

SO SÁNH GHÉP KẾT MẠC RÌA TRÊN VÀ DƯỚI TRONG ĐIỀU TRỊ MỘNG THỊT NGUYÊN PHÁT

Lê Quang Thụy¹, Nguyễn Hữu Chức²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và an toàn của phẫu thuật ghép kết mạc tự thân rìa dưới trong điều trị mộng thịt nguyên phát.

Phương pháp: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, tiến cứu, ngẫu nhiên, có nhóm chứng. Nghiên cứu được thực hiện từ 6/2018 đến 2/2019 tại khoa mắt bệnh viện Quân y 175, trên 106 mắt của 90 bệnh nhân được chẩn đoán mộng thịt nguyên phát phân ngẫu nhiên vào hai lô: lô 1 có 45 bệnh nhân (53 mắt) ghép kết mạc rìa trên như thông thường và lô 2 có 45 bệnh nhân (53 mắt) ghép kết mạc rìa dưới. Bệnh nhân được theo dõi và tái khám sau phẫu thuật ngày 1, 3, 7 và 14; tháng 1, 3 và 6.

Kết quả: Tất cả bệnh nhân đều hoàn tất thời gian theo dõi 6 tháng. Tuổi trung bình là $51,18 \pm 8,95$ (thay đổi 26-66) năm. Mộng độ 1 và 3 chiếm tỉ lệ 8,5% và 16% trong khi đó mộng độ 2 chiếm nhiều nhất là 75,5%. Tái phát xảy ra ở 2 mắt trong lô 1 (3,8%) và 3 mắt trong lô 2 (5,7%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian phẫu thuật trung bình, thời gian liền biểu mô giác mạc, thẩm mỹ vùng ghép, biến chứng và tái phát giữa hai lô nghiên cứu.

Kết luận: Phẫu thuật mộng thịt ghép kết mạc rìa dưới là phương pháp có hiệu quả và an toàn. Không có sự khác biệt giữa ghép kết mạc rìa trên và ghép kết mạc rìa dưới.

Chìa khóa: mộng thịt nguyên phát, phẫu thuật mộng thịt, ghép kết mạc tự thân rìa dưới.

¹ Bệnh viện Quân y 175

² Bệnh viện Chợ Rẫy

Người phản hồi (Corresponding): Lê Quang Thụy (quangthuy2015@yahoo.com)

Ngày nhận bài: 15/11/2019, ngày phản biện: 24/2/2020

Ngày bài báo được đăng: 30/3/2020

**COMPARISON OF INFERIOR AND SUPERIOR LIMBAL
CONJUNCTIVAL AUTOGRAFT FOR PRIMARY PTERYGIUM**

ABSTRACT

Purpose: To evaluate the efficacy and safety of inferior limbal-conjunctival autograft transplantation in patients with primary pterygia.

Methods: Prospective randomised control study was carried out at Department of Ophthalmology, The Army-medical Hospital 175 from June-2018 to February-2019. 106 eyes of 90 patients with primary pterygium were randomized to undergo pterygium surgery with conjunctival autograft transplantation using either superior limbal conjunctiva (53 eyes) or inferior limbal conjunctiva (53 eyes). The patients were followed up on postoperative day 1, 3, 7 and 14; 1, 3, and 6 months.

Results: All patients were followed up for 6 months. The mean age of the patients was $51,18 \pm 8,95$ (range 26–66) years. Grade 1 and 3 pterygium comprised 8,5% and 16% while grade 2 pterygium comprised 75,5% of cases. Two eyes in the superior conjunctival autograft group (3.8%) and 3 eyes in the inferior conjunctival autograft group (5.7%) developed pterygium recurrence. The mean surgical time, corneal epithelial healing time, cosmetic, complications and recurrence rates required in both groups were not statistically different.

Conclusions: Pterygium excision with inferior conjunctival autograft is safe and effective. There was no statistically significant difference between the 2 groups, after excision with superior or inferior limbal conjunctival autograft.

Keywords: primary pterygium, pterygium surgery, inferior limbal-conjunctival autograft transplantation

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phương pháp chính điều trị mộng thịt là phẫu thuật cắt mộng thịt. Tuy nhiên, biến chứng quan trọng nhất là khả năng tái phát, xảy ra khoảng 45-70% đối với kỹ thuật cắt mộng khâu đơn thuần [9], một thách thức đối với phẫu thuật viên.

Năm 1985, Kenyon [10], giới thiệu ghép kết mạc tự thân như một kỹ

thuật để điều trị mộng tái phát hoặc mộng tiến triển. Theo Riordan sự làm kín hoàn toàn vị trí mộng thịt đã được cắt để trần cũng mạc với sự bao phủ của mô kết mạc bình thường để làm đứt cháy (fire break) những tế bào tăng sinh tiêu diệt những mô bất thường còn lại ở kết mạc và thượng củng mạc, không cho chúng hướng về phía giác mạc và băng qua vùng rìa, như vậy

hạn chế tái phát [11]. Hiện tại, ghép kết mạc tự thân là tiêu chuẩn vàng trong điều trị mộng thịt. Tỷ lệ tái phát 5,3-20% tùy theo tác giả và tất cả nghiên cứu này mảnh ghép kết mạc được lấy từ phía trên nhãn cầu [9].

Có nhiều nghiên cứu cải tiến kỹ thuật hoặc áp dụng những kỹ thuật khác nhau để hạn chế khả năng tái phát sau phẫu thuật tới mức thấp nhất như ghép kết mạc tự thân vạt rộng (0,1%), ghép kết mạc rìa tự thân (0-14,29%), ghép kết mạc tự thân phối hợp keo fibrin (0-9,8%), vạt kết mạc nhỏ (6,1%), ghép màng ối (14,5-27,3%), ghép màng ối phối hợp keo fibrin (10-10,5%), ghép màng ối kèm tiêm steroids (3-9,5%) [9]. Song đến nay, chưa có đề tài nào đặt vấn đề vị trí lấy mảnh ghép kết mạc sao cho thuận lợi, khắc phục những nhược điểm có thể gây ra.

Thực tế lâm sàng có những trường hợp không thể lấy được kết mạc phía trên nhãn cầu như sẹo kết mạc, dính mi cầu, đã phẫu thuật cắt bè củng mạc... Như vậy vị trí được chọn lựa trong trường hợp này có thể là kết mạc phía dưới nhãn cầu, kết mạc phía trên nhãn cầu ở mắt còn lại hoặc sử dụng màng ối để ghép.

Vì vậy, đề tài “Đánh giá lâm sàng và kết quả điều trị mộng thịt nguyên phát bằng ghép kết mạc rìa tự thân phía dưới nhãn cầu” được chọn làm nghiên cứu với mục tiêu nghiên cứu như sau:

- Phân tích đặc điểm lâm sàng của mộng thịt trên nhóm nghiên cứu.

- Đánh giá hiệu quả về lâm sàng, giải phẫu, chức năng thị giác và mức độ an toàn của phương pháp phẫu thuật mộng thịt với mảnh ghép kết mạc rìa dưới tự thân.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng, ngẫu nhiên, có nhóm chứng. Đề tài được tiến hành từ 1/6/2018 đến 28/2/2019, gồm tổng số 106 mắt mộng thịt nguyên phát của 90 bệnh nhân được phẫu thuật tại bệnh viện Quân y 175.

Đối tượng nghiên cứu được chọn và phân ngẫu nhiên vào hai lô: lô 1 là lô chứng ghép kết mạc rìa trên, lô 2 là lô nghiên cứu thực hiện ghép kết mạc rìa dưới. Tiêu chuẩn chọn mẫu là bệnh nhân bị mộng thịt nguyên phát, tuổi ≥ 20 , nhãn áp trong giới hạn bình thường (12-22 mmHg: nhãn áp kế Schiotz), đồng ý phẫu thuật sau khi đã có thông tin đầy đủ. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm đang có viêm nhiễm trùng tại mắt, đang mắc các bệnh toàn thân như ung thư, lao, đái tháo đường, tăng huyết áp. Những mắt không thể lấy được mảnh ghép kết mạc phía trên hoặc phía dưới nhãn cầu như dính hoặc cận cùng đồ, sẹo kết mạc, đã phẫu thuật mộng thịt ghép kết mạc. Mắt bị bệnh tăng nhãn áp, bệnh lý võng mạc, phả lê thể có chỉ định phẫu thuật. Có tiền căn

phẫu thuật cắt bè cứng mạc, phẫu thuật nội nhãn, hay chấn thương. Bệnh nhân không tuân thủ chế độ điều trị và theo dõi.

Đánh giá bệnh nhân trước mổ bằng khám sinh hiển vi đèn khe kiểm tra phần trước nhãn cầu, xác định thị lực, đo nhãn áp và kiểm tra đáy mắt khi có nghi ngờ bệnh lý ảnh hưởng thị lực.

Chẩn đoán lâm sàng mạc thị dựa vào mức độ xâm lấn giác mạc của đầu mạc thị và hình thái mạc. Mức độ xâm lấn mạc thị phân loại theo Cornand [8]: Độ 1 đầu mạc xâm nhập giác mạc < 2 mm. Độ 2 đầu mạc xâm nhập giác mạc 2-4 mm. Độ 3 đầu mạc xâm nhập giác

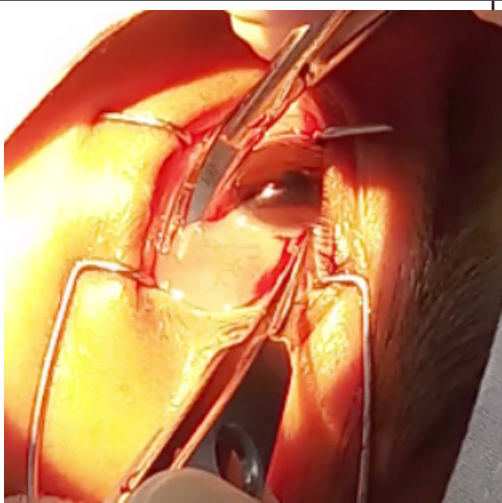
mạc > 4 mm. Đặc điểm hình thái mạc thị phân loại theo Tan [15]: Mạc thị dày không thể quan sát lớp mạch máu thượng củng mạc. Mạc thị trung gian có thể thấy một phần mạch máu thượng củng mạc. Mạc thị teo có thể quan sát rõ các mạch máu thượng củng mạc.

Kỹ thuật phẫu thuật

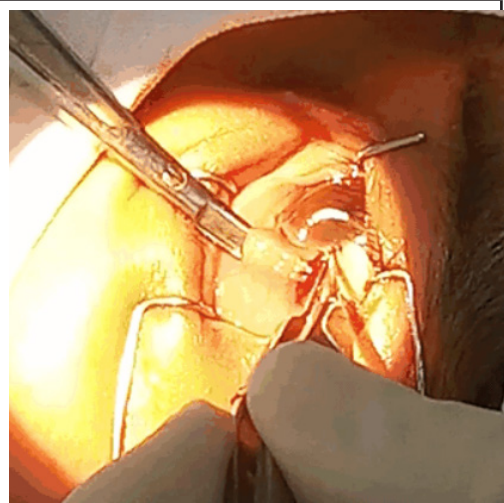
Bước 1-gây tê. Tiêm tê lidocaine 2% dưới thân mạc, thuốc tê lan ra cả vùng kết mạc định lấy mảnh ghép.

Bước 2-cắt mạc thị. Bóc tách đầu mạc, cắt đầu mạc, thân mạc.

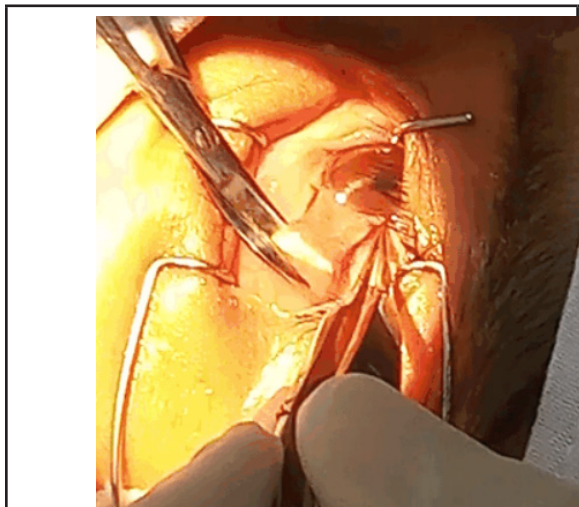
Bước 3-cắt mảnh ghép kết mạc rìa tự thân.



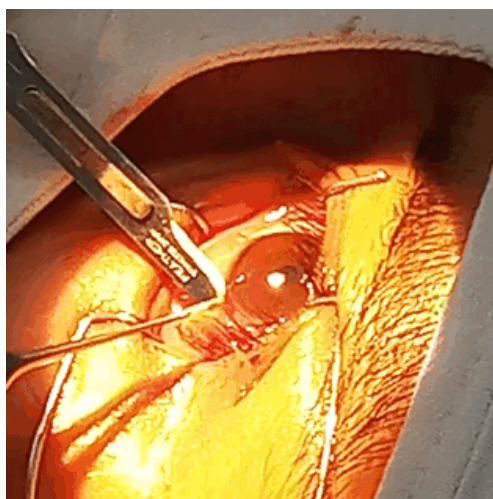
Hình 1. Mở hai đường kết mạc đứng, song song nhau, dài 5-8 mm, cách nhau 5-8 mm.



Hình 2. Bóc tách kết mạc với bao Tenon, tách đến vùng kết mạc bám vào giác mạc.



Hình 3. Cắt đường kết mạc ngang ở phía cùng đồ, đường này song song với rìa và cách rìa dưới 5-8 mm.



Hình 4. Sử dụng dao số 15 để lạng lấy mảnh ghép phía vùng rìa giác mạc.

Đánh dấu mảnh ghép. Diện tích mảnh ghép kết mạc phải lớn hơn diện tích củng mạc trần là 1mm cả chiều ngang và chiều dọc. Vị trí lấy mảnh ghép cách rìa tối đa là 8 mm cho kết mạc rìa dưới và 10 mm cho kết mạc rìa trên. Kích thước trung bình là 5 x 6 mm. Tách lớp biểu mô kết mạc rìa tự thân phía trên nhãn cầu (BN của lô 1) hoặc kết mạc rìa tự thân phía dưới nhãn cầu (BN của lô 2) khỏi lớp mô sợi mạch nằm dưới. Lớp biểu mô kết mạc đã bóc tách được để ra ngoài.

Trước tiên mở hai đường kết mạc đứng (Hình 1) dài 5-8 mm nếu lấy kết mạc rìa dưới hoặc 5-10 mm nếu lấy kết mạc rìa trên (song song với nhau và cách nhau 5-8 mm). Sau đó bóc tách kết mạc với bao Tenon (Hình 2) càng kỹ càng tốt bằng dụng cụ kéo vi phẫu đầu tù hoặc đầu nhọn và Spatule. Tách đến vùng kết mạc bám

vào giác mạc vì ở đây có nhiều tế bào gốc.

Tiếp theo, cắt đường kết mạc ngang ở phía cùng đồ (Hình 3), đường này song song với rìa và cách rìa dưới 5-8 mm hoặc cách rìa trên 5-10mm. Tiếp đến sử dụng dao số 15 để lạng lấy mảnh ghép phía vùng rìa giác mạc (phải chứa một vành nhỏ biểu mô giác mạc rìa, để lấy một phần tế bào gốc vùng rìa) (Hình 4).

Bước 4-khâu cố định mảnh ghép.

Đặt mảnh ghép trên diện củng mạc trần, chỉnh sửa cho vừa vặn, đúng vị trí giải phẫu (kết mạc rìa quay về phía giác mạc, kết mạc cùng đồ về phía góc mắt, mặt biểu mô hướng ra ngoài). Khâu mảnh ghép vào đúng vị trí giải phẫu bằng chỉ Nylon 10.0, khâu 4-5 mũi rời cố định mảnh ghép ở 4 góc và vùng rìa, và sau đó khâu mũi liên tục giữa mảnh ghép và kết mạc.

Bước 5-kết thúc phẫu thuật. Rửa lại mắt, tra mỡ kháng sinh, băng mắt.

Đánh giá

Theo dõi ngày thứ 1, 3, 7, 14 và tháng thứ 1, 3, 6. Nội dung theo dõi gồm thị lực, nhãn áp, khúc xạ, tình trạng nhãn cầu, tình trạng mảnh ghép, tình trạng giác mạc, biến chứng trong thời gian hậu phẫu và biến chứng muộn sau phẫu thuật và mức độ hài lòng của bệnh nhân.

Tái phát cải tiến theo xếp loại của

Prabhasawat [12]: Độ 1 xuất hiện bình thường ở vị trí phẫu thuật. Độ 2 mộng thịt tái phát ở kết mạc với mô sợi mạch ở vùng cắt mộng, nhưng chưa xâm lấn giác mạc. Độ 3 mộng thịt tái phát sớm ở giác mạc với mô sợi mạch xâm lấn vào giác mạc ≤ 1 mm. Độ 4 mộng thịt tái phát thật sự ở giác mạc với mô sợi mạch xâm lấn vào giác mạc > 1 mm. Trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng định nghĩa tái phát như sau: Không tái phát là độ 1. Chớm tái phát là độ 2 và độ 3. Tái phát thật sự là độ 4.

3. KẾT QUẢ

3.1. Các đặc điểm dịch tễ của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Các đặc điểm dịch tễ của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		Lô 1 (n=45)	Lô 2 (n=45)	Lô tổng (n=90)	p
N (%) or Mean (SD)					
Tuổi	Trẻ (<50)	20 (44,4)	18 (40)	38 (42,2)	0,67
	Già (≥ 50)	25 (55,6)	27 (60)	52 (57,8)	
	Trung bình	50,42 (8,58)	51,93 (9,33)	51,18 (8,95)	0,426
Giới	Nam	22 (48,9)	26 (57,8)	48 (53,3)	0,398
	Nữ	23 (51,1)	19 (42,2)	42 (46,7)	
Công việc	Trong nhà	4 (8,9)	9 (20)	13 (14,4)	0,134
	Ngoài trời	41 (91,1)	36 (80)	77 (85,6)	

Trong nghiên cứu, ghi nhận nam giới (53,3%) nhiều hơn nữ giới (46,7%), bệnh nhân thuộc nhóm tuổi già (57,8%) nhiều hơn tuổi trẻ (42,2%), công việc ngoài trời chiếm ưu thế (85,6%) so với trong nhà (14,4%). Có sự phân bố tương đồng về yếu tố dịch tễ giữa hai lô trong nghiên cứu, giúp đảm bảo không sai lệch khi phân tích kết quả.

3.2. Các đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu

Bảng 2. Các đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng		Lô 1 (n=53)	Lô 2 (n=53)	Lô tổng (n=106)	P
		N (%)			
Vị trí mộng	Góc trong	51 (96,2)	50 (94,3)	101 (95,3)	1*
	Góc ngoài	1 (1,9)	2 (3,8)	3 (2,8)	
	Mộng kép	1 (1,9)	1 (1,9)	2 (1,9)	
Độ mộng	1	4 (7,5)	5 (9,4)	9 (8,5)	0.354*
	2	43 (81,1)	37 (69,8)	80 (75,5)	
	3	6 (11,3)	11 (20,8)	17 (16)	
Hình thái mộng	Teo	0 (0)	3 (5,7)	3 (2,8)	0,079*
	Trung gian	14 (26,4)	20 (37,7)	34 (32,1)	
	Thân dày	39 (73,6)	30 (56,6)	69 (65,1)	

(*): Fisher's exact test

Chiếm ưu thế là mộng thịt góc trong (95,3%), độ 2 (75,5%) và thân dày (65,1%). Ít gặp nhất là mộng kép (1,9%), độ 1 (8,5%) và dạng teo (2,8%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm lâm sàng giữa hai lô nghiên cứu.

Sự thay đổi thị lực

Trước phẫu thuật thị lực chủ yếu thuộc nhóm bình thường (0.7-1.0: 65,09%) và gần bình thường (0.3- <0.7: 34,91%), không xảy ra trường hợp thị lực thấp (<0.3: 0%). Sau phẫu thuật có 75,47 % số mắt không biến đổi thị lực (thị lực không đổi hoặc chỉ thay đổi không quá 1 hàng). Có 24,53 % số mắt cải thiện thị lực

từ 2 hàng trở lên. Không có mắt nào giảm thị lực so với trước phẫu thuật.

Sự thay đổi nhãn áp

Mắt bị mộng thịt, nhãn áp bình thường chiếm ưu thế (99,06%), nhãn áp giới hạn cao chiếm tỉ lệ thấp hơn (0,94%) và hoàn toàn không có gây tăng nhãn áp (0%). Sau phẫu thuật đa số nhãn áp không thay đổi so với trước phẫu thuật (43,40%). Nhãn áp thay đổi tăng từ 1- <5 mmHg chiếm 39,6%; nhãn áp thay đổi giảm từ 1- < 5 mmHg chiếm 17%. Không xảy ra trường hợp nhãn áp tăng hoặc giảm từ 5mmHg trở lên so với trước phẫu thuật.

3.3. Sự hồi phục về cấu trúc giải phẫu

Bảng 3. Sự hồi phục về cấu trúc giải phẫu

Đặc điểm cấu trúc giải phẫu	Lô 1	Lô 2	Lô tổng	Giá trị p
	(n=53)	(n=53)	(n=106)	
	N (%)			
Thời gian liền biểu mô giác mạc hoàn toàn	≤ 3 ngày	48 (90,6)	47 (88,7)	0,750
	>3ngày-≤7ngày	5 (9,4)	6 (11,3)	
	> 7 ngày	0 (0)	0 (0)	
Tái phát	Không	43 (81,1)	39 (73,6)	0,771
	Kết mạc	6 (11,3)	7 (13,2)	
	Sớm giác mạc	2 (3,8)	4 (7,5)	
	Thật sự	2 (3,8)	3 (5,7)	
Thẩm mỹ vùng ghép	Tốt	40 (75,5)	41 (77,4)	0,083
	Trung bình	13 (24,5)	8 (15,1)	
	Kém	0 (0)	4 (7,5)	

Sự mô hóa giác mạc xảy ra hầu hết trong vòng 3 ngày sau phẫu thuật (91,5%). Một số mắt sự biểu mô hóa giác mạc vẫn tiếp tục xảy ra sau đó cho đến thời điểm 7 ngày (10,4%). Không xảy ra trường hợp biểu mô hóa vẫn tiếp tục sau 1 tuần (0%). Sự biểu mô hóa giác mạc của 2 lô diễn ra tương đồng nhau (p=0,750).

Tỉ lệ chớm tái phát là 18% và tái phát thật sự là 4,7%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về sự tái phát trong 2 lô nghiên cứu (p=0,771; Fisher's exact test).

Mức độ thẩm mỹ tại vùng ghép kết mạc. Loại tốt (A): kết mạc trắng, mỏng, trơn láng, không cương tụ, không tân mạch, không sẹo. Bệnh nhân rất hài lòng. Loại trung bình (B): kết mạc hồng, mỏng, trơn láng, không cương tụ, không

tân mạch, không sẹo. Bệnh nhân hài lòng. Loại kém (C): kết mạc dày, cương tụ, tân mạch, sẹo. Bệnh nhân không hài lòng. Tỉ lệ đạt yêu cầu thẩm mỹ (loại A hoặc B) tại vùng ghép là 96,2%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về thẩm mỹ vùng ghép trong 2 lô nghiên cứu (p=0,083, Fisher's exact test).

Mức độ an toàn của phẫu thuật: Kết quả nghiên cứu cho thấy không xảy ra tai biến trong lúc phẫu thuật; Biến chứng trong thời gian hậu phẫu gặp nhiều nhất là phù mảnh ghép (15,09%), kể đến là tụ máu dưới mảnh ghép (2,83%), không xảy ra biến chứng nặng như hoại tử mảnh ghép, loét giác mạc, viêm củng mạc hoại tử. Biến chứng hậu phẫu giữa 2 lô không có sự khác biệt có ý nghĩa (p=0,695); Biến

chứng muộn sau phẫu thuật gặp nhiều nhất là sẹo giác mạc (13,21%), xếp hàng thứ 2 là nang vùi biểu mô (4,72%), ít nhất là mô hạt (0,94%). Không có các biến chứng nặng như loạn thị dai dẳng, khuyết biểu mô giác mạc dai dẳng, sẹo giác mạc, dính mi cầu, dính cơ trực hạn chế vận nhãn, mộng giả. Biến chứng muộn sau phẫu thuật không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 lô nghiên cứu ($p=0,927$).

3.4. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là 32 phút ($32,45 \pm 2,24$), nhanh nhất là 29 phút, chậm nhất là 40 phút. Sự khác biệt không có ý nghĩa về thời gian phẫu thuật trung bình của lô 1 và lô 2 ($p=0,261$).

4. BÀN LUẬN

Qua khảo sát yếu tố dịch tễ và lâm sàng cho thấy tần xuất mắc mộng thịt ở nam cao hơn nữ, mộng độ 2, vị trí góc trong và hình thái mộng thân dày là đặc thù của bệnh mộng thịt ở bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện Quân y 175.

Trong phẫu thuật mộng thịt, vấn đề quan tâm nhất là sự tái phát và mức độ an toàn của phẫu thuật. Ngoài ra, sự khuyết biểu mô giác mạc, phục hồi sự trong suốt giác mạc, phục hồi thị lực và thẩm mỹ vùng ghép là những vấn đề cần đặt ra. Hơn nữa, tiêu chí thời gian hoàn thành một ca phẫu thuật mộng thịt cũng cần được đề cập đến. Cả hai phương pháp phẫu thuật đều thu được kết quả tương đương nhau và

không có sự khác biệt giữa hai lô nghiên cứu.

Nhiều nghiên cứu trong y văn ghi nhận tần suất tái phát là 1,7-7,5% sau phẫu thuật mộng thịt nguyên phát ghép kết mạc tự thân rìa dưới nhãn cầu [5], [7], [13], [14], [16]. Nghiên cứu của chúng tôi có tần suất tái phát là 4,7%, tất cả các trường hợp tái phát xảy ra trong 6 tháng đầu sau phẫu thuật. Trong đó, tỉ lệ tái phát trong nghiên cứu của lô 1 và 2 lần lượt 3,8% và 5,7%. Kết quả tỉ lệ tái phát của nghiên cứu này cũng tương tự như các nghiên cứu của các tác giả trong nước [3], [4] và ngoài nước [14], [17] về phẫu thuật mộng thịt.

Không có những tai biến và biến chứng nghiêm trọng xảy ra trong và sau phẫu thuật. Các phẫu thuật viên đều lo ngại dính mi cầu xảy ra khi sử dụng mảnh ghép kết mạc rìa dưới nhãn cầu. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này không xảy ra trường hợp dính mi cầu và trong y văn cũng chưa có báo cáo ghi nhận bất kỳ trường hợp dính mi cầu xảy ra sau phẫu thuật.

Thị lực tăng từ hai hàng trở lên so với trước phẫu thuật chiếm 24,53%. Đây là những trường hợp mộng thịt độ 2 và 3 xâm lấn gần trục thị giác hoặc gây loạn thị giác mạc nên sau khi phẫu thuật giải phóng được sự co kéo trên giác mạc hoặc loại bỏ che chắn trục thị giác nên thị lực tăng lên.

Thẩm mỹ tại vùng ghép của

nghiên cứu này đạt yêu cầu 96,2% (76,4% đạt yêu cầu thẩm mỹ cao, 19,8% đạt tương đối). Như vậy so với các kỹ thuật khác, kỹ thuật này mang lại kết quả thẩm mỹ gần tương đương [1], [2].

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu này là 32,25 phút. Trong nghiên cứu của Sati-2014 [6] so sánh thời gian phẫu thuật giữa ba nhóm ghép kết mạc tự thân với kỹ thuật dán keo sinh học mất 15,5 phút, dán máu tự thân mất 16,97 phút, khâu bằng chỉ Vicryl 8/0 mất 27,63 phút. Kỹ thuật cắt và dán có ưu điểm hơn ở chỗ thời gian phẫu thuật ngắn hơn, không cắt chỉ. Nhưng thiết nghĩ thời gian phẫu thuật không được đặt nặng bởi vì mục đích chính của phẫu thuật cắt mộng thịt là an toàn, hạn chế tối đa biến chứng, tái phát và đạt hiệu quả thẩm mỹ cao nhất.

Kết quả của nghiên cứu này thể hiện sự vận dụng hầu hết các chi tiết kỹ thuật ghép kết mạc rìa tự thân tốt nhất trên cơ sở hiểu biết mới về vai trò vùng rìa, cơ chế tái phát, đồng thời cải tiến một số điểm nhỏ của từng chi tiết với cách làm tỉ mỉ, cẩn thận với mục tiêu loại bỏ tối đa yếu tố thuận lợi gây tái phát như cắt hoàn toàn mô mộng thịt, không để sót lại mô xơ trong giác mạc và vùng rìa; tạo một bề mặt giác củng mạc sạch và phẳng; bóc tách kết mạc nhận và kết mạc cho kỹ; các mép khâu kết mạc được khâu vắt liên tục bằng chỉ nylon 10-0 không bị căng, không bị hở mép, chỗ nối phẳng và nằm trong diện che

khâu của mi, các đầu chỉ được vùi dưới kết mạc; mảnh ghép kết mạc được cố định tốt với các mũi đính vào củng mạc nên mảnh ghép không bị bong, không bị di lệch, áp tốt vào nền củng mạc; chăm sóc hậu phẫu, kiểm soát phản ứng viêm tốt.

Hạn chế chính của nghiên cứu này là thời gian theo dõi ngắn. Thời gian theo dõi dài hơn có thể có thêm các trường hợp tái phát muộn hơn. Thời gian theo dõi tối thiểu là 6 tháng được chọn, bởi vì theo y văn hầu hết các trường hợp tái phát xảy ra trong vòng 4-5 tháng sau phẫu thuật.

5. KẾT LUẬN

Mộng thịt là một bệnh lý bề mặt nhãn cầu hay gặp nhất ở độ tuổi 40 – 60, nam gặp nhiều hơn nữ; gặp nhiều ở những đối tượng làm việc ngoài trời tiếp xúc nhiều với tia cực tím, gió, bụi. Vị trí tại góc trong chiếm tỉ lệ 95,3% gây giảm thị lực do loạn thị giác mạc hoặc che chắn trực thị giác.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính của mộng thịt. Ghép kết mạc rìa tự thân phía dưới nhãn cầu có hiệu quả và an toàn tương đương ghép kết mạc tự thân phía trên nhãn cầu trong điều trị mộng thịt nguyên phát. Tỉ lệ thành công là 95,3%. Tỉ lệ tái phát là 4,7%. Mức độ hài lòng của bệnh nhân là 96,2%.

Đây có thể là lựa chọn thay thế cho mảnh ghép kết mạc phía trên nhãn cầu trong trường hợp không thể hoặc không

nên sử dụng mảnh ghép kết mạc phía trên nhãn cầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Giang (2015), Nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật mộng thịt ghép kết mạc rìa tự thân có lót màng ối, Luận văn Tốt nghiệp Chuyên khoa 2 chuyên ngành Nhãn khoa, Đại học Y Dược Tp.HCM.

2. Nguyễn Công Kiệt, Nguyễn Văn Lành (2017), “Đánh giá hiệu quả phẫu thuật mộng thịt ghép kết mạc tự thân mảnh rộng cải tiến”, Tạp chí Y học Tp.HCM, 21 (1), tr.66-71.

3. Lê Minh Thông, Nguyễn Văn Thi (2012), “Đánh giá kết quả điều trị mộng thịt nguyên phát bằng phẫu thuật cắt mộng - xoay vạt kết mạc kết hợp áp mitomycin-C”, Tạp chí Y học Tp.HCM, 16 (1), tr.54-59.

4. Trần Thị Phương Thu, Nguyễn Hoàng Thụy Khanh (2012), “Đánh giá hiệu quả keo fibrin trong phẫu thuật điều trị mộng nguyên phát”, Tạp chí Y học Tp.HCM, 16 (1), tr.129-135.

5. Shrestha A, Shrestha A, Bhandari S, Maharjan N, Khadka D, Pant SR, Pant B P (2012), “Inferior conjunctival autografting for pterygium surgery: an alternative way of preserving the glaucoma filtration site in far western Nepal”, Clin Ophthalmol, 6 pp.315-324.

6. Sati Alok, Shankar Sandeep, Jha Ashok, Kalra Deepak, Mishra Sanjay, VS Gurunadh (2014), “Comparison of efficacy of three surgical methods of conjunctival autograft fixation in the treatment of pterygium”, International ophthalmology, 34 (6), pp.1233-1239.

7. Othman Farouk (2015), “Inferior limbal conjunctival autografting in primary pterygium”, J Egypt Ophthalmol Soc, 108 (2), pp.43-46.

8. Cornand G (1989), “Pterygium. Clinical course and treatment”, 66 (3-4), pp.31-108.

9. Janson Ben J, Sikder Shameema (2014), “Surgical management of pterygium”, The ocular surface, 12 (2), pp.112-119.

10. Kenyon, Kenneth R, Wagoner, Michael D, Hettinger, Michael E (1985), “Conjunctival autograft transplantation for advanced and recurrent pterygium”, Ophthalmology, 92 (11), pp.1461-1470.

11. Riordan-Eva P, Kielhorn I, Ficker LA, Steele AD McG, Kirkness CM (1993), “Conjunctival autografting in the surgical management of pterygium”, Eye, 7 (5), pp.634-638.

12. Prabhasawat Pinnita, Barton Keith, Burkett Gene, Tseng Scheffer (1997), “Comparison of conjunctival autografts, amniotic membrane grafts, and primary closure for pterygium excision”,

Ophthalmology, 104 (6), 974-985.

13. Chen Q, Li Y, Xu F, Yan Y, Lu K, Cui L, Li M (2015), “Comparison of Inferior and Superior Conjunctival Autograft for Primary Pterygium”, *Curr Eye Res*, 40 (8), pp.786-877.

14. Yeung SN, Lichtinger A, Kim P, Elbaz U, Ku JY, Amiran MD, . . . Slomovic AR (2013), “Superior versus inferior conjunctival autografts combined with fibrin glue in the management of primary pterygia”, *Cornea*, 32 (12), pp.1582-1588.

15. Tan Donald TH, Chee Soon-Phaik, Dear Keith BG, Lim Arthur SM (1997), “Effect of pterygium morphology on pterygium recurrence in a controlled

trial comparing conjunctival autografting with bare sclera excision”, *Archives of ophthalmology*, 115 (10), pp.1235-1240.

16. Celeva Markovska Vesna, Stankovic Babic Gordana, Zdravkovska Milka (2011), “Comparative study of pterygium surgery”, *Contributions, Sec. Biol. Med. Sci. MASA*, 32 (2), pp.273-287.

17. Chen Xiuping, Yuan Fei (2018), “Ologen Implantation versus Conjunctival Autograft Transplantation for Treatment of Pterygium”, *Journal of ophthalmology*, 2018