

# TẠO HÌNH CÙNG ĐỒ BẰNG KỸ THUẬT GHÉP NIÊM MẠC MÔI

PHẠM HỒNG VÂN - Bệnh viện Mắt Trung ương

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** 1. Mô tả kỹ thuật ghép niêm mạc môi có kết hợp khâu cố định cùng đồ dưới vào màng xương bờ dưới hốc mắt trong tạo hình cùng đồ. 2. Đánh giá kết quả điều trị cận cùng đồ theo kỹ thuật ghép niêm mạc môi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 23 bệnh nhân cận cùng đồ không lắp được mắt giả phẫu thuật tại khoa Chấn thương Bệnh viện Mắt trung ương từ 5/2001-7/2002. **Kết quả:** nghiên cứu gồm 23 bệnh nhân 11 nữ, 12 nam, 21,7% nhóm tuổi đi học, 52,2% nhóm tuổi lao động, 100% cận cùng đồ sau khoét bỏ nhãn cầu, 65,2% nguyên nhân do chấn thương. Tỷ lệ thành công phẫu thuật đạt 91,3%. **Kết luận:** phẫu thuật tạo hình cùng đồ bằng kỹ thuật ghép niêm mạc môi an toàn, ít biến chứng, rút ngắn thời gian hậu phẫu, tỷ lệ thành công cao.

**Từ khóa:** cận cùng đồ, ghép niêm mạc môi, cố định cùng đồ dưới.

## SUMMARY

**Objectives:** To introduce the technique of the socket reconstruction using buccal conjunctival graft combined with fixation of the lower fornix into the orbital periosteum. To evaluate results of surgical intervention of the socket reconstruction by this technique. **Methods:** 23 Patients with conjunctival sac malfunction failing to maintain prostheses at the traumatological department of the VNIIO were enrolled into the study during the period from May 2001 to July 2002. **Results:** Of the total 23 patients, 11 were females, 12 were males, 21.7% were students, 52.2% were of the working group, 100% were post-enucleation, 65.2% due to eye traumas. **Success rate of the surgical intervention was 91.3%.** **Conclusion:** The buccal conjunctival graft in the socket reconstruction for the conjunctival sac malfunction is a safe, highly effective method with shorter post-operative care period.

**Keywords:** conjunctival sac malfunction, buccal conjunctival graft, lower fornix fixation.

## ĐẶT VẤN ĐỀ:

Sau phẫu thuật khoét bỏ nhãn cầu, co rút, thiếu hụt kết mạc thường dẫn tới cận cùng đồ (CCĐ) không lắp được mắt giả [1]. Tổn thương này gây nên các tổn hại về giải phẫu sinh lý, chức năng hốc mắt, ảnh hưởng nặng nề đến thẩm mỹ và tâm lý bệnh nhân. Vì vậy tạo hình cùng đồ lắp mắt giả là một phẫu thuật mang tính thẩm mỹ và là một yêu cầu điều trị bức thiết. Các tác giả Việt Nam và thế giới đã nghiên cứu nhiều phương pháp phẫu thuật tạo hình cùng đồ khác nhau. Các chất liệu cấy ghép đã được sử dụng là: vạt da rời, vạt da có chân nuôi, cân cơ thái dương, niêm mạc khẩu cái,... Nhiều phương tiện chèn giữ và định hình cùng đồ bằng khuôn độn các chất liệu đã được áp dụng [1], [2], [4], [5]. Tuy nhiên các phương pháp này còn một số hạn chế: kỹ thuật phức tạp, thời gian hậu phẫu kéo dài, tỷ lệ thành công chưa cao. Phương pháp ghép niêm mạc môi có kết hợp cố định CDD vào màng xương bờ dưới

hốc mắt đã được các tác giả trên thế giới nghiên cứu áp dụng, đạt kết quả khả quan [3,6]. Tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về phẫu thuật này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu:

Mô tả kỹ thuật ghép niêm mạc môi có kết hợp cố định cùng đồ dưới vào màng xương bờ dưới hốc mắt để tạo hình cùng đồ.

Đánh giá kết quả tạo hình cùng đồ theo kỹ thuật ghép niêm mạc môi có kết hợp cố định cùng đồ dưới vào màng xương bờ dưới hốc mắt.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu tiến hành trên 23 bệnh nhân CCĐ, không lắp được mắt giả được phẫu thuật tại khoa Chấn thương Bệnh viện Mắt Trung ương từ 5/2001 đến tháng 7/2002. Tiêu chuẩn loại trừ: Mắt CCĐ có tổn thương xương hốc mắt hoặc, và mất tổ chức hốc mắt (sau nạo vét hốc mắt, sau chiếu tia xạ,...).

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu can thiệp thử nghiệm lâm sàng, không đối chứng, tiến cứu.

Phần khám bệnh có hồ sơ theo dõi cho từng bệnh nhân theo mẫu.

Kỹ thuật ghép niêm mạc môi và cố định CDD vào màng xương hốc mắt:

- Rạch kết mạc mở rộng hốc mắt: đường rạch tùy thuộc vào vị trí tổn thương, cắt sẹo co kéo, bóc tách tổ chức hốc mắt dưới kết mạc.

- Lấy mảnh niêm mạc môi dày 0,5mm, kích thước tùy thuộc vào diện kết mạc thiếu. Tại chỗ khâu chỉ 4/0 vicryl.

- Ghép niêm mạc môi vào phần kết mạc thiếu bằng chỉ 6/0 vicryl, mũi rời.

- Cố định CDD vào màng xương: dùng kim 3 cạnh 3/8, 24,2mm, liền chỉ Ethicol 2/0, thực hiện 2 mũi chữ U như sau: xác định vị trí bờ dưới hốc mắt, đặt kim vuông góc với mặt da (cách bờ tự do 8-10mm), xuyên kim qua da mi, tổ chức dưới da, màng xương (thử di động kim để chắc chắn kim đã đi qua màng xương), kết mạc CDD, xuyên kim từ kết mạc CDD ra ngoài da mi. Thắt chỉ qua miếng xốp chỉ đệm ở kết mạc và da mi.

Sau mổ dùng kháng sinh, chống viêm tại chỗ và toàn thân. Cắt chỉ và đặt mắt giả sau 2 tuần.

### 3. Phương pháp đánh giá kết quả.

Đánh giá kết quả với 3 mức độ:

- Tốt: cùng đồ sâu, cố định tốt, mảnh ghép phẳng, lắp được mắt giả cân.

- Trung bình: cùng đồ nông, cố định tốt, mảnh ghép co rút một phần, lắp được mắt giả không cân (ngả trước, ngả sau, lác).

- Xấu: cùng đồ cạn, mảnh ghép co rút toàn bộ hoặc thải loại, không lắp được mắt giả.

Kết quả tốt và trung bình là thành công, xấu là thất bại.

Biến chứng: trong và sau phẫu thuật: chảy máu, hoại tử mảnh ghép,...

Theo dõi đánh giá sau phẫu thuật 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 3 năm.

**4. Xử lý số liệu** theo phương pháp thống kê y học phần mềm Epi-info 6.0 và test  $\chi^2$

### KẾT QUẢ

#### 1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

23 bệnh nhân có 11 nữ và 12 nam, 21,7% ở tuổi đi học 6-18 tuổi, 52,2% tuổi lao động trên 18 -50 tuổi, 26,1% trên 50 tuổi. 100% CCD sau khoét bỏ nhân cầu (NC). Nguyên nhân sau chấn thương 15 mắt (65,2%), ung thư vồng mạc 5 mắt (21,7%), viêm toàn nhãn 2 mắt (8,7%), u nội nhãn 1 mắt (4,4%). Thời gian CCD 0-2 năm 15 mắt (65,2%), trên 2 năm 8 mắt (34,8%). 8 mắt (34,8%) có tổn thương mi phối hợp: sẹo, biến dạng góc, trệ mi dưới, 14 mắt (60,9%) có teo tổ chức hốc mắt.

#### 2. Kết quả phẫu thuật.

23 mắt (23 bệnh nhân) được phẫu thuật ghép niêm mạc môi và cố định CĐD vào màng xương bờ dưới hốc mắt. Phẫu thuật phối hợp tạo hình góc trong 1 mắt, rút ngắn mi dưới 1 mắt.

Bảng 1. Kết quả phẫu thuật tạo hình cùng đồ

| Kết quả<br>Thời gian | 2 tuần    | 1 tháng   | 3 tháng   | 6 tháng   | 3 năm     |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Tốt                  | 22(95,6%) | 20(87,0%) | 19(82,6%) | 19(82,6%) | 19(82,6%) |
| Trung bình           | 1(4,4%)   | 2(8,6%)   | 3(13,0%)  | 2(8,7%)   | 2(8,7%)   |
| Xấu                  |           | 1(4,4%)   | 1(4,4%)   | 2(8,7%)   | 2(8,7%)   |

Sau 3 tháng kết quả tốt 19/23 mắt đạt 82,6%, trung bình 13,0%, tỷ lệ thành công 95,6%. Sau 6 tháng và 3 năm kết quả tốt là 82,6%, tỷ lệ thành công là 91,3%.

Nghiên cứu về một số yếu tố liên quan, chúng tôi thấy không có mối liên quan giữa kết quả phẫu thuật với tuổi, giới. Kết quả trung bình và xấu gặp trên những mắt CCD trên 2 năm, có tổn thương mi, teo tổ chức hốc mắt.

#### 3. Biến chứng:

Trong mổ: biến chứng chảy máu trên 3 mắt, gặp ở thì mở rộng cùng đồ, bóc tách sâu vào tổ chức hốc mắt. Xử trí: kẹp, cắt, đốt cầm máu.

Sau mổ: có 1 mắt chảy máu dưới mảnh ghép, nhiễm trùng chân chỉ, co rút mảnh ghép, CCD tái phát. 3 mắt quặm mi dưới.

### BÀN LUẬN

Kỹ thuật ghép niêm mạc môi kết hợp cố định CĐD vào màng xương bờ dưới hốc mắt:

Ở những mắt CCD nguyên nhân do tổn thương kết mạc, co rút hốc mắt, vấn đề cơ bản là làm rộng cùng đồ bằng các chất liệu ghép thay thế. Trong tạo hình cùng đồ, mảnh ghép da tự thân tự do là một chất liệu thường được dùng, tuy nhiên mảnh da ghép sẽ co rút nhiều, có thể co 1/3 diện tích, hơn nữa cùng đồ sau ghép da thường có mùi khó chịu do hiện tượng thải tiết tuyến bã, lông tróc lớp thượng bì, chăm sóc hậu phẫu phức tạp. Mảnh ghép niêm mạc miệng mềm mại, ít co (nhất là với chiều dày 0,5mm), ít tiết dịch, không có mùi hôi, tại chỗ làm sẹo nhanh, chăm sóc hậu phẫu đơn giản [5]. Về kỹ thuật ghép, có thể rạch song song với

đáy cùng đồ ghép niêm mạc làm rộng cùng đồ trên, dưới. Hoặc rạch ngang qua chính giữa hốc mắt hay rạch xung quanh để lại đảo kết mạc ở giữa, ghép niêm mạc làm rộng hốc mắt các phía. Ở đây chúng tôi sử dụng chất liệu ghép là niêm mạc môi và thành công 21/23 mắt (91,3%). Có 2 trường hợp thất bại:

- 1 mắt là do chảy máu dưới mảnh ghép sau mổ, tuy đã được nhét mèche cầm máu nhưng sau đó nhiễm trùng chân chỉ, phải cắt chỉ sớm làm co rút mảnh ghép. Như vậy việc cầm máu kỹ trong mổ là rất quan trọng.

- 1 mắt là do tổ chức hốc mắt teo nhiều làm co rút mảnh ghép, cạn lại cùng đồ.

CĐD và mi dưới là yếu tố chủ yếu nâng đỡ và giữ mắt giả nên định hình CĐD là bước quan trọng cho lắp mắt giả thành công. Sau khi ghép niêm mạc môi, chúng tôi thực hiện 2 mũi chữ U, vị trí kim đi vào cách bờ tự do mi 8-10mm, khoảng cách này đủ để tạo độ sâu thích hợp cho CĐD và không gây quặm mi, lật mi. George J.L. [3], Ma' Luf R.N. [6], Neuhaus R.W cố định trực tiếp CĐD vào màng xương. Thực tế với phẫu thuật nhỏ do hốc mắt co rút, việc cầm máu, bóc tách, bóc lộ màng xương vô cùng phức tạp. Một số tác giả cho rằng cố định trực tiếp vào màng xương tránh được tổn thương da mi, kết mạc khi thất bại. Chúng tôi khắc phục hạn chế này bằng cách dùng miếng xốp chỉ đệm ở da mi, kết mạc. Chất liệu này đơn giản, sẵn có, vô trùng. Mặt khác miếng xốp đệm ở CĐD góp phần ép, chèn giữ định hình CĐD, làm căng mảnh ghép, không cần khuôn độn, thuận lợi cho chăm sóc hậu phẫu.

#### 2. Kết quả phẫu thuật và các yếu tố liên quan.

23 mắt được phẫu thuật ghép niêm mạc môi và cố định CĐD, 1 mắt được phẫu thuật phối hợp rút ngắn mi dưới, 1 mắt tạo hình góc trong. Sau 3 tháng 82,6% đạt kết quả tốt, 13,0% trung bình, 4,4% xấu, tỷ lệ thành công 95,6%. Sau 6 tháng và 3 năm 82,6% đạt kết quả tốt, 8,7% trung bình, 8,7% xấu, tỷ lệ thành công 91,3%. Theo thời gian kết quả trung bình, xấu có xu hướng tăng lên, đó là do cùng đồ không được mở rộng đều các phía, co rút một phần mảnh ghép hoặc teo tổ chức hốc mắt nhiều. Tuy nhiên sau 6 tháng mảnh ghép không biến đổi, kết quả tương đối ổn định trong thời gian theo dõi.

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật của một số tác giả

| Tác giả               | Kết quả | Tỷ lệ thành công | Tỷ lệ thất bại |
|-----------------------|---------|------------------|----------------|
| Karesh J.W. (1988)    |         | 100%             |                |
| Nguyễn Huy Thọ (1995) |         | 89,2%            | 10,8%          |
| Altintas M. (1998)    |         | 100%             |                |
| Holck D.E. (1999)     |         | 80,0%            | 20,0%          |
| Phạm Hồng Vân (2005)  |         | 91,3%            | 8,7%           |

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn Nguyễn Huy Thọ, Holck D.E. và thấp hơn Altintas M., Karesh J.W., tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê vì số lượng bệnh nhân, cơ cấu tổn thương, phương pháp khác nhau. Nghiên cứu về một số yếu tố liên quan, chúng tôi thấy không có mối liên quan giữa kết quả với tuổi, giới. Kết quả trung bình, xấu gặp trên những mắt CCD trên 2 năm, tổn thương mi, teo tổ chức hốc mắt. Như vậy kết quả phẫu thuật có liên quan đến thời gian CCD, tình trạng mi, tổ chức hốc mắt.

Chúng tôi gặp biến chứng chảy máu trong ổ thì mở rộng cùng đồ, bóc tách sâu vào tổ chức hốc mắt. Xử trí đơn giản là kẹp, đốt cầm máu. Sau mổ có 1 mắt chảy máu dưới mảnh ghép, tuy đã được nhét mèche cầm máu nhưng sau đó mắt này nhiễm trùng chân chỉ, co rút mảnh ghép. Theo chúng tôi phải cầm máu kỹ trong ổ, cố định tốt đảm bảo mảnh ghép căng, áp tốt. Sau mổ chúng tôi gặp 3 mắt có biến chứng quặm mi. Biến chứng này Neuhaus R.W. gặp 2/12 mắt. Tuy nhiên những mắt này vẫn mang được mắt giả nên không cần phẫu thuật.

#### **KẾT LUẬN**

Phẫu thuật ghép niêm mạc môi cố định CĐD vào màng xương bờ dưới hốc mắt là biện pháp hữu hiệu để tạo độ sâu cho CĐD, làm căng mảnh ghép, tăng diện tích cho hốc mắt. Kỹ thuật đơn giản, dễ thực hiện, an toàn, ít biến chứng, rút ngắn thời gian hậu phẫu.

Tỷ lệ thành công đạt 91,3% và tương đối ổn định trong thời gian theo dõi. Kết quả phụ thuộc vào một số yếu tố: thời gian CĐD, tình trạng mi và tổ chức hốc mắt.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Huy Thọ (1994), "Kỹ thuật tạo hình mi và cùng đồ trong điều trị di chứng vết thương ổ mắt", Luận án phó tiến sỹ khoa học Y dược, Bộ quốc phòng, Học viện Quân Y.
2. Altintas M., Aydin Y., Yucel A. (1998), "Eye socket reconstruction with the prefabricated temporal island flap", *Plast-Reconstr-Surg*, Sep, 102(4), pp 980-987.
3. George J.L. (1997), "Repair of the retracted inferior cul-de-sac of cavities of enucleation with fixation to the orbital rim by the double continued suture method", *Ophthalmol*, 10, 6-7, pp 435-442.
4. Holck D.E., Foster T.A., Dutton J.J., Dillon H.D. (1999), "Hard palate mucosal grafts in the treatment of the contracted socket", *Ophthal-Plast-Reconstr-Surg*, May, 15(2), pp 202-9.
5. Karesh T.W., Putterman A.M. (1988), "Reconstruction of the partially contracted ocular socket of fornix", *Arch-Ophthalmol*, Apr, 106(4), pp 552-556.
6. Ma'Luf R.N. (1999), "Correction of the inadequate lower fornix in the anophthalmic socket", *Br-J-Ophthalmol*, Jul, 83, 7, pp 881-882.