

hồi chức năng vận động và nhận thức ở bệnh nhân chấn thương sọ não sau 1 tháng điều trị. Tuy nhiên kết quả phục hồi nhận thức và nhóm tuổi, kết quả phục hồi nhận thức giữa nam và nữ, kết quả phục hồi nhận thức và thời gian trước và sau 6 tháng không sự khác biệt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Schiller JS, Lucas JW, Ward BW, Peregoy JA. Summary health statistics for U.S. adults: National Health Interview Survey, 2010. *Vital Health Stat* 10.2012;(252):1-207.
2. Seifert J. Incidence and economic burden of injuries in the United States. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(10):926.
3. Coronado V, McGuire L, Faul M, et al. Epidemiology and public health issues. In: *Brain Injury Medicine: Principles and Practice*, Published online 2012.

4. Taylor CA. Traumatic Brain Injury-Related Emergency Department Visits, Hospitalizations, and Deaths — United States, 2007 and 2013. *MMWR Surveill Summ*. 2017;66.
5. Nguyễn Tuấn Anh và Lưu Sỹ Hùng. Nghiên cứu hình thái học của tổn thương dập não do tai nạn giao thông đường bộ qua giám định pháp y, Tạp chí Khoa học ĐHQGHN. Published online 2017.
6. Demir Y, Köroğlu Ö, Tekin E, et al. Factors affecting functional outcome in patients with traumatic brain injury sequelae: Our single-center experiences on brain injury rehabilitation. *Turk J Phys Med Rehabil*. 2019;65(1):6
7. Al Yazeedi W., Venkatachalam L. Factors Influencing Rehabilitation Outcome in Adult Traumatic Brain Injury in Qatar. Published online 2010
8. Niemeier JP, Perrin PB, Holcomb MG, et al. Gender Differences in Awareness and Outcomes During Acute Traumatic Brain Injury Recovery. *J Womens Health*. 2014;23(7):573-580

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KHẢO SÁT CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA RỐI LOẠN CHỨC NĂNG KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM

Phạm Thu Trang¹, Phạm Thị Hồng Thùy², Trịnh Vũ Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và khảo sát các yếu tố nguy cơ của rối loạn chức năng khớp thái dương hàm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn thái dương hàm đến khám và điều trị tại bệnh viện răng hàm mặt trung ương Hà Nội, sử dụng kết quả thăm khám. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ giới mắc rối loạn thái dương hàm nhiều hơn nam giới với tỷ lệ 35.67% nam và nữ là 63.33%. Độ tuổi mắc thái dương hàm nhiều nhất là 20-29 tuổi chiếm 63.33%. Yếu tố nguy cơ mắc bệnh nhiều nhất là nhổ răng số 8 chiếm 36.67%, sau đó đến thói quen nhai 1 bên chiếm 36%,. Khi mắc rối loạn thái dương hàm thì triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất là đau chiếm 96.7%, sau đó đến ù tai chiếm 26.7%, và tiếng kêu click chiếm 23,2%. Đặc điểm trên phim Conebeam city (CBCT) thì lệch vị trí lồi cầu trái chiếm 80%, lệch vị trí lồi cầu phải chiếm 56,7%, tổn thương thoái hóa khớp chiếm 26,7%, tỉ lệ hẹp khe khớp và ổ chảo nông chiếm 10%. **Từ khóa:** thái dương hàm, CBCT

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND SURVEY OF RISK FACTORS OF TEMPOROMANDIBULAR JOINT DYSFUCTION

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

²Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thu Trang

Email: trangpham368@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2023

Ngày duyệt bài: 10.7.2023

Objectives: Describe clinical features and investigate risk factors for temporomandibular joint dysfunction. **Material and methods:** The study was conducted on 30 patients diagnosed with temporomandibular disorders who came for examination and treatment at the Hanoi Hospital of Odonto-Stomatology, using the examination results. The rate of women with TMJ disorder is higher than that of men with the rate of 35.67% of men and 63.33% of women. The age group most affected by TMJ is 20-29 years old, accounting for 63.33%. The most common risk factor for the disease is the extraction of the 8th tooth, accounting for 36.67%, followed by the habit of chewing on one side, accounting for 36%. When suffering from temporomandibular disorders, the most common functional symptom was pain accounted for 96.7%, then tinnitus accounted for 26.7%, and clicking noise accounted for 23.2%. Characteristic on film Conebeam city (CBCT), left condylar dislocation accounted for 80%, right condylar dislocation accounted for 56.7%, degenerative joint damage accounted for 26.7%, the rate of joint space narrowing and fovea shallow pans account for 10%. **Keywords:** TMJ, CBCT

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn chức năng khớp thái dương hàm (Tiếng Anh: Temporo-Mandibular Joint Disorder, viết tắt là TMD, tiếng Pháp Dysfonction Temporo-Mandibulaire, viết tắt là DTM) là bệnh lý còn ít được hiểu biết và điều trị tại nước ta. Trên thực tế, đây là bệnh lý khá thường gặp và nhiều bệnh nhân không đến đúng địa chỉ mà hay điều trị nhầm với các bệnh lý của thần kinh hay

tai mũi họng do có các dấu hiệu đau đầu, đau tai, đau mắt. Theo thống kê của một số tác giả phương tây, thì có tới 50% dân số có tiếng kêu khớp hoặc di lệch hàm khi há miệng, 75% dân số có hoặc từng có dấu hiệu rối loạn chức năng khớp thái dương-hàm trong đời, 33% cá nhân có rối loạn tại khớp, 41% tại cơ và 26% rối loạn chức năng nặng. Tỷ lệ gặp ở nữ nhiều hơn nam (3 nữ/1nam) và hay gặp nhất ở tuổi 15-45 là lứa tuổi lao động chính. Bệnh lý này ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và nếu không được điều trị đúng cách và kịp thời có thể dẫn tới các tổn thương không hồi phục tại khớp buộc phải phẫu thuật. Vì vậy hiểu biết về đặc điểm lâm sàng của rối loạn chức năng khớp thái dương hàm là rất cần thiết do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đặc điểm lâm sàng và khảo sát các yếu tố nguy cơ của rối loạn chức năng khớp thái dương hàm" mục tiêu sau:

1. Nhận xét các đặc điểm lâm sàng của Rối loạn chức năng khớp thái dương hàm
2. Khảo sát các yếu tố nguy cơ của Rối loạn chức năng khớp thái dương hàm

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: Khoa nắn chỉnh răng bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu: từ 1/1/22 đến 1/12/2022

2.2. Đối tượng nghiên cứu

❖ Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán là Rối loạn chức năng khớp thái dương hàm (RLCNKTDH), tuổi từ 15 tuổi, ở các mức độ:

- Đau ở hệ thống cơ nhai, khớp thái dương hàm và/hoặc vùng quanh tai, thường tăng thêm khi sờ nắn hoặc hoạt động chức năng.

- Có tiếng kêu khớp: bên Phải hoặc bên Trái hoặc cả 2 bên

- Hạn chế há miệng ($\leq 4\text{cm}$) [9]

+ Bệnh nhân được chẩn đoán có trật đĩa đệm ra trước có hồi phục, bệnh nhân đã có tổn thương ở khớp: thoái hóa khớp, teo lồi cầu...

- Không có các bệnh toàn thân cấp tính hoặc mãn tính không được kiểm soát.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ

- Các đau vùng sọ mặt do các nguyên nhân khác: biến chứng răng số 8, đau dây thần kinh V, đau mỗi vai gáy cấp do lạnh; những người bệnh được chẩn đoán viêm đa khớp, chấn thương cấp tính, nhiễm trùng, khối u; hững người bệnh mắc bệnh tâm thần.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3.2. Phương pháp chọn mẫu

Mẫu thuận tiện: Nghiên cứu được thực hiện trên 30 người bệnh. Là tất cả những người bệnh được chẩn đoán TMD theo tiêu chuẩn của Mc Neil.

2.3.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

Hỏi bệnh, khám bệnh để tiến hành thu thập thông tin về đặc điểm lâm sàng của người bệnh trước và sau điều trị

- Sử dụng bệnh án nghiên cứu để thu thập thông tin. Đánh giá mức độ đau của người bệnh theo thang điểm VAS. Thang điểm dài 10 cm từ mức độ không đau đến đau không chịu được.

- Khám đánh giá biên độ há miệng, điểm đau cơ, tiếng kêu khớp khi vận động hàm, đường há ngậm miệng, điểm cản trở khớp cắn.

- * Chụp phim CBCT trường rộng để đánh giá tổn thương bệnh lý thoái hóa khớp, đặc điểm hình thể của lồi cầu và khe khớp hai bên

Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn chức năng khớp TD-H. Một nhóm 39 chuyên gia, chủ yếu từ IASP (International Association for the Study of Pain) đã định nghĩa các tiêu chuẩn để chẩn đoán cho 12 Rối loạn chức năng khớp thái dương-hàm hay gặp nhất: Đau khớp, Đau cơ, Đau cơ khu trú, Đau cân cơ, Đau cân cơ lan tỏa, 4 rối loạn nội khớp do các di chuyển của đĩa đệm, bệnh lý thoái hóa khớp, Bán trật khớp và đau đầu do khớp thái dương-hàm.

Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập và phân tích bởi phần mềm SPSS 20.0

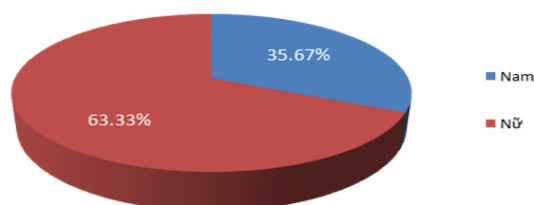
2.3.4. Khía cạnh đạo đức của nghiên cứu

- Giải thích rõ cho đối tượng về mục đích của nghiên cứu, trách nhiệm của người nghiên cứu, trách nhiệm và quyền lợi của người tham gia nghiên cứu, nghiên cứu chỉ tiến hành trên những đối tượng hoàn toàn tự nguyện, không ép buộc và trên tinh thần hợp tác, toàn bộ thông tin thu thập chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu mà không phục vụ cho bất kỳ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Giới



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm về giới

Nhận xét: Trong số người bệnh nghiên cứu, nữ giới cao hơn nam. Tỷ lệ nữ/ nam xấp xỉ 2/1.

3.1.2. Tuổi

Bảng 3.1. Tỷ lệ đối tượng theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Giới			%
	Nam	Nữ	Chung	
<20	2	1	3	10
20-29	8	11	19	63.33
30-39	1	3	4	13.33
>40	0	4	4	13.34
Tuổi trung bình			28.1	
Tổng	11	19	30	10

Nhận xét: - Trong các đối tượng nghiên cứu, người bệnh nhỏ tuổi nhất là 17 tuổi và cao tuổi nhất là 58 tuổi.

- RLTDH thường gặp ở độ tuổi 20-29, chiếm tỷ lệ 63.33%

3.2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu

3.2.1. Triệu chứng cơ năng. Các dấu hiệu cơ năng thường gặp là: đau (vùng khớp, cơ), tiếng kêu khớp, bán trật khớp

Bảng 3.3: Tỷ lệ các triệu chứng cơ năng khi tới khám

Dấu hiệu	Không		Có		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Đau	1	3,3	29	96,7	30	100
Tiếng click	23	76,7	7	23,2	30	100
Tiếng lạo xạo	27	90	3	10	30	100
Ù tai	22	73,3	8	26,7	30	100
Bán trật khớp	25	83,3	5	16,7	30	100

Nhận xét: Dấu hiệu đau gặp ở hầu hết các bệnh nhân với 96,67%. Tiếng lạo xạo khớp là ít gặp nhất với 10%.

3.2.2. Các đặc điểm đau

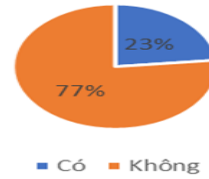
Bảng 3.4. Tỷ lệ đau các vùng ở các bệnh nhân ở thời điểm vào viện

Vùng	Không đau		Có đau		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Vùng khớp	4	13,3	26	86,7	30	100
Vùng gò má - ổ mắt	24	80	6	20	30	100
Vùng thái dương	13	43,3	17	56,7	30	100
Vùng góc hàm hàm dưới	24	80	6	20	30	100
Vùng cổ gáy	26	86,7	4	13,3	30	100

Nhận xét: Số bệnh nhân có triệu chứng đau vùng khớp là cao nhất với 86,7%, tiếp đến là đau vùng thái dương với 56,7%. Số ít bệnh nhân có đau vùng cổ gáy với 13,3%.

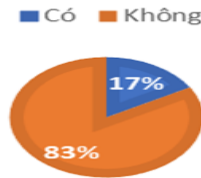
3.2.3. Dấu hiệu tiếng kêu khớp và bán trật khớp

Tỷ lệ bệnh nhân có xuất hiện tiếng click khi vào viện



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ bệnh nhân có tiếng kêu khớp khi vào viện

TỶ LỆ BỆNH NHÂN CÓ BÁN TRẬT KHỚP KHI VÀO VIỆN

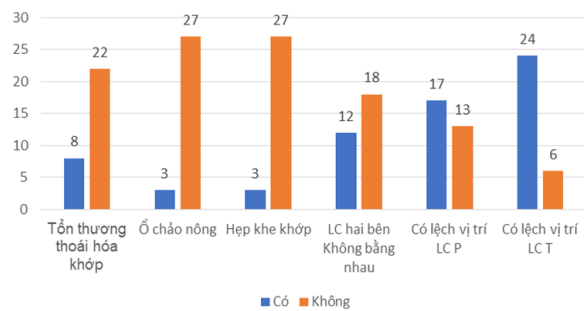


Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ bệnh nhân có bán trật khớp khi vào viện

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có xuất hiện tiếng click khi vào viện chiếm gần ¼ tổng số bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có bán trật khớp khi vào viện chiếm 17% tổng số bệnh nhân nghiên cứu.

3.2.4. Nhận xét về đặc điểm phim CBCT trước điều trị. Trên 30 phim CBCT trước điều trị, chúng tôi nhận xét các đặc điểm chính liên quan đến sự cân đối kích thước của hai lồi cầu, về đặc điểm khe khớp, về vị trí của lồi cầu mỗi bên và về sự có mặt của các dấu hiệu tổn thương thoái hóa khớp.

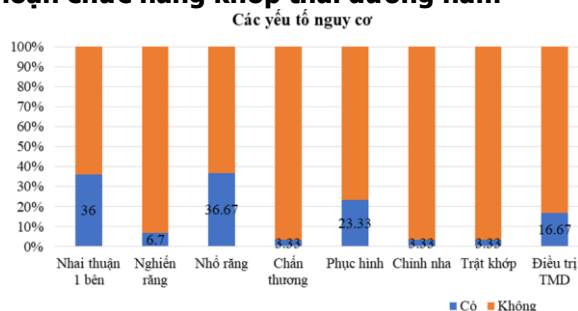
Các đặc điểm hình ảnh CBCT khớp TD-H



Biểu đồ 3.4. Các đặc điểm hình ảnh CBCT khớp TDH

Nhận xét: Tỷ lệ di lệch vị trí lồi cầu rất thường gặp (24/30 trường hợp chung cho hai bên), với các vị trí lồi cầu có thể ra trước, xuống dưới, hoặc lên trên, ra sau hoặc kết hợp hai thay đổi. So sánh cho thấy không có vị trí di lệch nào thường gặp hơn một cách có ý nghĩa (p Fischer exact > 0.05).

3.3. Các yếu tố nguy cơ của bệnh rối loạn chức năng khớp thái dương hàm



Biểu đồ 3.5. Một số các yếu tố nguy cơ của RLTDH

Trong nghiên cứu, chúng tôi đã khảo sát một số yếu tố được xem là yếu tố nguy cơ thường gặp của RLTDH. Kết quả là các yếu tố xuất hiện với tỷ lệ thấp (<10%): nghiến răng 6.7%, chấn thương 3.34%, trật khớp 3.34%; các yếu tố chiếm tỉ lệ cao như: phục hình 23.33%, nhổ răng 36.67%, nhai thuận 1 bên 36%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã khảo sát một số yếu tố được xem là yếu tố nguy cơ dẫn tới RLTDH như nhai thuận 1 bên, nghiến răng, nhổ răng, chấn thương, phục hình, chỉnh nha, trật khớp, đã từng điều trị khớp thái dương hàm. Kết quả: Các yếu tố: nghiến răng, chấn thương, trật khớp chiếm tỉ thấp (<10%), các yếu tố đã từng điều trị bệnh về khớp chiếm 16.67%, còn lại các yếu tố nhai thuận 1 bên chiếm 36%, tiền sử nhổ răng 8 chiếm 36.67%, tiền sử phục hình chụp sứ chiếm 23.33%. Điều đó thể hiện tính chất đa nguyên nhân của RLTDH, trong đó có nguyên nhân do nhổ răng 8 và nhai thuận 1 bên chiếm tỉ lệ trên 30%

Tiền sử nhổ răng 8: sự can thiệp can mở miệng to, lâu trong quá trình thao tác tiểu phẫu cũng là nguyên nhân gây bệnh và có thể làm bệnh trầm trọng hơn.

Nhai thuận 1 bên: khiến cơ 1 bên hoạt động nhiều với lực lớn hơn cũng là nguyên nhân chiếm tỉ lệ cao trong bệnh rối loạn chức năng khớp thái dương hàm.

Nghiến răng: Tuổi hay gặp nhất của nghiến răng là từ 20-50 tuổi. Nguyên nhân của nghiến răng bao gồm điểm cản trở khớp cắn, stress cảm xúc, thuốc, rối loạn hệ thần kinh trung ương, di truyền và khuynh hướng gia đình. Magnusson theo dõi 402 đối tượng trong 20 năm đã tìm ra mỗi tương quan có ý nghĩa giữa nghiến răng và xuất hiện RLTDH. Cũng theo nghiên cứu của Huang trên 274 bệnh nhân được chẩn đoán là

đau cân cơ có tương quan ý nghĩa với nghiến chặt răng (OR=4.8). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 bệnh nhân bị nghiến răng (chiếm tỷ lệ 4.5%). Do nghiên cứu được thực hiện với số lượng bệnh nhân ít (n=30) và là thiết kế nghiên cứu không theo dõi được nhóm người không RLTDH có/không kèm nghiến răng nên không tìm được sự liên hệ giữa nghiến răng và RLTDH.

Vị trí đau và dấu hiệu lâm sàng thường gặp.

Đa số các bệnh nhân đến khám và tham gia điều trị đều có dấu hiệu đau, tỷ lệ này là 96,7%. Các dấu hiệu khác ít gặp hơn hẳn: ù tai chiếm 26,7%, tiếng click chiếm 7%, bán trật khớp chiếm 5% và tiếng lạo xạo 3%. Điều đó chứng tỏ rằng, đau là dấu hiệu phổ biến nhất và là dấu hiệu chính khiến cho bệnh nhân tới khám. Theo nghiên cứu của Annika Rosén và cộng sự (2018) tại Na Uy trên 562 bệnh nhân, tỷ lệ bệnh nhân có đau ở ít nhất một vùng chiếm 82,5%, trong đó tỷ lệ đau trung bình tới nặng tương ứng là 35% và 45% [1].

Đau vùng khớp chiếm tỷ lệ cao nhất 86,7%, tiếp đến là đau vùng thái dương 56,7%. Đau vùng gò má - ổ mắt và vùng góc hàm hàm dưới tỷ lệ tương đương là 20%. Theo Wright (2010) đau là lý do khiến người bệnh đến khám hay gặp nhất [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 30 người bệnh đều đến khám vì lý do chính là đau tự nhiên hoặc đau khi há ngậm miệng. Vị trí đau xuất hiện khác nhau ở mỗi người bệnh nhưng hay gặp nhất là vùng khớp và thái dương, sau đó đến vùng gò má - ổ mắt và vùng góc hàm hàm dưới. Các nhà nghiên cứu nổi tiếng về rối loạn khớp thái dương hàm như Scriveri, Wright, Dimitroulis đều cho rằng một trong những yếu tố khiến rối loạn thái dương hàm trở nên phức tạp trong chẩn đoán và điều trị đó là nguồn đau và vị trí đau nhiều khi không trùng nhau – một tính chất đặc trưng của đau ở vùng do thần kinh V chi phối [2] [3] [4]. Vì vậy, vị trí đau không phải là yếu tố quyết định trong chẩn đoán và tiên lượng rối loạn thái dương hàm.

Đặc điểm phim CBCT trước điều trị. Tổn thương thoái hóa khớp gặp ở 8 trên 30 bệnh nhân, chiếm 26.7%, là tỉ lệ khá cao. Biểu hiện thường gặp nhất trong nhóm bệnh nhân được nghiên cứu là có tiêu xương, bề mặt khớp nhám nhò. Gai xương gặp ở 1 trường hợp và không gặp trường hợp nào có dính khớp hoàn toàn. Dấu hiệu hẹp khe khớp có gặp ở 3 trường hợp, và 3 trường hợp này thì 2 bệnh nhân có biên độ há miệng lúc vào viện bình thường (>40 mm) và 1 bệnh nhân có biên độ há miệng hạn chế nhiều

(22mm). Với số lượng ít, chúng tôi chưa thể kết luận về mối liên hệ tuyến tính giữa biên độ há miệng và mức độ hẹp khe khớp.

Trong các đặc điểm của dấu hiệu thoái hóa khớp, thì dấu hiệu của tiêu xương đang tiến triển là chính, thể hiện bệnh nhân trong nghiên cứu đang trong giai đoạn cấp tính. Các dấu hiệu muộn hơn như gai xương, dính khớp ít gặp.

V. KẾT LUẬN

Loạn năng khớp thái dương hàm là bệnh lý khá thường gặp, với các dấu hiệu hay gặp nhất là đau vùng khớp, đau môi các vùng cơ cắn, cơ thái dương, hạn chế há miệng và tiếng kêu vùng khớp. Phân loại chẩn đoán hiện nay có thể chia thành 5 nhóm chính: Đau vùng khớp, Đau vùng cơ, Nhào dây chằng hoặc bán trật khớp, Các tổn thương nội khớp gồm trật đĩa đệm ra trước có hoặc không hồi phục, thoái hóa khớp.

Các yếu tố nguy cơ thường gặp nhất qua khảo sát trong nghiên cứu của chúng tôi là thói quen ăn nhai một bên và tật nghiêng răng. Các

bất thường về hướng dẫn chuyển động hàm như hướng dẫn cắn ra trước không đủ, cản trở cắn khi đưa hàm sang bên cũng là những yếu tố nguy cơ hay gặp trong loạn năng khớp thái dương hàm. Bệnh hay gặp ở nữ giới với tỉ lệ cao gấp hai lần ở nam giới và thường ở lứa tuổi 20-40.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Klasser GD and Okeson JP (2006).** The clinical usefulness of surface electromyography in the diagnosis and treatment of temporomandibular disorders. *The Journal of dental association*, 137 (6), p 763-771.
2. **Savabi and Nejatidanesh (2004).** Effect of Occlusal Splints on the Electromyographic Activities of Masseter and Temporal Muscles During Maximum Clenching. *Dental research Journal*, 2, p 46-78
3. **Landulpho AB, Silva WA and Vitti M. (2004).** Electromyography evaluation of masseter and anterior temporalis muscles in patients with temporomandibular disorders following interocclusal appliance treatment. *The Journal of Oral Rehabilitation*, 31, p 95-98

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA THẢI ĐAI SILICON SAU PHẪU THUẬT BONG VỠNG MẠC

Phùng Văn Thịnh¹, Vũ Tuấn Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thải đai silicon sau phẫu thuật bong võng mạc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên những bệnh nhân đã được chẩn đoán thải đai silicon sau phẫu thuật bong võng mạc kinh điển có hoặc không phối hợp với phẫu thuật cắt dịch kính tại BV Mắt Trung ương. **Kết quả:** Trong tổng số 21 bệnh nhân (22 mắt, trong đó có 1 bệnh nhân tháo đai cả 2 mắt) nghiên cứu số mắt có trôi đai là nhiều nhất 10 mắt, chiếm 45,5%, số mắt có đau nhức và nhiễm trùng lần lượt là 6 (27,3%) và 4 (18,2%), trong khi chỉ có 1 mắt có ăn mòn và xâm nhập đai, 1 mắt có nguyên nhân khác (chủ động tháo đai do có 1 mắt trước đã bị ăn mòn và xâm nhập đai), 0 mắt nào có dấu hiệu thiếu máu bán phần trước. Về thời gian tháo đai sau phẫu thuật: nhóm tháo đai sớm (dưới 8 tuần) chỉ có 1 mắt (5%) và nhóm tháo đai muộn (trên 8 tuần) là 21 mắt (95%), thời gian tháo đai trải dài từ 7 tuần – 20 năm sau phẫu thuật đặt đai.

Tình trạng đai silicon trong phẫu thuật: có 17 đai không thấm máu, (77,3%), số đai thấm máu là 5 (22,7%). Trong quá trình tháo đai, có 2 mắt xảy ra tình trạng bong võng mạc tái phát (chiếm 9,1%). **Kết luận:** Trôi đai là nguyên nhân phổ biến nhất gây nên tình trạng thải đai silicon sau phẫu thuật bong võng mạc. Do đó, việc thăm khám theo dõi thường xuyên và phát hiện sớm các dấu hiệu của thải đai là vô cùng quan trọng trong việc giảm tỉ lệ biến chứng nặng mà vẫn giữ được chức năng giải phẫu của võng mạc. **Từ khóa:** thải đai silicon cùng mạc, bong võng mạc.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA-CLINICAL FEATURES OF SILICONE SPONGE REJECTION AFTER RETINAL DETACHMENT SURGERY

Purpose: To describe clinical and para-clinical features of silicone sponge rejection after retinal detachment surgery. **Materials and methods:** The study was conducted on a data file of 21 patients (22 eyes) who were diagnosed with silicone sponge rejection. **Results:** Silicone extrusion registered the highest number with ten eyes (45.5%). The figures for eyes with pain and infection were six (27.3%) and four (18.2%). However, there was only one eye with erosion and intrusion; one eye with another cause (the fellow eye had erosion and intrusion before), and no eyes with anterior ischemic signs. In terms of the silicone removal time: only one case (5.0%) was

¹Bệnh viện Mắt Quốc tế Nhật Bản, Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Tuấn Anh

Email: vta.oph@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2023

Ngày duyệt bài: 11.7.2023