

- khoa tỉnh Đắk Lắk", Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 21 (3), tr. 108 - 14.
5. **Nguyễn Thị Thu Liễu, Nguyễn Thị Anh Trúc, Đinh Bích Thủy** (2022), "Tỉ lệ nhẹ cân sơ sinh và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2021", Tạp chí Y học Việt Nam, 516 (1), tr. 275-9.
 6. **Lâm Thị Kim Ngọc, Phạm Thị Tâm** (2021), "Nghiên cứu tình hình cân nặng sơ sinh và một số yếu tố liên quan sơ sinh nhẹ cân tại Thành phố Trà Vinh năm 2020", Tạp chí Y dược học Cần Thơ, 37, tr. 69-75.
 7. **Thapa P., Poudyal A., et al.** (2022), "Prevalence of low birth weight and its associated factors: Hospital based cross sectional study in Nepal", PLOS Glob Public Health, 2 (11), pp. e0001220.
 8. **UNICEF** (2023), "Low birthweight, A good start in life begins in the womb", UNICEF Data.
 9. **Zhang M., Gazimbi M. M., et al.** (2020), "Association between birth weight and neurodevelopment at age 1-6 months: results from the Wuhan Healthy Baby Cohort", BMJ Open, 10 (1), pp. e031916.
 10. **Zhou Rongfei, Yu Huiting, et al.** (2023), "Secular trends of low birth weight, preterm birth, and small for gestational age in Shanghai from 2004 to 2020: an age-period-cohort analysis", BMC Pregnancy and Childbirth, 23 (1), pp. 540.

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG VIÊM LOÉT GIÁC MẠC NHIỄM TRÙNG TRÊN HÌNH ẢNH CẮT LỚP QUANG HỌC BÁN PHẦN TRƯỚC: BÁO CÁO BA LÂM SÀNG

Vũ Thúy Hằng¹, Lê Xuân Cung²,
Dương Mai Nga², Phạm Thị Thu Thủy¹

Từ khóa: viêm loét giác mạc nhiễm trùng, AS-OCT

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm loét giác mạc nhiễm trùng là một trong những nguyên nhân chính gây đục giác mạc và dẫn tới mù lòa, trở thành gánh nặng y tế lớn trên thế giới, trong đó có Việt Nam. Trong những năm gần đây, chụp cắt lớp quang học bán phần trước (AS-OCT) trở thành công cụ hữu ích trong việc đánh giá các tổn thương giác mạc do viêm loét giác mạc nhiễm trùng, với khả năng cung cấp thông tin chi tiết về tổn thương tổ chức giác mạc mà khám trên sinh hiển vi đèn khe bị hạn chế. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi báo cáo ba ca lâm sàng viêm loét giác mạc nhiễm trùng, trong đó tất cả các bệnh nhân đã được thực hiện chụp OCT bán phần trước (chụp cắt lớp quang học bán phần trước). Các tổn thương giác mạc của từng bệnh nhân được phân tích qua hình ảnh AS-OCT và so sánh với các biểu hiện lâm sàng. Các thông tin thu được từ cả hai phương pháp đã được sử dụng để đưa ra nhận định về mức độ tổn thương và hướng điều trị cho từng trường hợp cụ thể. **Kết quả:** Hình ảnh AS-OCT mô tả đầy đủ và chi tiết các tổn thương viêm loét giác mạc nhiễm trùng trong ba ca lâm sàng báo cáo, chứng minh vai trò hỗ trợ chẩn đoán và điều trị. **Kết luận:** AS-OCT là một công cụ quan trọng trong việc đánh giá tổn thương giác mạc do viêm loét giác mạc nhiễm trùng. Kết quả từ việc chụp AS-OCT có thể hỗ trợ chẩn đoán nguyên nhân và mức độ tổn thương của bệnh, đồng thời cung cấp thông tin quan trọng cho quá trình điều trị.

SUMMARY

THE IMAGES OF INFECTIOUS KERATITIS ON ANTERIOR SEGMENT OCT: CASES REPORT

Objectives: Infectious keratitis one of the leading causes of corneal opacity and blindness, becoming a significant healthcare burden on the world, including in Vietnam. In recent years, Anterior Segment Optical Coherence Tomography (AS-OCT) has been applied as a useful tool in evaluating corneal lesion due to keratitis, providing detailed lesion of corneal that slit-lamp examination has limitations in assessing. **Patients and methods:** We report three cases of keratitis, all of which underwent AS-OCT imaging. The corneal lesions of each patient were analyzed using AS-OCT images and compared with clinical manifestations. The information obtained from both methods was used to make assessments on the extent of damage and the treatment approach for each case. **Results:** The AS-OCT images provide a full and detailed description of the corneal lesions in three cases, demonstrating its role in supporting diagnosis and treatment. **Conclusions:** AS-OCT is an important tool in evaluating corneal damage due to keratitis. The results from AS-OCT imaging can support accurate diagnosis of the cause and extent of damage, while also providing crucial information for the treatment process. **Keywords:** infectiouskeratitis, AS- OCT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét giác mạc nhiễm trùng là một tình trạng viêm nghiêm trọng của giác mạc, do sự xâm nhập của các tác nhân như vi khuẩn, virus, nấm, ký sinh trùng... gây thay đổi cấu trúc và làm giảm tính trong suốt của giác mạc. Yếu tố

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thúy Hằng

Email: vuthuyhang201@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2025

Ngày duyệt bài: 12.6.2025

nguy cơ thường gặp nhất là chấn thương mắt, đặc biệt là chấn thương liên quan đến nông nghiệp, chiếm đến 53,3% trong số các bệnh nhân có chấn thương mắt. Bên cạnh đó, một số yếu tố nguy cơ khác cũng cần lưu ý như tổn thương giác mạc sẵn có, tiền sử phẫu thuật giác mạc, đái tháo đường, sử dụng corticosteroid tại chỗ, và việc đeo kính áp tròng...¹Việc khai thác đầy đủ các yếu tố nguy cơ rất quan trọng để giúp định hướng nguyên nhân và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp, đặc biệt trong thời gian chờ kết quả xét nghiệm vi sinh.

Tại Việt Nam, việc chẩn đoán viêm loét giác mạc nhiễm trùng dựa vào khai thác các yếu tố nguy cơ và các triệu chứng cơ năng, kết hợp khám bằng sinh hiển vi và kết quả xét nghiệm vi sinh nếu có. Tuy nhiên, việc đánh giá chính xác mức độ thâm nhiễm và các tổn thương phía sau trên những mắt có giác mạc phủ và thâm lậu nhiều có thể bị hạn chế do tổn thương bị che lấp.²Xét nghiệm vi sinh là xét nghiệm cận lâm sàng đầu tay trong chẩn đoán nguyên nhân viêm giác mạc. Bệnh phẩm được lấy từ bờ ổ loét, sau đó được nhuộm soi và nuôi cấy để nhận diện vi sinh vật gây bệnh, từ đó lựa chọn được kháng sinh phù hợp. Tuy nhiên do nhiều yếu tố nhiễu, tỷ lệ âm tính hoặc tạp nhiễm cao khiến cho việc điều trị phần lớn dựa theo kinh nghiệm, điều này có thể làm chậm trễ quá trình điều trị cũng như kéo dài thời gian bị bệnh, ảnh hưởng tới sự hồi phục của tổn thương giác mạc.

Trong khi phương pháp chẩn đoán truyền thống có những hạn chế nhất định, thì chụp cắt lớp quang học bán phần trước (AS-OCT) đang ngày càng được nghiên cứu và ứng dụng rộng rãi trên thế giới như một công cụ chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn, giúp đánh giá chính xác các tổn thương do viêm loét giác mạc nhiễm trùng. Dựa trên nguyên lý giao thoa ánh sáng, AS-OCT tạo ra hình ảnh chi tiết của các lớp giác mạc, mã hóa bằng thang xám và thang màu để phân biệt các cấu trúc với cường độ tín hiệu phản xạ khác nhau.³ Phương pháp này không chỉ cho phép chụp nhanh, đảm bảo tính chính xác và khách quan trong việc đánh giá các tổn thương giác mạc, mà còn có ưu điểm không tiếp xúc với giác mạc, do đó có thể chụp khi giác mạc tổn thương.⁴ Nhờ khả năng cung cấp hình ảnh cắt lớp chi tiết của giác mạc, AS-OCT giúp các bác sĩ đánh giá được mức độ tổn thương viêm loét giác mạc một cách rõ ràng, từ đó đưa ra phương pháp điều trị kịp thời và chính xác hơn. Sau đây chúng tôi xin báo cáo ba trường hợp viêm loét giác mạc nhiễm trùng thông qua việc phân tích các tổn thương trên lâm sàng cũng trên hình ảnh AS-OCT.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

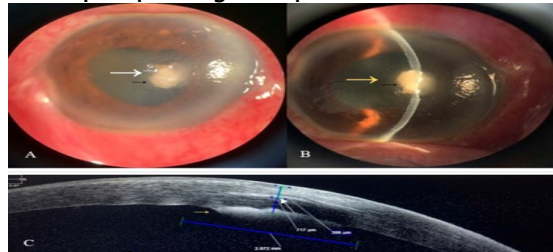
Ca lâm sàng 1: Bệnh nhân nam, 72 tuổi vào viện vì mắt phải (MP) đau nhức, nhìn mờ 1 tháng, không có tiền sử chấn thương và bệnh toàn thân, đã khám tại bệnh viện tư chẩn đoán MP: Viêm giác mạc, tra Vigamox 0,5%, Sanlein 0,1% 1 tuần không đỡ.

Thị lực: MP 20/200 và không tăng với kính lồi, mắt trái (MT) 20/30.

Khám: MP: Mi nề, kết mạc cương tụ sâu. Loét giác mạc trung tâm kích thước 1x2mm, đáy bẩn, thâm nhiễm sâu, xuất tiết mặt sau đặc dạng bông, lóng mù tiền phòng, dính bít đồng tử, đục thể thủy tinh, bản phần sau khó đánh giá (hình 1). MT: Đục thể thủy tinh người già.

Xét nghiệm vi sinh: cấy nạo bờ ổ loét: trực khuẩn gram dương: >+, nấm sợi: âm tính. Tế bào khổng lồ đa nhân và tế bào biểu mô đa hình thái: âm tính.

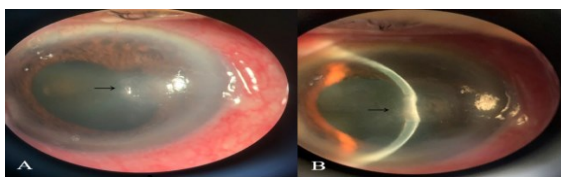
Kết quả AS – OCT: Ổ tổn thương giác mạc kích thước ngang 2672µm, mất phản xạ lớp biểu mô, nhu mô tăng phản xạ, không có hoại tử nhu mô, tăng chiều dày nhu mô (kích thước 717µm) theo dõi do thâm nhiễm và phù nhu mô, xuất tiết mặt sau có dạng tổn thương tăng phản xạ bám chặt mặt sau giác mạc.



Hình 1: Ảnh khám qua sinh hiển vi và AS-OCT của bệnh nhân số 1 khi vào viện

Hình A: Ảnh chụp ánh sáng tỏa lan thấy ổ loét giác mạc trung tâm 1x2mm (mũi tên trắng). Hình B: Ảnh chụp cắt khe thấy đám xuất tiết bông mặt sau giác mạc (mũi tên đen). Hình C: Hình ảnh AS-OCT thấy ranh giới thâm nhiễm nhu mô (mũi tên trắng) và đám xuất tiết mặt sau giác mạc (mũi tên vàng)

Kết hợp hình ảnh tổn thương trên lâm sàng và hình ảnh AS-OCT, bệnh nhân được chẩn đoán MP loét giác mạc nghi do nấm và được điều trị theo hướng chống nấm mặc dù kết quả vi sinh không tìm thấy nấm. Bệnh nhân đã được rửa mù tiền phòng và lấy xuất tiết mặt sau làm xét nghiệm vi sinh cho kết quả: nấm sợi và vi khuẩn âm tính. Kết quả sau 3 tuần điều trị, giác mạc hết loét đang tạo sẹo, không còn xuất tiết mặt sau, tiền phòng không có mù, bệnh nhân ra viện điều trị ngoại trú.



Hình 2: Ảnh khám qua sinh hiển vi của bệnh nhân số 1 khi ra viện

Hình A: Ảnh chụp ánh sáng tỏa lan thấy giác mạc hết loét đang tạo sẹo (mũi tên đen). Hình B: Ảnh chụp cắt khe.

Ca lâm sàng 2: Bệnh nhân nam, 54 tuổi, vào viện vì MP đau nhức, nhìn mờ sau khi bị mảnh gạch vụn bắn vào mắt cách vào viện 5 ngày. Bệnh nhân đã khám tại bệnh viện tỉnh chẩn đoán MP: Loét giác mạc chưa rõ nguyên nhân, chưa được điều trị gì. Thị lực: MP: BBT 0.1m, MT: 20/20.

Khám: MP: Mi nể, kết mạc cương tụ sâu. Loét giác mạc trung tâm kích thước 8x7mm, đáy ổ loét có chất hoại tử nhày, trung tâm tiêu mỏng 1/2 bề dày, thâm nhiễm nhu mô sâu dạng vòng, xuất tiết mặt sau giác mạc, không quan sát rõ phía sau. MT: Bình thường

Xét nghiệm vi sinh chất nạo bờ ổ loét: trực khuẩn Gram âm+++, nấm sợi: âm tính

Kết quả AS - OCT: Tổn thương giác mạc rộng, giác mạc mỏng (354 μ m cắt qua kính tuyến 9h – 3h), mất lớp biểu mô, nhu mô tăng phản xạ, xuất tiết mặt sau có dạng tổn thương tăng phản xạ bám lỏng lẻo mặt sau giác mạc.



Hình 3: Ảnh khám qua sinh hiển vi và AS-OCT của bệnh nhân số 2 khi vào viện

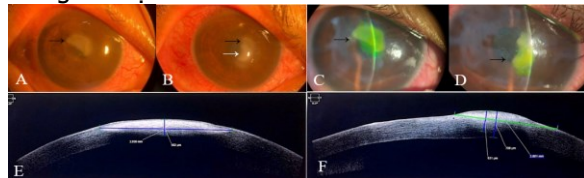
Hình A: Ảnh chụp ánh sáng tỏa lan thấy ổ loét giác mạc kích thước 7x8mm đáy nhày, mỏng (mũi tên đen), xuất tiết mặt sau giác mạc (mũi tên trắng). Hình B: Hình ảnh AS-OCT thấy giác mạc trung tâm mỏng (354 μ m) xuất tiết có dạng tổn thương tăng phản xạ bám lỏng lẻo mặt sau giác mạc.

Kết hợp hình ảnh tổn thương trên lâm sàng, kết quả xét nghiệm vi sinh và hình ảnh AS-OCT, bệnh nhân được chẩn đoán MP loét giác mạc do trực khuẩn gram âm và được điều trị theo hướng chống vi khuẩn. Sau 2 tuần điều trị, ổ loét đáy sạch, xu hướng co nhỏ, thâm nhiễm sâu và xuất tiết mặt sau giảm, bệnh nhân tiếp tục điều trị theo phác đồ tại thời điểm vào viện.

Ca lâm sàng 3: Bệnh nhân nữ, 37 tuổi, đã được phẫu thuật SmartSurf^{ACE} để điều trị cận thị và được đặt kính tiếp xúc sau mổ. Sau mổ 2

ngày, hai mắt xuất hiện nhìn mờ, kích thích, đã được tra Cravit 0,5%, nước mắt nhân tạo nhưng không đỡ. Khám ngày thứ 6 sau mổ: Thị lực: 2M: ĐNT 1.5m, không tăng với kính lỏ. Khám: 2M: Mi nể, kích thích, kết mạc cương tụ. Loét giác mạc trung tâm kích thước khoảng 3x4 mm, đáy nhày, thâm nhiễm sâu khoảng 1/2 chiều dày giác mạc, giác mạc xung quanh phù nhẹ, tiền phòng không có mủ. MT nghi có xuất tiết mặt sau giác mạc. Xét nghiệm vi sinh chất nạo bờ ổ loét: 2M: trực khuẩn Gram âm ++. nấm sợi âm tính

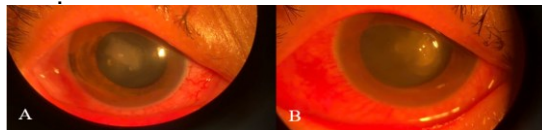
Kết quả AS - OCT: MP: Tổn thương giác mạc kích thước ngang 3.938 mm, mất lớp biểu mô, nhu mô tăng phản xạ gần hết chiều dày giác mạc. MT: Tổn thương giác mạc kích thước ngang 3.001 mm, mất lớp biểu mô, nhu mô tăng phản xạ khoảng 3/4 chiều dày giác mạc vùng tổn thương (631/799 μ m), không có xuất tiết mặt sau giác mạc



Hình 4: Ảnh khám qua sinh hiển vi và AS-OCT của bệnh nhân số 3 khi vào viện

Hình A, B, C, D: Ảnh chụp ánh sáng tỏa lan và ánh sáng đèn khe hai mắt thấy ổ loét giác mạc kích thước 3x4mm đáy nhày (mũi tên đen), MT nghi có xuất tiết mặt sau giác mạc (mũi tên trắng). Hình E, F: Hình ảnh AS-OCT đo được chính xác độ sâu thâm nhiễm và độ dày giác mạc.

Bệnh nhân được chẩn đoán 2M: Loét giác mạc do trực khuẩn Gram âm sau phẫu thuật SmartSurf^{ACE} 6 ngày và được điều trị theo hướng chống vi khuẩn. Sau điều trị 1 tháng, loét ở hai mắt sẹo hóa hoàn toàn.



Hình 5: Ảnh khám qua sinh hiển vi ánh sáng tỏa lan hai mắt sau 1 tuần điều trị

Hình A, B: giác mạc hết loét, ổ thâm nhiễm nhu mô đang tạo sẹo.

III. BÀN LUẬN

Các tổn thương trong viêm loét giác mạc nhiễm trùng có thể được đánh giá thông qua hình ảnh AS-OCT nhờ sự thay đổi phản xạ so với hình ảnh bình thường.⁵Những đặc điểm quan trọng được ghi nhận trên AS-OCT bao gồm: kích thước tổn thương, chiều dày giác mạc tổn thương, loét giác mạc (mất phản xạ lớp biểu mô

qua màng Bowman), chiều dày thâm nhiễm nhu mô so với chiều dày giác mạc (phần tầng phản xạ trong nhu mô), xuất tiết mặt sau giác mạc (tầng phản xạ mặt sau giác mạc). Nhờ những đặc điểm này, hình ảnh AS-OCT có thể giúp đánh giá được phần lớn các tổn thương viêm loét giác mạc nhiễm trùng mà có thể chúng ta không quan sát được trên lâm sàng bằng sinh hiển vi đèn khe, đồng thời giúp các bác sĩ đánh giá được mức độ nặng của tổn thương và định hướng nguyên nhân gây bệnh.⁶

Trường hợp 1: Loét Giác Mạc Do Nấm

Trường hợp đầu tiên là một bệnh nhân nghi loét giác mạc do nấm. Tuy nhiên, kết quả xét nghiệm vi sinh chất nạo bờ ổ loét cho thấy nấm sợi âm tính và trực khuẩn gram âm>+. Điều này được giải thích trong quá trình cao bệnh phẩm, có thể kĩ thuật viên cao chưa đủ sâu để tìm thấy nấm, đồng thời xuất hiện vi khuẩn tạp nhiễm. Xét nghiệm vi sinh dịch rửa tiền phòng không tìm thấy nấm có thể do dịch rửa loãng ảnh hưởng đến kết quả xét nghiệm. Sự khác biệt giữa kinh nghiệm lâm sàng và kết quả xét nghiệm vi sinh khiến cho việc quyết định hướng điều trị trở nên khó khăn hơn. Bệnh nhân đã được chụp AS-OCT, qua hình ảnh thu được nhận thấy xuất tiết bám chặt vào mặt sau giác mạc, không rõ ranh giới giữa lớp nội mô và xuất tiết, kèm theo thâm nhiễm nhu mô sâu. Nghiên cứu của Yuki Takezawa đã chỉ ra rằng, do có sự hình thành fibrin nên xuất tiết do nấm có xu hướng bám rất chặt vào mặt sau giác mạc, thậm chí không phân biệt rõ ràng ranh giới mặt sau giác mạc và xuất tiết. Ngược lại, đối với vi khuẩn, do không tạo fibrin, xuất tiết mặt sau thường bám lỏng lẻo, có ranh giới rõ ràng và có thể có khoảng trống giữa mặt sau giác mạc và xuất tiết.⁷Từ đó, hình ảnh AS-OCT ủng hộ chẩn đoán loét giác mạc nghi do nấm, dù kết quả xét nghiệm vi sinh không tìm thấy nấm. Như vậy nếu chỉ dựa vào kết quả vi sinh để điều trị theo hướng vi khuẩn, bệnh nhân có thể không được điều trị bằng thuốc chống nấm, kéo dài thời gian điều trị và làm tăng nguy cơ viêm nội nhãn khi nấm lan sâu. Do đó, khi kết quả xét nghiệm vi sinh chưa thực sự đáng tin cậy, việc kết hợp đánh giá lâm sàng với hình ảnh AS-OCT có thể giúp đưa ra quyết định điều trị chính xác hơn.

Trường hợp 2: Loét Giác Mạc Do Vi Khuẩn. Trong trường hợp thứ hai, bệnh nhân bị loét giác mạc do trực khuẩn gram âm. Hình ảnh AS-OCT thấy xuất tiết mặt sau giác mạc bám lỏng lẻo với ranh giới rõ ràng, có khoảng trống rộng giữa mặt sau giác mạc và xuất tiết, bên cạnh thâm nhiễm sâu và giác mạc mỏng. Đặc

điểm này phù hợp với chẩn đoán loét giác mạc do vi khuẩn, càng khẳng định sự khác biệt trong đặc điểm xuất tiết mặt sau giác mạc của ổ loét do nấm và do vi khuẩn. Đồng thời, hình ảnh AS-OCT cho phép đánh giá chính xác độ sâu của thâm nhiễm, mức độ hoại tử nhu mô giác mạc dựa vào đo độ dày nhu mô còn lại, trong khi những tổn thương này chỉ có thể ước lượng khi khám bằng sinh hiển vi đèn khe.

Trường hợp 3: Loét Giác Mạc Sau Phẫu Thuật Khúc Xạ.

Bệnh nhân thứ ba có yếu tố nguy cơ gây viêm loét giác mạc là phẫu thuật khúc xạ bằng phương pháp SmartSurf^{ACE} và đặt kính tiếp xúc sau mổ. Mắt trái có ổ loét giác mạc đáy nhày, thâm nhiễm sâu. Hình ảnh trên sinh hiển vi nghi ngờ có xuất tiết mặt sau, nhưng do sự cản ánh sáng từ nhày và thâm nhiễm sâu, việc đánh giá chính xác bằng sinh hiển vi trở nên khó khăn. Trên hình ảnh AS-OCT của mắt trái, ngoài tổn thương loét giác mạc với thâm nhiễm nhu mô sâu, còn giúp khẳng định không có hình ảnh xuất tiết mặt sau giác mạc, điều này giúp hỗ trợ chẩn đoán đặc điểm tổn thương. Bên cạnh đó, hình ảnh AS-OCT cũng đo được độ sâu chính xác của thâm nhiễm nhu mô cũng như cung cấp hình ảnh mặt sau giác mạc trong khi những đặc điểm này không được quan sát rõ khi khám bằng sinh hiển vi đèn khe.

IV. KẾT LUẬN

OCT bán phần trước có thể đánh giá các tổn thương viêm loét giác mạc nhiễm trùng và thể hiện thông qua sự thay đổi tín hiệu phản xạ các lớp giác mạc so với bình thường. Hiện nay, việc ứng dụng OCT bán phần trước trong viêm loét giác mạc nhiễm trùng đang được nghiên cứu rộng rãi trên thế giới. Sự kết hợp giữa lâm sàng, kết quả vi sinh và hình ảnh OCT bán phần trước giúp bác sĩ có nhận định toàn diện hơn, từ đó đưa ra chẩn đoán chính xác và lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dong PN, Hang DTT, Duong NTN, Lien MT, Chen AC, Aldave AJ.** Infectious keratitis in Vietnam: etiology, organisms, and management at Vietnam National Eye Hospital. *Int J Ophthalmology*. 2022;15(1):128-134.
2. **Abdelghany AA, D'Oria F, Alio Del Barrio J, Alio JL.** The Value of Anterior Segment Optical Coherence Tomography in Different Types of Corneal Infections: An Update. *JCM*. 2021;10(13):2841.
3. **Huang D, Swanson EA, Lin CP, et al.** Optical Coherence Tomography. *Science*. 1991;254(5035):1178-1181
4. **Venkateswaran N, Mercado C, Wall SC, Galor A, Wang J, Karp CL.** High resolution

- anterior segment optical coherence tomography of ocular surface lesions: A review and handbook. *Expert Rev Ophthalmology*. 2021;16(2):81-95.
5. **Konstantopoulos A, Kuo J, Anderson D, Hossain P.** Assessment of the use of anterior segment optical coherence tomography in microbial keratitis. *Am J Ophthalmology*. 2008;146(4):534-542
 6. **Soliman W, Fathalla AM, El-Sebaity DM, Al-Hussaini AK.** Spectral domain anterior segment optical coherence tomography in microbial keratitis. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmology*. 2013;251(2):549-553.
 7. **Takezawa, Y., Suzuki, T., Shiraishi, A.,** 2017. Observation of Retrocorneal Plaques in Patients With Infectious Keratitis Using Anterior Segment Optical Coherence Tomography. *Cornea* 36, 1237–1242.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NÂNG NGỰC BẰNG TÚI ĐỘN TẠI KHOA TẠO HÌNH THẨM MỸ BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Trần Văn Dương¹, Ngô Quốc Hưng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tạo hình thẩm mỹ ngực là một trong những lĩnh vực phát triển nhanh chóng và được quan tâm rộng rãi trong phẫu thuật thẩm mỹ. Dữ liệu về phẫu thuật nâng ngực với vật liệu nhân tạo như túi độn tại Việt Nam còn khá hạn chế. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả và mức độ hài lòng của bệnh nhân sau phẫu thuật nâng ngực bằng túi độn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 65 bệnh nhân phẫu thuật tạo hình nâng ngực bằng vật liệu túi độn nhân tạo (silicone gel) tại khoa Tạo hình Thẩm mỹ, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2024 đến tháng 05/2025. **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật trung bình là $52,69 \pm 4,28$ phút với hầu hết đường mổ là đường nếp lằn vú (93,8%). Sau phẫu thuật 6 tháng, có sự gia tăng có ý nghĩa thống kê của các chỉ số nhân trắc so với trước điều trị ($p < 0,001$). Hầu hết bệnh nhân không có biến chứng (98,5%), đau ít sau phẫu thuật (78,5%) và phần lớn rất hài lòng với kết quả điều trị (84,6%). **Kết luận:** Phẫu thuật nâng ngực bằng túi độn cho thấy hiệu quả rõ rệt trong cải thiện hình thể tuyến vú, với tỷ lệ biến chứng thấp và mức độ hài lòng cao, góp phần khẳng định tính an toàn và hiệu quả của kỹ thuật này trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam. **Từ khóa:** phẫu thuật nâng ngực, túi độn silicone, kết quả điều trị.

SUMMARY

EVALUATION OF OUTCOMES FOLLOWING IMPLANT-BASED BREAST AUGMENTATION AT THE DEPARTMENT OF AESTHETIC AND PLASTIC SURGERY, CHO RAY HOSPITAL

Background: Aesthetic breast surgery is among the most rapidly expanding and widely sought-after fields within cosmetic plastic surgery. However, data on implant-based breast augmentation using synthetic materials in Vietnam remain limited. **Objectives:** To assess the surgical outcomes and patient satisfaction

following breast augmentation with silicone gel implants. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 65 female patients who underwent implant-based breast augmentation using silicone gel implants at the Department of Aesthetic and Plastic Surgery, Cho Ray Hospital from 01/2024 to 05/2025. **Results:** The mean operative time was 52.69 ± 4.28 minutes, with the inframammary incision being the most commonly used approach (93.8%). At 6 months postoperatively, there was a statistically significant increase in anthropometric breast measurements compared to preoperative values ($p < 0.001$). Most patients experienced no postoperative complications (98.5%), reported minimal pain (78.5%), and the majority expressed high satisfaction with the surgical outcomes (84.6%). **Conclusion:** Implant-based breast augmentation demonstrated substantial improvements in breast morphology, with a low complication rate and high patient satisfaction, thereby supporting the safety and efficacy of this technique in clinical aesthetic practice in Vietnam. **Keywords:** breast augmentation, silicone implants, treatment results.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nâng ngực bằng túi độn hiện là một trong những thủ thuật phổ biến và được ưa chuộng nhất trong lĩnh vực phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ, với mục tiêu cải thiện hình dạng, thể tích và sự cân đối của tuyến vú. Không chỉ đơn thuần mang lại thay đổi về ngoại hình, phương pháp này còn góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống, tăng mức độ hài lòng cá nhân, cải thiện các mối quan hệ trong hôn nhân, công việc cũng như củng cố sự tự tin cho phụ nữ có nhu cầu thẩm mỹ.¹ Cột mốc quan trọng trong sự phát triển của kỹ thuật này là sự ra đời của túi silicone vào năm 1962, mở ra kỷ nguyên mới cho phẫu thuật nâng ngực hiện đại. Đến năm 2001, các túi gel kết dính cao (highly cohesive gel implants) bắt đầu được sử dụng tại Hoa Kỳ trong khuôn khổ nghiên cứu thiết bị thử nghiệm (Investigational Device Exemption Study). Những túi ngực thể hệ mới này được cải tiến toàn diện

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Dương

Email: drduong2001@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2025

Ngày duyệt bài: 12.6.2025