

Bulut ⁶ (2018)	104	Kính điển	Không đề cập	Không đề cập	14,4%	3% tổn thương lệ quản
Biện Thị Cẩm Vân (2024)	29	Cải tiến	10,3%	6,9%	6,9%	

IV. KẾT LUẬN

Nổi thông túi lệ mũi nội soi bằng laser theo phương pháp cải tiến là một phẫu thuật có hiệu quả và độ an toàn cao trong điều trị tắc ống lệ mũi nguyên phát mắc phải. Phương pháp này khắc phục được những khó khăn của đường tiếp cận từ trên lệ quản xuống, hạn chế nguy cơ bỏng cuốn mũi và mô xung quanh đồng thời thao tác thuận tiện và tạo lỗ xương kích thước lớn khá dễ dàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dupuy - Dutemps BM. Procédé plastique de dacryocystorhinostomie et fcs résultats. Ann ocul. (1921);158::241-256.
2. Massaro BM, Gonnering RS, Harris GJAAo. Endonasal laser dacryocystorhinostomy: a new approach to nasolacrimal duct obstruction. 1990;108(8):1172-1176.
3. Đặng Xuân Mai NTN, Lê Minh Thông, Nguyễn Thanh Nam. Đánh giá kết quả phẫu thuật nổi thông túi lệ mũi bằng laser multidiod qua lệ quản. Y học Tp Hồ Chí Minh. (2018).Vol.22(1).
4. Balikoglu-Yilmaz M, Yilmaz T, Taskin U, et al. Prospective comparison of 3 dacryocystorhinostomy surgeries: external versus

- endoscopic versus transcanalicular multidiod laser. 2015;31(1):13-18.
5. Doğan M, Alizada, A., Yavaş, G. F., Kahveci, O. K., & Bakan, O. Laser-assisted dacryocystorhinostomy in nasolacrimal duct obstruction: 5-year follow-up. International journal of ophthalmology, (2018). ;11(10);1616.
 6. Bulut A, Aslan MG, Oner VJBEJ. Transcanalicular multidiod laser versus external dacryocystorhinostomy in the treatment of acquired nasolacrimal duct obstruction. 2021;6(4):315-319.
 7. Tokat T, Tokat S, Kusbeci TJNJoCP. Long-term outcomes of transcanalicular laser dacryocystorhinostomy versus endonasal dacryocystorhinostomy and a review of the literature. 2023;26(8):1069-1074.
 8. Ali MJ, Gupta A, Lakshmi CS, Ali MHJEJoO. The FICI grading for a dacryocystorhinostomy ostium. 2022;32(1):129-133.
 9. Różycki R, Skrzypiec Ł, Ulaszewska K, Gąsior JS, Wasyluk JJD. Effectiveness and Factors Influencing Success of Transcanalicular Laser-Assisted Endoscopic Dacryocystorhinostomy: Cohort Study. 2024; 14(17):1944.
 10. Pinto C, Queirós T, Ferreira C. Transcanalicular Diode Laser-Assisted Dacryocystorhinostomy—Success Rates and Related Factors During 3 Years of Follow-Up. Taylor & Francis; 2021:501-506.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG BÌU CẤP Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đỗ Văn Chiến¹, Vũ Hồng Tuân^{1,2}, Nguyễn Việt Hoa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Góp phần nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật hội chứng bìu cấp ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng bìu cấp và được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2021 – 1/2024. **Kết quả:** Có 61 bệnh nhân được phẫu thuật trong giai đoạn từ tháng 1/2021 – 1/2024. Tuổi trung bình là 13,10 ± 3,80 tuổi. Thời gian từ khi có triệu chứng tới khi đến khám trung bình là 19,70 ± 7,80 giờ. Nguyên nhân thường gặp nhất là xoắn tinh hoàn chiếm 56/61(91,80%) trường hợp, xoắn mấu phụ tinh hoàn chiếm 4/61(6,56%) trường hợp, viêm mào tinh hoàn chiếm 1/61(1,64%) trường hợp. Các bệnh nhân

đều có triệu chứng sưng đau tinh hoàn. Tất cả các bệnh nhân đều được siêu âm Doppler trước mổ. 44/61 (72,1%) bệnh nhân mất tín hiệu mạch trên siêu âm. 41/61 (67,2%) bệnh nhân tinh hoàn hoại tử phải cắt bỏ, 20/61 (32,8%) trường hợp được điều trị bảo tồn. **Kết luận:** Việc nhận biết sớm các dấu hiệu lâm sàng và chỉ định điều trị phù hợp có vai trò quan trọng trong cải thiện kết quả điều trị hội chứng bìu cấp ở trẻ em. **Từ khóa:** Hội chứng bìu cấp, xoắn tinh hoàn, viêm mào tinh hoàn, xoắn mấu phụ tinh hoàn.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND TREATMENT OUTCOMES OF ACUTE SCROTAL SYNDROME IN CHILDREN

Objective: Contribute to the study of clinical characteristics and surgical treatment results of acute scrotal syndrome in children. **Material and methods:** Retrospective study of patients diagnosed with acute scrotal syndrome and operated on at Viet Duc Friendship Hospital from January 2021 to January 2024. **Results:** There were 61 patients who underwent surgery during the period from January 2021 to January 2024. The mean age was 13.10 ±

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Chiến

Email: dovanchienbgytn@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.8.2025

Ngày duyệt bài: 19.9.2025

3.80 years. The mean time from symptom onset to examination was 19.70 ± 7.80 hours. The most common causes were testicular torsion in 56/61(91,80%) cases, testicular appendage torsion in 4/61(6,56%) cases, and epididymitis in 1/61(1,64%) cases. All patients had symptoms of testicular swelling and pain. All patients underwent Doppler ultrasound before surgery. 44/61 (72.1%) patients had decreased pulse signal on ultrasound. 41/61 (67.2%) patients had testicular necrosis requiring removal, 20/61 (32.8%) cases received conservative treatment.

Conclusion: Early recognition of clinical signs and appropriate treatment indications play an important role in improving the treatment outcomes of acute scrotal syndrome in children.

Keywords: Acute scrotal syndrome, testicular torsion, epididymitis, testicular appendage torsion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng bìu cấp là biểu hiện cấp tính của tình trạng sưng đỏ, đau vùng bìu và là một trong những cấp cứu nhi khoa thường gặp ở phòng khám cấp cứu có thể phải phẫu thuật¹. Hội chứng bìu cấp phổ biến bao gồm các nguyên nhân: xoắn tinh hoàn, xoắn mấu phụ tinh hoàn, viêm tinh hoàn – mào tinh hoàn. Nguyên nhân của hội chứng bìu cấp có thể rất khó xác định khi chẩn đoán dựa vào lâm sàng. Cần phải điều trị kịp thời để tránh việc phẫu thuật cắt bỏ tinh hoàn^{1,2}.

Xoắn tinh hoàn có thể coi là một cấp cứu tối cấp trong hội chứng bìu cấp do tổn thương mạch máu. Nếu được chẩn đoán và điều trị sớm có thể bảo tồn được tinh hoàn và ngược lại, nếu xử trí muộn thường phải cắt tinh hoàn. Theo các báo cáo, "cơ hội vàng" để bảo tồn tinh hoàn thường trong vòng 6 giờ sau khi xuất hiện triệu chứng^{3,4}. Với sự tiến bộ của chẩn đoán hình ảnh, các trường hợp sưng đau bìu thường có thể nhận biết được tình trạng xoắn tinh hoàn thông qua các chẩn đoán hình ảnh như siêu âm Doppler tinh hoàn, đánh giá tình trạng tưới máu của tinh hoàn⁴. Để đánh giá nhóm bệnh nhi (BN) có hội chứng bìu cấp nhưng phải phẫu thuật chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị hội chứng bìu cấp ở nhóm trẻ phải phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu 61 BN được chẩn đoán hội chứng bìu cấp và được phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 1/2021 đến tháng 1/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả loạt ca bệnh, chọn mẫu thuận tiện với BN đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu: Các đặc điểm lâm

sàng (thời gian đến khám, đau sưng tinh hoàn, nôn, sốt, tinh hoàn treo cao, tinh hoàn cứng chắc). Đặc điểm cận lâm sàng (siêu âm Doppler tinh hoàn). Đặc điểm phẫu thuật (số vòng xoắn tinh hoàn, phương pháp phẫu thuật). Thang điểm TWIST (thấp từ 0-2 điểm, trung bình 3-4 điểm, cao 5-7 điểm).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2021 đến tháng 1/2024, có 61 BN được chẩn đoán hội chứng bìu cấp được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Tuổi trung bình là $13,10 \pm 3,80$ tuổi, trong đó nhóm BN có độ tuổi từ 11 tuổi - 17 tuổi chiếm đa số 54/61 (88,52%). Có 37/61 (60,66%) BN đến khám muộn sau 24 giờ, trong khi chỉ có 9/61 (14,75%) BN đến khám trong vòng 6 giờ đầu.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	n	Tỷ lệ (%)
Tuổi	0 – 1	5	8,20
	1 – 5	1	1,64
	6 – 10	1	1,64
	11 – 17	54	88,52
Thời gian đến khám	<6 giờ	9	14,75
	6-24 giờ	15	24,59
	>24 giờ	37	60,66
Triệu chứng lâm sàng	Đau tinh hoàn	61	100
	Sưng nề, tấy đỏ bìu	61	100
	Sốt	0	0
	Nôn, buồn nôn	2	3,28
	Tinh hoàn treo cao	56	91,80
	Tinh hoàn cứng chắc	56	91,80
Dấu hiệu "blue dot sign"	3	4,92	

Nhận xét: Tất cả các BN đều có dấu hiệu đau, sưng đỏ tinh hoàn cấp tính. Khám lâm sàng có dấu hiệu lâm sàng tinh hoàn treo cao ở tất cả BN xoắn tinh hoàn (100%), sờ tinh hoàn cứng chắc (100%). Dấu hiệu "blue dot sign" chiếm tỷ lệ 75% ở các trường hợp có xoắn mấu phụ tinh hoàn.

- Các bệnh nhân đều được làm siêu âm âm doppler đánh giá sự tưới máu của tinh hoàn. 71,13% trường hợp mất tín hiệu mạch trên siêu âm doppler, 21,31% trường hợp giảm tín hiệu mạch và 6,56% trường hợp tăng tín hiệu mạch.

- Trong mổ có 56/61 bệnh nhân xoắn tinh hoàn, bảo tồn tinh hoàn chiếm 26,79%, cắt bỏ tinh hoàn chiếm 73,21%. Có 4/61 bệnh nhân xoắn mấu phụ và duy nhất 1 trường hợp viêm tinh hoàn – mào tinh hoàn.

- Thang điểm TWIST: Nhóm điểm thấp (0–2 điểm): Chiếm 8,9% tổng số ca, không có trường hợp nào được xác định bị xoắn tinh hoàn. Nhóm điểm trung bình (3–4 điểm): Không có trường

hợp nào. Nhóm điểm cao (5–7 điểm): Chiếm 91,1% tổng số ca, trong đó có 100% trường hợp chẩn đoán là xoắn tinh hoàn.

Bảng 2. Mối liên quan giữa thang điểm TWIST và phương pháp phẫu thuật

Thang điểm TWIST	Hội chứng bìu cấp	Xoắn tinh hoàn	Bảo tồn	Cắt bỏ
0-2 (thấp)	5	0	5	0
3-4 (trung bình)	0	0	0	0
5-7 (cao)	56	56	15	41

Bảng 3. Mối liên quan giữa siêu âm Doppler và số vòng xoắn thừng tinh

Kết quả siêu âm Doppler	Số vòng xoắn thừng tinh			n	Tỷ lệ (%)
	Dưới 1 vòng	Từ 1 đến 2 vòng	Trên 2 vòng		
Không thấy tín hiệu mạch	3	25	15	43	76,79
Giảm tín hiệu mạch	7	3	3	13	23,21
Tổng số	10	28	18	56	100

Nhận xét: Những bệnh nhân có xoắn thừng tinh dưới 1 vòng có kết quả siêu âm giảm tín hiệu mạch chiếm đa số 7/10 (70%) BN. Đa số những bệnh nhân xoắn thừng tinh từ 1 đến 2 vòng có kết quả mất tín hiệu mạch chiếm 25/28 (89,29%) BN. Trường hợp bệnh nhân xoắn trên 2 vòng có kết quả không thấy tín hiệu mạch trên siêu âm chiếm 15/18 (83,33%) BN.

Bảng 4. Mối liên quan giữa siêu âm Doppler và phương pháp phẫu thuật

Kết quả siêu âm Doppler	Phương pháp phẫu thuật		n	Tỷ lệ (%)
	Bảo tồn	Cắt tinh hoàn		
Không thấy tín hiệu mạch	6	37	43	76,79
Giảm tín hiệu mạch	9	4	13	23,21
Tổng số	15	41	56	100

Nhận xét: Có 9/15 (60%) BN giảm tín hiệu mạch đều được bảo tồn. Có 37/43 (90,34%) BN siêu âm mất tín hiệu mạch phải cắt bỏ tinh hoàn.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi của bệnh nhi là một yếu tố dịch tễ quan trọng, ảnh hưởng đến nguyên nhân và đặc điểm lâm sàng của hội chứng bìu cấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi của các bệnh nhi dao động từ sơ sinh đến 17 tuổi, được chia thành 4 nhóm chính: <1 tuổi, 1–5 tuổi, 6–10 tuổi, và 11–17 tuổi. Kết quả cho thấy, nhóm tuổi trên 10 tuổi (11–17) chiếm tỷ lệ cao nhất trong các trường hợp đau bìu cấp tính. Đây là thời điểm trẻ bước vào tuổi dậy thì, tinh hoàn phát triển nhanh, kéo theo tăng nguy cơ xoắn trong màng tinh hoàn do bất thường về trục xoay và sự phát triển

không đồng đều giữa tinh hoàn và cấu trúc nâng đỡ⁵. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 TP.HCM, Nguyễn Minh Phúc (2020) cho thấy tỷ lệ xoắn tinh hoàn cao nhất ở nhóm 11–15 tuổi, chiếm hầu hết các ca, trong khi xoắn ngoài bao gặp chủ yếu ở trẻ dưới 1 tuổi nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phân nhóm tuổi để định hướng chẩn đoán và xử trí ban đầu⁶.

Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên cho tới khi được phẫu thuật là yếu tố quan trọng dự đoán về khả năng bảo tồn tinh hoàn trong điều trị xoắn tinh hoàn ở trẻ em. Nghiên cứu tổng hợp của Mellick (2019)⁷ phân tích 2116 bệnh nhân trẻ em bị xoắn tinh hoàn nhóm đến viện < 6 giờ, tỷ lệ bảo tồn tinh hoàn là 97,2% cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi 88,9%.

Một nghiên cứu hồi cứu kéo dài 25 năm với 558 trẻ em được chẩn đoán xoắn tinh hoàn ở Croatia khẳng định nếu trẻ được điều trị bằng phẫu thuật trong vòng 6 giờ sau khi xuất hiện triệu chứng đau thì tỷ lệ bảo tồn tinh hoàn từ 90% đến 100%, tỷ lệ này sẽ giảm dần nếu can thiệp muộn, từ 6 giờ đến 12 giờ và 12 giờ đến 24 giờ có tỷ lệ bảo tồn lần lượt là 20% đến 50% và 0% đến 10%⁸. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 15/61 (24,59%) trường hợp đến viện sau khi có triệu chứng đau 6-24 giờ, trong đó 9/15 (60%) BN phải cắt bỏ tinh hoàn. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy có 6/15 (40%) BN trong nhóm này vẫn bảo tồn được tinh hoàn. Như vậy, tỷ lệ điều trị bảo tồn trong nhóm bệnh nhân đến muộn trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn. Tại bệnh viện Việt Đức khi mổ xoắn tinh hoàn, đầu tiên sẽ tháo xoắn, mở bao của tinh hoàn, đắp ấm trong 15 – 20 phút, nếu tinh hoàn không được cải thiện tưới máu thì phải cắt bỏ tinh hoàn. Nếu tinh hoàn hồng lại sau tháo xoắn, cần cố định tinh hoàn lại. Một số nghiên cứu cũng khuyến cáo nên theo dõi ít nhất là 10 phút trước khi đi đến quyết định cắt tinh hoàn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thang điểm TWIST được áp dụng để phân loại nguy cơ xoắn tinh hoàn ở trẻ em đến khám vì hội chứng bìu cấp. Kết quả cho thấy có mối tương quan rõ rệt giữa điểm TWIST cao và khả năng mắc xoắn tinh hoàn. Barbosa và cộng sự (2018)⁹ đã tạo ra thang điểm TWIST kiểm tra tinh hoàn thiếu máu cục bộ và nghi ngờ xoắn dựa trên: Sưng tinh hoàn (2 điểm), tinh hoàn cứng chắc (2 điểm), mất phản xạ cơ bìu (1 điểm), buồn nôn/nôn (1 điểm), tinh hoàn treo cao (1 điểm). Điểm ≥ 3 được coi là có khả năng cao bị xoắn tinh hoàn và điểm ≥ 5 đảm bảo phẫu thuật ngay lập tức. Trong nghiên cứu của Barbosa có 118 bệnh

nhân, trong đó 45 (38%) bệnh nhân bị xoắn tinh hoàn. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 16,6 tuổi ở bệnh nhân xoắn tinh hoàn và 15,2 tuổi ở những bệnh nhân khác. Điểm cắt cho bệnh nhân có nguy cơ thấp và nguy cơ cao lần lượt là 2 và 5. 50%, 26,2% và 23,8% bệnh nhân thuộc các nhóm nguy cơ thấp, trung bình và cao. Trong nghiên cứu này qua bảng 2, ở nhóm bệnh nhân có điểm TWIST từ 0–2, không ghi nhận trường hợp nào bị xoắn tinh hoàn, và tất cả được điều trị bảo tồn thành công. Nhóm điểm 3–4 không ghi nhận trường hợp nào. Đáng chú ý, nhóm có điểm TWIST từ 5–7 ghi nhận tỷ lệ xoắn tinh hoàn rất cao, trong đó tất cả phải phẫu thuật cấp cứu và đa phần phải phẫu thuật cắt bỏ tinh hoàn. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trước đây. Barbosa (2018)⁹ cho thấy thang điểm TWIST với ngưỡng ≥ 5 có giá trị Giá trị tiên đoán âm của điểm TWIST đối với bệnh nhân có nguy cơ thấp là 96,61% trong khi giá trị tiên đoán dương đối với bệnh nhân có nguy cơ cao là 92,86%. Nghiên cứu của Nguyễn Uy Trường tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 cho thấy điểm TWIST ≥ 5 có độ nhạy và đặc hiệu cao trong việc phát hiện xoắn tinh hoàn ở trẻ em¹⁰.

Tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức – một trung tâm ngoại khoa tuyến cuối, số lượng bệnh nhân đến khám muộn sau 6 giờ khá cao, dẫn đến tỷ lệ cắt bỏ tinh hoàn trong nhóm điểm TWIST cao vẫn ở mức đáng kể. Điều này cho thấy, mặc dù thang điểm TWIST là công cụ hiệu quả trong phân loại nguy cơ lâm sàng ban đầu, nhưng thời điểm đến viện và sự chậm trễ trong chuyển tuyến vẫn là các yếu tố quyết định đến kết quả điều trị. Một ưu điểm lớn của TWIST là có thể áp dụng sớm, ngay từ tuyến cơ sở, không cần phương tiện cận lâm sàng. Điều này đặc biệt quan trọng trong bối cảnh nhiều cơ sở y tế chưa có điều kiện trang bị siêu âm Doppler chuyên biệt. Việc đánh giá lâm sàng sớm với thang điểm TWIST giúp định hướng chuyển tuyến và can thiệp phẫu thuật kịp thời, từ đó tăng khả năng bảo tồn tinh hoàn và giảm biến chứng.

Bên cạnh các dấu hiệu lâm sàng, siêu âm doppler đánh giá sự tưới máu của tinh hoàn ngày càng được sử dụng rộng rãi trong chẩn đoán xoắn tinh hoàn. Nghiên cứu của Shafi 2022 tại Pakistan cho thấy siêu âm Doppler có độ nhạy 98% và độ đặc hiệu 86% trong chẩn đoán xoắn tinh hoàn, với dấu hiệu "whirlpool". Trong nghiên cứu của chúng tôi các trường hợp có kết quả siêu âm giảm tín hiệu mạch được bảo tồn chiếm tới 60% (9/15 bệnh nhân). Các trường hợp có kết quả siêu âm không thấy tín hiệu mạch phải cắt bỏ tinh hoàn là 90,34% (37/43

bệnh nhân). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Như vậy, siêu âm doppler là một thăm dò quan trọng tiên lượng khả năng bảo tồn tinh hoàn. Chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa sự tưới máu của tinh hoàn trên siêu âm và số vòng xoắn thường tinh trong mô. Những bệnh nhân có xoắn thường tinh dưới 1 vòng có kết quả siêu âm giảm tín hiệu mạch chiếm đa số 7/10 bệnh nhân (70%). Đa số những bệnh nhân xoắn thường tinh từ 1 đến 2 vòng có kết quả mất tín hiệu mạch chiếm 25/28 bệnh nhân (89,29%). Trường hợp bệnh nhân xoắn trên 2 vòng có kết quả không thấy tín hiệu mạch trên siêu âm chiếm 15/18 (83,33%) bệnh nhân. Trong nghiên cứu của Xiang Guo trên 57 bệnh nhân được chẩn đoán xoắn tinh hoàn, tác giả nhận thấy số vòng xoắn của thường tinh hoàn càng ít thì khả năng còn tín hiệu mạch trên siêu âm doppler và khả năng bảo tồn tinh hoàn càng cao.

V. KẾT LUẬN

Việc nhận biết sớm các dấu hiệu lâm sàng và chỉ định điều trị phù hợp có vai trò quan trọng trong cải thiện kết quả điều trị hội chứng bìu cấp ở trẻ em. Siêu âm doppler là một thăm dò quan trọng giúp chẩn đoán và tiên lượng khả năng bảo tồn tinh hoàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sidler D, Brown RA, Millar AJ, Rode H, Cywes S. A 25-year review of the acute scrotum in children. *South Afr Med J Suid-Afr Tydskr Vir Geneeskde*. 1997;87(12):1696-1698.
2. Lewis AG, Bukowski TP, Jarvis PD, Wacksman J, Sheldon CA. Evaluation of acute scrotum in the emergency department. *J Pediatr Surg*. 1995;30(2):277-281; discussion 281-282. doi:10.1016/0022-3468(95)90574-x
3. Bowlin PR, Gatti JM, Murphy JP. Pediatric Testicular Torsion. *Surg Clin North Am*. 2017;97(1): 161-172. doi:10.1016/j.suc.2016.08.012
4. Zhao LC, Lautz TB, Meeks JJ, Maizels M. Pediatric testicular torsion epidemiology using a national database: incidence, risk of orchiectomy and possible measures toward improving the quality of care. *J Urol*. 2011;186(5):2009-2013. doi:10.1016/j.juro.2011.07.024
5. Goede J, Voort-Doedens LM van der, Sijstermans K, Hack WWM. The Volume of Retractable Testes. *J Urol*. Published online November 2011. doi:10.1016/j.juro.2011.07.020
6. Nguyễn Minh Phúc. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị xoắn tinh hoàn tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 TP.HCM. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2020.
7. Mellick LB, Sinex JE, Gibson RW, Mears K. A Systematic Review of Testicle Survival Time After a Torsion Event. *Pediatr Emerg Care*. 2019; 35(12): 821. doi:10.1097/PEC.0000000000001287
8. Pogorelić Z, Mustapić K, Jukić M, et al. Management of acute scrotum in children: a 25-

year single center experience on 558 pediatric patients. Can J Urol. 2016;23(6):8594-8601.

9. **Manohar CS, Gupta A, Keshavamurthy R, Shivalingaiah M, Sharanbasappa BR, Singh VK.** Evaluation of Testicular Workup for Ischemia and Suspected Torsion score in patients

presenting with acute scrotum. Urol Ann. 2018;10(1):20-23. doi:10.4103/UA.UA_35_17

10. **Truong LNU, Trinh VNH, Nguyen UTB.** Validation of TWIST score in the diagnosis of testicular torsion in children: A Prospective study. MedPharmRes. 2023;7(2):25-31.

PHẪU THUẬT TẠO HÌNH GÓC MẮT TRONG BẰNG KỸ THUẬT Y-V: MỘT SỐ CA LÂM SÀNG

Nguyễn Thị Thanh Hải¹, Phạm Hồng Vân², Nguyễn Ngân Hà¹

TÓM TẮT

Nếp quạt góc mắt trong là một đặc điểm thường gặp ở người châu Á. Tình trạng này có thể biểu hiện đơn độc, làm tăng khoảng cách giữa hai góc mắt trong, ảnh hưởng đến sự cân đối và hài hòa tổng thể của khuôn mặt. Nếp quạt còn có thể phối hợp với các bất thường khác của mắt như quặm, sụp mí, hẹp khe mí,... làm ảnh hưởng tới chức năng thị giác. Nhu cầu can thiệp phẫu thuật nhằm cải thiện chức năng cũng như thẩm mỹ đang ngày càng tăng. Nhiều kỹ thuật tạo hình góc mắt trong đã được đề xuất và ứng dụng lâm sàng như kỹ thuật Rogman, vạt da kiểu chữ Z, kỹ thuật Mustardé,... Trong số đó, kỹ thuật tạo hình bằng vạt da Y-V được đánh giá cao nhờ tính an toàn, không quá phức tạp, ít biến chứng nhưng mang lại hiệu quả cao về giải phẫu và thẩm mỹ trong việc mở rộng góc mắt trong. Do đó, đây là phương pháp được lựa chọn ưu tiên trong phẫu thuật nếp quạt trên lâm sàng hiện nay. **Từ khóa:** nếp quạt góc trong, hai góc mắt xa nhau, kỹ thuật Y-V

SUMMARY

INNER CANTHAL RECONSTRUCTION WITH THE Y-V TECHNIQUE: CLINICAL CASE SERIES

The epicanthal fold is a common anatomical feature among individuals of Asian descent. This condition may appear in isolation, increasing the distance between the inner corners of the eyes and affecting overall facial balance. In some cases, it may be associated with other ocular abnormalities such as epiblepharon, ptosis, or narrow palpebral fissures, which can impair visual function. The demand for surgical intervention to improve both function and aesthetics has been increasing. Several medial canthoplasty techniques have been proposed and applied clinically, including the Rogman technique, Z-plasty, and the Mustardé method. Among them, the Y-V advancement flap technique is highly regarded for its safety, relative simplicity, low complication rate, and excellent anatomical and cosmetic outcomes in

medial canthus reconstruction. As such, it is currently the preferred approach for epicanthoplasty in clinical practice. **Keywords:** epicanthal fold, telecanthus, Y-V advancement technique

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nếp da góc mắt trong hay còn gọi nếp quạt là phần da bao phủ vùng khõe mắt trong, đặc biệt phổ biến ở người châu Á, dao động từ 40 đến 90% trong dân số.¹ Nếp quạt làm cho khe mắt hẹp hơn, khoảng cách hai mắt xa nhau, mất sự cân đối, hài hòa của khuôn mặt, ảnh hưởng đến thẩm mỹ, làm người bệnh mất tự tin, giảm chất lượng cuộc sống. Nếp quạt có thể xuất hiện đơn thuần, hay phối hợp với các tổn thương khác như quặm, sụp mí làm ảnh hưởng đến chức năng thị giác (tăng tỉ lệ lác, nhược thị). Vì vậy, phẫu thuật tạo hình góc mắt trong điều trị nếp quạt là một yêu cầu cần thiết.

Từ trước tới nay có rất nhiều kỹ thuật được ứng dụng trong tạo hình góc mắt trong như là: kỹ thuật Rogman², tạo hình chữ Z³, kỹ thuật Murstade⁴,... Tuy nhiên, các kỹ thuật này tương đối phức tạp, khó thực hiện, nhiều biến chứng sau mổ... Năm 1909, Verwey đã điều trị nếp quạt theo kỹ thuật tạo vạt da Y-V, với ưu điểm đơn giản, dễ thực hiện, mở rộng góc mắt trong hiệu quả, ít biến chứng, hạn chế sẹo sau phẫu thuật. Kỹ thuật này được nhiều tác giả ứng dụng và đạt được những kết quả thành công. Hussain (2013), Trần Thu Hương (2022) đã thực hiện phẫu thuật tạo vạt da Y-V phối hợp treo mí cơ trán điều trị nếp quạt ngược trên bệnh nhân mắc hội chứng hẹp khe mí bẩm sinh đạt tỷ lệ thành công > 70%.^{5,6}

Nhằm đánh giá kết quả ban đầu của kỹ thuật, chúng tôi xin trình bày một số trường hợp lâm sàng tiêu biểu nhằm làm rõ tính khả thi và hiệu quả của kỹ thuật tạo vạt da Y-V trong tạo hình góc mắt trong.

II. THÔNG BÁO CA LÂM SÀNG

Ca lâm sàng 1: Nếp quạt phối hợp không có nếp mí. Bệnh nhân nam, 8 tuổi, được

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngân Hà

Email: nguyennghanha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 18.9.2025