

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO**

**BỘ QUỐC PHÒNG**

**VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC  
Y - DƯỢC LÂM SÀNG 108**

**ĐINH VIỆT NGHĨA**

**NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ CO RÚT MI TRÊN  
MỨC ĐỘ VỪA VÀ NẶNG  
BẰNG PHẪU THUẬT V - Y KÉP**

**CHUYÊN NGÀNH: PHẪU THUẬT HÀM MẶT**

**MÃ SỐ: 62.72.28.05**

**TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC**

**HÀ NỘI - 2010**

**Công trình được hoàn thành tại:**

**VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y - DƯỢC LÂM SÀNG 108**

**Người hướng dẫn khoa học:**

- 1. PGS. TS. NGUYỄN BẮC HÙNG**
- 2. PGS. TS. NGUYỄN HỒNG GIANG**

**Phản biện 1: PGS. TS. Trần Thiết Sơn - Trường ĐH Y Hà nội**

**Phản biện 2: PGS. TS. Đỗ Duy Tính - Bệnh viện TỬ QUỠ 108**

**Phản biện 3: PGS. TS. Trình Đình Hải - Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương**

Luận án được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp Nhà nước tổ chức tại Viện nghiên cứu khoa học Y - Dược lâm sàng 108.

Vào hồi: 8 giờ 30 ngày 12 tháng 7 năm 2010.

**Có thể tìm luận án tại:**

- Thư viện Quốc gia Việt nam
- Thư viện Thông tin Y học Trung ương
- Thư viện Viện nghiên cứu Khoa học Y - Dược lâm sàng 108

**DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU CỦA  
NGHIÊN CỨU SINH LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. Đinh Viết Nghĩa (2003), “Phẫu thuật kéo dài cân cơ nâng mi trên bằng kỹ thuật V - Y cải tiến điều trị co rút mi trên vừa và nặng”, *Tạp chí Y học Việt nam* (293), tr. 155 - 162.
2. Đinh Viết Nghĩa (2003), “Nghiên cứu một số đặc điểm giải phẫu và phẫu thuật của thân kinh cảm giác tại mi mắt”, *Tạp chí Y học Việt nam* (293), tr. 150 - 154.
3. Đinh Viết Nghĩa (2003), “Góp phần đánh giá chức năng vận động mi trên bằng dụng cụ tự tạo”, *Tạp chí Y học Việt nam* (293), tr. 163 - 169.
4. Đinh Viết Nghĩa (2004), “Điều trị co rút mi trên mức độ vừa và nặng bằng kỹ thuật V - Y cải tiến tạo hình cân nâng mi”, *Tạp chí Y học Việt nam* (303), tr. 56 - 62.
5. Đinh Viết Nghĩa (2005), “Điều trị co rút mi trên mức độ vừa và nặng bằng kỹ thuật V - Y cải tiến tạo hình cân nâng mi”, *Tạp chí Nhân khoa Việt nam* (4), tr. 46 - 53.
6. Đinh Viết Nghĩa (2006), “Nghiên cứu một số đặc điểm giải phẫu của thân kinh cảm giác tại mi mắt”, *Tạp chí Nhân khoa Việt nam* (6), tr. 57 - 61.
7. Đinh Viết Nghĩa, Trịnh Tuấn Dũng (2009), “Nghiên cứu một số đặc điểm giải phẫu vi thể của thân kinh cảm giác tại vùng rãnh mi trên”, *Tạp chí Y - Dược học lâm sàng* 108, 4 (3), tr. 57 - 62.

## MỘT SỐ THÔNG TIN VỀ LUẬN ÁN

### 1. Đặt vấn đề

Co rút mi (CRM) trên là một bất thường về vị trí của mi trên được xác định khi bờ mi trên ở cao hơn vị trí bình thường trong tư thế nhìn thẳng (dưới rìa giác - cùng mạc trên 2 mm). CRM trên ảnh hưởng đến chức năng thị giác và thẩm mỹ của bệnh nhân.

Phẫu thuật (PT) điều chỉnh vị trí mi là điều trị cơ bản. Đã có nhiều phương pháp (PP) được đề xuất và áp dụng như cắt buồng hoặc cắt bỏ cơ Muller, lùi điểm bám hoặc ghép nối dài cân cơ nâng mi nhưng còn một số hạn chế như khó điều chỉnh thỏa đáng vị trí và độ cong bờ mi, tỷ lệ tái phát và biến chứng cao, mi giảm nhạy cảm do không bảo tồn được thân kinh cảm giác (TKCG),...

Năm 2003, tác giả đã đề xuất PP tạo hình làm dài cân cơ nâng mi kiểu V - Y kép và áp dụng tại BV TƯ QĐ 108, bước đầu cho kết quả khả quan. Từ đó, nghiên cứu này tiếp tục được tiến hành với các mục tiêu:

- 1) *Khảo sát một số đặc điểm giải phẫu của các nhánh thân kinh cảm giác của mi trên và mô tả đặc điểm lâm sàng của tổn thương co rút mi trên.*
- 2) *Đánh giá kết quả của phương pháp tạo hình kéo dài cân cơ nâng mi kiểu V - Y kép trong điều trị co rút mi trên mức độ vừa và nặng.*

### 2. Tính cấp thiết của đề tài

Khi bị CRM trên, khe mi rộng làm tăng diện tích hở giác mạc gây kích thích khó chịu, giảm thị lực và gây biến đổi hình thể, hạn chế thẩm mỹ, suy giảm chất lượng sống của bệnh nhân.

CRM trên gặp trong nhiều bệnh nhưng thường gặp nhất trong bệnh mắt liên quan đến tuyến giáp (TRO), bệnh có tỷ lệ mắc mới hàng năm là 16 nữ và 3 nam/100,000 dân. 70 - 90% trường hợp bị bệnh có biểu hiện CRM. Do vậy, điều trị CRM là một nhu cầu thực tế.

Nhiều PP điều trị CRM trên đã được áp dụng nhưng tỷ lệ thành công chỉ đạt 50 - 80%, tái phát và biến chứng nhiều,... Ngoài ra, các nhánh TKCG của mi mắt chưa được giải phẫu học mô tả chi tiết và ít được chú ý bảo tồn trong các PT vùng mi. Trên thực tế, ở nhiều trường hợp sau PT mi mắt, bệnh nhân phải chịu đựng những hậu quả do tổn hại TKCG như đau kéo dài, dị cảm bờ mi, giảm phản xạ chớp mắt,... Do vậy, cần thiết phải nghiên cứu nâng cao hiệu quả điều trị CRM và hạn chế tổn hại TKCG của mi trong PT.

### 3. Những đóng góp mới của luận án

1) Nghiên cứu chi tiết đặc điểm giải phẫu (đại thể và vi thể) của các nhánh TKCG của mi trên, từ đó đề xuất yêu cầu và biện pháp chủ động bảo tồn các bó mạch - TKCG trong các PT vùng mi trên.

2) Nêu bật được các đặc điểm lâm sàng của tổn thương CRM trên bằng hệ thống chỉ tiêu đánh giá hợp lý; Đề xuất chỉ số C để đánh giá mức độ co rút lệch ngoài của mi trên, các chỉ số Po và P1/2 (bằng dụng cụ tự tạo) để bổ sung đánh giá chức năng cơ nâng mi; Lần đầu tiên ứng

dùng xét nghiệm định lượng nồng độ kháng thể kháng thụ thể hormon hướng giáp (TRAb) để xác định nguyên nhân gây CRM, lựa chọn bệnh nhân, thời điểm PT và xác định nguyên nhân gây CRM tái phát.

3) Xây dựng được qui trình PT hợp lý, hiệu quả điều trị CRM trên; Đề xuất quan điểm không loại bỏ cơ Muller mà chỉ hạ gốc cơ để bảo tồn một phần chức năng biểu cảm của cơ Muller, duy trì hai lớp cấu trúc của phức hợp nâng mi đồng thời hạn chế kích thích thần kinh (TK) bản thể vào cơ nâng mi.

#### **4. Bố cục của luận án**

Luận án dày 131 trang, bao gồm: Đặt vấn đề 2 trang, tổng quan 35 trang, đối tượng và phương pháp nghiên cứu 22 trang, kết quả 31 trang, bàn luận 29 trang, kết luận 2 trang. Luận án có 19 bảng, 5 biểu đồ, 19 sơ đồ, 50 ảnh. Luận án sử dụng 130 tài liệu tham khảo.

## CHƯƠNG 1: TỔNG QUAN

### 1.1. Giải phẫu và sinh lý vận động của mi trên

#### 1.1.1. Giải phẫu mi trên

##### 1.1.1.1. Sơ lược về phối thai

##### 1.1.1.2. Hình thể

**1.1.1.3. Cấu trúc mi trên:** Mi mắt bao gồm nhiều lớp: da, lớp mô liên kết dưới da, lớp cơ vòng mắt, lớp xơ mỡ dưới cơ vòng mắt, lớp cơ, lớp xơ sụn và lớp kết mạc.

- Cơ nâng mi (*levator muscle*) là cơ vân, xuất phát từ cánh nhỏ xương bướm, đi ra trước và chệch ra phía thái dương, nằm giữa thành trên của hốc mắt và cơ thẳng trên. Cơ càng đi ra phía trước càng xòe rộng, đến bờ hốc mắt thân cơ dẹt và chuyển thành cân. Phần cơ dài khoảng 36 mm. Phần cân dài 14 - 20 mm và toả rộng trên toàn bộ chiều ngang của mi trên. Ở hai góc mắt, cân dày lên thành các sừng (*horn*) trong và ngoài. Cân cơ nâng mi tiếp nối với các sợi của vách ngăn hốc mắt tạo thành cân kết hợp bám vào 1/3 dưới của mặt trước sụn mi trên. Cơ nâng mi là cơ mở mi chính, được chi phối bởi nhánh trên của dây TK vận nhãn chung.

- Cơ Muller là một cơ trơn mỏng, nằm sau cân cơ nâng mi, dài khoảng 12 - 14 mm. Cơ Muller được chi phối bởi TK giao cảm, có tác dụng biểu cảm và tham gia nâng mi được khoảng 2 mm. Một số nghiên cứu gần đây đã phát hiện trong cơ Muller có các thụ thể bản thể tập trung chủ yếu ở gốc cơ Muller. Đường dẫn truyền hướng tâm theo dây TK lệ về trung não tạo nên cung phản xạ bản thể bảo đảm cho trương lực của cơ nâng mi và kích thích cơ cơ nâng mi và cơ trán.

**1.1.2. Giải phẫu thần kinh cảm giác của mi trên:** cảm giác của mi trên được chi phối bởi các nhánh mi của các dây TK trên hốc mắt, trên rờng rọc, dưới rờng rọc và dây TK lệ. Các nhánh TKCG này đi từ bờ hốc mắt đến bờ mi, nằm giữa sụn mi và cơ vòng mắt, cho các nhánh nông đến da và các nhánh sâu xuyên qua sụn mi cùng với các động mạch đến kết mạc và tạo nên một đám rối TK dày đặc ở bờ mi (“đám rối bờ mi”). Dường như chưa có tài liệu nào mô tả chi tiết đặc điểm giải phẫu của các nhánh TKCG của mi trên và yêu cầu bảo vệ chúng trong các PT ở mi trên.

**1.1.3. Sinh lý vận động mi trên:** Khoảng cách bờ mi trên - ánh phản xạ giác/củng mạc (upper Margin Reflex Distance - MRD1): 3 - 4 mm.

**1.2. Đặc điểm lâm sàng của CRM trên:** CRM trên gặp ở mọi lứa tuổi, mọi giới, ở 1 hoặc 2 mắt, cân xứng hoặc không cân xứng giữa 2 mắt.

#### 1.3. Các nguyên nhân gây CRM trên

**1.3.1. Phân loại theo cơ chế bệnh sinh:** Phân loại của Bartley (CRM do thần kinh, do cơ, do cơ học, và không rõ nguyên nhân). Bệnh mắt liên quan đến tuyến giáp (*Thyro-related Ophthalmopathy - TRO*) là nguyên nhân thường gặp nhất gây CRM.

**1.3.2. Co rút mi trong TRO:** Khoảng 70 đến 90% bệnh nhân TRO có CRM, do nhiều cơ chế phối hợp, là hậu quả của các quá trình miễn dịch. Thường co rút cả hai bên và co rút phía phía ngoài nhiều hơn.

#### **1.4. Điều trị cơ rút mi trên bằng phẫu thuật**

##### **1.4.1. Chỉ định và yêu cầu của phẫu thuật**

##### **1.4.2. Lịch sử các PP phẫu thuật điều trị CRM trên.**

###### ***1.4.2.1. Các PP lùi cân cơ nâng mi kết hợp cắt cơ Muller***

###### ***1.4.2.2. Các PP dùng mảnh ghép chêm***

***1.4.2.3. Các PP tạo hình làm dài phức hợp nâng mi:*** Trình bày các PP cắt cạnh cơ (*marginal myotomy*) của Grove (1980) và Kakizaki (2008), PP lùi cân cơ nâng mi bằng 2 vạt sụn mi xoay có cuống (*two pedicle tarsal rotation flaps*) của Kohn (1983), PP làm dài cân cơ nâng mi kiểu “tường thành” (*castelled*) của Piggot và cs, PP xoay vạt cân cơ nâng mi và cắt gốc cơ Muller (*Mullerotomy and levator aponeurosis transposition*) của Shore (1995), PP xoay vạt cân cơ nâng mi của Khan (2002) và Schaefer (2007), PP lùi và làm dài cân cơ nâng mi bằng tạo hình cân kiểu V-Y kép kết hợp với hạ gốc cơ Muller của tác giả (2003).

## CHƯƠNG 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Nghiên cứu giải phẫu

#### 2.1.1. Nghiên cứu giải phẫu đại thể

##### 2.1.1.1. Nghiên cứu giải phẫu đại thể trên xác bảo quản

\* Đối tượng: 12 mắt trên 6 xác bảo quản trong dung dịch Formol 10%.

\* Phương pháp: Tiến cứu, quan sát mô tả. Phẫu tích các mạch máu và các nhánh TKCG của mi trên. Mô tả đặc điểm giải phẫu. Nghiên cứu được tiến hành tại Viện Giải phẫu từ tháng 9 đến tháng 12 năm 2008.

##### 2.1.1.2. Nghiên cứu giải phẫu đại thể trên lâm sàng

- Đối tượng: 4 mắt (3 bệnh nhân) được cắt bỏ cơ vòng mắt điều trị co thắt mi và 42 mắt được PT điều trị CRM trên.

- Phương pháp: Tiến cứu, quan sát mô tả. Phẫu tích, mô tả đặc điểm giải phẫu của các nhánh mạch máu, TKCG của mi trên và đánh giá khả năng bảo tồn trong PT. Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Mắt - Bệnh viện TWQĐ 108 trong năm 2003 - 2008.

#### 2.1.2. Nghiên cứu giải phẫu vi thể

- Đối tượng: 41 mảnh bệnh phẩm được lấy nguyên khối từ da đến lớp xơ mỡ dưới cơ vòng mắt ở vùng rãnh mi trong PT tạo hình mi trên.

- Phương pháp: Tiến cứu, quan sát mô tả. Các mảnh bệnh phẩm được xử lý, cắt dọc theo chiều dài, vuông góc với bề mặt da rồi nhuộm bằng phương pháp *Hematoxylin-Eosin* (HE). Quan sát, mô tả đặc điểm của các sợi TKCG dưới kính hiển vi quang học với độ phóng đại 50 đến 400 lần, đo và xử lý ảnh bằng phần mềm AxioVision 4. Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Mắt và Khoa Giải phẫu bệnh lý - Bệnh viện TƯQĐ108.

### 2.2. Nghiên cứu lâm sàng

**2.2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 42 mắt bị CRM trên mức độ vừa và nặng, được điều trị tại khoa Mắt - Bệnh viện TWQĐ 108 từ 2003 đến 2009.

\* **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân (BN):** Các trường hợp co rút lớp cân cơ mi trên do các nguyên nhân đã ổn định ít nhất 6 tháng, độ co rút từ 2 mm trở lên (mức độ vừa và nặng), tuổi trên 16, có thể phối hợp trong PT dưới gây tê tại chỗ, có điều kiện theo dõi.

\* **Tiêu chuẩn loại trừ:** Co rút mi do thiếu lớp da, lồi nhãn cầu nặng, đã PT điều trị CRM, các bệnh toàn thân và liên quan chưa ổn định.

#### 2.2.2. Phương pháp nghiên cứu

\* Phương pháp: Tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng, không đối chứng.

\* Cỡ mẫu nghiên cứu: Áp dụng công thức:

$$n = t^2 \cdot \frac{p(1-p)}{d^2}$$



Theo công thức trên, tính được:  $n = 35$ . Trong nghiên cứu là 42 mắt.

\* Thu thập và xử lý số liệu bằng các thuật toán thống kê ( $t$  - test,  $\chi^2$ ), sử dụng phần mềm SPSS 15.0.

### 2.2.2.1. Phương tiện nghiên cứu

#### 2.2.2.2. Đánh giá trước điều trị

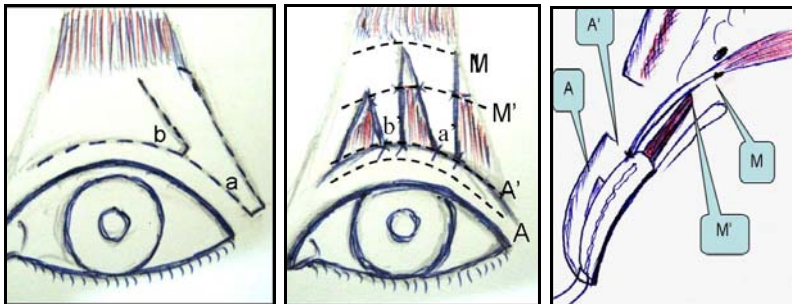
\* Khai thác tiền sử, bệnh sử, các triệu chứng chủ quan.

\* Khám toàn thân, tuyến giáp (xét nghiệm TSH, FT4, T3, TRAb).

\* Khám tại chỗ: Đo chiều cao khe mi, khoảng cách từ ánh phản xạ giác mạc đến bờ mi trên (MRD1); Xác định mức độ CRM, chênh lệch MRD1 giữa 2 mắt; Đánh giá độ cong bờ mi trên bằng chỉ số C (khoảng cách từ điểm cao nhất của bờ mi trên đến điểm trên đồng tử); Đo biên độ vận động mi trên, đo giá trị Po và P1/2 (sử dụng bộ đo sức cơ nâng mi tự tạo); Các yếu tố liên quan (rãnh mi trên, da mi, giác mạc, kết mạc, độ lồi nhãn cầu, tình trạng vận nhãn, nhãn cầu,...)

#### 2.2.2.3. Chuẩn bị trước phẫu thuật

2.2.2.4. Các bước phẫu thuật (kỹ thuật V-Y kép): Gây tê tại chỗ; Giải phóng dính giữa cân cơ nâng mi với mô phía trước (nếu có); Cắt cân cơ nâng mi, bóc tách khỏi sụn mi và cơ Muller; Xẻ đầu cân bởi 2 hoặc 3 đường chéo 45<sup>0</sup>; Cắt ngang gốc cơ Muller; Xoay các vạt cân vào trong, khâu dính vào bờ trên sụn mi bằng các mũi chỉ Vicryl 6/0; Khâu lại gốc cơ Muller vào cạnh các vạt cân cơ nâng mi (Hình 2.5). Đánh giá và điều chỉnh độ cao và độ cong bờ mi trên ở tư thế ngồi.



Hình 2.5: Sơ đồ cắt

cân và khâu các vạt cân - sụn mi, hạ gốc cơ Muller (AA':Khoảng lùi cân cơ nâng mi;

MM': Khoảng hạ gốc cơ Muller)

2.2.2.5. Chăm sóc, theo dõi sau phẫu thuật: Khám lại sau 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, và cách mỗi 3 tháng tiếp (theo mẫu).

2.2.2.6. Phát hiện biến chứng và xử lý biến chứng (nếu có)

#### 2.2.2.7. Đánh giá kết quả

\* Trong phẫu thuật: Mô tả đặc điểm của các cấu trúc mi (các nhánh TKCG, sự dính giữa cân cơ nâng mi với mô phía trước và với cơ Muller, đặc điểm của cân cơ nâng mi và cơ Muller, đặc điểm mạch máu); Ghi nhận khả năng điều chỉnh vị trí và độ cong bờ mi trên, khả năng bảo tồn các bó mạch - TKCG của mi trên, các biến chứng.

\* Sau phẫu thuật:

- Hậu phẫu, sau PT 1 tháng, 3 tháng: tình trạng mi, bờ mi, vết mổ.
- Sau PT 6 tháng và kết quả cuối cùng: Đánh giá kết quả theo các chỉ tiêu sau với 3 mức độ: tốt, trung bình, kém (Bảng 2.1). Trong đó, vị trí bờ mi trên (MRD1) và chỉ số C là những chỉ tiêu chính, còn lại là các chỉ tiêu phụ.

**Bảng 2.1: Đánh giá kết quả theo các mức độ**

<i>Chỉ tiêu</i>	<i>Tốt</i>	<i>Trung bình</i>	<i>Kém</i>
MRD1	2,5 - 4,5 mm	5,0 - 5,5 mm 1,5 - 2,0 mm	Trên 5,5 mm Dưới 2 mm
Độ co rút còn lại	≤ 1 mm	1,5 - 2,0 mm	Trên 2 mm
Chênh lệch 2 mắt	≤ 1 mm	1,5 - 2,0 mm	Trên 2 mm
Độ cong (chỉ số C)	< 2 mm	2 - 4 mm	Trên 4 mm
Độ hở mi khi nhắm	0 mm	< 3 mm	Hở giác mạc
Biên độ vận động mi	12 - 16 mm	< 12 mm	< 4 mm
Po	0g	< 2 g	≥ 2 g
P1/2	4g	< 6 g	≥ 6 g
Triệu chứng chủ quan được cải thiện	Cải thiện rõ. Hết khó chịu	Cải thiện. Còn khó chịu ít	Còn khó chịu như cũ
Độ biểu cảm của mi	Bình thường	Giảm	Mất
Cảm giác bờ mi mắt	Bình thường	Giảm	Mất
Mức độ hài lòng của bệnh nhân	Rất hài lòng	Chấp nhận được	Không chấp nhận được

\* Đánh giá kết quả chung theo cách sau:

- Tốt: Cả hai chỉ tiêu chính đều tốt + Các chỉ tiêu phụ không kém.
- Trung bình: Cả 2 chỉ tiêu chính trung bình (hoặc 1 trung bình và 1 tốt) và các chỉ tiêu phụ kém không quá 3.
- Kém: Có ít nhất một chỉ tiêu chính ở mức kém.

### CHƯƠNG 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 3.1. Đặc điểm giải phẫu thần kinh cảm giác của mi trên

**3.1.1. Trên xác bảo quản:** Các nhánh TKCG của mi trên tách ra từ các dây TK ở bờ trên hốc mắt (trên hốc mắt, trên ròng rọc, lệ), sau đó chạy dọc từ trên xuống dưới, nằm ngay dưới lớp cơ vòng mắt, phân ra các nhánh nhỏ và khi đến cách bờ mi khoảng 3 mm thì chui qua sụn mi ra sau. Các nhánh TK này luôn đi cùng 1 động mạch nhỏ tạo nên bó mạch - TKCG to tương đương sợi chỉ Vicryl 5/0 ở vùng rãnh mi trên.

**3.1.2. Trên mô tươi (trong phẫu thuật trên bệnh nhân):** Các nhánh TKCG của mi trên tách ra từ các dây TK ở bờ xương hốc mắt, chạy ngay dưới lớp cơ vòng mắt trong phần lớn quãng đường đi, thường có 1 động mạch đi kèm theo tạo nên bó mạch - TK, khá dễ nhận biết và hay bị tổn thương gây chảy máu. Trên đường đi, các nhánh TK này tách ra các nhánh nhỏ chạy ngang sang bên cùng bình diện hoặc chạy xuyên qua lớp cơ vòng mắt ra nông. Khi đến cách bờ mi 3 - 4 mm, các nhánh TK xuyên qua sụn mi ra sau cùng 1 động mạch nhỏ. Các bó mạch - TK có độ đàn hồi khá tốt.

**3.1.3. Nghiên cứu giải phẫu vi thể:** Các bó sợi TKCG của mi trên có dạng hình tròn hoặc elipe, kích thước 50  $\mu\text{m}$  đến 200  $\mu\text{m}$  ( $100 \pm 25 \mu\text{m}$ ), thường đi kèm một vài mạch máu nhỏ (40 đến 150  $\mu\text{m}$ ) tạo nên những bó mạch - TK. Trong 41 tiêu bản, thấy có 132 bó mạch - TK. Mỗi bó mạch - TK gồm một số bó sợi TK ( $2,59 \pm 1,72$ ) và một vài mạch máu nhỏ: 101 bó mạch - TK (76,51%) có mạch máu với đường kính trên 40  $\mu\text{m}$ , 31 bó mạch - TK (23,49%) chỉ có các mạch máu nhỏ. 79 bó mạch - TK (59,85%) có bao liên kết rõ; 53 bó (40,15%) không rõ bao liên kết. Kích thước của các bó mạch - TK là  $558,1 (\pm 230,5) \times 357,4 (\pm 139,9) \mu\text{m}$ . Đa số các bó sợi TKCG chạy vuông góc với các thớ sợi cơ vòng, một số bó có hướng chệch nhẹ. Phần lớn (82,58%) các bó mạch - TK nằm ngay dưới hoặc xen vào mặt dưới lớp cơ vòng mắt, khoảng cách từ các bó mạch - TK đến mặt dưới lớp cơ vòng mắt không quá 200  $\mu\text{m}$ .

#### 3.2. Nghiên cứu lâm sàng

**3.2.1. Đặc điểm bệnh nhân:** Tuổi từ 16 đến 56 tuổi (trung bình: 34,46). Nữ chiếm đa số (89,47%). Mắt phải và mắt trái bằng nhau, 4 BN (10,52%) bị cả hai mắt.

\* **Nguyên nhân:** 16 mắt (trên 12 BN) do TRO, 26 mắt không do TRO, 23 mắt (23 BN) không xác định được nguyên nhân.

\* **Thời gian bị bệnh:** Phần lớn từ 2 năm trở lên (97,62%).

\* **Thời gian ổn định bệnh:** 61,90% từ 2 năm trở lên, 19,05% dưới 1 năm.

\* **Lý do phẫu thuật:** 63,16% do cải thiện thẩm mỹ và chức năng.

#### 3.2.2. Đặc điểm tổn thương cơ rút mi

\* **Các triệu chứng chủ quan:** 26/42 (61,91%) mắt của 24 BN (63,16%) có các triệu chứng dễ bị kích thích mắt (cộm chói mắt, chảy nước mắt, có cảm giác dị vật trong mắt). Tất cả các trường hợp CRM nặng đều có các triệu chứng kích thích. 16 mắt (38,09%) của 14/38 BN (36,84%) không có khó chịu gì đáng kể ở mắt.

\* **Tình trạng mi trước PT:** Các chỉ tiêu được trình bày trong *Bảng 3.7*.

- Không có sự khác biệt giữa hai nhóm nguyên nhân (nhóm CRM do TRO và nhóm CRM không do TRO) về giá trị của *Chiều cao khe mi* ( $p = 0,185$ ), *MRD1* ( $p = 0,334$ ), *Mức độ co rút mi* ( $p = 0,613$ ), *Độ cong* ( $p = 0,450$ ), *Biên độ vận động mi trên* ( $p = 0,053$ ) và *Po* ( $p = 0,222$ ).

- Chênh lệch MRD1 giữa 2 mắt: Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê (với  $p = 0,000$ ).

- Độ cong bờ mi: Hiện tượng co rút lệch ngoài theo nguyên nhân được thể hiện ở *Bảng 3.9*. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm ( $\chi^2 = 0,3014$ ).

- P1/2: sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,037$ ).

- Hở mi khi nhắm: Có 5 mắt bị hở mi. Không mắt nào bị hở giác mạc.

**Bảng 3.7: Tình trạng mi trước phẫu thuật**

<i>Chỉ tiêu đánh giá</i>	<i>Chung cho cả 2 nhóm</i>	<i>Nhóm do TRO</i>	<i>Nhóm không do TRO</i>	<i>So sánh 2 nhóm(p)</i>
Chiều cao khe mi	12,37 ± 1,09	12,66 ± 1,40	12,19 ± 0,84	0,185
MRD1	7,21 ± 0,67	7,34 ± 0,77	7,13 ± 0,61	0,334
Mức độ co rút mi	3,74 ± 0,73	3,69 ± 0,72	3,81 ± 0,77	0,613
Chênh lệch MRD1	3,11 ± 1,56	1,88 ± 1,70	3,87 ± 0,83	0,000
Độ cong (C)	1,38 ± 1,70	1,13 ± 1,50	1,54 ± 1,82	0,450
Biên độ vận động	14,07 ± 1,30	14,56 ± 1,46	13,77 ± 1,11	0,053
Po	3,68 ± 0,81	3,88 ± 0,89	3,56 ± 0,75	0,222
P1/2	7,76 ± 1,97	8,56 ± 2,58	7,27 ± 1,31	0,037
Độ lồi	15,44 ± 1,98	16,60 ± 1,70	14,70 ± 1,81	0,002
Chênh lệch độ lồi	0,23 ± 0,63	0,31 ± 0,87	0,17 ± 0,42	0,491

(Đơn vị tính bằng mm cho các chỉ tiêu trừ Po và P1/2 tính bằng g)

**Bảng 3.9: Độ cong bờ mi theo nguyên nhân**

<i>Nguyên nhân</i>		<i>Không lệch</i>	<i>Lệch ngoài</i>	<i>Tổng</i>
Do TRO		10	6	16
Không do TRO	Chấn thương	0	1	26
	Dị dạng sọ mặt bẩm sinh	0	1	
	Sup mi mắt đối bên	1	0	
	Không rõ nguyên nhân	13	10	
<b>Tổng</b> (Tỷ lệ %)		24 (57,14%)	18 (42,86%)	42

\* ***Biến chứng do co rút mi:*** 2 mắt có tổn hại giác mạc dạng viêm chấm nhẹ vùng chu biên cạnh rìa dưới, 30 mắt (71,43%) có xung huyết kết mạc, 7 mắt (16,67%) có xung huyết và nốt vàng kết mạc. Không mắt nào bị giảm thị lực.

\* ***Đặc điểm tổn thương của các cấu trúc mi:***

- Ở 16/16 mắt bị CRM do TRO: Đỉnh giữa cân cơ nâng mi với mô phía trước, đỉnh giữa cân cơ nâng mi với cơ Muller, cân cơ nâng mi và cơ Muller bị xơ hoá dày lên, có hiện tượng tăng sinh mạch máu ở những vùng xơ dính và ở trong lớp cơ Muller.

- Ở các mắt bị CRM không do TRO: Mặt trước cân cơ nâng mi trơn phẳng, không có dính với mô phía trước; Mặt sau cân cơ nâng mi chỉ có dính nhẹ phía trên với cơ Muller.

### **3.2.3. Đánh giá kết quả của phương pháp điều trị**

#### ***3.2.3.1. Kết quả trong phẫu thuật***

- Khả năng điều chỉnh vị trí và độ cong bờ mi trên thuận lợi. Tất cả 42 mắt (100%) đều có thể hạ mi về vị trí và độ cong như mong muốn.

- Khả năng phát hiện và bảo tồn các nhánh TKCG: Thấy và bảo tồn được nhánh mi của dây TK trên hốc mắt, dây TK trên ròng rọc ở 42/42 mắt (100%). Không bảo tồn được nhánh mi của dây TK lệ ở cả 42 mắt.

#### ***3.2.3.2. Kết quả sau phẫu thuật***

- Thời gian theo dõi từ 6 đến 72 tháng; 69,05% số mắt được theo dõi trên 24 tháng.

- ***Trong thời kỳ hậu phẫu:*** Tất cả các mắt đều bị phù nề ở các mức độ khác nhau. Trong đó có 1 mắt bị phù nề mạnh ngay sau PT. 1 mắt tụ máu nhẹ. Không mắt nào bị nhiễm trùng, tách vết mổ.

- ***Sau PT 1 tháng:*** 36 mắt (85,71%) phù nề nhẹ với MRD1 trong khoảng 2 đến 4 mm; 6 mắt (14,29%) của 5 BN còn phù nề gây sụp mi. Không mắt nào bị nhiễm trùng, tách vết mổ.

- ***Sau PT 3 tháng:*** 34 mắt (80,95%) hết phù nề với MRD1 trong khoảng 2 đến 4 mm, đường cong bờ mi bình thường, sụp ổn định, cảm giác bình thường, bệnh nhân hài lòng; 6 mắt (14,29%) của 5 BN giảm phù nề, còn sụp mi nhẹ, 1 mắt bị co rút nhẹ mi trên với MRD1 = 5 mm.

- ***Sau PT 6 tháng:*** Tất cả 42 mắt (100%) hết phù nề. Kết quả tốt: 36 mắt (85,71%); trung bình: 5 mắt (1 mắt bị sụp mi nhẹ, 4 mắt bị co rút tái phát nhẹ); kém: 1 mắt bị phù nề kéo dài gây sụp mi 1/2 trong, sụp cứng co kéo.

- ***Kết quả cuối cùng:***

- Kết quả chung được trình bày trong *Bảng 3.11*.

Kết quả của hai nhóm không có sự khác biệt ( $\chi^2 = 0,584$ ).

**Bảng 3.11: Kết quả chung sau phẫu thuật**

<b>Kết quả</b>	<b>Tốt</b>	<b>Trung bình</b>	<b>Kém</b>	<b>Tổng</b>
Nhóm do TRO	12	4	0	16
Nhóm không do TRO	20	4	2	26
<b>Tổng</b>	32 (76,19%)	8 (19,04%)	2 (4,76%)	42

- Tình trạng mi sau PT được trình bày trong *Bảng 3.12*.

\* **Chiều cao khe mi:**  $9,05 \pm 0,95$  mm. Có sự khác biệt so với trước PT ( $p < 0,001$ ).

Không có sự khác biệt giữa hai nhóm ( $p = 0,68$ ).

\* **MRD1:**  $3,81 \pm 0,90$  mm. Sự khác biệt so với trước mổ là có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

Không có sự khác biệt giữa hai nhóm ( $p = 0,61$ ).

Kết quả chi tiết được trình bày trong *Bảng 3.13*.

32 mắt (76,19%) đạt mức MRD1 trong khoảng 2,5 - 4,5 mm hay chênh lệch so với mong muốn trong vòng 1 mm.

37 mắt (88,1%) đạt mức MRD1 chênh lệch so với mong muốn trong vòng 1,5 mm.

41 mắt (97,62%) không còn lộ củng mạc.

**Bảng 3.12: Tình trạng mi sau phẫu thuật**

<b>Chỉ tiêu đánh giá</b>	<b>Chung cho cả 2 nhóm</b>	<b>Nhóm do TRO</b>	<b>Nhóm không do TRO</b>	<b>So sánh 2 nhóm (p)</b>
Chiều cao khe mi	$9,05 \pm 0,95$	$8,99 \pm 0,96$	$9,10 \pm 0,97$	0,68
MRD1	$3,81 \pm 0,90$	$3,72 \pm 0,98$	$3,87 \pm 0,86$	0,61
Độ co rút còn lại	$0,50 \pm 0,80$	$0,53 \pm 0,76$	$0,48 \pm 0,84$	0,85
Chênh lệch MRD1	$0,64 \pm 1,00$	$0,58 \pm 0,86$	$0,67 \pm 1,09$	0,81
Độ cong (C)	$0,48 \pm 1,38$	$0,18 \pm 0,75$	$0,65 \pm 1,65$	0,29
Biên độ vận động	$13,50 \pm 1,11$	$13,63 \pm 1,31$	$13,42 \pm 0,99$	0,57
Po	$0,62 \pm 1,03$	$0,50 \pm 0,89$	$0,69 \pm 1,12$	0,57
P1/2	$4,50 \pm 1,19$	$4,31 \pm 1,25$	$4,62 \pm 1,17$	0,43

(Đơn vị tính bằng mm, trừ Po và P1/2 tính bằng g)

**Bảng 3.13: MRD1 sau phẫu thuật**

<i>MRD1</i>	<i>Mắt</i>	<i>Tỷ lệ (%)</i>
2 mm	1	2,38
Từ 2,5 mm đến 4,5 mm	32	76,19
5 mm	5	11,91
5,5 mm	3	7,14
Trên 5,5 mm (6 mm)	1	2,38
Tổng	42	100

9 mắt (21,43%) đạt kết quả trung bình: 8 mắt (19,05%) có MRD1 từ 5 mm đến 5,5 mm, 1 mắt (2,38%) có MRD1 là 2 mm trên mắt lõi nhãn cầu.

Chỉ 1 mắt (2,38%) có MRD1 là 6 mm, hở củng mạc phía trên. Tuy nhiên, MRD1 đã giảm 2 mm so với trước PT.

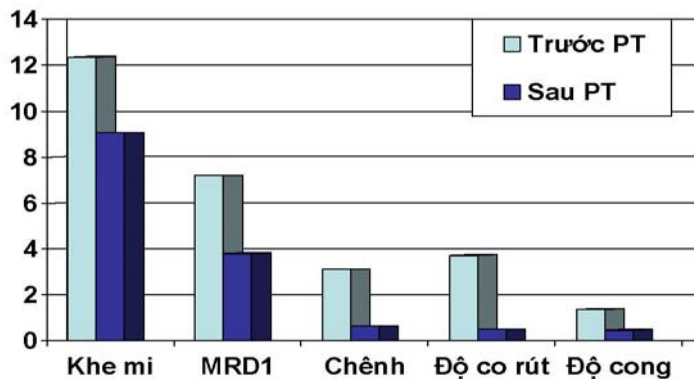
\* **Mức độ hạ mi:**  $3,24 \pm 1,04$  mm. Dao động từ 1 đến 6 mm.

\* **Độ chênh lệch MRD1** giữa 2 mắt:  $0,64 \pm 1,00$  mm.

28 bệnh nhân (73,68%) có chênh lệch 2 mắt trong vòng 1 mm.

\* **Độ co rút còn lại:**  $0,50 \pm 0,80$  mm.

\* **Độ cong (C):**  $0,48 \pm 1,38$  mm. 5 mắt (11,90%) có C từ 2 đến 4 mm.

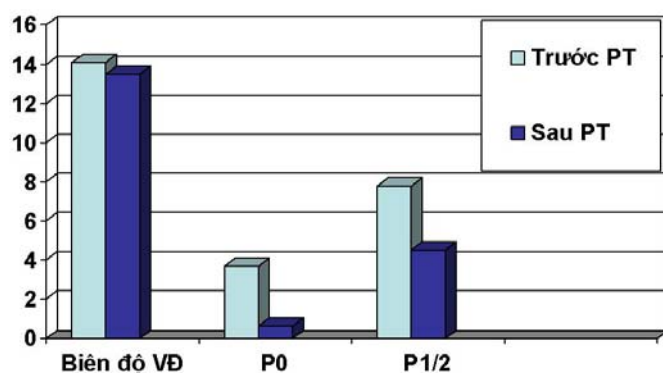
**Biểu đồ 3.4: So**

**sánh giá trị trung bình của chiều cao khe mi, MRD1, chênh lệch MRD1, mức độ co rút và độ cong bờ mi trước và sau PT.**

\* **Biên độ vận động mi:**  $13,5 \pm 1,11$  mm (11 - 16 mm). Có sự khác biệt so với trước PT ( $p = 0,003$ ). Không có sự khác biệt giữa hai nhóm ( $p = 0,57$ ).

\* **Po:**  $0,62 \pm 1,03$  g (0 - 4 g). Khác biệt so với trước PT ( $p < 0,001$ ). Không có sự khác biệt giữa hai nhóm ( $p = 0,57$ ).

\* **P1/2**:  $4,5 \pm 1,19$  g (2 - 9 g). Khác biệt so với trước PT ( $p < 0,001$ ). Không có sự khác biệt giữa hai nhóm ( $p = 0,43$ ).



**Biểu đồ 3.5: So sánh giá trị trung bình của biên độ vận động mi, P<sub>0</sub>, P<sub>1/2</sub> trước và sau PT.**

- \* Hở mi: Không có trường hợp nào còn hở mi khi nhắm.
- \* Độ dày mi: Tất cả 42 mắt có độ dày mi bình thường, mềm mại.
- \* Rãnh mi: 41 mắt có rãnh mi cân đối 2 mắt, 1 mắt có rãnh mi nông.
- \* Cảm giác: Tất cả các mắt cảm giác da bờ mi trên bình thường.
- \* Kết quả cải thiện thẩm mỹ: Cả 42/42 mắt (100%).
- \* Mức độ hài lòng: BN hài lòng với 95,24% số mắt được PT.

### 3.2.4. Biến chứng và kết quả xử lý biến chứng

**3.2.4.1. Biến chứng trong PT:** 3 mắt bị rách nhỏ kết mạc, tự liền. Không mắt nào bị chảy máu nặng ảnh hưởng đến kết quả của PT. Không trường hợp nào bị tổn thương giác mạc, nhãn cầu.

**3.2.4.2. Biến chứng sau PT:** Sung nề kéo dài trên 3 tháng: 6 mắt của 5 BN (4 BN bị co rút mi do TRO, 1 BN bị phù nề mạnh ngay từ khi PT). 1 mắt bị sẹo cứng.

Tái phát: 1 mắt bị CRM tái phát, lệch ngoài sau PT 3 tháng, 1 mắt có kết quả tốt sau PT nhưng bị CRM tái phát sau PT 1 năm đồng thời với tái phát Basedow. Không mắt nào bị nhiễm trùng, tách vết mổ, dày mi.



## CHƯƠNG 4: BÀN LUẬN

### 4.1. Bàn luận về đặc điểm giải phẫu thần kinh cảm giác của mi trên

Bờ mi có tính nhạy cảm cao, tham gia cung phản xạ nhắm chớp mắt, bảo đảm chức năng bảo vệ nhãn cầu. Tuy nhiên, các sợi TKCG của mi trên chưa được nghiên cứu chi tiết cũng như chưa được chú ý bảo tồn trong các PT. Do đó, nhiều bệnh nhân gặp những khó chịu sau PT mi như đau kéo dài, loạn cảm mi, cảm giác khô mắt, giảm phản xạ chớp mắt...

Có nhiều PP để nghiên cứu các nhánh TK của mi trên: Phẫu tích trên xác bảo quản, trên xác tươi, trong phẫu thuật; Phương pháp hoá mô (nhuộm HE), hoá mô miễn dịch; Kích thích điện trong PT. Mỗi PP có những thuận lợi và khó khăn nhất định. Khi kết hợp các PP thì cho kết quả tin cậy hơn.

Nghiên cứu này đã sử dụng các PP phẫu tích (trong PT và trên xác bảo quản) và PP hoá mô để tìm hiểu thêm về các đặc điểm giải phẫu đại thể và vi thể của các nhánh TKCG của mi trên (nguyên uỷ, đường đi, phân bố, kích thước, cấu trúc, liên quan...).

- Về cấu trúc: Các nhánh TKCG của mi mắt thường đi kèm một vài tiểu động mạch tạo nên những bó mạch - TK, là điểm dễ chảy máu trong PT.
- Kích thước của các bó mạch - TK này ( $558,1 \pm 230,5 \mu\text{m} \times 357,4 \pm 139,9 \mu\text{m}$ ) là đủ lớn để có thể nhận biết trong PT.
- Ở vùng rãnh mi trên, phần lớn (82,58%) các bó mạch - TK nằm ngay dưới hoặc xen vào mặt dưới cơ vòng mắt.
- Phân bố: Các nhánh TK chi phối cảm giác phần giữa của mi trên có nguyên uỷ từ dây TK trên hốc mắt và dây TK trên ròng rọc.
- Các bó mạch - TK có tính đàn hồi để phù hợp với hoạt động của mi trên.
- Có thể bảo tồn được nhánh mi của các dây TK trên hốc mắt, trên ròng rọc trong các PT mi.

Kết quả nghiên cứu thu được là đóng góp mới, có giá trị làm cơ sở cho việc bảo tồn các nhánh TKCG trong các PT vùng mi trên, hướng tới một PT ít xâm phạm (*mini-invasive intervention*).

### 4.2. Bàn luận về đặc điểm lâm sàng cơ rút mi trên

#### 4.2.1. Đặc điểm bệnh nhân

**4.2.2. Nguyên nhân:** Nguyên nhân thường gặp nhất là bệnh mắt liên quan đến tuyến giáp (TRO). Tuy nhiên, ở Việt nam chưa có nghiên cứu nào trên qui mô lớn về dịch tễ của bệnh này cũng như khảo sát nguyên nhân của CRM nói chung.

Trong nghiên cứu này, chỉ xác định được 12 BN (31,58%) với 16 mắt có bằng chứng bệnh lý TRO. 23 BN (60,53%) không xác định được nguyên nhân. Việc xác định nguyên nhân gây CRM ở Việt nam gặp nhiều khó khăn do chất lượng khám, chữa bệnh, lưu trữ hồ sơ còn nhiều hạn chế; Do đặc điểm bệnh học phức tạp, diễn biến thất thường, cơ chế bệnh sinh cũng chưa thực sự sáng tỏ nên nhiều khi khó chẩn đoán TRO.

#### 4.2.3. Tiêu chuẩn đánh giá trước và sau phẫu thuật

1) **Mức độ co rút mi trên:** MRD1 là chỉ tiêu tin cậy và thông dụng nhất hiện nay để xác định vị trí của mi trên. Do vậy, nghiên cứu này dùng MRD1 để xác định mức độ CRM trên.

2) **Độ cong của bờ mi:** Nhiều tác giả đã chú ý đến hiện tượng co rút phía ngoài mạnh hơn, thường gặp trong TRO, nhưng chưa đưa ra được chỉ tiêu đánh giá. Tác giả đã đề xuất chỉ số C để lượng hoá mức độ co rút lệch.

3) **Chức năng vận động của cơ nâng mi:** Ngoài đo biên độ vận động mi, tác giả đã áp dụng trong nghiên cứu này một dụng cụ tự tạo để đánh giá sức cơ, độ dẫn cơ nhằm đánh giá kỹ hơn chức năng của cơ nâng mi.

4) **Độ biểu cảm của mi trên:** được đánh giá bằng thuốc nhỏ mắt Phenylephrine 0,5%. Chưa có tài liệu nào đề cập việc kiểm tra chức năng của cơ Muller khi đánh giá trước cũng như sau PT điều trị CRM trên.

5) **Mức độ hở mi khi nhắm, rãnh mi, chiều dày mi, sẹo...**

#### 4.2.4. Đặc điểm co rút mi trên

\* Các triệu chứng chủ quan: phần lớn các trường hợp CRM (nhất là co rút nặng) gây ra các kích thích khó chịu ở mắt.

\* Các chỉ tiêu đánh giá về hình thể:

- Mức độ CRM:  $3,74 \pm 0,73$  mm. Trong đó, co rút mức độ vừa chiếm đa số (78,57%), co rút nặng ở 9 mắt (21,43%). Không có sự khác biệt về mức độ CRM trung bình giữa 2 nhóm ( $p = 0,613$ ). Xét theo mức độ co rút vừa - nặng cũng không có sự khác biệt giữa hai nhóm ( $\chi^2 = 3,4965$ ). Như vậy, mức độ CRM không phụ thuộc nguyên nhân.

- Sự khác biệt giữa hai nhóm về mức chênh lệch MRD1 giữa 2 mắt là có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ) do TRO thường bị co rút mi 2 bên.

- Độ cong bờ mi: Không có sự khác biệt về sự co rút mạnh hơn phía ngoài giữa 2 nhóm (với  $p = 0,450$ ). Do vậy, cần phải đánh giá chi tiết đặc điểm co rút trên từng mắt cụ thể, làm cơ sở cho việc xây dựng kế hoạch điều trị.

\* Các chỉ tiêu chức năng: có sự khác biệt giữa 2 nhóm do cơ nâng mi trong TRO bị xơ hoá, teo sợi cơ và dính với mô xung quanh như quan sát thấy trong PT và nhận xét của các tác giả khác (Grove, Small,...) nên hạn chế dẫn hơn nhóm không do TRO, không có mắt nào bị “cố định cứng”.

\* Biến chứng do CRM trong nghiên cứu này nói chung nhẹ.

**4.2.5. Đặc điểm tổn thương cơ nâng mi và cơ Muller:** Kết quả nghiên cứu tương tự với nhận xét của Grove, Piggot, Small... Do vậy, PT điều trị CRM do TRO cần phải giải phóng các kết dính và cần duy trì các sợi chỉ cố định xuống gò má và cần nhắc sử dụng thuốc chống viêm sau PT.

### 4.3. Bàn luận về kỹ thuật và hiệu quả điều trị

**4.3.1. Mục tiêu, chỉ định:** Các BN được lựa chọn để được điều trị chỉ với PT điều chỉnh vị trí bờ mi trên khi tình trạng CRM đã ổn định ít nhất 4 - 6 tháng, nguyên nhân gây bệnh đã ổn định,

tương tự với quan điểm của các tác giả khác. Ngoài ra, nghiên cứu này lần đầu tiên ứng dụng xét nghiệm định lượng nồng độ kháng thể kháng thụ thể hormon hướng giáp (TRAb) như một tiêu chuẩn để loại trừ các trường hợp TRO chưa ổn định.

#### 4.3.2. Kỹ thuật:

\* **Vô cảm:** gây tê theo từng lớp, bảo đảm cơ nâng mi không bị liệt, đồng thời dễ bóc tách các lớp cấu trúc của mi.

\* **Đường mổ:** đường mổ qua da có các ưu điểm như Piggot đã nhận xét.

\* **Kỹ thuật tạo hình:**

1) **Các PP lùi cân cơ nâng mi kết hợp với cắt cơ Muller:** cho kết quả với CRM trên mức độ nhẹ, vừa (tỷ lệ thành công đạt 60 - 70%) nhưng dễ tái phát, khó điều chỉnh tình trạng co rút phía ngoài mạnh hơn.

2) **Các PP dùng mảnh ghép chêm:** điều chỉnh có hiệu quả với CRM trên (đạt khoảng 80%) nhưng gặp một số vấn đề như BN không muốn chịu thêm một PT lấy mảnh ghép tự thân, nguồn mô ghép đồng loại không luôn sẵn có, biến chứng của mảnh ghép ở các mức độ làm tăng nguy cơ thất bại điều trị và tái phát, có thể gây lây nhiễm prion là tác nhân gây bệnh bò điên.

3) **Các PP tạo hình làm dài phức hợp nâng mi**

Các kỹ thuật cắt cạnh cơ (Grove, 1980; Kakizaki, 2008), lùi cân cơ nâng mi với 2 vạt sụn mi xoay có cuống (Kohn, 1983), làm dài cân cơ nâng mi kiểu tường thành (Piggot và cộng sự, 1995) để có nguy cơ co rút tái phát như các tác giả đã thừa nhận và số lượng nghiên cứu còn quá ít.

Năm 1984, Shore đề xuất kỹ thuật cắt ngang gốc cơ Muller và lùi điểm bám của cân cơ nâng mi kết hợp xoay chuyển một vạt cân từ ngoài vào. Đây là báo cáo đầu tiên sử dụng vạt cân cơ nâng mi xoay đồng thời hạ gốc cơ Muller để làm dài phức hợp nâng mi. PP này có một số ưu điểm so với các PP khác. Đây chính là cơ sở của PP cải tiến mà tác giả đề xuất (2003) và áp dụng trong nghiên cứu này.

Năm 2002, Khan và cộng sự báo cáo PP chuyển cân cơ nâng mi trên 12 mắt bị CRM do TRO. Chỉ có 8 mắt (67%) đạt kết quả thành công về vị trí bờ mi. Năm 2007, Schaefer báo cáo PP xoay vạt cân cơ nâng mi từng bước kết hợp với cắt bỏ cơ Muller và/hoặc tạo hình góc ngoài trên 48 mắt bị CRM trên do các nguyên nhân. 90,6% BN đạt cân đối 2 mắt trong vòng 1 mm, 2 mắt cân phải PT lại. Đây là tỷ lệ thành công cao nhất được công bố.

Tác giả nhất trí với Shore, Schaefer trong đánh giá lợi ích của PP xoay cân cơ nâng mi từng bước. Hiệu quả làm dài cân cơ nâng mi là sự kết hợp giữa mức độ lùi vị trí bám của cân với sự kéo dài cân được tạo ra nhờ xoay vạt cân. Tuy nhiên, PP của tác giả khác với PP của Shore, Khan và Schaefer ở một số điểm sau:

1 - Việc tạo 2 hay 3 vạt cân có ưu điểm hơn 1 vạt cân: Dễ điều chỉnh vị trí bờ mi trên cho từng phần của mi; Lực của cơ nâng mi được phân phối trên 2 hoặc 3 vạt cân nâng mi rồi truyền đến sụn mi nên bờ mi dễ đạt được cong đều, giải quyết được hiện tượng co rút phía ngoài mạnh hơn; Thuận lợi cho việc hạ gốc cơ Muller.

2 - *Không cắt bỏ cơ Muller mà chỉ hạ gốc cơ này*: Bảo tồn được phần lớn chức năng của cơ Muller; Làm giảm trương lực của cơ nâng mi do loại bỏ một phần kích thích từ các thụ thể bản thể ở gốc cơ Muller; Làm dài được phức hợp nâng mi mà vẫn duy trì được 2 lớp cấu trúc, không tạo ra những khoảng trống khi tạo và xoay các vạt cân cơ nâng mi, có thể hạn chế hiện tượng xơ dính gây co rút tái phát.

3 - *Bảo tồn các nhánh thần kinh cảm giác của mi trên* nên duy trì được tính nhạy cảm của bờ mi, bảo đảm tính linh hoạt và chức năng bảo vệ nhãn cầu của mi trên.

### 4.3.3. Hiệu quả của phẫu thuật

**4.3.3.1. Trong PT:** Điều chỉnh vị trí và độ cong bờ mi trên rất thuận lợi; Bảo tồn được các bó mạch - TKCG chính; Không có biến chứng nặng.

**4.3.3.2. Diễn biến sau PT:** Không có biến chứng nặng. Phần lớn (80,95%) mi trở về trạng thái ổn định trong 3 tháng.

#### 4.3.3.3. Kết quả cuối cùng

- Thời gian theo dõi đủ dài để có kết luận đáng tin cậy ( $36,4 \pm 20,12$  tháng).

- Kết quả chung: Với các tiêu chuẩn đánh giá của nghiên cứu này thì đây là một kết quả khá cao so với các nghiên cứu khác (Bảng 4.1).

Kết quả của hai nhóm nguyên nhân không khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $\chi^2 = 0,584$ ).

- So sánh kết quả cuối cùng về MRD1 với các nghiên cứu khác (Bảng 4.2) cho thấy nghiên cứu này đạt kết quả cao hơn nghiên cứu của Khan, tương đương nghiên cứu của Shore ( $\chi^2 = 1,076$ ).

**Bảng 4.1: So sánh kết quả chung của các PP xoay cân cơ nâng mi**

<i>Tác giả</i>	<i>Số mắt (BN)</i>	<i>Tốt</i>	<i>Trung bình</i>	<i>Kém</i>
Shore (1995)	72 (48)	58 (80,56%)	13 (18,05%)	1
Khan (2002)	12 (10)	8 (67%)	?	?
Schaefer (2007)	48 (32)	? 29 (90,6%)	?	2 (4,17%) 2 (6,2%)
Đình Viết Nghĩa, Nguyễn Bắc Hùng, Nguyễn Hồng Giang (2010)	42 (38)	32 (76,19%)	8 (19,05%)	2 (4,76%) 2 (5,26%)

Báo cáo của Schaefer chỉ nêu kết quả 90,6% số BN có chênh lệch 2 mắt trong vòng 1 mm mà không có thông tin cụ thể về MRD1 nên không có căn cứ để so sánh.

Nghiên cứu của Shore có 6/72 mắt bị mở rộng phía ngoài nhưng không có thông tin về cách đánh giá, 24/72 mắt (33,33%) bị rãnh mi cao trên 10 mm, một kết quả thẩm mỹ rất không tốt.

Mặc dù đặc điểm tổn thương của 2 nhóm là khác nhau, diễn biến sau phẫu thuật ở nhóm co rút mi do TRO thường phức tạp hơn nhưng kết quả cuối cùng tương đương nhau do công tác khám xét tử mĩ, thiết kế phù hợp, phẫu thuật cẩn thận và chăm sóc hậu phẫu phù hợp cho mỗi bệnh nhân.

Như vậy, kết quả điều trị không phụ thuộc vào nguyên nhân gây co rút mi mà phụ thuộc vào chất lượng điều trị.

**Bảng 4.2: So sánh kết quả của các phương pháp theo MRD1**

<i>Tác giả</i>	<i>Số mắt (BN)</i>	<i>Còn CRM ≤ 1 mm</i>	<i>Còn CRM ≤ 1,5 mm</i>	<i>Cân PT lại</i>
Shore (1995)	72 (37)		58 (80,6%)	1 (1)
Khan (2002)	12 (10)		8 (67%)	4
Schaefer (2007)	48 (32)	(90,6%)		2
Đình Viêt Nghĩa, Nguyễn Bắc Hùng, Nguyễn Hồng Giang (2010)	42 (38)	32 (73,68%)	37 (88,1%)	2 (4,76%) (2)

Khi so sánh kết quả của các nghiên cứu, có một số điểm vênh do tiêu chuẩn đánh giá, đối tượng, nội dung PT và thời gian theo dõi khác nhau.

**4.3.4. Biến chứng và xử lý biến chứng:** Biến chứng ít gặp và nhẹ.

## KẾT LUẬN

### 1. Đặc điểm giải phẫu các nhánh thần kinh cảm giác của mi trên

- Các nhánh thần kinh cảm giác của mi mất đi từ bờ hốc mắt đến bờ mi theo hướng dọc trên - dưới, 76,51% đi kèm một số tiểu động mạch tạo nên những bó mạch - thần kinh, thường được bao quanh bởi một lớp mô liên kết mỏng, dễ chùng dẫn.
- Kích thước của các bó mạch - thần kinh này là đủ lớn ( $558,1 \pm 230,5 \mu\text{m} \times 357,4 \pm 139,9 \mu\text{m}$ ) để có thể nhận biết được trong phẫu thuật.
- Phần lớn (82,58%) các bó mạch - thần kinh cảm giác nằm ngay dưới hoặc xen vào mặt dưới cơ vòng mắt và dễ bị tổn thương trong phẫu thuật.
- Trong các phẫu thuật mi, có thể bảo tồn được các bó mạch - thần kinh lớn (từ nhánh trên hốc mắt và trên rờng rọc), hướng tới một phẫu thuật ít xâm phạm.

### 2. Đặc điểm lâm sàng của tổn thương cơ rút mi trên

- Cơ rút mi trên gây ảnh hưởng cả về thực thể, chức năng và thẩm mỹ nhưng đa số được điều trị muộn (97,62% bị bệnh từ 2 năm trở lên).
- Nguyên nhân thường gặp là bệnh mắt liên quan đến tuyến giáp. Trong nhiều trường hợp không xác định được nguyên nhân (60,53%).
- Mức độ co rút mi trung bình  $3,74 \pm 0,73 \text{ mm}$ . Trong đó, co rút mức độ vừa chiếm đa số (78,57%). Không có sự khác biệt về mức độ co rút, độ cong bờ mi giữa nhóm co rút mi do bệnh mắt liên quan đến tuyến giáp và nhóm co rút mi không do bệnh này.
- Tất cả các mắt bị co rút mi do bệnh mắt liên quan đến tuyến giáp có hiện tượng xơ dính giữa cân cơ nâng mi với mô phía trước và với cơ Muller phía sau; cơ Muller viêm dày và tăng sinh mạch máu.

### 3. Hiệu quả của phương pháp phẫu thuật tạo hình làm dài cân cơ nâng mi kiểu V - Y kép

- Hiệu quả điều trị cao: 100% số mắt được điều chỉnh thoả đáng trong mổ và cải thiện so với trước mổ; 80,95% số mắt ổn định sau 3 tháng; 76,19% số mắt đạt được kết quả cuối cùng tốt và 19,05% số mắt đạt kết quả trung bình.
- Các ưu điểm của phương pháp này là:
  - + Điều chỉnh vị trí và độ cong bờ mi trên thuận lợi.
  - + Bảo tồn được phần lớn chức năng của cơ Muller mà vẫn loại bỏ được một phần kích thích bản thể, làm giảm trương lực cơ nâng mi.
  - + Làm dài được phức hợp nâng mi mà vẫn duy trì được 2 lớp cấu trúc.
  - + Bảo tồn các nhánh thần kinh cảm giác của mi trên, duy trì được tính nhạy cảm của bờ mi, bảo đảm tính linh hoạt và chức năng bảo vệ nhãn cầu của mi trên.