

6. Millard Dr Jr. Columella lengthening by a forked flap. *Plast Reconstr Surg* 1958;42:535.
7. Abbe R. A new plastic operation for the relief of deformity due to double harelip. *Plast Reconstr Surg* 1968;42:481-3.

8. Lun-Jou Lo , Alex A Kane, Yu-Ray Chen. Simultaneous reconstruction of the secondary bilateral cleft lip and nasal deformity: Abbé flap revisited. *Plast Reconstr Sur.*2003 Oct;112(5) :1219-27.

## NHẬN XÉT KẾT QUẢ THAY HUYẾT TƯƠNG TRONG PHỐI HỢP ĐIỀU TRỊ VIÊM TUY CẤP DO TĂNG TRIGLYCERIDE MÁU TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Tô Hoàng Dương\*, Nguyễn Thế Anh\*

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả của liệu pháp thay huyết tương trong phối hợp điều trị viêm tụy cấp do tăng Triglyceride (TG). **Đối tượng và phương pháp:** 14 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy có trị số TG > 11.3 mmol/L, được điều trị thay huyết tương phối hợp điều trị viêm tụy cấp thường quy tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc từ 2/2018 đến 2/2021. Tiến cứu mô tả. **Kết quả:** Giới nam: 78.6%, nữ: 21.4%; tuổi trung bình 62±17; tiền sử: 64.3% uống rượu, 57.1% rối loạn lipid máu, 42.9% đái tháo đường. Thời điểm nhập khoa; 100% đau bụng trên rốn, 85.7% buồn nôn, nôn; 100% chướng bụng, 71.4% bí trung, đại tiện; 64,3% đau điểm sườn lưng. Chỉ số trung bình Amylase: 642±347 UI/L, TG: 35.7±13.2 mmol/L; Cholesterol: 13.7±4.2mmol/L. CT bụng: 14.3% Baltaza E; 50% Baltaza D; 35.7% Baltaza C. Kết quả, thay huyết tương: 71.4% thay 01 lần; 21.4% thay 02 lần; 7.2% thay 03 lần. Dung dịch thay thế: 85.7% là plasma tươi và 14.3% là Albumin 5%. Nồng độ TG sau lọc lần 1: giảm từ 35.7 xuống 7.8; sau lần 2: 2.4 mmol/L. Biến chứng: 7.1% tắc quả lọc, 7.1% tắc catheter, 14.3% dị ứng. Tỷ lệ khỏi: 92.9%; tử vong 7.1%. **Kết luận:** Thay huyết tương là một liệu pháp an toàn và hiệu quả trong phối hợp điều trị viêm tụy cấp do tăng TG; cần được triển khai rộng rãi và thường quy trong bệnh viện.

**Từ khóa:** Lâm sàng, cận lâm sàng, hiệu quả liệu pháp thay huyết tương, điều trị viêm tụy cấp.

### SUMMARY

#### COMMENT ON THE RESULTS OF PLASMA EXCHANGE IN COMBINATION TREATMENT FOR ACUTE PANCREATITIS DUE TO HYPERTRIGLYCERIDEMIA AT HUU NGH HOSPITAL

**Objective:** To describe the clinical, subclinical, and clinical features of plasma replacement therapy in the combination treatment of triglyceride-induced pancreatitis (TG). **Subjects and methods:** 14

patients diagnosed with pancreatitis with TG value > 11.3 mmol / L, plasma exchange treatment combined with routine treatment of acute pancreatitis at the Intensive care and Control poisoning department from February 2018 to February 2021. Descriptive research. **Results:** Men: 78.6%, women: 21.4%; average age 62 ± 17; history: 64.3% drink alcohol, 57.1% have dyslipidemia, 42.9% diabetes mellitus. Time of admission; 100% abdominal pain on the navel, 85.7% nausea, vomiting; 100% bloating, 71.4% urinary retention, defecation; 64.3% of back pain point. Average Amylase index: 642 ± 347 UI/L, TG: 35.7 ± 13.2 mmol/L; Cholesterol: 13.7 ± 4.2 mmol/L. CT abdomen: 14.3% Baltaza E; 50% of Baltaza D; 35.7% Baltaza C. Results, plasma replacement: 71.4% instead of 01 time; 21.4% replaced 02 times; 7.2% changed 03 times. Alternative solution: 85.7% is fresh plasma and 14.3% is 5% albumin. The concentration of TG after the first filtration: decreased from 35.7 to 7.8; after 2nd time: 2.4 mmol/L. Complications: 7.1% filter obstruction, 7.1% catheter obstruction, 14.3% allergies. Cure rate: 92.9%; mortality 7.1%. **Conclusion:** Plasma exchanged is a complete and effective treatment of conjunctivitis due to TG increase; should be widely and routinely deployed in the hospital.

**Keywords:** Clinical, subclinical, features of plasma replacement therapy, treatment of pancreatitis.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp (VTC) là một quá trình tổn thương cấp tính của tụy, bệnh thường xảy ra đột ngột với những triệu chứng lâm sàng đa dạng, phức tạp từ VTC nhẹ thể phù đến VTC nặng thể hoại tử với các biến chứng suy đa tạng nặng nề, tỉ lệ tử vong cao. Ở Mỹ hằng năm có khoảng 250.000 trường hợp nhập viện vì VTC; Ở Anh bệnh nhân VTC tăng 3,1% mỗi năm [1]. Khoảng 10 – 15% ca VTC có diễn tiến nặng và có thể dẫn đến tử vong. Ở Việt Nam trong những năm gần đây qua một số nghiên cứu và thống kê cho VTC ngày càng gia tăng [2].

Có nhiều nguyên nhân gây ra VTC, đứng hàng đầu là do sỏi mật và nghiện rượu chiếm khoảng 80%; tiếp sau đó là do tăng Triglyceride (TG), chiếm 1,3 – 3,8%. Tuy nhiên, do chất lượng cuộc sống ngày một nâng cao, với chế độ ăn không hợp lý, các bệnh lý rối loạn chuyển hoá

\*Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Anh

Email: theanhstc@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/8/2021

Ngày phản biện khoa học: 17/9/2021

Ngày duyệt bài: 2/10/2021

tăng nhanh, nguy cơ mắc bệnh viêm tụy cấp do tăng TG ngày càng nhiều hơn[3][4].

Điều trị viêm tụy cấp do tăng TG máu bên cạnh phác đồ điều trị viêm tụy cấp thường quy, việc thay huyết tương là một liệu pháp phối hợp điều trị an toàn và hiệu quả đã được đưa ra trong một số nghiên cứu trong và ngoài nước[4][5][6][7].

Tại bệnh viện Hữu Nghị, việc triển khai liệu pháp thay huyết tương để điều trị viêm tụy cấp do tăng TG máu bắt đầu được triển khai từ năm 2018, đạt hiệu quả cao và an toàn. Để kỹ thuật được triển khai thường quy tại bệnh viện chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Nhận xét kết quả thay huyết tương trong phối hợp điều trị viêm tụy cấp do tăng Triglyceride máu" nhằm hai mục tiêu:

- *Mô tả đặc điểm lâm sàng; cận lâm sàng của bệnh nhân VTC do tăng TG;*

- *Nhận xét hiệu quả và một số biến chứng của thay huyết tương trong phối hợp điều trị VTC do tăng TG.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Các bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng TG máu (>11.3 mmol/L) được điều trị thay huyết tương tại khoa HSTC&CD – BV Hữu Nghị.

### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Chẩn đoán viêm tụy cấp: Theo tiêu chuẩn của Atlanta sửa đổi năm 2012
- + Lâm sàng: cơn đau bụng điển hình
- + Amylase máu tăng cao > 3 lần
- + Chụp cắt lớp vi tính: Hình ảnh viêm tụy cấp
- Triglyceride máu > 11.3 mmol/L

### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Viêm tụy cấp do nguyên nhân khác: sỏi mật, giun chui ống mật, do chấn thương
- Bệnh nhân và người nhà không đồng ý lọc máu
- Bệnh nhân không đủ điều kiện thay huyết tương

**2.2. Thời gian nghiên cứu:** Từ 3/2018 đến 03/2021

**2.3. Phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu mô tả.

**2.4. Xử lý số liệu:** Bằng phần mềm SPSS 16.0

### 2.5. Đạo đức nghiên cứu:

- Theo hướng dẫn quy trình kỹ thuật của Bộ Y tế ban hành
- Được hội đồng chuyên môn bệnh viện thông qua

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 14 bệnh nhân viêm tụy cấp do tăng TG máu > 11.3mmol/L tại khoa HSTC&CD từ 3/2018 đến 3/2021:

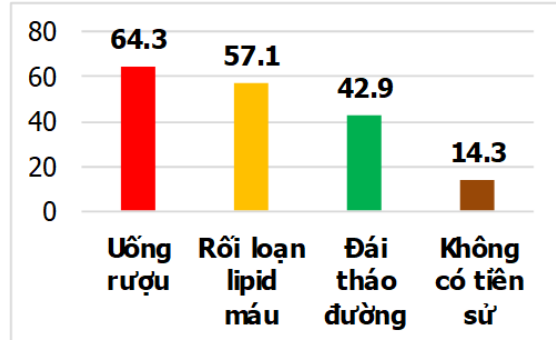
### 3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu:

#### - Đặc điểm tuổi, giới

Tuổi (n = 14)	62±17 [43 - 82]
Giới (n = 14)	
Nam	11 (78.6%)
Nữ	03 (21.4%)

**Nhận xét:** Bệnh nhân có tuổi trung bình khá cao và đa phần là nam giới

#### - Đặc điểm tiền sử bệnh

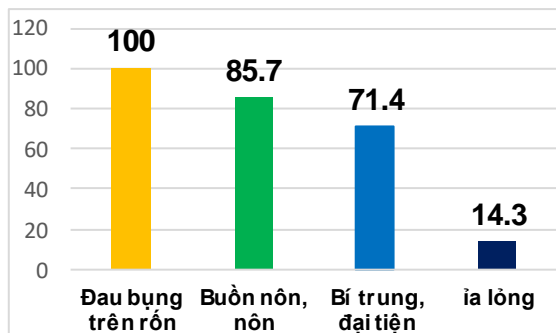


**Nhận xét:** Các yếu tố nguy cơ nổi bật là uống rượu và rối loạn lipid máu

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng; cận lâm sàng

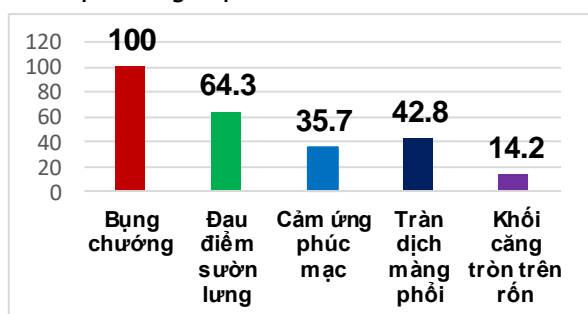
#### 3.2.1. Đặc điểm lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng



**Nhận xét:** Các triệu chứng thường gặp là: đau bụng trên rốn; buồn nôn, nôn.

- Triệu chứng thực thể:



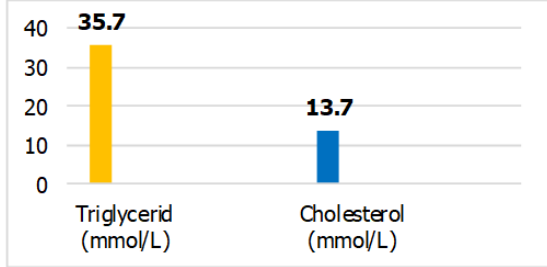
**Nhận xét:** Triệu chứng thường gặp là: bụng chướng và đau điểm sườn lưng

#### 3.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

- Nồng độ Amylase lúc vào khoa: 642±347 UI/L

**Nhận xét:** Chỉ số amylase đều cao hơn gấp 03 giá trị bình thường

- Nồng độ Triglycerid và Cholesterol máu lúc vào khoa



**Nhận xét:** Nồng độ Triglycerid và Cholesterol đều rất cao

- Đặc điểm hình ảnh CT ổ bụng:

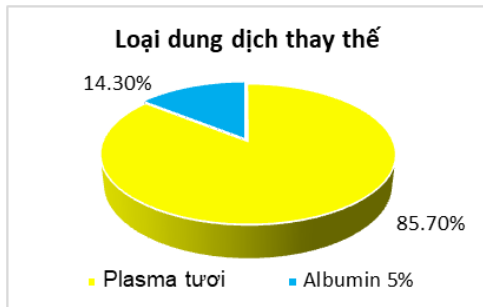
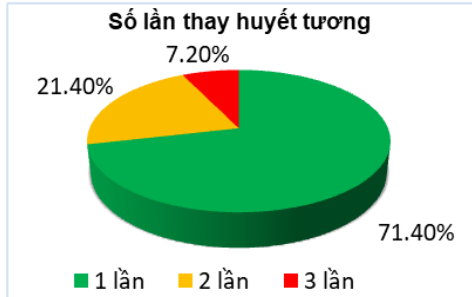
Phân độ Baltaza	n	%
C	5	35.7
D	7	50
E	2	14.3
<b>Tổng</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

**Nhận xét:** Đa phần tổn thương tụy trên CT ở mức trung bình

**3.3. Hiệu quả và một số biến chứng thay huyết tương:**

**3.3.1. Hiệu quả**

- Số lần thay huyết tương và loại dung dịch thay thế



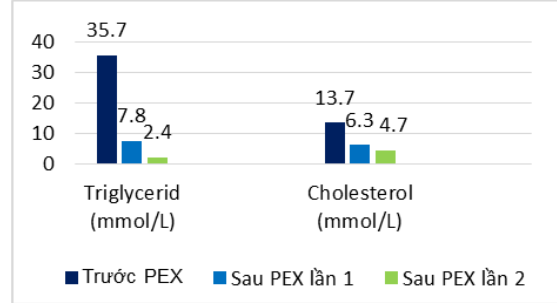
**Nhận xét:** Đa số các trường hợp cần thay huyết tương một lần và plasma tươi là dung dịch thay thế thường dùng.

- Thay đổi chức năng các tạng sau thay huyết tương

Bảng điểm	Trước PEX	Sau kết thúc tất cả các lần PEX	p
APACHE II	12.3±4.7	4.3 ± 2.5	< 0.05
SOFA	8.7±2.7	3.2 ± 1.2	<0.05
Số tạng suy	3.5±1.4	1.5 ±1.2	<0.05
ALOB	26.8±4.5	21.2±5.6	<0.05

**Nhận xét:** Chức năng các cơ quan cải thiện rõ sau thay huyết tương

- Sự thay đổi nồng độ Triglycerid và Cholesterol theo các lần thay huyết tương



**Nhận xét:** Tất cả các trường hợp, nồng độ TG và Cholesterol đều giảm sau PEX và giảm nhiều nhất trong lần lọc đầu tiên.

**3.2.2. Một số biến chứng**

Biến chứng	Dung dịch Albumin 5%	Plasma tươi	Tổng	%
Tắc quả lọc	0	1	1	7.1
Tắc catheter lọc máu	0	1	1	7.1
Hạ Kali máu	1	0	1	7.1
Dị ứng	0	2	2	14.3
Sốc phản vệ	0	0	0	0

**Nhận xét:** Biến chứng thường gặp nhất khi thay huyết tương là phản ứng dị ứng với plasma, không có trường hợp nào bị sốc phản vệ.

**3.4. Kết quả điều trị**

Số ngày điều trị ICU (n = 14)	7 ± 3 [3-20]
Thở máy (n = 14)	
Số bệnh nhân thở máy	02 (14.3%)
Số bệnh nhân không thở máy	12 (85.7%)
Lọc máu liên tục (n = 14)	
Số bệnh nhân lọc máu liên tục	03 (21.4%)
Số bệnh nhân không lọc máu liên tục	11 (78.6%)
Kết quả điều trị	
Khỏi	13 (91.8%)
Tử vong	01 (7.2%)

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung**

- Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 62 ± 17, cao hơn kết quả trong những nghiên cứu khác, tuổi trung bình thường

dưới 50 tuổi, của Nguyễn Gia Bình là  $40.3 \pm 9.8$ ; Nguyễn Hữu Nhượng là  $41 \pm 15$ ; Yuchen Wang là  $47 \pm 10$ . Đây là do đặc thù bệnh nhân của bệnh viện Hữu Nghị[5],[6],[8].

- Giới: 78.6% nam, 21.4% nữ, đa phần các trường hợp là nam giới với tỷ lệ nam : nữ là 4:1; tương tự kết của các tác giả khác như: Nguyễn Gia Bình (nam 74.7%; nữ 25.3%); Nguyễn Hữu Nhượng (Nam 80%, nữ 20%) [5],[6],[8].

- Về tiền sử bệnh: chúng tôi ghi nhận các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân bao gồm: uống rượu (64.3%); rối loạn lipid máu (57.1%); đái tháo đường (42.9%). Đây đều là các tiền sử thường gặp, là nguy cơ thúc đẩy viêm tụy cấp do tăng TG. Kết quả tương tự được thấy trong báo cáo của Nguyễn Hữu Nhượng (65% nghiện rượu; 35% rối loạn lipid máu; 12.5% đái tháo đường); tuy nhiên rối loạn mỡ máu và đái tháo đường có tỷ lệ cao hơn, đây là đặc thù mô hình bệnh tật ở bệnh nhân lớn tuổi tại bệnh viện Hữu Nghị [6].

#### **4.2. Đặc điểm lâm sàng; cận lâm sàng:**

**4.2.1. Đặc điểm lâm sàng:** Triệu chứng cơ năng: 100% trường hợp bệnh nhân có đau bụng trên rốn; 85.7% có buồn nôn, nôn; 71.4% có bí trung, đại tiện. Thực thể: Chướng bụng 100%, đau điểm sườn lưng 64.3%. Thống kê này cho thấy triệu chứng lâm sàng của viêm tụy cấp tăng triglycerid cũng giống như lâm sàng của viêm tụy cấp nói chung. Kết quả này cũng tương đương với các tác giả các chúng tôi tham khảo [5],[6],[8]

**4.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng:** Nồng độ men Amylase lúc vào khoa:  $642 \pm 347$  UI/L; toàn bộ các trường hợp đều có lượng Amylase tăng gấp 03 bình thường. Như vậy, khi vào khoa tiêu chuẩn chẩn đoán về men tụy đều đạt; tỉ lệ này cao hơn trong các nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình (52%) và Nguyễn Hữu Nhượng (72.5%) [5],[6]. Nồng độ Triglycerid trung bình ở mức cao, trung bình chung:  $35.7 \pm 13.2$  mmol/l, cao nhất là 76,4 mmol/l. Nồng độ Cholesterol:  $13.7 \pm 4.2$  mmol/L. Theo nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình khảo sát các bệnh nhân VTC tăng TG tại Bệnh viện Bạch Mai thì nồng độ TG là  $23,40 \pm 18,10$  mmol/l thấp hơn của chúng tôi [5].

Về mặt hình ảnh CT, 87.5% tổn thương Baltaza mức C và D, kết quả này tương tự kết quả của Nguyễn Gia Bình, tổn thương tụy thường ở mức độ nhẹ và vừa [5]

#### **4.3. Hiệu quả thay huyết tương**

**4.3.1. Số lần thay huyết tương và dung dịch thay thế.** Khi chỉ định thay huyết tương điều trị viêm tụy cấp tăng TG, phần lớn (71.4%) chỉ phải thay huyết tương 1 lần, 21.4% thay 2

lần, 7.2% thay 3 lần, không có trường hợp nào phải thay trên 3 lần. Trong nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình thực hiện liệu pháp PEX 42 BN. Phần lớn BN chỉ sau PEX 1 lần lượng TG trở về bình thường, có 4 BN 2 lần, 2 BN thực hiện 3 lần và cá biệt có 1 BN thực hiện PEX đến 7 lần. [5]. Dung dịch dùng để thay thế chủ yếu là plasma tươi (85.7%) tương tự như các trong các nghiên cứu khác [5],[6]

**4.3.2. Sự thay đổi của nồng độ.** Nồng độ triglycerid trung bình chung trước lọc là  $35.7 \pm 13.2$  mmol/l. Sau thay huyết tương lần 1, nồng độ TG giảm xuống còn  $7.8 \pm 3.2$  mmol/l, sau lần 2 giảm tiếp là:  $2.4 \pm 1.6$  mmol/l. Sự giảm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.01$ .

Nồng độ cholesterol trung bình chung trước lọc  $13.7 \pm 4.2$  mmol/l. Sau thay huyết tương lần 1, nồng độ cholesterol giảm xuống còn  $6.3 \pm 3.2$  mmol/l, sau lần 2 giảm tiếp là:  $4.74 \pm 2.6$  mmol/l có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.01$ .

Thay huyết tương làm giảm nhanh lượng TG và cholesterol máu đã được chứng minh bởi nhiều nghiên cứu. Thông thường lượng TG và cholesterol giảm rất nhanh sau mỗi lần PEX, các lần sau giảm ít hơn các lần trước [5], [6], [7], [8]

**4.3.3. Thay đổi chức năng các tạng.** Thay đổi các bảng điểm đánh giá viêm tụy cấp trước và sau khi PEX, APACHE II giảm từ  $12.3 \pm 4.7$  xuống còn  $4.3 \pm 2.5$ ; SOFA giảm từ  $8.7 \pm 2.7$  xuống còn  $3.2 \pm 1.2$ ; số tạng suy giảm từ  $3.5 \pm 1.4$  xuống  $1.5 \pm 1.2$ ; có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Theo Yuchen Wang, điểm APACHE II trung bình giảm từ 11.4 xuống 9.1 ( $p=0,06$ ) [8]; Nguyễn Hữu Nhượng, APACHE II giảm từ  $13,2 \pm 5,29$  xuống còn  $5,28 \pm 3,45$ ; SOFA giảm từ  $8,3 \pm 3,93$  xuống còn  $3,0 \pm 2,69$  có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  [5]

**4.3.4. Một số biến chứng thường gặp:** Chúng tôi sử dụng dung dịch thay thế là plasma và albumin 5%, trong đó ghi nhận

nhiều nhất là dị ứng do plasma (14.3%), còn lại là 7.1% cho tắc quả lọc, tắc catheter lọc máu và rối loạn hạ kali máu. Đáng chú ý là chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bệnh nhân bị sốc phản vệ. Kết quả này cũng tương tự các nghiên cứu của các tác giả khác [5], [6], [7]

#### **4.4. Kết quả điều trị**

- Số ngày điều trị ICU trung bình là  $7 \pm 3$  ngày, tỷ lệ bệnh nhân phải thở máy là 14.3%, số bệnh nhân phải kết hợp lọc máu liên tục là 21.4%. Kết quả này cho thấy mức độ suy tạng của viêm tụy cấp do tăng TG thường không cao, bệnh nhân hồi phục sớm, đặc biệt khi được thay huyết tương sớm [5]

- Kết quả điều trị: Tỷ lệ khỏi hoàn toàn là 91.8%, tử vong 01 trường hợp (7.2%); kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của các nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình: tỷ lệ tử vong là 8%; nghiên cứu của Nguyễn Hữu Nhung thì không ghi nhận trường hợp nào tử vong.[5], [6] Trong nghiên cứu của chúng tôi, trường hợp tử vong là trường hợp nhập khoa muộn (sau chuẩn đoán 01 tuần) và đã rơi vào tình trạng suy đa tạng.

## V. KẾT LUẬN

Thay huyết tương là một liệu pháp an toàn và hiệu quả trong phối hợp điều trị viêm tụy cấp do tăng TG; cần được triển khai rộng rãi và thường quy trong bệnh viện.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Haney J.C (2007), "Necrotizing pancreatitis: diagnosis and management", Surg Clin North Am, 87(6): 1431 - 1446
2. Nguyễn Khánh Trạch (2003), "Viêm tụy cấp", Bệnh học Nội khoa – dành cho đối tượng sau đại học tập 1, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 143 – 153
3. Yadav D (2003), "Issues in hyperlipidemic pancreatitis", J Clin Gastroenterol, 36(1): 54 – 62
4. Gubensek J, et al (2009), "Treatment of hyperlipidemic acute pancreatitis with plasma exchange: a single – center experience", Ther Apher Dial, 13 (4): 314 – 317
5. Nguyễn Gia Bình (2012), " Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị viêm tụy cấp do tăng Triglyceride", đề tài cơ sở - Bệnh viện Bạch Mai
6. Nguyễn Hữu Nhung (2018), " Nhận xét kết quả thay huyết tương trong điều trị viêm tụy cấp do tăng Triglycerid", đề tài cơ sở - Bệnh viện 354
7. Đỗ Thanh Hoà (2019), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả của liệu pháp thay huyết tương trong điều trị viêm tụy cấp do tăng triglycerid máu", Luận văn tiến sĩ Y học – Viện nghiên cứu Y Dược lâm sàng BV 108
8. Yuchen Wang (2018), "Assessment of the Effects of Plasmapheresis on patients with Hypertriglyceridemia -induced Acute Pancreatitis", Pancreatic Disorders and Therapy, DOI: 10.4172/2165-7092.1000192

## SỬ DỤNG VÍT NEO TRONG TẠO HÌNH GÓC MẮT TRONG: BẢO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Hoàng Tuấn Anh\*, Phan Văn Tân\*, Nguyễn Hợp Nhân\*, Nguyễn Ngọc Dương\*, Bùi Hữu Phước\*

### TÓM TẮT

Di lệch góc mắt trong gây ảnh hưởng lớn tới sự hài hòa và thẩm mỹ của khuôn mặt, làm biến dạng hệ thống dẫn lệ. Đã có nhiều nghiên cứu đề xuất các phương pháp tạo hình cố định lại vị trí dây chằng góc mắt trong. Trong báo cáo này, chúng tôi trình bày hai case lâm sàng tạo hình góc mắt trong sử dụng kỹ thuật tạo hình chữ Z để đưa góc mắt về vị trí giải phẫu và sử dụng vít neo để cố định góc mắt. Kết quả phẫu thuật được đánh giá qua chỉ số nhân trắc tỉ lệ độ dài hai góc mắt bên bệnh/độ dài hai góc mắt bên lành. Kết quả khả quan của hai case lâm sàng dẫn tới đề xuất sử dụng vít neo trong neo giữ và tạo hình góc mắt trong là phương pháp đơn giản, an toàn, cố định tốt dây chằng góc mắt trong.

**Từ khóa:** Dây chằng góc mắt trong, vạt chữ Z, vít neo cùng bên, vít tự tiêu

### SUMMARY

#### MEDIAL CANTHOPLASTY USING ANCHOR SCREW: PRELIMINARY REPORT

\*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Tuấn Anh

Email: tuananhcmfs@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/8/2021

Ngày phản biện khoa học: 13/9/2021

Ngày duyệt bài: 30/9/2021

The displacement of the medial canthus greatly interfere facial harmony and disturbs function of the lacrimal system. Multiple techniques have been reported for repositioning the medial canthal tendon. In this article, we present two cases of medial canthoplasty using Z plasty for repositioning the medial canthus and anchor screws for tendon fixation. The results were evaluated by the standard anthropometric measurement of eyelid aperture: the ratio of the deformity palpebral aperture width site to the normal palpebral aperture width site. The success of the reported cases suggests that the use of anchor screw for medial canthopexy can be considered an easily, safely performed and allowed stable fixation of the medial canthal tendon.

**Keywords:** Medial canthal tendon, Z flap, anchor screw, absorbable screw

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dây chằng góc mắt trong đóng vai trò quan trọng về chức năng và thẩm mỹ của mắt, duy trì hình thái và độ mở góc mắt trong trong giới hạn bình thường, tham gia dẫn lưu nước mắt về hệ thống ống dẫn lệ, ngăn cản tình trạng lộn mi dưới...<sup>1</sup> Các nguyên nhân gây biến dạng góc mắt trong bao gồm dị tật bẩm sinh, chấn thương hàm mặt, cắt bỏ khối u vùng góc mắt, phẫu thuật căn bọ lộ vùng sọ mặt. Các kĩ thuật tạo