

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT MỘNG GHEP KẾT MẠC RÌA TỰ THÂN TẠI CỘNG ĐỒNG TỈNH HÀ NAM

NGUYỄN TRỌNG KHẢI - Bệnh viện Mắt tỉnh Hà Nam

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt mộng ghép kết mạc rìa tự thân tại tỉnh Hà Nam, biến chứng phẫu thuật và một số yếu tố liên quan.

**Phương pháp nghiên cứu:** mô tả; tiến cứu; không có nhóm chứng.

**Đối tượng** 100 mắt được phẫu thuật cắt mộng ghép kết mạc rìa tự thân tại tỉnh Hà Nam từ tháng 9/2009 đến tháng 4/2010.

**Kết quả** 06 tháng sau phẫu thuật: Kết quả giải phẫu: kết quả tốt 78%; trung bình 16%, xấu 6%. Kết quả thị lực tăng 52%; giữ nguyên 48%.

**Kết luận:** Kết quả phẫu thuật khá quan, đã cải thiện đáng kể cả về giải phẫu và thị lực, hạn chế tái phát của mộng sau phẫu thuật.

**Từ khoá:** Mộng ghép kết mạc rìa tự thân.

### SUMMARY

**Objective:** assessment the results of pterygium surgery with limbal conjunctival autograft in Ha Nam Province, complications and some relevant factors.

**Patient and Methods:** description, prospective, noncomparative, clinical interventional study on 100 eyes with pterygium treated in Ha Nam Province from 9/2009 to 4/2010.

**Results:** 6 months after surgery: The anatomical result good 78%, normal 16%, bad 6%. Visual acuity improved in 52%, was unchanged in 48%.

**Conclusion:** Positive results of vision and anatomical. Limit the recurrence of pterygium after surgery.

**Keywords:** pterygium surgery with limbal conjunctival autograft.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Mộng là một khối tăng sản xơ mạch của kết mạc nhãn cầu. Đây là một bệnh phổ biến trong nhãn khoa, là một trong những nguyên nhân quan trọng gây giảm thị lực và mù loà.

Mộng thường gặp ở một số nước nhiệt đới và cận nhiệt đới, nhất là ở Đông Nam Á và nước ta. Theo kết quả điều tra năm 2005 tại tỉnh Hà Nam ước tính trong toàn tỉnh có 9000 người cần được mổ mộng một mắt và 3000 người cần được mổ mộng hai mắt.

Điều trị mộng chủ yếu bằng phẫu thuật nhằm loại bỏ mộng, tái tạo giải phẫu bình thường của nhãn cầu, hạn chế tối đa tái phát của mộng sau phẫu thuật. Các phẫu thuật điều trị mộng kinh điển như cắt mộng đơn thuần, cắt mộng vùi được thực hiện tại tỉnh Hà Nam từ trước đến nay có tỷ lệ tái phát rất cao, nhiều trường hợp mộng tái phát sau mổ gây ra biến chứng trầm trọng như dính mi cầu làm hạn chế vận nhãn.

Để hạn chế việc tái phát sau mổ, các nhà nhãn khoa trong và ngoài nước tiến hành cắt mộng phối hợp với áp tia beta, thuốc chống chuyển hoá như Mitomycin C (MMC) và 5-Fluorouracil (5-FU). MMC và 5-FU đều làm giảm tỷ lệ tái phát của mộng sau mổ nhưng lại độc với tổ chức nhãn cầu và gây nhiều biến chứng. Từ năm 1997 Bệnh viện Mắt Trung ương đã nghiên cứu áp dụng phương pháp phẫu thuật cắt mộng ghép kết mạc rìa tự thân, kết quả cho thấy phẫu thuật cho tỷ lệ thành công cao. Năm 2007 Bệnh viện Mắt Trung ương đã tiến hành chuyển giao kỹ thuật cắt mộng ghép kết mạc tự thân cho các bác sĩ nhãn khoa của Bệnh viện Mắt tỉnh Hà Nam, nhưng chưa đánh giá một cách đầy đủ về hiệu quả của kỹ thuật này sau chuyển giao. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với 2 mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt mộng ghép kết mạc rìa tự thân; Nhận xét các biến chứng và một số yếu tố liên quan.

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

#### 1. Đối tượng nghiên cứu.

Là các bệnh nhân phẫu thuật mộng ghép kết mạc rìa tự thân tại Bệnh viện Mắt tỉnh Hà Nam từ tháng 9/2009 đến tháng 4/2010.

1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Mắt chẩn đoán mộng nguyên phát từ độ II trở lên.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có các viêm nhiễm cấp tính ở mắt.
- Bệnh nhân có các bệnh lý mạn tính của biểu mô giác mạc và vùng rìa.
- Bệnh nhân mắc các bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

## 2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Loại hình nghiên cứu: Mô tả, tiến cứu, không có nhóm chứng.

2.2. Cỡ mẫu: n = 100 mắt.

2.3. Phương pháp phẫu thuật:

- Vô cảm: gây tê hoặc gây mê.
- Đặt vành mi bộc lộ nhãn cầu.
- Cắt kết mạc dọc hai bên thân mộng
- Cắt ngang đầu mộng: Cách rìa 2-3 mm
- Cắt thân mộng và phẫu tích tách thân mộng với thân cơ trực phía dưới.
- Phẫu tích kết mạc thân mộng ra khỏi tổ chức xơ thân mộng phía dưới, chỉ để lại kết mạc thân mộng.
- Cạo cắt tổ chức xơ thân mộng đến sát cực lệ, cầm máu.

- Đốt cầm máu củng mạc sát rìa.
- Gọt giác mạc.
- Lấy kết mạc từ rìa trên với diện tích tương đương với diện cần ghép.
- Khâu mảnh ghép kết mạc bằng chỉ 10/0.
- Kéo kết mạc phía trên khâu phủ kín củng mạc.
- Tra mỡ kháng sinh, băng mắt, thay băng hàng ngày.

- Cắt chỉ: Cắt chỉ vào ngày thứ 10 sau mổ dưới máy sinh hiển vi khám bệnh hoặc hiển vi phẫu thuật.

2.4. Đánh giá kết quả:

\* **Kết quả về giải phẫu:**

- Kết quả tốt:
- + Giác mạc gọt sạch, biểu mô lợp phẳng
- + Mảnh ghép phẳng bám tốt, không có xơ mạch xâm lấn
- + Thân mộng cũ phẳng, không cương tụ.
- Kết quả trung bình:
- + Giác mạc diện gọt xơ nhẹ, biểu mô gồ ghề không đều.
- + Mảnh ghép bắt tốt, có dải xơ nhỏ bò vào góc mảnh ghép.
- + Thân mộng cũ hơi dày, gồ lên.
- Kết quả xấu: Mộng tái phát vào qua rìa giác mạc từ 1mm trở lên.

\* **Kết quả thị lực:** Theo đánh giá bằng bảng đo thị lực vòng hồ Landolt. biến đổi về thị lực được coi là có nghĩa khi:

- + Với thị lực ĐNT > 5m: Biến đổi ít nhất một hàng theo bảng thị lực vòng hồ Landolt.
- + Với thị lực ĐNT ≤ 5m: Bất cứ một biến đổi thị lực nào so với trước mổ.

\* **Đánh giá biến chứng:** Biến chứng trong phẫu thuật, biến chứng sau phẫu thuật.

3. Xử lý số liệu: Số liệu được ghi nhận trong hồ sơ nghiên cứu, xử lý theo phương pháp thống kê y học.

## KẾT QUẢ

### 1. Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật:

1.1. Đặc điểm bệnh nhân theo tuổi và giới.

Có 100 mắt ở 78 BN được phẫu thuật mộng ghép kết mạc rìa tự thân, trong đó có 44,9% (35/78) BN nam, 55,1% (43/78) BN nữ. Tuổi từ 30 đến 50 là 9/78 (11,5%), từ 31 đến 70 là 46/78 (59%), trên 70 tuổi là 23/78 (29,5%).

1.2. Phân bố mộng theo hình thái lâm sàng:

Bảng 1. Phân bố mộng theo hình thái

Hình thái	n (mắt)	%
Mộng xơ	81	81
Mộng máu	19	19

Trong hai hình thái mộng, hình thái mộng xơ thường gặp 81/100 mắt (81%).

### 2. Kết quả phẫu thuật:

2.1. Kết quả giải phẫu:

Bảng 2. Kết quả giải phẫu tại các thời điểm theo dõi

Thời điểm	Kết quả	Tốt n %	Trung bình n %	Xấu n %	Tổng n (%)
Sau 10 ngày		74%	26%	0%	100%
Sau 1 tháng		75%	23%	2%	100%
Sau 3 tháng		77%	19%	4%	100%
Sau 6 tháng		78%	16%	6%	100%

- Tại thời điểm 10 ngày sau phẫu thuật: 74% BN kết quả giải phẫu tốt; 26% trung bình; kết quả xấu không có.

- Tại thời điểm 6 tháng kết quả tốt 78%, trung bình 16%, xấu 6%.

### 2. Kết quả thị lực:

2.1. Kết quả thị lực trước và sau điều trị.

Bảng 3. Kết quả thị lực trước và sau điều trị.

Thị lực	Vào viện n (%)	10 ngày n (%)	1 tháng n (%)	3 tháng n (%)	6 tháng n (%)
ĐNT < 3m	21%	12%	10%	6%	5%
ĐNT 3m-3/10	32%	37%	39%	42%	43%
> 3/10	47%	51%	51%	52%	52%

Sau phẫu thuật 6 tháng tỷ lệ BN có thị lực ĐNT < 3m giảm từ 21% trước phẫu thuật xuống 5%. Ở mức thị lực từ ĐNT 3m đến 3/10 tăng từ 32% lên 43%. Mức thị lực > 3/10 tăng từ 47% lên 52%.

2.2. Biến đổi thị lực sau phẫu thuật:

Bảng 4. Biến đổi thị lực sau phẫu thuật

Thời điểm	Thị lực		
	Tăng n (%)	Giữ nguyên n (%)	Giảm n (%)
10 ngày	23	77	0
1 tháng	35	65	0
3 tháng	49	51	0
6 tháng	52	48	0

Tại thời điểm 10 ngày sau mổ thị lực tăng (23%) và đạt mức cao nhất tại thời điểm 6 tháng (52%).

Số mắt có thị lực giữ nguyên tại thời điểm 10 ngày sau mổ là 77%, giảm xuống (48%) sau 6 tháng.

Không có BN nào giảm thị lực sau mổ.

### 3. Biến chứng phẫu thuật.

3.1. Biến chứng trong phẫu thuật:

Rách kết mạc thân mộng: 15%; xuất huyết dưới kết mạc: 9%; rách mảnh ghép kết mạc 7%.

Không gặp trường hợp nào biến chứng nặng như cắt vào cơ trực, thủng củng mạc, thủng giác mạc.

3.2. *Biến chứng sau phẫu thuật*: Phù mảnh ghép kết mạc: 25%; xuất huyết dưới mảnh ghép: 8%; xuất huyết dưới kết mạc: 8%; phù kết mạc thân mống 20%.

## BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mắc bệnh chủ yếu ở lứa tuổi lao động. Chính vì vậy việc phát hiện sớm, điều trị kịp thời nhằm cải thiện thị lực và thẩm mỹ cho lực lượng lao động chính trong xã hội.

Tỷ lệ BN nam được phẫu thuật (44,9%) ít hơn BN nữ (55,1%). Tỷ lệ nam/nữ 1/1,2.

Hình thái lâm sàng thường gặp trong phẫu thuật là hình thái mống xơ (81%). Hình thái mống máu ít gặp hơn (19%).

Đa số BN có thị lực trước phẫu thuật ở mức > 3/10 (47%), mức thị lực từ ĐNT 3m đến 3/10 là 32%, mức ĐNT < 3m là 21%.

### 2. Kết quả phẫu thuật

#### 2.1. Kết quả giải phẫu:

Việc đánh giá dựa vào tình trạng giác mạc vùng gọt mống, kết mạc thân mống, mảnh ghép kết mạc. Sau 6 tháng theo dõi thấy 6 BN mống tái phát. Theo chúng tôi, ở nhóm BN có mống độ II do độ mống nhỏ, xâm lấn vào giác mạc ít và nông, khi gọt đầu mống làm giác mạc tổn thương ít nên thời gian biểu mô hóa của giác mạc ngắn; ở những mắt có mống độ III-IV, mống xâm lấn vào giác mạc rộng và sâu, khi gọt đầu mống làm giác mạc bị tổn thương nhiều nên quá trình biểu mô hóa của giác mạc chậm hơn so với mống độ II. Kết hợp với các biến chứng trong và sau phẫu thuật, chúng tôi đưa ra lời khuyên đối với BN cũng như PTV nên mổ mống ở độ II.

Bảng 5. Tỷ lệ tái phát của một số tác giả:

Tác giả	Tính chất mống	Tỷ lệ tái phát
Allan (1993)	Nguyên phát	6,5%
Varin (1993)	Nguyên phát+Thứ phát	8,2%
N.Đ.Thành; H.M.Châu; P.K.Vân(1998)	Nguyên phát+Thứ phát	5,56%
N.T.Khai (2010)	Nguyên phát	6,0%

#### 2.2. Kết quả thị lực:

Tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật có 52% số BN có thị lực tăng, 48% BN có thị lực giữ nguyên.

Kết quả thị lực của một số tác giả:

Bảng 6. Kết quả thị lực sau phẫu thuật của một số tác giả.

Thị lực Tên tác giả (năm)	Thị lực so với trước khi phẫu thuật		
	Tăng	Giữ nguyên	Giảm
Đoàn Cao Minh (1980)	58,0%	42,0%	0%
Nguyễn Xuân Trường (1991)	77,9%	22,1%	0%
N.Đ.Thành; H.M.Châu; P.K.Vân(1999)	36,2%	63,8%	0%
N.T. Khai (2010)	52,0%	48,0%	0%

### 3. Biến chứng phẫu thuật và một số yếu tố liên quan đến biến chứng phẫu thuật.

#### 3.1. Biến chứng trong mổ:

Các biến chứng chúng tôi hay gặp trong mổ là rách kết mạc thân mống (15%); xuất huyết dưới kết mạc (9%); rách mảnh ghép kết mạc (7%). Đây là những biến chứng nhẹ, dễ xử trí.

Biến chứng trong phẫu thuật hình thái mống máu thường gặp hơn (90%) mống xơ (24,5%).

Theo y văn các biến chứng nặng như tổn thương cơ trực; thủng giác mạc; thủng củng mạc; viêm củng mạc hoại tử trong nghiên cứu không gặp trường hợp nào.

#### 3.2. Biến chứng sau mổ:

*Phù mảnh ghép kết mạc*: chiếm 25% số BN phẫu thuật, chủ yếu gặp ở nhóm BN mà các phẫu thuật viên mới, chưa quen với việc lấy mảnh ghép.

*Xuất huyết dưới mảnh ghép kết mạc, dưới kết mạc thân mống*: gặp chủ yếu ở nhóm mống độ III, IV, hình thái mống máu. Chúng tôi cho bệnh nhân uống tam thất bột 10g/ngày, băng ép mắt, tra nước muối 5% x 6 lần/ngày. Biến chứng này giảm dần và hết vào thời điểm 2-3 tuần sau mổ.

Biến chứng sau mổ chủ yếu gặp ở mống độ III, IV, vì vậy chỉ định điều trị sớm sẽ giảm biến chứng sau mổ.

Nhìn chung các biến chứng trong nhóm nghiên cứu, chúng tôi gặp phải trong và sau mổ đều không nặng và ít ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật về sau này.

## KẾT LUẬN

Cắt mống ghép kết mạc rìa tự thân phức tạp hơn các kỹ thuật cắt mống đơn thuần, vùi mống, nó đòi hỏi có máy hiển vi phẫu thuật và các dụng cụ vi phẫu cũng như trình độ phẫu thuật của phẫu thuật viên. Tuy nhiên chúng tôi nhận thấy kỹ thuật này có thể thực hiện được ở tuyến cơ sở.

Kết quả phẫu thuật khả quan, đã cải thiện đáng kể về giải phẫu và thị lực cho BN, ít tái phát so với các phương pháp phẫu thuật khác, giảm nguy cơ mù loà.

Điều trị sớm, chỉ định phẫu thuật đúng, tiên lượng chính xác, phẫu thuật viên được đào tạo thành thạo sẽ hạn chế biến chứng trong và sau phẫu thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hoàng Thị Minh Châu, Trần Khánh Sâm, Vũ Tuệ Khanh (2001), □Ghép kết mạc rìa tự thân điều trị bóng một mắt□, *Bản tin nhãn khoa thành phố Hồ Chí Minh*.
- Hoàng Thị Minh Châu, Nguyễn Đức Thành, Phạm Khánh Vân (2002), □Điều trị mống tái phát bằng ghép kết mạc rìa tự thân□, *Y học Việt Nam*.
- Nguyễn Văn Cương, Nguyễn Trọng Khải (2005), □Đánh giá tình hình mù loà và hiệu quả can thiệp mổ đục thể thủy tinh ở cộng đồng□, *Công trình nghiên cứu khoa học cấp tỉnh*.
- Phạm Khánh Vân, Hoàng Thị Minh Châu, Nguyễn Đức Thành (2000), □Điều trị mống thịt bằng phẫu thuật ghép kết mạc tự thân phối hợp áp MMC□, *Y học Việt Nam*.
- A L Young, G Y S Leung, A K K Wong, L L Cheng and D S C Lam (2004), □A randomised trial comparing 0,02% mitomycin C and limbal conjunctival autograft after excision of primary pterygium□ *Br. J. Ophthalmol*, 88: pp 005 - 997.
- Amano SAU, Motoyama YAU, Oshika TAU, Eguchi SAU, Eguchi K (2000), □Comparative studi of intraoperative MMC and beta irradiation in pterygium surgery□, *Br. J. Ophthalmol*; 84 (6): pp 618 - 621.
- Ates C Yanyali MD et al (2000), □Titraoperative.. MMC in the treatment of pterygium□. *Cornea*, 19 (4): pp 471-473.

8. Chaidaroon W, Wattananikorn S (2003), pterygium□, *J Med Assoc Thai* Feb: 86 (2): pp111-5.  
□Conjunctival autograft transplantation for primary