

PHẪU THUẬT SỤP MI: MỘT PHƯƠNG PHÁP MỚI CẢI BIẾN

DŨNG DIEU

TS.BS Trường khoa mắt Bệnh Viện Tỉnh An Giang; duongdieumd@yahoo.com

I MÔ TẢ:

Thông thường người ta chia sụp mí thành hai nhóm: sụp mí bẩm sinh và sụp mí mắc phải. Tỷ lệ sụp mí mắc phải là do nhô mắt sau khi loại trừ sụp mí [1] [2] [3]. Khoảng 55 đến 60% các trường hợp sụp mí là bẩm sinh [3]. Do thoái hóa cơ nâng mí không rõ nguyên nhân. Tình trạng này thường là theo chu kỳ không có lẽ do di truyền. Sụp mí bẩm sinh thì sẽ có thể kết hợp với các bất thường về cơ khác. Một số bệnh nhân sụp mí từ khi mới sinh, cũng có thể là một số khác do chấn thương lúc sinh. Cơ chế sụp mí thì sẽ rõ hơn nếu biết rõ Theo Berke và Wadsworth nguyên nhân sụp mí có thể là do tổn hại thần kinh III. Jackson với kính hiển vi nên tìm thấy thoái hóa cơ. Phân loại sụp mí gồm 6 loại: Cơ thẳng trên bình thường, cơ thẳng trên yếu, cơ nếp quặt mí, nguồn gốc thần kinh, liệt dây thần kinh III bẩm sinh, hội chứng Horner và Marcus Gunn. Sụp mí một bên thì thường gặp hơn hai bên. Chẩn đoán sụp mí theo Berke: nâng mí < 4 mm, vừa 4-6 mm, nhẹ > 7 mm.

Nhiều trò bao gồm nâng sụp mí và chọn phẫu thuật thích hợp. Phẫu thuật hiện nay bao gồm: rút ngắn cơ nâng mí, tăng cường cơ nâng mí bằng gân cơ mũi tùy theo chẩn đoán. Thông thường các tác giả khuyến cáo phẫu thuật chỉnh non hơn là chỉnh giá. Nhiều chỉnh và phải cho trẻ lớn tuổi có sụp mí ổn trong thời gian dài.

Fasanella Servat là phẫu thuật thông dụng cho sụp mí nhẹ 1 đến 3 mm và chức năng cơ nâng mí còn tốt 9 đến 13 mm [3]. Chúng tôi cải biến phẫu thuật Fasanella Servat vì chẩn đoán của phẫu thuật này nên áp dụng cho trẻ từ 11 tuổi trở lên và người lớn. Biến chứng phẫu thuật bao gồm: Quai mắt, đôi mắt nhiều chảy; nếp mí xấu, lỏng mí không đều, bờ mí khuyếch, thõng da mí, nếp mí không kín, phôi kết mạc.

Qua bài này chúng tôi nêu xuất phẫu thuật cải biến nên có thể khác phục một số những biến chứng nêu trên và là một phương pháp ít xâm lấn so với phẫu thuật cắt ngắn cơ nâng mí.

II NỘI DUNG VÀ PHƯƠNG PHÁP:

1 NỘI DUNG:

Các bệnh nhân sụp mí bẩm sinh nên yêu cầu phẫu thuật và có chẩn đoán phẫu thuật.

2. PHƯƠNG PHÁP:

Thường xuyên can thiệp làm sang, không ngẫu nhiên, không nói chóng, tối chóng trước và sau mổ

Biện pháp chặn nướu, can thiệp vào lỗ ống chính:

* Chặn nướu nướu sụn mi theo Berd.

* Chặn nướu loại trừ khối phẫu thuật : Thường xuyên nướu chặn nướu sụn mi nhờ có.

* Nướu lỗ ống **chính** bằng thước milimet.

Phương pháp phẫu thuật Fancesnella Servar -Simonton cải biến nhiều trò sụn mi bẩm sinh.

Kỹ thuật nướu mổ aichi tiết nhỏ sau:

1. Tiêm 2ml lidocain 2% vào trong da vùng mi trên.
2. Nướu rạch da song song với bờ mi và cách bờ mi 5mm. Tách nướu rạch phía dưới nên gần sụn bờ mi. Tách nướu rạch phía trên nên tận hoặc mặt đáy chày Whitnall khoảng 40mm nên gặp nói lại, tuy rạch ống hộp sụn mi (Hình1). Lúc bóc tách nên cầm máu cẩn thận, phải bảo bệnh nhân nhìn xuống, tránh không làm phôi mô uhoá mắt.(Hình 2)
3. Nhặt 3 múi chẻ rời 5-0 Vicryl theo thời gian : giữa , trong và ngoài : Nhặt múi chẻ thời 1: Tờ da trên ở phía trên chặn máy chui qua mạng bao cô nướu mi nên giữa sụn mi trên (tổng ống và trí 12 giờ) rộng qua 4mm, sau đó nhả nướu trừ ở trên chui qua bao cô nướu mi ra da trên trên chặn máy. Kế nên nhặt múi chẻ thời 2 phía trong, và thời 3 phía ngoài.(Hình 2 và 3). Múi chẻ này sẽ cắt vào khoảng 10 ngày nên 2 tuần lễ sau.
4. Rút ngắn cô nướu mi bằng cách gặp nói nướu cô nướu mi : rút 3 sợi chẻ trên theo thời gian giữa, trong, ngoài, sau đó có chẻ trên miếng gạc quấn tròn. Việc có trên miếng gạc này là nên siết chặt thêm nếu nhiều chẻ còn non (có thể tháo gạc nên siết chẻ) hoặc nói lỏng ra nếu nhiều chẻ già trong thời gian sau phẫu thuật (Hình 4). Không cắt ngắn cô nướu mi nhờ phương pháp Fasanella Servat .
5. Khâu vết hay khâu múi rời hai mép da tối do kết thúc phẫu thuật.(Hình4). Chẻ nên cắt da thõa trong ống hộp sụn mi nhiều và đỡ da.

III KẾT QUẢ BẢNG CHI TIẾT THEO ĐỒI CÁC BỆNH NHÂN SỤP MI:

BN	Tuổi	Giới	Mắt mờ		Khemi mm	Mắt nhắm: Hôi mi	
			Trước mổ	Sau mổ 1 tháng		Sau mổ 1 năm	Sau mổ 6 tháng
1	16	nu	2	7	5		

2	16	nu	2	7	5	
3	17	nu	2	7.5	6	
4	17	nu	2	7.5	6	
5	18	nam	2.5	7.5	6.5	
6	18	nu	2.5	7.5	6.5	
7	19	nu	2.5	7.5	7	
			2.5	8	7	
8	19	nam	2.5	8	7	
9	20	nam	3	8	7	
10	20	nu	3	8	7	
11	20	nu	3	8	7	
12	21	nu	3	8	7	
13	22	nam	3	8	7	
14	22	nam	3	8	7	
			3	8	7	
15	22	nu	3	8	7	
16	23	nam	3	8	7	
17	23	nu	3	8	7	
18	24	nu	3.5	8	7	
19	25	nam	3.5	8	7	
20	26	nu	3.5	8	8	
21	27	nu	3.5	8.5	8	
21	27	nam	4	9	8	0.5
23	28	nu	4	9	8	0.5
24	29	nu	4	9.5	8	0.5
25	30	nu	4	9.5	8	0.5
			4	9.5	8	0.5
26	35	nu	4	9.5	8.5	0.5
27	39	nam	4	9.5	8.5	0.5
28	40	nu	4.5	10	8,5	1
			4.5	10	8,5	1
29	42	nu	5	10	9	1.5
30	45	nam	5	10	9	1.5
31	45	nu	5	10	9	2
32	58	nam	5	10	9	2
Tổng	853		113.5	276.5	227	12.5
TB	26.66		3.55	8.64	7.57	0.96
SD	10.25		0.81	0.90	0.79	0.59

Chọn vào nghiên cứu có 36 mắt nội nhãn phẫu thuật của 32 người bệnh, trong đó nam 11 (30,56%) và nữ 21 người (65,62); có 4 bệnh nhân sụp cả 2 mắt.

Tuổi trung bình 26,66 ± 10,25. Tuổi thấp nhất 16 tuổi phải nữ tuổi cao nhất 58 tuổi phải nam.

Trước phẫu thuật:

- ❖ Sụp mí nhẹ: 0; vừa: 13 mắt; nặng: 23 mắt.
- ❖ Khe mí: 3, 55mm ± 0,80

Sau phẫu thuật:

- ❖ Mắt thẳng (36 mắt) Khe mí: 9,21mm ± 1,55mm.
- ❖ Sau thẳng sau phẫu thuật: Khe mí: 8,64mm ± 0,90mm, khi nhắm mắt khe mí hở 0,96mm ± 0,59mm;
- ❖ Mắt nhắm sau phẫu thuật: Khe mí: 7, 56mm ± 0,79mm, mắt nhắm kín không có khoảng hở mí, tiếp tục theo dõi tình trạng sụp mí.

IV BÀN LUẬN:

❖ Năm sụp mí mắt phải là do nội nhãn sau khi loại trừ giảm sụp mí. [1] [2] [3]. Nội nhãn là một bệnh mãn tính, tái phát do sợi mắt mới của võng mạc. Bệnh có thể khởi phát ở bất kỳ tuổi nào nhưng nội nhãn thường xảy ra ở phải nữ trẻ. Nội nhãn có thể xảy ra 15% ở những trẻ có bệnh bẩm sinh nội nhãn. Tuổi thường gặp từ 20 đến 50. Sụp mí và lác mắt những triệu chứng sớm và thường gặp trong nội nhãn, có thể đi kèm song thị hay yếu mắt so với mắt kia khi mới mới [2] [4]. Nội nhãn là một rối loạn của võng mạc gây nên do kháng thể với các thụ thể acetylcholine ở mắt bẩm sinh. Những triệu chứng có thể thoáng qua kháng thể kháng thụ thể acetylcholine xuyên qua nhau thai. Nội nhãn có thể là bệnh toàn thân hoặc chỉ tại mắt. Khoảng một phần ba bệnh nhân nội nhãn có triệu chứng riêng lẻ tại mắt lúc khởi phát. Nếu nội nhãn có triệu chứng ở mắt suốt ba năm nội nhãn xem như nội nhãn toàn thân. Khoảng 85% đến 90% nội nhãn có dấu hiệu ở mắt lúc chẩn đoán. Sụp mí có thể một bên hay hai bên. Tính thay đổi và sợi mắt mới là những dấu hiệu chính trong nội nhãn. Sụp mí có thể không có hoặc nhẹ buổi sáng và tăng dần lên buổi chiều. Có gắng nhìn lên hoặc có kẹp mí sụp sẽ gây sụp ở mắt bên kia. Thử nghiệm Tensilon cho những bệnh nhân nội nhãn có nồng độ bình thường. Chẩn đoán với thử nghiệm Tensilon và kháng thể antiacetylcholine. Nhiều tài liệu dùng thử nghiệm áp nước mắt trên mí sụp để chẩn đoán sụp mí do nội nhãn thì an toàn và hiệu quả [5]. Số gia tăng nhiệt độ có thể làm tổn thương hai mắt, những trải nghiệm sợi giảm nhiệt độ tăng tính co rút võng mạc. Hai thập niên trước có lẽ cái thien chon nang nội nhãn có lẽ do chế độ ăn uống acetylcholine. Áp nước mắt trên mí sụp từ 5 đến 10 phút, khoảng 2 phút. Chúng tôi dùng thử nghiệm áp nước mắt sau 10 phút nếu sụp mí cái thien cao nhất, từ 10 đến 20 phút duy trì sợi cái thien nếu loại trừ các sụp mí do nội nhãn không thoc hien phẫu thuật loại bỏ nội nhãn nghiên cứu.

❖ Khoảng 55% đến 60% các trường hợp sụp mí bẩm sinh [3]. Do thoái hóa võng mạc mí không rõ nguyên nhân. Tình trạng này thông thường theo chu kỳ những cơn do di truyền. Sụp mí

bẩm sinh thất sởi có thể kết hợp với các bất thường về cấu trúc. Một số bệnh nhân sụp mí từ khi mới sinh, cũng có thể do một số khác do chấn thương lúc sinh. Cô che sụp mí thất sởi chưa được biết rõ. Theo Berke và Wadsworth người nhận sụp mí có thể là do tổn thương thần kinh III. Jackson với kính hiển vi nhìn thấy thoái hóa cơ. Phân loại sụp mí gồm 6 loại thì các trường hợp của chúng tôi có 19 người thuộc nhóm 1. Cô đang trên bình thường và 3 người thuộc nhóm 2 cô đang trên yếu nặng. Sụp mí một bên thì thường gặp hơn hai bên có 4 ca gồm 3 nữ và 1 nam, sụp mí cả 2 mắt. Về giới tính: 16 nữ/ nam của chúng tôi 21/11 # 2 so với sụp mí của tác giả Leiva và Long, Nguyễn Văn Năm 16 nữ/ nam = 1,6 và Trần Ngọc Ân = 2,3 [6]

❖ Nhiều trẻ sụp mí: bao gồm nhiều gia đình sụp mí và chọn phẫu thuật thích hợp. Phẫu thuật thông thường lành non hơn là lành gia đình. Nhiều bệnh nhân phải chờ đợi lâu tuổi con nhỏ sụp mí ở trong thời gian dài. Fasanella Servat là phẫu thuật thông dụng cho sụp mí nhẹ 1 đến 3mm và cho trẻ nặng có sụp mí có từ 9 đến 13mm [3][7]. Chúng tôi dùng phẫu thuật Fasanella Servat cải biến vì chế độ lành của phẫu thuật này cho trẻ từ 11 tuổi trở lên và người lớn. Biến chứng của phẫu thuật này bao gồm: nhiều bệnh nhân quai mồm, nhiều bệnh nhân đôi mắt; nếp mí xấu, lõng mí không đều, bờ mí khuyếch, thõng da mí, nặng mí không kín, phải kết mạc mí.

❖ Chúng tôi cải biến gặp người có sụp mí mà không cắt ngay sụp mí do nhiều khác biệt một số bệnh biến chứng nếu trên bờ mí không bờ khuyếch, nhiều bệnh nhân lõng mí đều, không phải kết mạc mí. Đây là ưu điểm của phương pháp này: ít xâm lấn, dễ thực hiện và đạt hiệu quả [8][9][10].

❖ Theo Simonton, nếu nhiều bệnh nhân hay gia đình phải mổ lại trong vài ngày hoặc tuần lễ cũng dùng phương pháp làm lõng sụp mí hay cắt ngay thêm sụp mí [3][7][11]. Với phương pháp của chúng tôi với quan sát trên cấu trúc sợi chất lành non hoặc nội lõng lành gia đình 1-2mm, đây là ưu điểm của phương pháp này: muối chất lành sụp mí và các ngày sau khi phẫu thuật [8][9][10].

❖ Khuyếch nếp mí của phương pháp chúng tôi là một tháng sau phẫu thuật mí dày, bệnh nhân có cảm giác nặng mí, độ cao khe mí 9mm, khi nhắm mí hở 1,5mm. Tuy nhiên qua theo dõi, sau 6 tháng mí bớt dày, độ cao khe mí 8mm, khi nhắm mí hở 1mm, sau 1 năm mí gần bình thường, bệnh nhân không còn cảm giác nặng mí, độ cao khe mí 7mm mắt nhắm kín (Hình 5). Một số tác giả chú trọng vai trò mí sau phẫu thuật sụp mí [12],[13],[14]. Hiện người bệnh nặng nề theo dõi sụp mí vì sau một năm không còn người bệnh nặng mí.

❖ Không nghiên cứu tiếp theo là tính toán chính xác độ sụp mí trước khi phẫu thuật.

Tóm tắt : PHẪU THUẬT SỤP MÍ: MỘT PHƯƠNG PHÁP MỚI CẢI BIẾN

1 Mục tiêu: Lành gia đình qua 36 mắt của 32 người bệnh sụp mí bẩm sinh nặng lành non và nhiều trẻ bằng phẫu thuật mới cải biến qua theo dõi sau một năm.

2 Phương pháp nghiên cứu:

Thường xuyên can thiệp làm lành loạt bệnh, không ngẫu nhiên, không nói chung.

3 Biến pháp lành non, can thiệp và số lượng chính:

* Loại trừ không phẫu thuật sụp mí nhỏ có : Thường xuyên nặng lành non.

* Nõ lũng nõ súp mi bằng thõc milimet.

* Phõng pháp phẫu thuậ: cá biế Fasanella Servat -Simonton (hình):

• Thì 1 : Tiế 2ml lidocain 2% vào trong da vung mi trệ.

• Thì 2 : Nõ õng rạch da song song vớ bõ mi và cặ bõ mi 5mm. Tặ nõ õng rạch phẫu dõ õi nế gặ sủ bõ mi. Tặ nõ õng rạch phẫ trệ nế tặ hõc mặ dặ chặ Whitnall khang 30-40mm nế gặ nõ lặ, tặ trõ õng hõp súp mi(Hình1). Lực bõ tặ nế cặ mặ cặ thặ, phẫ bõ bệnh nhậ nhậ xuong, trặ hế sõc nõ õng lam phõ mõ hõ mặ.(Hình 2)

• Thì 3 : Nặ 3 mứ chặ rõ 5-0 Vicryl theo thõ tõ: giõ, trong và ngoạ : Nặ mứ chặ thõ 1: Tõ da trậ õ phẫ trệ chặ mặ chặ qua mặg bõ cõ nặng mi nế giõ sủ mi trệ (tõ õng õng vớ trớ 12 giõ) vớng qua 4mm, sau nõ ñi nõ õc trõ ñe chặ qua bõ cõ nặng mi ra da trậ trệ chặ mặ. Kế nế nặ mứ chặ thõ 2 phẫ trệ, và thõ 3 phẫ ngoạ.(Hình 2 và 3). Mứ chặ nặ se cặ vào khang 10 ngày nế 2 tuậ lặ sau.

• Thì 4: Gặ nõ ñi nõ õc cõ nặng mi bằng cặ rừ 3 sõ chặ trệ theo thõ tõ giõ, trong , ngoạ, sau nõ cặ chặ trệ miếng gặ quậ tron nõ õng kớ 1cm. Vặ cặ chặ trệ miếng gặ nặ lặ nế sặ chặ thệ nế nế chặ con non (cõ thệ thậ gặ nế sặ chặ) hõc nõ ñi lặng ra nế nế chặ gặ (Hình 4). Khang cặ nặ cõ nặng mi thõ nhõ phõng pháp Fasanella Servat .

• Thì 5 : Khậ vặ hay khậ mứ rõ hai mặp da tõ do kế thực phẫ thuậ.(Hình4). Chặ nế cặ da thõ trong trõ õng hõp súp mi nặ.

4 Kế quậ

Cõ 36 mặ cũ 32 nõ õi bệnh (trong nõ ñam 11 và nõ 21 nõ õi) nõ õc phẫ thuậ. Tuậ trung bệnh $26,66 \pm 10,25$. Tuậ thậ nhậ 16 thõc phẫ nõ tuậ cao nhậ 58 thõc phẫ nam.

Trõ õc phẫ thuậ: Súp mi nế 0; vớ: 13 mặ; nặng: 23 mặ. Khe mi : $3, 55\text{mm} \pm 0,81$

Mặ thậng sau phẫ (36 mặ) Khe mi : $9,21\text{mm} \pm 1,55\text{mm}$.

Sau thậng sau phẫ: Khe mi: $8,64\text{mm} \pm 0,90\text{mm}$, khậ nhậ mặ khe mi hõ $0,96\text{mm} \pm 0.59\text{mm}$;

Mặ nặ sau phẫ : Khe mi: $7, 57\text{mm} \pm 0,79\text{mm}$, mặ nhậ kớ, tiế tực theo dõ.

5 Kế luậ:

Phõng pháp phẫ thuậ súp mi cá biế cõ thệ nế chặ trong tuậ lặ nặ sau phẫ bõ õc nặ nặ kế quậ mong nõ ñi sau mặ nặ theo dõ.

SUMMARY: Ptosis surgery : A new procedure for correction of congenital ptosis.

Objective: An evaluating for new technic in ptosis surgery.

Design: An interventional clinical trial, non comparative, non randomised study in 36 eyes of 32 consecutive patients

Principal measurements and intervention:

*A modified Fasanella Servat procedure to correct congenital ptosis.

*Measurement by milimeter for ptosis and in follow-up.

Results: Interventional clinical trial 36 cases :6 months postoperation to one year postoperation: palpebral fissure, corneal exposure:, thinner lid and palpebral fissure

Conclusion For our surgical procedure with the adjust suture that can be corrected in the first week post operation has a good result after one year follow-up.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Crowell Beard. Examination and evaluation of the ptosis patient, in: Byron Capleese Smith Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery 1987:681-684,Chapter27.
2. Peter, J Savius, Mark L Moster. Ptosis in Neurologic Disease in: Byron Capleese Smith Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery 1987:623-630, Chapter 28
3. John S Crawford. Congenital blepharoptosis, in: Byron Capleese Smith Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery 1987, Chapter 29.
4. Richard K Dortzbach. Approach to acquired ptosis, in: Byron Capleese Smith Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery 1987, Chapter 30
5. Karl C Golnik et al. An ice test for the diagnosis of myasthenia gravis, Ophthalmology 1999;106:1282-1286
6. Lê Văn Long, Nguyễn Văn Năm. Nghiên cứu nội nhãn lâm sàng sụp mí do nhược cơ tròng vẩy sau phẫu thuật tuyến ức, tạp chí Nha khoa Việt Nam 11/2005, V5 : 29-35
7. John T Simonton. Monitored Ptosis Surgery in: Byron Capleese Smith Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery 1987:681-684, Chapter 31.
8. Duong Dieu. Ptosis: A report of two cases, Medical Progress, Medimedia 2003, v30, n3:33-37.
9. Duong Dieu, A new procedure for ptosis correction, Final Program Book : p=265, Nov 12-13/2006, AAO(American Academy Ophthalmology)-APAO, Las Vegas, United States of America, Nov 11-14, 2006.
10. Duong Dieu, A new procedure for ptosis correction, Eye Net Magazine-AAO(American Academy Ophthalmology)- Nov/Dec 2006,10(10):17
11. Joyce Johnson, Richard Colin. The posterior approach to ptosis repair, in: Byron Capleese Smith Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery 1987:685-698, Chapter 32.
12. Michael A Burnstine, Allen M Putterman. Upper Blepharoplasty - A novel approach to improving progressive myopathic blepharoptosis, Ophthalmology 1999, 106:2098-2010
13. Sang In Khwarg, Kristin J Tarbet, Richard K Dorzbach, Mark J Lucarelli. Management of moderate-to severe Marcus Gunn Jaw-winking Ptosis, Ophthalmology 1999, 106:1191-1196
14. James F, Vander Janice A. Gault. Ophthalmology Secrets, Henley& Belfus 1998:234-251