

**SỞ Y TẾ THÁI BÌNH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐÔNG HƯNG**



ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

**MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT
QUẢ ĐIỀU TRỊ QUẠM TẠI KHOA MẮT BỆNH
VIỆN ĐA KHOA ĐÔNG HƯNG
NĂM 2023**

**Chủ nhiệm: Nguyễn Bá Trọng
Đơn vị : Khoa Mắt**

Đông Hưng - 2023

**SỞ Y TẾ THÁI BÌNH
BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐÔNG HƯNG**



ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

**MÔ TẢ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT
QUẢ ĐIỀU TRỊ QUẠM TẠI KHOA MẮT BỆNH
VIỆN ĐA KHOA ĐÔNG HƯNG
NĂM 2023**

**Chủ nhiệm: Nguyễn Bá Trọng
Cộng sự : ĐD Nguyễn Thị Ngát**

Đông Hưng - 2023

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chương I: TỔNG QUAN

1. Một số nét cơ bản về giải phẫu và sinh lý mi mắt	7
1.1. Hình thể mi mắt	7
1.1.1. Mặt trước	7
1.1.2. Mặt sau.....	7
1.1.3. Góc mắt.....	8
1.1.4. Bờ tự do của mi mắt	8
1.1.5. Lông mi.....	8
1.2. Cấu tạo giải phẫu mi mắt	8
1.2.1. Da và tổ chức dưới da	9
1.2.2. Các cơ vân ở mi và dây chằng mi.....	9
1.2.3. Các khoang và cân bên dưới cơ vòng cung mi.....	9
1.2.4. Cân vách hốc mắt và sụn mi	10
1.2.5. Các cơ bám mi trên	10
1.2.6. Cơ bám mi dưới	11
1.2.7. Kết mạc	12
1.3. Cấp máu cho mi mắt	13
1.4. Một số nét khác biệt của mi mắt người châu Á.....	14
1.5. Biến đổi mi mắt theo tuổi tác	15
1.6. Các phương pháp khám đánh giá mi mắt cơ bản.....	15
1.7. Các phương pháp điều trị.....	18
1.7.1. Điều trị quặm mi dưới tuổi già	19
1.7.2. Điều trị quặm mi trên tuổi già	22
1.8. Tình hình nghiên cứu tại Việt nam	22

Chương II: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu	24
2.1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân	24
2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân	14

2.2. Phương pháp nghiên cứu	25
2.2.1 Thiết kế nghiên cứu.	25
2.2.2 Mẫu nghiên cứu	25
2.2.3. Phương tiện nghiên cứu	Error! Bookmark not defined.
2.2.4. Cách thức nghiên cứu	Error! Bookmark not defined.
2.2.5. Giải thích cho bệnh nhân và gia đình trước phẫu thuật.....	26
2.2.6. Phương pháp phẫu thuật	26
2.2.7. Đánh giá bệnh nhân sau mổ.....	30
2.2.8. Đạo đức trong nghiên cứu	31
2.3. Xử lý số liệu.....	31

Chương III: DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu.....	33
3.1.1 Đặc điểm bệnh nhân theo tuổi	34
3.1.2 Đặc điểm bệnh nhân theo giới	Error! Bookmark not defined.
3.1.3. Phân bố bệnh theo mi mắt	36
3.1.4. Phân bố bệnh theo thời gian mắc bệnh.....	37
3.1.5. Phân bố bệnh theo số lần phẫu thuật	38
3.2. Đặc điểm phương pháp phẫu thuật	38
3.3. Kết quả điều trị.....	39
3.3.1 Tình trạng cộm mắt trước và sau phẫu thuật	39
3.3.2 Tình trạng chói mắt trước và sau phẫu thuật.....	Error! Bookmark not defined.
3.3.3. Tình trạng chảy nước mắt.....	40
3.3.5. Tình trạng quặm.....	41
3.3.6. Thị lực	41
3.3.7. Đánh giá sẹo mổ	42
3.3.8. Biến chứng sau phẫu thuật.....	43
3.3.9. Chức năng	Error! Bookmark not defined.
3.3.10. Thẩm mỹ	Error! Bookmark not defined.
3.3.11. Đánh giá kết quả theo phương pháp phẫu thuật	44

Chương IV: KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

- 4.1. Bàn luận về các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu..... 45
- 4.2. Đánh giá các chỉ định và phương pháp điều trị 46
- 4.3. Đánh giá kết quả điều trị..... **Error! Bookmark not defined.**

KẾT LUẬN

KHUYẾN

NGHỊ

DANH MỤC BẢNG

ĐẶT VẤN ĐỀ

Quặm là hiện tượng bờ mi bị sụp vào trong đẩy hàng lông mi cọ sát vào giác mạc gây cộm, chói, chảy nước mắt, đỏ mắt và nhiễm trùng kết giác mạc. Theo Vallabhanath và Suán(2002) thì quặm và lộn mi chiếm 11% trong số bệnh nhân cần phẫu thuật tạo hình ở mắt [44]. Quặm mi có nhiều nguyên nhân: Bẩm sinh do hàng lông mi kép, nếp da mi thừa hay bất thường bó cơ vòng bờ mi; Sẹo kết mạc và sụp mi do nhiễm trùng mãn tính (viêm bờ mi, viêm kết mạc), bỏng hóa chất hay dùng thuốc tra mắt kéo dài; Co quắp cơ vòng mi vô căn; Biến đổi mi mắt liên quan đến tuổi tác cao.

Do một số đặc điểm về cấu trúc giải phẫu riêng biệt nên quặm thường xuất hiện ở người châu Á: 11,45% so với người không phải châu Á 3,7% [19]. Trong khi đó lộn mi do tuổi già ở các châu lục khác lại chiếm tỷ lệ cao hơn quặm mi.

Theo điều tra về dịch tễ học các bệnh mắt năm 1996 tại bệnh viện mắt trung ương, quặm đứng hàng thứ tư (1,17%) về số người mắc [9]. Về nguyên nhân gây giảm thị lực, quặm cũng đứng hàng thứ tư (0,55%) [9]. Nhưng trong nghiên cứu không xác định rõ loại quặm và các yếu tố liên quan.

Mô hình bệnh tật có thể đã có những thay đổi do điều kiện sống và y học phát triển. Tuổi thọ trung bình của người dân ngày càng cao. Bệnh mắt hột vốn là nguyên nhân gây quặm chủ yếu ở những nước đang phát triển trước đây nay đã và đang được thanh toán ở nhiều nước, trong đó có Việt nam [12]. Tại Bệnh viện đa khoa Đông Hưng hàng năm điều trị phẫu thuật khoảng 20-30 mắt, là phẫu thuật phổ biến thứ 3 sau phẫu thuật phaco và mộng nhưng hiện chưa có nghiên cứu báo cáo khoa học. Đó là lý do chúng tôi thực hiện đề tài **“Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị quặm tại Khoa Mắt Bệnh viện Đa khoa Đông Hưng năm 2023 ”** với 2 mục tiêu nghiên cứu :

1. Mô tả Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân quặm được phẫu thuật tại Khoa Mắt Bệnh viện Đa khoa Đông Hưng

2. Đánh giá kết quả điều trị quặm tại Bệnh viện Đa khoa Đông Hưng sau phẫu thuật

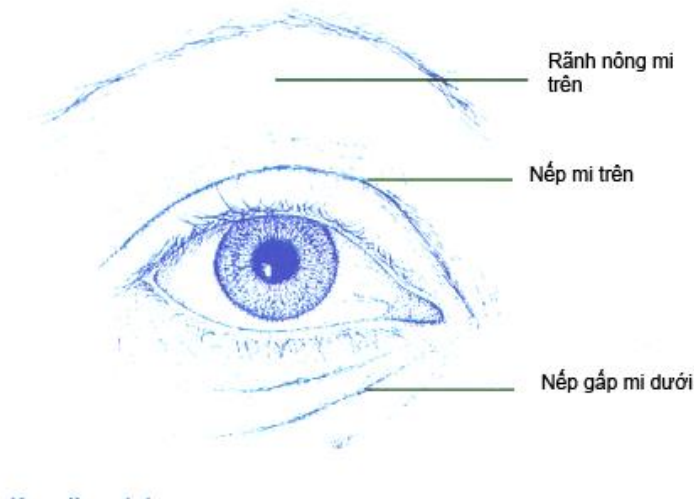
Chương I: TỔNG QUAN

1.1. Một số nét cơ bản về giải phẫu và sinh lý mi mắt

Mỗi bên mắt có 2 mi: mi trên và mi dưới, cách nhau bởi khe mi. Mỗi mi có hai mặt: mặt trước và sau, hai góc: góc trong, ngoài và bờ tự do.

1.1.1. Mặt trước

Mi trên bắt đầu từ bờ dưới cung lông mày trở xuống, Mi dưới bắt đầu từ rãnh mi dưới trở lên. Mỗi một mi có một nếp da song song với bờ tự do, nếp này càng hằn rõ khi ta mở to mắt và còn gọi đó là rãnh hốc-mi mắt. Nếp mi nằm ở phía trên hàng chân lông mi 4 mm với nam giới và 5 mm với nữ giới. Nếp mi trên là do các sợi cân cơ nâng mi bám vào, thường ngang mức với bờ trên của sụn mi trên. Khoảng giữa bờ tự do của mỗi mi và rãnh hốc-mi mắt là phần sụn của mi mắt. Đôi khi có một nếp da đứng dọc có độ cong quay ra ngoài nối liền hai rãnh kể trên, nếp da này đi qua trước chỗ dính của dây chằng mi trong, tạo thành nếp quạt (Hình 1.1).



Hình 1.1 Sơ đồ nếp mi mắt

1.1.2. Mặt sau

Kết mạc mi phủ kín mặt sau mi mắt. Khi nhắm mắt thì độ cong của mặt sau mi áp sát vào phần trước nhãn cầu.

1.1.3. Góc mắt

Góc mắt là vùng tiếp nối giữa mi trên và mi dưới, gồm có góc mắt ngoài và góc mắt trong. Góc mắt trong tròn và rộng, cách điểm lệ 6-8 mm. Ở góc trong có cục lệ hình bầu dục, màu hồng kích thước 1x2 mm, nếp bán nguyệt là một nếp kết mạc hình liềm nằm ngoài cục lệ có cấu trúc khác kết mạc với nhiều nang lông và tuyến bã. Góc mắt ngoài của khe mi cách thành hốc mắt 6-7 mm về phía trong và cách khớp nối trán-gò má 10 mm [1],[8].

1.1.4. Bờ tự do của mi mắt

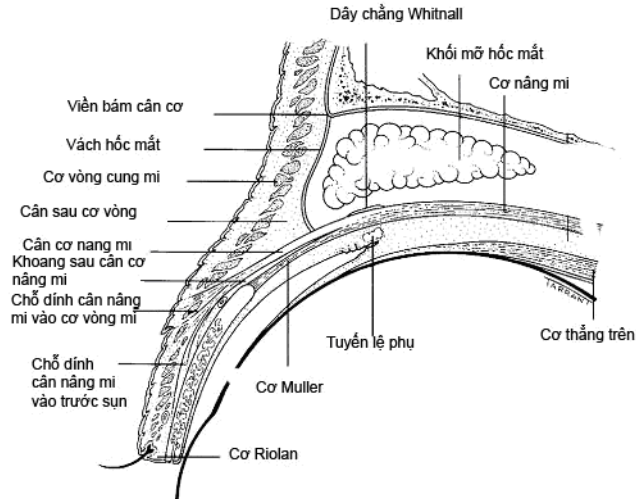
Bờ mi dài 28 đến 32mm, bề dày 2 đến 3mm, là vùng tiếp nối giữa da và niêm mạc của bờ mi. Giữa bờ mi có một đường lõm gọi là đường xám, đường này chạy dọc theo chiều dài của mi từ góc ngoài cho đến điểm lệ. Trên bờ tự do ở phần góc trong mi có lỗ lệ chia bờ tự do làm hai phần: phần trong là phần lệ có liên quan đến hồ nước mắt, phần ngoài là phần mi chiếm phần lớn bờ mi được tính từ lỗ lệ đến góc ngoài mắt, có liên quan đến dòng nước mắt. Toàn bộ bờ mi luôn tiếp xúc và ôm khít với bề mặt nhãn cầu [1].

1.1.5. Lông mi

Lông mi có ở mép trước bờ mi bờ tự do của mi mắt. Mi trên có 70-140 sợi lông mi vểnh ra trước và lên trên. Mi dưới có 70-80 sợi mọc vểnh ra ngoài và cong xuống dưới, mỗi sợi dài 8 đến 12 mm. Giữa hàng lông mi và bờ sau mi mắt có khoảng 30 lỗ tuyến những lỗ này rất bé thông với các tuyến Meibomius nằm trong sụn mi [8].

1.2. Cấu tạo giải phẫu mi mắt

Về mặt đại thể chia làm hai phần trước và sau. Phần trước gồm có da và cơ vòng mi, phần sau có sụn mi và kết mạc



Hình 1.2 Thiết đồ cắt dọc mi trên

1.2.1. Da và tổ chức dưới da

Da mi mỏng và mềm mại, dễ di động, không có lớp mỡ dưới da, có động sắc tố nhẹ, độ dày chỉ khoảng 1mm và đôi chỗ rất mỏng cho phép nhìn thấy các cấu trúc mạch máu bên dưới. Da mi có hệ thống mao mạch khá phong phú nên sức sống tốt [8]. Da mi có lông ngắn, tuyến bã, tuyến mồ hôi và dính lông lẻo vào tổ chức bên dưới. Các sợi cơ nâng mi và cơ vòng mi đi lên bám vào da cùng với nhánh dây thần kinh cảm thụ (V) (Hình 1.2).

1.2.2. Các cơ vận ở mi và dây chằng mi.

Cơ vòng cung mi là phần cơ chiếm diện tích lớn nhất ở mi. Các bó sợi cơ bao quanh khe mi và được chia thành trước sụn và trước cân vách hốc mắt. Phần cơ hốc mắt bắt đầu từ bờ hốc mắt và trải rộng ra ngoài. Ở bờ mi các sợi cơ trước sụn tỏa ra sau tới tận các tuyến Meibomius tạo thành cơ Riolan [1].

1.2.3. Các khoang và cân bên dưới cơ vòng cung mi

Sau cơ vòng cung mi là các tổ chức có chứa nhiều mỡ, thần kinh và các mạch máu chi phối cho mi mắt. Phần tích các khoang này, mi sẽ tách ra làm hai bình diện trước và sau. Với mi dưới, sau cơ vòng mi sẽ là sụn mi và cân vách hốc mắt, ở mi trên cân cơ nâng mi nằm ở đoạn giữa cân vách hốc mắt và mép trên bản sụn.

1.2.4. Cân vách hốc mắt và sụn mi

Chỗ nối giữa màng xương hốc mắt và cân vách hốc mắt dày lên ở bờ hốc mắt và từ đó cân vách hốc đi xuống mi mắt. Cân vách hốc mắt không trực tiếp bám vào bờ sụn mi mà hợp với các cơ bám mi trên và dưới ở vùng cách bờ trên sụn 2-4 mm. Cân vách hốc mắt có liên quan đến cơ vòng mi ở phía trước và mỡ hốc mắt ở phía sau. Bản sụn tạo khung xương cho mi mắt. Sụn mi được hình thành bởi các tổ chức xơ và sợi chun. Trong sụn có các tuyến ở mi trên, các sợi cân cơ nâng mi tỏa ra bám tận phần dưới của sụn và cơ Muller bám vào bờ trên sụn. Ở mi dưới các cơ bám trực tiếp vào bờ dưới sụn và kết mạc bám chặt vào mặt trước sụn.

1.2.5. Các cơ bám mi trên

Mi trên ổn định vị trí là nhờ các cơ nâng mi và cơ Muller phối hợp hoạt động cùng nhau. Cơ nâng mi bắt nguồn từ trần hốc mắt, chỗ bám nằm ngay trước lỗ thị giác và phía trên cơ trực trên. Cơ đi ra trước khoảng 40 mm và bám tận ngay sau cân vách hốc mắt và chuyển thành cân vách hốc mắt. Chỗ chuyển cơ - cân nâng mi dày lên thành dải xơ có tên là dây chằng Whitnall. Phía trong dây chằng này bám vào ròng rọc cơ chéo lớn, phía ngoài bám vào vỏ xơ của tuyến lệ chính và thành ngoài hốc mắt.

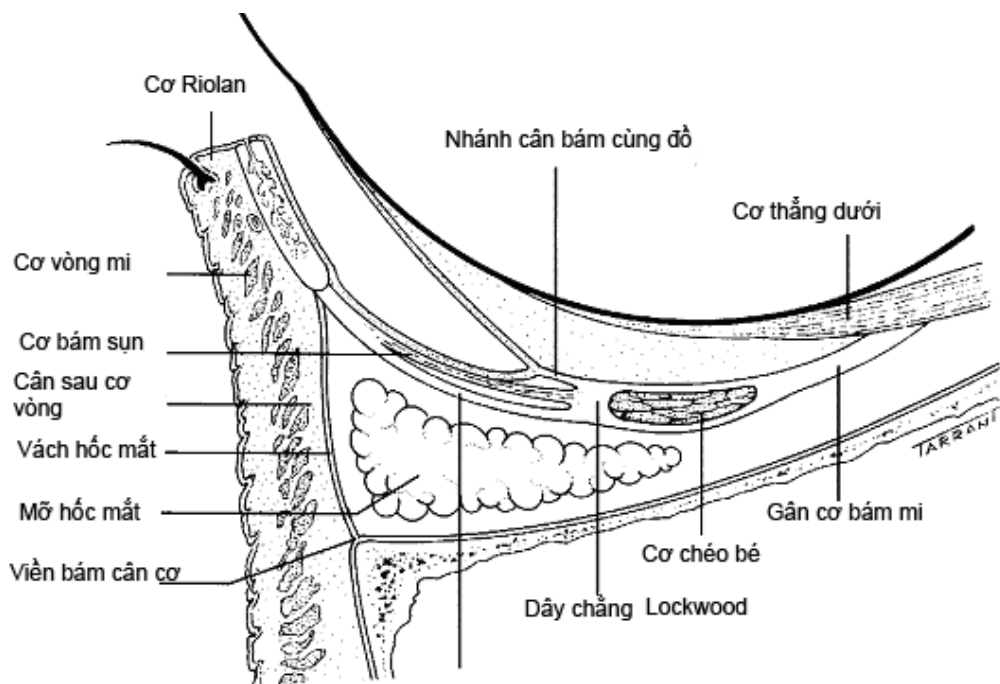
Cân cơ nâng mi đi xuống vào trong mi mắt và cân vách hốc mắt, phần dưới dây chằng Whitnall cân dài 8 mm, dày và trắng. Phần trước khi bám vào hai đầu sụn dài 3-4 mm. Góc tạo bởi cân vách hốc mắt và cân cơ nâng mi có mỡ trước cân và là mốc giải phẫu quan trọng để xác định cân cơ. Cân cơ bám vào hai đầu sụn qua sừng cơ nâng mi. Giữa cân cơ nâng mi và cơ trực trên có các thớ sợi bám để làm ổn định cùng đồ trên. Cơ Muller nằm sát dưới cơ nâng mi và trên kết mạc cùng đồ mi trên một vùng dài 15 - 20 mm và đến bám bờ trên bản sụn(Hình 1.2).

1.2.6. Cơ bám mi dưới

Cơ bám mi dưới đi từ cơ trực dưới đến bám vào sụn mi dưới cũng giống như cơ nâng mi, cũng có phần cân và phần cơ. Cấu tạo chủ yếu là các sợi xơ nhưng cũng có một lượng nhỏ các sợi cơ trơn. Khi cân cơ đi ra trước, nó bám lấy cơ chéo bé tạo thành dây chằng Lockwood. Dây chằng này bám vào thành hốc mắt gần dây chằng mi. Cân vách hốc mắt hợp nhất với cân cơ bám mi dưới ở điểm cách bờ sụn dưới khoảng 2-3 mm. Góc tạo giữa cân vách hốc mắt và cơ bám mi dưới có đệm mỡ mắt tương tự như đệm mỡ hốc mắt mi trên. Cơ bám mi dưới có làm cho mi dưới co ngấn lại khi liếc xuống dưới để giữ cho bản sụn không bị lật vào trong (Hình 1.3).

1.2.7. Kết mạc

Các tế bào hình đài chế nhầy có nhiều trên bề mặt kết mạc. Các tuyến lệ phụ Wolfring và Krause khu trú chủ yếu ở vùng giữa sụn mi và cùng đồ trên ngoài. Cùng đồ trên và dưới sau khi đi ra sau đến gần bờ xương hốc mắt. Cùng đồ phía ngoài cách rìa giác mạc gần 14 mm, nhưng cùng đồ phía trong thì nông hơn. Cùng đồ được duy trì bởi các sợi đi từ cơ bám mi trên và dưới có nguyên ủy từ các cơ trực trên và cơ bám mi dưới (Hình 1.2 và 1.3).



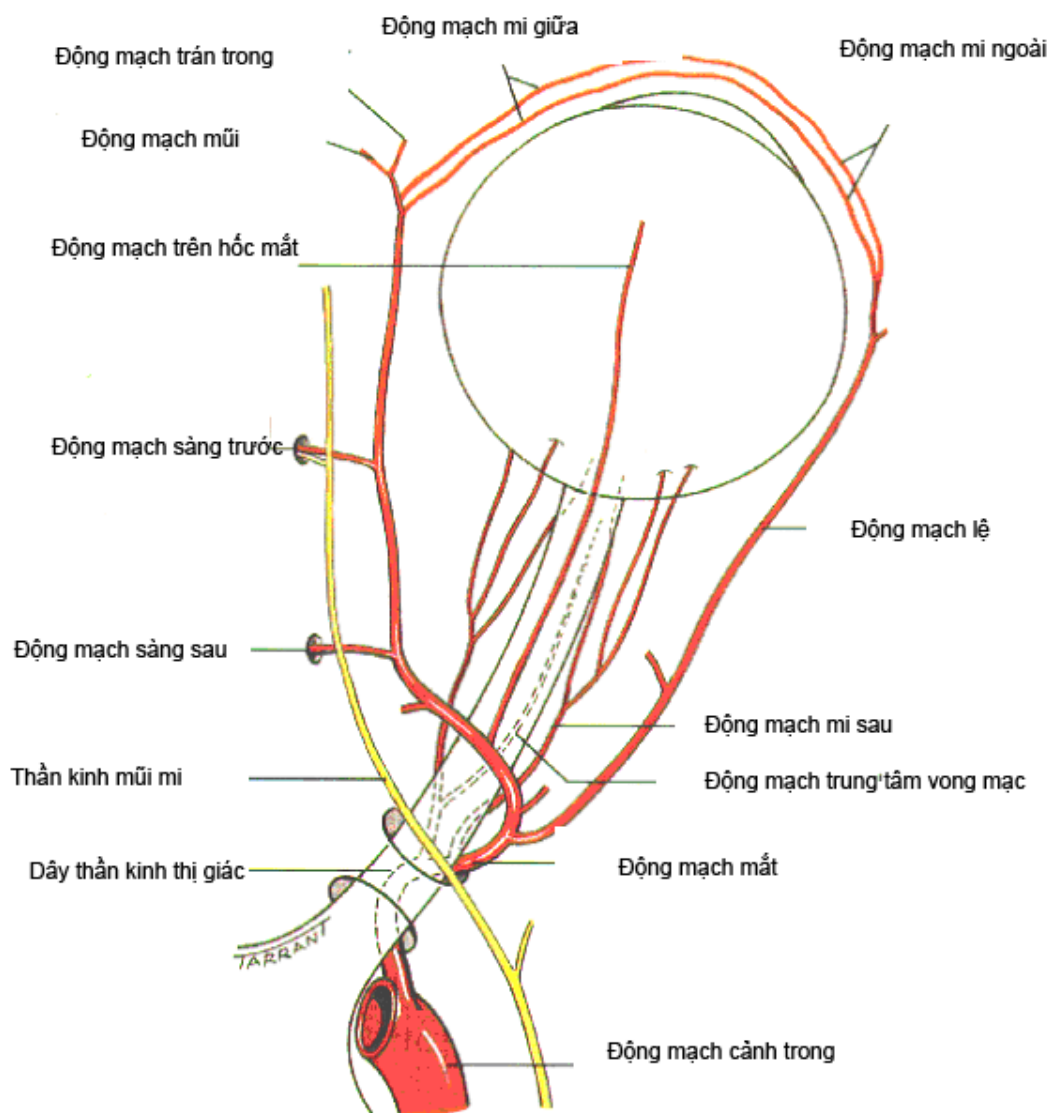
Hình 1.3. Thiết đồ cắt dọc qua mi dưới

1.3. Cấp máu cho mi mắt

Máu động mạch

Động mạch mắt phân thành nhánh động mạch lệ đi ở phía ngoài thị thần kinh và động mạch hốc mắt trên bắt chéo qua thị thần kinh để đến thành trong hốc mắt. Nhánh thứ 2 sẽ tận hết bằng động mạch mũi và rờng rọc trên. Các nhánh mạch khác chi phối hốc mắt.

Động mạch lệ đi dọc theo bờ trên của cơ trực ngoài ra trước cấp máu cho tuyến lệ và chọc thủng cân vách hốc mắt để chia thành 2 nhánh mi ngoài. Động mạch hốc mắt trên đi sát trần hốc mắt và cấp máu cho mi trên, da và cơ trán (Hình 1.4).



Hình 1.4. Phân bố động mạch mắt

1.4. Một số nét khác biệt của mi mắt người châu Á

Mi mắt người châu Á có nếp mi thấp do cân cơ nâng mi bám gần lông mi trên hơn. Cân vách hốc mắt cũng bám vào cân cơ nâng mi ở vị trí thấp. Mỡ hốc mắt, mỡ trước cân cơ trải dài ra trước cho đến gần sát hàng lông mi(Hình 1.5).

1.5. Biến đổi mi mắt theo tuổi tác

Do tuổi tác, mi mắt và các tổ chức mắt dần trương lực. Collagen mắt dần làm cho da mi lỏng lẻo, nhăn và lớp bì da bị teo. Mỡ mắt teo gây ra lõm mắt vừa phải. Cân hốc mắt yếu gây thoát vị mỡ mi. Các gân dây chằng mi bị giãn, làm cho bề ngang khe mi ngắn dần, mi mắt không còn áp sát lên nhãn cầu nữa. Cân cơ nâng mi có thể bị giãn, không còn bám chặt vào sụn mi trên. Cơ bám mi dưới cũng giãn và không còn bám vào sụn mi dưới.

Lông mày bị sa do cân cơ bám da bị giãn và cơ trán yếu làm cho da mi trên càng bị sa. Các biến đổi này gây nên các bất thường mi mắt do tuổi già trong đó có quặm mi.

1.6. Các phương pháp khám đánh giá mi mắt cơ bản

Đánh giá khoảng cách bờ mi-ánh đồng tử

Đo khoảng cách giữa bờ mi trên và ánh đồng tử khi bệnh nhân nhìn thẳng trước mặt. Cách đo này có ý nghĩa hơn so với đo độ mở khe mi vì độ rộng khe mi thường bị ảnh hưởng nếu mi dưới không ở đúng vị trí bình thường, đặc biệt ở người lớn tuổi.

Đánh giá chức năng cơ nâng mi

Để đo chính xác biên độ vận động cơ nâng mi, cần cố định tốt cung lông mày và yêu cầu bệnh nhân nhìn lên hay xuống tối đa và đo khoảng vận động của bờ mi trên. Biên độ vận động cơ nâng mi bình thường là 12 - 15 mm.

Đánh giá trương lực cơ bám mi dưới

Quan sát vận động của mi dưới khi mắt liếc xuống dưới. Vận động này có thể giảm hay nếu cơ không còn bám vào sụn mi, mi sẽ xoay vào trong hay ra ngoài. Nếu cơ bám mi dưới rất giãn hay bị rời ra khỏi chỗ bám, cùng đồ dưới sẽ sâu hơn bình thường.

Độ cao của nếp gấp mi trên

Bảo bệnh nhân nhìn xuống, sau đó mở mắt, nếp gấp mi trên nằm ở trên hàng chân lông mi 4mm với nam giới và 5mm với nữ giới. Thông thường da mi phía trên hơi thừa, sa xuống và che đi nếp gấp mi.

Đo khoảng cách nếp mi-lông mi và so sánh hai mi trên

Giãn cân cơ nâng mi do tuổi tác có thể làm cho khoảng cách này thay đổi. Quá trình giãn cơ có thể không tương xứng giữa hai mắt gây mất cân đối ảnh hưởng đến thẩm mỹ.

Đánh giá trương lực mi dưới

• Đánh giá trương lực theo chiều ngang

Nắm nhẹ lên da mi và kéo bờ mi ra xa nhãn cầu. Khi khoảng cách bờ mi-giác mạc quá 10 mm là trương lực mi bất thường. Hoặc kéo bờ mi xuống dưới và yêu cầu bệnh nhân không chớp mắt. Bỏ tay và quan sát bờ mi trở lại vị trí cũ. Trương lực mi bất thường khi mi trở lại vị trí ban đầu chậm hay rất bất thường khi mi chỉ trở lại vị trí cũ sau khi chớp mắt.

• Đánh giá trương lực dây chằng mi trong và mi ngoài

Đánh giá dây chằng mi trong bằng cách kéo mi ra phía ngoài và quan sát điểm lệch di lệch. Nếu di lệch < 1-2 mm là không có giảm trương lực. Cũng tương tự, góc ngoài mi trên và khi kéo mi về phía trong di lệch không quá 1-2 mm.

Quặm mi dưới tuổi già

Quặm mi dưới tuổi già là loại quặm thường gặp nhất ở các nước phát triển, với tỷ lệ ngày càng cao theo tuổi tác. Nguyên nhân do nhiều yếu tố phối hợp nhau:

- 1/ Mi dưới bị giảm trương lực theo chiều đứng và ngang
- 2/ Cơ vòng cung mi trước cân vách hốc mắt phì đại và phát triển xuống mặt trước bản sụn
- 3/ Lõm mắt
- 4/ Thoái hóa teo sụn mi do tuổi tác

Trên lâm sàng, dấu hiệu nổi bật là mi dưới bị giãn theo chiều ngang do trương lực của dây chằng mi trong và mi ngoài giảm, đi kèm theo độ cứng của bản sụn giảm. Cơ vòng mi yếu hay mất trương lực cũng là những yếu tố làm cho mi mắt mất trương lực. Các yếu tố phối hợp khác gồm có cơ vòng mi trước cân vách hốc mắt di chuyển xuống dưới (có thể quan sát thấy sau khi vành mi để làm hết quặm, yêu cầu bệnh nhân nhắm chặt lại mắt làm cho quặm mi tái xuất hiện), lõm mắt và cơ bám mi dưới yếu hay không còn bám vào sụn mi dưới. Các dấu hiệu của cơ bám mi dưới bị đứt gồm: Cùng đồ dưới sâu hơn bình thường, bờ mi lên cao hơn bình thường và mi dưới ít hay kém vận động khi liếc mắt xuống dưới. Khi phẫu thuật, sẽ tìm thấy bờ chỗ bám cơ màu trắng nằm cách xa bờ dưới sụn mi nhiều milimét.

Sụn mi được cấu tạo bởi các sợi collagen, có rất ít thớ sợi chun nằm đan xen giữa các tuyến Meibomius. Cấu trúc sụn ở người trẻ chủ yếu là sợi collagen. Khi tuổi cao, các sợi này chuyển dần thành các sợi chun. Các sợi chun cũng không liên tục, cân vách hốc mắt teo và sụn mỏng dần làm cho mi dễ bị lộn vào trong.

Quặm mi trên tuổi già

Trong y văn đã có nhiều báo cáo về quặm mi dưới tuổi già. Tuy nhiên so với mi dưới quặm mi trên tuổi già hiếm gặp hơn. Sở dĩ ít gặp quặm mi trên tuổi già là do bản sụn mi trên rộng hơn, tạo lực đối kháng lại hiện tượng bờ mi bị cuộn vào trong. Một số tác giả đã báo cáo quặm mi trên liên quan đến hiện tượng giãn và chùng cân cơ nâng mi, kèm theo sụp mi tuổi già [36],[38]. Các tác giả Camara và Nguyen (2002) đã nhận thấy quặm mi trên tuổi già hay xuất hiện ở bờ mi phía ngoài của người châu Á [16]. Cơ chế sinh bệnh được cho là phối hợp nhiều yếu tố bao gồm giảm trương lực mi theo chiều ngang và đứng, teo bản sụn mi do tuổi tác, và phần cơ vòng mi trước cân vách hốc mắt trượt và ép lên bờ mi. Phẫu thuật điều trị cơ bản là cắt da mi thừa, lấy bỏ phần cơ vòng mi, đặt chỉ xoay bờ mi ra khỏi nhãn cầu (Hình 1.6 và 1.7).



Hình 1.5. Thiết đồ cắt dọc qua mi trên người châu Á

Đệm mỡ mi phát triển ra trước xuống sát sụn mi hơn, làm cho nếp mi trên thấp và dễ bị quặm mi tuổi già

Khác biệt cơ bản về cấu trúc mi giữa người châu Âu và người châu Á là lý do tỷ lệ quặm mi trên khác nhau. Không như người châu Âu, cân vách hốc mắt của người Á châu kết hợp với cân cơ nâng mi ở dưới mép trên sụn mi trên (Hình 1.5). Hậu quả là dẫn đến hai thay đổi cơ bản về cấu trúc:

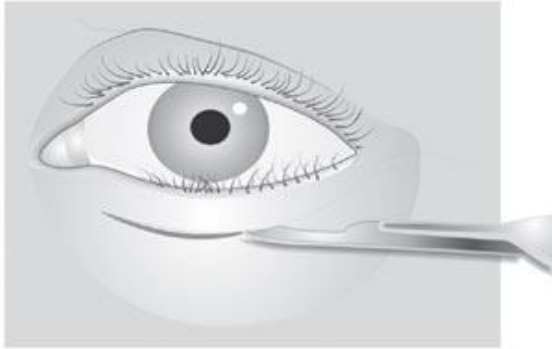
1/ Tổ chức mỡ trước cân vách hốc mắt tiến sát đến bờ mi hơn

2/ Cân vách hốc mắt bám quá xuống dưới ngăn không cho cân cơ nâng mi đi lên qua cơ vòng và bám vào tổ chức dưới da trước sụn mi. Hơn nữa, bệnh nhân châu Á có chiều cao bản sụn mi trên (6,5 - 8,5 mm) thấp hơn so với người châu Âu (10 mm). Nghiên cứu cũng cho thấy bản sụn rộng và cứng làm giảm tỷ lệ bờ mi bị cuộn vào trong [16].

1.7. Các phương pháp điều trị

1.7.1. Điều trị quặm mi dưới

Rạch ngang bờ sụn mi và xoay bờ mi (Phương pháp Weis)

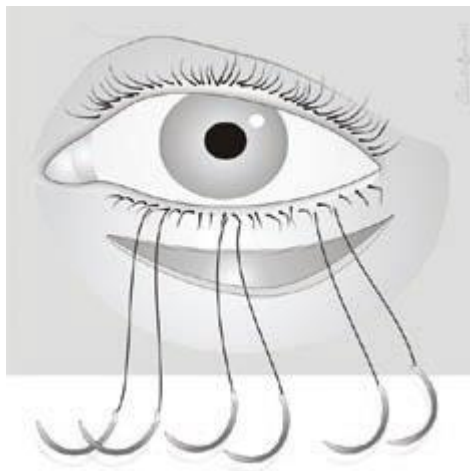


Đặt thanh đê, rạch da mi chạy dọc theo bờ mi, cách bờ mi 4mm. Xoay bờ mi bằng cách đặt 3 mũi chỉ lụa đôi 6/0, đi từ kết mạc và sụn đi hết bề dày mi qua da. Cũng có thể đi hết bề dày từ da vào kết mạc. Trong mỗi trường hợp mũi chỉ khâu đi xuyên qua cơ vòng mi bám

trước sụn là giới hạn trên, đâm ra ngoài dưới hàng lông mi. Mỗi mũi khâu được lót một tấm lót. Mũi chỉ càng chặt bờ mi càng khít, bờ mi mới xoay ra ngoài được. Kết thúc phẫu thuật mi phải vênh ra ngoài. Nếu cần thiết có thể phối hợp tạo vạt sụn phía ngoài(Hình 1.7).



A



B

Hình 1.7. Phương pháp rạch sụn bờ mi và xoay bờ mi

A Rạch da mi và sụn mi, đặt mũi chỉ nằm sát ngay trên hàng lông mi

B. Đặt mũi chỉ khâu nằm sát dưới hàng chân lông mi

Chuyển bó cơ vòng mi

Rạch da mi chạy dọc bờ mi bắt đầu từ góc mắt trong phía dưới điểm lệ 3mm. Phẫu tích da bộc lộ cơ vòng mi ở phía dưới. Dùng kéo bóc tách cơ vòng

mi dài 7mm, mảnh cơ vòng mi có kích thước 7x25mm, dùng hook cơ kéo và nâng cơ lên. Cắt ngang vách hốc mắt, bộc lộ màng xương của bờ dưới hốc mắt. Sử dụng sợi chỉ 4/0 chromic xuyên qua phía cuối vạt cơ vòng mi và đính vào màng xương bờ dưới hốc mắt. Đóng da bằng chỉ nylon 6/0

Tạo vạt sụn góc ngoài

Phương pháp này được Anderson mô tả lần đầu năm 1979 [13]. Đây là một phương pháp khá đơn giản, áp dụng tốt với quặm do giãn dây chằng mi ngoài.

Vết rạch được thực hiện ở góc ngoài bờ dưới mi mắt, chiều dài khoảng 2/5 mi vượt ra ngoài góc mắt ngoài. Bộc lộ cơ và màng xương bờ dưới hốc mắt. Vạt sụn bao gồm cả niêm mạc, lông mi, cơ vòng mi và da. Chiều dài của bản sụn được cắt bỏ tùy thuộc vào sự lỏng lẻo của mi, ít nhất 4 – 5 mm dải sụn còn nguyên vẹn để đảm bảo bình diện của mi. Niêm mạc còn lại trên sụn mi được cắt bỏ để tránh cuộn biểu mô khi đính sụn mi vào màng xương. Khâu sụn mi vào màng xương [39].

1.7.2. Điều trị quặm mi trên

Phương pháp mổ quặm mi trên tuổi già bao gồm cắt da mi thừa, lấy mỡ thoát vị, sau đó bờ mi được giải phóng di chuyển lên và khâu cố định vào sụn mi. Không có tài liệu nào nói đến can thiệp lên cân cơ nâng mi.

Chương II: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được phẫu thuật quặm tại Bệnh viện Đa Khoa Đông Hưng từ tháng 01/1/2023 đến 30/ 9/2023

2.1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Các bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật quặm tại khoa Mắt Bệnh viện Đa khoa Đông Hưng tuân thủ lịch tái khám sau 1 tuần, 1 tháng

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

Các bệnh nhân không đến tái khám theo lịch hẹn

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu.

Đây là nghiên cứu mô tả, tiến cứu. Bệnh nhân trong nghiên cứu được theo dõi và đánh giá tại các thời điểm khi đến nhập viện, sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng

2.2.2 Mẫu nghiên cứu

Các bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật quặm tại khoa Mắt Bệnh viện đa khoa Đông Hưng tái khám theo lịch hẹn 17 bệnh nhân 18 mắt

2.2.3. Đánh giá bệnh nhân trước mổ

Các bệnh nhân đều được chụp ảnh trước mổ và sau mổ nhằm theo dõi tình trạng bờ mi và sụn mi (có lật mi). Ngoài ra các thông tin thu được được điền vào phiếu khám gồm có:

1/ Thị lực

2/ Các triệu chứng chủ quan như cộm mắt, chảy nước mắt, đỏ mắt, ngứa và chói mắt

3/ Các dấu hiệu khách quan gồm có:

- Mi trên: Sa da mi, mất hay nếp mi thấp, sụp mi (dựa vào khoảng cách bờ mi-ánh phản chiếu trung tâm giác mạc), teo sụn mi, bờ mi bị cuộn vào trong.

-Mi dưới : Giảm trương lực góc ngoài, giảm trương lực góc trong, giảm trương lực cơ bám mi dưới, cùng đồ dưới sâu bất thường khi liếc mắt xuống dưới.

-Tình trạng chế tiết nước mắt : Nhuộm dòng nước mắt bờ mi bằng fluorescein, chụp ảnh dòng nước mắt bờ mi trước và sau mổ để so sánh.

2.2.5. Giải thích cho bệnh nhân và gia đình trước phẫu thuật

Giải thích cho bệnh nhân và gia đình về thời gian phẫu thuật, mất phẫu thuật, cách thức phẫu thuật, phương pháp vô cảm, dự báo kết quả sau phẫu thuật, và những nguy cơ có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật. Gia đình bệnh nhân ký chấp nhận phẫu thuật.

2.2.6. Phương pháp phẫu thuật

Bệnh nhân được gây tê dưới tại chỗ bằng lidocaine pha adrenalin 1 : 10 000.

Mi dưới

Rạch da mi theo toàn bộ chiều dài mi mắt dưới và cách bờ mi 1 mm

Rạch cơ vòng mi và bộc lộ cân vách hốc mắt

Mở cân vách hốc mắt, dùng vành mi Desmarre gạt nhẹ mỡ hốc mắt xuống dưới để bộc lộ cơ bám mi dưới. Kiểm tra xem cân cơ có bị đứt hay không ?

Nếu cân cơ bị đứt, tìm đầu cơ và khâu dính cơ vào sụn mi bằng chỉ vicryl 6/0

Nếu cân cơ không bị đứt, gấp cân cơ bám mi bằng chỉ vicryl 6/0. Kiểm tra lại độ vững của mi và thắt chỉ điều chỉnh sao cho không có lật mi dưới.

Tách bó cơ vòng mi trước sụn mi và chuyển bó cơ vòng bờ mi khâu cố định vào màng xương hốc mắt (Hình 1.6. C)

Khâu cố định mép da vào bờ dưới sụn mi dưới

Trong trường hợp có giãn mi theo chiều ngang : Tạo vạt sụn góc ngoài mi để khâu cố định màng xương thành ngoài hốc mắt hay bộ lộ dây chằng mi trong, khâu gấp nhánh dưới dây chằng mi bằng chỉ prolene 6/0

Mi trên

Xác định nếp gấp mi trên và rạch da theo nếp gấp này trên toàn bộ chiều dài mi

Xác định lượng da mi thừa cần cắt bỏ

Rạch mở cơ vòng mi và bộc lộ đệm mỡ mi, cắt bỏ phần mỡ thoát vị Xác định mặt trước sụn mi và bó cơ vòng mi sát bờ mi

Xác định cân cơ nâng mi. Nếu cân cơ bị đứt, khâu dính đầu cơ vào bó cơ vòng mi sát bờ mi. Nếu cân cơ không đứt, giải phóng cân cơ ra khỏi chỗ bám và khâu dính cơ vào bó cơ vòng mi sát bờ mi.

Kiểm tra độ vững của mi. Nếu mi vững chưa tốt và sụn mi bị teo đét thì rạch sụn mi hay ghép sụn niêm mạc.

Ghép sụn hay niêm mạc môi: Lấy niêm mạc môi, sử dụng củng mạc bảo quản để tái tạo sụn mi. Sau khi rạch sụn, ghép niêm mạc và củng mạc để kéo dài mi trên và làm tăng độ vững bờ mi(Hình 1.13).

Trong trường hợp bị quặm lâu ngày, bờ mi bị viêm loét, lông mi lệch hướng nhiều. Di chuyển bờ mi kèm theo hay không kèm theo cắt bỏ phần lông mi bị lệch hướng.

Khâu da mi và tạo nếp mi trên bằng chỉ vicryl 6/0

2.2.7. Đánh giá bệnh nhân sau mổ

Bệnh nhân được khám lại sau mổ tại các thời điểm 1 tuần, 1 tháng, và đánh giá

- Triệu chứng chủ quan: chói mắt, cộm mắt, chảy nước mắt

- Các dấu hiệu khách quan:

+ Tình trạng quặm tại các thời điểm khám

• Hết quặm: mi vững hoàn toàn, lông mi không cọ vào giác mạc

• Còn quặm một phần

+ Tình trạng giác mạc

Trợt biểu mô giác mạc: còn hay hết

+ Tình trạng chảy nước mắt

Viền nước mắt bờ mi còn đầy hay không

+ Mức độ cải thiện thị lực

• Không đổi

• Tăng

- Giảm
- Các biến chứng ảnh hưởng thẩm mỹ: lật mi, tình trạng sẹo
- + Lật mi
- Mức độ nhẹ: Bờ mi không áp sát bề mặt nhãn cầu
- Mức độ nặng: hở lộ kết mạc sụn mi
- Không: Bờ mi áp sát bề mặt nhãn cầu
- + Tình trạng sẹo
- Tốt: Không nhìn thấy
- Chấp nhận được: Quan sát kỹ mới thấy
- Xấu: Sẹo gồ cao

2.2.8. Đạo đức trong nghiên cứu

Các hoạt động thực hiện trong quá trình nghiên cứu được cơ sở nghiên cứu chấp nhận.

Chỉ định và phương pháp phẫu thuật được lãnh đạo khoa và phòng kế hoạch tổng hợp Bệnh viện thông qua.

Bệnh nhân được phẫu thuật và đưa vào theo dõi trong nghiên cứu đều được giải thích rõ về tình hình phẫu thuật và triển vọng sau phẫu thuật.

Các buổi tư vấn và khám bệnh đều được thực hiện với sự đồng ý của bệnh nhân và/hoặc người nhà bệnh nhân.

Các trường hợp từ chối nghiên cứu được chấp nhận và không bị phân biệt đối xử.

Các biến chứng trong và sau phẫu thuật đều được báo cáo trung thực khách quan, đầy đủ và có hướng xử lý kịp thời, đúng đắn.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

Chương III: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm bệnh nhân theo tuổi, giới

Tuổi	Tổng	
	SL	%
Giới tính		
Nam	4	23,5%
Nữ	13	76,5%
Nhóm tuổi		
≤ 50	0	0%
51-60	02	11,7%
61-70	06	35,3%
71-80	07	41,3%
≥81	02	11,7%
Tổng	17	100%

Nhận xét: Có 17 bệnh nhân được phẫu thuật quặm trong khoảng thời gian nghiên cứu, trong đó người bệnh Nữ nhiều hơn Nam. 88,3% là người bệnh từ 60 tuổi trở lên, thấp nhất là 57 tuổi, cao nhất là 89 tuổi. Tuổi càng cao nguy cơ mắc bệnh lý quặm càng nhiều, tuổi thọ trung bình của nữ lớn hơn nam nên giới tính nữ chiếm đa số. 100% bệnh nhân thuộc đối tượng Bảo hiểm y tế.

Bảng 3.2: Phân bố bệnh theo mi mắt

Hình quặm	Số mắt phẫu thuật	%
Mi trên	07	39%
Mi dưới	11	61%

Nhận xét: Trong 18 mắt phẫu thuật đa số là quặm mi dưới chiếm 61%, quặm mi trên là 39%.

Bảng 3.3: Phân bố bệnh theo nguyên nhân mắc bệnh

Nguyên nhân	Số mắt phẫu thuật	%
Biến đổi mi mắt liên quan đến tuổi	13	72,2 %
Sẹo kết mạc và sụn mi do nhiễm trùng mãn tính	05	27,8 %
Nguyên nhân khác	0	0 %

Nhận xét: Đa số bệnh nhân phẫu thuật nguyên nhân gây bệnh là do tuổi già gây biến đổi sa nhão tại da, sụn, hệ thống cân cơ dây chằng mi chiếm 72,2 %. Còn lại 27,8% là do nguyên nhân các viêm nhiễm mãn tính gây biến đổi tại bờ mi, kết mạc và sụn mi.

Bảng 3.4: Phân bố bệnh theo số lần phẫu thuật

Số lần phẫu thuật	Số mắt phẫu thuật	%
Lần 1	18	100 %
Tái phát	0	0 %

Nhận xét: 100% bệnh nhân trong nghiên cứu là phẫu thuật lần 1, không có bệnh nhân quặm tái phát (phẫu thuật từ lần 2 trở lên).

Bảng 3.5. Phân bố bệnh theo số lượng mi mắt

Số mi mắt	Số bệnh nhân	%
Quặm 1 mi	16	94,1% %
Quặm 2 mi	1	5,9 %
Quặm 3 mi	0	0%
Quặm 4 mi	0	0%

Nhận xét : Tổng số 17 bệnh nhân trong nghiên cứu có 16 trường hợp quặm 1 mi (94,1%), 1 bệnh nhân quặm 2 mi (5,9 %). Tổng số mắt phẫu thuật là 18 mắt.

3.2. Đặc điểm phương pháp phẫu thuật

Bảng 3.6. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Mi		%
	Mi trên	Mi dưới	
Phương pháp Weis	07	02	50%
Chuyển bó cơ vòng mi	0	06	33,3%
tạo vạt sụn góc ngoài		03	16,7%

Nhận xét : trong 18 mắt phẫu thuật 50% được can thiệp bằng phương pháp weis, 33,3% được lựa chọn phương pháp chuyển bó cơ vòng mi, chủ yếu là quặm mi dưới. 16,7% còn lại được phẫu thuật tạo vạt sụn góc ngoài.

Bảng 3.7 Tình trạng cộm, chói mắt trước và sau phẫu thuật

	Cộm mắt	
	Có	Không
Trước phẫu thuật	17	0
Sau phẫu thuật 1 tuần	3	14
Sau phẫu thuật 1 tháng	0	17

Nhận xét : 100% bệnh nhân trước phẫu thuật đều có tình trạng cộm, chói mắt do hàng lông mi quặm vào trong nhãn cầu. Sau phẫu thuật 1 tuần có 3 bệnh nhân còn tình trạng chói, nguyên nhân do 1 vài mũi chỉ khâu tại bờ mi. Sau cắt chỉ 1 tháng tái khám 17 bệnh nhân đã cải thiện rõ ràng tình trạng trên.

Bảng 3.8: Tình trạng chảy nước mắt

	Chảy nước mắt	
	Có	Không
Trước phẫu thuật	17	0
Sau phẫu thuật 1 tuần	5 (29,5%)	12 (70,5%)
Sau phẫu thuật 1 tháng	3 (17,6%)	14 (82,4%)

Nhận xét: Chảy nước mắt do nhiều nguyên nhân có thể do quặm, tình trạng viêm nhiễm, tắc lệ đạo.... gây ra. 17 bệnh nhân trước mổ đều gặp tình trạng

chảy nước mắt nhiều, sau 1 tuần phẫu thuật còn 5 trường hợp. Sau 1 tháng phẫu thuật còn 3 trường hợp tình trạng chảy nước mắt có cải thiện nhưng vẫn còn chảy do chít hẹp lệ đạo.

Bảng 3.9. Tình trạng trượt giác mạc trước và sau mổ

	Trượt giác mạc	
	Có	Không
Trước phẫu thuật	13 (72,2%)	5(27,8%)
Sau phẫu thuật 1 tuần	0	18 (100%)
Sau phẫu thuật 1 tháng	0	18(100%)

Nhận xét: Tình trạng chột biểu giác mạc do quặm trước phẫu thuật gặp ở 72,2% trường hợp. Sau 1 tuần 100% bệnh nhân được cải thiện rõ rệt.

Bảng 3.10. Tình trạng quặm

	Mi trên		Mi dưới	
	Tiếp xúc giác mạc khi nhìn thẳng	Tiếp xúc giác mạc khi nhìn xuống	Tiếp xúc giác mạc khi nhìn thẳng	Tiếp xúc giác mạc khi nhìn lên
Trước phẫu thuật	7	0	10	1
Sau phẫu thuật 1 tuần	0	0	0	0
Sau phẫu thuật 1 tháng	0	0	0	0

Nhận xét: Sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng tình trạng quặm được cải thiện ở 100% số bệnh nhân.

Bảng 3.11. Bảng thị lực vào các thời điểm trước và sau phẫu thuật

Thị lực Thời gian	Giảm		Không đổi		Tăng	
	1 tuần	0	0%	4	22,2%	14

1 tháng	0	0%	3	16,7%	15	83,3%
---------	---	----	---	-------	----	-------

Nhận xét: Thị lực bệnh nhân phụ thuộc vào nhiều yếu tố, bệnh đục thủy tinh thể, sẹo giác mạc, tình trạng viêm nhiễm, chảy nước mắt.... Đa số các trường hợp sau phẫu thuật thị lực được cải thiện do giảm trở biểu mô, đỡ chảy nước mắt. Còn 3 trường hợp thị lực không thay đổi do mắc bệnh lý đục thủy tinh thể tuổi già.

Bảng 3.12. Tình trạng sẹo sau mổ

	Tốt	Chấp nhận được	Xấu
Sau 1 tuần	7 (38,8%)	11 (61,2%)	0 (0%)
Sau 1 tháng	14 (77,8%)	4 (22,2%)	0 (0%)

Nhận xét: Trong 18 mắt phẫu thuật 100% các trường hợp Tình trạng sẹo mổ ở mức độ tốt, chấp nhận được. Không có trường hợp nào sẹo lồi, sẹo xấu.

Bảng 3.13. Biến chứng sau phẫu thuật

	1 tuần	1 tháng
Lật mi	1	0
Hở mi	0	0
Biến dạng mi	0	0

Nhận xét: Đa số các mắt phẫu thuật không có biến chứng nặng nề sau phẫu thuật, 1 trường hợp lật mi nhẹ tình trạng được cải thiện sau phẫu thuật 1 tháng.

Bảng 3.14: Đánh giá kết quả phương pháp phẫu thuật

Kết quả	Tốt	Trung bình	Xấu
Phương pháp mổ			
Phương pháp Weis	4	5	0
Chuyển bó cơ vòng mi	6	0	0
Tạo vạt sụn góc ngoài	3	0	0

Nhận xét: Các phương pháp phẫu thuật đều đạt hiệu quả từ trung bình trở lên, không có phương pháp nào quặm tái phát sau 1 tháng. Các phương pháp chuyên bó cơ vòng mi, tạo vạt sụn góc ngoài đạt hiệu quả thẩm mỹ tốt hơn nhưng phương pháp weis lại có ưu thế hơn khi tạo độ vĩnh tại bờ mi. Tùy thuộc vào tình trạng quặm và mi mắt để lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp.

Chương IV: BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- *Về tuổi và giới:* Tuổi trung bình trên 70 tuổi chiếm đa số, thấp nhất là 57 tuổi, cao nhất là 89 tuổi, giới tính đa số là nữ chiếm 73,4%.

- *Về nguyên nhân gây bệnh:* Trên 18 mắt phẫu thuật có 2 nguyên nhân gây bệnh chính là do biến đổi mi mắt liên quan đến tuổi già và sẹo kết mạc sụn mi do nhiễm trùng mãn tính, trong đó chủ yếu là do tuổi già chiếm 72,2%.

- *Về hình thái bệnh :* Hình thái quặm đa số là 1 mi (94,1%) và chủ yếu là mi dưới (61%), 100% bệnh nhân là quặm phẫu thuật lần 1.

- *Bàn luận :* Ở Việt Nam nói chung và tại Đông Hưng nói riêng trước đây nguyên nhân gây quặm chủ yếu là do các biến đổi sụn mi, kết mạc do bệnh lý nhiễm trùng. Nhưng hiện tại do công tác phòng và điều trị tương đối tốt nên nguyên nhân gây quặm cũng dần chuyển dịch tương đương với tình hình trên thế giới , nguyên nhân do biến đổi các cấu trúc mi mắt do tuổi tác dần chiếm đa số.

4.2. Đánh giá các chỉ định và phương pháp điều trị

- Tại khoa Mắt bệnh viện đa khoa Đông Hưng hiện tại có 3 phương pháp phẫu thuật quặm chính đó là phương pháp weis, phương pháp chuyển bó cơ vòng mi, tạo vạt sụn góc ngoài. Cả 3 phương pháp đều cho tỉ lệ thành công sau phẫu thuật là 100%, trong đó phương pháp chuyển bó cơ vòng mi và tạo vạt sụn góc ngoài có ưu thế về tính thẩm mỹ nhưng chỉ nên áp dụng ở mi dưới và các trường hợp quặm mi do tuổi già.

- Các biến chứng sau phẫu thuật: trong 18 mắt có 1 mắt biến chứng hở mi nhẹ sau 1 tuần, tình trạng được cải thiện hoàn toàn sau 1 tháng.

- *Bàn luận :* Kết quả trong nghiên cứu tại Việt Nam và trên thế giới tỷ lệ thành công sau phẫu thuật đạt từ 94-96%. Tại khoa Mắt bệnh viện Đa khoa Đông Hưng tỷ lệ này là 100%, kết quả tuy có cao hơn nhưng do lượng bệnh nhân phẫu thuật ít, cỡ mẫu nhỏ, thời gian nghiên cứu cũng ngắn hơn nên còn nhiều hạn chế.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu 18 mắt trên 17 bệnh nhân có tuổi thọ trung bình là trên 70. Gặp chủ yếu hình thái quặm 1 mi (94,1%), đa số tại mi dưới (61%), nguyên nhân gây bệnh do biến đổi mi mắt liên quan đến tuổi (72,2%), nguyên nhân do sẹo kết mạc, sụn mi (27,8). Cộm, chói (100%), chảy nước mắt (100%) là 2 dấu chính bệnh nhân đến khám các triệu chứng này giảm hoặc khỏi hoàn toàn sau phẫu thuật 1 tháng. Tình trạng viêm trợt biểu mô gặp trên 13 mắt (72,2%) được cải thiện hoàn toàn sau phẫu thuật 1 tuần, thị lực tăng (83,3%). Hiệu quả phẫu thuật tốt hết quặm 100% các trường hợp sau 1 tuần, có 1 trường hợp biến chứng lật mi nhẹ khỏi sau 1 tháng, không có trường hợp nào quặm tái phát. Hiệu quả thẩm mỹ tốt (77,8 %), không có trường hợp nào sẹo lồi, sẹo xấu.

Kết Luận: Qua nghiên cứu tại khoa Mắt Bệnh viện Đa khoa Đông Hưng phẫu thuật quặm là phẫu thuật an toàn, hiệu quả giải quyết được vấn đề cơ năng và đem lại hiệu quả thẩm mỹ sự hài lòng cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Nguyễn Đức Anh (1998 – 1999), “Mi mắt”, Hốc mắt, mi mắt và hệ thống lệ, tài liệu dịch từ Basics and clinical science cours, tập 7, tr 91 – 102.
2. Bộ môn mắt (1972), “Đại cương vùng mi mắt”, Nhãn khoa tập 1, Trường Đại học Y Hà nội, Nhà xuất bản Y học, tr 56 – 59.
3. Phan Dẫn, Phạm Trọng Văn (1998), Phẫu thuật tạo hình mi mắt, Nhà xuất bản Y học, Hà nội.
4. Phan Dẫn, Nguyễn Chí Chương, Phạm Trọng Văn (1999),”Mỏ quặm”, Các bệnh mắt thông thường, nhà xuất bản Y học, Hà nội, tr. 174 – 184.
5. Vũ Mạnh Hà (2008), Nghiên cứu phương pháp rạch mi hai lớp, xoay bờ mi điều trị quặm mi do mắt hột. Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y khoa, Trường Đại học Y Hà nội.
6. Nguyễn Thị Hồng Hoa (2003), Nghiên cứu kết quả điều trị quặm bằng phương pháp Sapejko cải tiến. Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y khoa, Trường đại học y Hà nội.
7. Nguyễn Văn Huy (2000), Đánh giá hiệu quả phẫu thuật quặm bẩm sinh mi dưới bằng phương pháp cắt bỏ da mi có hình tam giác góc trong, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú các bệnh viện, Trường đại học Y Hà nội.
8. Nguyễn Xuân Nguyên, Phan Dẫn, Thái Thọ (1972), “Mi mắt”, Giải phẫu mắt ứng dụng trong lâm sàng và sinh lý thị giác, tr. 35 – 50.
9. Hà Huy Tài và cộng sự (1996), Điều tra dịch tễ học mù lòa và một số bệnh về mắt, Công trình nghiên cứu cấp bộ, Viện mắt.

10. Phạm Thị Khánh Vân, Hoàng Thị Minh Châu (2002), “Nhận xét kết quả phẫu thuật Sapejko cải tiến trong điều trị sụp mí”, Tạp chí Y học Việt Nam số 9, tập 279, tr. 15 - 19.

11. Nguyễn Thị Thu Yên (2000), “Nhận xét tình hình bỏng ở viện mắt 1991 – 1995”, Nội san nhãn khoa số 3, Viện mắt, tr.38 -43.

12. Vũ Quốc Lương (2009), Nghiên cứu kết quả của hoạt động mổ quặm tại công đồng trong chương trình phòng chống bệnh mắt hột, Luận văn tiến sỹ y khoa, trường Đại học Y Hà Nội.

Tiếng Anh.

13. Anderson RL, Gordy DD (1997), “The tarsal strip procedure”, Arch Ophthalmol, 97(11), pp. 2192-2196.

14. Amarendra Dek, Saika S.p (2010), “Lower lid entropion correction with botulinum toxin injection”, Oman J.Ophthalmol, 3(3), pp. 158-159.

15. Bashour M, Harvey J(2000), Causes of involutional ectropion and entropion: age related tarsal changes are the key. Ophthal Plast Reconstr Surg. 16, pp 131 – 141.

16. Camara G.T, Nguyễn(2002), “Involution Lateral Entropion of the Upper Eyelid: A new physical finding in Asian Patient”, Arch Ophthalmol; 120: 1682-1684.

17. Benger RS, Musch DC (1998), “Comparative study of eyelid parameters involutional entropion. Ophthal Plast Reconstr Surg 5, pp.281 – 287.

18. Carter SR, Seiff SR, Grant PE, et al (1998), “The Asian lower eyelid: a comparative anatomic study using high-resonance imaging. Ophthal Plast Reconstr Surg. 14, pp. 227 – 234.

19. Carter SR, Chang J, Aguilar GL, et al (2000), "Involutional entropion and ectropion of the Asian lower eyelid". *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 16. pp, 45 – 49.
20. Chen WP(1995), "Comparative anatomy of the eyelid" In: Chen WP, ed. *Asian blepharoplasty.* Woburn, Mass: Butterwoth-heineman,4 – 5.
21. Colin JPO, Rathbun JE (1978), "Involutional entropion. A review with evaluation of procedure. *Arch Ophthalmol.* 96, pp 1058 – 1064.
22. Danks JJ, Rose GE (1998), "Involutional lower lid entropion". To shorten or not to shorten? *Ophthalmology.* 105,pp 2065 – 2067.
23. Dalgleish. R, Smith. J.L.S (1966), " Mechanics and Histology of senile entropion",*Brit .J. Ophthal,* 50,pp. 79 – 89.
24. Doxanas MT, Anderson RL (1984), "Oriental eyelid": an anatomic study. *Arch Ophthalmol,* 102, pp.1232 – 1235.
25. Dryden RM, Doxanas MT (1981),"Eyelid malposition, II: ectropion and entropion. In McCord CD, ed. *Oculoplastic Surgery.* New York, NY: Raven Pres Books Ltd, pp.138 – 140.
25. Fante RG, Elner VM (2001), "Transcaruncular approach to medial canthal tendon plication for lower eyelid laxity", *Ophthal Plast Reconstr Surg,* 17, pp.16 – 27.
26. Fox SA (1976), Entropion and trichiasis. In: Fox SA, ed. *Ophthalmic plactic Surgery,* 5th ed. New York, NY: Grun &Stratton Inc, pp.313 – 318.
27. Galatoire O, Touitou V, Heran F, et al (2007), "High-resonance imaging of the upper eyelid": correlation with the position of the skin crease in the upper eyelid, *Orbit,* 26, pp.165 – 171.
28. Haefliger IO, Piffaretti JM (2001), "Lid retractors desinsion in acpuired and lower lid entropion". *Klin Monatsbl Augenheikd.* 218, 309 – 312.

29. Hawes MJ, Dortzbach RK (1982), "The microscopic anatomy of the eyelid retractors" *Arch Ophthalmol.* 100 . 1313 – 1318.
30. Huang TT, Amayo E, Lewis SR (1981), "A histological study of the lower tarsal and the significance in the surgical management of in involucional (senile entropion).
31. Hurwits JJ (1983), "Senile entropion: the importance of eyelid laxity". *Can J Ophthalmic Surg.* 14, pp.322 – 326.
32. Iwanami M, Tsurukiti K (2007), Histological comparison between young and aged specimens of the oriental lower eyelid using sagittal serial section. *Plast Reconstr Surg.* 119,pp.2061 – 2071.
33. Jackson ST(1983), "Surgery for involucional entropion".*Ophthalmic Surg.* 14, pp.322 – 326.
34. Jones LT(1960), "The anatomy of the lower eyelid and its relation to the cause and cure of entropion".*Am J Ophthalmol.* 49,pp29 – 36.
35. Jones LT, Reeh MJ, Tsurimura JK (1963), "Senile entropion". *Am J Ophthalmol.* 55,pp463 – 469.
36. Kakizaki H, Jinsong Z, Zako M, et al (2006), "Microscopic anatomy of Asian lower eyelid". *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 22,pp.430 – 433.
37. Kakizaki H, Zako M, Mito H, et al (2004), "Magnetic resonance imaging of pre-and postoperative lower eyelid states involucional entropion". *Jpn J ophthalmol.* 48,pp.2321 – 2325.
38. Miler DG, Hesse RJ (1990), "Involucional entropion of the upper lid". *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 21,pp.16 – 20.
39. Mario Genilhu Bomfim Pereira et al (2010), "Eyelid Entropion". *Seminars Ophthalmology.* 25(3), 52-58.

40. Olveir JM, Sathia PJ, Wright M (2001), "Lower eyelid medial canthal tendon laxity grading": an interobserver study of normal subjects. *Ophthalmology*. 108,pp.2321 – 2325.
41. Smith TJ, Koornneef L, Zonnevel FW, et al (1990), "Computed tomography in the assessment of the postenucleation socket syndrome. *Ophthalmology*. 97, pp.1347-1351.
42. Stuar R, Seiff, Susan R. Carter, Jose Luis tovilla, Y canales and Phillip H Choo (1999), "Tarsal margin rotation with posterior lamella surperadvancement for the management of cicatricial entropion ò the upper eyelid". *Am J Ophthalmol*. 127,pp. 67-71.
43. Steven C. Dresner, James W. Karesh (1993), "Transconjunctival Entropion Repaire", *Arch Ophthalmol*, Vol 111, pp. 1144-1148.
44. Piffaretti JM (1981), "Surgical treatment of senile entropion and ectropion of the lower lid", *Klin Monbl Augenheilkd*, 178(4), pp.241-3.
45. Vallabhanath. P, Carter S.R (2000), "Ectropion and Entropion", *Curr Opin Ophthalmol*, 11(5), pp.345-351.
46. Woznical K, Sommer F (2010), "Surgical management of entropion", *Ophthalmologe*, 107(10), pp.905-10.

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Số hồ sơ

Họ tên bệnh nhân:

Giới : Nam Nữ

Tuổi:

Địa chỉ:

Số điện thoại:

Lý do đến khám:

Thời gian mắc bệnh

Khám mắt

	MP		MT	
Thị lực				
Trợt biểu mô				
Chảy nước mắt				
	Mi trên	Mi dưới	Mi trên	Mi dưới
Sụp mi (MRD), sa da mi, sa lông mày				
Sừng hóa bờ mi				
Quặm toàn bộ				
Quặm khu trú				
Hàng lông mi kép				
Teo sụn mi				
Nhão mi trong, ngoài, toàn bộ				
Tình trạng hõm mắt				
Độ lồi				
Phương pháp mổ				

Mi trên		
Mi dưới		
Kết quả sau mổ	1 tháng	3 tháng
Chảy nước mắt		
Chói		
Trợt biểu mô		
Tình trạng lông mi đâm vào giác mạc		
Biến chứng	Lật mi	
	Hở mi	
	Khác mi	

Trước mổ:

1 Không 2 Có

Sau mổ:

1 Không 2 Có

