

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT MỘT THÌ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG HẸP KHE MI - SỤP MI – NẾP QUẠT NGƯỢC

Trần Thu Hương[✉], Nguyễn Xuân Tịnh, Lê Thị Kim Xuân

Bệnh viện Mắt Trung Ương

Nghiên cứu báo cáo kết quả bước đầu phẫu thuật một thì tạo hình góc trong Y-V kết hợp gấp ngắn dây chằng mi trong và treo mi trên vào cơ trán điều trị hội chứng hẹp khe mi-sụp mi-nếp quạt ngược. Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng trên 39 bệnh nhân tại Bệnh viện Mắt Trung Ương 1/2017 - 6/2018. Độ rộng khe mi trung bình trước mổ $18,41 \pm 2,26$ mm, sau mổ $22,13 \pm 2,48$ mm. Khoảng cách hai góc trong mắt trung bình trước mổ $36,13 \pm 4,32$ mm, sau mổ $30,62 \pm 3,98$ mm. Tỷ lệ khoảng cách hai góc trong mắt/độ rộng khe mi trung bình trước mổ $1,98 \pm 0,30$, sau mổ $1,39 \pm 0,19$. Các thông số trên khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau phẫu thuật, 92% hết sụp mi hoặc còn sụp mi nhẹ, 92,3% cân xứng mi, 100% hết nếp quạt ngược, 84,6% sẹo góc trong nhẹ, 92% hờ mi nhẹ. Kết quả chung thành công 87,2%. Biến chứng sau mổ đều được điều trị khỏi. Phẫu thuật một thì bước đầu an toàn, hiệu quả cao về thẩm mỹ, phù hợp điều trị cho bệnh nhân mắc hội chứng này.

Từ khóa: Hẹp khe mi – sụp mi – nếp quạt ngược, tạo hình góc trong Y-V, treo mi trên vào cơ trán.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng hẹp khe mi – sụp mi – nếp quạt ngược (HKM – SM – NQN) là một bệnh lý với nhiều tổn thương phức tạp về mi mắt, đặc trưng bởi 4 dấu hiệu biểu hiện ngay khi sinh: hẹp khe mi, sụp mi, nếp quạt ngược và 2 góc mắt trong xa nhau.¹ Đây là một bệnh lý di truyền trội nhiễm sắc thể thường hiếm gặp với tỷ lệ khoảng 1/50 000 trẻ mới sinh.² Bệnh thường đi kèm các bất thường khác như lác, tật khúc xạ, nhược thị... Bệnh không những gây ảnh hưởng xấu về thẩm mỹ mà còn gây tổn hại chức năng thị giác của mắt, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Điều trị phẫu thuật hội chứng HKM-SM-NQN là một trong những phẫu thuật phức tạp

trong lĩnh vực tạo hình mi mắt do bệnh gây nhiều tổn thương cùng lúc. Việc phẫu thuật 1 thì hay 2 thì và thứ tự các can thiệp phẫu thuật vẫn còn nhiều tranh luận. Một số tác giả, theo quan điểm truyền thống, phẫu thuật 2 thì: tạo hình góc trong trước, sau đó 3 tháng đến 1 năm phẫu thuật chỉnh sụp mi.^{3,4} Phương pháp điều trị này cho kết quả tốt, tuy nhiên có một số nhược điểm đặc biệt trên đối tượng trẻ em như cần gây mê nhiều lần, tăng thời gian nằm viện và chi phí y tế cho người bệnh. Gần đây, để khắc phục những nhược điểm này, một số tác giả trên thế giới đã tiến hành tạo hình góc trong kết hợp chỉnh sụp mi trong cùng một thì phẫu thuật và báo cáo đạt hiệu quả cao về thẩm mỹ.^{5,6} Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào báo cáo một cách hệ thống về kết quả phẫu thuật một thì điều trị hội chứng này, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật một thì tạo hình góc trong Y-V kết hợp gấp ngắn dây chằng mi trong và

Tác giả liên hệ: Trần Thu Hương,

Bệnh viện Mắt Trung ương

Email: thuhuong1108@yahoo.com

Ngày nhận: 13/09/2020

Ngày được chấp nhận: 09/12/2020

treo mi trên vào cơ trán điều trị hội chứng hẹp khe mi - sụp mi - nếp quạt ngược.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Nhóm đối tượng: bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Mắt Trung Ương được chẩn đoán mắc hội chứng HKM-SM-NQN từ 01/2017 đến 06/2018.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được chẩn đoán mắc hội chứng HKM-SM-NQN ≥ 3 tuổi chưa được phẫu thuật. Bệnh nhân và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân đang mắc bệnh mắt cấp tính, bệnh toàn thân nặng.

2. Phương pháp

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

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2017 đến tháng 06/2018.

Địa điểm nghiên cứu: Tại Bệnh viện Mắt Trung Ương.

Phương pháp chọn mẫu và Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được chọn liên tục ngẫu nhiên đến khi đủ cỡ mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{(p \times \epsilon)^2}$$

n: số bệnh nhân cần nghiên cứu

$Z_{1-\alpha/2}^2$: hệ số tin cậy 95% = 1,96 khi $\alpha = 0,05$

p: tỷ lệ thành công của phẫu thuật, ước tính

$p = 92,85\%$ (theo nghiên cứu trước⁷)

ϵ : sai số ấn định trong nghiên cứu ($\epsilon = 0,095$).

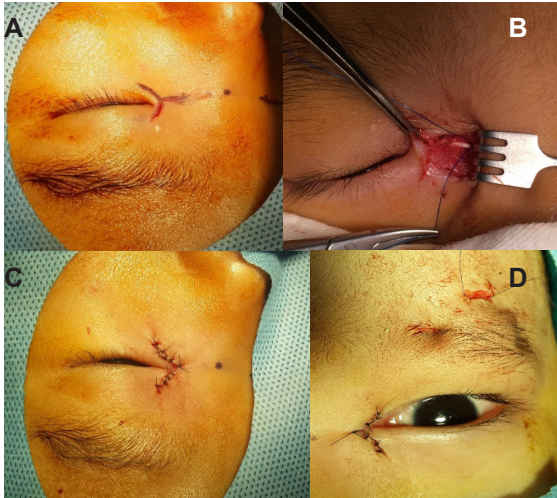
Theo công thức tính ra tối thiểu $n = 33$. Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được số liệu của 39 bệnh nhân.

Nội dung/chỉ số nghiên cứu: Bệnh nhân được khai thác bệnh sử, tiền sử, thăm khám, phân độ các chỉ số trước và sau mổ. Độ rộng

khe mi (ĐRKМ) là khoảng cách giữa góc trong và góc ngoài của mắt, khoảng cách 2 góc trong mắt (KCHGT) là khoảng cách giữa 2 điểm mi trên và mi dưới gặp nhau ở phía trong giữa 2 bên mắt. Tỷ lệ KCHGT/ĐRKМ là tỷ lệ khoảng cách 2 góc trong mắt/độ rộng khe mi. Nếp quạt ngược được chia thành mức độ: nhẹ (có nếp quạt nhưng vẫn còn nhìn thấy góc trong mắt) đến rất nặng (nếp quạt che hoàn toàn kết mạc nhãn cầu và 1 phần rìa giác mạc phía mũi). Phân độ sụp mi trước và tồn dư sau mổ theo 3 mức: nhẹ (MRD1 = 2 mm hoặc 3 mm), trung bình (MRD1 = 1 mm), nặng (MRD1 ≤ 0 mm). Sự cân xứng mi sau mổ đạt được nếu chênh lệch MRD1 của 2 mắt ≤ 1 mm. Sẹo góc trong sau mổ được phân thành mức độ: nhẹ (chỉ nhìn thấy khi đứng gần), trung bình (nhìn rõ khi đứng xa), nặng (cần phẫu thuật chỉnh sửa). Kết quả phẫu thuật chung được chia thành 3 mức: nhẹ (KCHGT/ĐRKМ < 1,3, hết nếp quạt ngược và hết sụp mi), trung bình (KCHGT/ĐRKМ 1,3 – 1,5, hoặc nếp quạt ngược còn ít, hoặc còn sụp mi mức độ nhẹ), nặng (KCHGT/ĐRKМ > 1,5, hoặc nếp quạt ngược còn rõ, hoặc còn sụp mi mức độ trung bình). Tình trạng hờ mi sau mổ được chia thành 2 mức nhẹ (hờ mi ≤ 3 mm), nặng (hờ mi > 3 mm). Các biến chứng như viêm loét giác mạc, u hạt, nhiễm trùng, thải loại chỉ treo... được theo dõi, đánh giá sau mổ. Bệnh nhân được ghi nhận có hài lòng với kết quả phẫu thuật hay không.

Quy trình tiến hành: các đối tượng nghiên cứu được hỏi bệnh, thăm khám, chụp ảnh trước và sau phẫu thuật, ghi chép hồ sơ nghiên cứu, tiến hành phẫu thuật, đánh giá kết quả phẫu thuật sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng. Các bệnh nhân được phẫu thuật 1 thì dưới gây mê. Tạo hình góc trong Y-V: đánh dấu da tại góc trong mắt theo hình chữ Y. Rạch da, tách lọc tổ chức dưới da, bộc lộ dây chằng mi trong. Khâu gấp ngắn dây chằng mi trong vào chỗ bám ở màng

xương của mào lệ trước bằng chỉ không tiêu Prolene 5/0. Tịnh tiến vạt da về phía đỉnh góc trong của đường rạch theo hình chữ V, khâu da bằng chỉ Nylon 6/0 mũi rời. Treo mi trên vào cơ trán bằng chỉ Mersilene 4/0 chập đôi theo hình ngũ giác (hình 1)



Hình 1. Các bước phẫu thuật

A: Rạch da góc trong hình chữ Y,
 B: Bộc lộ dây chằng mi trong,
 C: Tịnh tiến và khâu da hình chữ V,
 D: Treo mi trên vào cơ trán theo hình ngũ giác

3. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 16.0. Sử dụng T-test để so sánh trung bình của 2 biến định lượng, khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học phê duyệt số 94/HĐĐĐĐHYHN, ngày 10/5/2017. Nghiên cứu được sự đồng ý của bệnh nhân và/hoặc người nhà bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu được tiến hành trên 39 bệnh nhân (26 nam, 66,7%) có độ tuổi dao động từ 3 đến 40 tuổi (tuổi trung bình $7,94 \pm 7,61$). Độ rộng khe mi (ĐRKМ), khoảng cách hai góc trong mắt (KCHGT), tỷ lệ KCHGT/ĐRKМ đều có sự cải thiện rõ rệt trước và sau mổ. ĐRKМ trung bình trước mổ là $18,41 \pm 2,26$ mm, sau mổ là $22,13 \pm 2,48$ mm. KCHGT trung bình trước mổ là $36,13 \pm 4,32$ mm, sau mổ là $30,62 \pm 3,98$ mm. Tỷ lệ KCHGT/ĐRKМ trung bình trước mổ là $1,98 \pm 0,30$, sau mổ là $1,39 \pm 0,19$. Các thông số trên khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 1).

Bảng 1. Sự cải thiện độ rộng khe mi (ĐRKМ), khoảng cách 2 góc trong mắt (KCHGT) và tỷ lệ KCHGT/ĐRKМ sau phẫu thuật

Chỉ số	Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật	Giá trị p
ĐRKМ	$18,41 \pm 2,26$ (mm)	$22,13 \pm 2,48$ (mm)	$p < 0,05$
KCHGT	$36,13 \pm 4,32$ (mm)	$30,62 \pm 3,98$ (mm)	$p < 0,05$
KCHGT/ĐRKМ	$1,98 \pm 0,30$	$1,39 \pm 0,19$	$p < 0,05$

Sự cải thiện sụp mi sau mổ đạt kết quả tốt. Trong số 39 bệnh nhân nghiên cứu có 3 bệnh nhân chỉ sụp mi 1 mắt, còn lại các bệnh nhân đều sụp mi 2 mắt nên số mắt được mổ sụp mi là 75 mắt. Trước mổ, 100% mắt sụp mi mức độ trung bình và nặng. Sau mổ, 92% (69/75 mắt) hết sụp mi hoặc chỉ còn sụp mi mức độ nhẹ (bảng 2).

Sự cân xứng 2 mi sau mổ đạt 36/39 bệnh nhân (92,3%). Trước mổ, đa số các trường hợp có nếp quạt ngược mức độ nặng (46/78 mắt, 59%), và rất nặng (22/78 mắt, 28,3%). Sau mổ, 100% trường hợp đều hết nếp quạt ngược. Sau 3 tháng theo dõi, tỷ lệ này giảm xuống còn 97,4% do có 2 mắt

xuất hiện lại nếp quạt ngược mức độ nhẹ. Về vấn đề tạo sẹo sau mổ ở góc trong mắt, phần lớn các trường hợp sẹo ở mức độ nhẹ (66/78 mắt, 84,6%), 12/78 mắt (15,4%) có sẹo ở mức độ trung bình, không có trường hợp nào sẹo mức độ nặng.

Bảng 2. Sự cải thiện sụp mi sau phẫu thuật

	Số mắt	Tỷ lệ %
Hết sụp mi	39	52%
Còn sụp mi nhẹ	30	40%
Còn sụp mi trung bình	6	8%
Tổng số	75	100%

Kết quả phẫu thuật chung thành công với 87,2% (68/78 mắt), trong đó 25,6% (20/78 mắt) đạt mức tốt, 61,6% (48/78 mắt) đạt mức trung bình và 12,8% (10/78 mắt) đạt mức kém. Ngay sau phẫu thuật 92% (69/75) mắt được mổ sụp mi có hở mi mức độ nhẹ $\leq 3\text{mm}$, 8% (6/75) mắt hở mi mức độ nặng $> 3\text{mm}$. Sau 3 tháng theo dõi, mức độ hở mi giảm dần, không còn trường hợp nào hở mi nặng. Các biến chứng gặp sau mổ bao gồm 4 trường hợp trật giác mạc, 1 trường hợp quặm mi trên, 1 trường hợp đứt chỉ treo mi. 2 trường hợp cuối bệnh nhân đã được tiến hành mổ treo lại mi trên vào cơ trán và đạt kết quả sau mổ tốt. 97,4% (38/39) bệnh nhân hài lòng với kết quả thẩm mỹ đạt được sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật hội chứng HKM-SM-NQN trên thế giới vẫn còn nhiều quan điểm khác nhau do sự phức tạp của tổn thương, sự đa dạng của các kỹ thuật mổ hiện đang được sử dụng. Một số phẫu thuật viên cho rằng hội chứng này nên được phẫu thuật nhiều thì để đạt được kết quả tốt hơn. Các tác giả theo trường phái này cho rằng lực căng theo chiều dọc và chiều ngang sẽ co kéo lẫn nhau khi phẫu thuật sụp mi và tạo hình góc trong được tiến hành đồng thời; bệnh nhân sẽ có nguy cơ cao thiếu chỉnh sụp mi hoặc tạo hình góc trong bị rơi lỏng khi phẫu thuật một thì. Tuy nhiên, phẫu thuật một thì điều trị

bệnh lý này cũng đã được báo cáo thành công trong nghiên cứu của nhiều tác giả. Năm 1991, Nakajima đã báo cáo kết quả phẫu thuật tốt ở 11 ca HKM-SM-NQN sử dụng phẫu thuật một thì tạo hình góc trong theo kiểu Mustarde và rút ngắn cơ nâng mi trên.⁸ Năm 2007, Huang WQ nghiên cứu phẫu thuật một thì trên 16 ca HKM-SM-NQN với ĐRKМ từ 13 - 22 mm, KCHGT từ 35-39mm. Sau mổ, tất cả các trường hợp đều có ĐRKМ $> 25\text{mm}$, KCHGT $< 35\text{mm}$.⁹ Năm 2012, Bhattacharjee K. báo cáo kết quả phẫu thuật một thì thành công cho 11 bệnh nhân với sự giảm KCHGT trung bình từ 30,0 mm xuống 24,18 mm, tăng ĐRKМ trung bình từ 16,8 mm lên 25,85 mm.¹⁰ Năm 2013, Hussain I đánh giá kết quả thẩm mỹ của phẫu thuật Y-V trên 26 mắt bệnh nhân từ 4-28 tuổi, ĐRKМ tăng từ 22,88 mm trước mổ lên 26,77 mm sau mổ. KCHGT trung bình giảm từ 37,46mm trước mổ xuống 32,08mm sau mổ.¹¹ Nghiên cứu của chúng tôi cũng đạt kết quả thành công tương tự các tác giả sử dụng phẫu thuật một thì với ĐRKМ trung bình trước mổ là $18,41 \pm 2,26\text{mm}$, tăng lên sau mổ là $22,13 \pm 2,48\text{mm}$; KCHGT trung bình trước mổ là $36,13 \pm 4,32\text{mm}$, giảm xuống sau mổ là $30,62 \pm 3,98\text{mm}$. Kết quả của chúng tôi cũng không khác biệt nhiều với các tác giả sử dụng phẫu thuật nhiều thì. Năm 2012, Nuruddin M đã báo cáo kết quả điều trị cho 10 bệnh nhân HKM-SM-NQN bằng phẫu thuật 2 thì: tạo hình

góc trong bằng kỹ thuật Y-V hoặc Roveda kèm hoặc không kèm gấp ngắn dây chằng mi trong, phẫu thuật sụp mi bằng treo mi trên vào cơ trán bằng dây silicon. Kết quả KCHGT sau mổ giảm trung bình 4,8mm, ĐRKM tăng trung bình 5,45 mm.¹²

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ khoảng cách 2 góc trong mắt/ độ rộng khe mi trước mổ là $1,98 \pm 0,30$, sau mổ giảm xuống còn $1,39 \pm 0,19$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự các tác giả sử dụng phẫu thuật một thì khác. Năm 2014, Liu H tiến hành phẫu thuật một thì trên 21 bệnh nhân bao gồm tạo hình góc trong Mustardé, cắt góc ngoài Fox nếu ĐRKM < 20 mm và chuyển vạt cơ trán, đạt kết quả tốt với tỷ lệ KCHGT/ĐRKM trung bình sau phẫu thuật là $1,35 \pm 0,22$.⁵ Năm 2008, Wu báo cáo phẫu thuật một thì điều trị 23 bệnh nhân HKM-SM-NQN. 16 bệnh nhân (70%) có kết quả tốt với tỷ lệ KCHGT/ĐRKM sau phẫu thuật nhỏ hơn 1,3. Phần lớn y văn nhất trí rằng tỷ lệ này là thông số thích hợp để đánh giá sự thành công của phẫu thuật HKM-SM-NQN bởi vì nó không phụ thuộc vào tuổi bệnh nhân hoặc các đặc điểm sinh lý khác.¹³ Năm 2011, Sebastia báo cáo điều trị thành công cho 21 bệnh nhân phối hợp tạo hình nếp quạt chữ Z, xuyên dây thép qua mũi rút ngắn 2 dây chằng mi trong và treo cơ trán bằng cân cơ đuôi 2 bên trong một thì phẫu thuật. Tác giả chỉ ra rằng tỷ lệ KCHGT/ĐRKM trong nghiên cứu của họ có thể so sánh với những bệnh nhân được tiến hành hai thì phẫu thuật.⁶

Sự cải thiện tình trạng sụp mi trong nghiên cứu của chúng tôi đạt kết quả rất khả quan với 92% số mắt đạt kết quả hết sụp mi hoặc chỉ còn sụp mi mức độ nhẹ. Sự cân xứng 2 mi sau mổ đạt 36/39 bệnh nhân (92,3%). Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả sử dụng phẫu thuật 2 thì. Nuruddin M (2012) điều

trị cho 10 bệnh nhân mắc hội chứng này bằng phẫu thuật 2 thì, 90% bệnh nhân có kết quả phẫu thuật sụp mi ở mức độ tốt và khá.¹²

100% các trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi đều hết nếp quạt ngược ngay sau phẫu thuật. Sau 3 tháng theo dõi, có 2 mắt xuất hiện lại nếp quạt ngược mức độ nhẹ. Chúng tôi cho rằng điều này do sự co kéo của tổ chức sẹo xung quanh lên phần da mi góc trong mắt. Kết quả của chúng tôi cao hơn một số tác giả khác. Năm 2002, Trần Đình Lập đã ứng dụng phẫu thuật Y-V kết hợp gấp ngắn dây chằng mi trong cho 9 bệnh nhân HKM-SM-NQN với 90% bệnh nhân hết nếp quạt ngược.¹⁴ Năm 2012, Dương Nguyễn Thanh Sơn bước đầu nghiên cứu phẫu thuật Y-V kết hợp rút ngắn dây chằng góc trong mắt và treo mi trên vào cơ trán bằng chỉ ti-cron trong phẫu thuật một thì điều trị HKM-SM-NQN cho 7 bệnh nhân trẻ em với kết quả 85,72% bệnh nhi hết nếp quạt ngược.⁷

Về vấn đề tạo sẹo sau mổ ở góc trong mắt, phần lớn các trường hợp sẹo ở mức độ nhẹ (84,6%), 15,4% có sẹo ở mức trung bình, không có trường hợp nào sẹo mức độ nặng. Năm 2013, Lê Minh Thông đánh giá kết quả 20 trường hợp điều trị phẫu thuật hội chứng hẹp khe mi. Các bệnh nhân được mổ một thì tạo hình Y-V có rút ngắn dây chằng mi trong, mở rộng góc mi, điều chỉnh sụp mi. 87% trường hợp không có sẹo hoặc sẹo nhỏ khó thấy.¹⁵ Taylor (2007) phẫu thuật 2 thì tạo hình góc trong kiểu Mustarde kết hợp rút ngắn dây chằng mi trong, sau 9 - 12 tháng treo mi trên vào cơ trán bằng cân cơ đuôi tự thân điều trị cho 14 bệnh nhân HKM-SM-NQN, 50% trường hợp có sẹo góc trong mức độ nhẹ, 36% trường hợp có sẹo mức độ trung bình.⁴

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ngay sau mổ, 92% trường hợp hở mi mức độ nhẹ, 8% trường hợp hở mi mức độ nặng. Sau 3 tháng theo dõi, mức độ hở mi giảm dần, không còn

trường hợp nào hở mi nặng. Nhiều tác giả trên thế giới đều có nhận xét tương tự như chúng tôi với tất cả các ca sau mổ treo mi trên vào cơ trán đều có hở mi mức độ ít hoặc nhiều ngay sau mổ, tuy nhiên mức độ hở mi sẽ giảm dần theo thời gian giúp giảm nguy cơ biến chứng giác mạc sau mổ do hở mi.^{5,6}

Nghiên cứu của chúng tôi gặp 4 trường hợp trượt giác mạc sau mổ dù mức độ hở mi sau mổ không nặng. Biến chứng này xuất hiện ngay những ngày đầu sau mổ. Có trường hợp xảy ra ở trẻ do day dụi nhiều sau mổ, có trường hợp xảy ra ở người lớn do sợ ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật nên chủ động hạn chế nhắm mắt sau mổ kết hợp với tình trạng khô mắt sẵn có trên người bệnh. Các trường hợp này đều được phát hiện sớm, điều trị tích cực nước mắt nhân tạo, mỡ kháng sinh khi ngủ. Tất cả các trường hợp ổ trượt giác mạc đều được hàn gắn tối đa sau 5 ngày điều trị, không để lại sẹo giác mạc. 1 trường hợp đứt chỉ sau mổ 3 tuần, khi mổ treo lại mi trên vào cơ trán, chúng tôi phát hiện chỉ cũ bị đứt ngay tại vị trí thắt nút chỉ trên trán. Chúng tôi cho rằng trong lúc xuyên kim treo mi trên vào cơ trán, đầu kim Wright đã cửa vào dây chỉ treo làm rạn chỉ, kết hợp với bệnh nhân day dụi sau mổ làm đứt chỉ. Rút kinh nghiệm trường hợp này chúng tôi cẩn thận hơn nữa trong quá trình xuyên kim qua các vết rạch trên trán tránh làm tổn hại chỉ treo. Một trường hợp quặm sau mổ do vị trí đặt chỉ treo tại sụn mi quá sâu. Các trường hợp này phẫu thuật lại đều cho kết quả tốt.

Kết quả phẫu thuật chung trong nghiên cứu của chúng tôi thành công với 87,2%. Hội chứng HKM-SM-NQN là một bệnh lý phức tạp với nhiều tổn thương tại mi mắt, rất khó tìm được một phương pháp hoàn hảo để đạt được kết quả tối ưu nhất. Điều này thể hiện rất rõ khi trên thế giới đang tồn tại song song rất nhiều cách thức phẫu thuật khác nhau để điều trị hội chứng

này: điều trị nếp quạt ngược bằng tạo hình góc trong theo kiểu Y-V, Mustarde..., điều trị 2 góc mắt xa nhau bằng rút ngắn dây chằng mi trong, xuyên dây thép qua mũi..., điều trị sụp mi bằng treo mi trên vào cơ trán, chuyển vạt cơ trán, rút ngắn cơ nâng mi trên... Các kỹ thuật này có thể kết hợp trong cùng một thì hoặc tiến hành nhiều thì phẫu thuật. Phương pháp phẫu thuật một thì chúng tôi sử dụng khá đơn giản và hiệu quả trong điều trị hội chứng này. Bên cạnh đó, phẫu thuật một thì mang lại ưu điểm về giảm số lần gây mê phẫu thuật, thời gian nằm viện và chi phí y tế cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật một thì tạo hình góc trong kiểu Y-V kết hợp gấp ngắn dây chằng mi trong và treo mi trên vào cơ trán có sự cải thiện rõ rệt độ rộng khe mi, khoảng cách 2 góc trong mắt sau mổ. Kết quả mổ sụp mi và tạo hình sửa nếp quạt ngược tốt, sẹo góc trong sau mổ chủ yếu mức độ nhẹ. Các biến chứng sau mổ ít gặp và đều được điều trị khỏi không để lại di chứng. Phẫu thuật theo phương pháp trên bước đầu cho thấy đây là một phẫu thuật an toàn, đạt hiệu quả cao về thẩm mỹ, phù hợp điều trị cho bệnh nhân mắc hội chứng hẹp khe mi - sụp mi - nếp quạt ngược.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Oley C and Baraitser M. Blepharophimosis, ptosis, epicanthus inversus syndrome (BPES syndrome). *J Med Genet.* 1988; 25(1): 47 – 51.
2. Graziadio C, de Moraes FN, Rosa RF, et al. Blepharophimosis-ptosis-epicanthus inversus syndrome. *Pediatr Int.* 2011; 53: 390 – 392.
3. Li H, Li D, Jie Y, et al. Multistage correction of blepharophimosis: our rationale for 18 cases. *Aesthetic Plast Surg.* 2009; 33(4): 576 – 581.
4. Taylor A, Strike P and Tyers AG.

Blepharophimosis-ptosis-epicanthus inversus syndrome objective analysis of surgical outcome in patients from a single unit. *Clinical and Experimental Ophthalmology*. 2007; 35: 262–269.

5. Liu H, Shao Y, Zhao Z, et al. One-stage correction of blepharophimosis, ptosis, epicanthus inversus syndrome using a frontalis muscle transfer technique. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*. 2014; 48(1): 74–79.

6. Sebastiá R, Herzog NG, Fallico E, et al. A one-stage correction of the blepharophimosis syndrome using a standard combination of surgical techniques. *Aesthetic Plast Surg*. 2011; 35(5): 820–827.

7. Dương Nguyễn Thanh Sơn. Nhận xét bước đầu phẫu thuật Y_V kết hợp thu ngắn dây chằng góc trong mắt và treo mi trên vào cơ trán bằng chất liệu chỉ ti-cron trong phẫu thuật tạo hình điều trị hội chứng hẹp khe mi - sụp mi - nếp quạt ngược. *Kỷ yếu Hội thảo toàn quốc chuyên đề Mắt trẻ em lần thứ nhất*. 2012: 86–94.

8. Nakajima T, Yoshimura Y, Onishi K, et al. One-stage repair of blepharophimosis. *Plast Reconstr Surg*. 1991; 87(1): 24–31.

9. Huang W, Qiao Q, Zhao R, et al. Surgical strategy for congenital blepharophimosis

syndrome. *Chin Med J*. 2007; 120(16): 1413–1415.

10. Bhattacharjee K, Bhattacharjee H, Kuri G, et al. Single stage surgery for Blepharophimosis syndrome. *Indian J Ophthalmol*. 2012; 60(3): 195–201.

11. Hussain I and Khan T. Cosmetic outcome of Y-V medial canthoplasty in blepharophimosis syndrome. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2013; 23(3): 182–185.

12. Nuruddin M and Osmani M. Two-Stage Correction of Blepharophimosis Syndrome: Analysis of Surgical Outcome. *Asia Pac J Ophthalmol (Phila)*. 2012; 1(6): 345–348.

13. Wu SY, Ma L, Tsai YJ, et al. One-stage correction for blepharophimosis syndrome. *Eye (Lond)*. 2008; 22(3): 380–388.

14. Trần Đình Lập và Dương Anh Quân. Một số ứng dụng phương pháp phẫu thuật tạo hình tật hai góc mắt xa nhau trong hội chứng hẹp khe mi - sụp mi - nếp quạt ngược. *Tạp chí nhãn khoa Việt Nam*. 2006; 8: 3–10.

15. Lê Minh Thông. Đánh giá kết quả 20 trường hợp điều trị phẫu thuật hội chứng hẹp khe mi. *Kỷ yếu Hội nghị nhãn khoa toàn quốc*. 2013: 157–158.

Summary

EARLY RESULTS OF ONE STAGE SURGERY FOR BLEPHAROPHIMOSIS – PTOSIS – EPICANTHUS INVERSUS SYNDROME

This study reports the early results of one stage surgery using Y-V medial canthoplasty and medial canthal ligaments shortening and frontalis suspension to correct blepharophimosis - ptosis -epicanthus inversus (BPES) syndrome. This interventional study was conducted prospectively in 39 BPES patients treated at Vietnam National Eye Hospital from January 2017 to June 2018. The mean preoperative measurements were 18.41 ± 2.26 mm for horizontal lid fissure length (HLFL), 36.13 ± 4.32 mm for inner intercanthal distance (IICD) and 1.98 ± 0.30 for the IICD/HLFL ratio. The mean postoperative measurements were 22.13 ± 2.48 mm for HLFL, 30.62 ± 3.98 mm for IICD and 1.39 ± 0.19 for the IICD/

HLFL ratio. The differences between preoperation and postoperation for HLFL, IICD, and IICD/HLFL were statistically significant ($p < 0.05$). After operation, 92% cases had no ptosis or mild ptosis, 92.3% cases had upper lid position symmetry, 100% cases had no inversus epicanthus, 84.6% cases had mild medial canthal scars, and 92% cases had lagophthalmos postoperatively. General success of surgery were achieved in 87.2% cases. In conclusion, postoperative complications were treated with good results. One-stage correction of BPES is safe and efficient with the surgical techniques described.

Key words: Blepharophimosis – ptosis – epicanthus inversus syndrome, Y-V medial canthoplasty, frontalis suspension.