EVALUATION OF OUTCOMES OF Y–V FLAP USE IN THE SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL LOWER EYELID ENTROPION ASSOCIATED WITH AN EPICANTHAL FOLD: A CASE SERIES

Do Quynh Nhu[1], Pham Hong Van[1,2], Nguyen Ngan Ha[1,2]

[1]*Hanoi Medical University, 1 Ton That Tung Street, Kim Lien Ward, Hanoi, Vietnam*
[2]*Central Eye Hospital, 85 Ba Trieu Street, Hai Ba Trung Ward, Hanoi, Vietnam*

Received 05/08/2026
Revised 24/09/2026; Accepted 18/11/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the preliminary outcomes of using a Y–V flap in the surgical treatment of congenital lower eyelid entropion associated with an epicanthal fold.

Subjects and Methods: This case series included three patients (six eyes) with congenital lower eyelid entropion associated with an epicanthal fold. All patients underwent lower eyelid entropion correction combined with medial canthoplasty using a Y–V flap. In patients with associated eyelid abnormalities, the procedure was combined with ptosis surgery or upper eyelid crease formation. Outcomes were evaluated at 1 week, 1 month, and 3 months postoperatively based on symptoms, entropion status, medial canthal measurements, complications, and patient satisfaction.

Results: Following surgery, foreign-body sensation and epiphora were markedly reduced, and entropion was completely corrected in all cases. The epicanthal fold was reduced, the intercanthal distance decreased, and the horizontal palpebral fissure length increased. Two patients developed early medial canthal scarring, which improved during follow-up. No serious complications or recurrence were observed. All patients were satisfied with the treatment outcomes.

Conclusion: Lower eyelid entropion correction combined with medial canthoplasty using a Y–V flap is a feasible surgical approach for the treatment of congenital lower eyelid entropion associated with an epicanthal fold. The procedure improves both lower eyelid function and the aesthetic appearance of the medial canthal region. The technique is versatile and can be combined with ptosis surgery or upper eyelid crease formation when associated eyelid abnormalities are present.

Keywords: congenital lower eyelid entropion; Y–V flap; epicanthal fold; medial canthoplasty.

*Corresponding author
Email: nguyennganha@hmu.edu.vn **Phone**: (+84) 904996089 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7122

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỬ DỤNG VẠT Y-V TRONG PHẪU THUẬT QUẶM MI DƯỚI BẨM SINH CÓ NẾP DA MI CHE GÓC TRONG - BÁO CÁO LOẠT CA LÂM SÀNG

Đỗ Quỳnh Như[1], Phạm Hồng Vân[1,2], Nguyễn Ngân Hà[1,2]

[1]Trường Đại học Y Hà Nội, Số 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, TP Hà Nội, Việt Nam
[2]Bệnh viện Mắt Trung ương, Số 85 Bà Triệu, phường Hai Bà Trưng, TP Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 05/08/2026
Ngày chỉnh sửa: 24/09/2026; Ngày duyệt đăng: 18/11/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu sử dụng vạt Y–V trong phẫu thuật quặm mi dưới bẩm sinh có nếp da mi che góc trong.

Đối tượng và phương pháp: Báo cáo loạt ca gồm 3 bệnh nhân, 6 mắt quặm mi dưới bẩm sinh kèm nếp da mi che góc trong, được phẫu thuật quặm mi dưới phối hợp tạo hình góc mắt trong bằng vạt Y–V. Ở các trường hợp có bất thường mi mắt kèm theo, phẫu thuật được phối hợp chỉnh sụp mi hoặc tạo hình nếp mi. Kết quả được đánh giá tại 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng dựa trên triệu chứng, tình trạng quặm, các chỉ số góc mắt trong, biến chứng và mức độ hài lòng.

Kết quả: Sau phẫu thuật, triệu chứng cộm và chảy nước mắt giảm rõ, tất cả trường hợp đều hết quặm. Nếp da mi che góc trong giảm, khoảng cách hai góc mắt trong thu ngắn và chiều dài khe mi tăng. Hai bệnh nhân có sẹo góc trong giai đoạn sớm nhưng cải thiện trong quá trình theo dõi. Không ghi nhận biến chứng nghiêm trọng hoặc tái phát. Tất cả bệnh nhân hài lòng với kết quả điều trị.

Kết luận: Trong loạt ca này, phẫu thuật quặm mi dưới phối hợp tạo hình góc mắt trong bằng vạt Y–V cho thấy kết quả bước đầu khả quan, với cải thiện triệu chứng và hình thái góc mắt trong, không ghi nhận biến chứng nghiêm trọng trong thời gian theo dõi. Kỹ thuật có thể phối hợp với phẫu thuật sụp mi hoặc tạo hình nếp mi khi có chỉ định. Cần nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn, có nhóm so sánh và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá đầy đủ hiệu quả và độ an toàn.

Từ khóa: quặm mi dưới bẩm sinh, vạt Y–V, nếp da mi che góc trong, tạo hình góc mắt trong.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quặm mi dưới bẩm sinh khiến bờ mi dưới cuộn vào trong, lông mi cọ sát bề mặt nhãn cầu, gây cộm, chảy nước mắt, viêm chấm hoặc trợt biểu mô giác mạc. Tổn thương kéo dài có thể ảnh hưởng đến thị giác ở trẻ em; do đó, cần xử trí khi có triệu chứng hoặc tổn thương giác mạc.[1] Cơ chế bệnh sinh liên quan đến bất thường cấu trúc mi dưới, trong đó có sự tăng hoạt động cơ vòng mi và biến đổi nếp da – cơ vùng mi. Các phương pháp chỉnh quặm hướng tới xoay hàng lông mi ra ngoài và hạn chế tiếp xúc giác mạc.[2]

Nếp da mi che góc trong thường gặp ở người châu Á và có thể phối hợp với quặm mi dưới, đặc biệt ở phần mi gần góc trong. Dải xơ vùng góc mắt trong có liên quan đến sự hình thành nếp da rõ, làm tăng lực căng tại chỗ và che khuất góc mắt trong. Wang và cộng sự đã mô tả vai trò giải phẫu của dải xơ này trong các trường hợp nếp da mức độ vừa và nặng.[3] Vì vậy, ở bệnh nhân có cả quặm mi dưới và nếp da che góc trong, điều trị cần xem xét đồng thời sự tiếp xúc của lông mi với giác mạc và tình trạng co kéo, che phủ góc mắt trong.

Các kỹ thuật tạo hình góc trong gồm Mustardé, vạt Z và V–W; phương pháp V–W cải biên từng được ứng dụng cho quặm kèm nếp da góc trong.[4,6] Vạt Y–V có thiết kế tương đối đơn giản, thuận lợi khi phối hợp phẫu thuật mi. Kao và cộng sự báo cáo 148 trường hợp; Zhao và Luo ghi nhận cải thiện nếp da với sẹo tương đối kín đáo.[7,8] Tại Việt Nam, Nguyễn Thị Thanh Hải báo cáo 83,9% mắt đạt kết quả tốt sau 3 tháng và 12/12 bệnh nhân có quặm phối hợp hết quặm.[9] Dữ liệu riêng về phẫu thuật phối hợp trong quặm mi dưới bẩm sinh vẫn còn hạn chế.

Nhằm đánh giá bước đầu tính khả thi và hiệu quả của việc sử dụng vạt Y–V trong phẫu thuật quặm mi dưới bẩm sinh có nếp da mi che góc trong, chúng tôi trình bày một số trường hợp lâm sàng được phẫu thuật bằng phương pháp này. Qua đó, nghiên cứu góp phần mô tả đặc điểm lâm sàng, cách tiếp cận phẫu thuật và kết quả ban đầu trong xử trí đồng thời tình trạng quặm mi dưới và nếp da mi che góc trong.

2. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

2.1. Ca lâm sàng 1:

Phẫu thuật quặm mi dưới bẩm sinh và tạo hình góc mắt trong bằng vạt Y-V đơn thuần

Bệnh nhân: Nam, 3 tuổi, đến khám vì cộm, chảy nước mắt và bố mẹ phản ánh tình trạng lác trong.

Khám lâm sàng: 2M quặm mi dưới ½ chiều dài bờ mi, giác mạc viêm chấm nhẹ rìa dưới, nếp da mi che góc trong độ MP độ 3, MT độ 4; khoảng cách hai góc mắt trong (ICD) 34 mm, độ dài khe mi mỗi bên 20 mm, khoảng cách đồng tử (PD) 56 mm.

Chẩn đoán: Quặm mi dưới bẩm sinh - Nếp da mi che góc trong MP độ 3, MT độ 4

*Tác giả liên hệ
Email: nguyennganha@hmu.edu.vn **Điện thoại**: (+84) 904996089 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7122

Phương pháp phẫu thuật: Vạt Y–V được thiết kế chữ Y nằm ngang ở vùng góc mắt trong, đuôi chữ Y hướng về phía sống mũi và tương ứng với vị trí góc mắt trong mong muốn. Tâm chữ Y đặt tại góc mắt trong hiện tại. Cánh trên của chữ Y được thiết kế theo nếp mi trên, cánh dưới đi theo rãnh lệ. Rạch da theo đường thiết kế, phẫu tích giải phóng mô xơ – cơ dưới nếp da che góc trong, khâu gấp dây chằng mi trong đính vào màng xương bằng chỉ 5/0 polyester, khâu lớp dưới da bằng chỉ 6/0 polyglactin, vạt da được di chuyển và khâu đóng từ hình chữ Y thành chữ V bằng chỉ nylon 6/0. Phẫu thuật quặm mi dưới được thực hiện qua đường rạch cách bờ mi khoảng 2 mm; cắt bỏ da theo hình thoi và một phần cơ vòng mi, bộc lộ sụn mi dưới, sau đó khâu da – sụn – da nhằm xoay hàng lông mi ra ngoài.



Hình 1. Quặm mi dưới bẩm sinh và tạo hình góc mắt trong bằng vạt Y-V trước và sau phẫu thuật (BN đồng ý điều trị và sử dụng hình ảnh)

Bệnh nhân được điều trị kháng sinh, giảm đau, chống phù nề, chống sẹo. Theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng được ghi nhận dưới đây:

Bảng 1. Theo dõi kết quả phẫu thuật quặm mi dưới bẩm sinh và tạo hình góc mắt trong bằng vạt Y-V đơn thuần

Thời điểm	Mức độ nếp da mi che góc trong	ICD	PFL	ICD/PFL	Tình trạng quặm	Tình trạng giác mạc
Trước phẫu thuật	MP: Độ 3 MT: Độ 4	34 mm	20 mm	1,70	Quặm ½ góc trong	Viêm chấm nhẹ rìa dưới
Sau phẫu thuật 3 tháng	MP: Độ 1 MT: Độ 1	27 mm	23 mm	1,17	Lông mi không còn chạm giác mạc	Giác mạc trong

2.2. Ca lâm sàng 2:

Phẫu thuật quặm mi dưới bẩm sinh và tạo hình góc mắt trong bằng vạt Y-V kết hợp phẫu thuật sụp mi.

Bệnh nhân: Nữ, 29 tuổi, vào viện vì 2M chảy nước mắt, nhìn vướng, khoảng cách hai góc mắt trong xa nhau xuất hiện từ nhỏ.

Khám lâm sàng: 2M quặm mi dưới 1/3 trong, giác mạc viêm chấm nhẹ rìa dưới, nếp da mi che góc trong độ MP độ 3, MT độ 3; khoảng cách hai góc mắt trong (ICD) 40 mm, chiều dài khe mi mỗi bên (PFL) 25 mm, khoảng cách đồng tử (PD) 56 mm. MP sụp mi độ 3 MRD1 1mm, Bell(+), LF 8 mm, MT sụp mi độ 2 MRD1 2mm, Bell(+), LF 8 mm.

Chẩn đoán: 2M Quặm mi dưới bẩm sinh - Nếp da mi che góc trong độ 3- Sụp mi (MP độ 3, MT độ 2).

Phương pháp phẫu thuật: Vạt Y–V được thiết kế chữ Y nằm ngang ở vùng góc mắt trong, đuôi chữ Y hướng về phía sống mũi và tương ứng với vị trí góc mắt trong mong muốn. Tâm chữ Y đặt tại góc mắt trong hiện tại. Cánh trên của chữ Y được thiết kế theo nếp mi trên, cánh dưới đi theo rãnh lệ. Thiết kế đường mổ mi trên cách bờ mi 5 mm liên tục từ cánh trên chữ Y. Rạch da theo đường thiết kế, phẫu tích giải phóng mô xơ – cơ dưới nếp da che góc trong, khâu gấp dây chằng mi trong đính vào màng xương bằng chỉ 5/0 polyester, khâu lớp dưới da bằng chỉ 6/0 polyglactin, vạt da được di chuyển và khâu đóng từ hình chữ Y thành chữ V bằng chỉ nylon 6/0. Phẫu tích bộ lộ cân cơ nâng mi, sụn mi trên. Khâu gấp cân cơ nâng mi trên vào sụn mi bằng chỉ 6/0 polyglactin; khâu đóng da- cân- da bằng chỉ 6/0 nylon. Phẫu thuật quặm mi dưới được thực hiện qua đường rạch cách bờ mi khoảng 2 mm; cắt bỏ da theo hình thoi và một phần cơ vòng mi, bộc lộ sụn mi dưới, sau đó khâu da – sụn – da nhằm xoay hàng lông mi ra ngoài.



Hình 2. Quặm mi dưới 1/3 trong và nếp da mi che góc trong độ 3 kèm sụp mi trước và sau phẫu thuật (BN đồng ý điều trị và sử dụng hình ảnh)

Bệnh nhân được điều trị kháng sinh, giảm đau, chống phù nề, chống sẹo. Theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng kết quả được ghi nhận dưới đây.

Bảng 2. Theo dõi kết quả phẫu thuật quặm mi dưới bẩm sinh và tạo hình góc mắt trong bằng vạt Y-V kết hợp phẫu thuật sụp mi

Thời điểm	Mức độ nếp da mi che góc trong	ICD	PFL	ICD/PFL	Tình trạng quặm	Tình trạng giác mạc
Trước phẫu thuật	MP: Độ 3 MT: Độ 3	40 mm	25 mm	1,60	Quặm ⅓ góc trong	Viêm chấm nhẹ rìa dưới

Thời điểm	Mức độ nếp da mi che góc trong	ICD	PFL	ICD/PFL	Tình trạng quặm	Tình trạng giác mạc
Sau phẫu thuật 3 tháng	MP: Độ 1 MT: Độ 1	33 mm	28 mm	1,18	Lông mi không còn chạm giác mạc	Giác mạc trong



Hình 3. Sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng (BN đồng ý điều trị và sử dụng hình ảnh)

Tại thời điểm 1 tuần sau phẫu thuật, vùng góc mắt trong còn đỏ nhẹ, phù nề ít, vết mổ liền tốt. Sau 1 tháng, phù nề và đỏ da giảm, tuy nhiên sẹo còn gồ và co kéo nhẹ vùng góc trong. Đến tháng thứ 3, sẹo giảm đỏ, mềm và phẳng hơn, mức độ co kéo giảm, không gây biến dạng góc mắt trong.

2.3. Ca lâm sàng 3:

Phẫu thuật quặm mi dưới bẩm sinh và tạo vạt Y-V phối hợp phẫu thuật tạo hình nếp mi

Bệnh nhân: Nữ, 20 tuổi, vào viện vì 2M cộm, chảy nước mắt, khoảng cách hai góc mắt trong xa nhau, nếp mi không đều.

Khám lâm sàng: 2M quặm mi dưới ½ chiều dài bờ mi, giác mạc viêm chấm nhẹ rìa dưới, nếp da mi che góc trong độ MP độ 3, MT độ 3; khoảng cách hai góc mắt trong (ICD) 38 mm, chiều dài khe mi mỗi bên (PFL) 25 mm, khoảng cách đồng tử (PD) 54 mm; nếp mi không đều.

Chẩn đoán: 2M: Quặm mi dưới bẩm sinh- Nếp da mi che góc trong- Nếp mi không đều

Phương pháp phẫu thuật: Vạt Y–V được thiết kế chữ Y nằm ngang ở vùng góc mắt trong, đuôi chữ Y hướng về phía sống mũi và tương ứng với vị trí góc mắt trong mong muốn. Tâm chữ Y đặt tại góc mắt trong hiện tại. Cánh trên của chữ Y được thiết kế theo nếp mi trên, cánh dưới đi theo rãnh lệ. Thiết kế đường mổ mi trên cách bờ mi 5 mm liên tục từ cánh trên chữ Y. Rạch da theo đường thiết kế, phẫu tích giải phóng mô xơ – cơ dưới nếp da che góc trong, khâu gấp dây chằng mi trong đính vào màng xương bằng chỉ 5/0 polyester, khâu lớp dưới da bằng chỉ 6/0 polyglactin, vạt da được di chuyển và khâu đóng từ hình chữ Y thành chữ V bằng chỉ nylon 6/0. Phẫu tích bộ lộ cân cơ nâng mi, khâu tạo nếp mi da- cân- da bằng chỉ 6/0 nylon. Phẫu thuật quặm mi dưới được thực hiện qua đường rạch cách bờ mi khoảng 2 mm; cắt bỏ da theo hình thoi và một phần cơ vòng mi, bộc lộ sụn mi dưới, sau đó khâu da – sụn – da nhằm xoay hàng lông mi ra ngoài.



Hình 4. Quặm mi dưới bẩm sinh ½ , nếp da mi che góc trong độ 3 và nếp mi không đều trước và sau phẫu thuật (BN đồng ý điều trị và sử dụng hình ảnh)

Bệnh nhân được điều trị kháng sinh, giảm đau, chống phù nề, chống sẹo. Theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng kết quả được ghi nhận dưới đây.



Hình 5. Sau phẫu thuật 1 tháng (BN đồng ý điều trị và sử dụng hình ảnh)

Sau phẫu thuật 1 tháng, ghi nhận sẹo đỏ nhẹ vùng góc mắt trong hai bên, không gây co kéo hoặc biến dạng góc mắt trong. Tại thời điểm 3 tháng, sẹo nhạt màu hơn, đường sẹo mảnh và tương đối phẳng, không ảnh hưởng đến hình thái góc mắt trong.

Bảng 3. Theo dõi kết quả phẫu thuật quặm mi dưới bẩm sinh và tạo hình góc mắt trong bằng vạt Y-V kết hợp phẫu thuật tạo hình nếp mi

Thời điểm	Mức độ nếp da mi che góc trong	ICD	PFL	ICD/PFL	Tình trạng quặm	Tình trạng giác mạc
Trước phẫu thuật	MP: Độ 3 MT: Độ 3	38 mm	25 mm	1,52	Quặm ½ góc trong	Viêm chấm nhẹ rìa dưới

Thời điểm	Mức độ nếp da mi che góc trong	ICD	PFL	ICD/PFL	Tình trạng quặm	Tình trạng giác mạc
Sau phẫu thuật 3 tháng	MP: Độ 1 MT: Độ 1	32 mm	28 mm	1,14	Lông mi không còn chạm giác mạc	Giác mạc trong

3. BÀN LUẬN

Phẫu thuật kết hợp nhằm xử trí đồng thời hàng lông mi cọ sát giác mạc và nếp da co kéo góc trong. Đường rạch Y–V đi theo nếp mi trên và rãnh lệ, tạo thuận lợi cho giải phóng mô xơ và che giấu sẹo. Thiết kế cần được điều chỉnh theo giải phẫu từng bệnh nhân.

Trong kỹ thuật được áp dụng, mô xơ – cơ dưới nếp da được giải phóng, dây chằng góc mắt trong được khâu gấp và cố định vào màng xương, sau đó vạt được chuyển từ hình Y sang V. Cấu trúc dải xơ góc trong đã được Wang và cộng sự làm rõ về mặt giải phẫu, qua đó củng cố cơ sở cho thao tác giải phóng mô co kéo.[3] Khâu lớp sâu giúp giảm sức căng trên đường đóng da. Tuy nhiên, do không có nhóm đối chứng, chưa thể xác định riêng mức đóng góp của từng thao tác vào mức cải thiện sau mổ.

Trước mổ, ba bệnh nhân (sáu mắt) đều có quặm mi dưới và nếp da che góc trong độ 3–4; việc đánh giá nếp da tham khảo Taylor và cộng sự.[10] Sau 3 tháng, cả sáu mắt giảm còn độ 1, lông mi không chạm giác mạc và giác mạc trong. Triệu chứng cộm, chảy nước mắt giảm. Đây là kết quả ban đầu, chưa chứng minh được hiệu quả lâu dài.

Ở ca 1, trẻ nam 3 tuổi được chỉnh quặm hai mắt và tạo hình góc trong bằng Y–V đơn thuần. Sau 3 tháng, khoảng cách hai góc mắt trong (ICD) giảm từ 34 xuống 27 mm; chiều dài khe mi (PFL) tăng từ 20 lên 23 mm; tỷ số ICD/PFL giảm từ 1,70 xuống 1,17. Nếp da che góc trong giảm về độ 1 ở hai bên và giác mạc trong. Những thay đổi này cho thấy sự cải thiện đồng thời hình thái góc mắt trong và tiếp xúc lông mi – giác mạc ở trường hợp không có bất thường mi trên phối hợp.

Ở ca 2, bệnh nhân nữ 29 tuổi có quặm mi dưới, nếp da che góc trong và sụp mi hai mắt. Phẫu thuật chỉnh quặm, Y–V và gấp cân cơ nâng mi được thực hiện trong một thì. ICD giảm từ 40 xuống 33 mm, PFL tăng từ 25 lên 28 mm, ICD/PFL giảm từ 1,60 xuống 1,18. Lông mi không còn chạm giác mạc; tuy nhiên, không thể tách biệt tác động của từng can thiệp.

Ở ca 3, bệnh nhân nữ 20 tuổi có quặm mi dưới, nếp da che góc trong và nếp mi không đều. Sau chỉnh quặm, tạo hình Y–V và tạo nếp mi, ICD giảm từ 38 xuống 32 mm, PFL tăng từ 25 lên 28 mm, ICD/PFL giảm từ 1,52 xuống 1,14. Nếp da còn độ 1 ở hai mắt, quặm được khắc phục và giác mạc trong. Ca này gợi ý tính linh hoạt của Y–V khi kết hợp tạo hình nếp mi trên, dù đánh giá mức độ hài lòng và tính ổn định thẩm mỹ vẫn cần thời gian dài hơn.

Kết quả cải thiện góc mắt trong phù hợp về xu hướng với các báo cáo về vạt Y–V trước đây. Kao và cộng sự ghi nhận ít biến chứng ở 148 ca và khả năng phối hợp với phẫu thuật mi khác; Zhao và Luo báo cáo kết quả tạo hình thuận lợi trên 68 bệnh nhân.[7,8] Nguyễn Thị Thanh Hải ghi nhận 83,9% mắt đạt kết quả tốt sau 3 tháng và 12/12 bệnh nhân có quặm phối hợp hết quặm sau phẫu thuật.[9] Tuy nhiên, sự khác biệt về đặc điểm bệnh nhân, kỹ thuật phối hợp và cách đánh giá kết quả khiến việc so sánh trực tiếp tỷ lệ thành công với loạt ba ca của chúng tôi chưa phù hợp.

Trong tuần đầu, vùng góc trong có thể đỏ, phù nề nhẹ; hai bệnh nhân có sẹo giai đoạn sớm. Sau 1 tháng, một trường hợp còn sẹo gồ, co kéo nhẹ; đến tháng thứ 3, sẹo giảm đỏ và phẳng hơn, không gây biến dạng. Không ghi nhận nhiễm trùng, hoại tử vạt, lật mi, hở mi hoặc tái phát quặm. Hạn chế chính là cỡ mẫu ba bệnh nhân, không có nhóm so sánh và thời gian theo dõi 3 tháng. Cần nghiên cứu dài hạn với thang đánh giá sẹo và giác mạc được chuẩn hóa.

4. KẾT LUẬN

Phẫu thuật quặm mi dưới phối hợp tạo hình góc mắt trong bằng vạt Y–V bước đầu cho thấy tính khả thi trong điều trị quặm mi dưới bẩm sinh có nếp da mi che góc trong. Kỹ thuật giúp khắc phục tình trạng quặm mi, làm giảm các triệu chứng cơ năng, đồng thời cải thiện hình thái vùng góc mắt trong thông qua giảm nếp da che góc trong, rút ngắn khoảng cách hai góc mắt trong và tăng chiều dài khe mi. Không ghi nhận biến chứng nghiêm trọng hoặc tái phát trong thời gian theo dõi. Sẹo vùng góc trong nếu xuất hiện ở giai đoạn sớm có xu hướng cải thiện theo thời gian. Tất cả bệnh nhân hài lòng với kết quả điều trị.

Vạt Y–V có thiết kế tương đối đơn giản và có thể phối hợp chỉnh sụp mi hoặc tạo nếp mi trong cùng một thì. Do cỡ mẫu nhỏ và theo dõi ngắn, cần nghiên cứu lớn hơn, có nhóm đối chứng và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá hiệu quả và độ an toàn.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Wu J, Zhao Y, Wei N. Impact of congenital lower eyelid entropion correction surgery on pediatric astigmatism. *Front Med*. 2026;13:1822959. DOI: 10.3389/fmed.2026.1822959.

[2] Nakauchi K, Mimura O. Fish-tail resection for treating congenital entropion in Asians. *Clin Ophthalmol*. 2012;6:831-836. DOI: 10.2147/OPTH.S31122.

[3] Wang S, Liu H, Li T, Zhang D. Role of the medial canthus fibrous band in forming moderate and severe epicanthal folds in Asians and its clinical application. *Plast Reconstr Surg*. 2024;153(6):1092e-1100e. DOI: 10.1097/PRS.0000000000010724.

[4] Mustardé JC. Epicanthus and telecanthus. Br J Plast Surg. 1963;16:346-356. DOI:10.1016/S0007-1226(63)80139-3.

[5] Park JI, Park MS. Park Z-epicanthoplasty. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2007;15(3):343-352. DOI: 10.1016/j.fsc.2007.04.001.

[6] Fujiwara T, Maeda M, Kuwae K, Nishino K. Modified split V-W plasty for entropion with an epicanthal fold in Asian eyelids. *Plast Reconstr Surg*. 2006;118(3):635-642. DOI: 10.1097/01.prs.0000232998.97479.91.

[7] Kao YS, Lin CH, Fang RH. Epicanthoplasty with modified Y-V advancement procedure. *Plast Reconstr Surg*. 1998;102(6):1835-1841. DOI: 10.1097/00006534-199811000-00004.

[8] Zhao YQ, Luo DA. Modified Y-V epicanthoplasty with raised medial canthus in the Asian eyelid. *Arch Facial Plast Surg*. 2010;12(4):274-276. DOI: 10.1001/archfacial.2010.51.

[9] Nguyễn Thị Thanh Hải. Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình góc mắt trong bằng kỹ thuật Y-V [luận văn thạc sĩ]. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2025.

[10] Taylor A, Strike PW, Tyers AG. Blepharophimosis-ptosis-epicanthus inversus syndrome: objective analysis of surgical outcome in patients from a single unit. *Clin Experiment Ophthalmol*. 2007;35(3):262-269. DOI: 10.1111/j.1442-9071.2006.01448.x.