

ĐÁNH GIÁ KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH MẢNH GHÉP KẾT MẠC BẰNG MÁU TỰ THÂN KẾT HỢP CHỈ RÚT SỚM SAU 24 GIỜ TRONG PHẪU THUẬT MỘNG THỊT NGUYÊN PHÁT

Lê Phi Hoàng✉

Bệnh viện Mắt Hà Nội

Phương pháp cố định mảnh ghép kết mạc bằng máu tự thân trong phẫu thuật mộng giúp hạn chế đau và kích thích sau mổ cho người bệnh tuy nhiên tỷ lệ bị biến chứng mảnh ghép tương đối cao. Việc loại bỏ chỉ khâu sớm sau phẫu thuật mộng cũng giúp giảm đau nhức và giảm phản ứng viêm. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kỹ thuật cố định mảnh ghép kết mạc bằng máu tự thân kết hợp chỉ rút sớm sau 24 giờ trong phẫu thuật mộng thịt nguyên phát. Nghiên cứu gồm 27 bệnh nhân với 30 mắt phẫu thuật. Tỷ lệ cố định mảnh ghép tốt trước rút chỉ, sau rút chỉ 1 ngày và sau rút chỉ 1 tuần lần lượt là 93,3%, 90% và 100%. Tỷ lệ di lệch mảnh ghép sau rút chỉ là 3,3%, bong mảnh ghép một phần 6,7%, không có trường hợp nào mất mảnh ghép. Có 66,7% bệnh nhân đau nhẹ, 26,7% đau mức độ trung bình, 6,7% đau mức độ nặng. Kỹ thuật cố định mảnh ghép kết mạc bằng máu tự thân kết hợp chỉ rút sớm sau 24 giờ là một kỹ thuật hiệu quả và an toàn, giúp cải thiện đáng kể tình trạng đau sau mổ cho người bệnh.

Từ khoá: Mộng thịt, phẫu thuật mộng.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mộng thịt là một bệnh mắt phổ biến tại Việt Nam với tỷ lệ khoảng 17% ở người trên 50 tuổi.¹ Nếu không được điều trị, mộng thịt có thể gây ra những biến chứng nặng như viêm, dính mi cầu, giảm thị lực thậm chí mù loà. Phẫu thuật cắt mộng ghép kết mạc rìa tự thân là phương pháp tiêu chuẩn để điều trị mộng thịt với tỷ lệ tái phát tương đối thấp khoảng 7,65%.² Dù đã có nhiều tiến bộ về kỹ thuật, phương pháp này vẫn còn nhiều hạn chế. Việc cố định mảnh ghép kết mạc bằng 4 - 5 mũi chỉ được cắt sau 7 - 10 ngày khiến bệnh nhân bị cộm xốn, kích thích kéo dài sau mổ. Để khắc phục vấn đề này, các phương pháp cố định mảnh ghép không dùng chỉ như keo dán fibrin, máu tự thân ra đời nhưng chúng đều có những nhược điểm riêng nên chưa thể thay

thế được hoàn toàn chỉ khâu thông thường. Keo dán fibrin thương mại đắt tiền, không sẵn có, còn keo fibrin tự thân đòi hỏi quy trình điều chế phức tạp. Máu tự thân chứa fibrinogen và thrombin với nồng độ thấp hơn keo dán fibrin thương mại, được cho rằng có tác dụng kết dính mảnh ghép vào nền củng mạc và đã được nhiều tác giả sử dụng trong phẫu thuật mộng.³ Tuy nhiên, tỷ lệ di lệch mảnh ghép cao (khoảng 10,6%).³ Một phương pháp khác được Parmar báo cáo năm 2017 đó là cố định mảnh ghép bằng một mũi chỉ rút ở trung tâm và rút sớm sau mổ 1 ngày. Kết quả cho thấy: mảnh ghép cố định tốt, không có trường hợp nào mất mảnh ghép, 4,6% không rút được chỉ cần phải cắt, 4% bị tái phát mộng độ I, thang điểm đau thấp hơn 3 ở tất cả các bệnh nhân, tương đương với phương pháp dùng keo sinh học hoặc máu tự thân đơn thuần.⁴ Một nghiên cứu khác của Parmar năm 2020 cho thấy tỷ lệ mất mảnh ghép của nhóm phẫu thuật mộng cố định mảnh ghép bằng máu tự thân (không khâu, không dùng keo dán sinh học) là 6,3%

Tác giả liên hệ: Lê Phi Hoàng

Bệnh viện Mắt Hà Nội

Email: phihoanglhp@gmail.com

Ngày nhận: 20/05/2025

Ngày được chấp nhận: 31/05/2025

trong khi tỷ lệ mất mảnh ghép của nhóm cố định mảnh ghép bằng 1 mũi chỉ rút sớm sau 1 ngày là 0%.⁵

Chúng tôi cho rằng việc rút chỉ sớm có lợi trong việc cải thiện tình trạng đau và phản ứng viêm sau mổ. Thao tác rút chỉ cũng đơn giản, an toàn và nhẹ nhàng hơn nhiều so với thủ thuật cắt chỉ thông thường. Tuy nhiên, nếu chỉ dùng 1 mũi chỉ rút sớm sau 1 ngày thì nguy cơ di lệch thậm chí mất mảnh ghép khá cao, đặc biệt khi kích thước mảnh ghép lớn và phẫu thuật viên ít kinh nghiệm. Do đó, thay vì 1 mũi chỉ rút ở trung tâm chúng tôi sử dụng 4 mũi chỉ rút ở 4 góc mảnh ghép, kết hợp máu tự thân để tăng cường khả năng kết dính của mảnh ghép sau khi rút chỉ. Chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả cố định mảnh ghép kết mạc bằng máu tự thân kết hợp chỉ rút sớm sau 24 giờ trong phẫu thuật mộng thị nguyên phát.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân mộng thị nguyên phát với đầu mộng không quá độ 3, hình thái thân mộng không quá T2, được chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Mắt Hà Nội từ 1/4/2024 đến 1/7/2024.

- Bệnh nhân đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu và cam kết khám lại theo hẹn để đánh giá kết quả phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Mộng thị kèm dính mi cầu.
- Bệnh nhân bị glôcôm hoặc glôcôm tiềm tàng.
- Bệnh nhân không tuân thủ theo dõi và điều trị.
- Bệnh nhân mắc bệnh lý cấp tính tại mắt hoặc mắc bệnh toàn thân không đảm bảo cho phẫu thuật và theo dõi định kỳ.

2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Cỡ mẫu

Chọn tất cả các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Cách thức phẫu thuật:

Bước 1: Gây tê : Nhỏ tê tại chỗ Alcain 3 lần, mỗi lần cách nhau 10 phút, sau đó vành mi, tiêm tê tại thân mộng 0,3ml Lidocain 2%.

Bước 2: Cắt kết mạc dọc hai bên thân mộng, cách bờ mộng khoảng 1mm.

Bước 3: Cắt ngang đầu mộng song song với rìa giác mạc, cách rìa khoảng 2mm, đốt cầm máu nếu cần.

Bước 4: Phẫu tích tổ chức xơ mạch dưới kết mạc thân mộng.

Bước 5: Kẹp, cắt tổ chức xơ thân mộng đến sát cực lệ, đốt cầm máu.

Bước 6: Gọt phần đầu mộng bám vào giác mạc bằng dao crescent. Yêu cầu gọt phẳng, hết tổ chức xơ trên giác mạc, không gọt quá sâu để gây biến chứng chậm liền giác mạc.

Bước 7: Lấy mảnh ghép kết mạc rìa phía trên kích thước tương đương phần củng mạc hở. Lưu ý tỉa sạch tenon tại mảnh ghép.

Bước 8: Trải một lớp mỏng máu lên giường củng mạc hở, nếu không đủ thì làm vỡ một mạch máu nhỏ.

Bước 9: Đặt mảnh ghép vào giường máu, làm phẳng mảnh ghép và chờ ít nhất 3 phút để kết dính. Lưu ý đảm bảo mặt biểu mô hướng lên trên và vùng kết mạc rìa tương ứng với vùng rìa giác mạc.

Bước 10: Khâu cố định mảnh ghép vào củng mạc và kết mạc xung quanh bằng 4 - 5 mũi chỉ rút nylon 10/0. Lưu ý khi cắt chỉ phải để 1 đầu chỉ dài, 1 đầu chỉ ngắn. Đầu chỉ dài chính là vị trí dùng để rút chỉ sau phẫu thuật.

Bước 11: Tháo vành mi, tra thuốc, băng mắt trong 24h.

Sau 24h: Khám lại, đánh giá tình trạng mảnh ghép. Rút chỉ khâu bằng cách dùng panh kéo đầu dài của nút buộc chỉ. Trường hợp không rút được sẽ phải cắt bằng kim hoặc kéo vannas.

Điều trị, chăm sóc sau mổ: rửa mắt, tra kháng sinh, corticoid, dinh dưỡng giác mạc trong 2 tuần. Khám lại vào các thời điểm sau mổ 1 ngày (trước rút chỉ), sau rút chỉ 1 ngày, sau rút chỉ 1 tuần, 3 tháng và 6 tháng.

Các chỉ số theo dõi sau mổ và tiêu chí đánh giá kết quả:

- Tình trạng cố định mảnh ghép:

+ Tốt : trước khi rút chỉ các mũi chỉ không bị tuột gây bong hay di lệch mảnh ghép, mảnh ghép phẳng, cố định tốt trên nền củng mạc; sau rút chỉ mảnh ghép vẫn bám dính tốt vào nền củng mạc, phẳng, không bong, không di lệch.

+ Đạt: trước khi rút chỉ có hiện tượng tuột chỉ nhưng không gây bong hay di lệch, mảnh ghép vẫn bám trên nền củng mạc; sau khi rút chỉ mảnh ghép bong 1 phần nhưng vẫn áp trên nền củng mạc, phẳng, không di lệch, được giữ cố định tốt bằng kính tiếp xúc hoặc băng mắt mà không cần phẫu thuật bổ sung.

+ Không đạt: trước khi rút chỉ có hiện tượng tuột chỉ khiến mảnh ghép bị di lệch, bong, thậm chí mất mảnh ghép; sau khi rút chỉ mảnh ghép bị di lệch hoặc mất mảnh ghép, cần phải phẫu thuật bổ sung.

- Tỷ lệ rút chỉ thành công: thành công khi dùng panh rút được tất cả các mũi chỉ, không cần cắt bằng kim hay kéo.

- Mức độ đau sau phẫu thuật : Bệnh nhân được hướng dẫn đánh giá mức độ đau theo thang điểm đau Visual Analog Scale (VAS) và được chia thành 3 nhóm: đau nhẹ (VAS 0 – 3), đau trung bình (VAS 4 – 6), đau nặng (VAS 7 – 10).

- Các biến chứng: được ghi nhận trong tất

cả các lần thăm khám.

- Tỷ lệ tái phát: được xác định tại lần thăm khám cuối cùng.

- Kết quả chung của phẫu thuật:

+ Tốt: mảnh ghép cố định tốt trước và/hoặc sau rút chỉ, mỏng, khít với kết mạc xung quanh, ít xơ mạch, sẹo kết mạc mờ, giác mạc biểu mô hoá tốt, không tái phát, không biến chứng.

+ Đạt: tình trạng mảnh ghép ở mức độ đạt trước và/hoặc sau rút chỉ, hờ củng mạc nhẹ < 2mm, có tăng sinh xơ mạch, sẹo kết mạc rõ, giác mạc biểu mô hoá tốt, không tái phát, không có biến chứng.

+ Kém: mảnh ghép cố định kém trước và/hoặc sau rút chỉ, hờ củng mạc $\geq$ 2mm, tăng sinh xơ mạch nhiều, sẹo xơ kết mạc dày và rõ, giác mạc biểu mô hoá chậm, bề mặt không phẳng, còn tổ chức xơ, mỏng tái phát hoặc có biến chứng cần điều trị.

Xử lý số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.

3. Đạo đức nghiên cứu

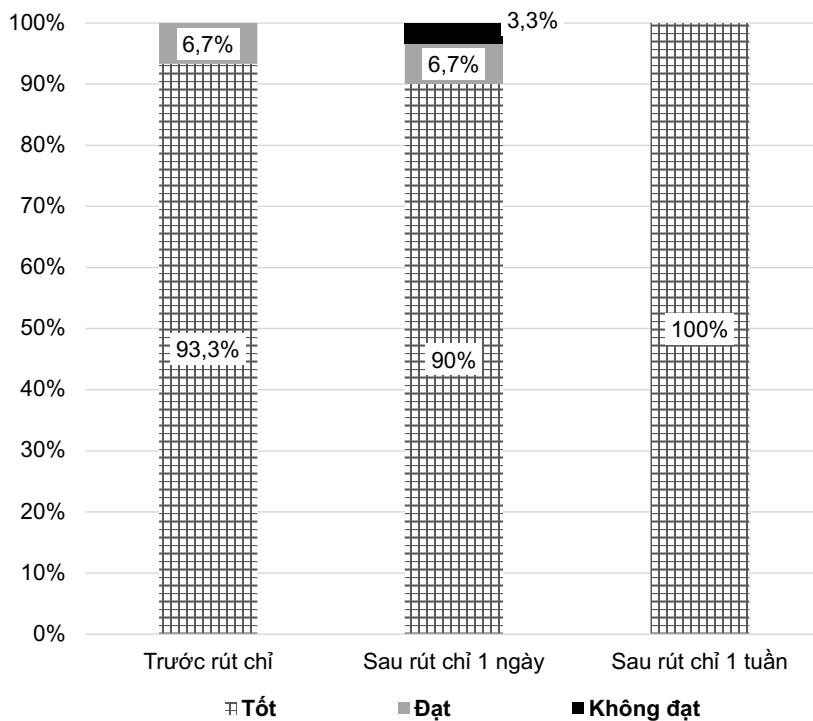
Nghiên cứu đã được Bệnh viện Mắt Hà Nội phê duyệt thực hiện tại đơn vị. Tất cả các thông tin của người bệnh được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Bệnh nhân được giải thích đầy đủ về lợi ích và nguy cơ khi tham gia nghiên cứu và tự nguyện ký giấy chấp thuận tham gia nghiên cứu.

II. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm sàng chung của nhóm nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 30 mắt của 27 bệnh nhân từ 35 – 93 tuổi, 96,3% bệnh nhân trên 40 tuổi, tuổi trung bình là $59,5 \pm 12,2$. Bệnh nhân nữ chiếm đa số (77,8%). Mộng độ 2 chiếm 73,3%, mộng độ 3 và mộng độ 1 lần lượt chiếm 16,7% và 10%. Mộng hình thái T2 chiếm 83,3%, hình thái T1 là 16,7%.

2. Tình trạng cố định mảnh ghép

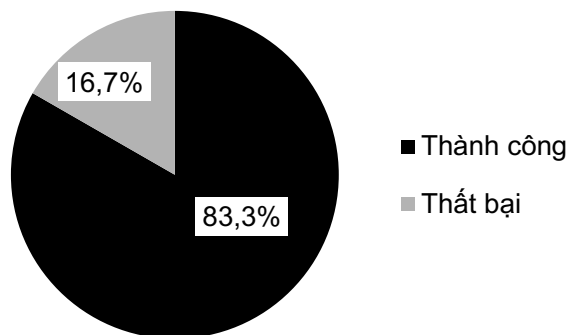


Biểu đồ 1. Tình trạng cố định mảnh ghép

Trước khi rút chỉ (sau phẫu thuật 24h) có 93,3% mảnh ghép cố định tốt, 6,7% mức độ đạt, không có trường hợp nào không đạt. Sau rút chỉ 1 ngày có 90% mảnh ghép cố định tốt,

6,7% mức độ đạt và 3,3% không đạt. Tại thời điểm sau rút chỉ 1 tuần, 100% mảnh ghép cố định tốt.

3. Tỷ lệ rút chỉ thành công



Biểu đồ 2. Tỷ lệ rút chỉ thành công

Có 83,3% mắt rút được chỉ hoàn toàn, 16,7% (5 mắt) không rút chỉ được hoàn toàn cần cắt chỉ bằng kim.

4. Mức độ đau sau phẫu thuật

Bảng 1. Mức độ đau sau phẫu thuật

Mức độ đau	n	%
Đau nhẹ (VAS 0-3)	20	66,7
Đau trung bình (VAS 4-6)	8	26,7
Đau nặng (VAS 7-10)	2	6,7
Tổng	30	100
Điểm đau VAS trung bình	3,17	

Tỷ lệ bệnh nhân đau nhẹ (VAS 0-3) chiếm 66,7%, đau mức độ trung bình (VAS 4-6) chiếm 26,7%, đau mức độ nặng (VAS 7-10) chiếm 6,7%. Điểm đau VAS trung bình là 3,17.

5. Tỷ lệ tái phát và biến chứng

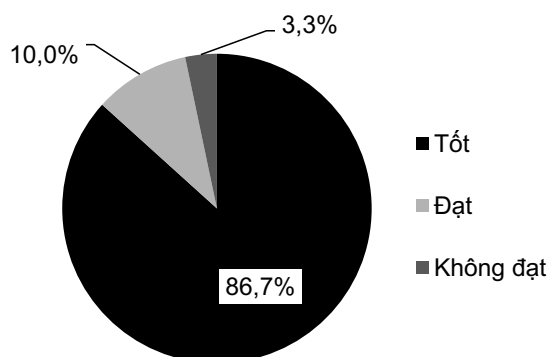
Bảng 2. Biến chứng phẫu thuật

Biến chứng	n	%
Xuất huyết dưới mảnh ghép hoặc dưới kết mạc nặng	1	3,3
Di lệch mảnh ghép	1	3,3
Bong mảnh ghép 1 phần	2	6,7
Sẹo xơ xấu kết mạc	1	3,3

Với thời gian theo dõi trung bình là 5,4 tháng (dài nhất là 7 tháng, ngắn nhất là 4 tháng), không có trường hợp nào mộng tái phát. Các biến chứng được ghi nhận bao gồm: di lệch

mảnh ghép 3,3%, bong mảnh ghép một phần 6,7%, xuất huyết dưới mảnh ghép 3,3%, sẹo xơ xấu kết mạc 3,3%.

6. Kết quả chung của phẫu thuật



Biểu đồ 3. Kết quả chung của phẫu thuật

Kết quả đánh giá tại lần thăm khám cuối cùng cho thấy có 86,7% mắt phẫu thuật đạt kết quả tốt, 10% đạt kết quả trung bình và 3,3% đạt kết quả kém.

III. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chủ động lựa chọn những trường hợp mộng không quá phức tạp (từ độ 3 và hình thái T2 trở xuống) để đảm bảo an toàn khi thử nghiệm một kỹ thuật mới.

Trước khi rút chỉ (sau phẫu thuật 24 giờ) có 2 mắt (6,7%) bị tuột mũi chỉ tại 1 góc của mảnh ghép tuy nhiên không gây bong hay di lệch. Mảnh ghép vẫn bám trên nền củng mạc nên chúng tôi vẫn tiến hành rút chỉ các mũi còn lại như bình thường. Ngay sau rút chỉ, mảnh ghép vẫn bám tốt trên nền củng mạc, sau 1 tuần theo dõi không thấy hiện tượng mất, di lệch hay hoại tử mảnh ghép, sau 1 tháng mảnh ghép liền tốt với kết mạc xung quanh. Sau rút chỉ 1 ngày có 2 mắt (6,7%) bị bong nhẹ 1 góc của mảnh ghép nhưng không gây di lệch và 1 mắt (3,3%) bị bong 2 góc mảnh ghép gây di lệch nhẹ. Ở 2 mắt bị bong nhẹ 1 góc mảnh ghép mà không di lệch chúng tôi xử trí bằng cách đặt kính tiếp xúc trong 3 ngày. Sau tháo kính, cả 2 trường hợp mảnh ghép đều bám dính tốt vào củng mạc. Ở 1 mắt (3,3%) bị bong 2 góc mảnh ghép có hiện tượng di lệch nên chúng tôi đã tiến hành khâu lại mảnh ghép. Tại thời điểm sau rút chỉ 1 tuần, 100% mắt mảnh ghép đều cố định tốt.

Tỷ lệ gặp biến chứng liên quan đến mảnh ghép trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Parmar và cộng sự. Trong 150 mắt phẫu thuật, tác giả này ghi nhận chỉ có 5,3% mảnh ghép bị co kéo nhưng được xử trí thành công bằng cách dùng spatula trải phẳng mảnh ghép và không có trường hợp nào bị mất mảnh ghép.⁴ Như vậy, việc rút chỉ sớm sau 24h có tỷ lệ an toàn cao. Theo Mitra và cộng sự, một khi mảnh ghép kết mạc đã nằm yên vị trong 24 - 48h, nó sẽ dính tốt vào nền củng mạc bên dưới.⁶ Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp bong mảnh ghép đều xảy ra ngay sau rút

chỉ do lực co kéo nhắc mảnh ghép lên khỏi củng mạc, các trường hợp mảnh ghép bám dính tốt ngay sau rút chỉ đều không bị di lệch trong suốt quá trình theo dõi. Theo nghiên cứu của các tác giả, phương pháp cố định mảnh ghép kết mạc bằng chỉ khâu gây kích thích và phản ứng viêm mạnh hơn đáng kể so với keo dán fibrin và máu tự thân.⁷⁻⁹ Do đó, việc rút chỉ sớm có ý nghĩa quan trọng trong việc cải thiện triệu chứng đau và hạn chế phản ứng viêm sau mổ cho người bệnh.

Kỹ thuật cắt chỉ sau phẫu thuật mộng thông thường cần phải dùng vành mi và dụng cụ cắt chỉ như kim hoặc kéo vannas. Động tác đặt vành mi thường gây đau cho bệnh nhân dù đã được gây tê bề mặt. Ngoài ra cắt chỉ bằng kim hoặc kéo đòi hỏi bác sĩ phải có kỹ năng thành thạo và sự phối hợp tốt của người bệnh, nếu không có thể gây các biến chứng như chọc vào giác mạc, rách kết mạc, xuất huyết kết mạc. So với cắt chỉ truyền thống, kỹ thuật buộc chỉ rút có nhiều ưu điểm hơn. Bác sĩ chỉ cần dùng panh để rút chỉ, không cần đặt vành mi, không cần dụng cụ cắt như kéo hay kim. Do đó sẽ giảm đau cho bệnh nhân và giảm biến chứng. Tuy nhiên, không phải trường hợp nào cũng có thể rút chỉ thành công. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 83,3% mắt được rút chỉ thành công và 5 mắt (16,7%) không rút chỉ được hoàn toàn cần cắt bằng kim. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Parmar với chỉ 4,6% bệnh nhân không rút được chỉ.⁴ Sự khác biệt có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi số mũi chỉ nhiều hơn (4 - 5 mũi) so với 1 mũi chỉ khâu trong nghiên cứu của Parmar. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, không rút được chỉ nguyên nhân chính là do nút chỉ buộc quá chặt hoặc không rút đúng đầu chỉ. Do đó, để rút chỉ thành công, theo chúng tôi không nên siết nút chỉ chờ quá chặt và luôn để đầu chỉ rút dài hơn đầu còn lại để đánh dấu.

Trong khi thực hiện rút chỉ nên rút thử 1 đầu từ từ và quan sát phần quai nút chỉ rút. Nếu quai chỉ nhỏ lại, nút chỉ dần bung ra thì tiếp tục rút, nếu quai chỉ không thay đổi, nút chỉ không thấy bung ra thì có thể rút nhầm đầu chỉ, cần thử kéo rút đầu còn lại.

Phần lớn bệnh nhân sau phẫu thuật chỉ đau nhẹ (66,7%) hoặc trung bình (26,7%) với điểm đau VAS trung bình là 3,17. Kết quả này kém khả quan hơn so với nghiên cứu của Parmar và cộng sự. Theo đó, tất cả 150 bệnh nhân được phẫu thuật đều có điểm đau VAS dưới 3 và mức độ đau này tương đương với một số nghiên cứu về phẫu thuật mộng dùng keo dán sinh học hay máu tự thân.⁴ Sự khác biệt có thể do quy trình kỹ thuật và số mũi chỉ khâu khác nhau giữa 2 nghiên cứu. Ngoài ra, việc đánh giá cảm giác đau cũng mang tính chủ quan rất cao nên rất khó để có sự so sánh chính xác nếu không có nhóm chứng. Chúng tôi cho rằng, việc loại bỏ chỉ khâu sớm và thay đổi trong cách thức loại bỏ chỉ khâu đã giúp cải thiện đáng kể cảm giác đau sau mổ cho người bệnh.

Tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật mộng được công bố thay đổi từ 2% - 39% tùy theo phương pháp phẫu thuật và tùy từng nghiên cứu.¹⁰ Trong nghiên cứu của Parmar, tỷ lệ mộng tái phát được ghi nhận tương đối thấp là 4%.⁴ Nghiên cứu của chúng tôi với thời gian theo dõi trung bình là 5,4 tháng (dài nhất là 7 tháng, ngắn nhất là 4 tháng) không ghi nhận bất kỳ trường hợp mộng tái phát nào. Kết quả này một phần là do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên những hình thái mộng không quá phức tạp (độ 3, T2 trở xuống) và thời gian theo dõi chưa dài. Tuy nhiên tác giả Hirst cũng cho rằng 97% trường hợp mộng tái phát sẽ diễn ra trong vòng 1 năm đầu tiên sau phẫu thuật.¹⁰

Kết quả chung của phẫu thuật được chúng tôi đánh giá tại lần thăm khám cuối cùng theo 3 tiêu chí chính là khả năng cố định mảnh ghép,

tình trạng kết giác mạc tại các thời điểm thăm khám và sự tái phát hoặc biến chứng. Phần lớn mắt phẫu thuật có kết quả tốt (86,7%). Có 3 mắt (10%) đạt kết quả trung bình do bong 1 phần mảnh ghép và xơ sẹo sau phẫu thuật. 1 mắt đạt kết quả kém (3,3%) do bong và di lệch mảnh ghép sau rút chỉ cần phải khâu lại.

Hiện nay, với sự cải tiến và hoàn thiện về mặt phương tiện và kỹ thuật, phẫu thuật mộng đã đạt được hiệu quả cao về mặt chức năng và thẩm mỹ cũng như hạn chế tối đa nguy cơ tái phát. Phương pháp phẫu thuật mộng với mảnh ghép rộng của tác giả Hirst với 1000 mắt phẫu thuật đã ghi nhận tỷ lệ tái phát rất thấp chỉ là 0,1%.¹⁰ Vấn đề cần cải thiện trong phẫu thuật mộng hiện nay chính là giảm đau, giảm kích thích sau mổ cho người bệnh. Vì đây là lý do khiến nhiều bệnh nhân phản nản sau phẫu thuật và trì hoãn phẫu thuật dù đã có chỉ định. Do đó, nghiên cứu của chúng tôi có ý nghĩa trong việc tiếp tục cải tiến và hoàn thiện kỹ thuật nhằm nâng cao hơn nữa chất lượng điều trị bệnh mộng thịt. Tuy nhiên, cỡ mẫu nghiên cứu chưa lớn, thời gian theo dõi chưa đủ dài và đối tượng chưa bao gồm các hình thái mộng phức tạp là những mặt hạn chế của nghiên cứu này.

IV. KẾT LUẬN

Kỹ thuật cố định mảnh ghép kết mạc bằng máu tự thân kết hợp chỉ rút sớm sau 24 giờ là một kỹ thuật hiệu quả và an toàn, giúp cải thiện đáng kể tình trạng đau sau mổ cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Như Hân. Đặc điểm mộng thịt trên cộng đồng 16 tỉnh thành ở Việt Nam. *Tạp chí Y học dự phòng*. 2013; 23(6): 136.
2. Chen S, Zhang M, Lin Y, et al. Risk factors for pterygium recurrence based on a retrospective study of 196 patients. *Scientific Reports*. 2025/02/24 2025; 15(1): 6646.

3. Zeng W, Dai H, Luo H. Evaluation of Autologous Blood in Pterygium Surgery With Conjunctival Autograft. *Cornea*. 2019; 38(2): 210-216.

4. Parmar GS, Arya S, Meena AK, Ghodke B, Jain E, Jain B. Releasable Single Suture for Primary Pterygium Excision With a Conjunctival Autograft. *Cornea*. Nov 2017; 36(11): 1364-1367.

5. Parmar GS, Ghodke B, Meena AK. Releasable Suture versus Autologous Blood for Pterygium Surgery using Conjunctival Autografts. *J Ophthalmic Vis Res*. Jan-Mar 2020; 15(1): 32-37.

6. Mitra S. Autoblood as Tissue Adhesive for Conjunctival Autograft Fixation in Pterygium Surgery. *Poster presented at the Annual Meeting of the American Academy of Ophthalmology*. Orlando, Fla. 2011.

7. Kumar S, Singh R. Pterygium excision

and conjunctival autograft: A comparative study of techniques. *Oman J Ophthalmol*. May-Aug 2018; 11(2): 124-128.

8. Bhatnagar A SA, Aggarwal A. Sutureless gluefree technique for pterygium excision: better cosmesis and early rehabilitation. *International Journal of advances in case reports*. 2015; 2(23): 1348-1355.

9. Srinivasan S, Dollin M, McAllum P, Berger Y, Rootman DS, Slomovic AR. Fibrin glue versus sutures for attaching the conjunctival autograft in pterygium surgery: a prospective observer masked clinical trial. *Br J Ophthalmol*. Feb 2009; 93(2): 215-218.

10. Hirst LW. Prospective study of primary pterygium surgery using pterygium extended removal followed by extended conjunctival transplantation. *Ophthalmology*. Oct 2008; 115(10): 1663-1672.

Summary

EVALUATION OF CONJUNCTIVAL AUTOGRAFT FIXATION USING AUTOLOGOUS BLOOD COMBINED WITH EARLY SUTURE REMOVAL AFTER 24 HOURS IN PRIMARY PTERYGIUM SURGERY

Conjunctival autograft fixation using autologous blood in pterygium surgery has been shown to reduce postoperative pain and ocular irritation. However, the incidence of graft-related complications remains relatively high. Early suture removal following pterygium surgery has also been reported to reduce pain and inflammatory response. This study aimed to evaluate the efficacy and safety of conjunctival autograft fixation using autologous blood in combination with early suture removal after 24 hours in primary pterygium surgery. The study included 27 patients (30 eyes) who underwent pterygium surgery. The rates of well-fixed grafts before suture removal, one day after removal, and one week after removal were 93.3%, 90%, and 100%, respectively. Graft displacement was observed in 3.3% of cases, partial graft dehiscence in 6.7%, and no case of graft loss was reported. Postoperative pain was mild in 66.7% of patients, moderate in 26.7%, and severe in 6.7%. The technique of conjunctival autograft fixation using autologous blood combined with early suture removal after 24 hours is effective and safe that can significantly improve postoperative pain for patients.

Keywords: Pterygium, pterygium surgery.