

NGHIÊN CỨU KỸ THUẬT CỐ ĐỊNH MẢNH GHÉP
KẾT MẠC RỜI TỰ THÂN BẰNG MÁU TỰ THÂN KẾT HỢP
ĐỐT LƯỠNG CỰC TRONG ĐIỀU TRỊ MỘNG THỊT NGUYÊN PHÁT
TẠI BỆNH VIỆN MẮT-RĂNG HÀM MẶT CẦN THƠ NĂM 2022-2023

Nguyễn Thanh Liệt^{1*}, Trương Nguyễn Trọng Nhân¹,
Vũ Thị Thu Giang², Hoàng Quang Bình¹

1. Bệnh viện Mắt-Răng Hàm Mặt Cần Thơ,

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

*Email: nguyenthanhliet@gmail.com

Ngày nhận bài: 08/6/2023

Ngày phản biện: 20/10/2023

Ngày duyệt đăng: 31/10/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ghép kết mạc tự thân là phương pháp hiệu quả, an toàn và phổ biến trong điều trị mộng thị. Nhiều nghiên cứu sử dụng máu tự thân và đốt lưỡng cực để cố định mảnh ghép trong phẫu thuật mộng thị. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả của kỹ thuật cố định mảnh ghép kết mạc rời tự thân bằng máu tự thân kết hợp đốt lưỡng cực trong điều trị mộng thị nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu không nhóm chứng. Chúng tôi thực hiện phẫu thuật cắt mộng thị ghép kết mạc tự thân cố định mảnh ghép bằng máu tự thân kết hợp đốt lưỡng cực ở 60 mắt trên 59 bệnh nhân mộng thị nguyên phát góc trong, thời gian từ tháng 11/2022 đến tháng 04/2023 tại Bệnh viện Mắt - Răng Hàm Mặt Cần Thơ. **Kết quả:** Tuổi trung bình 54,76 tuổi ($\pm 11,10$), 86,7% mộng thị độ III, hình thái mộng thường gặp là mộng trung gian (60%). Không có biến chứng trong phẫu thuật được ghi nhận. Thời gian phẫu thuật trung bình ($30,3 \pm 5,6$ phút). Biến chứng ngày đầu sau phẫu thuật: phù mảnh ghép (36,6%), hở và co kéo mảnh ghép (18,7%), 1 mắt hở mảnh ghép độ III phải khâu lại mảnh ghép bằng chỉ nylon 10.0, 1 mắt mất mảnh ghép (1,7%). 85% bệnh nhân trải qua kích thích nhẹ hoặc không kích thích (8,3%) ở ngày đầu sau phẫu thuật. Một mắt tái phát mộng thị ở tháng thứ ba sau phẫu thuật (1,7%). **Kết luận:** Phẫu thuật cắt mộng ghép kết mạc tự thân cố định mảnh ghép bằng máu tự thân kết hợp đốt lưỡng cực là phương pháp hiệu quả và an toàn trong điều trị mộng thị nguyên phát.

Từ khóa: Mộng thị, ghép kết mạc tự thân, máu tự thân, đốt lưỡng cực

ABSTRACT

INVESTIGATION ON THE TECHNIQUE OF FIXING AUTOLOGOUS
CONJUNCTIVAL GRAFTS BY AUTOLOGOUS BLOOD COMBINED
WITH BIPOLAR CAUTERY IN THE TREATMENT OF PRIMARY
PTERYGIUM AT CAN THO OPHTHALMOLOGY-DENTAL
MAXILLOFACIAL HOSPITAL IN 2022-2023

Nguyen Thanh Liet^{1*}, Trương Nguyễn Trọng Nhân¹,
Vu Thi Thu Giang², Hoang Quang Binh¹

1. Can Tho Ophthalmology - Dental Maxillofacial Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Autologous Conjunctival Grafts is an effective, safe, and popular method in the treatment of pterygium. Many studies have used autologous blood and bipolar cautery to fixing grafts in surgical pterygium. **Objectives:** To assess the outcome of the technique fixing autologous limbus conjunctival grafts by autologous blood combined with bipolar cautery in the treatment of

primary pterygium. **Materials and methods:** Prospective descriptive study without a control group. We performed autologous conjunctival grafts surgical pterygium with fixing the grafts by autologous blood combined with bipolar cautery in 60 eyes on 59 patients with primary medial pterygium during the period from November 2022 to April 2023 at Can Tho Ophthalmology - Dental Maxillofacial Hospital. **Results:** Mean age 54.85 years old (± 11.02), 86.7% pterygium grade III, common form of pterygium was intermediate pterygium (60%). No complications in surgery was noted. The average surgical time was 30.3 minutes (± 5.6 minutes). Complications on the first day after surgery: grafts edema (36.6%), grafts opening and retraction (18.7%), one eye of severe grafts opening grade III must be sutured by 10.0 nylon thread, one eye of grafts loss (1.7%). 85% patients experienced mild stimulation or no stimulation (8.3%) on the first day after surgery. One eye recurrent at the third month after surgery (1.7%). **Conclusion:** Autologous limbal conjunctival grafts surgical pterygium with fixing graft by autologous blood combined with bipolar cautery was an effective and safe method in the treatment of primary pterygium.

Keywords: Pterygium, autologous conjunctival graft, autologous blood, bipolar cautery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mộng thịt là mô tăng sinh sợi mạch hình tam giác phát triển từ vùng kết mạc rìa xâm lấn lên giác mạc [1]. Mộng thịt khá phổ biến, tỷ lệ mộng thịt trên thế giới là khoảng 10% [2], ở Việt Nam tỷ lệ người bị mộng thịt chiếm 5,24% trong dân số [3]. Năm 1985, Kenyon đã thực hiện thành công phẫu thuật mộng ghép kết mạc tự thân cố định mảnh ghép bằng chỉ khâu cho tỷ lệ tái phát thấp [4]. Hiện nay phẫu thuật mộng ghép kết mạc tự thân là lựa chọn hàng đầu cho các bác sĩ phẫu thuật nhãn khoa vì tỷ lệ tái phát thấp (0-16%) và an toàn [2]. Phương pháp này còn tồn tại một số khuyết điểm như kích thích sau mổ do chỉ khâu, cảm giác đau, cộm xốn kéo dài, tuột chỉ, u hạt ở vị trí nốt chỉ khâu. Keo fibrin là một giải pháp thay thế cho chỉ khâu để cố định mảnh ghép với thời gian phẫu thuật ngắn hơn và tỷ lệ tái phát thấp hơn. Tuy nhiên, chi phí cao cùng với nguy cơ lây nhiễm các bệnh truyền nhiễm và tính không sẵn có đã hạn chế việc sử dụng nó [5]. Để khắc phục điều này một số tác giả đã đề xuất giải pháp sử dụng chính máu của bệnh nhân ngay trong cuộc mổ để làm keo dán mảnh ghép. Phương pháp này đã và đang được thực hiện trên thế giới và ở Việt Nam với kết quả tốt [6]. Đốt điện lưỡng cực được sử dụng rộng rãi trong phẫu thuật tổng quát gây ra sự hàn nhiệt dẫn đến làm bay hơi dịch nội bào và biến tính protein mô. McPearson lần đầu tiên sử dụng dao lưỡng cực trong các phẫu thuật nhãn khoa vào năm 1972 [7]. Kể từ đó đốt lưỡng cực đã được sử dụng rộng rãi trong phẫu thuật tạo hình mắt, phẫu thuật cắt bè củng mạc và để đóng vết rách củng mạc bằng cách phủ kết mạc qua vết thương như một phương pháp thay thế cho chỉ khâu. Sử dụng đốt lưỡng cực để cố định mảnh ghép trong phẫu thuật mộng ghép kết mạc tự thân trong nhiều nghiên cứu đã chứng minh sự thành công và giảm kích thích cho bệnh nhân sau phẫu thuật [8]. Vấn đề đặt ra là máu tự thân kết hợp đốt lưỡng cực có giúp tăng cường tính bám dính mảnh ghép kết mạc tự thân sau phẫu thuật? Chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu đánh giá kết quả của kỹ thuật cố định mảnh ghép kết mạc rời tự thân bằng máu tự thân kết hợp đốt lưỡng cực trong điều trị mộng thịt nguyên phát.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân phẫu thuật mộng thịt nguyên phát ghép kết mạc tự thân tại bệnh viện Mắt-Răng Hàm Mặt Cần Thơ từ tháng 11/2022 đến tháng 04/2023.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tất cả bệnh nhân mộng thịt nguyên phát góc trong độ II trở lên đến phẫu thuật tại bệnh viện Mắt – Răng Hàm Mặt Cần Thơ từ tháng 11/2022 đến 04/2023 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Mộng thịt góc ngoài, mộng thịt tái phát, mắt đã phẫu thuật cắt bè cứng giác mạc, glaucome, viêm nhiễm bề mặt nhãn cầu, dính mi cầu, có bệnh về gan nặng hoặc rối loạn đông máu, tình trạng nội khoa không cho phép phẫu thuật, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu không nhóm chứng.

- **Cỡ mẫu nghiên cứu:** Chọn mẫu có chủ đích theo các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ với cỡ mẫu là 60 mắt

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện

- **Phương tiện nghiên cứu:** Máy cắt đốt lưỡng cực Alsatom SU 140 MPC

- **Quy trình nghiên cứu:** Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được tư vấn, cung cấp đầy đủ thông tin và mời tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân đồng ý được kí giấy chấp thuận tình nguyện tham gia nghiên cứu và được khám, làm xét nghiệm thường qui trước phẫu thuật.

- **Kỹ thuật phẫu thuật:** Bệnh nhân được nhỏ thuốc tê alcaïne 0,5% 3 lần (mỗi lần cách nhau 10 phút) trước phẫu thuật. Sát khuẩn da mi bằng betadine 10%, trải sẵn phẫu thuật, rửa mắt bằng betadine 5%, đặt vành mi. Tiêm dưới kết mạc vùng mộng thịt lidocaine 2% (kết hợp adrenalin 0,01%). Cắt kết mạc mộng cạnh rìa, tách kết mạc khỏi thân mộng, cắt thân mộng khỏi đầu mộng, cắt bao tenon dưới thân mộng, kẹp và cắt thân mộng đốt cầm máu. Tách đầu mộng khỏi giác mạc, cắt mô sợi mộng thịt bám dính giác củng mạc, Hạn chế tối đa sử dụng đốt cầm máu, chỉ đốt những mạch máu lớn đang chảy trên giường củng mạc, cầm máu bằng việc dùng tấm bông ấn giữ vài giây, làm sạch giường giác củng mạc bằng dao 15. Cắt kết mạc ghép vị trí 12 giờ sao cho kích thước mảnh ghép lớn hơn kích thước giường ghép 1mm về phía 3 cạnh, tiêm dưới kết mạc lidocaine 2% (kết hợp adrenaline 1:100.000) tách kết mạc khỏi tenon bên dưới. Di chuyển mảnh ghép trên giác mạc đến giường ghép. Một lớp mỏng máu được trải lên giường ghép (nếu không đủ máu làm vỡ mạch máu nhỏ để đảm bảo đủ lượng máu cho kết dính mảnh ghép), gắn mảnh ghép vào giường ghép, ưu tiên đầu tiên là bờ mảnh ghép áp lên rìa giác mạc ngay thẳng sau đó đến các bờ còn lại tương ứng với kết mạc giường ghép sao cho bờ của kết mạc ghép vùi dưới bờ kết mạc giường ghép, làm phẳng mảnh ghép đẩy phần máu thừa ra khỏi mảnh ghép bằng cuộn tấm bông. Chờ ít nhất 3 phút cho mảnh ghép dính vào giường ghép sau đó cố định mép kết mạc ghép và kết mạc giường ghép bằng 8-10 điểm đốt bằng máy đốt lưỡng cực (Alsatom SU 140 MPC mức năng lượng 6). Dùng tấm bông kiểm tra sự bám chắc của mảnh ghép, đốt thêm điểm tăng cường nếu thấy có chỗ không chắc chắn, cẩn thận tháo vành mi và khép mở mi vài lần. Tra pomade kháng sinh oflovid 0,3%, nhỏ kháng sinh Vigamox 0,5% và băng ép mắt 24 giờ. Trong ngày đầu bệnh nhân được tư vấn nhắm mắt nghỉ ngơi, hạn chế liếc mắt và dụi mắt, nhỏ kháng sinh Cravit 1,5% 6 lần/ ngày, kháng viêm Predfort 1% 4 lần / ngày và Sanlein 0,1% trong tuần đầu và giảm liều predfort trong tuần tiếp theo. Tất cả bệnh nhân được khám đánh giá tình trạng của mảnh ghép và các biến chứng sau 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng.

- Đánh giá kết quả phẫu thuật

Tình trạng mảnh ghép: chia làm 3 nhóm: tốt khi mảnh ghép phẳng, vừa khít, liền sẹo; đạt khi mảnh ghép hơi phồng, liền sẹo, co kéo ít hở mép mảnh ghép với kết mạc nền <2mm; không đạt khi mảnh ghép phồng nhiều, có u nhú, co kéo nhiều hở mép mảnh ghép với kết mạc nền >=2mm để lộ củng mạc hoặc rách mảnh ghép.

Thời gian phẫu thuật: là thời gian bắt đầu cho đến khi kết thúc phẫu thuật.

Mức độ kích thích sau phẫu thuật: sự kích thích, chảy nước mắt, đau và khó chịu sau phẫu thuật được đo bằng thang điểm bất thường cảm giác từ Lim-Bon-Siong cùng với thang điểm kích thích kết mạc của Trịnh Quang Trí chia làm 4 mức độ: không kích thích (0 điểm), kích thích nhẹ hoặc cảm giác hơi khó chịu (1 – 4 điểm), kích thích trung bình hoặc cảm giác khá khó chịu (5 – 8 điểm), kích thích nặng hoặc cảm giác rất khó chịu (9– 12 điểm)

Biến chứng trong và sau phẫu thuật: ghi nhận biến chứng trong và sau phẫu thuật.

Sự tái phát mộng thịt: là sự hình thành mô sợi xâm lấn qua giác mạc cách rìa 1mm.

Hở mảnh ghép là tách bờ mảnh ghép ra khỏi bờ của kết mạc từ 1mm trở lên

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được phân tích mô tả với tần số xuất hiện, tỉ lệ phần trăm, giá trị trung bình theo SPSS 26.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng Đạo đức nghiên cứu y sinh của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 22.128.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 22/07/2022 và được Bệnh viện Mắt-RHM Cần Thơ đồng ý cho phép thực hiện nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

| Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu | | Tần số (n=60) | Tỷ lệ (%) | p |
|-------------------------------|-----------------|---------------|-----------|-------|
| Giới | Nam | 36 | 61,7 | 0,091 |
| | Nữ | 23 | 38,3 | |
| Mắt phẫu thuật | Mắt phải | 33 | 55,0 | 0,439 |
| | Mắt trái | 27 | 45,0 | |
| Nhóm tuổi | 18 →34 | 3 | 5,0 | <0,01 |
| | 35 →54 | 23 | 38,3 | |
| | 55 →70 | 31 | 51,7 | |
| | >70 | 3 | 5,0 | |
| Phân độ mộng | Độ II | 8 | 13,3 | <0,01 |
| | Độ III | 52 | 86,7 | |
| Hình thái mộng | Mộng xơ | 12 | 20,0 | <0,01 |
| | Mộng trung gian | 36 | 60,0 | |
| | Mộng tiên triển | 12 | 20,0 | |

Nhận xét: Nghiên cứu được tiến hành ở 59 bệnh nhân với 60 mắt mộng thịt nguyên phát góc trong. Trong đó 61,6% bệnh nhân nam và 38,3% bệnh nhân nữ, 55% mắt phải, 45% mắt trái, có 1 bệnh nhân phẫu thuật 2 mắt. Nhóm tuổi thường gặp 55-70 tuổi (51,7%). Mộng thịt độ III chiếm tỷ lệ 86,7%, mộng trung gian chiếm tỷ lệ 60%.

3.2. Kết quả tình trạng mảnh ghép

Bảng 2. Kết quả tình trạng mảnh ghép

| Kết quả tình trạng mảnh ghép | Tần số (n=60) | Tỷ lệ (%) | p |
|---|------------------|-----------|-------|
| Tốt: mảnh ghép vừa khít, liền sẹo | 45 | 75 | <0,01 |
| Đạt: mảnh ghép hơi phồng, hở và co kéo ít | 13 | 21,7 | |
| Không đạt: mảnh ghép hở và co kéo nhiều lộ củng mạc | 2 | 3,3 | |

Nhận xét: Ngày đầu sau phẫu thuật 45 mắt có mảnh ghép cố định tốt (75%), 13 mắt có mảnh ghép cố định đạt (21,7%), 2 mắt có mảnh ghép không đạt (3,3%).

3.3. Thời gian phẫu thuật

Bảng 3. Thời gian phẫu thuật

| Tác giả | Thời gian phẫu thuật trung bình (phút) | Độ lệch chuẩn | P |
|-------------------|--|---------------|-------|
| Nguyễn Thanh Liệt | 30,3 | 5,6 | <0,01 |
| Trịnh Quang Trí | 46,6 | 3,9 | |
| Vũ Thị Kim Liên | 28,5 | 2,7 | |

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình 30,3 ($\pm 5,6$)

3.4. Mức độ kích thích sau phẫu thuật

Bảng 4. Mức độ kích thích sau phẫu thuật

| Mức độ kích thích | Sau PT 1 ngày | | Sau PT 1 tuần | | Sau PT 1 tháng | |
|-----------------------|---------------|-----|---------------|----|----------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Không kích thích | 5 | 8,3 | 21 | 35 | 59 | 97,9 |
| Kích thích nhẹ | 51 | 85 | 39 | 65 | 1 | 2,1 |
| Kích thích trung bình | 4 | 6,7 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Kích thích nặng | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Nhận xét: Ngày đầu sau phẫu thuật 8,3% bệnh nhân không kích thích, 85% bệnh nhân kích thích kết mạc nhẹ, 6,7% bệnh nhân kích thích kết mạc trung bình., không có bệnh nhân kích thích kết mạc nặng.

3.5. Biến chứng trong và sau phẫu thuật

Bảng 5. Biến chứng sau phẫu thuật

| Biến chứng sau PT | 1 ngày | | 1 tuần | | 1 tháng | | 3 tháng | |
|------------------------|--------|------|--------|------|---------|-----|---------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Không có biến chứng | 26 | 43,3 | 38 | 64,4 | 60 | 100 | 59 | 98,3 |
| Phù mảnh ghép | 22 | 36,7 | 11 | 18,3 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Co kéo và hở mảnh ghép | 11 | 18,3 | 10 | 16,7 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mất mảnh ghép | 1 | 1,7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Mộng tái phát | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1,7 |

Nhận xét: Không ghi nhận biến chứng nào trong phẫu thuật. Biến chứng ngày đầu sau phẫu thuật thường gặp là phù mảnh ghép chiếm tỷ lệ 36,7%, hở và co kéo mảnh ghép 18,3%, mất mảnh ghép chiếm tỷ lệ 1,7%. Mộng tái phát ở tháng thứ 3 chiếm tỷ lệ 1,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình 54,76 tuổi ($\pm 11,10$), đa số mộng thị độ III (86,7%), hình thái mộng thường gặp là mộng trung gian (60%) tương tự như nghiên cứu của tác giả Trịnh quang Trí [6]. Tỷ lệ mất phẫu thuật (mắt phải và mắt trái) và giới tính (nam và nữ) tương đương nhau với $p > 0,05$.

4.2. Tình trạng mảnh ghép

Dùng máu tự thân kết hợp với đốt lưỡng cực đã cố định thành công 96,7% mảnh ghép trong phẫu thuật cắt mộng ghép kết mạc tự thân. Do mảnh ghép có xu hướng co lại sau phẫu thuật nên lấy mảnh ghép lớn hơn giường ghép khoảng 1mm. Yếu tố quan trọng giúp cố định tốt mảnh ghép là cần cắt tenon dưới kết mạc nền và loại bỏ hết tenon cũng như mô xơ dưới kết mạc ghép. Tránh đốt quá nhiều mạch máu trên giường ghép, tạo lượng máu tưới vừa đủ bằng cách làm vỡ mạch máu nhỏ trên giường ghép đồng thời dùng tấm bông cuộn ép hết máu thừa khỏi vị trí ghép. Kết quả từ nghiên cứu cho thấy dễ dàng thực hiện vết đốt lưỡng cực bắt đầu từ rìa sau đổ đến góc trong và cuối cùng đến bờ mảnh ghép. Việc kiểm tra mảnh ghép sau khi tháo vành mi giúp xác định mảnh ghép đã áp và trường hợp mảnh ghép áp không tốt có thể thực hiện cố định lại. Sự hợp tác tốt của bệnh nhân sau phẫu thuật như ưu tiên giữ yên mắt, hạn chế vận động, đặc biệt là việc đảm bảo tuân thủ băng ép mắt 24 giờ sau phẫu thuật tạo điều kiện thuận lợi mảnh ghép bám dính tốt. Một khi mảnh ghép đã cố định tốt ở ngày thứ nhất sau phẫu thuật thì khả năng bị bong hay di lệch mảnh ghép ở những ngày tiếp theo không xảy ra. Trong nghiên cứu có 11 mắt có co kéo và hờ nhẹ 1 bờ mảnh ghép (hờ độ I) (18,6%), 2 mắt co kéo và hờ 2 bờ mảnh ghép (hờ độ II) (3,3%), những trường hợp này theo dõi kết mạc tự bờ kín lại trong thời gian hậu phẫu. 1 mắt hờ mảnh ghép độ III phải khâu lại mảnh ghép bằng chỉ nylon 10.0, theo dõi cắt chỉ sau 1 tuần mảnh ghép kết dính với giường ghép bình thường. Do giường ghép là mặt cầu không phải là mặt phẳng, nhãn cầu luôn di chuyển thường hướng trong ngoài cộng thêm sau phẫu thuật mảnh ghép thường bị phù làm cho bờ mảnh ghép cuộn lại. Nghiên cứu của Vũ Thị Kim Liên ghi nhận hờ mảnh ghép độ I 20%, hờ độ II 2,2% [9]. Nghiên cứu của Kodavoor ghi nhận co kéo mảnh ghép 35,56% khi sử dụng máu tự thân và co kéo mảnh ghép 22,4% khi sử dụng đốt lưỡng cực cố định mảnh ghép [10]. Nghiên cứu của Fredy ghi nhận 11,69% mắt di lệch mảnh ghép nhẹ và 9,09% mắt di lệch mảnh ghép nặng có nguy cơ mất mảnh ghép [8].

4.3. Thời gian phẫu thuật

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian phẫu thuật khác với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Kim Liên ($p=0,01$) và tác giả Trịnh Quang Trí ($p<0,01$) với khác biệt có ý nghĩa thống kê. Chúng tôi nghĩ rằng thời gian phẫu thuật nhanh hay chậm tùy thuộc vào kinh nghiệm của từng phẫu thuật viên.

4.4. Mức độ kích thích sau phẫu thuật

Dùng máu tự thân và đốt lưỡng cực cố định mảnh ghép không cần phải khâu vì vậy không tổn thương kết mạc ghép và kết mạc nền đồng thời làm giảm kích thích kết mạc ngày đầu sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu ngày đầu sau phẫu thuật 85% bệnh nhân co kích thích kết mạc nhẹ, không có bệnh nhân kích thích kết mạc nặng theo dõi kích thích kết mạc giảm dần ở thời điểm 1 tuần và hầu hết không còn kích thích ở thời điểm 1 tháng (97,9%). Nghiên cứu của Trịnh Quang Trí thời gian kích thích kết mạc < 1 tháng 40%. Tuy nhiên việc đánh giá mức độ kích thích hoàn toàn dựa vào đánh giá chủ quan của bệnh nhân.

4.5. Biến chứng trong và sau phẫu thuật

Phù mắt ghép là biến chứng thường gặp nhất ở ngày đầu tiên sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ 36,7%, việc nhỏ corticoid sau phẫu thuật giúp giảm phù nhanh chóng trong 1-4 tuần. Trong nghiên cứu ghi nhận 1 mắt mắt mảnh ghép ngày đầu tiên sau phẫu thuật (1,7%), qua tìm hiểu chúng tôi ghi nhận bệnh nhân không đảm bảo băng mắt 24 giờ và đã mở băng nhỏ thuốc trong 6 giờ sau phẫu thuật. Nghiên cứu của Kodavoor ghi nhận mắt mảnh ghép ở 2 mắt (3,22%) khi dùng đốt lưỡng cực và mắt mảnh ghép ở 6 mắt (3,83%) khi dùng máu tự thân cố định mảnh ghép [11]. Nghiên cứu Trịnh Quang Trí ghi nhận 1 mắt mắt mảnh ghép ngày đầu sau phẫu thuật [6]. Bản chất của mộng thịt rất dễ tái phát và một khi đã tái phát thì rất khó điều trị hơn mộng nguyên phát đôi khi để lại những biến chứng trầm trọng trên bề mặt nhãn cầu như kích thích kết mạc mạn tính, dính mi cầu. Vì vậy mục tiêu hạn chế tái phát, phục hồi thẩm mỹ và chức năng nhãn cầu là các yếu tố mà các bác sĩ nhãn khoa luôn hướng tới trước khi tiến hành phẫu thuật mộng. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 1 mắt tái phát mộng thịt ở thời điểm 3 tháng theo dõi (1,7%). Nghiên cứu của Vũ Thị Kim Liên không ghi nhận trường hợp tái phát sau 6 tháng theo dõi [9]. Nghiên cứu của Nguyễn Việt Dũng ghi nhận tỷ lệ tái phát 7,4% [12]. Nghiên cứu của Kenyon ghi nhận tỷ lệ tái phát 5,6% [4]. Nghiên cứu của Costa sử dụng đốt lưỡng cực cố định mảnh ghép ghi nhận tỷ lệ tái phát 5,36% [13].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt mộng ghép kết mạc tự thân cố định mảnh ghép bằng máu tự thân kết hợp đốt lưỡng cực là phương pháp hiệu quả và an toàn trong điều trị mộng thịt nguyên phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gulani AC. The Art of Pterygium Surgery. USA: Thieme; 2020. 163.
2. Shahraki T, Arabi A, Feizi S. Pterygium: an update on pathophysiology, clinical features, and management. *Ther Adv Ophthalmol.* 2021;13:25158414211020152. 10.1177/25158414211020152.
3. Bộ môn mắt. Bài giảng nhãn khoa bán phần trước nhãn cầu. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2005.
4. Kenyon KR, Wagoner MD, Hettinger ME. Conjunctival autograft transplantation for advanced and recurrent pterygium. *Ophthalmology.* 1985;92(11):1461-70. 10.1016/s0161-6420(85)33831-9.
5. Uy HS, Reyes JM, Flores JD, Lim-Bon-Siong R. Comparison of fibrin glue and sutures for attaching conjunctival autografts after pterygium excision. *Ophthalmology.* 2005;112(4):667-71. 10.1016/j.ophtha.2004.08.028.
6. Trịnh Quang Trí, Lê Đỗ Thùy Lan, Phạm Huy Vũ Tùng, Phạm Hữu Minh Dũng, Hoàng Thị Hạnh. Nghiên cứu kỹ thuật cố định mảnh ghép kết mạc rời bằng máu tự thân trong điều trị mộng nguyên phát. *Y Học TP Hồ Chí Minh.* 2016;20(2):151-8.
7. McPherson SD, Jr. Bipolar coagulation in ophthalmic operations. *Am J Ophthalmol.* 1972;73(5):790-1. 10.1016/0002-9394(72)90396-0.
8. Géraud Fredy NNC, Chantal M, Fene Samuel A, Vissimy O, Koulimaya Reinet MA, Benedicte D, et al. Efficacy of suture less and glue-free conjunctival autograft in pterygium surgery. *New Frontiers in Ophthalmology.* 2019;5(2). 10.15761/nfo.1000230.
9. Vũ Thị Kim Liên, Hoàng Thị Minh Châu, Nguyễn Huy Bình, Đỗ Quang Thọ, Nguyễn Mạnh Quỳnh. Phương pháp tạo keo tự thân cố định mảnh ghép trong phẫu thuật cắt mộng ghép kết mạc tự thân. *Tạp chí nghiên cứu Y học.* 2021;139(3).
10. Kodavoor SK, Ramamurthy D, Solomon R. Outcomes of pterygium surgery-glue versus autologous blood versus sutures for graft fixation-an analysis. *Oman J Ophthalmol.* 2018;11(3):227-31. 10.4103/ojo.OJO_4_2017.

11. Kodavoor SK, Preethi V, Dandapani R. Profile of complications in pterygium surgery - A retrospective analysis. *Indian J Ophthalmol.* 2021;69(7):1697-701. 10.4103/ijo.IJO_3055_20.
12. Nguyễn Việt Dũng, Huỳnh Nghiệp, Bùi Mạnh Côn. Đánh giá phương pháp phẫu thuật ghép màng thịt ghép kết mạc tự thân. *Y Học TP Hồ Chí Minh.* 2016;20(5):115-8.
13. Costa FQ, Costa RQ, Barbosa JB, Gomes JAP. Pterygium Surgery with Conjunctival Autograft Fixation Using Bipolar Electrocauterization. *Eur J Ophthalmol.* 2021;31(3):1458-62. 10.1177/1120672120965488.

**NGHIÊN CỨU KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH CHĂM SÓC RĂNG MIỆNG
CỦA SINH VIÊN RĂNG HÀM MẶT NĂM NHẤT VÀ HAI NĂM CUỐI
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ NĂM 2022**

Trần Hoàng Uyên Anh, Nguyễn Long Nguyễn, Huỳnh Trà Mi,
Lê Quốc Bình, Đỗ Thị Thảo*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: 1853020003@student.ctump.edu.vn*

Ngày nhận bài: 09/6/2023

Ngày phản biện: 23/10/2023

Ngày duyệt đăng: 31/10/2023

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kiến thức về sức khỏe răng miệng là điều kiện tiên quyết cơ bản cho hành vi của một cá nhân trong việc thực hiện các biện pháp chăm sóc sức khỏe răng miệng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỉ lệ kiến thức đúng và thực hành chăm sóc răng miệng của sinh viên Răng Hàm Mặt năm nhất và hai năm cuối Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang dựa vào bộ câu hỏi khảo sát có 3 phần, gồm 24 nội dung trên 120 sinh viên Răng Hàm Mặt năm I, năm V và năm VI Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm học 2021-2022. **Kết quả:** Đa số sinh viên tham gia nghiên cứu có kiến thức tốt về chăm sóc răng miệng với tỉ lệ câu trả lời đúng là 78,4%. Gần như toàn bộ số sinh viên tham gia nghiên cứu đánh răng ít nhất 2 lần / ngày (96,2% ở sinh viên năm I; 100% ở sinh viên năm V và năm VI). Có sự khác biệt giữa sinh viên năm I và sinh viên 2 năm cuối có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) trong tần suất sử dụng chỉ nha khoa và tần suất gặp nha sĩ kiểm tra răng miệng. **Kết luận:** Đa số sinh viên Răng Hàm Mặt có kiến thức và thực hành tốt trong việc chăm sóc răng miệng. Tuy nhiên có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa sinh viên năm nhất và sinh viên hai năm cuối trong một số biện pháp chăm sóc răng miệng.

Từ khóa: sinh viên Răng Hàm Mặt, chăm sóc răng miệng, kiến thức, thực hành.