sử dụng ống silicon thích ứng, do đầu ống silicon quá dài, chồi lên cọ vào kết mạc nhãn cầu và giác mạc gây kích thích nhiều cho BN thậm chí gây loét giác mạc. Viêm kết mạc nhẹ chỉ với biểu hiện có tiết tố kết mạc nhiều hơn mắt lành, không có cương tụ kết mạc được quan sát thấy ở 8 BN chiếm 25,5%, nhưng giảm dần đến thời điểm 3 tháng sau khi rút ống thì không còn BN viêm kết mạc. Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Anastas C.N. và cộng sự [8] gặp 21,4% BN bị viêm kết mạc sau phẫu thuật.

3.3.3. Rách lỗ lệ. Trong nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi, không có BN biến chứng rách lỗ lệ , so với nghiên cứu của Vương Văn Quý (2005) là 5,4%, của Nguyễn Văn Thịnh (2011) [1] 7%, và của Anastas C.N. và cộng sự [8] là 7,1%. Giải thích cho biến chứng này theo Linberg J.V. (1994) dưới áp lực nhẹ nhưng kéo dài do tiếp xúc với ống silicon, mô liên kết ở lỗ lệ, sau đó là thành LQ bị hoại tử làm rách lỗ lệ và LQ. Điều này cũng khẳng định theme tính ưu việt của ống Mini monoka. Theo Burns J.A. (1984) [7], vết rách 1 đến 3 mm không ảnh hưởng đến chức năng lệ đạo. Vì vậy cần phát hiện sớm các tổn thương hoặc nguy cơ rách LQ do ống silicon để xử trí kịp thời. Biến chứng này ít gặp trong nối LQ bằng ống đơn và hay gặp

trong nối LQ bằng phương pháp vòng nhẫn do ống silicon quá ngắn tạo thành vòng nhỏ tì vào lỗ lệ, kéo hai lỗ lệ vào gần nhau gây rách lỗ lệ hoặc rách dọc LQ.

3.3.4. Sẹo mi co kéo lật điểm lệ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 BN ghi nhận biến chứng sẹo xấu gây lật mi, lỗ lệ đồng thời với tuột ống sớm (chiếm 3,2%), Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Gia Hồng Vân (2019) với 9,38% [2]. Tuy nhiên, kết quả này cao hơn các nghiên cứu ngoài nước của Lin C.H. (2019), Hakak B. (2022), Corak E.F. (2024) khi biến chứng này hầu như không xuất hiện [10].

IV. KẾT LUẬN

Phương pháp sử dụng ống Mini - Monoka trong phẫu thuật điều trị đứt lệ quản mang lại tỉ lệ thành công cao cả về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ. Tỉ lệ thành công chung được đánh giá tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật là 88,57%. Trong đó, thành công về giải phẫu đạt 94,29%, thành công về chức năng đạt 83,9% và thành công về thẩm mỹ đạt 93,5%. Sử dụng ống Mini - Monoka trong phẫu thuật nối lệ quản có nhiều ưu điểm: không bị lạc đường, không gây tổn thương lệ quản lành cùng bên, giảm tỉ lệ mất ống sớm, giảm biến chứng tổn thương kết giác mạc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lý, M. Đức.** (2023). Đánh giá kết quả phẫu thuật nối lệ quản đứt do chấn thương kết hợp đặt ống silicone tại bệnh viện 19-8. Tạp Chí Y học Việt Nam, 529(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v529i1.6231>.
2. **Đỗ Long và Cs** (2013), " Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị đứt lệ quản do chấn

thương". Y học thực hành. 6: p. 83-85.

3. **Nguyễn Thị Tuyết Nga** (2010), "Đánh giá kết quả phương pháp đặt ống silicon một lệ quản điều trị đứt lệ quản do chấn thương", Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Han J, Chen H, Wang T, Zhang X, Jin X.** A case series study of lacrimal canaliculalaceration repair with the bi-canalicular stent. Gland Surg. 2022 Nov; 36518799, 11(11):1801-1807. doi: 10.21037/gs-22-556. PMID:; PMC9742051.
5. **Alam MS, Mehta NS, Mukherjee B.** Anatomical and functional outcomes of canaliculalaceration repair with self retaining mini-MONOKA stent. Saudi J Ophthalmol. 2017 Jul-Sep; 28860909, 31(3):135-139. doi: 10.1016/j.sjopt.2017.04.009.
6. **Pandey TR, Limbu B, Sthapit PR, Gurung HB, Saiju R, et al.** (2021) Clinical Outcome of Reconstruction of Lacrimal Canaliculalaceration with Monocanalicular Intubation System. Int J Ophthalmic Pathol 10:7.
7. **Men, C. J., Ko, A. C., Ediriwickrema, L. S., Liu, C. Y., Kikkawa, D. O., & Korn, B. S.** (2020). Canaliculalaceration repair using a self-retaining, bicanaliculal, hydrophilic nasolacrimal stent. Orbit, 40(3), 239–242. <https://doi.org/10.1080/01676830.2020>.
8. **Ali MJ, Paulsen F.** Human Lacrimal Drainage System Reconstruction, Recanalization, and Regeneration. Curr Eye Res. 2020 Mar; 30793623., 45(3):241-252. doi: 10.1080/02713683.2019.1580376.
9. **Kim T, Yeo CH, Chung KJ, Lee JH, Kim YH.** Repair of Lower Canaliculalaceration Using the Mini-Monoka Stent: Primary and Revisional Repairs. J Craniofac Surg. 2018 Jun; 29561477., 29(4): 949-952. doi: 10.1097/SCS.0000000000004423.
10. **ÇORAK EROĞLU, Emine ŞEN, Burcu KAZANCI Türkiye Klinikleri J Ophthalmol.** 2024; 33(2): 87-93, doi: 10.5336/ophthal.2023-100635.

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG THÔNG KHÍ PHỔI VÀ HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH LỒNG NGỰC Ở CẢNH SÁT GIAO THÔNG ĐƯỜNG BỘ KHU VỰC HÀ NỘI

Phạm Ngọc Hào¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu tình trạng thông khí phổi và hình ảnh cắt lớp vi tính lồng ngực ở cảnh sát giao thông đường bộ khu vực Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 435 cán bộ chiến sỹ cảnh sát giao thông có tiếp xúc khói bụi trên 5 năm, được sàng lọc đạt 3/5 điểm ở câu hỏi COPD, trong đó chọn 30 cán bộ có rối loạn thông khí

từ mức độ nặng đến nhẹ để chụp cắt lớp vi tính lồng ngực. **Kết quả:** tuổi trung bình là 42,5 ± 9,6, tỷ lệ nam/nữ: 9,87, thời gian điều hành giao thông: 19,5±7,9, chỉ số BMI: 22,6 ± 2,8, các chỉ số thông khí phổi lần lượt: FEV1, FVC, FEV1/FVC: 2,99 ± 0,78, 3,24 ± 0,88, 86,8 ± 12,38, rối loạn thông khí tắc nghẽn, hạn chế, hỗn hợp lần lượt là: 14,8%, 19,6%, 6,5%. Hình ảnh cắt lớp vi tính: Tổn thương dày tổ chức kẽ, Giãn phế nang, Tổn thương ứ khí, thể khảm, Giãn phế quản, Tổn thương xơ, dải xơ lần lượt là: 93,33%, 56,67%, 93,33%, 36,67%, 70,0%. **Kết luận:** Tỷ lệ rối loạn thông khí phổi ở cảnh sát giao thông Hà Nội cao hơn so với đối tượng cùng lứa tuổi và do chức năng thông khí và chụp cắt lớp vi tính là công cụ hữu hiệu để đánh giá nguy cơ bệnh lý hô hấp ở cảnh sát giao thông. **Từ khóa:** Thông khí phổi cảnh sát giao thông,

¹Bệnh viện 19-8, Bộ Công an

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Hào

Email: phamngochao198@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.01.2025

Ngày duyệt bài: 12.2.2025