

KHUYẾT MI BẨM SINH: BÁO CÁO CHÙM CA BỆNH VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT

Nguyễn Hữu Thuyết¹, Nguyễn Quốc Anh², Phạm Thị Ngọc Bích², Vũ Thị Quế Anh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị khuyết mi bẩm sinh ở trẻ em.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả chùm ca bệnh được thực hiện trên các bệnh nhân được chẩn đoán khuyết mi bẩm sinh và được phẫu thuật tái tạo mi tại Khoa tạo hình thẩm mỹ mắt và vùng mặt – Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2025. Các đặc điểm lâm sàng, phương pháp phẫu thuật và kết quả sau mổ được thu thập và phân tích.

Kết quả: Có 5 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, gồm 3 nam và 2 nữ. Tuổi trung bình tại thời điểm phẫu thuật là 31,2 tháng. Khuyết mi trên chiếm đa số với 4 trường hợp, khuyết mi dưới ghi nhận ở 1 trường hợp. Kích thước tổn thương từ 20% đến 80% chiều dài mi. Phẫu thuật khâu trực tiếp được thực hiện ở 4 trường hợp và kỹ thuật vạt xoay có cuống được áp dụng ở 1 trường hợp. Sau phẫu thuật, tất cả bệnh nhân đều đạt kết quả chức năng và thẩm mỹ từ mức trung bình (2/5) tới mức tốt (3/5), không ghi nhận biến chứng đáng kể trong thời gian theo dõi trung bình 3 tháng.

Kết luận: Phẫu thuật tái tạo sớm trong khuyết mi bẩm sinh giúp phục hồi giải phẫu mi mắt và bảo vệ giác mạc hiệu quả. Lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật phụ thuộc chủ yếu vào kích thước tổn thương của mi.

Từ khóa: Khuyết mi bẩm sinh, tái tạo mi mắt, phẫu thuật tạo hình mi, chùm ca bệnh.

SUMMARY

CONGENITAL EYELID COLOBOMA: A CASE SERIES AND SURGICAL MANAGEMENT

Objective: To describe the clinical characteristics and evaluate the surgical management of congenital eyelid colobomas.

Methods: A descriptive cross-sectional case series was conducted on patients diagnosed with congenital eyelid coloboma who underwent eyelid reconstruction surgery at the Oculoplastic and Orbital Surgery Department, Vietnam National Institute of Ophthalmology, from January 2024 to December 2025. Clinical characteristics, surgical techniques, and postoperative outcomes were collected and analyzed.

Results: A total of 5 patients were included, comprising

3 males and 2 females. The mean age at the time of surgery was 31.2 months. Upper eyelid defects were predominant, accounting for 4 cases, while lower eyelid involvement was observed in 1 case. The defect size ranged from 20% to 80% of the eyelid length. Direct closure was performed in 4 cases, and a pedicled rotational flap technique was applied in 1 case. Postoperatively, all patients achieved functional and aesthetic outcomes ranging from fair (2/5) to good (3/5), with no significant complications observed during a mean follow-up period of 3 months.

Conclusion: Early surgical reconstruction in congenital eyelid coloboma effectively restores eyelid anatomy and provides adequate corneal protection. The choice of surgical technique primarily depends on the size of the eyelid defect.

Keywords: Congenital eyelid coloboma, eyelid reconstruction, oculoplastic surgery, case series.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuyết mi bẩm sinh là một dị tật hiếm gặp của mi mắt, đặc trưng bởi sự thiếu hụt một phần hoặc toàn bộ chiều dày của mi mắt ngay từ khi sinh. Dị tật này hình thành do sự rối loạn trong quá trình phát triển và hợp nhất của các nếp mi trong giai đoạn phôi thai, thường xảy ra vào khoảng tuần thứ 6 đến tuần thứ 8 của thai kỳ. Khuyết mi có thể xảy ra đơn độc hoặc kết hợp với các hội chứng dị dạng sọ mặt như hội chứng Goldenhar, hội chứng Treacher Collins hoặc các khe hở mặt bẩm sinh. Vị trí thường gặp nhất là mi trên, đặc biệt ở vùng trung tâm hoặc phía trong của mi. Mức độ ảnh hưởng của bệnh phụ thuộc vào vị trí, kích thước khuyết mi. Những khuyết nhỏ có thể ít gây triệu chứng, trong khi các khuyết lớn có thể gây hở giác mạc kéo dài dẫn đến khô mắt, viêm giác mạc hoặc loét giác mạc, thậm chí ảnh hưởng nghiêm trọng đến thị lực.

Phẫu thuật tái tạo mi mắt là phương pháp điều trị chính nhằm khôi phục cấu trúc giải phẫu, đảm bảo chức năng bảo vệ nhãn cầu và cải thiện thẩm mỹ. Nhiều kỹ thuật phẫu thuật đã được mô tả, bao gồm khâu đóng trực tiếp, vạt bán nguyệt Tenzel, vạt xoay có cuống Mustarde hoặc các kỹ thuật phức tạp hơn như vạt Cutler–Beard.

Tuy nhiên, do tần suất mắc bệnh thấp, số lượng nghiên cứu báo cáo về khuyết mi bẩm sinh vẫn còn hạn chế. Việc tổng hợp các ca bệnh lâm sàng có ý nghĩa quan trọng trong việc đánh giá hiệu quả điều trị và lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Bệnh viện Mắt Trung ương

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Thuyết

Email: drthuyet108@gmail.com

Mã bài: N564

Ngày nhận bài: 13/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 12/4/2026

Ngày duyệt bài: 15/5/2026

điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật tái tạo mi ở các bệnh nhân khuyết mi bẩm sinh được điều trị tại Bệnh viện Mắt Trung ương trong giai đoạn từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả chùm ca bệnh được thực hiện tại khoa Tạo hình thẩm mỹ mắt và vùng mặt - Bệnh viện mắt Trung ương.

Các hồ sơ bệnh án của những bệnh nhân được chẩn đoán khuyết mi bẩm sinh trong giai đoạn từ tháng 1 năm 2024 đến tháng 12 năm 2025 được thu thập.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Các bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu khi đáp ứng các tiêu chí sau:

- Được chẩn đoán khuyết mi bẩm sinh
- Được phẫu thuật tái tạo mi tại Bệnh viện Mắt Trung ương
- Có thời gian theo dõi sau phẫu thuật tối thiểu 3 tháng

Tiêu chuẩn loại trừ

- Khuyết mi do chấn thương
- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ
- Không tái khám sau phẫu thuật

Khám lâm sàng

Các thông tin sau được đưa vào hồ sơ bệnh án:

- Tuổi tại thời điểm phẫu thuật
- Giới tính
- Mắt bị tổn thương
- Vị trí khuyết mi
- Kích thước tổn thương (tính theo % chiều dài mi)
- Tổn thương tại mắt hoặc các dị dạng đi kèm

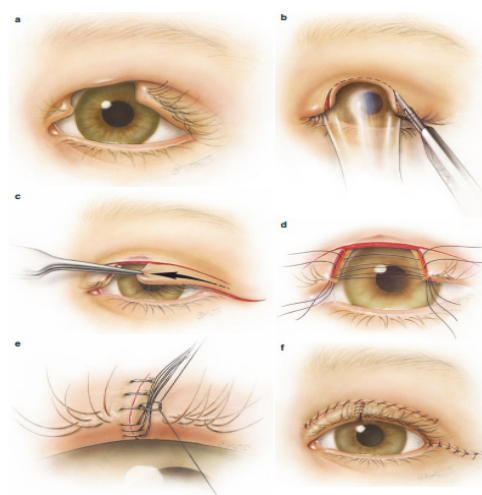
Kích thước khuyết mi được ước lượng dựa trên tỷ lệ phần trăm chiều dài mi bị thiếu so với tổng chiều dài mi.

2. Phương pháp phẫu thuật

Tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật dưới gây mê toàn thân.

Lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật dựa trên vị trí và kích thước vùng khuyết mi:

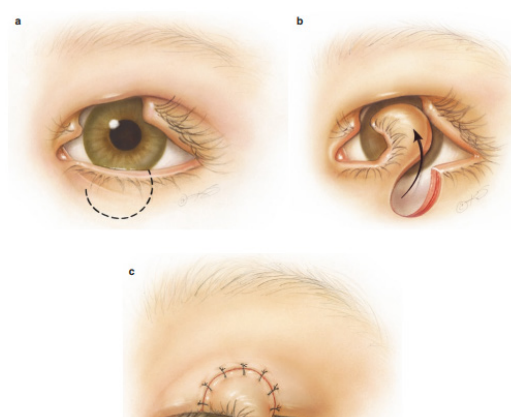
- Khuyết <30% chiều dài mi: khâu đóng trực tiếp tận - tận.



Hình 1. Phương pháp khâu đóng trực tiếp tận - tận

a, b. Cắt bỏ các bờ biểu mô của bờ mi để tạo ra một vết khuyết hình nêm hoặc ngũ giác. c, d. Sụn mi được kéo lại và khâu bằng chỉ Vicryl 5-0 theo kiểu gián đoạn, nhưng chưa thắt nút cho đến khi bờ mi được khâu lại hoàn chỉnh. e. Khâu ba vị trí trên bờ mi bằng chỉ Vicryl 6-0 hoặc 7-0: Hàng lông mi, Đường xám, Chỗ tiếp giáp niêm mạc - da; f. Khâu lớp cơ vòng mi và da thành 1-2 lớp

- Khuyết 30-50% (hoặc >50%): tái tạo bằng vạt tại chỗ hoặc vạt xoay.



Hình 2. Phương pháp dùng vạt xoay có cuống của Mustarde

- a. Thiết kế vùng lấy mảnh ghép.

b. Lấy mảnh ghép ở mi dưới tạo vạt xoay có cuống chuyển lên chỗ khuyết mi trên. c. Khâu đủ 3 lớp của vạt mi và khâu lại chỗ phẫu tích rộng mi dưới để kéo vạt mi cần lấy.

3. Đánh giá kết quả

Các tiêu chí đánh giá sau phẫu thuật được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1. Các tiêu chí đánh giá sau phẫu thuật.

Đặc điểm đánh giá	Tốt	Trung bình	Kém
Cử động mí mắt	Mí mắt vận động lên xuống dễ dàng	Mí mắt vận động lên xuống vừa hoặc ít	Mí mắt không cử động hoặc chỉ có biểu hiện rung mí
Độ nhắm kín của mắt	Mắt nhắm kín	Hở mí $\leq 3\text{mm}$	Hở mí $> 3\text{mm}$
Tình trạng bờ mí	Bờ mí liền, phẳng	Bờ mí liền, lõm nhẹ	Bờ mí hở hoặc lõm hình chữ V
Tình trạng lông mí	Lông mí trải đều	Lông mí gãy đoạn	Không có hoặc lông xiêu nhiều, quặm
Tình trạng giác mạc, bề mặt nhãn cầu	Trong	Tổn thương trợt biểu mô hoặc viêm giác mạc	Sẹo giác mạc Đính mí – cầu
Thẩm mỹ	Sẹo mờ, mảnh, màu da đồng màu với mí xung quanh, bờ mí liền tục, không trề hay hở mí	Sẹo giãn thấy rõ ở cự ly gần dưới 1m, màu sắc da hơi khác biệt, hở mí ít ($\leq 3\text{mm}$)	Sẹo lồi thấy rõ từ xa, màu sắc da khác biệt hoàn toàn, hở mí nhiều ($> 3\text{mm}$)

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân được trình bày trong bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

BN	Tuổi	Giới	Vị trí và kích thước khuyết mí	Mắt tổn thương	Thời điểm phẫu thuật	Phương pháp phẫu thuật	Dị tật đi kèm
1	7 tháng	Nữ	Mí trên 50%	Mắt trái	Tháng thứ 3	Khâu đóng trực tiếp	Khuyết sọ vùng trán trái, nang vùng trán
2	3 tuổi	Nam	Mí dưới 30%	Mắt phải	Tháng thứ 14	Khâu đóng trực tiếp	Sứt môi, giãn não thất, biến đổi xương sọ
3	2 tuổi	Nữ	Mí trên $> 2/3$	Mắt trái	Tháng thứ 5	Vạt xoay có cuống Mustarde	Nhãn cầu ẩn mắt phải
4	6 tuổi	Nam	Mí trên, bán phần, 10%	Mắt trái	Tháng thứ 62	Khâu đóng trực tiếp	Không
5	7 tuổi	Nam	Mí trên 30%	Mắt phải	Tháng thứ 72	Khâu đóng trực tiếp	U bì kết – giác mạc

Nghiên cứu bao gồm 5 bệnh nhân với 3 nam và 2 nữ. Tuổi trung bình tại thời điểm phẫu thuật là 31.2 tháng (dao động từ 3 đến 72 tháng).

Khuyết mí trên chiếm đa số với 4 trường hợp (80%), trong khi khuyết mí dưới ghi nhận ở 1 trường hợp (20%).



a



b



c



d

Hình 3. Ca lâm sàng 1

(a) ảnh khi 1 tháng tuổi. (b) ảnh tại thời điểm phẫu thuật (tháng thứ 3).

(c) ảnh sau mổ 10 ngày. (d) ảnh sau mổ 4 tháng

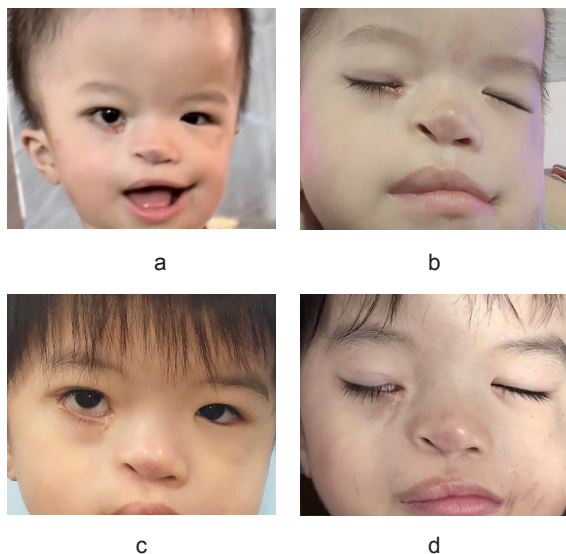
2. Kết quả phẫu thuật

Bốn trường hợp được xử trí bằng khâu trực tiếp tận – tận. Một trường hợp còn lại được tái tạo bằng kỹ thuật vạt xoay có cuống Mustarde.

Sau phẫu thuật, bờ mi được tái lập liên tục ở tất cả các trường hợp. Chức năng đóng mở mi được bảo tồn, cải thiện tốt ở 4/5 trường hợp, chỉ có trường hợp khuyết mi trên rộng ($>2/3$ chiều dài mi) là chức năng đóng mở còn hạn chế do tình trạng cứng đồ trên còn nặng và có dính mi cầu; không ghi nhận tình trạng hở mi đáng kể.

Trong thời gian theo dõi trung bình 3 tháng, bề mặt giác mạc được bảo vệ tốt, tổn thương loét giác mạc do hở mi ở ca lâm sàng 1, ổ loét thu nhỏ, biểu mô hoá hoàn toàn, còn để lại sẹo cũ và không ghi nhận biến chứng như nhiễm trùng, bung vết mổ hay lệch mi.

Kết quả thẩm mỹ tốt đạt được ở 3/5 trường hợp, còn 2/5 trường hợp do khuyết mi rộng nên tình trạng thẩm mỹ ở mức trung bình.



Hình 4. Ca lâm sàng 2

(a) trước phẫu thuật. (b) ảnh sau phẫu thuật 3 tháng.

(c), (d) ảnh sau sau phẫu thuật 21 tháng

IV. BÀN LUẬN

Khuyết mi bẩm sinh là một dị tật hiếm gặp nhưng có thể gây hậu quả nghiêm trọng nếu không được điều trị kịp thời. Do chức năng chính của mi mắt là

bảo vệ nhãn cầu và duy trì sự ổn định của phim nước mắt, bất kỳ khiếm khuyết nào của mi cũng có thể ảnh hưởng đến bề mặt nhãn cầu. Về căn nguyên bệnh sinh, có vài thuyết được đưa ra nhằm giải thích sự xuất hiện của khuyết mi bẩm sinh như thuyết về di truyền, thuyết về tia xạ và thuốc nhưng thuyết về phôi thai học là được nhiều tác giả tán đồng. Về hình thái lâm sàng, khuyết mi bẩm sinh có thể xảy ra đơn thuần hoặc đi kèm các tổn thương tại mắt hoặc các hội chứng dị dạng sọ mặt kèm theo.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khuyết mi trên chiếm đa số các trường hợp (4/5). Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây cho thấy khuyết mi trên thường gặp nhất, và thường xảy ra ở vị trí tiếp giáp ở 1/3 trong và 1/3 giữa (hay gặp nhất) hoặc trung tâm mi trên, do đặc điểm phát triển phôi thai của mi mắt. Khuyết mi dưới thường xuất hiện ở vị trí 1/3 trong và thường đi kèm với khuyết khe mi trong và các tật sút môi hở hàm ếch hoặc loạn sản cục lệ, lạc chỗ lệ đạo bẩm sinh.

Kích thước và vị trí tổn thương là yếu tố quan trọng nhất quyết định lựa chọn thời điểm và phương pháp phẫu thuật. Đối với các khuyết nhỏ, khâu trực tiếp là phương pháp đơn giản và hiệu quả. Tuy nhiên, khi kích thước khuyết lớn hơn ($>50\%$), việc khâu trực tiếp có thể gây căng mô và dẫn đến biến dạng mi. Trong các trường hợp này, các kỹ thuật vạt tại chỗ như vạt bán nguyệt Tenzel, vạt xoay Mustarde giúp phân bố lại mô mi và giảm căng vết khâu. Phương pháp này đã được chứng minh là mang lại kết quả chức năng và thẩm mỹ tốt.

Một yếu tố quan trọng khác là thời điểm phẫu thuật. Thời điểm phẫu thuật cũng liên quan đến kích thước khuyết mi, nếu khuyết mi nhỏ và không có tổn thương giác mạc, phẫu thuật có thể trì hoãn đến khi trẻ lớn hơn (trên 3 tuổi). Trong khi đó, phẫu thuật sớm nhất có thể giúp giảm nguy cơ biến chứng giác mạc do hở mi kéo dài.

Kết quả của nghiên cứu chúng tôi cho thấy cả hai phương pháp khâu trực tiếp và vạt tại chỗ đều mang lại kết quả khả quan khi được lựa chọn phù hợp với kích thước tổn thương. Tuy nhiên, nghiên cứu này có một số hạn chế. Số lượng bệnh nhân còn nhỏ do tính chất hiếm gặp của bệnh. Ngoài ra, thời gian theo dõi còn tương đối ngắn. Các nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn sẽ giúp đánh giá chính xác hơn hiệu quả lâu dài của các kỹ thuật phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Khuyết mi bẩm sinh là dị tật hiếm gặp nhưng có thể gây biến chứng tổn thương giác mạc, đe dọa thị

lực nếu không được điều trị kịp thời; vì vậy cần phải theo dõi sát tình trạng phát triển thị lực của người bệnh.

Việc lựa chọn kỹ thuật và thời điểm phẫu thuật cần dựa vào kích thước và vị trí khuyết mi cũng như có tổn thương giác mạc đi kèm hay không.

Phẫu thuật tái tạo mi sớm giúp phục hồi cấu trúc giải phẫu, bảo vệ bề mặt nhãn cầu và đạt kết quả thẩm mỹ tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Như Hân**, Giáo trình Nhân khoa Tập 2; 2012:110-112.
2. **Lê Đỗ Thuỳ Lan**. Nghiên cứu tạo hình khuyết mi bẩm sinh ở trẻ em. Luận án tiến sĩ. 2005.
3. **Katowitz JA, Katowitz WR, eds.** Pediatric Oculoplastic Surgery. Springer International Publishing; 2018:320-330.
4. **Salmon JF.** Kanski's Clinical Ophthalmology: A Systematic Approach. Tenth edition. Elsevier; 2025:94-95.
5. **Smith HB, Verity DH, Collin JRO.** The incidence, embryology, and oculo-facial abnormalities associated with eyelid colobomas. Eye. 2015;29(4):492-498.
6. **Lu GN, Pelton RW, Humphrey CD, Kriet JD.** Defect of the Eyelids. Facial Plastic Surgery Clinics of North America. 2017;25(3):377-392.
7. **Duke-Elder S.** System of ophthalmology. 1898; 1978: 217-227.
8. **Leatherbarrow B.** Oculoplastic Surgery. 2nd ed. Informa healthcare; 2011:233-279.

KHẢO SÁT SUY YẾU Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI CÓ SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM NHẸ

Nguyễn Thanh Huân^{1,2}, Nguyễn Hoàng Mai Duyên¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy tim phân suất tổng máu giảm nhẹ (HFmrEF) ngày càng được ghi nhận ở người cao tuổi và có đặc điểm lâm sàng trung gian giữa các thể suy tim khác. Suy yếu là hội chứng thường gặp ở bệnh nhân suy tim và liên quan đến tiên lượng bất lợi. Tuy nhiên, dữ liệu về suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi mắc HFmrEF tại Việt Nam còn hạn chế.

Mục tiêu: Xác định tần suất suy yếu theo tiêu chuẩn Fried và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân cao tuổi mắc HFmrEF.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Từ 07/2025 đến 03/2026, các bệnh nhân ≥ 60 tuổi được quản lý ngoại trú với chẩn đoán HFmrEF tại Bệnh viện Thống Nhất và Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh được tuyển chọn vào nghiên cứu. Suy yếu được đánh giá theo tiêu chuẩn Fried; các yếu tố liên quan được phân tích bằng hồi quy logistic.

Kết quả: Nghiên cứu gồm 100 bệnh nhân, với tuổi trung vị là 71 (65 – 77) và giới nam chiếm 55%. Theo tiêu chuẩn Fried, tỷ lệ không suy yếu, tiền suy yếu và suy yếu lần lượt là 12%, 26% và 62%. Tỷ lệ các tiêu chí thành phần

gồm: giảm sức cơ (79%), hoạt động thể lực thấp (72%), chậm chạp (65%), kiệt sức (51%) và sụt cân không chủ ý (7%). Các yếu tố liên quan đến suy yếu gồm phụ thuộc trong hoạt động sinh hoạt hằng ngày có sử dụng phương tiện (IADL) và hội chứng vành mạn.

Kết luận: Suy yếu phổ biến ở bệnh nhân cao tuổi mắc HFmrEF điều trị ngoại trú. Giảm sức cơ là tiêu chí thành phần gặp nhiều nhất theo tiêu chuẩn Fried. Phụ thuộc IADL và hội chứng vành mạn có liên quan đến tình trạng suy yếu ở nhóm bệnh nhân này.

Từ khóa: Suy yếu; tiêu chuẩn Fried; người cao tuổi; suy tim phân suất tổng máu giảm nhẹ.

SUMMARY

FRAILTY IN OLDER PATIENTS WITH HEART FAILURE WITH MILDLY REDUCED EJECTION FRACTION

Background: Heart failure with mildly reduced ejection fraction (HFmrEF) is increasingly recognized among older adults and exhibits clinical characteristics intermediate between other HF phenotypes. Frailty is common in patients with HF and is associated with adverse outcomes. However, data on frailty among older patients with HFmrEF in Vietnam remain limited.

Objective: To determine the prevalence of frailty according to the Fried criteria and to identify associated factors among older patients with HFmrEF.

Methods: From July 2025 to March 2026, patients aged ≥ 60 years with HFmrEF who were managed in outpatient clinics at Thong Nhat Hospital and the University Medical Center Ho Chi Minh City were screened and enrolled in

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Huân

Email: huanguyen@ump.edu.vn

Mã bài: N565

Ngày nhận bài: 9/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 8/4/2026

Ngày duyệt bài: 9/5/2026