

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ GHÉP MÀNG ỒI ĐIỀU TRỊ MỘNG THỊT TÁI PHÁT

TS. NGUYỄN ĐÌNH NGÂN - Bệnh viện Quân y 103

TS. LÊ XUÂN CUNG - Bệnh viện Mắt Trung ương

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. PHẠM NGỌC ĐỒNG

(2) TS. NGUYỄN CHIẾN THẮNG

TÓM TẮT: Nghiên cứu 36 bệnh nhân với 36 mắt có mộng thịt tái phát (7 mắt mộng độ 2; 25 mắt mộng độ 3 và 4 mắt mộng độ 4), phẫu thuật cắt mộng ghép màng ối, tại Khoa Mắt, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 1/2017-12/2018.

Kết luận: Sau thời gian theo dõi từ 12-24 tháng (trung bình $18,8 \pm 4,5$ tháng), phẫu thuật cho kết quả thành công trên 86,1% bệnh nhân; tỉ lệ tái phát mộng thịt trên giác mạc ở thời điểm sau mổ 12 tháng là 5,6% và thời điểm kết thúc nghiên cứu (sau mổ $18,8 \pm 4,5$ tháng) là 8,3%. Thị lực sau phẫu thuật tăng có ý nghĩa thống kê so với trước phẫu thuật. Các tai biến, biến chứng của phẫu thuật đều nhẹ và gặp với tỉ lệ thấp. Có thể nói cắt mộng thịt ghép màng ối là phương pháp nên sử dụng trong các trường hợp mộng thịt tái phát, đặc biệt trong các trường hợp thiếu hụt kết mạc ghép hoặc cần bảo tồn diện tích kết mạc cho các phẫu thuật sau này như cắt bẻ củng giác mạc.

Từ khóa: Mộng thịt tái phát, cắt mộng, ghép màng ối.

ABSTRACT: Prospective study, non-controlled clinical trial on 36 eyes (7 eyes with grade 2, 25 eyes with grade 3 and 4 eyes with grade 4) of 36 patients with recurrence pterygium in 103 Military Hospital, from January 2017 to December 2018.

Conclusion: After the follow-up period of 12-24 months (18.8 ± 4.5 months), the success rate of pterygium excision and amniotic membrane transplantation was 86.1%; the rate of recurrence on the cornea was 5.6% at 12 months postoperatively and was 8.3% at the end of follow-up time (18.8 ± 4.5 months). The postoperative visual acuity was statically significantly increased compared to before surgery. Complications of the surgery were mild and low rate. Pterygium excision and amniotic membrane transplantation is an effective method to treat recurrent pterygium, especially in case of conjunctival shortage or where the conjunctival area needs to be preserved for later surgery like trabeculectomy.

Keywords: Recurrent pterygium, pterygium excision, amniotic membrane transplantation.

Chịu trách nhiệm nội dung: TS. Nguyễn Đình Ngân, Email: ngan.opthal@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/02/2020; mời phản biện khoa học: 3/2020; chấp nhận đăng: 31/3/2020.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Mộng thịt là bệnh lí bề mặt nhãn cầu do tăng sinh tổ chức dưới kết mạc nhãn cầu. Không ảnh hưởng nhiều đến thị lực, song mộng thịt gây ra nhiều khó chịu cho bệnh nhân (BN) như cộm mắt, đỏ mắt (đặc biệt khi tiếp xúc với gió, bụi) và ảnh hưởng nhiều tới thẩm mỹ. Mộng thịt còn có thể gây ra một số biến chứng, như loét giác mạc vô khuẩn Dellen, dính mi cầu, hạn chế vận nhãn và loạn thị giác mạc [4]. Đến nay, điều trị ngoại khoa là phương pháp duy nhất chữa khỏi mộng thịt.

Có nhiều phương pháp phẫu thuật mộng thịt đã được sử dụng, như cắt mộng đơn thuần, cắt mộng chuyển vật kết mạc, cắt mộng có ghép kết mạc, cắt mộng có ghép màng ối... với tỉ lệ thành công khác nhau [3], [4]. Các nghiên cứu đã chứng minh cắt mộng ghép kết mạc tự thân là phương pháp đơn giản, có nhiều ưu điểm về thẩm mỹ sau phẫu thuật và tỉ lệ tái phát thấp nhất [3], [4], [5],

[6], [8]. Tuy nhiên, với các trường hợp mộng thịt tái phát (đặc biệt là mộng cả 2 mắt hoặc mộng kép), việc tiếp tục phẫu thuật cắt mộng ghép kết mạc tự thân thường gặp khó khăn do không có đủ mảnh kết mạc ghép và nguy cơ suy tế bào gốc vùng rìa (trong trường hợp mảnh ghép là kết mạc rìa). Vì vậy, các phương pháp phẫu thuật sử dụng vật liệu tự thân hay đồng loại trong điều trị mộng tái phát đã được nghiên cứu, thử nghiệm. Màng ối với các đặc tính ưu việt của mình đã được sử dụng thay thế kết mạc, giác mạc trong điều trị các bệnh lí bề mặt nhãn cầu khác nhau và cũng đã sử dụng trong điều trị mộng nguyên phát, tái phát [7].

Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu sử dụng màng ối trong phẫu thuật cắt mộng thịt cho kết quả khả quan. Tuy nhiên, do kĩ thuật cắt mộng thịt, kĩ thuật ghép màng ối và đặc điểm mộng thịt ở từng vùng địa lí, chủng tộc rất khác nhau, nên kết quả có những khác biệt, tỉ lệ tái phát sau phẫu

thuật từ 3,8-52,6% [5], [6], [9]. Tại Việt Nam, có một số nghiên cứu đánh giá phẫu thuật cắt mộng thịt ghép màng ối trên nhóm BN mộng thịt nguyên phát [1], [2], song chưa có nghiên cứu nào sử dụng màng ối điều trị mộng thịt tái phát.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá tính an toàn và kết quả phẫu thuật cắt mộng thịt ghép màng ối trên các BN mộng thịt tái phát.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

36 mắt trên 36 BN chẩn đoán mộng thịt tái phát, có chỉ định và được phẫu thuật cắt mộng thịt ghép màng ối, tại Khoa Mắt, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2018.

Lựa chọn vào nghiên cứu các BN mộng thịt tái phát sau phẫu thuật ít nhất 6 tháng, mộng thịt từ độ 2 trở lên; BN chấp nhận tham gia nghiên cứu. Loại trừ các BN có viêm nhiễm cấp tính hoặc mạn tính bề mặt nhãn cầu (hội chứng Stevens Jonhson, Pemphigoid, Sjogren, khô mắt nặng), BN không đủ điều kiện sức khỏe phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng không đối chứng, so sánh dọc trước và sau điều trị.

- Phương tiện nghiên cứu: bộ dụng cụ vi phẫu thuật mộng thịt, kính hiển vi phẫu thuật, chỉ nylon 10/0; màng ối (Ngân hàng Mắt, Bệnh viện Mắt Trung ương sản xuất, đáp ứng tiêu chuẩn cơ sở, bảo quản trong dung dịch DMEM và Glycerin tỉ lệ 1:1 ở nhiệt độ âm 70°C).

- Phương pháp tiến hành:

+ Khám bệnh: khai thác tiền sử bệnh lý mắt và phẫu thuật mộng thịt lần gần nhất (thời gian, kỹ thuật, can thiệp); khám chuyên khoa mắt (thị lực, khúc xạ, nhãn cầu); đánh giá đặc điểm mộng thịt (phân độ theo tiêu chuẩn của Bệnh viện Mắt trung ương [2], tình trạng xơ dính của mộng thịt với củng đồ, mi mắt).

+ Thực hiện phẫu thuật: gây tê cạnh nhãn cầu bằng Lidocain 2%; đặt vành mi bộc lộ nhãn cầu. Dùng kéo Vannas cắt ngang thân mộng, thay đổi vị trí cắt tùy theo mức độ xơ co của mộng để tiết kiệm mô kết mạc còn lại (thường cắt ngang thân mộng, cách rìa 1-2 mm; có thể cắt ngang thân và sát đầu mộng thịt khi mộng xơ co nhiều hoặc có dính mi cầu). Cắt dọc 2 bên cánh mộng đến sát rìa; bóc tách kết mạc khỏi thân mộng đi về phía củng đồ; bóc tách tổ chức xơ ở 2 bên cánh mộng đi về phía kết mạc 2-3 mm. Làm sạch các tổ chức xơ sợi ở vị trí vừa cắt bỏ mộng để bộc lộ hoàn toàn củng mạc; gọt đầu mộng trên giác mạc tạo diện phẳng. Đặt mảnh màng ối lên diện củng mạc vừa làm sạch (kích thước mảnh màng ối rộng hơn

2 mm so với diện củng mạc), mặt biểu mô quay lên trên. Luồn bờ mảnh màng ối dưới mép kết mạc (bờ phía giác mạc được đặt sát rìa). Khâu cố định màng ối bằng 8 mũi chỉ nylon rời (4 mũi ở 4 góc, 2 mũi ở phía tiếp giáp kết mạc củng đồ, 2 mũi ở 2 cạnh trên dưới); khâu cố định 2- 3 mũi chỉ vào giữa mảnh màng ối nếu diện ghép lớn; tra mỡ kháng sinh, băng mắt.

+ Theo dõi, chăm sóc hậu phẫu: ngay ngày đầu tiên sau mổ, tra kháng sinh (Moxifloxacin x 4 lần/ngày, đến khi cắt chỉ màng ối), tăng liên biểu mô (Hyaluronat 01% x 6 lần/ngày), corticoid (Flumetholone 0,1% x 4 lần/ngày, giảm liều dần và cắt sau 2 tháng). Cắt chỉ khi giác mạc và màng ối đã biểu mô hóa hoàn toàn (thông thường từ 10-14 ngày).

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của BN (tuổi, giới tính...).

+ Thị lực trước và sau mổ.

+ Thời gian biểu mô hóa trên giác mạc, trên màng ối.

+ Biến chứng sớm (nhiễm trùng, xuất huyết dưới màng ối, bong hoại tử màng ối, loét chỉ, loét giác mạc) và biến chứng muộn (mộng tái phát, dính mi cầu).

+ Kết quả phẫu thuật (tại thời điểm 6 tháng, 12 tháng sau phẫu thuật và kết thúc theo dõi): 4 mức độ theo Solomon (2001) [9], gồm độ 1 (diện ghép trong, bóng; mạch máu quanh rìa hoàn toàn bình thường), độ 2 (xuất hiện mạch máu thượng củng mạc trong vùng đã cắt mộng, đi theo hướng vuông góc với rìa tới sát rìa nhưng không kèm theo tổ chức xơ), độ 3 (có tổ chức xơ mạch tại vùng đã cắt mộng, đi tới sát vùng rìa nhưng chưa xâm nhập vào giác mạc - tái phát mộng kết mạc) và độ 4 (có màng xơ mạch xâm lấn vào giác mạc - tái phát mộng thật sự). Phẫu thuật được coi là thành công nếu kết quả đạt độ 1 và độ 2 ở lần thăm khám cuối cùng.

- Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 18.0.

- Đạo đức trong nghiên cứu: đề cương nghiên cứu thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu khoa học Bệnh viện Quân y 103. Các BN đều được kí cam kết tham gia nghiên cứu; mọi thông tin về BN được bảo mật, chỉ phục vụ nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm BN và tổn thương:

- Tuổi: BN từ 36-71 tuổi, trung bình $53,6 \pm 11,2$ tuổi, trong đó có 26 BN (72,2%) dưới 50 tuổi.

- Giới tính: 19 BN (52,8%) nam giới và 17 BN (47,2%) nữ giới.

- Đặc điểm tổn thương mộng thịt:

Bảng 1. Biểu chứng và phân độ mộng thịt.

Biểu chứng	Phân độ mộng thịt			Tổng
	Độ 2	Độ 3	Độ 4	
Dính mí cầu	1	3	2	6
Loét Dellen	1	1	0	2
Hạn chế vận nhãn	1	2	0	3
Tổng	7	25	4	36

- Đặc điểm tái phát mộng thịt:

+ Tái phát lần 1: 32 mắt (86,1%), trong đó có 21 mắt tái phát sau phẫu thuật cắt mộng thịt ghép kết mạc rìa, 11 mắt sau phẫu thuật cắt mộng thịt đơn thuần.

+ Tái phát lần 2: 3 mắt (8,3%).

+ Tái phát lần 3: 1 mắt (2,8%).

Các mắt tái phát lần 2, lần 3 đều được cắt mộng thịt ghép kết mạc ở lần mổ gần nhất.

- Thị lực trước phẫu thuật: từ đếm ngón tay (ĐNT) 2m đến 20/25, trong đó 5 mắt thị lực dưới ĐNT 3m, 8 mắt thị lực từ ĐNT 3m đến dưới 20/60, 14 mắt thị lực từ 20/60 đến dưới 20/25 và 9 mắt thị lực 20/25.

3.2. Kết quả sau phẫu thuật:

- Thời gian theo dõi sau phẫu thuật: từ 12-24 tháng, trung bình $18,8 \pm 4,5$ tháng.

- Thời gian biểu mô hóa giác mạc và màng ối: các mắt được nhuộm fluorescein để đánh giá tình trạng biểu mô hóa trên giác mạc và màng ối hằng ngày sau phẫu thuật. Kết quả cụ thể:

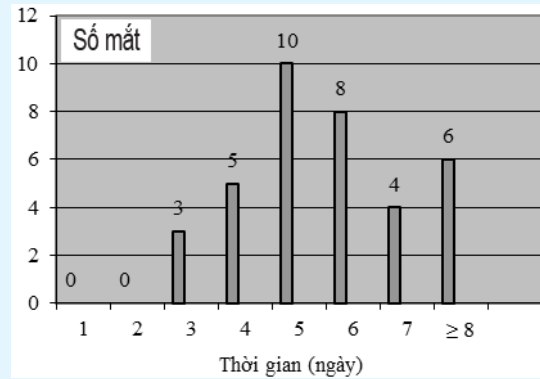
+ Biểu mô hóa giác mạc:

Bảng 2. Thời gian biểu mô hóa giác mạc.

Thời gian biểu mô hóa	Phân độ mộng thịt			Tổng
	Độ 2	Độ 3	Độ 4	
Dưới 3 ngày	6	19	0	25
Từ 3-7 ngày	1	5	2	8
Trên 7 ngày	0	1	2	3
Tổng	7	25	4	36

Thời gian biểu mô hóa trên giác mạc kéo dài từ 3-8 ngày, trung bình là $3,1 \pm 2,2$ ngày. Chỉ 3 mắt có thời gian biểu mô hóa giác mạc hoàn toàn vào ngày thứ 8, gồm 2 mắt có loét Dellen từ trước phẫu thuật và 1 mắt mộng thịt độ 4 tái phát 3 lần.

+ Biểu mô hóa màng ối: thời gian biểu mô hóa hoàn toàn màng ối từ 3-11 ngày (trung bình $5,7 \pm 2,5$ ngày), trong đó có 6 mắt liền biểu mô trong tuần thứ 2 (từ ngày thứ 8-11 sau phẫu thuật). Thời gian liền biểu mô mảnh ghép màng ối của nhóm 6 mắt có dính mí cầu ($8,3 \pm 2,1$ ngày) dài hơn so với nhóm còn lại ($4,9 \pm 2,1$ ngày), nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Biểu đồ 1: Thời gian biểu mô hóa hoàn toàn mảnh ghép màng ối.

- Biến đổi thị lực trước và sau phẫu thuật:

Bảng 2. Thị lực trước và sau phẫu thuật.

Thị lực	Trước PT	Sau PT 12 tháng	Kết thúc theo dõi
< ĐNT 3m	5	0	0
ĐNT 3m-<20/60	8	6	5
20/60-20/25	14	17	15
> 20/25	9	13	16

Sau phẫu thuật 12 tháng, đa số BN có thị lực ổn định với thị lực trung bình $0,48 \pm 0,23$ logMAR, tăng có ý nghĩa thống kê so với trước mổ ($0,61 \pm 0,34$ logMAR), $p = 0,02$. Thời điểm kết thúc theo dõi, thị lực trung bình là $0,69 \pm 0,29$ logMAR, khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật (thị lực trung bình tăng nhẹ có thể do 3 BN trong nhóm nghiên cứu đã phẫu thuật thay thể thủy tinh).

- Kết quả phẫu thuật ở từng thời điểm:

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật theo Solomon [9].

Thời điểm sau phẫu thuật	Kết quả phẫu thuật			
	Độ 1	Độ 2	Độ 3	Độ 4
6 tháng	35	1	0	0
12 tháng	30	3	1	2
Kết thúc theo dõi	28	3	2	3

Tại thời điểm kết thúc theo dõi, có 31 mắt (86,1%) đạt kết quả thành công; 5 mắt (15,9%) đạt kết quả không thành công, trong đó có 3 mắt kết quả độ 4 (mộng thịt tái phát xâm nhập vào giác mạc), đều ở BN độ tuổi từ 50-60 tuổi, 1 mắt trước mổ tái phát 2 lần, 2 mắt trước mổ tái phát 1 lần.

- Tai biến, biến chứng của phẫu thuật:

+ Lộn mảnh ghép: 1 mắt (2,7%).

+ Rách màng ối: 4 mắt (11,1%).

+ Xuất huyết dưới màng ối: 5 mắt (13,9%), trong đó, 1 BN phải rạch tháo máu dưới màng ối, các BN còn lại không cần can thiệp.

+ U hạt kết mạc: 1 mắt (2,7%).

+ Dính mi cầu: 2 mắt (5,4%), cả 2 mắt này đều đã có dính mi cầu trước phẫu thuật, mức độ dính mi cầu nhẹ, không ảnh hưởng đến hoạt động của mi (nhắm mắt) và nhãn cầu (vận nhãn).

4. BÀN LUẬN.

Chúng tôi gặp tỉ lệ BN nam/nữ là 1,1/1, tương tự kết quả nghiên cứu ghép màng ối trên BN mộng thịt nguyên phát của Nguyễn Thanh Hải (2011) [1] và BN mộng thịt thứ phát của Luanratanakorn (2006) [6], song khác biệt khá lớn với nghiên cứu của Lê Như Tùng (2007) [2]. Các tác giả tổng kết đặc điểm mộng thịt, thấy tỉ lệ BN nam/nữ của từng nghiên cứu khác nhau, tùy thuộc đặc điểm khí hậu, lao động ở từng vùng và thói quen chịu đựng của BN. Trong nghiên cứu này, BN dưới 50 tuổi chiếm đa số (72,2%), khá khác biệt so với một số nghiên cứu trên BN mộng thịt nguyên phát. Nguyễn Thanh Hải (2011) thấy mộng thịt tập trung ở BN từ 20-60 tuổi (69,44%), Lê Như Tùng (2006) thấy BN trên 50 tuổi chiếm 66,7% [1], [2]. Sự khác biệt này có thể do chúng tôi lựa chọn BN mộng thịt tái phát sau phẫu thuật (có nguy cơ tái phát mộng thịt cao nhất). Bradley (2009) đánh giá cơ chế hình thành mộng thịt, thấy các BN trẻ tuổi (< 40 tuổi) và trung niên là nhóm có nguy cơ phát triển mộng nhanh nhất và nguy cơ tái phát cao nhất sau phẫu thuật [4].

Tỉ lệ BN có mộng thịt lan vào giác mạc (độ 3, độ 4) trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 80,6%. Đánh giá đặc điểm tổn thương của mộng thịt tái phát trong nghiên cứu này, chúng tôi không thấy sự khác biệt giữa tần suất các biến chứng (dính mi cầu, loét Dellen, hạn chế vận nhãn...) với mức độ mộng trên giác mạc ($p > 0,05$). Đặc biệt, 3 BN hạn chế vận nhãn đều do mổ mộng góc trong có ghép kết mạc; 1 mắt tái phát mộng sau 3 lần phẫu thuật, 2 mắt tái phát mộng sau 1 lần phẫu thuật. Theo chúng tôi, có thể khi thực hiện cắt mộng ghép kết mạc, các phẫu thuật viên thường cắt rộng rãi kết mạc trên thân mộng và tổ chức xơ dưới kết mạc xung quanh, nên dễ có nguy cơ tổn thương cơ trực; đồng thời, khi mảnh ghép kết mạc quá nhỏ sẽ làm gây thiếu hụt kết mạc góc trong, dẫn đến hạn chế vận nhãn ngoài. Trong khi ở phẫu thuật cắt mộng đơn thuần, diện cắt kết mạc thường nhỏ hơn, ít gây tổn thương cơ trực và thiếu kết mạc nhiều góc trong nên không gặp biến chứng hạn chế vận nhãn.

Thời gian biểu mô hóa giác mạc sau phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố, như diện tích giác mạc bị tổn thương (độ mộng), kĩ thuật gọt giác mạc tạo diện phẳng, nhãn và tình trạng nuôi dưỡng của bề mặt nhãn cầu [1], [9]. BN nghiên cứu của chúng tôi có thời gian biểu mô hóa hoàn toàn giác mạc từ 3-8 ngày (trung bình $3,1 \pm 2,2$ ngày), tương tự với

các nghiên cứu trước đây [1], [2]. Dù thời gian liền biểu mô hoàn toàn giác mạc có xu hướng kéo dài ở mắt mộng lớn hơn (lần lượt là $2,8 \pm 1,0$ ngày ở mộng độ 2; $3,6 \pm 1,6$ ngày ở mộng độ 3; $4,2 \pm 1,5$ ngày ở mộng độ 4), nhưng chúng tôi không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời gian biểu mô hóa với các mức độ mộng (có thể do số lượng BN nghiên cứu còn ít). Tuy nhiên, 3 mắt có thời gian liền biểu mô kéo dài hơn 1 tuần đều liên quan đến các yếu tố ảnh hưởng nêu trên; 2 mắt có loét Dellen trước phẫu thuật và có khô mắt, 1 mắt mộng độ 4 tái phát 3 lần nên khi gọt tổ chức giác mạc xơ, mỏng, diện khuyết biểu mô giác mạc sau phẫu thuật lớn.

Màng ối khi được ghép vào diện củng mạc đã cắt mộng giúp kích thích biểu mô kết - giác mạc phát triển trên bề mặt nó. Biểu mô che phủ trên màng ối có thể từ giác mạc hoặc kết mạc lân cận đi vào. Nhuộm fluorescein hàng ngày cho thấy đa số các trường hợp cả biểu mô giác mạc từ vùng rìa và biểu mô của kết mạc lân cận đi vào màng ối, trong đó biểu mô giác mạc có xu hướng nhanh hơn. Thời gian biểu mô hóa mảnh ghép màng ối trong nghiên cứu từ 3-11 ngày (trung bình $5,7 \pm 2,5$ ngày). Có 83,3% mắt liền biểu mô hoàn toàn trong tuần đầu sau phẫu thuật; 16,7% mắt liền biểu mô trong tuần thứ 2 (2 mắt rách màng ối trong phẫu thuật, 3 mắt xuất huyết dưới màng ối, 1 mắt dính mi cầu nặng). Thời gian liền biểu mô của mảnh ghép màng ối ở BN dính mi cầu dài hơn so với các BN còn lại, nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê, có thể do số lượng BN nghiên cứu chưa nhiều.

Thị lực trung bình ở tháng thứ 12 sau phẫu thuật tăng có ý nghĩa so với trước mổ, nhưng không khác biệt so với thời điểm kết thúc theo dõi. Sau phẫu thuật, thị lực cải thiện rõ rệt trên các mắt ở mức độ mù lòa (thị lực < ĐNT 3m). Đa số các trường hợp này là mộng thịt độ 4, sau phẫu thuật được giải phóng trục thị giác, giảm độ loạn thị sẽ giúp thị lực tăng rõ rệt.

Một trong những yếu tố quan trọng đánh giá chất lượng phương pháp phẫu thuật là tỉ lệ tái phát mộng thịt. Cơ chế tái phát mộng thịt đến nay chưa hoàn toàn rõ ràng, nhưng nghiên cứu cho thấy tỉ lệ tái phát liên quan chặt chẽ đến sự tồn tại của các tế bào biểu mô dương tính với p53 (tế bào mộng) sau phẫu thuật và cơ chế liền vết thương trên bề mặt nhãn cầu [4]. Hai yếu tố này có vẻ mâu thuẫn nhau do khi cắt triệt để giúp loại bỏ hoàn toàn các tế bào mộng thì dễ lại khuyết hổng lớn dễ gây tăng sinh xơ viêm, dẫn đến xơ mạch xâm nhập vào giác mạc. Sử dụng mảnh ghép sinh học giúp che phủ củng mạc, liền biểu mô sẽ giải quyết được mâu thuẫn này và chính vì vậy, cắt mộng ghép kết mạc tự thân được coi là phương pháp sinh lí, có tỉ lệ

thành công cao nhất [3]. Ngoài ra, màng ối là một chất liệu có nhiều ưu việt, đặc điểm giống màng đáy kết giác mạc, có các yếu tố tăng trưởng giúp tăng sinh biểu mô, có khả năng ức chế viêm, ức chế tăng sinh tân mạch nên được sử dụng trong phẫu thuật mộng [5], [7]. Tuy nhiên, tùy từng phương pháp phẫu thuật, loại màng ối sử dụng... mà các tác giả cho kết quả khác nhau. Solomon (2001) nghiên cứu phẫu thuật cắt mộng ghép màng ối, thấy tỉ lệ tái phát 3% với mộng nguyên phát (theo dõi 12,8 ± 4,3 tháng) và 9,5% với mộng tái phát (theo dõi 14,3 ± 4,9 tháng) [9]. Luanratanakorn (2006) nghiên cứu so sánh ghép màng ối và kết mạc trong mộng tái phát, thấy tỉ lệ lần lượt là 7,1% và 10,5% (theo dõi 6 tháng). Tuy nhiên, nếu tính cả nhóm tái phát kết mạc (kết quả độ 3) thì tỉ lệ tái phát khá cao (21,5% và 52,6% [6]). Ronald Rosen (2018) ghép màng ối phối hợp áp mitomycin 0,02% trong mổ, thấy tỉ lệ tái phát khá thấp (tái phát giác mạc độ 4 là 3,6% và tái phát kết mạc độ 3 là 2,2% với thời gian theo dõi 17,3 ± 0,8 tháng [8]). Các nghiên cứu ở Việt Nam đến nay cho thấy tỉ lệ tái phát thấp, nhưng đều theo dõi trong thời gian khá ngắn, như Nguyễn Thanh Hải 2011 (tỉ lệ tái phát 2,08% sau phẫu thuật 3 tháng), Lê Như Tùng 2006 (tỉ lệ tái phát 9,8% sau phẫu thuật 6 tháng) [1], [2]. Nghiên cứu của chúng tôi thấy tỉ lệ tái phát trên giác mạc thời điểm sau mổ 12 tháng là 5,6% và thời điểm kết thúc nghiên cứu (18,8 ± 4,5 tháng) là 8,3%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của các tác giả nước ngoài và thấp hơn một số tác giả trong nước. Theo chúng tôi, tỉ lệ thành công cao trong nghiên cứu là do màng ối dùng trong phẫu thuật đã được chuẩn hóa tương đối, bảo đảm chất lượng hơn các nghiên cứu trước đây. Ngoài ra, chúng tôi có một số cải tiến nhỏ trong phẫu thuật, như khâu cố định chính giữa màng ối vào nền củng mạc (giúp màng ối cố định tốt hơn) và đặt rìa màng ối nằm chồng dưới kết mạc khoảng 2 mm (giúp chống tăng sinh xơ vào diện ghép).

Các tai biến, biến chứng trong phẫu thuật khá thấp và không có biến chứng nặng. Chúng tôi không gặp các tai biến như thủng giác mạc, xuất huyết tiền phòng, hay bong, hoại tử màng ối, nhiễm trùng sau phẫu thuật... Có 1 mắt bị lộn mảnh ghép màng ối nhưng được phát hiện ngay trong phẫu thuật. Các trường hợp rách màng ối đều nhỏ, chỉ có 1 mắt phải khâu lại vị trí rách. Sau phẫu thuật, có 2 mắt trong 6 mắt dính mi cầu trước mổ tái phát dính sau 12 tháng.

Như vậy, có thể nói cắt mộng thịt ghép màng ối là phương pháp nên sử dụng trong các trường hợp mộng thịt tái phát, thiếu hụt kết mạc ghép hoặc các trường hợp cần bảo tồn diện tích kết

mạc cho các phẫu thuật sau này như cắt bè củng giác mạc.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 36 mắt mộng thịt tái phát (7 mắt mộng độ 2; 25 mắt mộng độ 3 và 4 mắt mộng độ 4), được phẫu thuật cắt mộng ghép màng ối, tại Khoa Mắt, Bệnh viện Quân y 103, thấy: với thời gian theo dõi từ 12-24 tháng (trung bình 18,8 ± 4,5 tháng), phẫu thuật cho kết quả thành công 86,1%; tỉ lệ tái phát trên giác mạc thời điểm sau mổ 12 tháng là 5,6% và thời điểm kết thúc nghiên cứu (18,8 ± 4,5 tháng) là 8,3%. Thị lực sau phẫu thuật tăng có ý nghĩa thống kê so với trước phẫu thuật. Các tai biến, biến chứng của phẫu thuật đều nhẹ và gặp với tỉ lệ thấp. Các biến chứng kèm theo là 6 mắt dính mi cầu, 2 mắt loét Dellen, 3 mắt hạn chế vận nhãn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Thanh Hải, Phạm Như Vĩnh Tuyên, Nguyễn Quốc Việt (2011), "Kết quả điều trị mộng thịt nguyên phát bằng phẫu thuật ghép màng ối", *Tạp chí Nhân khoa Việt Nam*, số 21, tr. 40-44.
2. Lê Như Tùng (2007), Đánh giá hiệu quả của phương pháp cắt mộng ghép màng ối trong điều trị mộng nguyên phát, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
3. Ang L.P, Chua J.L, Tan D.T (2007), "Current concepts and techniques in pterygium treatment", *Current Opinion in Ophthalmology*, 18:308-313.
4. Bradley J.C, Yang W, Bradley R.H, Reid T.W, Schwab I.R (2009), "The science of pterygia", *Br J Ophthalmol*, 94:815-820.
5. Kuxcukerdonmez C, Akova Y.A, Altinors D.D (2007), "Comparison of conjunctival autograft with amniotic membrane transplantation for pterygium surgery surgical and cosmetic outcome", *Cornea*, 26:407-413.
6. Luanratanakorn P, Ratanapakorn T, Suwanapichon O, Chuck R.S (2006), "Randomised controlled study of conjunctival autograft versus amniotic membrane graft in pterygium excision", *Br J Ophthalmol*, 90: 1476-1480.
7. Malhotra C, Jain A.K (2014), "Human amniotic membrane transplantation (2014); different modalities of its use in ophthalmology", *World J Transplant*, 4(2): 111-121.
8. Ronald Rosen (2018), "Amniotic membrane grafts to reduce pterygium recurrence", *Cornea*, 37:189-193.
9. Solomon A, Pires R.T, Tseng S.C (2001), "Amniotic membrane transplantation after extensive removal of primary and recurrent pterygia", *Ophthalmology*, 108: 449-60. □