

cậy hơn trong đánh giá tiến triển cận thị.⁵

Nghiên cứu còn một số hạn chế, bao gồm cỡ mẫu nhỏ, thời gian theo dõi ngắn và thiếu nhóm chứng. Do đó, các nghiên cứu tiếp theo với thiết kế có đối chứng, quy mô lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn là cần thiết để khẳng định hiệu quả lâu dài của phương pháp. Mặc dù vậy, dữ liệu bước đầu cho thấy tròng kính vi thấu kính phi cầu bậc cao là phương pháp không xâm lấn, dễ tuân thủ và có tiềm năng ứng dụng trong kiểm soát cận thị ở trẻ em.

V. KẾT LUẬN

Tròng kính vi thấu kính phi cầu bậc cao bước đầu cho thấy hiệu quả trong việc làm chậm tiến triển độ cận và hạn chế sự kéo dài trục nhãn cầu ở trẻ em sau 6 tháng theo dõi, với tỷ lệ kiểm soát đạt mức tốt trở lên tương đương các phương pháp quang học không xâm lấn khác. Đây là phương pháp an toàn, dễ tuân thủ và có tiềm năng ứng dụng trong thực hành lâm sàng. Tuy nhiên, cần có các nghiên cứu tiếp theo với thiết kế có đối chứng, cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để xác nhận hiệu quả lâu dài của phương pháp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Holden BA, Fricke TR, Wilson DA, et al. Global Prevalence of Myopia and High Myopia and Temporal Trends from 2000 through 2050. *Ophthalmology*. 2016;123(5):1036-1042.
2. Zhang XJ, Zaabaar E, French AN, et al. Advances in myopia control strategies for children. *Br J Ophthalmol*. 2025;109(2):165-176.
3. Smith EL. Optical treatment strategies to slow myopia progression: effects of the visual extent of the optical treatment zone. *Exp Eye Res*. 2013;114:77-88.
4. Bao J, Yang A, Huang Y, et al. One-year myopia control efficacy of spectacle lenses with aspherical lenslets. *Br J Ophthalmol*. 2022;106(8):1171-1176.
5. Brennan NA, Toubouti YM, Cheng X, Bullimore MA. Efficacy in myopia control. *Prog Retin Eye Res*. 2021;83:100923.
6. Gifford KL, Richdale K, Kang P, et al. IMI - Clinical Management Guidelines Report. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2019;60(3):M184-M203.
7. Lam CSY, Tang WC, Tse DY yin, et al. Defocus Incorporated Multiple Segments (DIMS) spectacle lenses slow myopia progression: a 2-year randomised clinical trial. *Br J Ophthalmol*. 2020;104(3):363-368.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ SỤP MI TÁI PHÁT BẰNG PHƯƠNG PHÁP TREO CÂN NGANG TRÊN MỖ RỘNG

Phan Thị Thảo¹, Vũ Thị Quế Anh¹, Phạm Trọng Văn¹,
Nguyễn Thị Mai Hương², Nguyễn Thị Thu Hiền³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật treo cân ngang trên mỏ rộng điều trị bệnh sụp mí tái phát.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu trên 20 bệnh nhân (25 mắt) sụp mí tái phát được phẫu thuật bằng phương pháp treo cân ngang trên mỏ rộng trong giai đoạn từ 01/2024 đến 01/2026 tại Bệnh viện Mắt Trung ương. Kết quả phẫu thuật được đánh giá tại các thời điểm 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng sau mổ dựa trên các tiêu chí: mức độ chỉnh sụp mí, độ cân xứng hai mí, biến chứng sau phẫu thuật và mức độ hài lòng của bệnh nhân.

Kết quả: Tại lần theo dõi cuối cùng, 22 mắt (88%) đạt kết quả chỉnh sụp đạt yêu cầu, trong đó 9 mắt (36%) đạt mức rất tốt và 13 mắt (52%) đạt mức tốt; 3 mắt (12%) chỉnh sụp không đủ. Có 18 bệnh nhân (90%) đạt độ cân xứng hai mí tốt, 2 bệnh nhân (10%) đạt mức trung bình và không có trường hợp nào kém. Không ghi nhận tụ máu, nhiễm trùng, viêm giác mạc do hở, quặm mí, lật mí hoặc rối loạn vận nhãn. Hở mí tồn dư gặp ở 23/25 mắt (92%), chủ yếu mức độ nhẹ, với giá trị trung bình $0,66 \pm 0,34$ mm và không kèm tổn thương giác mạc. Sa kết mạc xuất hiện ở 3 mắt (12%) trong tuần đầu sau mổ và cải thiện hoàn toàn sau điều trị nội khoa. Tỷ lệ hài lòng chung của bệnh nhân đạt 90%.

Kết luận: Phẫu thuật treo cân ngang trên mỏ rộng là phương pháp an toàn, khả thi và hiệu quả trong điều trị sụp mí tái phát, đặc biệt ở những trường hợp sụp mí trung bình đến nặng kèm chức năng cơ nâng mí trung bình hoặc kém. Phương pháp này giúp cải thiện tốt độ mở khe mí, độ cân xứng hai bên và mang lại mức độ hài lòng cao, với các biến chứng chủ yếu nhẹ và có thể kiểm soát được.

Từ khóa: Sụp mí tái phát, treo cân ngang trên mỏ rộng, phẫu thuật sụp mí.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên

³Bệnh viện Mắt Trung Ương

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Thảo.

Email: Thaophan220499@gmail.com.

Mã bài: N545

Ngày nhận bài: 10/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 8/4/2026

Ngày duyệt bài: 11/5/2026

SUMMARY

EVALUATION OF SURGICAL OUTCOMES IN THE TREATMENT OF RECURRENT PTOSIS USING THE TRANSVERSE SUPERIOR FASCIAL EXPANSION TECHNIQUE

Objective: To evaluate the surgical outcomes of transverse superior fascial expansion suspension in the treatment of recurrent ptosis. **Subjects and Methods:** A retrospective study was conducted on 20 patients (25 eyelids) with recurrent ptosis who underwent transverse superior fascial expansion suspension between January 2024 and January 2026 at the Vietnam National Eye Hospital. Surgical outcomes were assessed at 1 week, 1 month, and 3 months postoperatively based on the following parameters: degree of ptosis correction, eyelid symmetry, postoperative complications, and patient satisfaction.

Results: At the final follow-up, 22 eyes (88%) achieved satisfactory correction, including 9 eyes (36%) with very good outcomes and 13 eyes (52%) with good outcomes; undercorrection was noted in 3 eyes (12%). Good eyelid symmetry was achieved in 18 patients (90%), while 2 patients (10%) had fair symmetry; no cases of poor symmetry were observed. No hematoma, infection, exposure keratopathy, entropion, ectropion, or extraocular motility disturbance was recorded. Residual lagophthalmos was present in 23/25 eyes (92%), mostly mild in degree, with a mean value of 0.66 ± 0.34 mm, and without corneal involvement. Conjunctival prolapse occurred in 3 eyes (12%) during the first postoperative week and resolved completely after medical treatment. The overall patient satisfaction rate was 90%.

Conclusion: Transverse superior fascial expansion suspension is a safe, feasible, and effective procedure for the treatment of recurrent ptosis, particularly in patients with moderate to severe ptosis associated with moderate or poor levator function. This technique provides good improvement in palpebral fissure height and eyelid symmetry, with a high level of patient satisfaction. Postoperative complications were generally mild and manageable.

Keywords: recurrent ptosis, transverse superior fascial expansion suspension, conjoint fascial sheath suspension, ptosis surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sụp mí là bệnh lý thường gặp của mí mắt, đặc trưng bởi tình trạng bờ mí trên thấp hơn vị trí giải phẫu bình thường ở tư thế nhìn thẳng. Tình trạng này không chỉ ảnh hưởng đến thẩm mỹ khuôn mặt mà còn có thể gây ảnh hưởng đến chức năng thị giác. Nhiều kỹ thuật phẫu thuật khác nhau đã được mô tả và chứng minh hiệu quả trong điều trị sụp mí, bao gồm tác động lên cơ nâng mí và cơ trán. Tuy nhiên, ngay cả khi áp dụng các phương pháp nói trên, tái phát sụp mí vẫn là một trong những biến chứng thường gặp. Khác với sụp mí nguyên phát, phẫu thuật điều trị sụp mí tái phát đòi hỏi phẫu thuật viên phải đối mặt với nhiều thách thức hơn. Tình trạng xơ hóa, dính mô, mất các mốc giải phẫu, các

cơ suy giảm hoặc mất tổ chức do phẫu thuật trước khiến việc xác định các cấu trúc giải phẫu, bóc tách, bộc lộ tổ chức trở nên khó khăn hơn. Từ đó đặt ra nhiều thách thức cho các phẫu thuật viên trong việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật tiếp theo để hạn chế tối đa nguy cơ tái phát.

Trong những năm gần đây, kỹ thuật treo cân ngang trên mở rộng (Conjoint fascial sheath—CFS hay Transverse superior fascial expansion—TSFE) đã được quan tâm như một lựa chọn mới trong điều trị sụp mí, đặc biệt ở các trường hợp nặng như sụp mí tái phát hoặc chức năng cơ nâng mí kém. Cấu trúc này được Holmström ứng dụng lần đầu tiên vào năm 2002 để điều trị sụp mí bẩm sinh và kể từ đó, kỹ thuật treo cân ngang trên mở rộng ngày càng trở nên phổ biến.¹ Về mặt giải phẫu, cân ngang trên mở rộng là một cấu trúc mô sợi dày, nằm ở khoảng gian cơ giữa 1/3 trước của cơ trực trên và cơ nâng mí trên, chứa nhiều sợi collagen và elastin, giúp mang lại cả độ đàn hồi và độ bền cao. Nó cung cấp cả lực treo tĩnh từ tính đàn hồi của cấu trúc và lực treo động từ cơ nâng mí và cơ thẳng trên, giúp duy trì sự chuyển động tự nhiên của mí mắt.^{2,3} Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá kết quả phẫu thuật treo cân ngang trên mở rộng trong điều trị sụp mí tái phát, qua đó góp phần định hướng ứng dụng lâm sàng của kỹ thuật này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu được thực hiện trên bệnh nhân sụp mí tái phát được phẫu thuật treo cân ngang trên mở rộng từ tháng 01/2024 đến tháng 01/2026. Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án và kết quả khám trước và sau can thiệp. Phần mềm SPSS 20.0 và các kiểm định thống kê được sử dụng để phân tích các biến số, chỉ số nghiên cứu. Các tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm: (1) Sụp mí đã được phẫu thuật một hoặc nhiều lần trước đó nhưng tái phát, (2) Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật sụp mí trước đó ≥ 6 tháng, (3) Nhãn cầu được vận động tốt theo mọi hướng. Tất cả bệnh nhân đều không mắc hội chứng nháy mắt hàm Marcus-gunn, không có các tổn thương giác mạc nặng, không mắc các bệnh lý toàn thân nặng hoặc bệnh lý cơ gây sụp mí, không có tiền sử chấn thương mí mắt hay u vùng mí mắt.

Trước phẫu thuật, các chỉ số được thu thập bao gồm: Tuổi, giới, bên mắt tổn thương, mức độ sụp mí, chức năng cơ nâng mí. Việc đánh giá sau phẫu thuật được theo dõi vào thời điểm 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật. Các tiêu chí đánh giá gồm: Hiệu quả chỉnh sụp mí, mức độ đối xứng của hai mí và các biến chứng. Hiệu quả chỉnh sụp mí được phân loại thành: Chỉnh sụp rất tốt (MRD1 ≥ 3.5

mm), Chỉnh sụn tốt ($3\text{ mm} < \text{MRD1} < 3.5\text{ mm}$), chỉnh sụn không đủ ($\text{MRD1} < 3\text{ mm}$). Mức độ đối xứng 2 mí dựa trên chênh lệch MRD1 giữa 2 bên mắt: mức độ tốt khi chênh lệch $< 1\text{ mm}$, trung bình khi chênh lệch từ $1-2\text{ mm}$, kém khi chênh lệch $> 2\text{ mm}$. Các biến chứng được theo dõi bao gồm: Nhiễm trùng, chảy máu, sa kết mạc, hờ mí, mí không áp sát bề mặt nhãn cầu, quặm mí, lật mí và rối loạn vận nhãn. Mức độ hài lòng sau phẫu thuật do bệnh nhân tự đánh giá.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Dữ liệu trước phẫu thuật của bệnh nhân được tóm tắt trong bảng 3.1. Kết quả sau phẫu thuật được trình bày trong bảng 3.2.

Bảng 3.1. Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật

Biến số		Giá trị
Số lượng bệnh nhân		20
Số mắt		25
Tuổi (năm)		$32,75 \pm 18,00$ tuổi
Giới	Nam	7 (35%)
	Nữ	13 (65%)
MRD1 trước PT		$-0,08 \pm 1,04\text{ mm}$
Mức độ sụp mí	Nhẹ	1 (4%)
	Vừa	7 (28%)
	Nặng	17 (68%)
Chức năng cơ nâng mí trước PT	Tốt – Khá	0
	Trung bình	9 (36%)
	Kém	16 (64%)

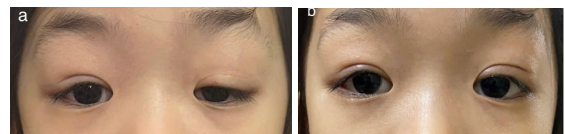
Trong nghiên cứu này, tổng cộng có 20 bệnh nhân (25 mắt) sụp mí tái phát được đưa vào nghiên cứu, trong đó có 15 bệnh nhân (75%) sụp mí 1 bên, 5 bệnh nhân (25%) sụp mí cả 2 bên. Trong số đó, có 13 bệnh nhân nữ (65%) và 7 bệnh nhân nam (35%). Tuổi của bệnh nhân dao động từ 7 tuổi đến 66 tuổi, trung bình là $32,75 \pm 18,00$ tuổi. Giá trị MRD1 trước phẫu thuật trung bình là $-0,08 \pm 1,04\text{ mm}$, trong đó, sụp mí mức độ nặng gặp ở 17 mắt (68%), sụp mí mức độ vừa là 7 mắt (28%) và chỉ có 1 mắt (4%) sụp mí mức độ nhẹ.

Tại lần theo dõi cuối cùng, 22 mí mắt (88%) đạt được mức chỉnh sụn đạt yêu cầu, trong đó 9 mí mắt (36%) đạt chỉnh sụn rất tốt với MRD1 trung bình là $4,06 \pm 0,17\text{ mm}$, và 13 mí mắt (52%) đạt chỉnh sụn tốt với MRD1 trung bình là $3,38 \pm 0,19\text{ mm}$, 3 mí mắt

còn lại (12%) bị chỉnh sụn không đủ. Trong tổng số 20 bệnh nhân, có 18 bệnh nhân (90%) đạt được độ cân xứng tốt, chỉ có 2 bệnh nhân (10%) đạt được độ cân xứng trung bình và không có bệnh nhân nào đạt độ cân xứng kém. Không có trường hợp nào gặp tụ máu, nhiễm trùng, mí không áp vào bề mặt nhãn cầu, viêm giác mạc do hờ, quặm mí, lật mí, hay rối loạn vận nhãn. Sau 3 tháng, có 23 mắt còn hờ mí tồn dư nhưng không kèm lộ giác mạc, với mức độ trung bình là $0,66 \pm 0,34\text{ mm}$. Tại thời điểm 1 tuần sau phẫu thuật, có 2 bệnh nhân (3 mắt) có sa kết mạc, và được điều trị nội khoa, sau 1 tháng tình trạng sa kết mạc được cải thiện. Về khảo sát mức độ hài lòng của bệnh nhân, có 10 bệnh nhân rất hài lòng, 9 bệnh nhân hài lòng và 1 bệnh nhân không hài lòng; tỷ lệ hài lòng chung là 90%. Hình 1 là hình minh họa của bệnh nhân đại diện.

Bảng 3.2. Kết quả sau phẫu thuật

Biến số		Giá trị
Hiệu quả chỉnh sụn mí (mắt)	Chỉnh sụn rất tốt	9 (36%)
	Chỉnh sụn tốt	13 (52%)
	Chỉnh sụn không đủ	3 (12%)
Độ cân xứng (bệnh nhân)	Tốt	18 (90%)
	Trung bình	2 (10%)
	Kém	0 (0%)
Biến chứng sau phẫu thuật (mắt)	Sa kết mạc	3 (12%)
	Hờ mí tồn dư	23 (92%)
Mức độ hài lòng của bệnh nhân (bệnh nhân)	Rất hài lòng	10 (50%)
	Hài lòng	9 (40%)
	Không hài lòng	1 (10%)



Hình 1. Bệnh nhân nữ, 7 tuổi. Phẫu thuật treo cân ngang trên mở rộng được thực hiện cho mắt trái để điều trị sụp mí tái phát. a) Ảnh trước phẫu thuật: Mi mắt trái sụp mí mức độ nặng. b) Ảnh sau phẫu thuật 3 tháng: mí mắt trái đạt hiệu quả chỉnh sụn rất tốt và độ cân xứng tốt.

IV. BÀN LUẬN

Tái phát sụp mí là một trong những biến chứng thường gặp sau phẫu thuật sụp mí, thường gặp ở các

trường hợp có mức độ sụp từ trung bình đến nặng. Các phương pháp điều trị kinh điển chủ yếu dựa trên việc can thiệp vào cơ nâng mi hoặc cơ trán, và hiệu quả của các kỹ thuật này đã được ghi nhận rộng rãi trong thực hành lâm sàng. Tuy nhiên, ở những trường hợp sụp mi tái phát, tổn thương thường không chỉ đơn thuần là sự xuống thấp của bờ mi mà còn đi kèm với rối loạn chức năng cơ, tổn thương cơ thứ phát và tình trạng sẹo xơ vùng mi trên. Những thay đổi này làm biến dạng các mốc giải phẫu, khiến việc lựa chọn lại phương pháp phẫu thuật trước đó trở nên không còn phù hợp. Vì vậy, ở nhóm bệnh nhân này, cần có những phương pháp phẫu thuật thay thế phù hợp hơn, vừa tận dụng được các cấu trúc giải phẫu còn bảo tồn, vừa hạn chế tối đa nguy cơ tái phát và biến chứng sau mổ.

Về cân ngang trên mở rộng (TSFE), đây là một lớp mô sợi dày, nằm trong khoang gian cơ giữa 1/3 trước của cơ trực trên và cơ nâng mi trên, nó có ưu thế lớn về giải phẫu và mô học trong điều trị sụp mi. Thứ nhất, hướng treo cân ngang trên trùng với hướng của vector lực nâng mi, giúp mô phồng gần giống nhất hướng nâng sinh lý của mi, từ đó giúp giảm các nguy cơ biến chứng sau mổ. Thứ hai, về mặt mô học, TSFE được tạo thành chủ yếu từ các sợi collagen đặc, sắp xếp theo hướng ngang, xen kẽ một số lượng nhỏ sợi đàn hồi elastin. Nhờ đó, TSFE vừa có tính ổn định về mặt cơ học, vừa có độ co giãn nhất định để đáp ứng sự thay đổi vị trí tương đối giữa cơ nâng mi trên và cơ trực trên khi mắt vận động, giúp giảm được tình trạng mắt động vận mi nhãn cầu và hờ mi tồn dư sau mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số mắt có mức độ sụp mi nặng trước mổ (68%), không có trường hợp nào còn chức năng cơ nâng mi tốt-khả, trong khi 64% mắt có chức năng cơ nâng mi kém. Đặc điểm này cho thấy đây là nhóm bệnh nhân tương đối nặng và phù hợp với chỉ định của các kỹ thuật treo sử dụng cân ngang trên mở rộng. Kết quả nghiên cứu cho thấy 22 mắt (88%) đạt chỉnh sụp đạt yêu cầu, trong đó 36% mắt đạt mức chỉnh sụp rất tốt và 52% đạt mức chỉnh sụp tốt. Đồng thời, 90% bệnh nhân đạt độ cân xứng tốt và không có trường hợp nào cân xứng kém. Tỷ lệ này thấp hơn đôi chút so với nghiên cứu của Hao và cộng sự (2022) với 95,8% mắt đạt chỉnh sụp đạt yêu cầu nhưng lại cho thấy độ cân xứng tốt cao hơn rõ rệt so với tỷ lệ 68,4% mà tác giả này báo cáo.² Khác biệt này có thể liên quan đến cỡ mẫu nhỏ hơn, thời gian theo dõi ngắn hơn, đặc điểm mô sẹo không đồng nhất giữa các bệnh nhân. Một điểm đáng chú ý là MRD1 trung bình ở nhóm chỉnh sụp rất tốt của chúng tôi đạt $4,06 \pm 0,17$ mm, còn nhóm chỉnh sụp tốt đạt $3,38 \pm 0,19$

mm. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Hao và cộng sự (2022), khi nhóm đạt mức chỉnh sụp cao có MRD1 trung bình $4,3 \pm 0,38$ mm và nhóm chỉnh sụp bình thường có MRD1 trung bình $3,2 \pm 0,25$ mm.² Như vậy, xét trên phương diện độ nâng mi sau mổ, kết quả của chúng tôi cho thấy kỹ thuật treo cân ngang trên mở rộng có khả năng tạo được chiều cao mi tương đối gần sinh lý, ngay cả ở nhóm sụp mi tái phát.

Về biến chứng, chúng tôi không ghi nhận tụ máu, nhiễm trùng, mi không áp sát bề mặt nhãn cầu, viêm giác mạc do hờ, quặm mi, lật mi hay rối loạn vận nhãn. Kết quả này phù hợp với nhận định của Hao và cộng sự (2022) rằng việc sử dụng treo cân ngang trên mở rộng ít ảnh hưởng lên cấu trúc giải phẫu mi mắt, cùng với đặc điểm của hệ thống tạo lực treo và kết cấu mô, nhờ đó làm giảm nguy cơ các biến chứng như tách mi khỏi nhãn cầu, quặm mi, lật mi và tổn thương vận nhãn.² Tuy nhiên, hờ mi tồn dư sau mổ vẫn là biến chứng thường gặp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 3 tháng có 23 mắt còn hờ mi tồn dư với mức độ trung bình $0,66 \pm 0,34$ mm. Tuy nhiên, không có trường hợp nào ghi nhận hờ giác mạc. Wang và cs (2025) cho thấy hờ mi xuất hiện ở tất cả các mắt ngay sau phẫu thuật nhưng giảm dần theo thời gian, còn $0,92 \pm 0,72$ mm ở lần theo dõi cuối cùng.⁶ Như vậy, hờ mi sau treo cân ngang trên mở rộng có vẻ là hiện tượng thường gặp, song phần lớn ở mức độ nhẹ và có xu hướng cải thiện dần theo thời gian.

Sa kết mạc cũng là một biến chứng cần lưu ý. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3 mắt sa kết mạc tại thời điểm 1 tuần sau mổ và đều cải thiện với điều trị nội khoa sau 1 tháng. So với nghiên cứu của Hao và cộng sự (2022), tỷ lệ sa kết mạc của chúng tôi thấp hơn, bởi tác giả này ghi nhận 10 mí mắt có sa kết mạc tồn dư tại thời điểm 3 tháng sau mổ và cần cắt kết mạc dưới gây tê tại chỗ.²

Tỷ lệ hài lòng chung của bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi là 90%, cao hơn mức 77,78% trong nghiên cứu của Wang và cộng sự (2025).⁶ Kết quả này có thể phản ánh không chỉ hiệu quả nâng mi mà còn liên quan tới mức độ cân xứng hai bên cao trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi. Mặc dù vậy, cần lưu ý rằng đánh giá hài lòng mang tính chủ quan và phụ thuộc vào kỳ vọng thẩm mỹ, tuổi bệnh nhân, tình trạng sẹo cũ cũng như thời gian theo dõi sau mổ.

Bên cạnh những kết quả khả quan, nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số hạn chế như cỡ mẫu còn nhỏ, thời gian theo dõi ngắn, trong khi MRD1 sau các phẫu thuật treo có thể giảm dần theo thời gian, như xu hướng mà Wang và cộng sự (2025)

đã mô tả và nghiên cứu chưa có nhóm chứng để so sánh trực tiếp với các phương pháp khác. Do đó, các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn, theo dõi dài hơn và thiết kế so sánh với nhóm đối chứng sẽ cần thiết để xác định rõ hơn hiệu quả của kỹ thuật treo cân ngang trên mở rộng trong điều trị sụp mí tái phát.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật treo cân ngang trên mở rộng cho thấy hiệu quả tốt trong điều trị sụp mí tái phát, đặc biệt ở các trường hợp sụp mí trung bình đến nặng kèm chức năng cơ nâng mí trung bình hoặc kém. Phương pháp này giúp cải thiện rõ độ mở khe mí, độ cân xứng hai bên và mức độ hài lòng của người bệnh, trong khi biến chứng sau mổ ít gặp, chủ yếu nhẹ và có thể kiểm soát được. Những kết quả này cho thấy treo cân ngang trên mở rộng là một lựa chọn phẫu thuật an toàn, khả thi và có giá trị lâm sàng trong điều trị sụp mí tái phát - một nhóm bệnh lý vốn phức tạp do biến đổi giải phẫu và sẹo xơ sau các lần can thiệp trước. Tuy nhiên, do nghiên cứu được thực hiện với cỡ mẫu còn nhỏ, thiết kế hồi cứu và thời gian theo dõi ngắn, vẫn cần thêm các nghiên cứu có quy mô lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn và có nhóm đối chứng để đánh giá đầy đủ hơn hiệu quả

lâu dài cũng như vai trò của phương pháp này trong điều trị sụp mí tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Holmström H, Santanelli F. Suspension of the eyelid to the check ligament of the superior fornix for congenital blepharoptosis. *Scandinavian journal of plastic and reconstructive surgery and hand surgery*. 2002;36(3):149-156.
2. Hao D-Y, Cang Z-Q, Cui J-B, et al. Conjoint fascial sheath suspension for correction of recurrent blepharoptosis. *Aesthetic Plastic Surgery*. 2022;46(2):744-751.
3. Liu Z, Jia X, Pang R, Wang H, Shi J, Bai P. Research on the expression of elastin in the conjoint fascial sheath for the correction of severe unilateral congenital blepharoptosis. *BMC ophthalmology*. 2022;22(1):256.
4. Ke Y, Meng J, Zhou M, et al. The Recurrence of Ptosis after Correction Surgery Is Associated with Refractive Error. *Medicina*. 2023;59(3):630.
5. Qiu Y, Sun D, Pan P, et al. Conjoint fascial sheath suspension for severe blepharoptosis through palpebral margin incision. *Aesthetic Plastic Surgery*. 2022;46(5):2301-2309.
6. Wang H, Liu Z, Shi J, et al. Efficacy of Combined Conjoint Fascial Sheath and Levator Muscle Composite Flap Suspension for Recurrent Severe Ptosis. *Aesthetic Plastic Surgery*. 2025;49(9):2411-2418.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ PHÂN LOẠI HỘI CHỨNG ĐỘNG KINH Ở TRẺ NHŨ NHI TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Nguyễn Thị Thùy Vân¹, Lê Văn Tuấn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Động kinh khởi phát sớm giai đoạn nhũ nhi là nhóm bệnh lý thần kinh nặng, thường kèm nguy cơ kháng thuốc, chậm phát triển tâm vận và tử vong sớm. Việc mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân loại hội chứng có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng.

Mục tiêu: Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân loại theo hội chứng ở trẻ động kinh khởi phát sớm giai đoạn nhũ nhi.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 100 bệnh nhi khởi phát cơn động kinh trước 2

tuổi, điều trị tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 06/2022 đến 09/2022. Các đặc điểm lâm sàng, điện não đồ (EEG), cộng hưởng từ não (MRI) và phân loại hội chứng theo ILAE được ghi nhận và phân tích mô tả.

Kết quả: EEG được thực hiện ở 97% bệnh nhi, trong đó 51,55% có bất thường. MRI não được thực hiện ở 93% trường hợp, ghi nhận nhiều dạng bất thường cấu trúc não. Theo phân loại ILAE, bệnh não phát triển và động kinh chiếm tỷ lệ cao nhất (19%), tiếp theo là hội chứng động kinh có nguyên nhân chuyên biệt khác (10%) và hội chứng co thắt nhũ nhi (7%). Có 44% trường hợp chưa phân loại được hội chứng.

Kết luận: Động kinh khởi phát sớm giai đoạn nhũ nhi có biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng đa dạng. Phân loại hội chứng theo ILAE giúp hệ thống hóa chẩn đoán và hỗ trợ quản lý bệnh nhi.

Từ khóa: Từ khóa: Động kinh, nhũ nhi, ILAE 2022, cục bộ tiến triển thành co cứng co giật hai bên, bệnh não phát triển và động kinh, HIE.

¹Bệnh viện Nhi Đồng 1

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thùy Vân

Email: drthuyvanneuro@gmail.com

Mã bài: N551

Ngày nhận bài: 2/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 2/4/2026

Ngày duyệt bài: 2/5/2026