

4. **Gran JT, Husby G, Hordvik M.** Prevalence of ankylosing spondylitis in males and females in a young middle-aged population of Tromsø, northern Norway. *Ann Rheum Dis.* 1985;44(6):359-367. doi:10.1136/ard.44.6.359
5. **Will R, Edmunds L, Elswood J, Calin A.** Is there sexual inequality in ankylosing spondylitis? A study of 498 women and 1202 men. *J Rheumatol.* 1990;17(12):1649-1652.
6. **Wang M, Xu S, Zhang X, et al.** Association of TLR7 gene copy number variations with ankylosing spondylitis in a Chinese population: a case control study. *Clin Exp Rheumatol.* 2018;36(5):814-819.
7. **Lieber SB, Navarro-Millán I, Rajan M, et al.** Prevalence of Frailty in Ankylosing Spondylitis, Psoriatic Arthritis, and Rheumatoid Arthritis: Data from a National Claims Dataset. *ACR Open Rheumatol.* 2022;4(4):300-305. doi:10.1002/acr2.11388
8. **Salaffi F, Farah S, Di Carlo M.** Frailty syndrome in rheumatoid arthritis and symptomatic osteoarthritis: an emerging concept in rheumatology. *Acta Bio-Medica Atenei Parm.* 2020;91(2):274-296. doi:10.23750/abm.v91i2.9094

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CỐ ĐỊNH KÍNH NỘI NHÃN VÀO CÙNG MẠC SỬ DỤNG CHỈ POLYPROPYLENE 6/0

Tôn Việt Dũng¹, Thẩm Trương Khánh Vân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cố định kính nội nhãn vào cùng mạc sử dụng chỉ polypropylene 6/0. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu không có nhóm chứng trên 38 bệnh nhân được phẫu thuật treo kính nội nhãn vào cùng mạc theo phương pháp sử dụng chỉ polypropylene 6/0 để tạo nút đốt cố định tại khoa Chấn thương Mắt - Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 01/2022 đến tháng 7/2023. **Kết quả:** Trong số 38 bệnh nhân, có 24 nam giới chiếm tỉ lệ 63,16% và 14 nữ giới chiếm tỉ lệ 36,8%. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 51,55 ± 22,75 (nhỏ tuổi nhất là 5 tuổi và lớn tuổi nhất là 85 tuổi). Trong đó, 2 nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là nhóm 18-50 tuổi (34,2%) và nhóm ≥ 50 (52,6%). Phần lớn bệnh nhân có nghề nghiệp là lao động chân tay (52,64%), còn lại là tri thức (28,95%), học sinh (13,16%), nghề nghiệp khác (5,26%). Nguyên nhân chủ yếu là chấn thương (63,15%), trong đó chấn thương đụng giập chiếm 55,26% và chấn thương xuyên là 7,89%. Nguyên nhân thường gặp tiếp theo là biến chứng của phẫu thuật phaco chiếm 31,58%. Những bệnh lý đục lệch thể thủy tinh bẩm sinh, chiếm 5,26%. Các trường hợp nghiên cứu có thị lực chính kính trước phẫu thuật rất thấp, trung bình 1,31 ± 0,23. Sau khi can thiệp theo phương pháp sử dụng chỉ polypropylene 6/0 để tạo nút đốt cố định vào cùng mạc, thị lực sau phẫu thuật được chỉnh kính tối đa đã được cải thiện nhiều, trung bình 0,80 ± 0,40. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99% (p<0,01). Về kính nội nhãn phần lớn đều cân có 34 mắt (chiếm 89,5%), có 3 mắt bị lệch hoặc nghiêng ít (chiếm 7,9%), có 1 trường hợp

bị lệch nhiều phải can thiệp lại (chiếm 2,6%). Về càng của thấu kính nội nhãn chỉ có duy nhất 1 mắt bị tụt 1 bên càng phải can thiệp lại (chiếm 2,6%), còn lại các mắt có càng đều tốt không bị tụt càng hay đứt càng (97,4%). Về nút đốt cố định kính nội nhãn đều tốt, tỉ lệ 100%. **Kết luận:** Phẫu thuật treo kính nội nhãn vào cùng mạc theo phương pháp sử dụng chỉ polypropylene 6/0 để tạo nút đốt cố định là phương pháp hiệu quả để cố định kính nội nhãn vào cùng mạc. Phương pháp có tính ứng dụng cao và có thể sử dụng được nhiều loại kính nội nhãn khác nhau, giảm chi phí điều trị cho bệnh nhân khi nhiều trường hợp có thể sử dụng lại chính kính nội nhãn cũ của bệnh nhân để treo lại vào cùng mạc theo phương pháp này.

SUMMARY

RESULTS OF POLYPROPYLENE 6-0 FLANGED INTRASCLERAL FIXATION TECHNIQUE FOR INTRAOCULAR LENSES

Objective: To evaluate the efficiency of polypropylene 6-0 flanged intrascleral fixation technique for intraocular lenses. **Subjects and research methods:** Descriptive study without a control group on 38 patients who has surgery by polypropylene 6-0 flanged intrascleral fixation technique for intraocular lenses at the Eye Trauma department of Vietnam National Eye Hospital from 1/2022 to 7/2023. **Results:** Among 38 patients, there are 24 men (63.16%) and 14 women (36.8%) The mean age of the patients in the study was 51.55 ± 22.75 years old (the youngest age was 5 years old and the oldest age was 85 years old). In which, the two age groups have the highest rate are 18-50 years old (34.2%) and ≥ 50 years old (52.6%). The majority of patients have occupations as manual labor (52.64%), the rest are knowledge (28.95%), students (13.16%) and other occupations (5.26%). The main cause is trauma (63.15%), in which concussion trauma accounted for 55.26% and transocular injury was 7.89%. The next most common cause is complications of phaco surgery, accounting for 31.58%. Congenital Ectopia lentis accounted for 5.26%. The study cases

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Tôn Việt Dũng

Email: vietdung3003@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2023

Ngày duyệt bài: 15.9.2023

had the preoperative best-corrected visual acuity was very low, an average of 1.31 ± 0.23 . After intervention according to the method of polypropylene 6-0 flanged intrascleral fixation technique for intraocular lenses, the postoperative best-corrected visual acuity was greatly improved, an average of 0.80 ± 0.40 . This difference is statistically significant with 99% confidence ($p < 0.01$). Regarding Optic of intraocular lenses, most of them have symmetric Optic with 34 eyes (accounting for 89.5%), there are 3 eyes that are slightly deviated or tilted (accounting for 7.9%), there is 1 case with a lot of deviation that had needed to re-surgery (accounting for 2,6%). Regarding the Haptic of the intraocular lens, there was only one eye, that had been slip off on one side of Haptic (accounting for 2.6%), the rest of cases study had all the better and did not drop or break (97.4%). Regarding the polypropylene 6-0 flanged of method are all good, the rate is 100%. **Conclusion:** The polypropylene 6-0 flanged intrascleral fixation technique for intraocular lenses gave positive results after surgery and it is an effective method. The method is highly applicable and can be used for many different types of intraocular lenses, reducing the cost of treatment for patients when in many cases it is possible to reuse the patient's old IOL to creat flanged intrascleral fixation by this method.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một trong những phương pháp nhằm cải thiện thị lực cho bệnh nhân không có thể thủy tinh hoặc phần còn lại của bao thể thủy tinh không đủ để nâng đỡ cho kính nội nhãn là cố định kính nội nhãn vào thành củng mạc. Phương pháp đặt kính nội nhãn hậu phòng cố định vào thành củng mạc với vị trí càng của kính nội nhãn đặt trong rãnh thể mi là vị trí gần với vị trí giải phẫu tự nhiên của TTT giúp khôi phục cấu trúc sinh lý của nhãn cầu, do đó mà kết quả giải phẫu cũng như kết quả thị lực được cải thiện tốt nhất¹.

Để cố định kính nội nhãn vào thành củng mạc ở vị trí rãnh thể mi có rất nhiều kỹ thuật đã được sử dụng như khâu treo cố định kính nội nhãn bằng chỉ treo với các kỹ thuật khác nhau² hoặc kỹ thuật cố định kính nội nhãn bằng keo sinh học của Agarwal³.... Mỗi kỹ thuật đều có những ưu, nhược điểm nhất định. Gần đây, Yamane và cộng sự (2017), đã giới thiệu kỹ thuật cố định càng kính nội nhãn vào đường hầm củng mạc mà không cần sử dụng chỉ treo hoặc keo sinh học. Tuy nhiên phương pháp này lại bị giới hạn bởi chỉ có thể sử dụng kính nội nhãn 3 mảnh⁴. Chính vì vậy dựa theo kỹ thuật của Canabrava (2019) khi treo kính nội nhãn vào củng mạc bằng nút cố định khi sử dụng chỉ polypropylene 5/0, Assia và cộng sự (2020) đã cải biên bằng cách sử dụng chỉ polypropylene 6/0 để cố định kính nội nhãn bằng các nút đốt. Kỹ thuật sử dụng chỉ polypropylene 6/0 có ưu

điểm là có thể sử dụng bất cứ loại kính nội nhãn nào chứ không phải chỉ giới hạn chỉ ở loại kính nội nhãn 3 mảnh⁵.

Với ý định mong muốn nghiên cứu đánh giá kết quả phương pháp này một cách đầy đủ, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "*Kết quả phẫu thuật cố định kính nội nhãn vào củng mạc sử dụng chỉ polypropylene 6/0*" với mục tiêu sau: Đánh giá kết quả phẫu thuật cố định kính nội nhãn vào củng mạc sử dụng chỉ polypropylene 6/0.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả tiến cứu không có nhóm chứng trên 38 bệnh nhân được phẫu thuật treo kính nội nhãn vào củng mạc theo phương pháp sử dụng chỉ polypropylene 6/0 để tạo nút đốt cố định tại khoa Chấn thương Mắt - Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 01/2022 đến tháng 7/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân bị đục lệch thể thủy tinh bẩm sinh hoặc mắc phải.

- Bệnh nhân bị sa thể thủy tinh hoặc kính nội nhãn vào buồng dịch kính.

- Bệnh nhân đã được lấy thể thủy tinh "thì một" mà phần còn lại của bao thể thủy tinh không còn đủ để đặt kính nội nhãn lên vành bao và thị lực tăng sau khi thử kính.

- Bệnh nhân có biến chứng rơi kính nội nhãn trong buồng dịch kính do các nguyên nhân khác.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Chúng tôi loại khỏi nghiên cứu những bệnh nhân có các tổn thương phối hợp không đảm bảo mổ đặt kính nội nhãn như bệnh nhân bị viêm mù nội nhãn, viêm màng bồ đào cấp do dị ứng chất thể thủy tinh, bệnh lý kèm theo bong võng mạc, bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu, bệnh nhân không hợp tác....

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu, không nhóm đối chứng.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu. Là các phương tiện sẵn có tại bệnh viện Mắt Trung ương để phục vụ khám, phẫu thuật và đánh giá kết quả như: Bảng đo thị lực LogMAR, bộ thử kính, Sinh hiển vi đèn khe, kính Volk soi đáy mắt, nhãn áp kế Maclakov, siêu âm B, thuốc, CT Scanner, Sinh hiển vi phẫu thuật, máy cắt dịch kính, máy phaco, laser, lạnh đông củng mạc, điện đông, bộ dụng cụ vi phẫu, kính nội nhãn mềm, chất nhày, chỉ polypropylene 6/0, bút đốt nhiệt.

2.3. Các bước tiến hành. Tất cả bệnh nhân được đánh giá và xử trí tổn thương theo

các bước sau:

Hỏi bệnh, khám và ghi nhận các tổn thương ban đầu, tiến hành phẫu thuật và theo dõi sau phẫu thuật

2.3.1. Các bước phẫu thuật:

- Tạo đường vào tiền phòng vị trí 12h cùng giác mạc với kích thước 2.8mm để đưa kính nội nhãn vào hoặc lấy kính nội nhãn ra.

- Cách rìa giác mạc 2mm, đánh dấu ở vị trí 3h và 9h để tạo đường hầm củng mạc.

- Dùng chỉ Polypropylen 6/0 khâu vào kính nội nhãn mềm 1 mảnh hoặc lồng chỉ vào lỗ củng, dùng điện đông đốt đầu chỉ tạo nút cố định tại vị trí khâu vào kính nội nhãn.

- Dùng kim 30G tạo đường hầm xuyên kết củng mạc ở vị trí 3h và 9h, rồi đưa đầu chỉ vào lòng kim để đưa chỉ ra ngoài đường hầm củng mạc

- Đặt kính nội nhãn vào hậu phòng, chỉnh phần thấu kính của kính nội nhãn cân đối về vị trí trung tâm diện đồng tử.

- Cắt ngắn bớt chỉ sau đó mới đốt chỉ tạo nút để giữ căng kính nội nhãn ở vị trí 3h và 9h.

- Vùi nút đốt xuống dưới kết mạc, 1 phần nằm trong đường hầm củng mạc.

2.3.2. Đánh giá tình trạng kính nội nhãn trên lâm sàng

- Kính nội nhãn đúng vị trí (cân): Khám với đèn khe thấy phần quang học và củng kính nội nhãn nằm sau mống mắt trước phần còn lại của bao thể thủy tinh, đúng diện đồng tử có đường cắt khe sáng đi song song qua mống mắt và kính nội nhãn.

- Kính nội nhãn lệch ít: Khám với đèn khe thấy bờ phần quang học hoặc củng của kính nội nhãn ở diện đồng tử khi đồng tử ở trạng thái giãn rộng.

- Kính nội nhãn lệch nhiều: Khám với đèn khe thấy bờ phần quang học hoặc củng của kính nội nhãn ở diện đồng tử khi đồng tử ở trạng thái không giãn hoặc một hay hai củng kính nội nhãn nằm trước mống mắt.

- Kính nội nhãn nghiêng khi phần quần quang học không nằm song song với bình diện mống mắt, có thể ngả ra trước hoặc ra sau.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Trong số 38 bệnh nhân, có 24 nam giới chiếm tỉ lệ 63,16% và 14 nữ giới chiếm tỉ lệ 36,8%. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là $51,55 \pm 22,75$ (nhỏ tuổi nhất là 5 tuổi và lớn tuổi nhất là 85 tuổi). Trong đó, 2 nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là nhóm 18-50 tuổi (34,2%) và nhóm ≥ 50 (52,6%). Phần lớn bệnh

nhân có nghề nghiệp là lao động chân tay (52,64%), còn lại là tri thức (28,95%), học sinh (13,16%), nghề nghiệp khác (5,26%). Nguyên nhân chủ yếu là chấn thương (63,15%), trong đó chấn thương đụng giập chiếm 55,26% và chấn thương xuyên là 7,89%. Nguyên nhân thường gặp tiếp theo là biến chứng của phẫu thuật phaco chiếm 31,58%. Những bệnh lý đục thể thủy tinh bẩm sinh, chiếm 5,26%. Tỷ lệ chấn thương mắt phải/ mắt trái là xấp xỉ 2/1.

3.2. Kết quả về mặt giải phẫu phương pháp phẫu thuật cố định kính nội nhãn vào củng mạc. Phương pháp phẫu thuật cố định kính nội nhãn vào củng mạc sử dụng chỉ polypropylene 6/0 cho kết quả khả quan sau phẫu thuật. Về kính nội nhãn chủ yếu đều tốt, có 34 mắt cân (chiếm 89,5%), có 3 mắt bị lệch hoặc nghiêng ít (chiếm 7,9%), có 1 trường hợp bị lệch nhiều phải can thiệp lại (chiếm 2,6%). Về củng của thấu kính nội nhãn chỉ có duy nhất 1 mắt bị tụt 1 bên củng phải can thiệp lại (chiếm 2,6%), còn lại các mắt có củng đều tốt không bị tụt củng hay đứt củng. Về nút đốt cố định kính nội nhãn đều tốt, tỉ lệ 100%.

Trong 38 mắt phẫu thuật, có 1 mắt có biến chứng tụt củng sau phẫu cần phải can thiệp chỉnh lại (chiếm 2,6%), còn lại các mắt đều không có biến chứng trong và sau phẫu thuật (chiếm 97,4%).

3.3. Kết quả thị lực sau phẫu thuật có chỉnh kính tối đa. Các trường hợp nghiên cứu có thị lực mắt trước phẫu thuật đã chỉnh kính tối đa rất thấp, trung bình $1,31 \pm 0,23$ (73,7% bệnh nhân có thị lực chỉnh kính tối đa trước phẫu thuật ở nhóm $< 20/400$). Sau khi phẫu thuật theo phương pháp sử dụng chỉ polypropylene 6/0 để tạo nút đốt cố định vào củng mạc, thị lực sau phẫu thuật được chỉnh kính tối đa đã được cải thiện nhiều, trung bình $0,80 \pm 0,40$ (68,4% bệnh nhân có thị lực đã chỉnh kính tối đa ở nhóm thị lực từ (20/200 – 20/40)).

Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99% ($p < 0,01$).

Phân loại thị lực	Thời điểm		Thị lực trước PT đã chỉnh kính tối đa		Thị lực sau PT đã chỉnh kính tối đa	
	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
20/40 - 20/20	0	0,0%	3	7,9%		
20/200 - 20/40	4	10,5%	26	68,4%		
20/400 - 20/200	6	15,8%	2	5,35%		
< 20/400	28	73,7%	7	18,4%		
Total	38	100%	38	100%		

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, như độ tuổi, giới, phân bố nghề nghiệp và hoàn cảnh chấn thương, khá tương đồng với các nghiên cứu trước đây. Đa số các bệnh nhân thuộc độ tuổi lao động và có nghề nghiệp là lao động chân tay. Tỷ lệ nam giới chiếm phần lớn do nam giới thường làm các công việc có nguy cơ hơn và trẻ em trai cũng nghịch ngợm hơn.

4.2. Kết quả giải phẫu phương pháp phẫu thuật cố định kính nội nhãn vào củng mạc sử dụng chỉ polypropylene 6/0 để tạo nút đốt cố định. Một trong các tiêu chí thành công của phẫu thuật là độ cân đối của kính nội nhãn. Chúng tôi đánh giá tình trạng kính nội nhãn trên lâm sàng ở tất cả các thời điểm sau phẫu thuật. Trên lâm sàng, sự đánh giá độ cân đối của kính nội nhãn hoàn toàn chủ quan, đánh giá chủ yếu dựa vào vị trí tương đối của kính nội nhãn với mống mắt. Tuy nhiên, trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, nhóm mắt có tiền sử chấn thương lên đến 63,15%, với những tổn thương giác mạc (23,7%), mống mắt (26,3%), đồng tử (31,6%), võng mạc (10,5%) chính vì vậy, đánh giá sự cân đối của kính nội nhãn trên những mắt này hoàn toàn là tương đối.

Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho những kết quả rất tốt về phương pháp phẫu thuật 5cố định kính nội nhãn vào củng mạc sử dụng chỉ polypropylene 6/0 để tạo nút đốt cố định, như nghiên cứu của Belkin và cộng sự (2021) đã báo cáo 5 mắt (đã lấy thể thủy tinh nhưng chưa đặt kính nội nhãn) có sử dụng chỉ polypropylen 6/0 cố định kính nội nhãn vào đường hầm củng mạc. Kết quả cho thấy kính nội nhãn đều được đặt đúng vị trí trung tâm cũng như ổn định trong 1 thời gian dài theo dõi và nhóm tác giả cũng không ghi nhận trường hợp biến chứng nào⁶. Mahmood và cộng sự (2021) đã báo cáo 1 trường hợp treo kính nội nhãn đa tiêu chỉnh loạn thị trên mắt bệnh nhân đã đặt kính nội nhãn có xơ hóa hẹp bao trước, yếu dây chằng zinn. Kết quả sau 3 tháng phẫu thuật, thị lực bệnh nhân cải thiện tốt từ 6/60 trước phẫu thuật lên 6/10 sau phẫu thuật, kính nội nhãn ở vị trí trung tâm và ổn định⁷.

4.3. Kết quả thị lực sau phẫu thuật có chỉnh kính tối đa. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 26 mắt (68,4%) cho cải thiện thị lực sau phẫu thuật ở mức trung bình và có 3 mắt (7,9%) cho thị lực ở mức tốt. Có 9 mắt (23,7%) cho kết

quả thị lực bằng hoặc dưới 20/400, các trường hợp này kính nội nhãn đều cân đối, càng còn tốt không có hiện tượng tụt càng hay đứt càng, các nút chỉ đốt cũng đều tốt, tuy nhiên 9 mắt trên lại có các tổn thương khác nhau trên trục thị giác như: tổn thương giác mạc trung tâm, sẹo giác mạc, khuyết hoặc mất mống mắt, lệch đồng tử, hay các tổn thương võng mạc sau chấn thương là nguyên nhân thị lực không cải thiện sau phẫu thuật. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, nhóm mắt có tiền sử chấn thương lên đến 63,15%, với những tổn thương giác mạc (23,7%), mống mắt (26,3%), đồng tử (31,6%), võng mạc (10,5%) chính vì vậy thị lực chủ yếu ở mức trung bình.

V. KẾT LUẬN

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu là nam giới chiếm 63,16%, đang trong độ tuổi lao động (chiếm 86,8%). Nguyên nhân chủ yếu dẫn tới tổn thương mắt gây mất thể thủy tinh và hoặc bao sau là do chấn thương (chiếm 63,15%). Những mắt trong nghiên cứu có nhiều tổn thương phối hợp giác mạc (23,7%), mống mắt (26,3%), đồng tử (31,6%), võng mạc (10,5%).

Các trường hợp nghiên cứu có thị lực mắt trước phẫu thuật rất thấp, trung bình $1,31 \pm 0,23$. Sau khi phẫu thuật theo phương pháp sử dụng chỉ polypropylene 6/0 để tạo nút đốt cố định vào củng mạc, thị lực sau phẫu thuật được chỉnh kính tối đa đã được cải thiện nhiều, trung bình $0,80 \pm 0,40$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99% ($p < 0,01$). Mắt bị chấn thương đụng dập có thị lực sau phẫu thuật tốt hơn mắt bị vết thương xuyên nhãn cầu. Mắt bệnh nhân có các tổn thương giác mạc trung tâm, mống mắt hay võng mạc thì thị lực thấp hơn so với những mắt không có tổn thương này.

Về phương pháp phẫu thuật, kính nội nhãn phần lớn đều tốt, có 34 mắt cân (chiếm 89,5%), có 3 mắt bị lệch hoặc nghiêng ít (chiếm 7,9%), có 1 trường hợp bị lệch nhiều phải can thiệp lại (chiếm 2,6%). Về càng của thấu kính nội nhãn chỉ có duy nhất 1 mắt bị tụt 1 bên càng phải can thiệp lại (chiếm 2,6%), còn lại các mắt có càng đều tốt không bị tụt càng hay đứt càng (97,4%). Về nút đốt cố định kính nội nhãn đều tốt, tỉ lệ 100%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sindal MD, Nakhwa CP, Sengupta S. Comparison of sutured versus sutureless scleral-fixed intraocular lenses. J Cataract Refract Surg. 2016;42(1):27-34.
2. Malbran ES, Malbran E, Negri I. Lens guide

- suture for transport and fixation in secondary IOL implantation after intracapsular extraction. *Int Ophthalmol.* 1986;9(2-3):151-160.doi: 10.1007/BF00159844
3. **Agrawal S, Singh V, Gupta SK, Misra N, Srivastava RM.** Transscleral fixation of closed loop haptic acrylic posterior chamber intraocular lens in aphakic nonvitrectomized eyes. *Indian J Ophthalmol.* 2015;63(8):649-653.
 4. **Ganne P, Baskaran P, Krishnappa NC. Re: Yamane et al.:** Flanged intrascleral intraocular lens fixation with double-needle technique (*Ophthalmology.* 2017;124:1136-1142). *Ophthalmology.* 2017;124(12):e90-e91.
 5. **Canabrava S, Bernardino L, Batisteli T, Lopes G, Diniz-Filho A.** Double-flanged-haptic and capsular tension ring or segment for sutureless fixation in zonular instability. *Int Ophthalmol.* 2018;38(6):2653-2662.
 6. **Belkin A, Yehezkeili V, Assia E.** Trans-optic suture fixation of malpositioned intraocular lenses. *Int Ophthalmol.* Published online April 1, 2022. doi:10.1007/s10792-022-02272-y
 7. **Mahmood A, Aljodaie M, Alsaati A.** Four-flanged prolene fixation for a toric trifocal intraocular lens of the double C-Loop design in an eye with severe capsular phimosis. *Am J Ophthalmol Case Rep.* 2021;21:101000. doi:10.1016/j.ajoc.2020.101000

TIÊM KEO QUA DA VÀ PHẪU THUẬT MỘT THÌ ĐIỀU TRỊ DẠNG TÍNH MẠCH THỂ KHU TRÚ VÙNG ĐẦU MẶT CỔ

Vũ Trung Trực^{1,2,3}, Đặng Văn Định¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bài báo nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lý dị dạng tĩnh mạch (DDTM) vùng đầu mặt cổ và đánh giá kết quả điều trị của phương pháp tiêm keo qua da kết hợp phẫu thuật. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả được thực hiện trên 19 bệnh nhân tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ năm 2019 đến năm 2023. Đánh giá đặc điểm trước, trong và theo dõi sau điều trị 6 tháng. **Kết quả:** Khối DDTM phân bố chủ yếu ở vùng má (42,1%) và cổ (26,3%), 74% có xâm lấn vào cơ, 100% ranh giới rõ. Không gặp biến chứng nào do tiêm keo; 89,5% ca phẫu thuật mất máu tối thiểu trong mổ. Toàn bộ phẫu thuật cắt bỏ >75% kích thước khối dị dạng mà không tổn thương cơ quan xung quanh. Tỷ lệ tái phát sau 6 tháng là 0%. **Kết luận:** Phương pháp tiêm keo qua da kết hợp phẫu thuật là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả với khối dị dạng tĩnh mạch khu trú vùng đầu mặt cổ. **Từ khóa:** dị dạng tĩnh mạch, đầu mặt cổ, tiêm keo qua da, phẫu thuật

SUMMARY

PREOPERATIVE GLUE EMBOLIZATION AND SINGLE-STAGE EXCISION OF LOCALIZED HEAD AND NECK VENOUS MALFORMATIONS

Objective: The article aims to describe clinical, subclinical characteristics and results of treatment of localized head and neck venous malformations using preoperative glue embolization and excision. **Methods:** Our study was performed on 19 patients at Viet Duc hospital in the period of time between 2020

and 2023. The assessment was performed before operation, during operation and 6-month postoperation. **Results:** VMs contribute mainly at cheek (42,1%) and neck (26,3%) region, muscle layer was invaded in 74% of patients, 100% of VMs is well defined. There is no complication by glue embolization. 89,5% of cases had minimal blood loss during the operations. 100% of surgery had total resection of VMs without critical structures injury. The 6-month postoperative recurrent rate is 0%. **Conclusion:** Preoperative glue embolization following the single-stage excision is a safe and effective procedure for treatment of localized head and neck venous malformations.

Keywords: Venous malformation, head and neck, glue embolization, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị dạng tĩnh mạch là bệnh lý bất thường mạch máu nằm trong nhóm dòng chảy thấp, thường gặp trong cộng đồng với tỉ lệ 1-4% [1]. Chẩn đoán thường dựa vào đặc điểm xuất hiện ngay sau sinh, không thoái triển, hình thái lâm sàng đặc trưng, kết hợp siêu âm hoặc MRI. Dị dạng tĩnh mạch có thể gặp ở nhiều vùng trên cơ thể, trong đó đầu mặt cổ là vùng thường gặp nhất (khoảng 40%), tổn thương có thể lan tỏa và xâm nhập vào các tổ chức như cơ cắn, tuyến nước bọt mang tai, cơ thái dương, hố chân bướm hàm, ổ mắt hay hầu họng [2]. Việc lựa chọn thời điểm, phương pháp điều trị để đạt được hiệu quả và an toàn vẫn còn nhiều khó khăn và bàn cãi trong y văn. Những phương pháp điều trị trước đây như áp lạnh, xạ trị hiện tại không còn được áp dụng do gặp nhiều biến chứng. Trong khi đó, tiêm xơ, laser và phẫu thuật được nhiều tác giả đánh giá là những phương pháp điều trị hiệu quả. Đối với khối dị dạng tĩnh mạch khu trú,

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Định

Email: dangdinh0802@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2023

Ngày duyệt bài: 14.9.2023