

higher 10-year cardiovascular risk. There was a very strong correlation between age and the SCORE2/SCORE2-OP risk scores ( $r = 0.75, p < 0.05$ ). The highest proportion of very-high cardiovascular risk was observed in patients with hypertension duration  $>10$  years. **Keywords:** Hypertension, 10-year cardiovascular risk, Score 2 and Score 2 OP scales

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tăng huyết áp được biết đến là một yếu tố nguy cơ phổ biến dẫn tới các biến cố tim mạch, là gánh nặng bệnh tật lớn ở nhiều quốc gia. Điều trị tốt sẽ giúp làm giảm đáng kể các nguy cơ và biến cố tim mạch liên quan. Hội nghị Tim mạch châu Âu 2021 đã khuyến nghị sử dụng hệ thống đánh giá mới, bao gồm thang điểm SCORE2 cho người từ 40 - 69 tuổi và SCORE2-OP cho người từ 70 tuổi trở lên nhằm đánh giá và phân tầng nguy cơ tim mạch gồm cả tử vong và không tử vong trong vòng 10 năm [1]. Tại Việt Nam, khuyến cáo "Dự phòng bệnh lý tim mạch trong thực hành lâm sàng" của Hội Tim mạch Việt Nam (2022) cũng khuyến nghị sử dụng thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP dành cho nhóm nước có nguy cơ tim mạch cao để ước đoán và phân tầng nguy cơ tim mạch [2]. Bệnh viện Thanh Nhàn hiện đang điều trị ngoại trú cho hơn 4000 bệnh nhân tăng huyết áp nhằm cung cấp thông tin áp dụng các khuyến cáo mới về dự phòng bệnh lý tim mạch trong thực hành lâm sàng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm (1) Khảo sát nguy cơ tim mạch 10 năm bằng thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP trên bệnh nhân tăng huyết áp. (2) Đánh giá mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân tăng huyết áp với nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Những bệnh nhân (BN) đến khám tại bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 4/2025 đến tháng 10/2025, có một trong các tiêu chuẩn lựa chọn

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.** Bệnh nhân có tiền sử THA nguyên phát và bệnh nhân vào viện được chẩn đoán tăng huyết áp nguyên phát theo Hội Tim Mạch Việt Nam và phân hội Tăng huyết áp Việt Nam năm 2024 [3]. Tức là khi huyết áp tâm thu  $\geq 140$  mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 90$ mmHg.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

+ Bệnh nhân mắc các bệnh lý nội khoa khác: suy thận, đái tháo đường, xơ gan, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính...

+ Bệnh nhân đang có bệnh cấp tính: như sốt, rối loạn nước và điện giải hoặc có bệnh mãn tính giai đoạn cuối...

+ Bệnh nhân mắc các bệnh lý tim mạch khác: suy tim, bệnh tim mạch do xơ vữa, bệnh tim bẩm sinh, bệnh lý van tim...

**2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu**

+ Địa điểm: Bệnh viện Thanh nhàn, Thời gian: Từ tháng 4/2025 đến tháng 10/2025

**2.3. Phương pháp nghiên cứu**

**2.3.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp tiến cứu mô tả, cắt ngang.

**2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu và phương pháp chọn mẫu:** Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn các bệnh nhân vào nghiên cứu liên tiếp theo trình tự thời gian. Cỡ mẫu: 210

**2.3.3. Các chỉ số và biến số trong nghiên cứu.** Các biến số về thông tin chung của người bệnh: Tuổi, giới, BMI

Huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương, hút thuốc lá, Thời gian mắc tăng huyết áp, Điểm SCORE2 và SCORE2-OP: sử dụng thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP dành cho nhóm nước có nguy cơ tim mạch cao để ước đoán và phân tầng nguy cơ tim mạch 10 năm.

- Phân tầng nguy cơ tim mạch 10 năm:

Nguy cơ thấp- trung bình: điểm SCORE2 và SCORE2-OP  $< 5$

Nguy cơ cao: điểm SCORE2 từ 5-10 và SCORE2-OP từ 5 - 14

Nguy cơ rất cao: điểm SCORE2  $\geq 10$  và SCORE2-OP  $\geq 14$

**2.4. Phương pháp xử lý số liệu.** Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata , Xử lý bằng phần mềm Stata 14.2.

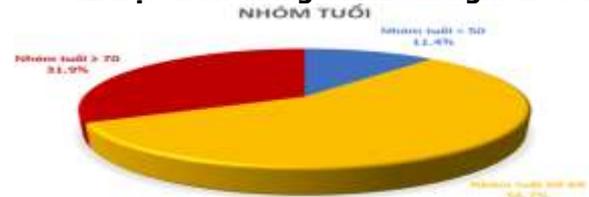
• Các biến định tính được tính tỷ lệ phần trăm và kiểm định  $\chi^2$  để tìm sự khác biệt.

• Các biến định lượng được tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn.

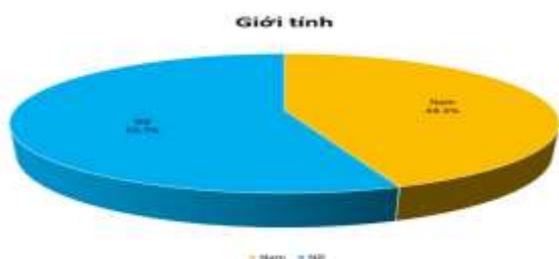
• Tìm hiểu mối liên quan giữa hai biến định lượng chúng tôi sử dụng hệ số tương quan r (Spearman). Hệ số tương quan r có giá trị từ -1 đến + 1. Khi hệ số tương quan  $> 0$ : tương quan đồng biến, khi hệ số tương quan  $< 0$ : tương quan nghịch biến; hệ số tương quan càng gần 1 thì tương quan càng chặt, trị số  $< 0,05$  được xem là có ý nghĩa thống kê

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu**

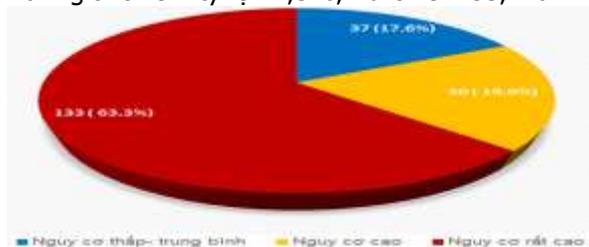


**Biểu đồ 1. Đặc điểm phân bố nhóm tuổi**



**Biểu đồ 2. Đặc điểm về giới**

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu 210 bệnh nhân của chúng tôi chúng tôi thấy rằng: độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $63,2 \pm 10,0$  tuổi, trong đó người có tuổi lớn nhất là 84 người có tuổi nhỏ nhất là 38 tuổi. Chúng tôi tiến hành chia bệnh nhân thành 3 nhóm tuổi như trên biểu đồ. Nam giới chiếm tỷ lệ 44,3%, nữ chiếm 55,7%.

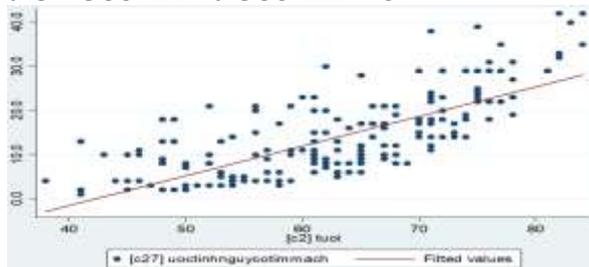


**Biểu đồ 3. Phân tầng nguy cơ tim mạch 10 năm theo thang điểm SCORE 2 và SCORE2 - OP**

**Nhận xét:** Điểm SCORE 2 và SCORE2 - OP trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $(14,1 \pm 9,2)$ .

Dựa vào thang điểm SCORE 2 và SCORE2 - OP chúng tôi cũng chia bệnh nhân thành 3 nhóm nguy cơ theo phân loại của Hội Tim Châu Âu (ESC): nhóm nguy cơ tim mạch 10 năm thấp-trung bình có 37 bệnh nhân chiếm 17,6%, nhóm nguy cơ tim mạch 10 năm cao có 40 bệnh nhân chiếm 19,0% và nhóm nguy cơ tim mạch 10 năm rất cao có 133 bệnh nhân chiếm 63,3%.

**3.2. Đánh giá mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân tăng huyết áp với nguy cơ tim mạch 10 năm theo thang điểm SCORE2 và SCORE2 - OP**



**Bảng 4: Liên quan giữa thời gian tăng huyết áp với nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE2 và SCORE2 - OP**

Nguy cơ tim mạch 10 năm	Thời gian mắc THA			P<0,05
	<5 năm n=97	5-10 năm n=64	<10 năm n =49	

**Biểu đồ 4: Liên quan giữa thang điểm SCORE2 và SCORE2 - OP với tuổi**

**Nhận xét:** Có mối tương quan rất chặt chẽ giữa tuổi của đối tượng nghiên cứu và thang điểm SCORE2 và SCORE2 - OP với hệ số tương quan ( $r = 0,75, p < 0,05$ )

**Bảng 1: Liên quan giữa nhóm tuổi với nguy cơ tim mạch 10 năm theo thang điểm SCORE2 và SCORE2 - OP**

Nguy cơ tim mạch 10 năm	Nhóm tuổi			P<0,05
	<50 tuổi (n=24)	50-69 tuổi (n=119)	≥70 tuổi (n=67)	
Thấp - trung bình	13 (54,2%)	24 (20,2%)	0 (0%)	P<0,05
Cao	2 (8,3%)	38 (31,9%)	0 (0%)	
Rất cao	9 (37,5%)	57 (47,9%)	67 (100%)	

**Nhận xét:** Nhóm tuổi  $\geq 70$  tuổi thì tất cả các bệnh nhân đều có nguy cơ tim mạch 10 năm rất cao với tỷ lệ 100%. Sự khác biệt giữa 3 nhóm tuổi này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 2: Liên quan giữa giới tính với nguy cơ tim mạch 10 năm theo thang điểm SCORE2 và SCORE2 - OP**

Nguy cơ tim mạch 10 năm	Giới tính		P<0,05
	Nam (n=93)	Nữ (n=117)	
Thấp - trung bình	5 (5,4%)	32 (27,4%)	P<0,05
Cao	14 (15,0%)	26 (22,2%)	
Rất cao	74 (79,6%)	59 (50,3%)	

**Nhận xét:** Tỷ lệ nguy cơ tim mạch 10 năm rất cao ở nam là 79,6% cao hơn nữ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3: Liên quan giữa hút thuốc lá với nguy cơ tim mạch theo thang điểm SCORE2 và SCORE2 - OP**

Nguy cơ tim mạch 10 năm	Hút thuốc lá		P<0,05
	Có (n=70)	Không (n=140)	
Thấp - trung bình	1 (1,4%)	36 (25,7%)	P<0,05
Cao	4 (5,7%)	36 (25,7%)	
Rất cao	65 (92,9%)	68 (48,6%)	

**Nhận xét:** Bệnh nhân hút thuốc lá có nguy cơ tim mạch 10 năm rất cao chiếm tỷ lệ cao nhất 92,9%, cao hơn nhóm không hút thuốc lá là 48,6% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$

Thấp- trung bình	23 (23.7%)	11 (17.2%)	3 (6.1%)
Cao	21 (21.7%)	12 (18.7%)	7 (14.3%)
Rất cao	53 (54.6%)	41 (64.1%)	39 (79.6%)

**Nhận xét:** Ở nhóm bệnh nhân có thời gian mắc THA >10 năm thì tỷ lệ nguy cơ tim mạch 10 năm rất cao cũng chiếm tỷ lệ cao nhất 79.6%, tỷ lệ này ở nhóm bệnh nhân có thời gian tăng huyết áp từ 5-10 năm và dưới 5 năm lần lượt là 64,1 % và 54,6 %, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 5: Liên quan giữa Cholesterol, HDL-C nguy cơ tim mạch 10 năm theo thang điểm SCORE2 và SCORE2 – OP**

Nguy cơ tim mạch 10 năm	Tăng Cholesterol		Giảm HDL - C	
	Có n=120	Không n=90	Có n=13	Không n=197
Thấp - trung bình	18 (15.0%)	19 (21.1%)	4 (30.8%)	33 (16.7%)
Cao	17 (14.2%)	23 (25.6%)	3 (23.1%)	37 (18.8%)
Rất cao	85 (70.8%)	48 (53.3%)	6 (46.1%)	127(64.5%)
p	p<0.05		p=0.15	

**Nhận xét:** Những bệnh nhân tăng Cholesterol có nguy cơ tim mạch 10 năm rất cao chiếm tỷ lệ cao nhất 70.8%. Trong khi những bệnh nhân không tăng Cholesterol có tỷ lệ nguy cơ tim mạch 10 năm thấp - trung bình và nguy cơ tim mạch 10 năm cao lại chiếm tỷ lệ cao hơn đáng kể lần lượt là 21.1% và 25.6%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p<0.05$ . Chúng tôi không thấy sự khác biệt nguy cơ tim mạch 10 năm giữa hai nhóm có giảm HDL - C và nhóm không giảm HDL - C.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu 210 bệnh nhân của chúng tôi chúng tôi thấy rằng: độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $63,2 \pm 10.0$  tuổi, trong đó người có tuổi lớn nhất là 84 người có tuổi nhỏ nhất là 38 tuổi. Chúng tôi tiến hành chia bệnh nhân thành 3 nhóm tuổi. Trong đó nhóm tuổi (< 50) chiếm 11.4%, nhóm tuổi từ (40- 69) chiếm 56.7% và nhóm tuổi ( $\geq 70$ ) chiếm 31.9%. Độ tuổi trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể so với tác giả A.V.Tregubov và c.s ( $55.2 \pm 7.1$  tuổi) nhưng lại khá tương đồng so với tuổi trung bình trong nghiên cứu của tác giả Hoàng Anh Tiến và c.s ( $67.9 \pm 10.9$  tuổi) [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi nam giới có 93 người chiếm 44.3% thấp hơn so với nữ giới có 117 người chiếm 55.7%. Tỷ lệ nam thấp hơn nữ trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Muammer Karakayali và c.s (45.9%) [5].

Thang điểm SCORE2 và SCORE2 – OP trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là ( $14.1 \pm 9.2$ ) chúng tôi thấy rằng điểm SCORE2 và SCORE2 – OP trung bình của chúng tôi tương đồng với tác giả Đoàn Phạm Phước Long và c.s ( $13.8 \pm 12.0$ ) [6]. Tuy nhiên điểm SCORE2 và SCORE2 – OP trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi lại thấp hơn so với tác giả Hoàng Anh Tiến và c.s ( $18.1 \pm 12.6$ ) [4].

Dựa vào thang điểm SCORE 2 và SCORE2 – OP chúng tôi cũng chia bệnh nhân thành 3 nhóm nguy cơ theo phân loại của Hội Tim Châu Âu (ESC) : nhóm nguy cơ tim mạch 10 năm thấp-trung bình có 37 bệnh nhân chiếm 17.6%, nhóm nguy cơ tim mạch 10 năm cao có 40 bệnh nhân chiếm 19.0% và nhóm nguy cơ tim mạch 10 năm rất cao có 133 bệnh nhân chiếm 63.3%. Khi so sánh với các tác giả khác chúng tôi thấy rằng: tỷ lệ này của chúng tôi tương đồng với tác giả Hoàng Anh Tiến và c.s (13.5%, 22.0%, 64.5%) [4] điều này có thể lý giải do nghiên cứu của chúng tôi và tác giả Hoàng Anh Tiến và c.s đều nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân mắc tăng huyết áp.

Tuổi luôn là một yếu tố nguy cơ mắc bệnh lý tim mạch không thể thay đổi được, chúng tôi nhận thấy rằng có mối tương quan rất chặt chẽ giữa tuổi của đối tượng nghiên cứu và thang điểm SCORE2 và SCORE2 – OP với hệ số tương quan ( $r= 0.75$ ,  $p< 0.05$ ). Khi tiến hành tiến hành chia bệnh nhân thành 3 nhóm tuổi và đánh giá nguy cơ tim mạch theo nhóm tuổi chúng tôi nhận thấy rằng tỷ lệ bệnh nhân nguy cơ tim mạch 10 năm rất cao ở các nhóm tuổi > 70 tuổi, từ 50 - 70 tuổi và < 50 tuổi lần lượt là 100%, 47,9% và 37,5%. Khi so sánh với các tác giả khác chúng tôi thấy rằng kết quả này của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Hoàng Anh Tiến và c.s nguy cơ tim mạch 10 năm thấp- trung bình chủ yếu gặp ở nhóm tuổi (<50) trong khi đó nguy cơ tim mạch 10 năm cao và nguy cơ tim mạch 10 năm rất cao lại chiếm tỷ lệ lớn ở nhóm tuổi (50-69) và nhóm tuổi (> 70) [4]. Từ đó chúng tôi thấy rằng có sự chuyển dịch từ nguy cơ tim mạch 10 năm thấp- trung bình trở thành nguy cơ tim mạch 10 năm cao và nguy cơ tim mạch nguy cơ tim mạch không thay đổi được và trong nghiên cứu của chúng tôi thì nam giới một yếu tố là tăng nguy cơ tim mạch 10 năm so với nữ. Trong các yếu tố nguy cơ tim

mạch thay đổi được thì có nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng hút thuốc lá là một yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng kết quả nghiên cứu cũng cho thấy nhóm bệnh nhân hút thuốc lá có tỷ lệ bệnh nhân ở nhóm nguy cơ tim mạch rất cao chiếm tỷ lệ 84.4% cao hơn nhóm không hút thuốc lá là 48.6%. Từ đó cho thấy rằng thói quen hút thuốc lá là một yếu tố làm tăng nguy cơ tim mạch 10 năm. Cũng tương tự như vậy thì thời gian tăng huyết áp và tăng Cholesterol máu cũng là những yếu tố làm tăng nguy cơ tim mạch 10 năm ở bệnh nhân tăng huyết áp.

## V. KẾT LUẬN

Điểm ước tính nguy cơ tim mạch theo thang điểm Score 2 và Score 2 OP có giá trị trung bình là  $14.1 \pm 9.2$ . Bệnh nhân tăng huyết áp có nhóm phân tầng nguy cơ tim mạch 10 năm rất cao theo thang điểm Score 2 và Score 2 OP chiếm đa số. Nhóm bệnh nhân nam giới, hút thuốc lá, tăng Cholesterol, tuổi  $\geq 70$  có nguy cơ tim mạch 10 năm cao hơn. Có mối tương quan rất chặt chẽ giữa tuổi của đối tượng nghiên cứu và thang điểm SCORE2 và SCORE2 – OP với hệ số tương quan ( $r = 0.75$ ,  $p < 0.05$ ). Nhóm nguy cơ tim

mạch 10 năm rất cao có tỷ lệ cao nhất ở nhóm bệnh nhân có thời gian tăng huyết áp  $> 10$  năm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Visseren F.L.J., Mach F., Smulders Y.M., et al. (2021). 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J*, 42(34), 3227–3337.
2. Dự phòng bệnh lý tim mạch trong thực hành lâm sàng – VNHA (2023). 2022 – IMC.
3. Đồng thuận quan điểm của một số chuyên gia của phân hội tăng huyết áp VSH/VNHA 2024 về chiến lược thực hành lâm sàng quản lý tăng huyết áp tại Việt Nam | Phân hội Tăng huyết áp Việt Nam.
4. Tiên H.A., Toàn T.T., and Thăng Đ.C. (2024). Dự báo nguy cơ tim mạch 10 năm bằng thang điểm score2 và score2-op trên bệnh nhân tăng huyết áp. *Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Trung Ương Huế*, (94), 63–68.
5. Karakayali M. (2023). Predictive Value of the SCORE, SCORE2, and Pooled Cohort Risk Equation Systems in Patients with Hypertension. *Arch Turk Soc Cardiol*, 407–414.
6. Đoàn P.P.L., Nguyễn T.T.H., Nguyễn T.L.N., et al. (2024). Nghiên cứu nguy cơ tim mạch bằng thang điểm SCORE2 và SCORE2-OP ở người trưởng thành mắc tiền tăng huyết áp tại tỉnh Thừa Thiên Huế. *TC Tim mạch học VN*, (109).

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHẪU THUẬT QUẠM MI Ở NGƯỜI LỚN TUỔI BẰNG CÁCH TÁI TẠO CHỖ BÁM CÂN CƠ MI DƯỚI VÀ TẠO HÌNH GÓC NGOÀI

Nguyễn Thanh Nam<sup>1</sup>, Biện Thị Cẩm Vân<sup>1</sup>,  
Tôn Tường Trí Hải<sup>2</sup>, Nguyễn Trọng Kim<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Quặm mi là tình trạng bờ mi đảo ngược về phía mắt, gây ra hiện tượng hàng lông mi hướng vào bề mặt nhãn cầu, gây ra các biến chứng như trầy biểu mô giác mạc, viêm loét giác mạc và có thể dẫn đến mù loà. Những thay đổi về mắt do tuổi gây lỏng lẻo mô, cân cơ mi, dây chằng và bàn sụn mi dưới là tác nhân phổ biến hàng đầu trong quặm mi tuổi già. Hai nguyên nhân chính là giảm trương lực theo chiều ngang do nhão mi, tuột chỗ bám dây chằng góc ngoài và giảm trương lực theo chiều dọc do teo hoặc lỏng lẻo chỗ bám cân cơ mi dưới. Các phương pháp phẫu thuật phổ biến nhất có thể kể đến là phương pháp khâu lật mi, cắt ngắn trượt sụn mi góc ngoài, phương pháp Wheeler cải tiến. Các phương

pháp trên khi được thực hiện đa phần không đạt được hiệu quả điều trị và việc theo dõi tái phát và chỉ có thể giải quyết được một trong hai nguyên nhân gây ra quặm mi theo chiều dọc hoặc chiều ngang. Hiện nay, tại khoa Tạo hình thẩm mỹ - thần kinh nhãn khoa Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh đang thực hiện phương pháp điều trị quặm mi cho người lớn tuổi bằng phương pháp phẫu thuật tái tạo chỗ bám cân cơ mi dưới và tạo hình góc ngoài đã đem lại hiệu quả điều trị rất khả quan, khi đã can thiệp vào cả hai cơ chế gây quặm ở nhóm tuổi này. **Mục tiêu:** Xác định tính hiệu quả và an toàn của Phẫu thuật quặm mi ở người lớn tuổi bằng phương pháp tái tạo chỗ bám cân cơ mi dưới và tạo hình góc ngoài. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu báo cáo hàng loạt ca (case series). Chúng tôi thu thập được 35 mắt thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán. **Kết quả:** Tỷ lệ thành công tích lũy là 97,1% sau 1 tuần điều trị, 94,3% sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng điều trị. Không ghi nhận mắt tái phát sau 6 tháng theo dõi. Tỷ lệ lật mi là 5,7%. Không ghi nhận biến chứng gần và biến chứng xa sau phẫu thuật (nhiễm trùng, sẹo xấu). **Kết luận:** Quặm mi dưới tuổi già cần được điều trị bằng phương pháp tái tạo chỗ bám cân cơ mi dưới và tạo hình góc ngoài để xử trí được cả hai cơ chế sinh bệnh để đạt hiệu quả cao và

<sup>1</sup>Bệnh viện Mắt TP HCM

<sup>2</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Kim  
Email: nguyentrongkim12071996@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

hạn chế tái phát. **Từ khóa:** Quặm cuộn mi dưới, tái tạo chỗ bám cân cơ mi dưới, tạo hình góc ngoài

## SUMMARY

### EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF ENTROPION SURGERY IN ELDERLY PATIENTS BY RECONSTRUCTING THE ATTACHMENT OF THE LOWER EYELID MUSCLE AND SHAPING THE LATERAL CANTHUS

**Introduction:** Entropion is a condition where the eyelid margin turns inward toward the eye, causing the eyelashes rubbing against the corneal surface. This can lead to complications such as corneal epithelial abrasions, corneal ulcers, or more severe blindness. Age-related changes the structure of the lower eyelid, such as loosening of the tissues, eyelid muscles, ligaments, and the lower tarsal plate, are the primary causes of entropion in the elderly. The two main causes are reduced horizontal tension due to laxity of the eyelid, detachment of the lateral canthal ligament, and reduced vertical tension due to atrophy or loosening of the attachment of the lower eyelid muscles. The most common surgical methods include eyelid everting suture, Jones procedure, Quickert, Lateral tarsal strip and Wheeler technique. However, these methods typically address only one of the two causes of entropion, either vertical or horizontal. In The Eye Hospital of Ho Chi Minh City, at Surgery Comestic and Neuro Optic Department, We apply the treatment of entropion in the elderly by using the surgical method of reconstructing the attachment of the capsulo palpebral fascia, as it addresses both mechanism causing entropion in this group age. This combination technique will enhance treatment effectiveness and prevent recurrence. **Objective:** Evaluation the effectiveness and safety of The Reconstruction of lower capsulo palpebral fascia technique combine with lateral tarsal strip in Involitional Entropion. **Study methods:** Prospective case series. We included 35 eyes of 25 patients with involitional entropion. **Results:** Successful rate after 1 week is 97,1%, 94,3% after 1,3,6 months. No record of recurrence after 6 months of treatment. Entropion rate is 5,7%. No record of severe complication (infection, scarring,...). **Conclusion:** Treatment of involitional (senile) entropion has numerous surgical techniques have been employed. To maximize recurrence prevention and improve treatment quality, reconstruction of the lower capsulo-palpebral fascia combined with a lateral tarsal strip has yielded favorable outcomes and can be widely applied to definitively address the mechanisms of entropion. **Keywords:** Involitional Entropion, Reconstruction of lower capsulo palpebral fascia

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quặm mi là tình trạng bờ mi đảo ngược về phía mắt, gây ra hiện tượng hàng lông mi hướng vào bề mặt nhãn cầu, gây ra các biến chứng như trầy biểu mô giác mạc, viêm loét giác mạc và có thể dẫn đến mù loà.

Những thay đổi về mắt do tuổi gây lỏng lẻo mô, cân cơ mi, dây chằng và bản sụn mi dưới là

tác nhân phổ biến hàng đầu trong quặm mi tuổi già. Hai nguyên nhân chính là giảm trương lực theo chiều ngang do nhão mi, tuột chỗ bám dây chằng góc ngoài và giảm trương lực theo chiều dọc do teo hoặc lỏng lẻo chỗ bám cân cơ mi dưới.

Các phương pháp phẫu thuật phổ biến nhất có thể kể đến là phương pháp khâu lật mi, cắt ngắn trượt sụn mi góc ngoài, phương pháp Wheeler cải tiến. Các phương pháp trên khi được thực hiện đa phần không đạt được hiệu quả điều trị và việc theo dõi tái phát và chỉ có thể giải quyết được một trong hai nguyên nhân gây ra quặm mi theo chiều dọc hoặc chiều ngang.

Hiện nay, tại khoa Tạo hình thẩm mỹ - thần kinh nhãn khoa Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh đang thực hiện phương pháp điều trị quặm mi cho người lớn tuổi bằng phương pháp phẫu thuật tái tạo chỗ bám cân cơ mi dưới và tạo hình góc ngoài đã đem lại hiệu quả điều trị rất khả quan, khi đã can thiệp vào cả hai cơ chế gây quặm ở nhóm tuổi này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu báo cáo hàng loạt ca (case series). từ tháng 8/2024 tới 9/2025, chúng tôi đã nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật của 35 mắt bệnh trên 25 bệnh nhân thỏa tiêu chí chọn mẫu

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi có có tình trạng quặm mi do lớn tuổi có chỉ định phẫu thuật điều trị quặm mi tại BV Mắt – Thành phố Hồ Chí Minh từ 8/2024 – 9/2025.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân đang có bệnh lý cấp tính tại mắt cần điều trị.

Bệnh nhân có bệnh lý nền chưa kiểm soát.

Quặm mi do nguyên nhân khác.

**Tiến hành nghiên cứu:**

– Bệnh nhân bị quặm cuộn mi dưới thỏa đủ các tiêu chuẩn chọn mẫu và không có các điều kiện loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

– Bệnh nhân được khám nội và thực hiện các xét nghiệm tiền phẫu, đủ điều kiện phẫu thuật, kí cam kết phẫu thuật.

– Tại phòng mổ, cách lấy bệnh phẩm tiến hành qua các bước:

Bước 1: Sát trùng da vùng mổ với povidone iodine 10%

Bước 2: Tiêm tê tại chỗ da mi dưới và góc ngoài với Lidocaine 2% pha Adrenaline 1/100000,

Bước 3: Dùng dao 15 rạch da mi dưới song song và cách bờ mi dưới 2mm

Bước 4: Dùng dao đốt điện bóc tách mô dưới da bọc lộ cân cơ mi dưới