

6. **Nguyễn Đức Thọ** (2016). Nghiên cứu thực trạng và hiệu quả can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe đối với bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại xã Kiến Thiết và Kiên Bái, thành phố Hải Phòng năm 2014 - 2016. Luận án Tiến sĩ Cộng đồng, Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

7. **Nguyễn Như Vinh** (2020). Những điều cần biết về các loại dụng cụ hít thuốc trong hô hấp, Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh, <http://www.hoihoaptphcm.org/index.php/chuyende/20-categorychuyende/category-chucnanghohap/240-nhung-diem-can-biet-ve-cac-dung-cu-hit-thuoc-trong-ho-hap>, ngày truy cập 4/5/2020.

8. **C. S. et al**, (2011). Teaching inhaler use in chronic obstructive pulmonary disease patients.

Journal of the American Academy of Nurse Practitioners.

9. **Fotokian Z. and et al**, (2017). The empowerment of elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease: Managing life with the disease, journal.pone.

10. **Global, Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease** (2018). Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Management and Prevention of COPD Chronic Obstructive Pulmonary Disease Global Strategy for the Diagnosis, USA.

11. World Health Organization (2005). Preventing Chronic Disease: A Vital Investment.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHỤC HỒI LỆ QUẢN ĐỨT SAU CHẤN THƯƠNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐẶT NÒNG SILICON MỘT LỆ QUẢN CÓ QUE DẪN ĐƯỜNG

NGUYỄN THANH NAM<sup>1</sup>,  
BIỆN THỊ CẨM VÂN<sup>1</sup>, PHAN PHƯƠNG THẢO<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh  
<sup>2</sup>Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả hồi phục lệ quản đứt sau chấn thương bằng phương pháp đặt nòng silicone một lệ quản Monoka có que dẫn đường S1.1630.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu trên 46 bệnh nhân với 47 lệ quản đứt sau chấn thương, được nối lệ quản bằng ống Monoka có que dẫn đường. Triệu chứng chảy nước mắt được ghi nhận tại thời điểm 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng. Nghiệm pháp thoát màu Fluorescein, kết quả bơm rửa và thông lệ đạo tiến hành tại thời điểm 3 tháng (khi rút ống). Các

đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, kết quả và biến chứng được khảo sát và phân tích.

**Kết quả:** Tuổi trung bình là  $47,5 \pm 24,6$ . Có 41 ca đứt lệ quản dưới (89%), 4 ca đứt lệ quản trên (9%) và 1 ca duy nhất đứt 2 lệ quản. Ở thời điểm 3 tháng, tổng cộng có 37/46 ca thành công về mặt chức năng (hết chảy nước mắt hoàn toàn và nghiệm pháp thoát màu Fluorescein dương tính) (80,4%). Có 42/46 ca thành công về mặt giải phẫu (91,3%) với kết quả bơm rửa lệ đạo thông và thông lệ đạo có dấu chạm cứng. Biến chứng 5 ca: 1 ca lật mi, 1 ca lật điểm lệ, 1 ca khuyết chữ V mi mắt và 2 ca u hạt. Đặc biệt, không có ca nào bị tụt ống sớm.

**Kết luận:** Sử dụng ống Monoka có que dẫn đường mang lại hiệu quả và tính an toàn cao trong phẫu thuật nối lệ quản đứt sau chấn thương, có thể dùng như một lựa chọn thay thế ống Mini - Monoka hiện tại.

**Từ khóa:** Monoka, phục hồi lệ quản.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thanh Nam

Email: drnam49@yahoo.com

Ngày nhận: 14/4/2021

Ngày phản biện: 26/5/2021

Ngày duyệt bài: 02/6/2021

**SUMMARY**  
**EFFECTIVENESS OF CANALICULAR LACERATION REPAIR USING MONOCANALICULAR INTUBATION WITH MONOKA TUBES**

*Purpose: This study aimed to evaluate the clinical efficacy of canalicular laceration repair using monocanalicular intubation with Monoka tubes.*

*Methods: A total of 46 patients with 47 lacerated canaliculi were repaired using monocanalicular intubation with Monoka tubes and were continuously followed for 3 months on. All tubes were removed at 3<sup>rd</sup> month. Epiphora symptoms were evaluated at 1 week, 1 month and 3 months. Fluorescein dye disappearance test, syringing and probing were performed at 3 months (tube extrusion). Demographic information, injury locations, associated ocular injuries, complications and outcomes were analysed.*

*Results: Mean patient age was 47 years (range 25 - 79 years). There were 41 lower canalicular lacerations (89%), 4 upper canalicular lacerations (9%) and 1 both canicular lacerations included. Overall, 37 of 46 cases (80.4%) showed complete improvement in symptoms and exhibited positivity on the dye disappearance test at 3<sup>rd</sup> month after the procedure, 1 patient (2%) suffered functional failure. In addition, 42 patients (91.3%) gained anatomical success with patency on syringing and probing showed hard stop result. Complications were seen in five cases and included one punctal slit, one lower eyelid slit and two punctal granuloma. Remarkably, there were no case encountered early tube protrusion.*

*Conclusions: Monocanalicular intubation with Monoka tubes leads to successful outcomes without significant complications and offers an alternative to bicanalicular intubation and Mini - monoka tubes in the treatment of monocanalicular lacerations.*

**Keywords:** *Canalicular laceration repair, Monoka.*

**ĐẶT VẤN ĐỀ**

Đứt lệ quản là một chấn thương ngoại nhãn thường gặp, gây chảy nước mắt sống và khó chịu cho bệnh nhân. Nối lệ quản tận tận kết hợp đặt ống lệ quản silicon ngay thì phẫu thuật đầu

tiên đã dần trở thành tiêu chuẩn trong điều trị [1,2,3,4]. Theo Lee Hwa (2009), có 34/36 bệnh nhân (92%) đứt lệ quản do chấn thương được phẫu thuật thành công khi sử dụng ống silicon Monoka có que dẫn đường<sup>[5]</sup>. Bệnh viện Mắt TP. Hồ Chí Minh đưa ống silicon Monoka S1.1630 vào sử dụng (2018) và tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đánh giá hiệu quả phục hồi lệ quản đứt sau chấn thương bằng phương pháp đặt nòng silicon một lệ quản có que dẫn đường" nhằm mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng của chấn thương đứt lệ quản.
2. Xác định tính hiệu quả và an toàn của phương pháp điều trị.
3. Phân tích các yếu tố ảnh hưởng kết quả điều trị.

**ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**1. Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng có phân tích.

**2. Dân số chọn mẫu**

Tất cả bệnh nhân đứt lệ quản do chấn thương điều trị tại Khoa Tạo hình Thẩm mỹ - Thần kinh Nhân khoa, Bệnh viện Mắt TP. Hồ Chí Minh từ tháng 10/2018 đến tháng 3/2019.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tuổi ≥ 16 tuổi.

Đứt lệ quản có thời gian < 1 tháng từ lúc chấn thương đến lúc phẫu thuật.

Nhãn cầu nguyên vẹn.

Không rách điểm lệ.

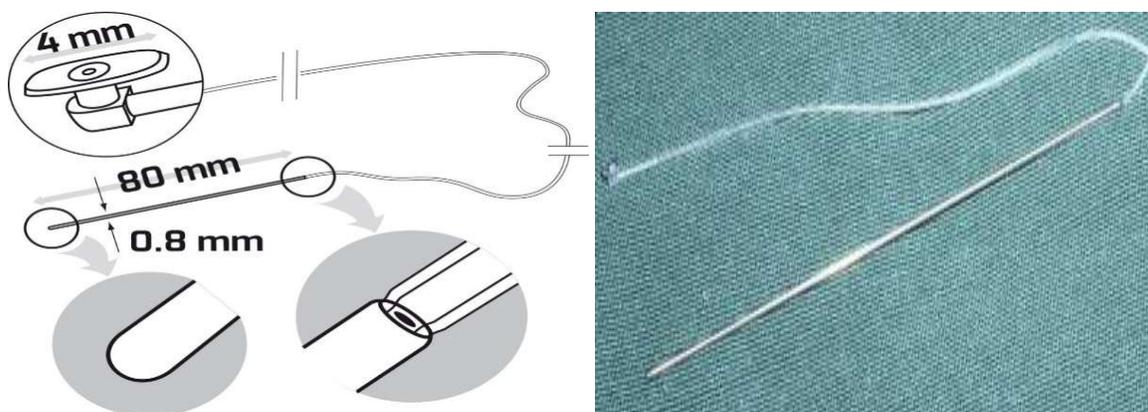
Không có các tổn thương rộng vùng xương hàm mặt, cần phục hồi giải phẫu trước khi tiến hành can thiệp nối thông lệ quản hoặc bệnh lý toàn thân không thể phẫu thuật.

**3. Cỡ mẫu**

46 bệnh nhân đứt lệ quản do chấn thương thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

**4. Phương tiện nghiên cứu**

Kính hiển vi phẫu thuật; dụng cụ nội soi mũi xoang Hopkins cứng, đường kính 4mm, góc nhìn 0 độ; máy laser nội soi C1 multi của hãng LUT GmbH, đức, nguồn sáng Xenon; ống Monoka S1.1630 của hãng FCI: dài 80 mm, đường kính 0,8mm, nút chặn điểm lệ rộng 4mm; gạc tẩm thuốc tê Lidocaine 2% pha Adrenaline 1: 100000; bộ phẫu thuật lệ đạo.



Hình 1. Ống Silicon Monoka S1.1630

### 5. Quy trình nghiên cứu

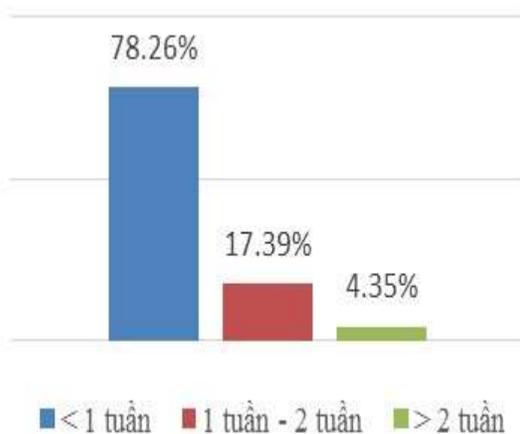
Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được phẫu thuật lưu ống Monoka S1.1630 có que dẫn đường, tái khám tại thời điểm 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng (rút ống). Ghi nhận các biến số.

#### KẾT QUẢ

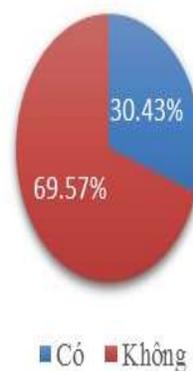
Mẫu gồm 46 bệnh nhân với 47 lệ quản đứt, tuổi trung bình  $47,5 \pm 24,6$  (25 - 79) tuổi.

#### 1. Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng được mô tả như sau

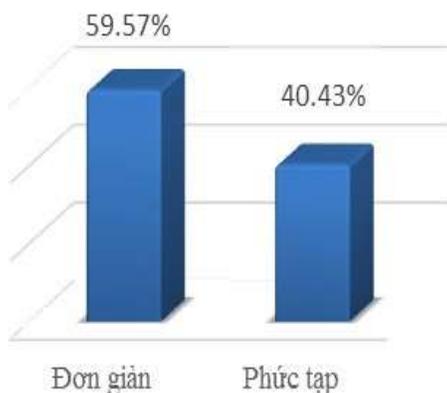
Giới tính	Nam	30 (65,2)
	Nữ	16 (34,8)
Nghề nghiệp	Nhân viên văn phòng	4 (15,2)
	Lao động phổ thông	31 (67,4)
	Nghề khác	11 (23,9)
Cơ chế chấn thương	Trực tiếp	13 (28,2)
	Gián tiếp	33 (71,7)
Lệ quản đứt	Trên	41 (89,1)
	Dưới	4 (8,7)
	Cả 2	1 (2,8)



Biểu đồ 1. Thời gian trước phẫu thuật



Biểu đồ 2. Xử trí ban đầu



**Biểu đồ 3. Tính chất dứt**



**Biểu đồ 4. Vị trí dứt lệ quản**

Tổn thương kèm theo	Số ca	Trị số (%)
Rách kết mạc	7	15,2
Tróc biểu mô giác mạc	4	8,6
Xuất huyết tiền phòng	3	6,5
Đục võ thủy tinh thể	1	2,1
Sập sàn hốc mắt	1	2,1

## 2. Tính hiệu quả và an toàn của phương pháp điều trị

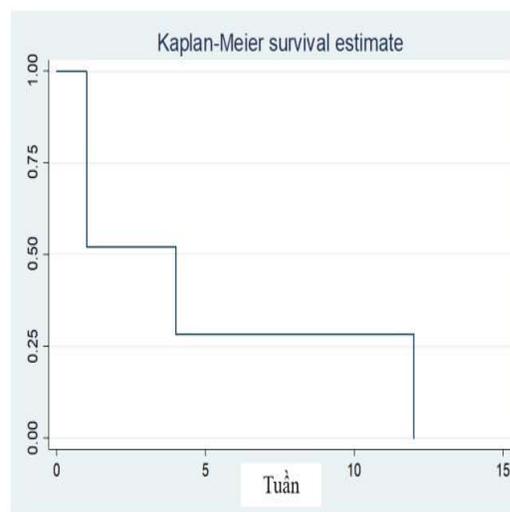
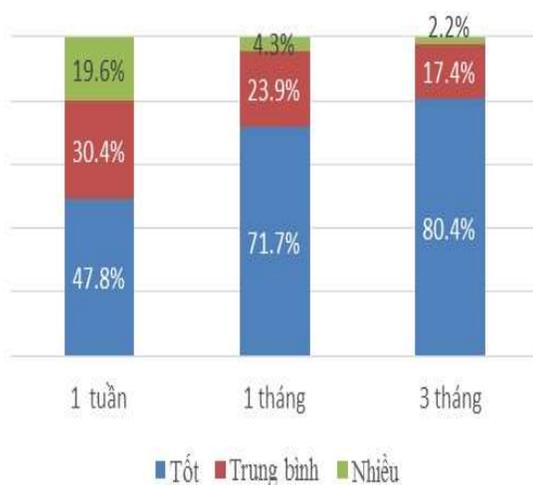
Hiệu quả của phương pháp mổ sẽ được đánh giá về mặt chức năng và giải phẫu.

Chức năng: Chủ quan (chảy nước mắt) và khách quan (nghiệm pháp thoát màu Fluorescein).

Giải phẫu: Thông lệ đạo và bơm rửa lệ đạo.

### 2.1. Về mặt chức năng

#### 2.1.1. Chủ quan (triệu chứng chảy nước mắt)



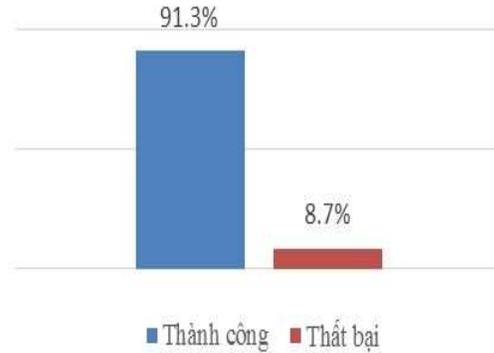
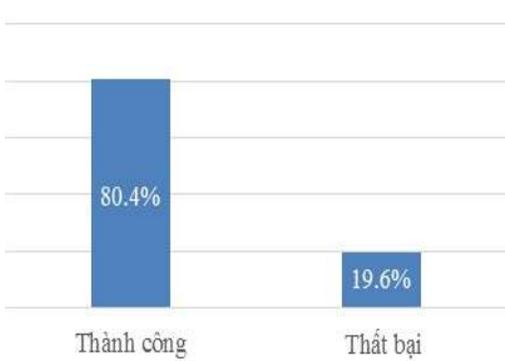
**Biểu đồ 5. Tỷ lệ bệnh nhân chảy nước mắt qua các thời điểm**

#### 2.1.2. Khách quan (nghiệm pháp thoát màu Fluorescein thể hiện sự thoát lưu nước mắt)

N (%)	Dương tính	Âm tính
	38 (82,6)	8 (17,4)

## 2.2. Về mặt giải phẫu

Đặc tính		Bơm rửa lệ đạo	
		Thông	Tắc - Bán tắc
Dấu chạm xương	Chạm cứng	42	2
	Chạm mềm	0	2

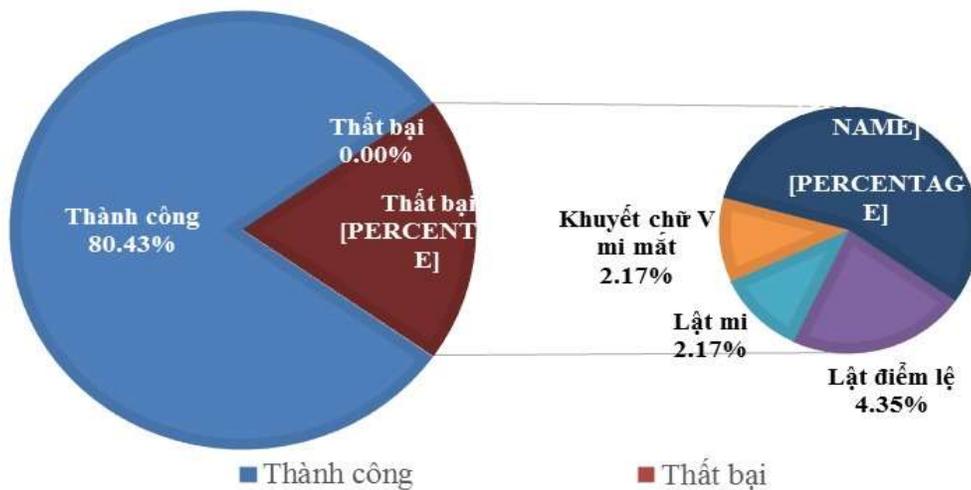


Biểu đồ 6. Kết quả thành công chức năng

Biểu đồ 7. Kết quả thành công giải phẫu

## 3. Biến chứng

Biến chứng	Số ca	Tần suất (%)
Biến chứng trong mổ		
Chảy máu mũi	7	15,22
Biến chứng sau mổ		
Tụt ống	0	0
Lật điểm lệ	1	2,17
Lật mi	1	2,17
Khuyết chữ V mi mắt	1	2,17
U hạt	2	4,34
Chảy máu mũi	0	0



Biểu đồ 2. Kết quả thành công chung

Thời gian trung bình từ lúc đưa ống qua đầu ngoài và đầu xa lệ quản đứt, đi trong ống lệ mũi, đến vách ngăn mũi dưới và lấy được ống ra ngoài là 4 phút 5 giây.

#### 4. Tính tương quan giữa các yếu tố với thành công

##### 4.1. Về mặt chức năng

Biến số	OR	Khoảng tin cậy 95%	p
Thời gian trước mổ	5,29	1,04 - 26,76	0,04
Tính chất đứt	11,44	1,41 - 92,32	0,02

##### 4.2. Về mặt giải phẫu

Biến số	OR	Khoảng tin cậy 95%	p
Thời gian trước mổ	34 6	2,08 - 554,72 0,33 - 107,42	0,03

#### BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân là nam giới trong độ tuổi lao động (30 - 50 tuổi), làm công việc phổ thông.

Nguyên nhân chính gây đứt lệ quản trong nghiên cứu là tai nạn giao thông (63%). Tại Việt Nam, các nghiên cứu khác đều cho thấy tai nạn giao thông là nguyên nhân hàng đầu<sup>[1,6,7]</sup>, chứng tỏ tình hình giao thông ở nước ta khá phức tạp. Lưu thông bằng xe máy đưa đến tỉ lệ tai nạn, xảy ra cao hơn.

Đứt lệ quản dưới chiếm đa số (41/46 ca), chỉ có 4 ca đứt lệ quản trên và 1 ca đứt 2 lệ quản. Đối với ca đứt hai lệ quản, chúng tôi tiến hành đặt 2 ống Monoka S1.1630 ở trên và dưới cho bệnh nhân. Trong quá khứ có nhiều tranh cãi xoay quanh việc chỉ nên đặt một ống lệ quản duy nhất trong một thì phẫu thuật hay đặt cả hai ống cho bệnh nhân<sup>[8,9]</sup>. Tuy nhiên, cân nhắc về mặt chức năng cũng như thẩm mỹ, khả năng tắc lệ quản do viêm, chấn thương, tuổi tác... trong tương lai, đặt cả 2 ống lệ quản cùng lúc được ưa chuộng hơn. Trước đây ống lệ quản hình vòng là lựa chọn ưu tiên trong những ca đứt hai lệ quản<sup>[10]</sup>, nhưng kỹ thuật này cần dùng thông đuôi heo và phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm, nên gần như không còn được sử dụng nữa. Hai ống lệ quản độc lập sẽ làm giảm nguy cơ co kéo dịch chuyển ống, việc khâu nối diễn ra dễ dàng hơn, đồng thời trong tương lai nếu rút một ống vẫn còn lại một ống sử dụng được.

Tính chất đứt lệ quản đơn giản chiếm 58,7%, phức tạp chiếm 41,3%. Các tổn thương phức tạp đi kèm với nguyên nhân tai nạn giao thông thường do, cần phải tưới rửa sạch. Vết thương

phức tạp có thể kèm mất mô khiến việc định hình và tái tạo đúng cấu trúc giải phẫu của mi mắt khó khăn hơn, ảnh hưởng đến kết quả của nghiên cứu. Đặc biệt, hình thái chấn thương gián tiếp có thể làm đứt lệ quản kiểu nhỏ bật góc trong sát túi lệ, là một dạng tổn thương phức tạp mà khi đưa kim xuống khâu cần vạch mô rộng, thao tác gặp nhiều bất lợi hơn.

Hầu hết các bệnh nhân đều đến sớm trước 1 tuần, tuy nhiên vẫn còn 1 tỉ lệ nhỏ đến rất trễ sau 2 tuần. Mặt khác khi tiếp xúc với một số bệnh nhân cho thấy những trường hợp đến muộn thường đã được thăm khám, có hoặc không kèm xử trí tại địa phương, sau đó bệnh nhân thấy chảy nước mắt nhiều mới đến với chúng tôi. Như vậy, chẩn đoán đứt lệ quản có thể bị bỏ qua (do chủ quan hay thiếu thiết bị hỗ trợ như sinh hiển vi hoặc đa chấn thương/ chấn thương nhãn cầu phức tạp). Do đó, đào tạo thật kĩ cho các y bác sĩ tại tuyến trước là một việc thiết yếu, để họ có thể xử trí tốt ngay tại địa phương hoặc chuyển đi nhanh nếu không có khả năng điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các tổn thương nhãn cầu đi kèm thường ở bán phần trước, gây ảnh hưởng ít đến thị lực của bệnh nhân. Một số ca có tổn thương nhẹ như rách kết mạc (được mở kết mạc 360° thám sát), tróc biểu mô giác mạc... giải thích cho việc 1 tuần sau mổ tỉ lệ chảy nước mắt khá cao và có thể ảnh hưởng đến sự đánh giá kết quả phẫu thuật.

Ở thời điểm 1 tuần sau phẫu thuật, tỉ lệ bệnh nhân còn chảy nước mắt sống ít hoặc nhiều vẫn còn khá cao, chiếm trên 50% tổng số bệnh. Tỉ lệ này giảm nhanh khi bệnh nhân tái khám ở thời điểm 1 tháng, và gần như ổn định trong thời gian tiếp theo. Khi rút ống, vẫn còn 1 ca chảy nước mắt thường xuyên (do biến chứng lật mi), còn lại kết quả đều tốt hoặc khá tốt ở những ca không có biến chứng. So sánh với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Thịnh (sử dụng ống silicon Mini - monoka S1.1500) về tỉ lệ bệnh nhân hết chảy nước mắt hoàn toàn ở các thời điểm:

	1 tuần (%)	1 tháng (%)	3 tháng (%)	Loại ống
Nguyễn Văn Thịnh (2011)	34,9	62,8	74,4	S1.1500
Nguyễn Thanh Nam	47,8	71,7	80,4	S1.1630

Như vậy, tỉ lệ bệnh nhân hết chảy nước mắt ở nghiên cứu sử dụng ống Monoka S1.1630

cũng tương đương so với nghiên cứu sử dụng ống silicon Mini - Monoka, cho thấy hiệu quả của loại ống mới này cũng không thua kém loại ống đang được sử dụng tại Bệnh viện Mắt TPHCM.

Nhìn chung, kết quả thành công chức năng của chúng tôi khá tương đương so với các tác giả khác, chứng tỏ ống silicon Monoka S1.1630 hoàn toàn đáp ứng được nhu cầu phục hồi về mặt chức năng của những bệnh nhân bị đứt lệ quản.

Tỉ lệ thành công về mặt giải phẫu trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao. Theo tác giả Anatas<sup>[2]</sup>, tỉ lệ rớt ống sớm của tác giả này lên đến 29% và ống lạc chỗ 14%. Điều này làm ảnh hưởng rất nhiều đến tỉ lệ thành công về giải phẫu. Ống Monoka S1.1630 được đưa qua hết ống lệ mũi, thoát ra ở ngách mũi dưới, nên không thể có chuyện ống lạc chỗ. Như vậy, ống Monoka đã đạt được ưu điểm của ống vòng là tỉ lệ rớt ống rất thấp, nhưng lại không gây tổn thương lệ quản lành còn lại, nên được xem là ưu thế hơn.

Biến chứng chảy máu trong lúc mổ không hề có trong phẫu thuật nối lệ quản bằng các loại ống khác và là khuyết điểm lớn nhất của loại ống Monoka này. Thời gian chuẩn bị trước mổ tương đối lâu và phức tạp hơn vì phải nhét merge tẩm thuốc tê lidocaine và thuốc co mạch. Mặc dù đã được chuẩn bị khá đầy đủ nhưng vẫn có tỉ lệ biến chứng xảy ra (15,2%). Chảy máu mũi ít, có thể tự cầm hoặc nhét thêm gạc cho bệnh nhân. Không có bệnh nhân nào còn chảy máu ở thời điểm tái khám 1 ngày sau phẫu thuật.

Một điều đáng chú ý là trong nghiên cứu của chúng tôi, hoàn toàn không có bệnh nhân nào bị tụt ống. Điều này có thể giải thích bằng 4 nguyên do:

(1) Việc đưa ống bằng que dẫn đường và nội soi sẽ hướng ống đi thẳng qua 2 đầu lệ quản đứt, nằm hoàn toàn ngay ngắn trong ống lệ mũi, không bị cuộn lại. Khi sử dụng Mini - monoka S1.1500, ống có thể đi sai vào đường giả, hoặc đi lên trên nằm ở đáy túi lệ. Sau một thời gian ngắn, các cơ vùng này co bóp, đẩy ống ngược ra ngoài. Không có sự giúp đỡ của nội soi, hoàn toàn không xác định được vị trí của ống.

(2) Ống Monoka S1.1630 được nối với que dẫn đường cứng, khi đưa qua lỗ lệ dễ dàng hơn so với đoạn ống mềm S1.1500. hạn chế được việc dùng que nong quá tay gây rách điểm lệ.

(3) Ống Monoka S1.1630 được kéo hẳn xuống dưới, do đó dài hơn rất nhiều

(4) Nút điểm lệ của ống S1.1630 có dạng dài và hẹp, nếu điều chỉnh đúng khi phẫu thuật sẽ ôm trọn theo chiều dài của bờ mi, ít cọ vào bề mặt nhãn cầu, giảm nguy cơ tụt ống do dụi mắt.

Biến chứng lật mi, lật điểm lệ: do thời gian chờ trước mổ quá lâu tạo sẹo xấu, gây co kéo mắt mô hoặc tụ máu nhiều, khó xác định điểm lệ có úp vào trong hay không. Cả 2 ca này đều ghi nhận có thành công giải phẫu, nhưng bệnh nhân vẫn bị chảy nước mắt ít - thường xuyên. Qua đó cần nhấn mạnh lại một số số điểm máu chốt trong phục hồi giải phẫu góc trong khi khâu nối lệ quản. Ngoài ra, các yếu tố như thời gian trước mổ, xử trí ban đầu... rất quan trọng, đôi khi cần chờ một vài ngày để mô giảm sưng nề, nhưng cũng không nên để quá lâu để tạo sẹo xơ dính.

Đối chiếu với các tác giả khác, tỉ lệ thành công chung về mặt chức năng và giải phẫu của chúng tôi khá cao.

Thời gian đưa ống trung bình là 4 phút 5 giây. Thời gian nhanh nhất khi phẫu thuật viên chỉ cần dùng máng trượt để đưa ống silicon ra ngoài, không cần dùng đến nội soi. Thời gian trung bình cao do (1) thời gian đầu phẫu thuật viên và người phụ chưa quen thao tác, càng về sau thời gian đưa ống càng giảm (2) một số bệnh nhân còn nhạy cảm ở vùng niêm mạc mũi hoặc chảy máu mũi ít, cần tạm ngưng để xịt thêm thuốc tê hoặc nhét merge mũi cầm máu. Thời gian đưa ống Monoka S1.1630 có thể nhanh hơn so với ống Mini - monoka do ống không bị cuộn lại như ống S1.1500 mà đi thẳng qua lệ đạo. Như vậy, biến số thời gian đưa ống vừa nhấn mạnh được ưu điểm đồng thời cũng thể hiện nhược điểm của loại ống này. Hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là chỉ thực hiện trên 1 nhóm nên thiếu đi sự so sánh giữa các loại ống khác nhau.

#### KẾT LUẬN

Sử dụng ống Monoka trong phục hồi lệ quản đứt sau chấn thương đạt tỉ lệ thành công khá cao cả về mặt chức năng lẫn mặt giải phẫu, đồng thời làm giảm biến chứng tụt ống, đi sai đường so với loại ống cũ. Như vậy, ống Monoka là một giải pháp thay thế trong phẫu thuật nối lệ quản ở những cơ sở có đủ điều kiện thực hiện nội soi.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vương Văn Quý** (2005). "Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật phục hồi lệ quản đứt do chấn thương bằng ống silicon", Luận án Tiến sĩ Y học.

2. **Anastas C. N., Potts M. J., Raiter J.** (2001). "Mini Monoka silicone monocanalicular lacrimal stents: Subjective and objective outcomes". *Orbit*, 20 (3), pp. 189 - 200.

3. **J.H Chung, K.S Na, G.J Choi** (2000). "The Effectiveness of Canaliculoplasty Using Mini-Monoka(r) or Bicanalicular Stent for Repair of Upper and Lower Canalicular Laceration". *J Korean Ophthalmol Soc*, 41 (10), pp. 2138 - 2143.

4. **Naik M. N., Kelapure A., Rath S., Honavar S. G.** (2008). "Management of canalicular lacerations: epidemiological aspects and experience with Mini-Monoka monocanalicular stent". *Am J Ophthalmol*, 145 (2), pp. 375 - 380.

5. **Lee H., Ahn J., Shin H. H., Park M., Baek S.** (2012). "Effectiveness of primary monocanalicularnasal intubation with Monoka tubes and nasal endoscopic findings for congenital nasolacrimal duct obstruction with enlarged lacrimal sac and chronic

dacryocystitis". *J Craniofac Surg*, 23 (6), pp. 1638 - 41.

6. **Vũ Anh Lê** (2002). "Đánh giá kết quả bước đầu phục hồi mi mắt lệ quản chấn thương với ống si-li-côn". *Y học Thành phố Hồ Chí Minh - Chuyên đề Nhân khoa*, 6 (4), pp. 30 - 36.

7. **Trần Văn Lê Liêm** (2010). "Nghiên cứu phục hồi rách bờ mi do chấn thương cơ học".

8. **Ho T., Lee V.** (2006). "National survey on the management of lacrimal canalicular injury in the United Kingdom". *Clin Exp Ophthalmol*, 34 (1), pp. 39-43.

9. **Smit T. J., Mourits M. P.** (1999). "Monocanalicular lesions: To reconstruct or not". *Ophthalmology*, 106 (7), pp. 1310 - 2.

10. **Nguyễn Văn Thịnh** (2011). "So sánh phương pháp đặt nòng silicon một lệ quản minimonoka và hai lệ quản hình vòng trong phục hồi lệ quản chấn thương", *Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh*.

## ĐẶC ĐIỂM MỘT SỐ CHỈ SỐ LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN ÁP XE GAN

LÊ THỊ THU HIỀN<sup>1</sup>,  
ĐỖ CHÍ HIẾU<sup>2</sup>, ĐỒNG ĐỨC HOÀNG<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên  
<sup>2</sup>Bệnh viện 198 - Bộ Công an

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm một số chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân áp xe gan.

**Đối tượng nghiên cứu:** Gồm những bệnh nhân (BN) áp xe gan tại Khoa Điều trị Gan Mật Tụy, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 1/2018 đến 4/2021.

**Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu và tiến cứu.

**Kết quả:** Nam (73,1%) chiếm tỉ lệ cao hơn nữ (26,9%). Tuổi trung bình: 53,1 ± 16,3 tuổi. Nhóm tuổi 61 - 80 chiếm tỉ lệ cao hơn cả (48,1%). BN có triệu chứng sốt chiếm tỉ lệ cao nhất (92,3%),

rồi đến đau bụng (86,5%). Đa số BN có 1 ổ áp xe gan (78,8%), chủ yếu tập trung ở gan phải (80,8%) và có kích thước từ 5 - 10cm (55,8%). Áp xe gan do *Klebsiella Pneumoniae* chiếm 53,8%. 100% các trường hợp điều trị kháng sinh kết hợp chọc hút dẫn lưu ổ áp xe gan cho kết quả tốt.

**Kết luận:** Nguyên nhân thường gặp gây áp xe gan là do *Klebsiella Pneumoniae*. Điều trị kháng sinh kết hợp chọc hút dẫn lưu ổ áp xe gan cho kết quả tốt.

**Từ khóa:** Áp xe gan, lâm sàng, cận lâm sàng, dẫn lưu.

### SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES IN PATIENTS WITH LIVER ABSCESS

Chịu trách nhiệm: Lê Thị Thu Hiền

Email: hientuyen.tn2009@gmail.com

Ngày nhận: 07/4/2021

Ngày phản biện: 16/5/2021

Ngày duyệt bài: 22/5/2021