EVALUATION OF THE INITIAL OUTCOMES OF EXTERNAL DACRYOCYSTORHINOSTOMY WITH SILICONE TUBE INTUBATION FOR THE TREATMENT OF CANALICULAR OBSTRUCTION

Bui Kim Nguyen[1], Tran Khanh Sam[2], Pham Thi Thu Thuy[1], Do Tuyet Nhung[2]

[1]*Hanoi Medical University - No. 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi, Vietnam*
[2]*Vietnam National Eye Hospital - 85 Ba Trieu, Hai Ba Trung Ward, Hanoi, Vietnam*

Received: 04/08/2026
Reviced: 25/09/2026; Accepted: 18/11/2026

SUMMARY

Objective: To evaluate the intial outcomes of external dacryocystorhinostomy (DCR) combined with retrograde excision of the obstructed canalicular segment and silicone tube intubation in patients with common canalicular obstruction or distal bicanalicular obstruction.

Participants and Methods: A prospective case series included 10 patients (12 eyes) diagnosed with common canalicular obstruction or distal bicanalicular obstruction who were consecutively selected by convenience sampling according to the study eligibility criteria and underwent external DCR combined with retrograde excision of the obstructed canalicular segment and silicone tube intubation at the Vietnam National Institute of Opthalmology from October 2025 to May 2026. Postoperative assessments were performed at 1 week, 1 month, 3 months and 4 months, included epiphora grading using the Munk score, fluorescein dye disappearance test (FDDT), lacrimal irrigation findings, silicone tube position, surgical scar evaluation, and postoperative complications.

Results: A total of 10 patients (12 eyes) were included. The mean age was 58.67 ± 8.12 years, and all patients were female. Common canalicular obstruction accounted for 11/12 eyes (91.7%), while distal bicanalicular obstruction accounted for 1/12 eyes (8.3%). The mean disease duration was 17.75 months. At 4 months postoperatively, the overall success rate was 91.7% with good functional and anatomical success rates of 83.3% and 91.7%. Silicone tubes remained well-positioned in all eyes without displacement or extrusion. Flat scars were achieved in 75% of eyes. No severe intraoperative or postoperative complications were recorded.

Conclusions: External dacryocystorhinostomy combined with retrograde excision of the obstructed canalicular segment and silicone tube intubation showed favorable preliminary outcomes and an acceptable safety profile in patients with canalicular obstruction in this study. This procedure was associated with improvement in epiphora symptoms, restores lacrimal drainage.

Keywords: epiphora; canalicular obstruction; external dacryocystorhinostomy.

*Corresponding author
Email: Kimnguyenbui188@gmail.com **Phone**: (+84) 335915103 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7127

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BAN ĐẦU PHẪU THUẬT NỐI THÔNG TÚI LỆ MŨI QUA ĐƯỜNG RẠCH DA KẾT HỢP ĐẶT ỐNG SILICON ĐIỀU TRỊ TẮC LỆ QUẢN

Bùi Kim Nguyên[1], Trần Khánh Sâm[2], Phạm Thị Thu Thủy[1], Đỗ Tuyết Nhung[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 - 85 Bà Triệu, phường Hai Bà Trưng, TP Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 04/08/2026
Ngày chỉnh sửa: 25/09/2026; Ngày duyệt đăng: 18/11/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ban đầu của phẫu thuật nối thông túi lệ mũi qua đường rạch da kết hợp cắt bỏ đoạn lệ quản tắc ngược dòng đặt ống silicon điều trị tắc lệ quản.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca, tiến cứu trên 10 bệnh nhân (12 mắt) được chẩn đoán tắc lệ quản chung hoặc tắc hai lệ quản ngang đoạn xa được lựa chọn thuận tiện theo tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên cứu, có chỉ định phẫu thuật nối thông túi lệ mũi qua đường rạch da kết hợp cắt bỏ đoạn lệ quản tắc ngược dòng đặt ống silicon tại Bệnh viện Mắt Trung ương (10/2025 – 5/2026).

Tiến hành đánh giá sau phẫu thuật tại các thời điểm 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 4 tháng: tình trạng chảy nước mắt theo thang điểm Munk, nghiệm pháp sạch thuốc nhuộm fluorescein, kết quả bơm nước lệ đạo, đánh giá vị trí ống silicon, sẹo mổ và các biến chứng khác xảy ra.

Kết quả: Tổng số 10 bệnh nhân (12 mắt). Tuổi trung bình là 58,67 ± 8,117 tuổi, các bệnh nhân đều là nữ giới. Hình thái tắc lệ quản chung là 11/12 mắt (91,7%) , tắc hai lệ quản ngang đoạn xa là 1/12 mắt (8,3%). Thời gian trung bình bị bệnh 17,75 tháng . Sau 4 tháng, tỷ lệ thành công chung là 91,7%, thành công tốt về chức năng đạt 83,3%, thành công tốt về giải phẫu đạt 91,7%, tình trạng ống silicon ở các thời điểm theo dõi thấy 100% ống ở đúng vị trí, không bị xô lệch hay tụt, 75% đạt sẹo phẳng sau mổ, không ghi nhận biến chứng nghiêm trọng trong thời gian theo dõi.

Kết luận: Phẫu thuật nối thông túi lệ mũi qua đường rạch da kết hợp cắt bỏ đoạn tắc ngược dòng đặt ống silicon là phương pháp cho kết quả bước đầu khả quan và an toàn đối với những trường hợp tắc lệ quản trong nhóm nghiên cứu. Phương pháp này giúp cải thiện triệu chứng chảy nước mắt, phục hồi sự lưu thông lệ đạo.

Từ khóa: chảy nước mắt, tắc lệ quản, phẫu thuật nối thông lệ mũi qua đường rạch da.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc lệ quản là một bệnh lý của hệ thống lệ đạo chiếm 16 - 25% tổng số các trường hợp bị chảy nước mắt do bệnh lý tắc lệ đạo nói chung [1]. Tắc nghẽn có thể xảy ra ở phần lệ quản trên, lệ quản dưới, cả hai lệ quản hoặc lệ quản chung, gây gián đoạn sự lưu thông của nước mắt và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Điều trị tắc nghẽn lệ quản vẫn luôn là một khó khăn lớn do cấu trúc giải phẫu phức tạp và nguy cơ xơ hóa, dính, tái tắc sau điều trị. Tùy theo mức độ và vị trí tắc mà có thể lựa chọn điều trị bảo tồn hay phẫu thuật. Phẫu thuật nối thông túi lệ mũi qua đường rạch da kết hợp với việc đặt ống silicon là lựa chọn khá phổ biến với các trường hợp tắc lệ quản. Tuy nhiên, tỷ lệ thành công của kỹ thuật này nếu chỉ thực hiện đơn thuần thì được báo cáo chỉ khoảng 55 – 60%. Năm 1960, Jones đã đề xuất kỹ thuật nối thông túi lệ mũi kết hợp cắt bỏ đoạn lệ quản bị tắc nhằm loại bỏ mô xơ hóa và tạo đường dẫn lưu mới với tỷ lệ thành công được các nghiên cứu báo cáo 80 – 90%[2]. Tại Việt Nam, các phương pháp điều trị tắc lệ quản đã được nhiều nghiên cứu đề cập, nhưng dữ liệu về kỹ thuật nối thông túi lệ mũi qua đường rạch da kết hợp cắt bỏ đoạn tắc ngược dòng và đặt ống silicon điều trị tắc lệ quản còn hạn chế. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Đánh giá kết quả ban đầu của phẫu thuật nối thông túi lệ mũi qua đường rạch da kết hợp cắt bỏ đoạn lệ quản tắc ngược dòng đặt ống silicon điều trị tắc lệ quản.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định tắc hai lệ quản ngang đoạn 1/3 trong (đoạn xa) hoặc tắc lệ quản chung có kèm theo chảy nước mắt.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đang mắc bệnh lý cấp tính toàn thân và tại mắt gây khó khăn cho phẫu thuật.
- Bệnh nhân có tiền sử chấn thương lệ quản, dị dạng bẩm sinh đường lệ, u đường lệ hoặc cạnh đường lệ (kể cả u lành và u ác), bất thường tai mũi họng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả loạt ca bệnh trên 10 bệnh nhân (12 mắt), chọn mẫu thuận tiện, tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 10/2025 đến tháng 5/2026.

Quy trình nghiên cứu:

Bệnh nhân được chẩn đoán tắc lệ quản chung hoặc tắc hai lệ quản ngang đoạn xa được lựa chọn vào nghiên cứu, thu thập các thông tin lâm sàng trước phẫu thuật và thực

*Tác giả liên hệ
Email: Kimnguyenbui188@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 335915103 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7127

hiện can thiệp phẫu thuật nối thông túi lệ mũi qua đường rạch da kết hợp cắt bỏ đoạn lệ quản tắc ngược dòng và đặt ống silicon. Phẫu thuật gồm các bước chính: rạch da vùng góc trong mắt, bộc lộ và mở túi lệ, xác định vị trí tắc bằng que thông lệ, cắt bỏ đoạn lệ quản bị tắc theo hướng ngược dòng từ niêm mạc túi lệ bằng dao số 11 hoặc kéo, tạo đường thông giữa túi lệ và hốc mũi, sau đó đặt ống silicon. Bệnh nhân được theo dõi và khám lại định kỳ sau phẫu thuật, ống silicon được rút ở tháng thứ ba; Kết quả điều trị được đánh giá tại 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 4 tháng.

Đánh giá kết quả:

Đặc điểm bệnh nhân: tuổi (trung bình), giới, nguyên nhân tắc lệ quản, vị trí tắc lệ quản: tắc lệ quản đoạn xa (1/3 trong) dựa vào khoảng cách từ tính điểm lệ >8mm, triệu chứng chảy nước mắt theo phân độ Munk, thời gian bị bệnh, các phương pháp điều trị đã được áp dụng trước phẫu thuật.

Bảng 1. Phân độ chảy nước mắt theo Munk

Mức độ	Triệu chứng
0	Không chảy nước mắt
1	Chảy nước mắt cần lau ít hơn 2 lần/ ngày
2	Chảy nước mắt cần lau 2 - 4 lần/ ngày
3	Chảy nước mắt cần lau 5 - 10 lần/ ngày
4	Chảy nước mắt cần lau > 10 lần/ ngày
5	Chảy nước mắt cần lau liên tục

Kết quả phẫu thuật:

- Kết quả chức năng: đánh giá mức độ cải thiện chảy nước mắt (theo phân độ của Munk: hết chảy (Munk = 0), đỡ chảy (Munk =1), không thay đổi (Munk ≥ 2) và nghiệm pháp thuốc nhuộm fluorescein (FDDT độ 0: chức năng thoát lưu nước mắt bình thường, độ 1: chức năng thoát lưu giảm, độ 2: Mất chức năng thải trừ nước mắt).
- Kết quả giải phẫu: đánh giá kết quả bơm nước lệ quản (tốt: thoát tốt, trung bình: thoát chậm, kém: không thoát).
- Kết quả chung: Kết hợp kết quả về chức năng và giải phẫu.

Bảng 2. Đánh giá kết quả chung của phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật	Kết quả chức năng	Kết quả giải phẫu
Tốt	Hết chảy nước mắt Phân độ Munk = 0, FDDT độ 0	Thoát tốt
Trung bình	Đỡ/ giảm chảy nước mắt Phân độ Munk = 1, FDDT độ 1	Thoát chậm
Kém	Không giảm chảy nước mắt Phân độ Munk >1, FDDT độ 2	Không thoát

Phẫu thuật được coi là thành công ở mức độ tốt và trung bình, kém được coi là thất bại.

Biến chứng trong phẫu thuật: chảy máu trong phẫu thuật chia thành các mức độ: Độ 1 chảy máu không ảnh hưởng đến phẫu trường, độ 2: cần rửa hút ngắt quãng, độ 3: ảnh hưởng đến phẫu trường, phải rửa hút liên tục, đốt cầm máu. Những trường hợp chảy máu độ 3 được ghi nhận là có biến chứng trong phẫu thuật.

Biến chứng sau phẫu thuật: Mất ống, lệch ống, u hạt, viêm kết mạc,...

Đạo đức nghiên cứu: Bệnh nhân được giải thích rõ ràng về tình trạng bệnh, phương pháp điều trị phẫu thuật và tiên lượng sau phẫu thuật. Bệnh nhân có quyền đồng ý hoặc từ chối tham gia nghiên cứu. Các thông tin của bệnh nhân sẽ được bảo mật.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng nhóm nghiên cứu

Nghiên cứu 10 bệnh nhân với tổng số 12 mắt có tuổi trung bình là 58,67 ± 8,117 tuổi. Tất cả bệnh nhân là nữ giới. Thời gian mắc bệnh trung bình là 17,75 tháng, ngắn nhất là 3 tháng và lâu nhất là 120 tháng. Nguyên nhân nguyên phát chiếm 91,7% (11/12 mắt). Có hai bệnh nhân có tiền sử bệnh tăng huyết áp, một bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật nội soi nối thông lệ mũi hai mắt điều trị tắc ống lệ mũi và một bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật nối thông lệ mũi qua đường rạch da ở mắt đối diện.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật

Đặc điểm lâm sàng (n=12)	Kết quả
Chảy nước mắt	Munk 3: 4/12 mắt (33,3%) Munk 4: 6/12 mắt (50 %) Munk 5: 2/12 mắt (16,7%)
Chảy mủ nhầy	0
Hình thái tắc	Tắc lệ quản chung: 11/12 mắt (91,7%) Tắc hai lệ quản đoạn xa: 1/12 mắt (8,3%)
Nghiệm pháp sạch thuốc nhuộm fluorescein (FDDT)	Độ 0: 0 Độ 1: 0 Độ 2: 100%
Bơm lệ quản	Không thoát: 100% (Trong đó thoát đối diện, nước sạch chạm mềm chiếm 90%, trào tại chỗ, nước sạch, chạm mềm chiếm 10%)

Tắc lệ quản chung là hình thái chủ yếu gặp ở 11/12 mắt (91,7%), tắc hai lệ quản đoạn xa chỉ gặp 1/12 mắt (8,3%).

Chảy nước mắt là triệu chứng xuất hiện ở tất cả các mắt với đặc điểm không kèm thèm mủ nhầy. Theo phân độ Munk, 100% mắt có mức độ chảy nước mắt từ độ 3 trở lên, trong đó đa số trường hợp thuộc mức độ nặng độ 4 - 5 chiếm 66,7% (8/12 mắt).

Kết quả đánh giá chức năng dẫn lưu nước mắt trước phẫu thuật cho thấy các trường hợp đều có kết quả FDDT độ 2.

3.2. Kết quả của phẫu thuật

Sau phẫu thuật mức độ chảy nước mắt cải thiện rõ rệt theo thời gian. Tỷ lệ hết chảy nước mắt (Munk 0) sau phẫu thuật 1 tuần là 6/12 mắt (50%) và tăng lên 10/12 mắt (83,3%) sau 4 tháng.

Kết quả nghiệm pháp FDDT cho thấy chức năng dẫn lưu nước mắt cũng được cải thiện theo thời gian theo dõi. Tỷ lệ mắt đạt độ 0 sau 1 tuần phẫu thuật tăng từ 6/12 mắt (50%) lên 10/12 mắt (83,30%) sau 4 tháng.

Bảng 2. Kết quả về giải phẫu sau phẫu thuật

Kết quả bơm nước lệ quản	Thời điểm							
	1 tuần		1 tháng		3 tháng		4 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Thoát tốt	9	75%	10	83,3%	10	83,3%	11	91,7%
Thoát chậm	3	25%	2	16,7%	2	16,7%	1	8,3%
Không thoát	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng số	12	100	12	100	12	100	12	100

Tỷ lệ thoát tốt sau phẫu thuật tăng từ là 75% (9/12 mắt) sau 1 tuần lên 91,7% (11/12 mắt) sau 4 tháng.

Bảng 3. Kết quả chung phẫu thuật tại các thời điểm theo dõi

Kết quả phẫu thuật	Thời điểm							
	1 tuần		1 tháng		3 tháng		4 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tốt	6	50%	9	75%	9	75%	10	83,3%
Trung bình	4	33,3%	2	16,7%	2	16,7%	1	8,35%
Kém	2	16,7%	1	8,3%	1	8,3%	1	8,35%
Tổng số	12	100	12	100	12	100	12	100

Tại thời điểm theo dõi 4 tháng sau phẫu thuật tỷ lệ thành công chung đạt 91,7% (11/12 mắt).

Bảng 4. Tình trạng sẹo mổ và biến chứng sau phẫu thuật

Đặc điểm	Kết quả	
	n	%
Tình trạng sẹo		

Đặc điểm	Kết quả	
	n	%
Sẹo phẳng	9	75%
Sẹo lồi	3	25%
Biến chứng		
Kích thích kết giác mạc	4	33,3%
Viêm kết mạc	2	16,7%
Tuột ống, lệch ống	0	0
U hạt quanh ống	0	0

Sau 04 tháng, 9/12 mắt (75%) sẹo phẳng, đẹp, đạt yêu cầu, ít ảnh hưởng thẩm mỹ.

Biến chứng trong phẫu thuật: không gặp trường hợp nào chảy máu quá mức cản trở phẫu trường. Biến chứng sau phẫu thuật: 4 mắt có triệu chứng kích thích kết giác mạc do ống silicon cọ vào và 2 mắt viêm kết mạc nhẹ; không ghi nhận tuột, lệch ống hoặc u hạt.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 10 bệnh nhân (12 mắt), các bệnh nhân đều là nữ giới, tuổi trung bình 58,67 ± 8,117 tuổi. Tắc lệ quản chung là hình thái chủ yếu và nhóm nguyên nhân nguyên phát chiếm tỷ lệ đa số 91,7% (11/12 mắt). Đặc điểm về tuổi và ưu thế nữ giới tương đối phù hợp với các báo cáo trước đây [3–6]. Tuy nhiên, nữ giới chiếm tuyệt đối của nghiên cứu này có khác đôi chút với các báo cáo có thể do chịu ảnh hưởng bởi cỡ mẫu còn nhỏ.

Về giải phẫu, sau 4 tháng (01 tháng sau rút ống silicon) 11/12 mắt (91,7%) bơm nước thoát tốt, một mắt bơm nước thoát rất chậm và cần sự hỗ trợ của que thông gợi ý tình trạng hẹp tại vị trí miệng nối. Trường hợp này thuộc nhóm tắc hai lệ quản ngang đoạn 1/3 trong (đoạn xa) và có thời gian mắc bệnh kéo dài. Có thể liên quan đến xơ hóa nhiều trước phẫu thuật. Tuy nhiên, với thiết kế loạt ca và chỉ có một trường hợp nên nghiên cứu chưa đủ cơ sở để xác định mối quan hệ này. Kết quả về giải phẫu của nghiên cứu tương đồng với Hwang (85,5%) ở nhóm đặt ống silicon đơn qua hai lệ quản, Kumar (93%) và Shams (90%) trên bệnh nhân tắc lệ quản chung hoặc tắc lệ quản đoạn xa [2,7,8]. Kết quả của Hwang được ghi nhận trong một nghiên cứu có cỡ mẫu và thiết kế khác với nghiên cứu của chúng tôi nhưng nhóm đặt một ống silicon có tính tương đồng với kỹ thuật được áp dụng trong nghiên cứu này. Sự cải thiện kết quả bơm nước lệ đạo qua các thời điểm theo dõi có thể liên quan đến quá trình giảm phù nề, giảm phản ứng viêm và ổn định của miệng nối sau phẫu thuật. Trong thời gian theo dõi, không ghi nhận trường hợp tắc hoàn toàn sau rút ống silicon. Tuy nhiên, thời gian theo dõi còn hạn chế nên chưa thể đánh giá hiệu quả duy trì lâu dài và nguy cơ hẹp hoặc tái tắc muộn.

Về chức năng, trước phẫu thuật các mắt đều có triệu chứng chảy nước mắt mức độ nặng (Munk ≥ 3). Sau phẫu thuật, triệu chứng cải thiện rõ rệt ở tất cả các thời điểm theo dõi. Tại thời điểm 3 tháng, 9/12 mắt (75%) trường hợp hết chảy nước mắt (Munk 0) và ba mắt còn lại có điểm Munk 1 hoặc 2 và không còn trường hợp nào có Munk ≥ 3. Sau rút ống silicon tỷ lệ hết chảy nước mắt tăng lên 10/12 mắt (83,3%). Mức độ cải thiện chức năng sau phẫu thuật trong nghiên cứu tương tự với các kết quả đã được công bố trong các nghiên cứu trước đây [2,6,8]. Tỷ lệ thành công giải phẫu của nghiên cứu có cao hơn so với tỷ lệ thành công chức năng, phù hợp với xu hướng đã được báo cáo trong các nghiên cứu trước [2,4,5]. Kết quả này cho thấy sự thông thoáng về mặt giải phẫu của lệ đạo không hoàn toàn phản ánh sự phục hồi chức năng dẫn lưu. Kết quả chức năng còn phụ thuộc vào hoạt động của nhiều yếu tố khác như mi mắt, bề mặt nhãn cầu và phim nước mắt, do đó một số bệnh nhân vẫn còn chảy nước mắt dù hệ thống dẫn lưu lệ đã thông.

Tỷ lệ thành công chung của nghiên cứu tại thời điểm 4 tháng đạt 91,7% nằm trong khoảng kết quả đã được báo cáo ở các nghiên cứu trước đây về điều trị tắc lệ quản bằng phẫu thuật nối thông túi lệ mũi qua đường rạch da kết hợp xử trí tổn thương lệ quản và đặt ống silicon [6, 7]. Tỷ lệ này có thấp hơn kết quả của Kumar và cộng sự với thời gian theo dõi trung bình 15,4 tháng ở bệnh nhân tắc lệ quản chung được điều trị bằng nối thông túi lệ mũi qua đường rạch da kết hợp loại bỏ đoạn tắc đặt ống silicon và sử dụng mitomycin C [7]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến chọn đối tượng nghiên cứu khác nhau và kỹ thuật phối hợp. Tuy nhiên, với 12 mắt nghiên cứu của chúng tôi cũng chưa đủ cơ sở để xác định ảnh hưởng của hình thái tắc đến tỷ lệ thành công.

Ống silicon được sử dụng nhằm duy trì lòng lệ quản và hạn chế hình thành dính trong quá trình lành thương. Trong thời gian theo dõi, không ghi nhận trường hợp lệ quản tắc hoàn toàn trở lại, cho thấy ống silicon có thể hỗ trợ duy trì sự thông thương trong giai đoạn sớm sau phẫu thuật.

Về tính an toàn, trong 12 mắt được theo dõi 4 tháng, không ghi nhận biến chứng nghiêm trọng nào trong phẫu thuật. Các biến chứng sau phẫu thuật chủ yếu liên quan đến sự có mặt của ống silicon: 4/12 mắt (33,3%) có triệu chứng kích thích kết giác mạc, 2/12 mắt (16,7%) viêm kết mạc. Các biến chứng đều ở mức độ nhẹ và cải thiện sau khi rút ống, không ghi nhận tụt ống, lệch ống hay u hạt quanh ống. Tình trạng sẹo cũng cải thiện theo thời gian với 75% trường hợp có sẹo phẳng sau 4 tháng theo dõi. Kết quả này cho thấy không ghi nhận biến chứng nghiêm trọng 12 mắt ở thời gian theo dõi 4 tháng. Tuy nhiên, do cỡ mẫu nhỏ, nghiên cứu chưa đủ khả năng phát hiện các biến chứng hiếm gặp.

Những kết quả bước đầu của nghiên cứu cho thấy phương pháp này có kết quả giải phẫu và chức năng khả quan trong giai đoạn theo dõi sớm ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nối thông túi lệ mũi qua đường rạch da kết hợp cắt bỏ đoạn tắc ngược dòng đặt ống silicon là phương pháp cho thấy kết quả ban đầu khả quan ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Sau 4 tháng theo dõi, tỷ lệ thành công chung đạt 91,7%, kết quả tốt về giải phẫu đạt 91,7% và kết quả tốt về chức năng đạt 83,3%, triệu chứng chảy nước mắt được cải thiện và không ghi nhận biến chứng nghiêm trọng liên quan đến phẫu thuật.

Tuy nhiên, trong tương lai cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian nghiên cứu dài hơn để có thể đánh giá đầy đủ hiệu quả lâu dài cũng như các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Canalicular Obstruction - EyeWiki. https://eyewiki.org/Canalicular_Obstruction (accessed June 7, 2026).

[2] Hwang SW, Khwarg SI, Kim JH, và cộng sự. Bicanalicular double silicone intubation in external dacryocystorhinostomy and canaliculoplasty for distal canalicular obstruction. Acta Ophthalmol 2009;87:438–442. https://doi.org/10.1111/j.1755-3768.2008.01292.x.

[3] Ngô Văn Thắng, Hà Huy Thiên Thanh, Nguyễn Quốc Anh, và cộng sự. Kết quả phẫu thuật nội soi nối thông kết mạc hồ lệ - mũi phối hợp đặt ống Stoploss Jones. Tạp Chí Nghiên Cứu y Học;153:135–144.

[4] Lee MJ, Khwarg SI, Kim IH, và cộng sự. Intraoperatively Observed Lacrimal Obstructive Features and Surgical Outcomes in External Dacryocystorhinostomy. Korean J Ophthalmol 2017;31:383–387. https://doi.org/10.3341/kjo.2016.0096.

[5] Buttanri IB, Serin D, Karslioglu S, và cộng sự. The outcome of silicone intubation and tube removal in external dacryocystorhinostomy patients with distal canalicular obstruction. Eur J Ophthalmol 2012;22:878–881. https://doi.org/10.5301/ejo.5000128.

[6] Nguyễn Hữu Thọ. Đánh giá kết quả lâu dài điều trị tắc lệ đạo bằng phẫu thuật. Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường đại học Y Hà Nội, 2015.

[7] Kumar S, Dulgach P, Kamal S, và cộng sự. Long-Term Success of Modified External Dacryocystorhinostomy for the Treatment of Distal Common Canalicular Block. The Asia-Pacific Journal of Ophthalmology 2013;2:94-98. https://doi.org/10.1097/APO.0b013e31828b9ba6.

[8] Shams PN, Pirbhai A, Selva D. A prospective outcome study of membranous and solid distal common canalicular obstructions. Eye (Lond) 2016;30:621–626. https://doi.org/10.1038/eye.2016.11.