

Nghiên cứu

DOI: 10.59715/pntjimp.3.4.2

Đánh giá kết quả phẫu thuật mộng thịt nguyên phát bằng kỹ thuật chuyển vị kết mạc hai vạt trượt

Quách Thị Thùy Linh¹, Lê Đỗ Thùy Lan², Đoàn Kim Thành³

¹Khoa Mắt, Bệnh viện quận Phú Nhuận

²Công ty TNHH MTV Phòng khám Đa khoa Thanh Quan

³Bộ môn Mắt, Khoa Y, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Tóm tắt

Đặt vấn đề và mục tiêu nghiên cứu: Mục tiêu của phẫu thuật mộng thịt không chỉ là cắt bỏ mộng thịt mà còn ngăn ngừa sự tái phát. Sử dụng các vạt kết mạc là một cách thức tốt để ngăn ngừa tái phát sau phẫu thuật mộng thịt. Kỹ thuật chuyển vị kết mạc hai vạt trượt có thể dễ dàng được sử dụng để che cũng mạc trần rộng hơn thay vì một vạt kết mạc trượt, cho tỷ lệ điều trị thành công cao hơn. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả, sự an toàn, tỷ lệ tái phát và các yếu tố liên quan đến tái phát sau phẫu thuật mộng thịt nguyên phát bằng kỹ thuật chuyển vị kết mạc hai vạt trượt.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Bệnh nhân bị mộng thịt nguyên phát đến khám và điều trị tại Bệnh viện Phú Nhuận. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, không nhóm chứng. Cỡ mẫu gồm 52 mắt của 48 bệnh nhân.

Kết quả: Phẫu thuật mộng thịt nguyên phát bằng kỹ thuật chuyển vị kết mạc hai vạt trượt là an toàn. Không có tai biến và biến chứng nghiêm trọng trong và sau phẫu thuật. Các biến chứng ít nghiêm trọng như bị tụ máu dưới mảnh ghép (7,69%); phù mảnh ghép (1,92%) khỏi trong vòng 1 tháng sau phẫu thuật. Tỷ lệ tái phát mộng thịt là 3,85%. Các yếu tố nguy cơ tái phát mộng thịt qua phân tích đơn biến: tuổi ≤ 45 ($p = 0,05$); kích thích ở mắt > 4 tuần ($p < 0,01$); mộng độ IV ($p < 0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật là khá cao, đạt 92,31%.

Kết luận: Phẫu thuật mộng thịt nguyên phát bằng kỹ thuật chuyển vị kết mạc hai vạt trượt là an toàn. Tỷ lệ tái phát mộng thịt thấp. Các yếu tố nguy cơ tái phát mộng thịt: tuổi ≤ 45 ; kích thích ở mắt > 4 tuần; mộng độ IV. Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật là khá cao.

Từ khóa: Mộng thịt nguyên phát, chuyển vị kết mạc hai vạt trượt, an toàn.

Abstract

Evaluating the results of primary pterygium surgery using the double-sliding flaps procedure

Background/Objectives: The goal of pterygium surgery is not only to remove the pterygium but also to prevent recurrence. Using conjunctival flaps is a good method to prevent recurrence after pterygium surgery. The double-sliding flaps procedure can easily be used to cover the bare sclera more extensively instead of a single sliding conjunctival flap, resulting in a higher treatment success rate. This study aims to evaluate the results, safety, recurrence rate, and factors related to recurrence after primary pterygium surgery using the double-sliding flaps procedure.

Materials and method: Patients with primary pterygium who came for examination and treatment at Phu Nhuan General Hospital. Clinical intervention study without control group. The study sample size was 52 eyes of 48 patients.

Ngày nhận bài:

18/7/2024

Ngày phân biên:

16/8/2024

Ngày đăng bài:

20/10/2024

Tác giả liên hệ:

Quách Thị Thùy Linh

Email: quachthuylinh17

@gmail.com

ĐT: 0969248283

Results: Primary pterygium surgery using the double-sliding flaps procedure is safe. There were no serious complications during or after surgery. Less serious complications include hematoma under the graft (7.69%); graft edema (1.92%) resolved within 1 month after surgery. The pterygium recurrence rate is 3.85%. Risk factors for pterygium recurrence through univariate analysis: age ≤ 45 ($p = 0.05$); eye irritation > 4 weeks ($p < 0.01$); grade IV pterygium ($p < 0.05$). The rate of patients satisfied with the surgical results is quite high, reaching 92.31%.

Conclusion: Primary pterygium surgery using the double-sliding flaps procedure is safe. The recurrence rate of pterygium is low. Risk factors for pterygium recurrence: age ≤ 45 ; eye irritation > 4 weeks; grade IV pterygium. The rate of patients satisfied with the surgical results is quite high.

Key words: Primary pterygium, double-sliding flaps, safe.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mục tiêu của phẫu thuật mộng thịt không chỉ là cắt bỏ mộng thịt mà còn ngăn ngừa sự tái phát của nó. Các kỹ thuật phẫu thuật mộng thịt như là ghép kết mạc rìa tự thân, ghép màng ối, chuyển vị kết mạc đã được báo cáo tỷ lệ mộng thịt tái phát cho kết quả khác nhau [1].

Việc sử dụng các vạt kết mạc là một cách thức tốt để ngăn ngừa tái phát sau phẫu thuật mộng thịt [2], phẫu thuật mộng thịt kết hợp với ghép kết mạc tự thân có tỷ lệ tái phát là 5% - 10% [3] và việc trượt các vạt kết mạc có thể cung cấp lưu thông mạch máu tốt hơn và tăng tốc độ chữa lành vết thương so với ghép kết mạc rìa tự thân. Kỹ thuật chuyển vị kết mạc hai vạt trượt có thể dễ dàng được sử dụng để che phủ kết mạc trần rộng hơn thay vì một vạt kết mạc trượt. Tỷ lệ điều trị thành công sau khi áp dụng kỹ thuật chuyển vị kết mạc hai vạt trượt cũng cao hơn [4].

Phẫu thuật mộng thịt bằng kỹ thuật chuyển vị kết mạc hai vạt trượt đã được áp dụng tại một số bệnh viện tại Thành phố Hồ Chí Minh, đã chứng minh được ưu điểm trong điều trị mộng thịt nguyên phát, an toàn, có tỷ lệ tái phát thấp và kết quả thẩm mỹ tốt. Vì vậy với mong muốn điều trị mộng thịt nguyên phát một cách an toàn, hiệu quả hơn, chi phí thấp và khả năng ứng dụng rộng rãi, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Đánh giá kết quả phẫu thuật mộng thịt nguyên phát bằng kỹ thuật chuyển vị kết mạc hai vạt trượt”

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Đánh giá kết quả và an toàn của phương pháp phẫu thuật mộng thịt nguyên phát bằng kỹ thuật chuyển vị kết mạc hai vạt trượt

Xác định tỷ lệ tái phát và các yếu tố liên quan đến tái phát sau phẫu thuật mộng thịt nguyên phát bằng kỹ thuật chuyển vị kết mạc hai vạt trượt

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân bị mộng thịt nguyên phát đến khám và điều trị tại Bệnh viện Phú Nhuận trong khoảng thời gian từ tháng 02/2022 đến tháng 04/2023.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Tuổi trên 18 tuổi.

Bị mộng thịt nguyên phát độ 2, 3, 4.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Nhãn áp ≥ 22 mmHg (đo bằng nhãn áp kế schiotz).

Đang mắc các bệnh khác về mắt gây cản trở phẫu thuật hay diễn tiến sau phẫu thuật: sẹo giác mạc, viêm kết mạc, viêm giác mạc, quặm, u kết mạc, dính mi cầu, glaucoma, viêm màng bồ đào, viêm lệ đạo, bệnh lý võng mạc, ...

Bệnh nhân không tuân thủ chế độ điều trị và tái khám sau phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp lâm sàng, không nhóm chứng.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu được tính toán cho trường hợp sử dụng thống kê suy luận dựa trên kiểm định giả thuyết, nghiên cứu gồm một mẫu, kiểm định một tỷ lệ [5].

$$n = \frac{[Z_{1-\alpha/2}\sqrt{P_0(1-P_0)} + Z_{1-\beta}\sqrt{P_A(1-P_A)}]^2}{(P_A - P_0)^2}$$

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, chọn những bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, tiêu chuẩn loại trừ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu:

* Biến số liên quan đến đặc điểm lâm sàng:

Phân độ mộng thịt. Biến định tính. Chia làm 4 nhóm: Độ I: Tới rìa giác mạc; Độ II: Qua rìa giác mạc < 2mm; Độ 3: Qua rìa giác mạc từ 2 - 4mm; Độ 4: Qua rìa giác mạc > 4mm hay vượt qua bờ đồng tử.

Thị lực. Thị lực là biến định lượng, được ghi dưới dạng thập phân từ 1/10 đến 10/10 (tương ứng từ 0,1 đến 1). Phân vào 4 nhóm: Thị lực kém (đếm ngón tay (ĐNT) 1m đến ĐNT 2m); Thị lực thấp (ĐNT 3m đến 2/10); Thị lực trung bình (3/10 đến 7/10); Thị lực tốt (8/10-10/10).

* Biến số liên quan đến hiệu quả về chức năng:

Cải thiện thị lực. Biến định tính, ghi nhận ở thời điểm 6 tháng sau mổ, chia làm 3 nhóm: Cải thiện thị lực: khi thị lực sau mổ tăng hơn 2 hàng so với trước mổ; Thị lực không đổi: Không tăng hoặc giảm < 2 hàng so với trước mổ; Thị lực giảm: Giảm > 2 hàng so với trước mổ.

Loạn thị: Biến định lượng. Được tính bằng trị số tuyệt đối của chênh lệch khúc xạ hai kinh tuyến $|K1-K2|$, đơn vị tính là điốp (D). Chia làm 2 nhóm: Không loạn thị (khi $|K1-K2| < 0,5D$); Có loạn thị (khi $|K1-K2| \geq 0,5D$).

Đánh giá mức độ kích thích dựa vào các triệu chứng sau: cộm, xôn, đỏ, chảy nước mắt, đau nhức với thang điểm: không kích thích (0 điểm); kích thích nhẹ (1 - 4 điểm); kích thích trung bình (5 - 8 điểm); kích thích nặng (9 - 12 điểm).

Phân loại thời gian hết kích thích. Biến định tính, chia theo 3 mức: ngắn (khi kích thích kéo dài < 4 tuần ; trung bình (kích thích kéo dài từ > 4 tuần đến ≤ 12 tuần) ; dài (kích thích kéo dài > 12 tuần).

Tỷ lệ biểu mô hoàn toàn giác mạc tại thời điểm 7, 14, 30 ngày. Biến định lượng, tính bằng %.

Sự phục hồi giải phẫu giác mạc. Chia làm 3 mức độ A, mức độ B, mức độ C.

Tái phát mộng thịt, căn cứ vào phân độ của Tseng, chia làm 2 nhóm: có tái phát (Khi tái phát ở mức độ 3 hoặc mức độ 4); không tái phát (khi tái phát ở mức độ 1 hoặc mức độ 2).

Thời gian tái phát mộng thịt. Biến định lượng, được tính từ lúc phẫu thuật đến khi phát

hiện tái phát (tính bằng tháng).

* Biến số liên quan tính an toàn của phẫu thuật

Tai biến trong phẫu thuật: Biến định tính, ghi nhận loại tai biến (có/không)

Biến chứng sau phẫu thuật: Biến định tính, ghi nhận loại biến chứng (có/không)

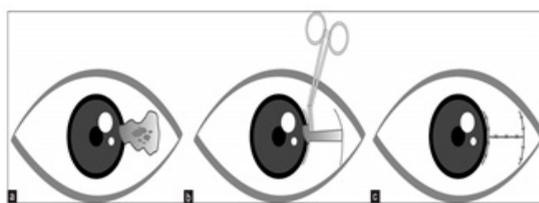
* Biến số về mức độ hài lòng của người bệnh.

Biến định tính, chia làm các mức độ: rất hài lòng, hài lòng, không hài lòng.

Trang thiết bị, quy trình phẫu thuật, chăm sóc, theo dõi sau phẫu thuật: Thực hiện theo quy trình đã được Bệnh viện Đa khoa Phú Nhuận phê duyệt.

Các bước tiến hành phẫu thuật

Thực hiện kỹ thuật:



(a) Xâm lấn mô sợi mạch máu trên bề mặt giác mạc; (b) Tạo vạt kết mạc kép từ trên và dưới mộng; (c) Cố định vạt kết mạc trên vùng trần của mộng thịt

Hình 1: Minh họa phẫu thuật mộng thịt bằng kỹ thuật chuyển vị kết mạc hai vạt trượt

Nguồn: Lee và cộng sự (2021)[4]

+ Đặt vành mi bộc lộ nhãn cầu.

+ Vô cảm: Chích tê dưới kết mạc, thân mộng với lidocaine 2%.

+ Cắt kết mạc ngang thân mộng gần nếp bán nguyệt, cắt đến tổ chức kết mạc lành cạnh thân mộng. Cắt dọc giữa thân mộng.

+ Cắt ngang đầu mộng: cắt sát đầu mộng nơi bám vào giác mạc.

+ Tạo thành 2 vạt kết mạc hình chữ H.

+ Phẫu tích tổ chức xơ mạch dưới kết mạc thân mộng: phẫu tích tách thân mộng rời khỏi thân cơ trực phía dưới (bộc lộ rõ cơ trực trong hoặc ngoài để tránh cắt đứt cơ). Sau đó, phẫu tích tổ chức xơ mạch thân mộng dưới kết mạc và bộc lộ toàn bộ khối xơ mạch (tránh làm thủng, rách kết mạc), cắt bỏ toàn bộ tổ chức xơ mạch.

+ Kẹp, cắt tổ chức xơ thân mộng đến sát cực lệ, đốt cầm máu.

+ Đốt cầm máu cùng mạc sát rìa: đủ cầm máu, không đốt cháy cùng mạc để tránh gây hoại tử cùng mạc. Gọt giác mạc.

+ Gọt phần mộng bám vào giác mạc bằng dao 15.

+ Gọt bằng điện cùng mạc sát rìa: đi dọc theo rìa để lấy cùng mạc làm mốc, tránh đi quá sâu gây thủng.

+ Khâu hai mép vạt kết mạc bằng chỉ nylon 10.0 mũi rời hay liên tục. Tra pommade ofloxacin 0,3%.

+ Gỡ vành mi. Băng mắt

Theo dõi :

+ Bệnh nhân được theo dõi đánh giá kết quả trong mổ, 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được mã hóa, nhập và xử lý bằng

phần mềm Stata 16.0; các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ phần trăm, biểu đồ. Biến định lượng được trình bày dạng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn. Các phép kiểm định thống kê phù hợp được sử dụng, khi $p \leq 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh của trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch phê duyệt. Nghiên cứu được sự chấp thuận của Ban Giám đốc Bệnh viện Phú Nhuận và sự tự nguyện đồng ý tham gia của bệnh nhân. Trung thực trong việc thu thập và xử lý số liệu. Không nhận tài trợ của bất kỳ bên thứ ba nào.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Tổng cộng có 65 mắt của 61 bệnh nhân được chọn vào, 13 mắt bị loại khỏi nghiên cứu do tái khám không đúng theo lịch hẹn, còn lại 52 mắt hoàn tất quy trình nghiên cứu.

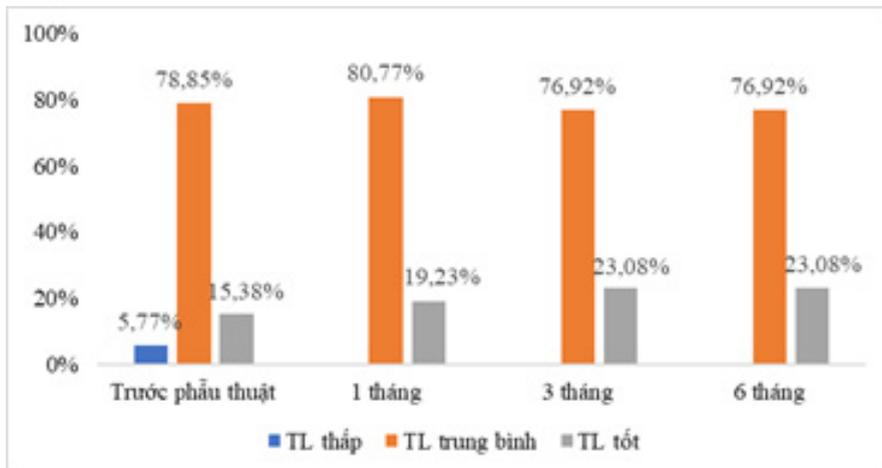
Bảng 1. Thị lực, độ mộng trước phẫu thuật

| Đặc điểm | | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------|------------------------|-------------|-----------|
| Độ mộng | II | 27 | 51,92 |
| | III | 21 | 40,39 |
| | IV | 4 | 7,69 |
| Thị lực không chỉnh kính | Thấp (ĐNT 4m - <3/10) | 3 | 5,77 |
| | Trung bình (3 - 7/10) | 41 | 78,85 |
| | Tốt > 7/10 | 8 | 15,38 |
| | Thị lực logMar | 0,31 ± 0,21 | |
| Thị lực có chỉnh kính | Thấp (ĐNT 4m - < 3/10) | 3 | 5,77 |
| | Trung bình (3 - 7/10) | 2 | 3,85 |
| | Tốt > 7/10 | 47 | 90,38 |
| | Thị lực logMar | 0,07 ± 0,23 | |

Nhận xét: mộng độ II chiếm tỷ lệ cao nhất (51,92%). Thị lực logMar không chỉnh kính và có chỉnh kính lần lượt là $0,31 \pm 0,21$ và $0,07 \pm 0,23$. Thị lực không chỉnh kính mức trung bình chiếm nhiều nhất (78,85%). Thị lực có chỉnh kính mức tốt chiếm đa số (90,38%).

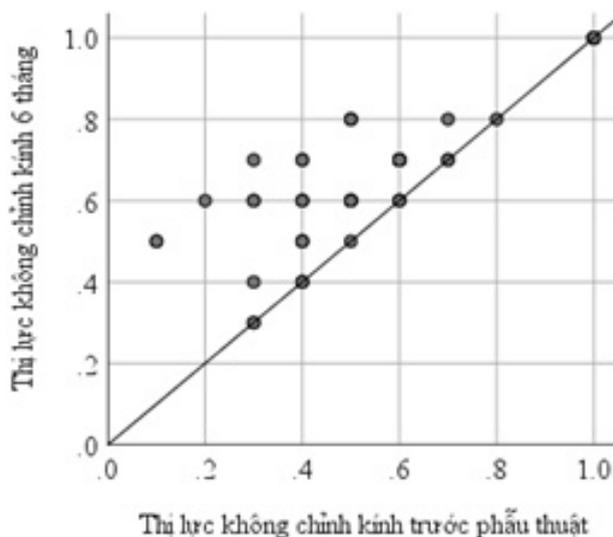
3.2. Đánh giá kết quả và an toàn của phương pháp phẫu thuật mộng thị nguyên phát bằng kỹ thuật chuyển vị kết mạc hai vạt trượt

3.2.1. Kết quả về chức năng



Biểu đồ 1: Biểu đồ phân bố thị lực không chỉnh kính theo thời gian

Nhận xét: Thị lực không kính cải thiện nhanh ở thời điểm 1 - 3 tháng sau phẫu thuật và ổn định sau 3 tháng. Tỷ lệ thị tốt tăng dần (trước phẫu thuật: 15,38%; 6 tháng: 23,08%).



Biểu đồ 2: Biểu đồ phân tán thị lực không chỉnh kính trước và 6 tháng phẫu thuật

Nhận xét: có 13/52 (25,00%) mắt tăng ≥ 2 hàng thị lực thập phân không chỉnh kính 6 tháng sau phẫu thuật. Không có trường hợp nào bị giảm thị lực.

Bảng 2. Loạn thị giác mạc sau 6 tháng phẫu thuật

| Độ loạn thị | Trước phẫu thuật n (%) | 6 tháng n (%) | p |
|---------------------------|---------------------------|------------------|------------|
| Mức độ 1 (0,5D đến 0,75D) | 1 (1,92) | 27 (51,92) | < 0,0001* |
| Mức độ 2 (1,0D đến 1,75D) | 22 (44,23) | 25 (48,08) | |
| Mức độ 3 (2,0D đến 2,75D) | 25 (48,08) | | |
| Mức độ 4 ($\geq 3D$) | 4 (7,69) | | |
| $X \pm SD$ | 1,93 \pm 0,54 | 1,19 \pm 0,41 | < 0,0001** |

*: Kiểm định Fisher exact; **: kiểm định wilcoxon

Nhận xét: sau 6 tháng phẫu thuật, loạn thị giác mạc trung bình là $1,19 \pm 0,41D$, không còn trường hợp có loạn thị giác mạc $\geq 2D$. Có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê về loạn thị 6 tháng sau phẫu thuật ($p < 0,0001$).

Bảng 3. Phân loại mức độ kích thích

| Mức độ kích thích | 1 tuần n (%) | 1 tháng n (%) | 3 tháng n (%) | 6 tháng n (%) |
|-------------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|
| Không | | | 48 (92,31) | 48 (92,31) |
| Nhẹ | | 52 (100,00) | 4 (7,69) | 4 (7,69) |
| Trung bình | 48 (92,31) | | | |
| Nặng | 4 (7,69) | | | |

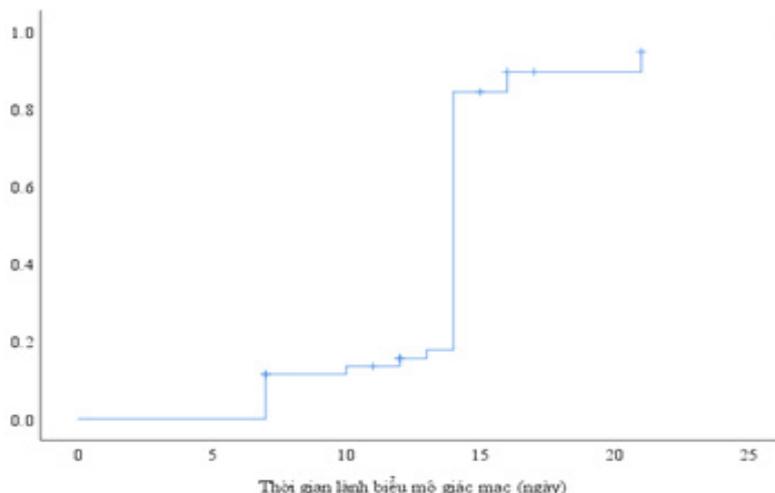
Nhận xét: Mức độ kích thích ở mắt giảm dần ở thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật. Sau 6 tháng sau phẫu thuật, có 92,31% bệnh nhân không còn kích thích ở mắt và 7,69% vẫn còn “kích thích nhẹ”.

Bảng 4. Phân loại thời gian kích thích

| Phân loại thời gian | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|----------------------------|------------|-----------|
| Ngắn (< 4 tuần) | 35 | 67,31 |
| Trung bình (4 - ≤ 12 tuần) | 13 | 25,00 |
| Dài (> 12 tuần) | 4 | 7,69 |

Nhận xét: Thời gian kích thích ngắn (< 4 tuần) chiếm tỷ lệ cao nhất (67,31%), chỉ có một số ít (7,69%) có thời gian kích thích dài (> 12 tuần).

3.2.2. Kết quả về cấu trúc giải phẫu



Biểu đồ 3: Biểu đồ Kaplan-Meier mô tả thời gian lành biểu mô giác mạc

Nhận xét: thời gian lành biểu mô giác mạc trung bình $13,07 \pm 3,16$ ngày. Tỷ lệ lành biểu mô ở thời điểm 7 ngày, 14 ngày, 30 ngày tương ứng là 11,53%; 90,38% và 100%.

Bảng 5. Sự phục hồi giải phẫu vùng giác mạc bị mộng thịt sau 6 tháng

| Mức độ phục hồi | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------|------------|-----------|
| A | 33 | 63,46 |
| B | 19 | 36,54 |
| C | 0 | 0,00 |

Nhận xét: Sau 6 tháng phẫu thuật, đa số (63,46%) phục hồi giải phẫu vùng giác mạc bị mộng thị ở mức A; còn lại (36,54%) phục hồi ở mức B; không có trường hợp phục hồi ở mức độ C.

3.2.3. Tính an toàn

Bảng 6. Tai biến, biến chứng

| Tai biến, biến chứng | | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------|-----------------------|------------|-----------|
| Tai biến trong phẫu thuật | Đứt cơ trực trong | 0 | 0,00 |
| | Thủng nhãn cầu | 0 | 0,00 |
| Biến chứng sau phẫu thuật | Phù mảnh ghép | 1 | 1,92 |
| | Tụ máu dưới mảnh ghép | 4 | 7,69 |

Nhận xét: không có trường hợp tai biến trong phẫu thuật; Biến chứng nhẹ sau phẫu thuật: 7,69% mắt bị tụ máu dưới mảnh ghép; 1,92 bị phù mảnh ghép. Không có biến chứng nghiêm trọng.

3.2.4. Tỷ lệ tái phát, thời gian và mức độ tái phát mộng thị

Bảng 7. Tỷ lệ, thời gian và mức độ tái phát mộng thị

| | | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|--------------------|----------|------------|-----------|
| Thời gian tái phát | 3 tháng | 2 | 3,35 |
| | 6 tháng | 2 | 3,85 |
| Mức độ tái phát | Mức độ 2 | 2 | 3,85 |
| | Mức độ 3 | 0 | 0,00 |
| | Mức độ 4 | 2 | 3,85 |
| Tái phát thực sự | Có | 2 | 3,85 |
| | Không | 50 | 96,15 |

Nhận xét: sau 6 tháng, tỷ lệ chớm tái phát (tái phát mức độ 2) ở thời điểm 3 tháng là 3,85% và tỷ lệ tái phát thực sự mộng thị (tái phát mức độ 4) là 3,85% với thời gian tái phát là 6 tháng.

3.3 Các yếu tố liên quan đến tái phát mộng thị

Bảng 8: Liên quan giữa tái phát và độ tuổi, giới

| | | Tái phát | | P* |
|---------|------|-----------|-------------|-------|
| | | Có n (%) | Không n (%) | |
| Độ tuổi | ≤ 45 | 2 (16,67) | 10 (83,33) | 0,050 |
| | > 45 | 0 (0,00) | 40 (100,00) | |
| Giới | Nữ | 2 (6,45) | 29 (93,55) | 0,509 |
| | Nam | 0 (0,00) | 21 (100,00) | |

*: Kiểm định Fisher exact

Nhận xét: Tuổi ≤ 45 làm tăng khả năng tái phát mộng thị, có ý nghĩa thống kê với p = 0,050. Giới tính nữ làm tăng khả năng tái phát mộng thị nhưng ảnh hưởng không có ý nghĩa thống kê với p = 0,509 > 0,05.

Bảng 9: Liên quan giữa tái phát và độ mộng

| Độ mộng | Tái phát | | p* |
|---------|-----------|-------------|---|
| | Có n (%) | Không n (%) | |
| Độ IV | 2 (50,00) | 2 (50,00) | $p_{IV\&II} = 0,029$ $p_{IV\&III} = 0,010$ |
| Độ III | 0 (0,00) | 31 (100,00) | |
| Độ II | 0 (0,00) | 17 (100,00) | |

*: Kiểm định Fisher exact

Nhận xét: Có 2/4 (50,00%) mắt mộng độ IV bị tái phát mộng thịt; mộng độ II hoặc độ III không ghi nhận trường hợp tái phát. Mộng độ IV làm tăng khả năng tái phát, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 10: Liên quan giữa tái phát và kích thích kéo dài

| Kích thích kéo dài | Tái phát | | p* |
|--------------------|-----------|-------------|-------|
| | Có n (%) | Không n (%) | |
| Có | 2 (50,00) | 2 (50,00) | 0,005 |
| Không | 0 (0,00) | 48 (100,00) | |

*: Kiểm định Fisher exact

Nhận xét: Kích thích kéo dài làm tăng khả năng tái phát mộng thịt, có ý nghĩa thống kê với $p = 0,005 < 0,01$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Trước phẫu thuật, trung bình của thị lực logMar không chỉnh kính và có chỉnh kính lần lượt là $0,31 \pm 0,21$ và $0,07 \pm 0,23$. Thị lực không chỉnh kính mức trung bình chiếm đa số (78,85%). Thị lực có chỉnh kính mức tốt ($> 7/10$) chiếm nhiều nhất (90,38%). Bệnh nhân trong nghiên cứu của Huỳnh Chí Nguyễn có thị lực logMar không chỉnh kính là 0,22 [6], tốt hơn của chúng tôi. Kam và cộng sự (2019) ghi nhận thị lực không chỉnh kính logMar là $0,34 \pm 0,26$ [7], thấp hơn của chúng tôi. Thị lực trước phẫu thuật rất khác biệt giữa nhiều nghiên cứu do phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: Độ tuổi, tật khúc xạ, bệnh tại mắt, ...

4.2. Đánh giá kết quả và an toàn của phương pháp phẫu thuật mộng thịt nguyên phát bằng kỹ thuật chuyển vị kết mạc hai vạt trượt

4.2.1. Kết quả về chức năng

Tỷ lệ cải thiện thị lực không chỉnh kính sau 6 tháng (thị lực thập phân tăng ≥ 2 hàng) trong nghiên cứu của chúng tôi là 25,00%. Kết quả này phù hợp với của Trần Thị Như Anh: tỷ lệ

cải thiện thị lực của phương pháp phẫu thuật chuyển vạt kết mạc đối xứng là 23,1% [8]; cao hơn so với của phương pháp ghép kết mạc tự thân (tỷ lệ 18%) [8]. Cao hơn so với của Kaur M. và cộng sự bằng kỹ thuật chuyển vị kết mạc vạt trượt có tỷ lệ cải thiện thị lực thập phân > 2 hàng là 14% sau 6 tháng [9]. Mức độ tăng thị lực phụ thuộc vào mức độ loạn thị và độ mộng trước phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ loạn thị thay đổi nhiều nhất ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật với 44/52 (84,61%) giảm độ loạn thị từ 0,5D trở lên và giữ ổn định đến 6 tháng. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Levinger E. và cộng sự [10], Trần Thị Như Anh là [8], Kaur M. và cộng sự là [9].

Ở thời điểm 1 tuần toàn bộ 52/52 mắt bị kích thích nhưng đến thời điểm 1 tháng chỉ còn 13/52 mắt còn kích thích và sau 6 tháng chỉ còn 7,69% còn kích thích mức độ nhẹ, không gây ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe và sinh hoạt thường ngày của bệnh nhân. Kết quả này phù hợp với của Trần Thị Như Anh: sau phẫu thuật 6 tháng có 8,8% kích thích nhẹ ở mắt phẫu thuật bằng phương pháp chuyển vạt kết mạc đối xứng [8].

4.2.2. Kết quả về cấu trúc giải phẫu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian lành biểu mô giác mạc trung bình $13,07 \pm 3,16$ ngày. Tỷ lệ lành biểu mô ở thời điểm 7 ngày, 14 ngày, 30 ngày tương ứng là 11,53%; 90,38% và 100%. Lê Quang Thụy có thời gian lành biểu mô giác mạc sớm nhất là sau 3 ngày và chậm nhất là 7 ngày, sớm hơn so với của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể do Lê Quang Thụy nghiên cứu chủ yếu là mộng độ II (tỷ lệ 75,5%), trong khi chúng tôi nghiên cứu mộng thịt độ III, IV chiếm đa số (67,31%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, Sau 6 tháng phẫu thuật, đa số (63,46%) mắt phục hồi giải phẫu vùng giác mạc bị mộng thịt ở mức A (giác mạc trong, không sẹo); còn lại (36,54%) là phục hồi giải phẫu vùng giác mạc ở mức B (giác mạc có sẹo trắng mờ, lắng đọng lipid ít); không có trường hợp phục hồi ở mức độ C (giác mạc có sẹo trắng rõ, lắng đọng lipid nhiều). Kết quả này của chúng tôi tốt hơn so với nghiên cứu của Lê Quang Thụy sau 6 tháng phẫu thuật vẫn còn 5,7% phục hồi ở mức độ C [11].

4.2.3. Tính an toàn

Chúng tôi không ghi nhận tai biến trong lúc phẫu thuật. Điều này nói lên khâu vô trùng trong phẫu thuật, thao tác phẫu thuật cẩn thận của phẫu thuật viên, kỹ thuật phẫu thuật tỉ mỉ, chi tiết và việc chuẩn bị tiền phẫu được chuẩn bị tốt. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê Văn Giang [12], Nguyễn Văn Lành [13], Trần Thị Như Anh [8], Lê Quang Thụy [11], S.H. và cộng sự [14], Kaur M. và cộng sự [9].

Tuy nhiên, vẫn có các biến chứng ít nghiêm trọng sau phẫu thuật: 1/52 (1,92%) mắt bị phù mảnh ghép và 7,69% mắt bị tụ máu dưới mảnh ghép. Đối với phù mảnh ghép, thường tự phục hồi trong vòng 1 - 2 tuần. Trong nghiên cứu xử trí máu tụ dưới mảnh ghép ngay khi phát hiện, bằng cách hút rửa và băng ép. Không có trường hợp nào tái phát trở lại và thâm máu dưới mảnh ghép tiêu dần trong 1 tháng sau đó. Nghiên cứu của Trần Thị Như Anh nhận thấy, phù mảnh ghép, rất phổ biến 1 tuần sau phẫu thuật cắt ghép kết mạc rời (33,96%), nhóm chuyển vạt kết mạc đối xứng có tỷ lệ phù mảnh ghép thấp hơn đáng kể (18,68%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [8].

4.2.4. Tái phát mộng thịt

Tỷ lệ tái phát mộng sau 6 phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là 3,85%, phù hợp với các nghiên cứu gần đây ở trong và ngoài nước về điều trị mộng thịt bằng kỹ thuật chuyển vạt kết mạc. Kim S.H. và cộng sự nghiên cứu 110 mắt ghi nhận tỷ lệ tái phát là 4,54% [14]. Trần Thị Như Anh cũng nghiên cứu phẫu thuật mộng thịt bằng kỹ thuật chuyển vạt kết mạc đối xứng, sau 6 tháng theo dõi cho thấy tỷ lệ tái phát là 9,9% [8]. Tỷ lệ tái phát liên quan đến kỹ thuật khác nhau, nhân khẩu học, môi trường, kinh nghiệm phẫu thuật viên...

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật mộng thịt nguyên phát bằng kỹ thuật chuyển vạt kết mạc hai vạt trượt là an toàn. Không có tai biến, biến chứng nghiêm trọng trong và sau phẫu thuật. Các biến chứng ít nghiêm trọng như bị tụ máu dưới mảnh ghép (7,69%); phù mảnh ghép (1,92%) khỏi trong vòng 1 tháng sau phẫu thuật. Tỷ lệ tái phát mộng thịt là 3,85% ở thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật. Các yếu tố nguy cơ tái phát mộng thịt: tuổi ≤ 45 ; kích thích ở mắt > 4 tuần; mộng độ IV. Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật là khá cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Clearfield E, Muthappan V, Wang X, Kuo IC, Conjunctival autograft for pterygium. Cochrane Database Syst Rev. 2016; 2: CD011349.
2. Lee JS, et al, Efficacy and Safety of a Large Conjunctival Autograft for Recurrent Pterygium. Korean J Ophthalmol. 2017; 31(6): 469-478.
3. Kaufman SC, Jacobs DS, Lee WB, et al, Options and adjuvants in surgery for pterygium: A report by the American Academy of Ophthalmology. Ophthalmology. 2013; 120: 201-208.
4. Lee JS, Choi YS, Jo YJ, Lee JE, Pterygium surgery by double-sliding flaps procedure: Comparison between primary and recurrent pterygia. Indian J Ophthalmol. 2021; 69: 2406-11.
5. Hoàng Văn Minh, Lư Ngọc Hoạt, Đào Thị Minh An và cộng sự., Phương pháp chọn

- mẫu và tính toán cỡ mẫu trong nghiên cứu khoa học sức khỏe. 2020: Trường Đại học Y tế công cộng. 1-85.
6. Huỳnh Chí Nguyễn, Đánh giá hiệu quả điều trị mộng thị nguyên phát bằng ghép kết mạc rìa tự thân kết hợp chích Corticosteroid. 2014. Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh.
 7. Kam KW, Young AL, Fifteen-year results of a randomized controlled trial comparing 0.02% mitomycin C, limbal conjunctival autograft, and combined mitomycin C with limbal conjunctival autograft in recurrent pterygium surgery. *Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology*. 2019; 257: 2683-2690.
 8. Trần Thị Như Anh, Đánh giá kết quả phẫu thuật mộng thị bằng phương pháp chuyển vạt kết mạc đối xứng. 2021. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
 9. Kaur M, Singh M, Singh S, Sliding limbus-conjunctival flaps for minimizing the pterygium recurrence: a prospective tertiary care institute study. *Romanian Journal of Ophthalmology*. 2023; 67 (3): 244-249.
 10. Levinger E, Sorkin N, Sella S, et al, Posterior Corneal Surface Changes After Pterygium Excision Surgery. *Cornea*. 2020; 39 (7): 823-826.
 11. Lê Quang Thụy, Đánh giá lâm sàng và điều trị mộng thị nguyên phát bằng ghép kết mạc rìa tự thân phía dưới nhãn cầu. 2019. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
 12. Lê Văn Giang, Nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật mộng thị ghép kết mạc rìa tự thân có lót màng ối. 2015. Đại học Y dược TP HCM.
 13. Nguyễn Văn Lành, Đánh giá hiệu quả phẫu thuật mộng thị ghép kết mạc tự thân mảnh rộng cải tiến. 2016. Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh.
 14. Kim SH, Oh JH, Do JR, et al, A comparison of anchored conjunctival rotation flap and conjunctival autograft techniques in pterygium surgery. *Cornea*. 2013; 32(12): 1578-81.