

Assessment of risk factors of helicobacter pylori infection and peptic ulcer disease. J Glob Infect Dis, 2013. 5(2): p. 60-7.

8. **S. Rosenstock, T. Jørgensen, O. Bonnevie, et al.,** Risk factors for peptic ulcer disease: a population based prospective cohort study

comprising 2416 Danish adults. Gut, 2003. 52(2): p. 186-93.

9. **G. Guariso, F. Brotto, D. Basso, et al.,** Organ-specific autoantibodies in children with Helicobacter pylori infection. Helicobacter, 2004. 9(6): p. 622-8.

ĐẶC ĐIỂM VIÊM PHỔI DO STAPHYLOCOCCUS AUREUS Ở TRẺ EM TỪ 1 THÁNG ĐẾN 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Nguyễn Thanh Hiền¹, Ninh Quốc Đạt^{1,2}

TÓM TẮT

Staphylococcus aureus (S.aureus) là một trong những nguyên nhân quan trọng gây viêm phổi nhập viện ở trẻ em dưới 5 tuổi với nhiều biểu hiện đa dạng, thường gặp diễn biến lâm sàng nặng có thể dẫn đến tử vong vì viêm phổi hoại tử và tình trạng kháng kháng sinh ngày càng gia tăng. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị viêm phổi do tụ cầu vàng ở trẻ em. **Đối tượng nghiên cứu:** 53 trẻ 1 tháng đến 5 tuổi mắc viêm phổi do S.aureus điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ 01/01/2023 đến 30/06/2025. **Phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu kết hợp tiền cứu, mô tả loạt ca bệnh. **Kết quả:** nhóm tuổi <2 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (50,94%), tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1:1. Lý do nhập viện phổ biến nhất là ho (92%) và khó khè (56,6%). Các triệu chứng chính bao gồm ho, sốt, khó thở, thở nhanh và ran ẩm ở phổi. Hình ảnh Xquang phổi có tổn thương đồng đặc không thuần nhất chiếm tỷ lệ lớn (43,4%). Kết quả nuôi cấy dịch tỵ hầu cho thấy tỉ lệ S.aureus kháng methicillin (MRSA) chiếm ưu thế (56,6%). Các chủng MRSA kháng hoàn toàn với kháng sinh nhóm β -lactam, Carbapenem; kháng cao với Erythromycin (65,4%), Clindamycin (73,3%) và nhạy hoàn toàn với Vancomycin và Linezolid. Thời gian nằm viện trung bình là 11,11 ngày. Tỷ lệ điều trị thành công (khỏi/đỡ) là 96,2%. **Kết luận:** Nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời viêm phổi do S.aureus, đặc biệt trong bối cảnh gia tăng sự kháng thuốc của các chủng MRSA. **Từ khóa:** Staphylococcus aureus, S.aureus kháng methicillin, viêm phổi, trẻ em.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF STAPHYLOCOCCUS AUREUS PNEUMONIA IN CHILDREN AT XANH PON GENERAL HOSPITAL

Staphylococcus aureus (S. aureus) is one of the important causes of hospital-acquired pneumonia in children under 5 years old, presenting with diverse

clinical manifestations. It often follows a severe clinical course, which can lead to death due to necrotizing pneumonia and the increasing issue of antibiotic resistance. **Objective:** To describe the clinical, paraclinical characteristics and evaluate treatment outcomes of pneumonia caused by Staphylococcus aureus in children. **Subjects:** 53 children aged 1 month to 5 years with S. aureus pneumonia treated at Saint Paul General Hospital from January 1, 2023 to June 30, 2025. **Methods:** Retrospective combined with prospective study, case series description. **Results:** The age group under 2 months accounted for the highest proportion (50.94%), with a male-to-female ratio of approximately 1:1. The most common reasons for admission were cough (92%) and wheezing (56.6%). Major symptoms included cough, fever, dyspnea, tachypnea, and pulmonary crackles. The chest X-ray image shows a significant proportion (43.4%) of heterogeneous consolidation. Nasopharyngeal culture revealed methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) as the predominant strain (56.6%). MRSA isolates were completely resistant to β -lactam and carbapenem antibiotics, highly resistant to erythromycin (65.4%) and clindamycin (73.3%), while fully susceptible to vancomycin and linezolid. The average length of hospital stay was 11.11 days. The successful treatment rate (cured/improved) was 96.2%. **Conclusion:** The study highlights the importance of early diagnosis and timely treatment of S. aureus pneumonia, particularly in the context of increasing antibiotic resistance among MRSA strains.

Keywords: Staphylococcus aureus, S.aureus kháng methicillin, pneumonia, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ dưới 5 tuổi trên toàn cầu.¹ Trong đó, tụ cầu vàng (Staphylococcus aureus) là tác nhân quan trọng gây viêm phổi nhập viện, thường có diễn biến lâm sàng nặng và để lại di chứng nếu điều trị muộn hoặc không thích hợp. Một tổng quan 35 nghiên cứu được thực hiện trên 20.708 trẻ viêm phổi nhập viện ở lứa tuổi này vào năm 2019 chỉ ra rằng, tỷ lệ của viêm phổi do S.aureus là 3%, nhưng đây là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong.² Việc chẩn đoán và điều trị viêm phổi do S. aureus gặp nhiều khó khăn do hình thái

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Quốc Đạt

Email: ninhquocdat@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

lâm sàng đa dạng, không đặc hiệu và tình trạng kháng kháng sinh ngày càng gia tăng.³ Tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, nhiều trường hợp viêm phổi do *S. aureus* đã được tiếp nhận. Trong đó, phần lớn là các ca bệnh viêm phổi mức độ không nặng với các biểu hiện lâm sàng trùng lặp với các nguyên nhân khác. Bên cạnh đó, vẫn có các ca bệnh với diễn biến nặng trong thời gian nhanh đòi hỏi bác sĩ Nhi khoa phải tiên lượng bệnh và xử lý kịp thời. Chính vì vậy, nghiên cứu này nhằm mục đích tìm hiểu rõ hơn về "đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của viêm phổi do tụ cầu vàng ở trẻ em" từ đó góp phần nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm 53 trẻ được chẩn đoán viêm phổi do *Staphylococcus aureus* điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ 01/01/2023 đến 30/06/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi: trẻ từ 1 tháng đến 5 tuổi.
- Chẩn đoán viêm phổi: Bệnh nhi được chẩn đoán viêm phổi trên lâm sàng theo hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam 2014⁴.
- Bệnh nhi có kết quả phân lập được *S. aureus* từ dịch tỵ hầu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Không đủ thông tin nghiên cứu hoặc gia đình trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả loạt ca bệnh
- **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện
- **Biến số nghiên cứu:**
 - + Biến số lâm sàng: tuổi, giới tính, sốt, ho, khó khè, khó thở, ran ở phổi.
 - + Biến số cận lâm sàng: X-quang phổi, kết quả cấy dịch tỵ hầu dương tính, kháng sinh đồ.
 - + Biến số kết quả điều trị: tỷ lệ khỏi/đỡ/xin về/tử vong, thời gian nằm viện.

2.3. Xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0, trong đó các test kiểm định sử dụng trong nghiên cứu bao gồm χ^2 test or Fisher test cho các biến định tính và Mann -Whitney U cho các biến định lượng. Với $p < 0,05$ được cho là có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Đặc điểm về X-quang phổi ở bệnh nhân viêm phổi do tụ cầu vàng

Đặc điểm X-quang phổi		<2 tháng n(%)	2 tháng -<12 tháng n(%)	12 tháng - 5 tuổi n(%)	Tổng số bệnh nhân n(%)
Vị trí tổn thương	Một bên phổi	6(22,2%)	4(23,5%)	4(44,4%)	14(26,4%)
	Cả hai phổi	21(77,8%)	13(76,5%)	5(55,6%)	39(73,6%)
Hình ảnh	Nốt mờ rải rác	15(55,6%)	9(52,9%)	4(44,4%)	28(52,8%)

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành dưới sự tuân thủ về mặt y đức, thông qua hội đồng xét duyệt đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội, Hội đồng đạo đức Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, quyết định số 2959/BVĐKXP-HĐĐĐ, ngày 10/09/2024.

Đây là nghiên cứu mô tả, không ảnh hưởng đến sức khỏe của bệnh nhi.

Các đối tượng nghiên cứu được thông báo trước về mục đích và nội dung nghiên cứu, đảm bảo có sự cam kết, tự nguyện của gia đình đối tượng nghiên cứu.

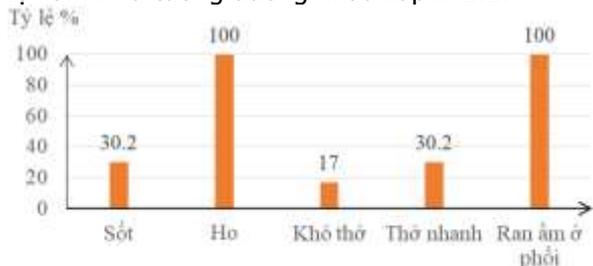
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ năm 01/01/2023 đến 30/06/2025 nghiên cứu thu thập được 53 trẻ viêm phổi do *S.aureus*, trong đó có 30 trẻ viêm phổi do MRSA (*S.aureus* kháng methicillin) (chiếm 56,6%) và 23 trẻ viêm phổi do MSSA (*S.aureus* nhạy methicillin) (chiếm 43,4%). Kết quả nghiên cứu được trình bày ở các bảng sau đây:

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Tuổi	Giới tính		Tổng	p
	Nam	Nữ		
<2 tháng	14(26,4%)	13(24,5%)	27(50,9%)	1
2 tháng - <12 tháng	8(15,1%)	9(17%)	17(32,1%)	
12 tháng - 5 tuổi	5(9,4%)	4(7,5%)	9(17%)	
Tổng	27(50,9%)	26(49,1%)	53(100%)	

Nhận xét: Lứa tuổi hay gặp nhất trong nhóm nghiên cứu là < 2 tháng, chiếm 50,9%. Tỷ lệ nam : nữ tương đương nhau xấp xỉ 1:1.



Biểu đồ 1. Đặc điểm lâm sàng của viêm phổi tụ cầu vàng

Nhận xét: Tất cả trẻ viêm phổi do *S.aureus* đều có ho và ran ẩm ở phổi, khoảng 1/3 số trẻ có sốt và thở nhanh (30,2%), số ít trẻ có khó thở.

tổn thương	Tổn thương đồng đặc không thuần nhất	10(37%)	8(47,1%)	5(55,6%)	23(43,4%)
	Tổn thương phối hợp (tổn thương đồng đặc + TDMP)	2(7,4%)	0(0%)	0(0%)	2(3,8%)

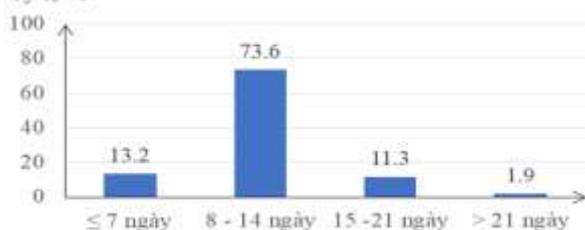
Nhận xét: Hình ảnh tổn thương trên X- quang của trẻ viêm phổi do S.aureus thường gặp ở cả hai bên phổi (73,6%) với tỷ lệ lớn là tổn thương đồng đặc không thuần nhất (43,4%), gặp chủ yếu ở lứa tuổi >2 tháng. Tổn thương phối hợp chiếm tỷ lệ nhỏ (3,8%) và chỉ gặp ở lứa tuổi < 2 tháng của nghiên cứu.

Bảng 3. Kết quả kháng sinh đồ

Kháng sinh	MSSA n=23			MRSA n=30			p
	S (%)	I (%)	R (%)	S (%)	I (%)	R (%)	
Ampicillin/Sulbactam	100	0	0	0	0	100	0
Piperacillin/Tazobactam	100	0	0	0	0	100	0
Cefuroxime	100	0	0	0	0	100	0
Cefotaxime	100	0	0	0	0	100	0
Ceftriaxone	100	0	0	0	0	100	0
Oxacillin	100	0	0	0	0	100	0
Erythromycin	72,7	0	27,3	30,8	3,8	65,4	0,008
Clindamycin	65,2	0	34,8	26,7	0	73,3	0,005
Meropenem	100	0	0	0	0	100	0
Imipenem	100	0	0	0	0	100	0
Levofloxacin	95,5	0	4,5	84,6	0	15,4	0,357
Ciprofloxacin	95,5	0	4,5	75	7,1	17,9	0,170
Vancomycin	100	0	0	100	0	0	0
Linezolid	95,7	0	4,3	100	0	0	0,434
TMP/SMZ	100	0	0	95,8	4,2	0	1
Doxycycline	95,2	0	4,8	69,2	7,7	23,1	0,088

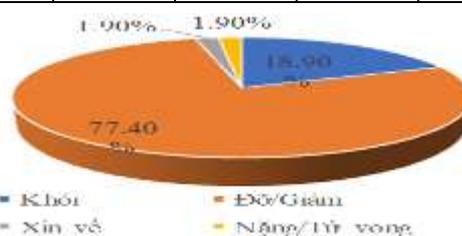
Nhận xét: Các chủng MRSA kháng hoàn toàn với kháng sinh nhóm β-lactam và Carbapenem; kháng nhiều loại kháng sinh như Erythromycin (65,4%), Clindamycin (73,3%) và nhạy cảm hoàn toàn với Vancomycin và Linezolid. So với MSSA, các chủng MRSA kháng Clindamycin và Erythromycin nhiều hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Mặt khác, các chủng MRSA ít nhạy cảm hơn với Ciprofloxacin và Levofloxacin, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Tỷ lệ %



Biểu đồ 2. Thời gian nằm viện điều trị

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình của nhóm nghiên cứu là 11,11 ± 3,71 ngày. Phần lớn các trẻ viêm phổi do S.aureus có thời gian nằm viện từ 8 -14 ngày (chiếm 73,6%). 13,2% số bệnh nhân có thời gian nằm viện ≤ 7 ngày. Các trường hợp phải nằm viện ≥ 15 ngày chiếm tỷ lệ nhỏ.



Biểu đồ 3. Kết quả điều trị

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ đáp ứng tốt với điều trị (khỏi/đờ/giảm) chiếm 96,2%. Có 1 trẻ xin vẹo (1,9%), 1 trẻ tử vong (1,9%).

IV. BÀN LUẬN

Có 53 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu. Trong đó, nhóm trẻ < 2 tháng là chủ yếu, chiếm 50,9%. Tỷ lệ trẻ trai và trẻ gái mắc viêm phổi do S.aureus là tương đương nhau xấp xỉ 1:1. Kết quả này cũng phù hợp với một số nghiên cứu quốc tế.⁵

Các triệu chứng lâm sàng phổ biến của viêm phổi do S.aureus là sốt, ho, khó thở, thở nhanh, ran ẩm ở phổi. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Kyra A.Len và cộng sự khi nghiên cứu về viêm phổi do S.aureus mắc phải trong cộng đồng ở trẻ em nhập viện tại Hawaii.⁶

Hình ảnh tổn thương trên X- quang của trẻ viêm phổi do S.aureus thường gặp ở cả hai bên

phổi (73,6%) với tỷ lệ lớn là tổn thương đồng đặc không thuần nhất (43,4%), gặp chủ yếu ở lứa tuổi > 2 tháng. Tổn thương phổi hợp (tràn dịch màng phổi) chiếm tỷ lệ nhỏ (3,8%) và chỉ gặp ở lứa tuổi < 2 tháng. Kết quả này khác với kết quả nghiên cứu của Guliz Erdem và cộng sự khi nghiên cứu về đặc điểm hình ảnh học của bệnh viêm phổi do CA-MRSA và CA-MSSA ở trẻ em tại Hawaii, chỉ ra rằng: 62% bệnh nhân CA-MRSA có tổn thương đồng đặc ở một bên phổi và 79% trường hợp CA-MSSA có tổn thương đồng đặc ở hai bên phổi; số ca bệnh có tràn dịch màng phổi của viêm phổi do CA-MRSA và CA-MSSA lần lượt là 85% và 64%.⁷ Sự khác biệt này có thể do loạt ca bệnh trong nghiên cứu của Guliz Erdem được thực hiện ở trẻ em tại một vùng lưu hành bệnh nặng.

Tỷ lệ các chủng tụ cầu vàng được phân lập trong nghiên cứu này cho thấy MRSA chiếm ưu thế hơn (56,6%) so với MSSA (43,4%). Bên cạnh đó, các chủng MRSA có khả năng kháng nhiều loại kháng sinh, chẳng hạn như nhóm β -lactam (100%), Carbapenem (100%), Clindamycin (73,3%), Erythromycin (65,4%). Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của Trần Quang Khải và cộng sự khi nghiên cứu về tỷ lệ phân lập các chủng tụ cầu vàng và khả năng kháng kháng sinh của các chủng MRSA gây viêm phổi mắc phải tại cộng đồng ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ, trong đó phát hiện ra rằng tỷ lệ MRSA chiếm tỷ lệ lớn (78%); 100% các chủng MRSA kháng hoàn toàn Penicillin; kháng nhiều loại kháng sinh như Clindamycin (84,4%), Erythromycin (78,1%) và nhạy cảm hoàn toàn với Vancomycin và Linezolid.⁸ So với MSSA, các chủng MRSA kháng Clindamycin và Erythromycin nhiều hơn ($p < 0,05$). Ngoài ra, nghiên cứu này cho thấy các chủng MRSA hoàn toàn nhạy cảm với Vancomycin, Linezolid. Do đó, Vancomycin và Linezolid có thể là lựa chọn phù hợp cho viêm phổi cộng đồng nặng do MRSA gây ra.

Thời gian nằm viện trung bình là $11,11 \pm 3,71$ ngày (ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 27 ngày). Phần lớn các trẻ viêm phổi do S.aureus trong nghiên cứu có thời gian nằm viện từ 8 -14 ngày (chiếm 73,6%). Tỷ lệ điều trị thành công là 96,2%, trong đó có 18,9% khỏi bệnh và 77,4% số trẻ có kết quả điều trị đỡ/giảm, 1 trường hợp tử vong (1,9%) có bệnh lý nền trước đó (tăng trương lực cơ bẩm sinh, chậm phát triển tâm thần vận động). Kết quả này khác với kết quả nghiên cứu của Kyra A.Len và cộng sự, chỉ ra rằng thời gian nằm viện trung bình là 26,2 ngày (dao động từ 6-138 ngày) và có 5% số ca bệnh tử vong.⁶ Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian nằm

viện ngắn hơn và tỷ lệ điều trị thành công cao hơn so với nghiên cứu của Kyra A.Len. Điều này có thể giải thích do trong nghiên cứu của Kyra A.Len, các bệnh nhân có mức độ nặng hơn, tổn thương trên X- quang phổi có hình ảnh đồng đặc và tràn dịch màng phổi chiếm tỷ lệ lớn.⁷

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi do S.aureus gặp chủ yếu ở trẻ nhỏ dưới 2 tháng tuổi. Các triệu chứng lâm sàng phổ biến là sốt, ho, khó thở, thở nhanh, ran ẩm ở phổi. Hình ảnh tổn thương trên X- quang phổi thường gặp ở cả hai bên phổi (73,6%) với tỷ lệ lớn là tổn thương đồng đặc không thuần nhất (43,4%), chủ yếu ở lứa tuổi > 2 tháng. Tuy nhiên, một tỷ lệ nhỏ (3,8%) các ca bệnh viêm phổi do S.aureus có tổn thương phổi hợp (tràn dịch màng phổi) với diễn biến nặng nề và thời gian điều trị kéo dài. Mặt khác, chủng S.aureus gây viêm phổi cộng đồng ở trẻ em dưới 5 tuổi chủ yếu là MRSA có khả năng kháng nhiều loại kháng sinh. Do đó, cần chẩn đoán và điều trị sớm trong thực hành lâm sàng. Kết quả điều trị của nghiên cứu cho thấy có 96,2% bệnh nhân khỏi/ lui bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kallander K, Burgess DH, Qazi SA.** Early identification and treatment of pneumonia: a call to action. *Lancet Glob Health.* 2016;4(1):e12-13. doi:10.1016/S2214-109X(15)00272-7
2. **Kulkarni D, Wang X, Sharland E, Stansfield D, Campbell H, Nair H.** The global burden of hospitalisation due to pneumonia caused by *Staphylococcus aureus* in the under-5 years children: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine.* 2022;44:101267. doi:10.1016/j.eclinm.2021.101267
3. **Alvarez A, Fernández L, Gutiérrez D, Iglesias B, Rodríguez A, García P.** Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* in Hospitals: Latest Trends and Treatments Based on Bacteriophages. *J Clin Microbiol.* 2019;57(12):e01006-19. doi:10.1128/JCM.01006-19
4. **Bộ Y tế** (2014). Hướng dẫn xử trí viêm phổi cộng đồng ở trẻ em.
5. **Bénet T, Sánchez Picot V, Messaoudi M, et al.** Microorganisms Associated With Pneumonia in Children <5 Years of Age in Developing and Emerging Countries: The GABRIEL Pneumonia Multicenter, Prospective, Case-Control Study. *Clin Infect Dis.* 2017;65(4):604-612. doi:10.1093/cid/cix378
6. **Len KA, Bergert L, Patel S, Melish M, Kimata C, Erdem G.** Community-acquired *Staphylococcus aureus* pneumonia among hospitalized children in Hawaii. *Pediatric Pulmonology.* 2010;45(9): 898-905. doi:10.1002/ppul.21269
7. **Erdem G, Bergert L, Len K, Melish M, Kon K, DiMauro R.** Radiological findings of community-acquired methicillin-resistant and methicillin-

susceptible *Staphylococcus aureus* pediatric pneumonia in Hawaii. *Pediatr Radiol.* 2010; 40 (11):1768-1773. doi:10.1007/s00247-010-1680-0

8. **Tran KQ, Nguyen TTD, Pham VH, Pham QM, Tran HD.** Pathogenic Role and Antibiotic

Resistance of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) Strains Causing Severe Community-Acquired Pneumonia in Vietnamese Children. *Adv Respir Med.* 2023;91(2):135-145. doi:10.3390/arm91020012

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG KHÔ MẮT SAU PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MI MẮT

Lê Thị Vân Anh¹, Nguyễn Thị Thu Hiền², Vũ Quế Anh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: So sánh những thay đổi liên quan đến tình trạng khô mắt sau phẫu thuật thẩm mỹ mi dưới và phẫu thuật kết hợp mi trên - mi dưới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu thực hiện trên 39 bệnh nhân, gồm 20 bệnh nhân phẫu thuật tạo hình mi dưới (nhóm 1) và 19 bệnh nhân phẫu thuật tạo hình mi trên - mi dưới (nhóm 2). Tất cả các ca phẫu thuật cùng được thực hiện bởi cùng một phẫu thuật viên. Tình trạng khô mắt được đánh giá trước mổ và sau mổ 1, 3 và 6 tháng qua các tiêu chí: chỉ số bệnh lý bề mặt nhãn cầu (OSDI), test Schirmer I, thời gian phá vỡ màng phim nước mắt (BUT), điểm viêm giác mạc chấm, tần số chớp mắt và tỷ lệ chớp mắt không kín. **Kết quả nghiên cứu:** Sau phẫu thuật 1 tháng, điểm OSDI giảm ở cả hai nhóm, rõ hơn ở nhóm 2 ($p < 0,001$). Test Schirmer I ổn định ở nhóm 1 nhưng giảm đáng kể ở nhóm 2 ($p < 0,05$). BUT giảm trong tháng đầu rồi hồi phục dần, đến 6 tháng nhóm 1 trở lại bình thường, nhóm 2 vẫn còn khô nhẹ. Viêm giác mạc chấm xuất hiện sớm sau mổ nhưng hầu hết hồi phục sau 6 tháng. Tần số và mức độ chớp mắt trở lại bình thường vào cuối nghiên cứu. **Bàn luận:** Phẫu thuật tạo hình mi mắt, đặc biệt là phẫu thuật kết hợp tạo hình mi trên - mi dưới, có thể dẫn đến tình trạng khô mắt cho bệnh nhân; tuy nhiên tình trạng này thường hết sau phẫu thuật 6 tháng. Cần đánh giá, quản lý bệnh lý bề mặt nhãn cầu trước và sau mổ để ngăn ngừa biến chứng và tối đa hóa hiệu quả của phẫu thuật. **Từ khóa:** khô mắt, phẫu thuật thẩm mỹ mi dưới, phẫu thuật thẩm mỹ mi trên và mi trên, màng phim nước mắt

SUMMARY

ASSESSMENT OF DRY EYE SYMPTOMS FOLLOWING BLEPHAROPLASTY

Purpose: To evaluate the changes in dry eye parameters following cosmetic lower eyelid blepharoplasty and combined upper-lower eyelid blepharoplasty. **Methods:** A prospective study was conducted on 39 patients, including 20 who

underwent lower eyelid blepharoplasty (group 1) and 19 who underwent combined upper and lower eyelid blepharoplasty (group 2). All procedures were performed by the same oculoplastic surgeon. Dry eye status was assessed preoperatively and at 1, 3 and 6 months postoperatively using the Ocular Surface Disease Index (OSDI), Schirmer I test, tear film break up time (BUT), corneal fluorescein staining score, blink rate and incomplete blink ratio. **Results:** At 1 month, both groups showed a significant increase in OSDI scores, more pronounced in group 2 ($p < 0,001$). Schirmer I values remained stable in group 1 but decreased significantly in group 2 at all postoperative visits ($p < 0,05$). BUT decreased markedly at 1 month ($p < 0,001$) and gradually recovered; at 6 months, group 1 reached baseline while group 2 remained lower. Corneal fluorescein staining score was observed in the early postoperative period and resolved by 6 months in most patients. Blink parameters normalized by the final follow-up. **Conclusion:** Cosmetic blepharoplasty, particularly combined upper-lower eyelid surgery, can induce transient dry eye symptoms that generally resolve within 6 months. Pre- and postoperative ocular surface management is essential to prevent complications and optimize outcomes. **Keywords:** Dry eye, lower eyelid blepharoplasty, combined upper and lower eyelid blepharoplasty

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở người cao tuổi, tình trạng da và mỡ thừa vùng mi trên - mi dưới không chỉ ảnh hưởng đến ngoại hình mà còn có thể cản trở thị trường, gây nặng mi và giảm chất lượng sống. Bên cạnh hiệu quả thẩm mỹ, nhiều nghiên cứu ghi nhận phẫu thuật thẩm mỹ mi mắt (blepharoplasty) có thể gây ra những biến đổi tạm thời hoặc kéo dài trên bề mặt nhãn cầu, trong đó khô mắt là biến chứng thường gặp nhất - một hậu quả gây ra bởi sự rối loạn của nhiều yếu tố như màng phim nước mắt và bề mặt nhãn cầu. Sau phẫu thuật mi mắt, các yếu tố như cắt bỏ da và cơ vòng mi, giảm tần số chớp mắt hoặc mắt nhắm không kín có thể góp phần khởi phát hoặc làm nặng thêm tình trạng khô mắt của bệnh nhân. Mức độ ảnh hưởng của phẫu thuật thẩm mỹ mi mắt phụ thuộc vào kỹ thuật mổ, mức độ can thiệp và khả năng phục hồi chức năng cơ vòng mi¹.

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Vân Anh

Email: lethivananhmu94@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025