Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No.11, 162-166

Y-V FLAP RECONSTRUCTION FOR PATIENTS WITH PTOSIS ASSOCIATED WITH EPICANTHAL FOLD: CLINICAL CASE SERIES

Duong Thuy Dung[1], Pham Hong Van[2], Nguyen Ngan Ha[1,2]

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

Received: 06/08/2026
Reviced: 29/09/2026; Accepted: 18/11/2026

SUMMARY

Objectives: To evaluate the surgical outcomes of single-stage Y-V flap reconstruction combined with ptosis repair in patients with ptosis and epicanthal folds.

Methods: This case series included three patients with ptosis and epicanthal folds who underwent Y-V flap medial canthoplasty combined with ptosis repair in a single operative session; one patient also underwent lower-eyelid entropion surgery. Postoperative outcomes were assessed over 3 months using intercanthal distance, palpebral fissure length, MRD1, complications, and aesthetic satisfaction.

Results: At 3 months postoperatively, intercanthal distance decreased from 39,00 ± 1,73 mm to 33,33 ± 2,31 mm, MRD1 improved from 0,58 ± 1,38 mm to 3,33 ± 0,58 mm. Aesthetic outcomes were rated good in all cases, and no complications were observed during follow-up.

Conclusions: One-stage medial epicanthoplasty using a Y-V advancement flap combined with ptosis surgery demonstrated favorable functional and cosmetic outcomes, with improvement in intercanthal distance and palpebral fissure length, while maintaining a low complication rate. However, studies with larger sample sizes and longer follow-up periods are required to further evaluate its long-term efficacy.

Keywords: epicanthal fold, telecanthus, Y-V flap technique, ptosis

*Corresponding author
Email: nguyennganha@hmu.edu.vn **Phone**: (+84) 904247028 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7148

KẾT QUẢ SỬ DỤNG VẠT Y-V TRÊN BỆNH NHÂN SỤP MI CÓ NẾP DA CHE GÓC TRONG MẮT - BÁO CÁO LOẠT CA LÂM SÀNG

Dương Thùy Dung[1], Phạm Hồng Vân[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: 06/08/2026
Ngày chỉnh sửa: 29/09/2026; Ngày duyệt đăng: 18/11/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả phẫu thuật tạo hình sử dụng vạt Y-V trên bệnh nhân sụp mi có nếp da che góc mắt trong.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Báo cáo loạt ca mô tả gồm 3 bệnh nhân sụp mi có nếp da che góc mắt trong. Các bệnh nhân được tạo hình góc mắt trong bằng vạt Y–V phối hợp phẫu thuật điều trị sụp mi; một trường hợp đồng thời được phẫu thuật quặm mi dưới. Các chỉ số được ghi nhận trước mổ và trong 3 tháng sau mổ gồm khoảng cách hai góc mắt trong, chiều dài khe mi, MRD1, biến chứng và đánh giá thẩm mỹ chủ quan.

Kết quả: Sau 3 tháng, khoảng cách hai góc mắt trong trung bình giảm từ 39,00 ± 1,73 mm trước mổ xuống còn 33,33 ± 2,31 mm. Chiều dài khe mi trung bình tăng từ 26,33 ± 2,52 mm lên 29,33 ± 2,52 mm. MRD1 trung bình tăng từ 0,58 ± 1,38 mm lên 3,33 ± 0,58 mm. Trong thời gian theo dõi 3 tháng, chưa ghi nhận biến chứng ở 3 trường hợp.

Kết luận: Trong loạt 3 ca này, phẫu thuật tạo hình góc mắt trong bằng vạt Y–V kết hợp điều trị sụp mi trong cùng một thì ghi nhận sự cải thiện về một số chỉ số hình thái mi mắt. Do cỡ mẫu nhỏ, không có nhóm so sánh và thời gian theo dõi ngắn, cần nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá kết quả và tính an toàn.

Từ khóa: nếp quạt góc trong, hai góc mắt xa nhau, kỹ thuật Y-V, sụp mi.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nếp da góc mắt trong hay còn gọi nếp quạt là phần da bao phủ vùng khóe mắt trong, đặc biệt phổ biến ở người châu Á, dao động từ 40 đến 90% trong dân số.[1] Nếp quạt làm cho khe mắt hẹp hơn, khoảng cách hai mắt xa nhau mất cân đối, hài hòa của khuôn mặt, ảnh hưởng đến thẩm mỹ, làm người bệnh mất tự tin, giảm chất lượng cuộc sống. Nếp quạt có thể xuất hiện đơn thuần, hay phối hợp với các tổn thương khác như sụp mi,quặm làm ảnh hưởng đến chức năng thị giác (tăng tỉ lệ lác, nhược thị). Vì vậy, phẫu thuật tạo hình sử dụng vạt Y-V trên bệnh nhân sụp mi có nếp da che góc mắt trong là một yêu cầu cần thiết.

Điều trị phẫu thuật bệnh nhân sụp mi có nếp da che góc mắt trong là một trong những phẫu thuật phức tạp trong lĩnh vực tạo hình mi mắt do bệnh gây nhiều tổn thương cùng lúc. Việc phẫu thuật 1 thì hay 2 thì và thứ tự can thiệp phẫu thuật vẫn còn nhiều tranh luận. một số tác giả theo quan điểm truyền thống, phẫu thuật 2 thì: tạo hình góc mắt trong trước sau đó 3 tháng đến 1 năm phẫu thuật sụp mi.[2,3] Phương pháp điều trị này cho kết quả tốt, tuy nhiên có một số nhược điểm phải phẫu thuật nhiều lần, tăng thời gian nằm viện và chi phí cho người bệnh. Gần đây để khắc phục nhược điểm này, một số tác giả trên thế giới đã tiến hành tạo hình góc mắt trong kết hợp chỉnh sụp mi trong cùng một thì phẫu thuật và báo cáo đạt hiệu quả cao về mặt thẩm mỹ.[4,5] Tại việt Nam, Trần Thu Hương (2022) đã thực hiện phẫu thuật tạo vạt da Y-V phối hợp với treo mi cơ trán điều trị nếp quạt ngược trên bệnh nhân mắc hội chứng hẹp khe mi bẩm sinh đạt tỷ lệ thành công > 70%.[6]

Nhằm đánh giá kết quả ban đầu của kỹ thuật, chúng tôi xin trình bày một số trường hợp lâm sàng tiêu biểu nhằm làm rõ tính khả thi và hiêu quả của kỹ thuật tạo vạt Y-V trên bệnh nhân sụp mi có nếp da che góc mắt trong. Nghiên cứu đã được thông qua tại Hội đồng đề cương theo quyết định số 5390/QĐ-ĐHYHN ngày 31/7/2025 tại Trường Đại học Y Hà Nội.

2. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

2.1. Ca lâm sàng 1:

Nếp quạt phối hợp sụp mi mức độ trung bình.

Bệnh nhân: Nữ, 21 tuổi vào viện vì lý do 2M nhìn vướng. Bệnh nhân cảm thấy 2 mắt (2M) nhỏ, kém linh hoạt làm thiếu tự tin trong giao tiếp và công việc, vì vậy đến bệnh viện để được thăm khám và tư vấn điều trị.

Khám bệnh: Thị lực mắt phải (MP) 20/160, thị lực mắt trái (MT) 20/160; Thị lực có kính MP 20/20, thị lực có kính MT 20/20

Mi mắt: 2M MRD1 = 1,5 mm, chức năng cơ nâng mi 7mm, dấu hiệu Bell (+), độ dài khe mi 29mm, nếp quạt góc trong

2M: Khoảng cách 2 góc mắt trong 38mm, không phát hiện bệnh lý toàn thân đi kèm.

CLS: Các xét nghiệm máu và hóa sinh chưa phát hiện bất thường.

*Tác giả liên hệ
Email: nguyennganha@hmu.edu.vn **Điện thoại:** (+84) 904247028 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7148

Chẩn đoán: 2M Sụp mi bẩm sinh độ 2/ Nếp quạt mi/ Cận thị

Xử trí:

2M: Thiết kế đường mổ: hình chữ Y nằm ngang đuôi quay về phía gốc mũi

+ Đánh dấu vị trí góc mắt trong mong muốn (đuôi chữ Y) nằm giữa sống mũi và ánh phản xạ giác mạc

+ Đánh dấu tâm chữ Y là vị trí góc mắt trong hiện tại

+ Từ tâm chữ Y, vẽ 2 cánh của chữ Y, cánh trên trùng và liên tục với nếp mí, cánh dưới trùng với rãnh lệ.

Rạch da theo đường thiết kế, phẫu tích cắt bỏ dải xơ góc mắt trong dưới nếp quạt, bộc lộ dây chằng mi trong.

- Khâu cố định đầu ngoài dây chằng mi trong vào vị trí màng xương sát đầu trong dây chằng bằng chỉ Prolene 5/0

- Tách lọc vạt da, chuyển vạt chữ Y thành chữ V và khâu bằng chỉ nylon 6/0 mũi rời.

Phẫu thuật cắt ngắn cân cơ nâng mi đồng thời tạo nếp mí.



Hình 1. Điều trị phẫu thuật tạo hình góc mắt trong Y-V, kết hợp phẫu thuật sụp mi (BN đồng ý điều trị và sử dụng hình ảnh)

Kết quả ngay sau phẫu thuật: khoảng cách hai góc mắt trong giảm 6mm, hết nếp quạt, độ dài khe mi mỗi bên mắt tăng 3mm, MP MRD1 = 3 mm, MT MRD1 = 3,5 mm.

Theo dõi kết quả sau mổ, điều trị kháng sinh, giảm đau, chống viêm, nước mắt nhân tạo.

Bảng 1. Theo dõi kết quả sau mổ phẫu thuật tạo hình góc mắt trong bằng vạt Y-V kết hợp cắt ngắn cân cơ điều trị sụp mi

	Trước phẫu thuật (mm)	10 ngày (mm)	1 tháng (mm)	3 tháng (3mm)
Khoảng cách hai góc mắt trong	38mm	32	32	32
Độ dài khe mi MP	29	32	32	32
Độ dài khe mi MT	29	32	32	32
MRD1 MP	1,5	3	3	3
MRD1 MT	1,5	3.5	3	3

Đánh giá kết quả cuối cùng sau 3 tháng, khoảng cách hai góc mắt trong giảm xuống còn 32mm, độ dài khe mi 2M tăng lên 32mm, 2M MRD1 = 3 mm, không còn nếp quạt. Kết quả chức năng và thẩm mỹ đều đạt loại tốt (đánh giá do BS điều trị dựa trên so sánh các triệu chứng trước sau mổ và bệnh nhân tự đánh giá).

2.2. Ca lâm sàng 2:

Nếp quạt phối hợp sụp mi mức độ nặng

Bệnh nhân: Nam, 06 tuổi vào viện vì lý do 2M sụp mi bẩm sinh, cằm ngửa.

Tiền sử: bố bị sụp mi bẩm sinh.

Khám bệnh: Thị lực MP 20/70 thị lực MT 20/60; Thị lực có kính MP 20/40, thị lực có kính MT 20/40

Mi mắt: 2M MRD1 = -1 mm, chức năng cơ nâng mi 2mm, dấu hiệu Bell (+), độ dài khe mi 24 mm, nếp quạt góc trong độ IV

2M: Khoảng cách 2 góc mắt trong 41mm, không phát hiện bệnh lý toàn thân đi kèm.

CLS: Các xét nghiệm máu và hóa sinh chưa phát hiện bất thường.

Chẩn đoán: 2M Sụp mi bẩm sinh độ III, loạn thị,Theo dõi nhược thị do che mắt

2M: Nếp quạt ngược

Xử trí: 2M: Phẫu thuật treo mi cơ trán bằng dây silicone một đường rạch, 2M Tạo hình góc mắt trong theo kỹ thuật Y-V. Đường rạch góc trong liên tục với đường rạch mi mắt.



Hình 2. Điều trị phẫu thuật tạo hình góc mắt trong Y-V, kết hợp phẫu thuật treo mi cơ trán điều trị sụp mi (Bố mẹ BN đồng ý điều trị và sử dụng hình ảnh)

Bảng 2. Theo dõi kết quả sau mổ phẫu thuật tạo hình góc mắt trong bằng vạt Y-V kết hợp treo mi cơ trán bằng dây silicone điều trị sụp mi

	Trước phẫu thuật (mm)	10 ngày (mm)	1 tháng (mm)	3 tháng (3mm)
Khoảng cách hai góc mắt trong	41mm	36	36	36
Độ dài khe mi MP	24	26	27	27

	Trước phẫu thuật (mm)	10 ngày (mm)	1 tháng (mm)	3 tháng (3mm)
Độ dài khe mi MT	24	26	27	27
MRD1 MP	-1	3	3	3
MRD1 MT	-1	3	3	3

2.3. Nếp quạt phối hợp sụp mi + quặm mi dưới

Bệnh nhân nữ, 20 tuổi vào viện vì lý do 2M nhìn vướng, chảy nước mắt, không đau đỏ.

Khám bệnh: Thị lực MP 20/20, thị lực MT 20/20.

Mi mắt: MP: MRD1 = 1,5 mm, chức năng cơ nâng mi 8mm, dấu hiệu Bell (+), độ dài khe mi 26mm, nếp quạt góc trong.

MT: MRD1= 1mm, chức năng cơ nâng mi 7mm, dấu hiệu Bell (+), độ dài khe mi 26mm, nếp quạt góc trong.

2M: Khoảng cách 2 góc mắt trong 38mm, không phát hiện bệnh lý toàn thân đi kèm.

CLS: Các xét nghiệm máu và hóa sinh chưa phát hiện bất thường.

Chẩn đoán: 2M Sụp mi bẩm sinh độ II/ Nếp quạt mi/ Quặm mi dưới.

Xử trí: 2M: Phẫu thuật cắt ngắn cân cơ nâng mi, 2M Tạo hình góc mắt trong theo kỹ thuật Y-V đồng thời phẫu thuật quặm mi dưới trong cùng một thì. Đường rạch góc trong liên tục với đường rạch mi mắt trên.

Theo dõi sau mổ, điều trị kháng sinh, giảm đau, chống phù nề, nước mắt nhân tạo.



Hình 3. Điều trị phẫu thuật tạo hình góc mắt trong Y-V kết hợp phẫu thuật cắt ngắn cân cơ nâng mi điều trị sụp mi, phẫu thuật quặm mi dưới

Bảng 3. Theo dõi kết quả sau mổ phẫu thuật tạo hình góc mắt trong bằng vạt Y-V kết hợp phẫu thuật cắt ngắn cân cơ nâng mi điều trị sụp mi, phẫu thuật quặm mi dưới

	Trước phẫu thuật (mm)	10 ngày (mm)	1 tháng (mm)	3 tháng (mm)
Khoảng cách hai góc mắt trong	38mm	32	32	32
Độ dài khe mi MP	26	29	29	29
Độ dài khe mi MT	26	29	29	29
MRD1 MP	1,5	4	4	4
MRD1 MT	1,0	4	4	4

2.4. Tổng hợp kết quả chung 3 ca

Bảng 4. Theo dõi kết quả chung phẫu thuật sử dụng vạt Y-V trên bệnh nhân sụp mi có nếp da che góc mắt trong

Thông số trung bình (n=3)	Trước mổ	10 ngày	1 tháng	3 tháng
Khoảng cách hai góc mắt trong	39,00 ± 1,73	33,33 ± 2,31	33,33 ± 2,31	33,33 ± 2,31
Độ dài khe mi	26,33 ± 2,52	29,00 ± 3,00	29,33 ± 2,52	29,33 ± 2,52
MRD1	0,58 ± 1,38	3,42 ± 0,52	3,33 ± 0,58	3,33 ± 0,58
Biến chứng	Không ghi nhận	Không ghi nhận	Không ghi nhận	Không ghi nhận
Đánh giá thẩm mỹ chủ quan	Kém	Trung bình	Tốt	Tốt (100%)

Nhận định chung: Sau 3 tháng theo dõi, cả 3 bệnh nhân đều ghi nhận cải thiện các chỉ số hình thái mi mắt. Khoảng cách hai góc mắt trong trung bình giảm từ 39,00 ± 1,73 mm trước mổ xuống còn 33,33 ± 2,31 mm; chiều dài khe mi trung bình tăng từ 26,33 ± 2,52 mm lên 29,33 ± 2,52 mm; MRD1 trung bình tăng từ 0,58 ± 1,38 mm lên 3,33 ± 0,58 mm. Không ghi nhận biến chứng trong thời gian theo dõi. Đánh giá thẩm mỹ chủ quan ở thời điểm 3 tháng được ghi nhận là tốt ở cả 3 trường hợp.

3. BÀN LUẬN

Nếp quạt góc trong là một đặc điểm giải phẫu phổ biến ở người châu Á, thường ảnh hưởng đáng kể đến yếu tố thẩm mỹ, có thể tồn tại đơn thuần hoặc kết hợp với các bất thường gây rối loạn thị giác như sụp mi hay quặm.Cơ chế hình thành và duy trì nếp quạt đã được Wang báo cáo, theo nghiên cứu, nếp quạt hình thành do da thừa và lõi xơ cơ bao gồm dải xơ góc mắt trong và phần nông cơ vòng mi trước vách.[7] Vì vậy, để loại bỏ nếp quạt hiệu quả, phẫu thuật viên cần cắt bỏ da thừa đồng thời giải phóng sức căng của nếp quạt bằng cách cắt ngang dải xơ góc mắt trong phối hợp tách cơ vòng mi tại vùng nếp quạt khỏi da.

Kỹ thuật tạo hình Y-V mang lại nhiều ưu điểm nổi bật: đường rạch đơn giản, dễ thiết kế, cải thiện sự hài hòa của khuôn mặt.[3] Trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng kỹ thuật Y-V trên bệnh nhân sụp mi có nếp da che góc trong mắt tiến hành phẫu thuật cùng một thì trong ba trường hợp lâm sàng có đặc điểm giải phẫu khác nhau, nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp này cả về mặt hình thái lẫn chức năng.

Ca lâm sàng 1 là trường hợp một bệnh nhân nữ 21 tuổi, có biểu hiện sụp mi bẩm sinh độ II cả 2 mắt kèm cận thị và nếp da góc trong độ II. Sự kết hợp sụp mi mức độ trung bình với nếp quạt khiến khe mi hẹp, góc mắt trong xa nhau (38 mm), gây biến dạng cấu trúc khuôn mặt và ảnh hưởng chức năng nhìn. Chúng tôi tiến hành phẫu thuật cắt ngắn cân cơ nâng mi 2M và đồng thời tạo hình Y-V hai bên. Kết quả sau mổ rất khả quan: MRD1 hai bên đồng đều 3mm, khoảng cách hai góc mắt trong giảm còn 32mm. Việc phối hợp Y-V với cắt ngắn cân cơ nâng mi với đường rạch liên tục cho phép đường mổ mềm mại, tự nhiên, tạo sẹo trùng với các nếp gấp tự nhiên, mang lại hiệu quả thẩm mỹ cao hơn sau phẫu thuật.

Ca lâm sàng 2 là trường hợp một bé trai 6 tuổi vào viện vì lý do sụp mi bẩm sinh độ III hai mắt kèm nhược thị do che mắt và nếp quạt góc mắt trong hai bên. Sự kết hợp sụp mi nặng với nếp quạt khiến khe mi hẹp, hai góc mắt xa nhau (41 mm), độ dài khe mi 24mm khiến biến dạng cấu trúc khuôn mặt và ảnh hưởng chức năng nhìn. Chúng tôi tiến hành phẫu thuật treo mi cơ trán 2M và đồng thời tạo hình Y-V hai bên. Kết quả sau mổ rất khả quan: MRD1 hai bên đồng đều 3mm, khoảng cách hai góc mắt trong giảm còn 36mm, độ dài khe mi tăng lên 27 mm, duy trì tương đối ổn định sau 3 tháng. Việc phối hợp Y-V với treo mi cơ trán điều trị sụp mi với đường rạch liên tục cho phép đường mổ mềm mại, tự nhiên, tạo sẹo trùng với các nếp gấp tự nhiên, mang lại hiệu quả thẩm mỹ cao hơn sau phẫu thuật. Một lần nữa cho thấy khả năng kết hợp linh hoạt của kỹ thuật này trong các tình huống phức tạp, đem lại kết quả cân đối, hài hòa và chức năng thị giác cải thiện đáng kể.

Ca lâm sàng thứ 3 là trường hợp một nữ bệnh nhân 20 tuổi, vào viện vì lý do nhìn vướng kèm theo chảy nước mắt kéo dài. Trên lâm sàng, bệnh nhân có sụp mi độ II kèm theo quặm mi dưới góc trong, phù hợp với tình trạng kích thích cơ học kéo dài, ngoài ra bệnh nhân còn có nếp quạt góc trong, với khoảng cách hai góc mắt trong là 38mm, chiều dài khe mi là 26mm hai bên. Sau can thiệp Y-V phối hợp phẫu thuật cắt ngắn cân cơ nâng mi điều trị sụp mi kèm phẫu thuật quặm mi dưới, các chỉ số giải phẫu được cải thiện rõ: Khoảng cách hai góc mắt trong giảm xuống 32mm, độ dài khe mi tăng lên ~ 29mm, duy trì ổn định sau 3 tháng. Tỷ lệ khoảng cách 2 góc mắt trong/ chiều dài khe mi được cải thiện rõ rệt, tiệm cận lý tưởng là 1, cho thấy mở rộng góc mắt sau phẫu thuật. Tình trạng chảy nước mắt cũng giảm đáng kể sau mổ. Trường hợp này cho thấy giá trị của kỹ thuật Y-V không chỉ nhằm vào yếu tố thẩm mỹ mà còn giúp cải thiện chức năng bảo vệ giác mạc, khi có bệnh nhân có nếp quạt kèm theo sụp mi và quặm góp phần kích thích bề mặt nhãn cầu.

Từ ba ca lâm sàng này, ghi nhận khoảng cách hai góc mắt trong giảm 5–6 mm sau mổ. Các chỉ số chiều dài khe mi và MRD1 cũng thay đổi trong thời gian theo dõi. Tuy nhiên, đây là loạt ca mô tả với cỡ mẫu nhỏ, không có nhóm đối chứng và thời gian theo dõi 3 tháng; vì vậy, các kết quả chỉ nên được xem là ghi nhận ban đầu, không thể khái quát thành hiệu quả chung của kỹ thuật.

Trong các trường hợp được mô tả, vạt Y-V được phối hợp với các phẫu thuật khác như cắt ngắn cân cơ nâng mi, treo mi cơ trán hoặc phẫu thuật quặm mi dưới. Theo mô tả trong hồ sơ, đường rạch góc mắt trong liên tục với đường rạch mi mắt. Các chi tiết về mốc rạch da, hướng và cách di chuyển vạt chưa được nêu đầy đủ trong tài liệu nguồn hiện có; cần đối chiếu biên bản phẫu thuật gốc để bổ sung chính xác, không suy diễn kỹ thuật.

Trong thời gian theo dõi 3 tháng, chưa ghi nhận biến chứng ở ba trường hợp. Với cỡ mẫu nhỏ và thời gian theo dõi ngắn, chưa thể kết luận về tỷ lệ biến chứng hoặc độ an toàn lâu dài. Cần theo dõi dài hạn hơn để đánh giá sẹo, khả năng duy trì kết quả và mức độ hài lòng của bệnh nhân.

4. KẾT LUẬN

Trong loạt 3 ca lâm sàng này, phẫu thuật tạo hình góc mắt trong bằng vạt Y–V phối hợp điều trị sụp mi trong cùng một thì ghi nhận sự cải thiện về khoảng cách hai góc mắt trong, chiều dài khe mi và MRD1 sau 3 tháng. Kỹ thuật có thể được phối hợp với các phẫu thuật mi mắt khác tùy theo bệnh cảnh. Do cỡ mẫu nhỏ, không có nhóm so sánh và thời gian theo dõi ngắn, chưa đủ cơ sở để kết luận chắc chắn về hiệu quả hoặc độ an toàn lâu dài; cần nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Park JI, Park MS. Park Z-Epicanthoplasty. *Facial Plastic Surgery Clinics of North America*. 2007;15(3):343-352. doi:10.1016/j.fsc.2007.04.001

[2] Li H, Li D, Jie Y, Qin Y. Multistage Correction of Blepharophimosis: Our Rationale for 18 Cases. *Aesth Plast Surg*. 2009;33(4):576-581. doi:10.1007/s00266-009-9313-4

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

[4] Lessa S, Sebastiá R. Z-epicanthoplasty. *Aesthetic Plast Surg*. 1984;8(3):159-163. doi:10.1007/BF01597520

[5] Wu, Shih-Yen Tsai, Yu-Jen Kuo, Joseph Z. C. One-stage Correction for Blepharophimosis Syndrome. *Eye (Lond)*. 2008;22(3):380-388. doi:10.1038/sj.eye.6702644

[6] Hương TT, Tịnh NX, Xuân LTK. Kết quả bước đầu phẫu thuật một thì điều trị hội chứng hẹp khe mi - sụp mi – nếp quạt ngược. *TCNCYH*. 2021;139(3):162-169. doi:10.52852/tcncyh.v139i3.61

[7] Wang S, Shi F, Luo X, et al. Epicanthal fold correction: Our experience and comparison among three kinds of epicanthoplasties. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2013;66(5):682-687. doi:10.1016/j.bjps.2013.01.028