

chặt chẽ giữa chuyên khoa Sản và chuyên khoa Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng, nên tình trạng mẹ và thai ổn định hơn, từ đó có thể tăng tỷ lệ giữ thai đến khi đủ tháng.

Tỷ lệ thai CPTTTC trong nghiên cứu của chúng tôi là 45,5%, thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Vạn Xuân (61,5%). Nguyên nhân có thể là các thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi đã có sự theo dõi sát sao hơn, có sự chuẩn bị tốt trước khi mang thai, đồng thời tuân thủ đúng điều trị, từ đó mà hạn chế những biến chứng cho cả mẹ và con, trong đó có thai CPTTTC.

Mổ lấy thai là phương pháp kết thúc thai nghén chiếm ưu thế đối với các thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi, chiếm tỉ lệ 95,5%. Kết quả này cao hơn tỉ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu của Trần Hoài Linh (83,9%), Nguyễn Thị Bích Vân (91,66%) và Phạm Thị Vạn Xuân (80,6%). Hiện nay, nhiều thai phụ và gia đình có nguyện vọng mổ lấy thai. Chỉ định mổ do yếu tố xã hội kết hợp với các nguyên nhân bệnh lý mẹ cũng có thể là lý do làm cho tỉ lệ mổ lấy thai của chúng tôi tăng cao hơn. Tỷ lệ mổ lấy thai chủ động trong nghiên cứu của chúng tôi là 70,5%, tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Vân (68,2%).

Có 7/45 thai phụ gặp biến chứng trong quá trình mang thai và hậu sản, chiếm tỷ lệ 15,4%, trong đó tăng huyết áp và nhiễm khuẩn hậu sản chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Phạm Thị Vạn Xuân, với tỷ lệ thai phụ gặp biến chứng là 13,8%. Các thai phụ gặp biến chứng chủ yếu có tuổi thai < 37 tuần. Điều này là dễ hiểu bởi ở những thai phụ xuất hiện biến chứng, nguy cơ sẽ tăng lên cho cả mẹ và thai, và để đảm bảo an toàn, nhiều trường hợp chúng tôi phải chấm dứt thai kỳ mặc dù thai chưa đủ tháng.

Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số hạn chế. Nghiên cứu được thiết kế hồi cứu, sử dụng dữ liệu thu thập hoàn toàn từ hồ sơ bệnh án, do đó có thể gặp phải sai số trong ghi nhận thông tin, đồng thời không khảo sát được tình trạng của mẹ và bé sau khi xuất viện. Cỡ mẫu nhỏ và thực hiện tại một cơ sở y tế duy nhất, không có nhóm chứng để so sánh về kết

quả thai kỳ. Do vậy, trong tương lai cần có các nghiên cứu tiến cứu theo dõi dọc bệnh nhân với cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm.

## V. KẾT LUẬN

Dù đã có sự cải thiện về kết quả thai nghén, tuy nhiên tỷ lệ các thai kỳ bất lợi như thai non tháng, thai chậm phát triển trong tử cung,... vẫn còn ở mức cao. Do đó, cần tăng cường tuyên truyền, theo dõi thai kỳ sát sao, đồng thời cần có sự kết hợp nhiều hơn nữa giữa các chuyên khoa để đưa ra 1 khuyến cáo tương đối về thời điểm chấm dứt thai kỳ đảm bảo hài hòa các lợi ích và chia sẻ các rủi ro.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Polić A, Običan SG.** Pregnancy in systemic lupus erythematosus. *Birth Defects Res.* 2020;112(15):1115-1125. doi:10.1002/bdr2.1790
2. **Fava A, Petri M.** Systemic lupus erythematosus: Diagnosis and clinical management. *Journal of Autoimmunity.* 2019;96:1-13. doi:10.1016/j.jaut.2018.11.001
3. **Zhan ZP, Zhan YF, Yang Y, Chen DY, Liang LQ, Yang XY.** [Pregnancy outcome of planning pregnancies in patients with SLE]. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi.* 2017;97(35):2757-2761. doi:10.3760/cma.j.issn.0376-2491.2017.35.010
4. **Lateef A, Petri M.** Systemic Lupus Erythematosus and Pregnancy. *Rheumatic Disease Clinics of North America.* 2017;43(2):215-226. doi:10.1016/j.rdc.2016.12.009
5. **Nguyễn Thị Bích Vân.** Thái độ xử trí thai phụ Lupus ban đỏ hệ thống tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương trong 2 năm 2010 - 2011. *J.* 2013;11(2):31-33. doi:10.46755/vjog.2013.2.377
6. **Trần Hoài Linh.** Nghiên cứu tình trạng thai sản trên bệnh nhân Lupus ban đỏ hệ thống. *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội;*2015.
7. **Phạm Thị Vạn Xuân.** Nghiên cứu kết quả điều trị sản khoa thai phụ mắc bệnh lupus ban đỏ hệ thống. *Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Chuyên khoa II, chuyên ngành Phụ sản, Trường Đại học Y Hà Nội;* 2019.
8. **Bitencourt N, Bermas BL.** Pharmacological Approach to Managing Childhood-Onset Systemic Lupus Erythematosus During Conception, Pregnancy and Breastfeeding. *Paediatr Drugs.* 2018;20(6):511-521. doi:10.1007/s40272-018-0312-2

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U BÌ KẾT GIÁC MẠC CÓ GHÉP KẾT MẠC RÌA TỰ THÂN

Trần Khánh Sâm<sup>1</sup>, Trần Thị Hương Trà<sup>2</sup>, Lê Thuỳ Dung<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả giải phẫu, thẩm mỹ của phẫu thuật u bì kết giác mạc bằng phương pháp cắt u có ghép kết mạc rìa tự thân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu hồ sơ của 45 mắt (45 bệnh nhân) u bì kết giác mạc điều trị bằng phương pháp cắt u có ghép kết mạc rìa tự thân tại bệnh viện Mắt Trung Ương từ 1/2018 - 4/2025. **Kết quả:** 45 mắt (45 bệnh nhân) được đưa vào nghiên cứu, tỉ lệ nam/nữ = 1/1. Tuổi trung bình 13,1 ± 6,6 (từ 5-30 tuổi). Sau phẫu thuật, 42/45 mắt đạt kết quả tốt về giải phẫu, chiếm 93,4%, 45/45 bệnh nhân hài lòng về kết quả thẩm mỹ, đạt 100%. **Kết luận:** U bì kết giác mạc ở trẻ em ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ, đặc biệt ở trẻ tuổi đến trưởng. Đa số u là đơn độc, một mắt, nằm ở vùng rìa dưới ngoài. Phẫu thuật cắt u có ghép kết mạc rìa tự thân là phương pháp đơn giản, dễ áp dụng, giá thành thấp. Việc theo dõi và chăm sóc sau phẫu thuật dễ dàng, phương pháp mang lại kết quả ổn định lâu dài. **Từ khóa:** u bì kết giác mạc, ghép kết mạc rìa tự thân

## SUMMARY

### EVALUATION OF SURGICAL OUTCOMES OF LIMBAL DERMOID EXCISION WITH LIMBAL CONJUNCTIVAL AUTOGRAFT

**Purpose:** To evaluate the anatomical and cosmetic outcomes of limbal dermoid excision using limbal conjunctival autograft transplantation. **Subjects and Methods:** A retrospective study was conducted on 45 eyes of 45 patients with limbal dermoid, treated with tumor excision combined with limbal conjunctival autograft at the Vietnam National Eye Hospital from January 2018 to April 2025. **Results:** A total of 45 patients (45 eyes) were included in the study, with a male-to-female ratio of 1:1. The mean age was 13.1 ± 6.6 years (range: 5–30 years). Postoperatively, 42 eyes (93.4%) achieved favorable anatomical outcomes. All patients (100%) reported satisfaction with the cosmetic results. **Conclusion:** Limbal dermoid in children can affect both visual function and cosmesis, especially in school-aged patients. Most lesions are solitary, unilateral, and located in the inferotemporal limbus. Excision with limbal conjunctival autograft is a simple, low-cost, and reproducible surgical method that provides stable long-term outcomes with minimal postoperative care.

<sup>1</sup>Bệnh viện Mắt Trung ương

<sup>2</sup>Bệnh viện Mắt Trung ương

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Khánh Sâm

Email: trankhansam@yahoo.com

Ngày nhận bài: 22.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2026

Ngày duyệt bài: 19.3.2026

**Keywords:** limbal dermoid, excision combined with limbal conjunctival autograft

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U bì kết giác mạc là khối u tổ chức lạc vị (choristoma), tức khối u tổ chức bình thường về mô học ở một vị trí bất thường, bao gồm khối tổ chức có các thành phần bì, được che phủ bởi biểu mô vảy nhiều lớp. Biểu hiện khi trẻ còn nhỏ, với khối u nhẵn, màu vàng, mềm, thường khu trú tại vùng rìa thái dương dưới, có thể có lông. Tổn thương đôi khi rất lớn, có thể bao quanh vùng rìa. Nếu có chứa tổ chức mỡ, có thể lan vào hốc mắt, gọi là u mỡ bì. Chỉ định điều trị dựa trên mục đích thẩm mỹ, các triệu chứng cơ năng như kích thích mạn tính, tạo Dellen và vấn đề về chức năng thị giác như nhược thị, loạn thị nhằm giải phóng trục thị giác. U có thể có các tổn thương kèm theo như lác, lồi mắt, hạn chế vận nhãn, khuyết mi bẩm sinh. U cũng có thể kèm các biểu hiện toàn thân như trong hội chứng Goldenhar (biểu hiện mắt, tai, cột sống), hội chứng Treacher Collins, bệnh nốt ruồi tuyến bã đa triệu chứng Jadassohn.

Các phương pháp phẫu thuật u bì kết giác mạc bao gồm: cắt u đơn thuần không ghép tổ chức, cắt u có ghép màng ối, cắt u có ghép kết mạc rìa tự thân, cắt u có ghép giác mạc lớp hoặc giác cùng mạc lớp. Nhược điểm của phương pháp không ghép tổ chức là nguy cơ cao màng xơ mạch xâm lấn giác mạc từ kết mạc. Đối với phương pháp ghép màng ối, ưu điểm là thuận lợi cho biểu mô hoá giác mạc nhưng hạn chế vẫn là nguy cơ màng xơ mạch xâm lấn giác mạc. Với phương pháp ghép kết mạc rìa tự thân, ưu điểm chỉ ra rằng vừa thuận lợi cho biểu mô hoá kết mạc, vừa ngăn chặn xơ mạch xâm lấn giác mạc. Đối với khối u lớn, sâu vào chiều dày giác mạc, phương pháp tối ưu là ghép giác mạc lớp hoặc ghép giác cùng mạc lớp.<sup>1</sup> Tuy nhiên vẫn đặt ra nguy cơ màng xơ mạch xâm lấn giác mạc. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật u bì kết giác mạc bằng phương pháp cắt u có ghép kết mạc rìa tự thân.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**3.1. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân có u bì kết giác mạc khám và được tiến hành

phẫu thuật cắt u có ghép kết mạc rìa tự thân từ 1/2018 đến 4/2025.

**2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.**

- Tuổi phẫu thuật >3
- Kích thước u: xâm lấn qua rìa giác mạc ≤ 3mm và xâm lấn ≤ 1/3 chiều dày giác mạc

**2.2. Tiêu chuẩn loại trừ.**

- Hồ sơ bệnh án không đủ thông tin cần thiết

**3.1. Phương pháp nghiên cứu**

Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu: cỡ mẫu thuận tiện

**3.1. Các bước tiến hành nghiên cứu**

Tiến hành thu thập thông tin nhóm đối tượng nghiên cứu thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ từ hồ sơ bệnh án, kết quả khám cũ. Đối tượng nghiên cứu được thu thập thông tin: tuổi, giới, triệu chứng cơ năng, lí do phẫu thuật, đặc điểm khối u, tổn thương kèm theo khác, quy trình phẫu thuật, điều trị sau phẫu thuật, tình trạng hậu phẫu về thị lực, mức độ biểu mô hoá, tình trạng mảnh ghép, tình trạng tái phát, biến chứng nếu có.

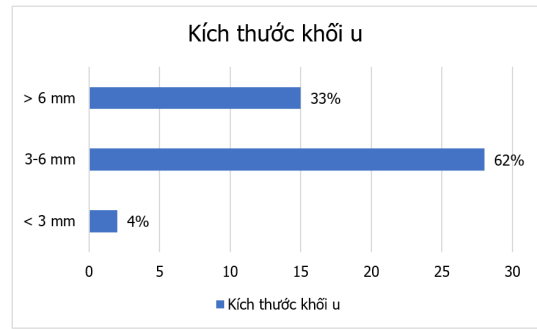
**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm bệnh nhân**

Từ 1/2018 đến 4/2025, 45 mắt (45 bệnh nhân được phẫu thuật, với tỷ lệ nam so với nữ xấp xỉ 1/1 (p<0.05). Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 13,1 ± 6,6 tuổi (thấp nhất là 5 tuổi, cao nhất là 30 tuổi). Lý do đến khám và tiến hành phẫu thuật chủ yếu do vấn đề về thẩm mỹ, chiếm 91,1% với 41/45 bệnh nhân.

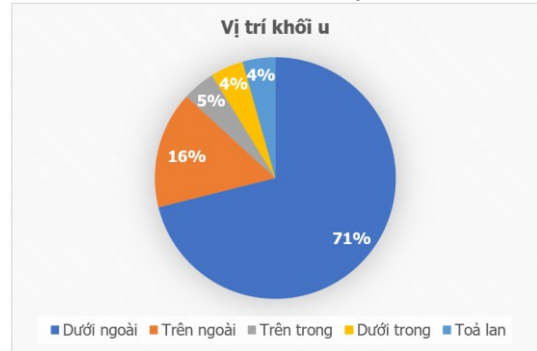
Đặc điểm		Số mắt	%
Số mắt		45	100
Tuổi trung bình		13,1 ± 6,6	
Giới	Nam	22	48,9
	Nữ	23	51,1
Độ tuổi	4-5 tuổi	16	35,6
	5-10 tuổi	17	37,8
	>10 tuổi	12	26,7
Lý do phẫu thuật	Nhìn mờ	4	8,9
	Thẩm mỹ	41	91,1

Có 41/45 mắt 1 khối u bì kết giác mạc vùng rìa, chiếm 91,1%, ngoài ra có 2 mắt có 1 khối u bì kết giác mạc phối hợp u mỡ bì và 2 mắt phối hợp choristoma cùng mạc. Kích thước khối u chủ yếu trong khoảng 3-6mm với 28 mắt, chiếm 62,2%. Có 2 mắt có kích thước khối u < 3mm được phẫu thuật trong nghiên cứu, chiếm 4,4% và có 15 mắt có kích thước khối u > 6mm (33,3%)



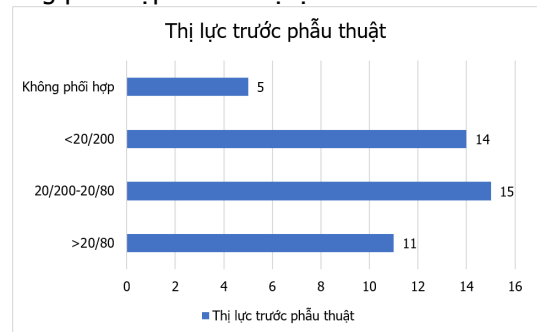
**Biểu đồ 3.1. Kích thước khối u**

Mắt phải bị bệnh ghi nhận với 26 mắt, chiếm 57,8%, mắt trái bị bệnh với 19 mắt, tức chiếm 42,2%. Vị trí khối u chủ yếu ở dưới ngoài với 32 mắt, chiếm 71,1%, có 2 mắt u toả lan quanh rìa và củng mạc. Trong 45 bệnh nhân, có 2 bệnh nhân kèm lác, 3 bệnh nhân mắc hội chứng Goldenhar, 1 bệnh nhân kèm sụp mi mắt bị bệnh.



**Biểu đồ 3.2. Vị trí khối u**

Thị lực không chỉnh kính trước phẫu thuật của bệnh nhân > 20/80 có 11 mắt, chiếm 24,4%, từ 20/200 đến 20/80 có 15 mắt (33,3%), dưới 20/200 có 14 bệnh nhân, còn 5 bệnh nhân không phối hợp để đo thị lực.

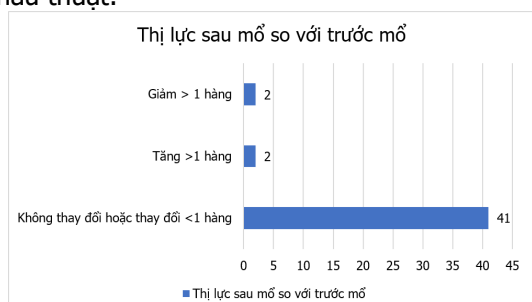


**Biểu đồ 3.3. Thị lực trước phẫu thuật**

**3.2. Kết quả phẫu thuật**

Kết quả phẫu thuật được đánh giá là tốt về giải phẫu nếu đạt các yếu tố sau: biểu mô hoá giác mạc hoàn toàn, không có dấu hiệu Dellen, sẹo giác mạc rìa mỏng, màng xơ mạch ít hoặc không xâm lấn giác mạc. Trong 45 mắt tiến hành

nghiên cứu, 45/45 mắt biểu mô hoá giác mạc hoàn toàn với thời gian trung bình 6,5 ngày (từ 5-8 ngày), đạt 100%. Màng xơ mạc xâm lấn rìa trong 3 trường hợp trong quá trình theo dõi hậu phẫu, chiếm 6,6%. Tổng quan lại, 42/45 mắt có kết quả phẫu thuật tốt về giải phẫu, chiếm 93,4%. Về kết quả thẩm mỹ, 45/45 bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật. Trong quá trình theo dõi, ít nhất 6 tháng – 5 năm, không có bệnh nhân nào tái phát u bì sau phẫu thuật. Có 91,1% bệnh nhân (41 mắt) có thị lực sau phẫu thuật không thay đổi hoặc thay đổi ít hơn 1 hàng so với trước phẫu thuật tại thời điểm 2 tháng sau phẫu thuật.



**Biểu đồ 3.4. Thị lực sau mổ 2 tháng so với trước mổ**

#### IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm bệnh nhân, nghiên cứu của chúng tôi gồm 45 bệnh nhân có độ tuổi trung bình  $13,1 \pm 6,6$  tuổi, với tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1:1. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của AlGhadeer et al. (2023)<sup>2</sup> (nghiên cứu trên 36 bệnh nhân, trung bình 12,8 đến 14,2 tuổi), cao hơn so với nghiên cứu của Jeong et al. (2023)<sup>3</sup> (nghiên cứu trên 24 bệnh nhân, trung bình  $9,5 \pm 3,1$  tuổi). Tỷ lệ giới tính trong nhiều nghiên cứu cũng không có khác biệt ý nghĩa.

Về kích thước khối u, trong nghiên cứu chúng tôi, 62,2% khối u có kích thước 3-6mm, 33,3% >6mm và 4,4% <3mm. Trong khi đó, nghiên cứu của Park et al. (2015)<sup>4</sup> nghiên cứu trên 14 bệnh nhân ghi nhận khối u trung bình  $4,2 \pm 1,6$ mm. Jeong et al. báo cáo 70,8% khối u <6mm, và 29,2% >6mm. Tỷ lệ xâm lấn giác mạc trong nghiên cứu chúng tôi giới hạn ở mức  $\leq 3$ mm qua rìa và  $\leq 1/3$  chiều dày giác mạc, tương đồng với tiêu chuẩn lựa chọn phẫu thuật cắt đơn thuần hoặc có ghép mô sinh học. Trong nghiên cứu Meng Xin et al. (2016)<sup>5</sup> nghiên cứu trên 85 mắt với các mắt được ghép giác mạc lớp hoặc xuyên, khoảng 40% khối u xâm lấn >1/2 chiều dày giác mạc, yêu cầu ghép giác mạc lớp.

Thời gian biểu mô hoá giác mạc trung bình trong nghiên cứu chúng tôi là 6,5 ngày (5-8 ngày), tương đương với nghiên cứu của Jeong et al. và cộng sự<sup>3</sup> tiến hành theo phương pháp cắt u có ghép kết mạc rìa tự thân, không khâu, sử dụng keo sinh học dán mảnh ghép (6-7 ngày), cũng tương đương nghiên cứu Pirouzian et al. (2011) khoảng 7-8 ngày<sup>6</sup> sử dụng phương pháp cắt u có ghép màng ối đa lớp và sử dụng keo sinh học. Kết quả biểu mô hoá trong nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu trên nhanh hơn kết quả nghiên cứu của Lang et al. và cộng sự (2014).<sup>7</sup> Nghiên cứu của Lang et al. sử dụng nhiều kĩ thuật khác nhau trong đó 7/14 mắt là cắt u đơn thuần không ghép tổ chức, 7/14 mắt tiến hành ghép màng ối có hoặc không áp Mitomycin C, thời gian biểu mô hoá trung bình là 8-12 ngày. Tỷ lệ biểu mô hoá hoàn toàn đạt 100% trong nghiên cứu của chúng tôi, trong khi các nghiên cứu không ghép tổ chức trong nghiên cứu của Lang et al. thị tỷ lệ biểu mô hoá hoàn toàn chỉ đạt 85-90%.

Về kết quả giải phẫu, nghiên cứu chúng tôi đạt tỷ lệ 93,4% kết quả tốt về giải phẫu (biểu mô hoá đầy đủ, không có dấu hiệu Dellen, màng xơ mạc ít hoặc không xâm lấn), tương đương nghiên cứu của Jeong et al. (91,6%).<sup>3</sup> So sánh với Lang et al. (2014),<sup>7</sup> tỷ lệ giải phẫu tốt chỉ đạt 85%, nguyên nhân chủ yếu là do sử dụng kỹ thuật cắt u đơn thuần (7/11 mắt) hoặc ghép màng ối, dẫn đến biểu mô hóa chậm, hình thành dellen, hoặc màng xơ mạc tái phát cao hơn trong quá trình theo dõi. Xét riêng về tỷ lệ màng xơ mạc xâm lấn sau mổ, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ghi nhận 3/45 mắt (6,6%) có hiện tượng này, và tất cả đều giới hạn ở vùng rìa, không ảnh hưởng thị lực. Trong khi đó, Pirouzian et al. (2025)<sup>6</sup> ghi nhận tỷ lệ màng xơ mạc xâm lấn lên đến 12%, phần lớn ở các ca ghép màng ối đơn thuần, không có hàng rào tế bào limbal ngăn chặn sự tân mạch hoá từ kết mạc. Tương tự, Lang et al.<sup>7</sup> cũng ghi nhận tỷ lệ ~20% mắt có tân mạch tái phát xâm lấn, đặc biệt trong các ca không ghép che phủ mô hoặc chỉ ghép màng ối đơn lớp, cho thấy thiếu ổn định về cấu trúc bề mặt sau mổ. Những kết quả này cho thấy rằng việc sử dụng ghép kết mạc rìa tự thân trong nghiên cứu của chúng tôi có thể đã mang lại lợi thế sinh học rõ rệt nhờ vào sự hiện diện của tế bào gốc vùng rìa, giúp phục hồi biểu mô nhanh, duy trì rào chắn chống mạch hoá, và ổn định bề mặt giác mạc lâu dài, từ đó nâng cao hiệu quả giải phẫu toàn diện hơn so với các kỹ thuật không dùng mô tự thân sống.