

bệnh nhân chấn thương sọ não được điều trị bảo tồn chiếm 77,4%, 15,1% bệnh nhân được can thiệp phẫu thuật [4]. Tỷ lệ bệnh nhân ra viện của chúng tôi đa số là tốt chiếm 88,2%, khá 7,4%, trung bình 1,5%, xấu 1,7%, tử vong 1,1%. Kết quả của chúng tôi tốt hơn so với S. Lenell (tốt là 38%, khá 9%, 27% trung bình, xấu 1%, tử vong 27%), do nghiên cứu của S. Lenell được thực hiện ở đơn vị hồi sức thần kinh trong thời gian 6 năm với đa số các bệnh nhân nặng phải thở máy chiếm 80% [1], trong khi số bệnh nhân thở máy của chúng tôi chỉ có 8 bệnh nhân chiếm 1,7%.

## V. KẾT LUẬN

Chấn thương sọ não ở người cao tuổi gặp ở nam giới nhiều hơn nữ, nguyên nhân cao nhất là do ngã; lâm sàng mức độ nhẹ chiếm đa số; tổn thương sọ não gặp nhiều nhất là máu tụ dưới màng cứng cấp tính; điều trị nội khoa chiếm đa số; tỷ lệ xấu và tử vong là 2,8%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. S. Lenell, L. Nyholm, A. Lewén, et al, "Clinical outcome and prognostic factors in elderly traumatic brain injury patients receiving

- neurointensive care," Acta Neurochir. (Wien), vol. 161, no. 6, pp. 1243–1254, Jun. 2019, doi: 10.1007/s00701-019-03893-6.
2. G. L. Prasad, N. Anmol, et al, "Outcome of Traumatic Brain Injury in the Elderly Population: A Tertiary Center Experience in a Developing Country," World Neurosurg., vol. 111, pp. e228–e234, Mar. 2018, doi: 10.1016/j.wneu.2017.12.034.
3. G. G. Podolsky-Gondim et al., "Traumatic Brain Injury in the Elderly: Clinical Features, Prognostic Factors, and Outcomes of 133 Consecutive Surgical Patients," Cureus, vol. 13, no. 2, p. e13587, doi: 10.7759/cureus.13587.
4. C. Hawley, M. Sakr, S. Scapinello, et al, "Traumatic brain injuries in older adults-6 years of data for one UK trauma centre: retrospective analysis of prospectively collected data," Emerg. Med. J. EMJ, vol. 34, no. 8, pp. 509–516, Aug. 2017, doi: 10.1136/emermed-2016-206506.
5. E. Mattingly and C. R. Roth, "Traumatic Brain Injury in Older Adults: Epidemiology, Etiology, Rehabilitation, and Outcomes," Perspect. ASHA Spec. Interest Groups, vol. 7, no. 4, pp. 1166–1181, Aug. 2022, doi: 10.1044/2022\_PERSP-21-00129.
6. O. Skaansar et al., "Traumatic brain injury-the effects of patient age on treatment intensity and mortality," BMC Neurol., vol. 20, no. 1, p. 376, Oct. 2020, doi: 10.1186/s12883-020-01943-6.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U BÌ KẾT GIÁC MẠC BẰNG PHẪU THUẬT GHÉP GIÁC MẠC LỚP TRƯỚC SÂU

Đỗ Tuyết Nhung<sup>1</sup>, Phạm Ngọc Đông<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị u bì kết giác mạc bằng phẫu thuật ghép giác mạc lớp trước sâu. **Đối tượng & phương pháp:** thiết kế hồi cứu kết hợp mô tả cắt ngang thu được 48 BN với 51 mắt có u bì kết giác mạc đã được phẫu thuật ghép giác mạc lớp trước sâu từ 01/2013 đến 05/2020 tại khoa Giác mạc, bệnh viện Mắt trung ương. **Kết quả:** Phần lớn BN sau mổ có kết quả điều trị tốt và trung bình (86,4%), chỉ có 13,6% mắt có kết quả kém do đục giác mạc. Các BN đều hài lòng với kết quả thẩm mỹ sau mổ. Một số BN trong nghiên cứu không đo được thị lực và khúc xạ ở các thời điểm theo dõi do không hợp tác hoặc còn nhỏ. Biến chứng gặp có thể gặp: Trong mổ thường gặp nguy cơ thủng giác mạc và chảy máu. Tân mạch, lòng chỉ giác mạc, nhiễm trùng màng ghép là nguy cơ thường gặp sau mổ. Nếu không phát hiện sớm và điều trị tốt có thể dẫn tới hỏng màng ghép và đục giác mạc. **Kết luận:** phẫu thuật ghép giác mạc lớp trước sâu là một phương pháp hiệu quả trong điều trị u bì

kết giác mạc. **Từ khóa:** u bì kết giác mạc, ghép giác mạc lớp trước sâu.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF THE LONG-TERM RESULTS OF DEEP ANTERIOR LAMELLAR KERATOPLASTY FOR LIMBAL DERMOID TREATMENT

**Objective:** To evaluate the long-term results of Deep Anterior Lamellar keratoplasty for limbal dermoid treatment. **Subjects & methods:** Using a retrospective design combined with cross-sectional description to recruit 48 patients with 51 eyes with limbal dermoid who underwent Deep Anterior Lamellar Keratoplasty from January 2013 to May 2020 in Cornea Department, Vietnam National Eye Hospital. **Results:** Most patients after surgery had good or average treatment results (86.4%), only 13.6% of eyes showed poor results due to corneal opacities. All patients were satisfied with the plastic results after surgery. Some patients in the study could not have their visual acuity and refraction measured at the follow-up time due to lack of cooperation or being too young. Possible complications: During surgery, there is often a risk of corneal perforation and bleeding. Neovascularization, corneal thread loosening, and graft infection are common risks after surgery. If these complications were not identified early and

<sup>1</sup>Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tuyết Nhung

Email: nhungdt@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 6.3.2024

Ngày duyệt bài: 26.3.2024

intervened well, it can lead to graft failure and corneal opacity. **Conclusion:** Deep anterior lamellar keratoplasty is an effective method in the treatment of limbal dermoid. **Keywords:** limbal dermoid, Deep anterior lamellar keratoplasty

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý khối u tại vùng rìa của giác mạc không phổ biến, tỷ lệ mắc khoảng 1/10.000. Trong đó, u bì kết giác mạc là bệnh lý thường gặp nhất (10% - 29%)[1]. Do bệnh có tính chất bẩm sinh, có thể dễ dàng thấy bằng mắt thường nên u bì kết giác mạc thường được phát hiện từ rất sớm. Mặt khác, bệnh liên quan đến thẩm mỹ vùng mắt nên ảnh hưởng nhiều đến tâm lý của BN. Với mục đích tối ưu hiệu quả điều trị bệnh lý u bì kết mạc với tiêu chí phục hồi thẩm mỹ và chức năng cho mắt, nhiều tác giả đã đề xuất phương pháp cắt u kết hợp ghép giác mạc lớp trước sâu [2], [3]. Phương pháp này đặc biệt hiệu quả đối với nhóm u bì độ 1 và độ 2 do có ưu điểm là chỉ thay thế phần giác mạc bệnh lý phía trước nên bảo đảm lấy hết được toàn bộ u đồng thời bù đắp được phần giác mạc bị thiếu sau khi cắt. Phẫu thuật không can thiệp sâu vào nội nhãn như phương pháp ghép giác mạc xuyên kinh điển nên hạn chế được nhiều biến chứng cũng như giảm tỉ lệ tái ghép giác mạc [3, 4]. Từ ca đầu tiên được phẫu thuật thành công vào tháng 5 năm 2013 đến nay gần 10 năm đã có thêm nhiều BN u bì kết giác mạc được điều trị bằng phẫu thuật ghép giác mạc lớp trước sâu tại khoa Giác mạc, bệnh viện Mắt Trung ương. Để góp phần đánh giá hiệu quả của phẫu thuật ghép giác mạc trong điều trị u bì kết giác mạc, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này với mục tiêu "Đánh giá kết quả điều trị u bì kết giác mạc bằng phẫu thuật ghép giác mạc lớp trước sâu".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** BN u bì kết giác mạc đã được phẫu thuật ghép giác mạc lớp trước sâu từ 01/2013 đến 05/2020 và hồ sơ bệnh án tương ứng.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Hồ sơ của tất cả các BN được chẩn đoán u bì kết giác mạc đã được phẫu thuật ghép giác mạc lớp trước sâu có đầy đủ thông tin trước và sau phẫu thuật.

- BN có đầy đủ kết quả khám tại các thời điểm theo dõi sau phẫu thuật, ít nhất là 3 năm theo dõi.

- BN hoặc người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hồ sơ thiếu thông tin trước và theo dõi sau mổ,

- Hồ sơ của BN chẩn đoán u bì kết giác mạc nhưng được phẫu thuật bằng các phương pháp khác.

**2.2. Địa điểm và thời gian.** Khoa Giác mạc, bệnh viện Mắt trung ương từ 03/2022 đến 11/2023.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

**2.3.1. Thiết kế nghiên cứu:** Hồi cứu kết hợp mô tả cắt ngang.

### 2.3.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

- Nghiên cứu thực hiện chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lấy cỡ mẫu toàn bộ tất cả BN u bì kết giác mạc đã được phẫu thuật ghép giác mạc lớp trước sâu từ 01/2013 đến 5/2020 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Cỡ mẫu thu được là 48 BN với 51 mắt.

- Kết quả thị lực: Thị lực đo bằng Snellen. Phân loại các mức thị lực theo ICD-10 của Tổ chức Y tế thế giới (2016)

### Bảng 1. Phân loại thị lực theo ICD-10

Mức thị lực	Kết luận
Trên 20/30	TL bình thường
Từ 20/70 – 20/30	TL giảm nhẹ
Từ 20/200 đến 20/70	TL giảm trung bình
Từ ĐNT 3m đến dưới 20/200	TL giảm nặng
Từ ĐNT 1m đến dưới ĐNT 3m	TL giảm rất nặng
Từ ST (+) đến dưới ĐNT 1m	Mất TL gần hoàn toàn (gần mù)
ST (-)	Mất TL hoàn toàn (mù)

- Kết quả chung của phẫu thuật chia làm 3 mức:

+ Tốt: Khi mắt đáp ứng đầy đủ điều kiện: mảnh ghép trong, không có hoặc rất ít tân mạch, không có biến chứng.

+ Trung bình: mảnh ghép đục nhẹ, có hoặc không có tân mạch, có biến chứng nhưng xử lý tốt, ít ảnh hưởng đến độ trong của giác mạc ghép

+ Kém: mảnh ghép đục kèm theo các biến chứng gây thất bại ghép hoặc hỏng mảnh ghép.

**2.4. Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập trên phần mềm Epi Data 3.1 và phân tích trên phần mềm SPSS ver 20.0.

**2.5. Vấn đề đạo đức nghiên cứu:** Mọi thông tin cá nhân về BN được bảo mật, các số liệu, thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu, nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị, không phục vụ cho mục đích nào khác.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Tuổi trung bình của BN thời điểm phẫu thuật là 7,4 ±7,9 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 8 tháng tuổi, tuổi lớn nhất: 49 tuổi. 58,3% BN là nữ giới và 41,7% BN là nam giới.

**Bảng 1. Bảng thị lực sau mổ (n=51)**

Thời điểm/ TL	Trên 20/30		20/70 – 20/30		20/200 – 20/70		ĐNT - 20/200		ĐNT 1m – ĐNT 3m		Không đo được		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ra viện	0	0,0	2	3,9	8	15,7	2	3,9	2	3,9	37	72,5	0,01
3 tháng	4	7,8	4	7,8	14	27,5	1	2,0	4	7,8	24	47,1	0,02
6 tháng	4	7,8	10	19,6	10	19,6	1	2,0	3	5,9	23	45,1	0,89
1 năm	6	11,8	10	19,6	10	19,6	2	3,9	1	2,0	22	43,1	0,94
3 năm	5	9,8	13	25,5	11	21,6	2	3,9	3	5,9	17	33,3	0,44
Thời điểm cuối	6	11,8	12	23,5	16	31,4	2	3,9	1	2,0	14	27,5	0,41

Một số BN không đo được thị lực ở các thời điểm theo dõi do còn nhỏ nên không hợp tác. Thị lực thời điểm ra viện và sau mổ 3 tháng số BN không đo được thị lực chiếm tỉ lệ cao nhất lần lượt là 37/51 (72,5%) và 24/51 (47,1%) cao hơn thời điểm trước vào viện (p<0,05). Các thời điểm theo dõi sau 3 tháng, số BN theo dõi được thị lực

tăng lên và dần ổn định (p>0,05). Những BN đo được thị lực phần lớn ở mức 20/200 – 20/30. Tại thời điểm theo dõi cuối, có 11,8% BN có thị lực > 20/30; 23,5% (12/51) mắt có thị lực 20/70 – 20/30; 31,4% (16/51) mắt có thị lực 20/200 – 20/70; 3,9% (2/51) mắt có thị lực ĐNT -20/200 và chỉ có 1/59 mắt có thị lực ĐNT 2m (2,0%).

**Bảng 2. Kết quả khúc xạ tại các thời điểm (n=51)**

Thời điểm theo dõi	n	Khúc xạ cầu				Độ loạn			
		X±SD	min	max	p	X±SD	min	max	p
Trước mổ	8	2,2±2,3	0	7,25		2,4±1,2	0,5	4,5	
3 tháng	8	1,4±2,4	0	7,25	0,4	3,5±1,1	2	5,25	0,3
6 tháng	13	2,3±2,4	0	7,25	0,7	2,3±1,5	0,25	4,5	0,8
1 năm	15	1,2±1,8	0	6,75	0,1	3,1±1,9	1	6,75	0,2
3 năm	18	1,3±1,3	0	5	0,5	2,8±2,3	1	9	0,6
Lần khám cuối	25	1,3±1,9	0	6,75	0,3	2,9±1,7	0,5	5,5	0,2

Khúc xạ tự động ở các mắt đo được tại các thời điểm theo dõi sau phẫu thuật ít có thay đổi nhiều so với thời điểm trước phẫu thuật, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p> 0,05.

**Bảng 3. Biến chứng trong phẫu thuật (n=51)**

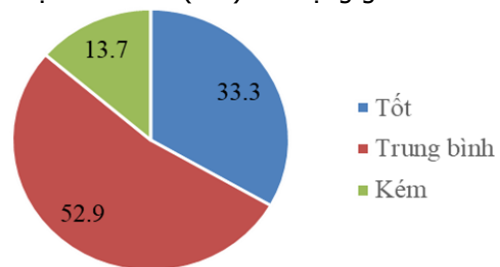
Biến chứng	n	%
Thủng giác mạc	3	5,9
Máu đọng nền ghép	2	3,9
Mảnh ghép không cùng bình diện với phần giác mạc còn lại	2	3,9

Ba mắt (5,9%) có biến chứng thủng nhãn cầu. 2 mắt có máu đọng nền ghép (3,9%), 2 mắt khi ghép giác mạc vùng ghép không cùng bình diện với xung quanh (3,9%).

**Bảng 4. Biến chứng sau phẫu thuật (n=51)**

Biến chứng	n	%
Lồng chi	28	54,9
Tân mạch giác mạc	37	72,5
Loét giác mạc	6	11,8
Áp xe chân chi	1	2,0
Xẹp tiền phòng	1	2,0
Mộng giả	1	2,0

Một mắt (2%) xẹp tiền phòng, 28 mắt (54,9%) lồng chi, 39 mắt (72,5%) tân mạch giác mạc, 1 mắt (2,0%) áp xe chân chi, 6 mắt (11,8%) loét giác mạc và 1 mắt (2%) có mộng giả.



**Biểu đồ 1. Kết quả chung của phẫu thuật (n=51)**

17/51 (33,3%) mắt có kết quả tốt, 27/51 (52,9%) mắt có kết quả phẫu thuật trung bình, và 7/51 (13,7%) mắt có kết quả phẫu thuật kém.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Thị lực và khúc xạ sau phẫu thuật.**

Hầu hết BN trong nghiên cứu là trẻ em. BN nhỏ nhất là 8 tháng tuổi. Do vậy, thị lực thu được tại các thời điểm theo dõi khó khăn do BN không hợp tác trong quá trình thăm khám. Tại thời

điểm cuối, số BN đo được thị lực cao hơn so với các thời điểm theo dõi trước do BN đã lớn và hợp tác tốt hơn. Một số BN sau mổ đo được khúc xạ giác mạc, được chỉnh kính và hướng dẫn tập nhược thị có thị lực phục hồi sau mổ khá tốt. Thời điểm trước mổ chỉ có 15 BN đo được thị lực từ 20/70 đến 20/20. Đến thời điểm 3 năm theo dõi sau mổ đã tăng lên là 18 BN và duy trì cho tới thời điểm theo dõi cuối cùng. Theo dõi khúc xạ tự động thời điểm trước mổ chỉ đo được 8/51 mắt, do sự cản trở của khối u trên giác mạc. Độ loạn thị trung bình trước mổ là  $2,4 \pm 1,2$  D (0,5-4,5 D). Sau mổ 3 năm đo được 18 mắt và tăng lên 25 mắt vào thời điểm theo dõi cuối. Điều này chứng tỏ sự ổn định của mảnh ghép theo thời gian. Tuy nhiên không có sự thay đổi nhiều về độ loạn thị trước và sau mổ ( $p > 0,05$ ). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Patrick Watts năm 2002, 96,7% (29/30) BN có thị lực  $\geq 6/24$  trong đó 86,7% (26/30) BN có thị lực  $\geq 6/12$  và chỉ có 1 BN có thị lực 6/120. Khúc xạ được ghi nhận trước phẫu thuật và sau phẫu thuật ở 23 BN. Loạn thị  $> 1$  Diop có ở 43,4% (10/23) BN trước mổ và 60,8% (14/23) BN sau mổ. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,6$ ) [5]. Nghiên cứu của Shen (2005) cho thấy thị lực tăng lên sau mổ trung bình là  $4,9 \pm 3,6$  dòng trên biểu đồ Snellen. BN loạn thị cao trước mổ  $\geq 6$  D ( $9,7 \pm 1,0$  D;  $n = 4$ ) và độ loạn thị giảm đáng kể sau mổ ( $5,2 \pm 1,7$  D) [6].

#### 4.2. Biến chứng xảy ra trong phẫu thuật

**Thủng giác mạc:** Trong nghiên cứu này, các biến chứng chủ yếu xảy ra trong thời kì đầu mới triển khai kĩ thuật ghép giác mạc lớp trước sâu điều trị u bì kết giác mạc. Trong đó có 3/51 ca (5,9%) có biến chứng vi thủng giác mạc trong thời cắt u. Các trường hợp này đều có khối u lớn trên 8mm, ăn sâu vào lớp củng giác mạc, mật độ khối u chắc và nhiều mạch máu do vậy bóc tách u gặp nhiều khó khăn, thời gian phẫu thuật cũng kéo dài hơn. Tuy nhiên do lỗ thủng khá nhỏ nên chúng tôi có thể tiếp tục phẫu thuật và không phải chuyển sang ghép giác mạc xuyên.

**Chảy máu:** Có 2/51 ca chảy máu và máu đọng tại nền ghép. Hai ca này được chẩn đoán u bì mỡ và có kích thước lớn trên 8mm, đồng thời có nhiều mạch máu đi từ u vào lớp sâu của củng giác mạc. Do vậy, trong quá trình cắt u tạo nền ghép củng giác mạc dù đã cầm máu khá tốt và rửa sạch nền ghép nhưng vẫn có tiếp tục chảy máu sau khi khâu mảnh ghép, máu đọng tại nền ghép và tiêu dần sau 3 tuần, để lại sẹo và đục nhẹ tại nền ghép.

Mảnh ghép không cùng bình diện với giác mạc xung quanh: Hai trường hợp này có khối u

kích thước  $< 7$ mm nhưng ăn sâu vào giác mạc gần đến màng Descemet. Mặt khác, mảnh ghép được sử dụng cho 2 trường hợp này là mảnh giác mạc cắt sẵn có chiều dày dưới 300  $\mu$ m, mỏng hơn so với phần giác mạc cần bù lại. Do vậy, sau khi đặt mảnh ghép lên nền ghép và khâu cố định thì phần này bị dẹt hơn so với bình diện xung quanh.

#### 4.3. Biến chứng xảy ra sau phẫu thuật.

Tân mạch giác mạc là biến chứng hay gặp nhất sau phẫu thuật trong nghiên cứu (69,5%), thường gặp ở những mắt có mảnh ghép lớn. Biến chứng gặp phổ biến thứ 2 là lỏng chỉ (55,9%), nguyên nhân do mảnh ghép lúc mổ thường phù dày, khi mảnh ghép đã ổn định, hết phù thì gây ra hiện tượng lỏng chỉ giác mạc, cũng có thể do PTV thắt chỉ lỏng khi khâu. Ngoài ra còn một số biến chứng khác như áp xe chân chỉ, nếu không được phát hiện và điều trị sớm dễ dẫn đến loét mảnh ghép, nhiễm trùng giác mạc. Trong nghiên cứu có 1 ca xẹp tiền phòng sau mổ 1 ngày cũng chính là 1 trong 3 ca có vi thủng giác mạc trong mổ. Bệnh nhân được phẫu thuật ngay trong ngày, tiền phòng tái tạo với hơi và dung dịch Ringer lactate.

Kết quả nghiên cứu này khác biệt so với một số các nghiên cứu trước đó. Nghiên cứu của Xin M năm 2016 các biến chứng phẫu thuật bao gồm thải ghép, thủng giác mạc vi mô, chậm biểu mô, tăng nhãn áp do steroid, tân mạch và xuất huyết tại giao diện ghép [7]. Trong nghiên cứu của Patrick Watts, sau 6 tháng thấy 7/51 mắt có tân mạch sâu vào mảnh ghép, đục mảnh ghép mức độ trung bình ở 8/51 mắt và u hạt chỉ xảy ra ở 1 mắt [5]. Nghiên cứu của Scott năm 2001 có 2/11 BN có tân mạch sâu phát triển sau phẫu thuật đều có tiền sử đã cắt u đơn thuần trước đó. Một trong những trường hợp này bị nhiễm trùng mảnh ghép và có một trường hợp mảnh ghép bị mờ đục [4]. Nghiên cứu hồi cứu của Shen năm 2005 biến chứng sau mổ gồm 1 ca đục mảnh ghép, 3 ca củng mạc xanh nhẹ [6]. Nghiên cứu của Phạm Ngọc Đông và cộng sự năm 2018 trên 39 mắt của 37 BN, có 15/39 ca lỏng chỉ, đã được cắt chỉ sau đó dưới gây mê. Các BN còn lại đều được cắt chỉ sau mổ 1 năm. 1 BN có tân mạch sâu tại nền ghép và phù mảnh ghép sau mổ 6 tháng, tình trạng cải thiện sau khi tra prednisolone 1 tháng, chỉ có 1 ca đục mảnh ghép mức độ trung bình [8].

#### 4.4. Kết quả chung của phẫu thuật.

21/59 (35,6%) mắt có kết quả tốt, 30/59 (50,8%) mắt có kết quả phẫu thuật trung bình, và 8/59 (13,6%) mắt có kết quả phẫu thuật kém. Tuy nhiên, kết quả thẩm mỹ sau mổ tốt.

Như vậy, phẫu thuật ghép giác mạc lớp trước sâu là một phương pháp hiệu quả trong điều trị u bì kết giác mạc.

**V. KẾT LUẬN**

- Phần lớn BN sau mổ có kết quả điều trị tốt và trung bình (86,4%), chỉ có 13,6% mắt có kết quả kém do đục giác mạc. Tuy nhiên các BN đều hài lòng với kết quả thẩm mỹ sau mổ.

- Một số BN trong nghiên cứu không đo được thị lực và khúc xạ ở các thời điểm theo dõi do không hợp tác hoặc còn nhỏ.

- Biến chứng gặp có thể gặp: Trong mổ thường gặp nguy cơ thủng giác mạc và chảy máu. Tân mạch, lỏng chỉ giác mạc, nhiễm trùng màng ghép là nguy cơ thường gặp sau mổ. Nếu không phát hiện sớm và điều trị tốt có thể dẫn tới hỏng màng ghép và đục giác mạc.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Garner A (1989), The pathology of tumours at the limbus, Eye, 3(2), 210-217.
2. Harding SA, Nischal KK, Upponi-Patil A et al (2010), Indications and outcomes of deep

- anterior lamellar keratoplasty in children, Ophthalmology, 117(11), 2191-2195.
3. Pirouzian A, Merrill KD, Khadem E et al (2011), Amniotic membrane transplantation for surgical management of pediatric corneal limbal dermoids., J Am Assoc Pediatr Ophthalmol Strabismus., 15(1), e27.
4. Scott JA, Tan DTH (2001), Therapeutic lamellar keratoplasty for limbal dermoids, Ophthalmology, 108(10), 1858-1867.
5. Watts P, Michaeli-Cohen A, Abdolell M và các cộng sự. (2002), Outcome of lamellar keratoplasty for limbal dermoids in children, J AAPOS, 6(4), 209-215.
6. Shen YD, Chen WL, Wang IJ et al (2005), Full-thickness central corneal grafts in lamellar keratoscleroplasty to treat limbal dermoids, Ophthalmology, 112(11), e1-1955.
7. Xin M, Gong Y R, Jiang S H et al (2016), Preoperative evaluation and outcome of corneal transplantation for limbal dermoids: a ten-year follow-up study, Int J Ophthalmol,9(12),1756-1760.
8. Pham Ngoc D, Tuyet Nhung D, Nguyen Nga D. (2018), Deep Anterior Lamellar Keratoscleroplasty Using The Anterior Corneal Cap of Pre-cut Cornea for Limbal Dermoid, Eye South East Asia, 13(2), 49-55.

**ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ THUYỀN TẮC MẠCH TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ**

Lê Sáu Nguyễn<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thúy<sup>1</sup>,  
Vũ Văn Hoàng<sup>1</sup>, Nguyễn Thế Anh<sup>1</sup>

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** Đánh giá nguy cơ thuyên tắc mạch trên bệnh nhân cao tuổi được phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiền cứu, 100 bệnh nhân ≥ 60 tuổi, phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 76,25 ± 7,53. Tỷ lệ bệnh nhân nam là 81,0%. Bệnh lý mạn tính trước mổ: Tăng huyết áp 44,9%, Đái tháo đường 33,4% Rối loạn chuyển hóa lipid 31,0% Bệnh lý ung thư 31,5%. Thời gian phẫu thuật 119,03 ± 55,57 phút. Thời gian gây mê 163,6 ± 45,93 phút. Phẫu thuật tiêu hóa chiếm 35,3%. Phẫu thuật ung thư dạ dày chiếm 42,25% trong bệnh lý ung thư. Điểm Padua ≥4 là 38,8%. Yếu tố nguy cơ tắc mạch: ung thư tiến triển 26,2%, tiền sử huyết khối 14,9%, suy tim hoặc suy hô hấp có tỷ lệ gặp 41,9% và nhiễm khuẩn cấp gặp 15,8%. Điểm caprini là 6,03 ± 1,27 (3-15 điểm), điểm Caprini 5-6 chiếm 49,2%. Tỷ lệ tắc mạch được chẩn đoán chung là 2,4%, trong nhóm nguy cơ cao là 6,2%, đông máu nội mạc rải rác

ở nhóm nguy cơ cao là 3,45%. **Kết luận:** Điểm Caprini trung bình trong nghiên cứu là 6,03 ± 1,27 điểm Caprini 5-6 chiếm 49,2%. Tỷ lệ điểm Padua ≥ 4 là 38,8%. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ gây tắc mạch: ung thư 26,2%, tiền sử huyết khối tĩnh mạch là 2,9%, tuổi >70 là 79,1%, suy tim và suy hô hấp là 41,9%, nhiễm khuẩn cấp là 15,8%. Tỷ lệ tắc mạch chung được chẩn đoán trong nghiên cứu là 2,4% và 6,4% ở nhóm nguy cơ cao. **Từ khóa:** Thuyên tắc mạch, người cao tuổi, phẫu thuật.

**SUMMARY**

**ASSESSMENT OF THE RISK OF EMBOLISM IN ELDERLY PATIENTS UNDERGOING SURGERY AT HUU NGHİ HOSPITAL**

**Objective:** Evaluate the risk of thromboembolism in elderly patients undergoing surgery at Huu Nghi Hospital. **Subjects and methods:** Prospective descriptive study, 100 patients ≥ 60 years old, operated at Huu Nghi hospital. **Results:** Mean age was 76.25 ± 7.53 years. The proportion of male patients is 81.0%. Chronic diseases before surgery: Hypertension 44.9%, Diabetes 33.4%, lipid metabolism disorders 31.0%, Cancer 31.5%. Average surgery time was 119.03 ± 55.57 minutes. Average anesthesia time was 163.6 ± 45.93 minutes. Digestive surgery accounts for 35.3%. Stomach cancer surgery

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Lê Sáu Nguyễn

Email: lesaunguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.3.2024

Ngày duyệt bài: 29.3.2024