

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ QUỐC PHÒNG

VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108



PHẠM NGỌC MINH

**NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG VẬT CƠ TRÁN TRONG
ĐIỀU TRỊ SỤP MI MỨC ĐỘ VỪA VÀ NẶNG**

Chuyên ngành: Răng hàm mặt

Mã số: 62720601

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Hà Nội - 2021

Công trình được hoàn thành tại:
VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108

Người hướng dẫn khoa học:

1. GS.TS. Nguyễn Tài Sơn
2. TS. Đinh Viết Nghĩa

Phản biện 1:

Phản biện 2:

Phản biện 3:

L luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp Viện họp tại Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược Lâm sàng 108

Vào hồi ...giờ ..., ngày ...tháng ...năm 2020.

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc gia
2. Thư viện Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược Lâm sàng 108

ĐẶT VẤN ĐỀ

Mi mắt chiếm một vị trí quan trọng trên khuôn mặt, có vai trò về chức năng và thẩm mỹ rất lớn. Nhờ cấu tạo đặc biệt, mi mắt giúp nhãn cầu chống lại tác động của các yếu tố bên ngoài, ngoài ra còn thể hiện tình cảm cùng với các sắc thái khác nhau của khuôn mặt.

Sụp mi là sự sa xuống của bờ tự do mi trên khi mở mắt thấp hơn vị trí bình thường (bình thường mi trên phủ rìa cực trên giác mạc khoảng 1-2mm). Sụp mi được chia thành bẩm sinh và mắc phải, thông thường là một bên (70%) nhưng có thể cả hai bên, liên quan đến bệnh của một hoặc nhiều cơ ngoài ổ mắt hoặc liên quan đến các bệnh hệ thống khác. Sụp mi không những ảnh hưởng đến thẩm mỹ mà còn ảnh hưởng đến chức năng thị giác do che lấp trực thị giác.

Điều trị sụp mi chủ yếu bằng phẫu thuật với các phương pháp chính là tăng cường chức năng cơ nâng mi bằng cách làm ngắn cân cơ nâng mi và sử dụng cơ trán là cơ động lực để treo mi trên thụ động. Phương pháp làm ngắn cân cơ nâng mi được chỉ định cho các trường hợp sụp mi nhẹ với ưu điểm là giữ được cấu trúc tự nhiên cho mi trên, ít gây biến dạng phần mềm do đó có hiệu quả về thẩm mỹ, tuy nhiên phương pháp này lại không hiệu quả cho các trường hợp sụp mi có chức năng cơ nâng mi kém.

Treo mi lên cơ trán bằng vật liệu nhân tạo (chỉ không tiêu, silicon) hay tự thân (cân đùi) được chỉ định cho các trường hợp sụp mi nặng có chức năng cơ nâng mi kém. Ưu điểm là kỹ thuật đơn giản, thời gian phẫu thuật ngắn nhưng tỷ lệ tái phát cao, hở khe mi dẫn đến viêm giác mạc.

Treo mi bằng vật cơ trán bản chất là sử dụng sức cơ của cơ trán để thay thế cho hoạt động của cơ nâng mi. Đây là phương pháp dùng

cơ động lực trực tiếp là cơ trán, sinh lý và hiệu quả, khắc phục được những nhược điểm của các phương pháp treo mi truyền thống bằng các chất liệu nhân tạo, hoàn toàn sử dụng chất liệu tự thân, được áp dụng cho các trường hợp sụp mi nặng có chức năng cơ nâng mi kém. Năm 1901, Fergus đã tiến hành treo mi bằng vật cơ trán, sau đó, kỹ thuật này được cải tiến dần và áp dụng rộng rãi với vật cơ trán hình chữ L, vật cơ trán chia ba, vật cơ trán luồn sau cấu trúc ròng rọc là vách ổ mắt. Các phương pháp đều có ưu-nhược điểm riêng tuy nhiên đều chưa được làm sáng tỏ bằng nghiên cứu giải phẫu cụ thể.

Ở Việt Nam, điều trị sụp mi được tiến hành từ những năm 60 của thế kỷ XX, chủ yếu là phẫu thuật thu ngắn cơ nâng mi hoặc treo mi bằng chỉ, dải cân đùi lên cơ trán. Thời gian gần đây, một số nghiên cứu đã sử dụng dải cơ trán hình chữ U. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu cơ bản nào về giải phẫu để chứng minh mức độ an toàn khi lấy dải cơ trán chữ U mà không làm tổn thương thần kinh vận động cơ trán. Do vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: “**Nghiên cứu ứng dụng vật cơ trán trong điều trị sụp mi mức độ vừa và nặng**” được tiến hành với hai mục tiêu:

1. **Mô tả một số đặc điểm giải phẫu cơ trán và thần kinh vận động.**
2. **Đánh giá kết quả phẫu thuật treo mi bằng vật cơ trán trong điều trị sụp mi mức độ vừa và nặng.**

NỘI DUNG VÀ CẤU TRÚC LUẬN ÁN

Luận án bao gồm 121 trang. Đặt vấn đề: 02 trang; Chương 1 (Tổng quan): 34 trang; Chương 2 (Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu): 20 trang; Chương 3 (Kết quả nghiên cứu): 22 trang; Chương 4 (Bàn luận): 40 trang; Kết luận: 02 trang, Kiến nghị: 01 trang. Có 47 Bảng, 29 Hình, 03 Biểu đồ và 25 Ảnh minh họa. Tài liệu tham khảo: gồm 124 Tài liệu (10 Tài liệu tiếng Việt; 114 Tài liệu tiếng Anh)

NHỮNG ĐÓNG GÓP MỚI CỦA LUẬN ÁN

1. Về giải phẫu: Đặc điểm giải phẫu của cơ trán (kích thước, góc giao thoa) và thần kinh vận động (khoảng cách đến cung mày và số lượng các nhánh tận thái dương khi vào cơ trán, góc định hướng trên da).

2. Về lâm sàng: Quy trình phẫu thuật vạt cơ trán hình chữ C bảo tồn thần kinh, tăng độ xoay vạt, điều chỉnh độ cao treo mi, chứng minh bằng hiệu quả trên thực tế lâm sàng.

Chương 1. TỔNG QUAN

1.1. ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU MI MẮT VÀ CƠ TRÁN

1.1.1. Đặc điểm giải phẫu mi mắt

Mắt có hai mi mắt, mi trên và mi dưới cách nhau bởi khe mi. Khi mở mắt, khe mi dài khoảng 30mm, rộng khoảng 15mm. Khi nhắm mắt, hai mi khép chặt, che kín mắt trước nhãn cầu, bảo vệ nhãn cầu chống lại các yếu tố bên ngoài như ánh sáng, nhiệt độ, bụi và các dị vật khác. Mỗi mi có hai mặt: trước – sau, hai góc: trong – ngoài và bờ tự do. Mi mắt được cấu tạo bởi 5 lớp, từ ngoài vào trong là: da, tổ chức dưới da, cơ, xơ (vách ổ mắt, sụn mi), kết mạc. Các cơ mi mắt: cơ vòng mi là cơ nhắm mắt, ngoài ra còn có vai trò bơm nước mắt, cơ mở mắt gồm cơ nâng mi, cơ Muller, cơ Riolan, cơ Horner. Thần kinh vận động mi là nhánh dây III (cơ nâng mi), nhánh dây VII (cơ vòng mi). Thần kinh cảm giác mi là nhánh của dây V1.

1.1.2. Đặc điểm giải phẫu cơ trán

Cơ trán là một phần cơ cằm – trán, bao gồm cơ cằm ở phía sau và cơ trán ở phía trước, cân trên sọ nối hai cơ này với nhau. Cơ trán mỏng, hình tứ giác và dính chặt với cân nông. Chức năng của cơ trán

là nâng cung mày. Hướng lực của cơ trán gần thẳng đứng, khác với hướng của cơ nâng mi là lên trên và về phía sau.

1.1.3. Hệ thống mạch máu của cơ trán

Các động mạch của da đầu có nguồn gốc từ động mạch cảnh trong và cảnh ngoài, cụ thể là nhánh động mạch trên ổ mắt, trên rong rọc và thái dương nông. Các tĩnh mạch của da đầu chạy ngược lại với các động mạch.

1.1.4. Thần kinh chi phối

Thần kinh cảm giác là dây thần kinh sinh ba (gồm nhánh mắt, nhánh hàm trên và nhánh hàm dưới). Thần kinh vận động cơ trán là nhánh thái dương của thân thái dương- mắt.

1.2. PHÂN LOẠI SỤP MI

1.2.1. Theo nguyên nhân

Sụp mi được chia làm hai loại: bẩm sinh và mắc phải. Cả hai loại sụp mi đều có thể do các cơ chế sau: do cơ, cân cơ, thần kinh, do thần kinh cơ và do yếu tố cơ học.

1.2.2. Theo mức độ sụp mi

Đánh giá mức độ sụp mi dựa vào khoảng cách bờ mi trên- ánh phản xạ giác mạc (MRD1), ở tư thế nhìn ngang thẳng phía trước. Chia thành các mức độ sau: bình thường, sụp mi nhẹ, vừa, nặng.

1.3. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG SỤP MI

- Xác định sụp mi bẩm sinh hay mắc phải.
- Triệu chứng thực thể: mức độ sụp mi, chức năng cơ nâng mi, chiều cao khe mi, chiều cao nếp mi, độ cong bờ mi trên và các dấu hiệu ảnh hưởng đến điều trị (bất thường vận nhãn, hẹp khe mi...)
- Đánh giá chức năng cơ trán.

1.4. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ SỤP MI

1.4.1. Phẫu thuật thu ngắn cân cơ nâng mi

Nguyên tắc: tăng khả năng nâng mi bằng cách cắt ngắn cân cơ nâng mi. Chỉ định: sụp mi vừa và nhẹ, chức năng cơ nâng mi còn khá (>5mm).

1.4.2. Phẫu thuật treo dây chằng Whitnall

Nguyên tắc: cắt cơ nâng mi tới sát dây chằng Whitnall, sau đó khâu cân cơ nâng mi phía dưới dây chằng Whitnall vào phần trên của sụn mi. Chỉ định: sụp mi với biên độ cơ nâng mi yếu (3- 5mm).

1.4.3. Phẫu thuật treo mi lên cơ trán bằng vật liệu nhân tạo hoặc cân cơ tự thân

Nguyên tắc: sử dụng cơ trán làm động lực truyền lực gián tiếp qua phương tiện treo bằng vật liệu nhân tạo (polypropylen, silicon...) hoặc cân cơ tự thân (cân cơ đùi, thái dương) để nâng mi trên. Chỉ định: cho bệnh nhân sụp mi bẩm sinh với chức năng cơ nâng mi kém hoặc mắc hội chứng Marcus Gunn bẩm sinh.

1.4.4. Phẫu thuật treo mi bằng vật cơ trán

- Sử dụng trực tiếp cơ trán thay thế cho cơ nâng mi bị yếu hoặc mất chức năng, chỉ định cho các trường hợp sụp mi mức độ vừa nặng, chức năng cơ nâng mi kém (biên độ vận động: <4 mm).

- Ưu điểm:

- Sử dụng trực tiếp lực kéo của cơ trán lên mi (sụn mi).
- Không cần đến cân đùi hay chất liệu nhân tạo làm cầu trung gian (dễ bị tuột, đứt) để kết nối cơ trán vào mi mắt.

- Cải thiện hướng kéo: Mi trên được nâng về phía cung mày chứ không bị nhấc lên khỏi bề mặt của nhãn cầu (do cấu trúc rỗng rọc).

- Giảm thiểu sa mi tối đa khi nhìn lên, viền mi ít nếp nhăn khi nhìn xuống, bảo tồn nếp mi và giảm xu hướng mi mắt bị kéo ra khỏi nhãn cầu nên hiệu quả thẩm mỹ cao hơn.

1.5. TÌNH HÌNH PHẪU THUẬT TREO MI BẰNG VẬT CƠ TRÁN

1.5.1. Tình hình ứng dụng phẫu thuật treo mi bằng vật cơ trán trên thế giới

Từ năm 1902, Fergus là người đầu tiên giới thiệu việc sử dụng dải cơ trán rộng 1.9 x 5cm để treo mi trên vòm đường rạch da duy nhất vùng cung mày với mục đích dẫu sẹo. Đến năm 1982, Song R. và Song Y. đã áp dụng thành công kỹ thuật treo mi bằng vật cơ trán hình chữ L cải biên trên 30 bệnh nhân Châu Á. Hiện nay, các nghiên cứu ứng dụng vật cơ trán trong điều trị các trường hợp sụp mi nặng ngày càng nhiều, bao gồm các kỹ thuật: Treo mi bằng vật cơ trán hình chữ L; vật cơ trán chẻ ba; một đường rạch; luôn sau vách ổ mắt; vật cơ vòng mi- cơ trán. Tuy nhiên mỗi phương pháp đều có những hạn chế riêng và chưa được làm sáng tỏ bởi nghiên cứu giải phẫu cơ bản.

1.5.2. Tình hình nghiên cứu vật cơ trán ở Việt Nam

Ở Việt Nam, phương pháp treo mi bằng chỉ hoặc cân đui kinh điển là phổ biến trong điều trị sụp mi vừa và nặng [2], [9], rất ít báo cáo về sử dụng vật cơ trán.

Nguyễn Trí Trung Thế Truyền (2018) sử dụng kỹ thuật tịnh tiến dải cơ trán hình chữ U từ cơ trán xuống dính vào sụp mi. Ưu điểm: sử dụng chất liệu tự thân, ít sang chấn do chỉ dùng một đường mổ trên nếp mi và có so sánh đối chứng với phương pháp treo chỉ kinh điển. Tuy nhiên, tác giả phẫu thuật cắt 3 cạnh để tạo dải cơ trán có nguy cơ làm tổn thương thần kinh khi đi vào từ cạnh ngoài, chưa dựa

vào nghiên cứu giải phẫu cơ bản, chưa đánh giá được chức năng của cơ trán trước và sau phẫu thuật.

1.5.3. Các biến chứng của phẫu thuật treo mi trên bằng vật cơ trán

- Biến chứng sớm: chảy máu, bệnh lý giác mạc do hở mi.
- Biến chứng muộn: điều chỉnh non hay tái phát, hở mi, co rút mi, giảm cảm giác vùng trán nhẹ tạm thời, nếp nhăn trán bị mờ, hiện tượng mi mắt không áp nhãn cầu (vĩnh mi), mi mắt không cân xứng.

Chương 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu giải phẫu

Nghiên cứu trên xác người Việt trưởng thành, bảo quản bằng dung dịch formol. Địa điểm: Bộ môn Giải phẫu học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Thời gian: 2015 - 2016.

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu lâm sàng

Gồm các bệnh nhân sụp mi mức độ vừa và nặng đến khám và điều trị phẫu thuật tại Khoa phẫu thuật Hàm mặt và Tạo hình, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2014 đến tháng 01/2019.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu giải phẫu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu: gồm 12 nửa mặt (bên phải: 7; bên trái: 5; 05 xác cả hai nửa mặt và 02 xác chỉ có nửa mặt bên phải).
- Các biến số: chiều dài, chiều rộng, bề dày tính bằng mm.
- Các mốc đo: gồm các điểm, đường, góc được quy ước cụ thể

2.2.2. Phương pháp nghiên cứu lâm sàng

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, can thiệp lâm sàng, không đối chứng.

- Cỡ mẫu: N=35. Thực tế đã nghiên cứu 54 mắt (47 bệnh nhân).
- Quy trình phẫu thuật: Tạo vạt cơ trán hình chữ C
 - Chuẩn bị trước phẫu thuật: toàn thân và tại chỗ.
 - Tư thế: bệnh nhân nằm ngửa và được sát khuẩn.
 - Vô cảm: gây mê nội khí quản hoặc tê tại chỗ.
 - Thiết kế đường rạch mi trên theo độ cao sinh lý (7- 8mm: trong trường hợp sụp mi hai bên) hoặc theo mi bên đối diện (trường hợp sụp mi một bên).
 - Quy trình kỹ thuật:
 - + Bước 1: Rạch da hết chiều dài viền dưới cung mày. Tạo vạt cơ trán có đầu trong di động xuống mi mắt theo nhu cầu cần treo mi.
 - + Bước 2: Rạch da vùng mi trên theo đường mỡ thiết kế.
 - + Bước 3: Tạo đường hầm dưới cơ vòng mi từ mi trên đến cung mày là hệ thống rỗng rọc.
 - + Bước 4: Luồn vạt cơ trán qua đường hầm, xuống mặt trước sụn mi. Khâu đính vạt cơ vào sụn mi bằng 3 mũi chỉ không tiêu.
 - + Bước 5: Kiểm tra độ cao mi được treo với chiều cao khe mi sinh lý bình thường 8- 9 mm hoặc sát rìa trên giác mạc.
 - + Bước 6: Cầm máu, khâu đóng vết mổ mi và cung mày.
- Chăm sóc sau phẫu thuật.
 - Theo dõi: Ngay sau mổ, khám lại sau 1 tuần, 6 tháng, 12 tháng.
 - Thông tin chung: tuổi, giới, phân bố mắt sụp mi, tiền sử phẫu thuật, phương pháp vô cảm.
- Đánh giá chức năng:
 - Đánh giá mức độ sụp mi: bình thường, sụp mi nhẹ, sụp mi vừa, sụp mi nặng.
 - Đánh giá chức năng cơ nâng mi: tốt, khá, trung bình và kém.
 - Đánh giá độ cao khe mi: bình thường từ 8-10mm.

- Đánh giá các dấu hiệu có thể ảnh hưởng đến quá trình điều trị như: bất thường vận nhãn, hẹp khe mi bẩm sinh...

- Đánh giá biên độ vận động mi sau phẫu thuật (do cơ trán): tốt, khá và kém.

- Đánh giá chức năng cơ trán: đo biên độ vận động cung mày (biên độ vận động cơ trán) dựa trên sự thay đổi vị trí của cung mày ở tư thế bình thường và nhướn mày.

- Đánh giá cảm giác da trán: bình thường, giảm và mất.

- Đánh giá thẩm mỹ:

- Đánh giá độ cong bờ mi khi nhìn thẳng và khi nhướn mày: hai mức độ (đều và không đều).

- Đánh giá nếp mi: rõ, không rõ và mất.

- Đánh giá sụn mi và sụn mày: rõ và mờ.

- Đánh giá mức độ hài lòng: rất hài lòng, chấp nhận được và không chấp nhận được.

- Biến chứng:

Đánh giá mức độ hở mi khi nhắm mắt, mức độ hở củng mạc khi nhìn xuống: không hở, hở ít, hở nhiều.

- Đánh giá kết quả sau phẫu thuật 1 tuần, 6 tháng và 12 tháng với các mức độ tốt, khá, kém theo các tiêu chí trên kèm theo thang điểm cho từng tiêu chí.

2.3. XỬ LÝ SỐ LIỆU

Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 để phân tích số liệu thu thập.

2.4. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân được giải thích rõ và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Được sự thông qua của Hội đồng y đức của Viện Nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108.

Chương 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU CƠ TRÁN VÀ NHÁNH THÁI DƯƠNG

3.1.1. Giải phẫu cơ trán

Bảng 3.1. Kích thước của cơ trán (n= 12)

Chỉ số	Bên phải (n=7) ($\bar{X} \pm SD$)	Bên trái (n=5) ($\bar{X} \pm SD$)	Tổng số (n=12) ($\bar{X} \pm SD$)
Chiều cao ở bờ trong (h_1) (mm)	65,05 ± 6,41	68,69 ± 3,74	66,56 ± 5,57
	p>0,05		(54,88- 74,34)
Chiều rộng (f_1) (mm)	60,15 ± 5,45	61,85 ± 5,83	60,86 ± 5,42
	p>0,05		(50,62- 67,88)
Góc bờ trong cơ trán- cơ vòng mi (f) (độ)	74,71 ± 6,94	72,80 ± 8,64	73,92 ± 7,37
	p>0,05		(62- 85)

3.1.2. Giải phẫu nhánh thái dương đoạn ngoài tuyến mang tai

- Số lượng nhánh thái dương thoát ra khỏi bờ trên của tuyến mang tai trung bình là $2,50 \pm 0,67$ nhánh (2- 4 nhánh), không có sự khác biệt giữa bên phải và bên trái (p>0,05).

- Chiều dài nhánh thái dương đoạn ngoài tuyến mang tai: nhánh 1 là $33,84 \pm 6,69$ mm (23,12- 45,58 mm); nhánh 2 là $32,08 \pm 6,12$ mm (21,42- 41,56 mm) và nhánh 3 là $30,71 \pm 7,08$ mm (20,94- 37,60 mm), không có sự khác biệt giữa bên phải và bên trái (p>0,05).

3.1.3. Giải phẫu của nhánh tận thái dương chi phối cơ trán

- Số nhánh chi phối cơ trán trung bình là $4,92 \pm 0,90$ nhánh.
- Khoảng cách từ điểm nhánh thái dương đi vào cơ trán đến đường thẳng (d) đi qua góc mắt ngoài (A) và điểm chân của gờ luân

giao với mặt (B): từ nhánh 1 đến nhánh 5 lần lượt là $28,01 \pm 3,75$ mm; $30,28 \pm 3,50$ mm; $33,40 \pm 3,62$ mm; $35,83 \pm 3,34$ mm; $38,10 \pm 3,02$ mm, không có sự khác biệt giữa bên phải và bên trái ($p > 0,05$).

Bảng 3.2. Khoảng cách từ nơi nhánh thái dương đi vào cơ trán đến đuôi cung mày (n= 12).

Khoảng cách (mm)	Bên phải (n=7) ($\bar{X} \pm SD$) (1)	Bên trái (n=5) ($\bar{X} \pm SD$) (2)	Tổng số (n=12) ($\bar{X} \pm SD$)
Nơi nhánh thái dương đi vào cơ trán gần cung mày nhất đến đuôi cung mày (G1-K1)	$11,78 \pm 2,28$	$12,74 \pm 2,11$	$12,18 \pm 2,16$ (8,71- 15,18)
	$p > 0,05$		

3.1.4. Các góc định hướng trên da của thân thái dương - mặt

Góc định hướng từ nơi phân chia nhánh thái dương và nhánh gò má (điểm O tới nơi các nhánh tận đi vào cơ trán: Gj) trung bình là $10,17 \pm 2,85$ độ (8- 16 độ).

3.2. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU TRÊN LÂM SÀNG

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng

- Bảng 3.8 chỉ rõ các mắt sụp mi có chỉ số MRD1 trung bình là $0,009 \pm 0,60$ mm (từ -1,5mm đến +1,0mm). Đa số mắt sụp mi mức độ nặng (87,0%), có 13,0% mắt sụp mi mức độ vừa.

- Ở bảng 3.9, tỷ lệ mắt có chức năng cơ nâng mi kém ở mắt sụp mi mức độ nặng (95,7%) không khác biệt so với mắt sụp mi mức độ vừa (100,0%), ($p > 0,05$).

- Đa số bệnh nhân (40/47: 85,1%) sụp mi một mắt, có 7/47 bệnh nhân (14,9%) sụp mi hai mắt. 100% bệnh nhân sụp mi bẩm sinh. Đa số bệnh nhân sụp mi ở mắt trái (63,0%), có 37,0% bệnh nhân sụp mi ở mắt phải.

- Bảng 3.10 cho thấy tuổi trung bình của các bệnh nhân sụp mi là $17,34 \pm 9,17$ tuổi (4- 33 tuổi).

- Tỷ lệ nữ/nam là 1,6/1,0. Tỷ lệ nữ/nam ở nhóm bệnh nhân sụp mi một mắt không khác biệt so với nhóm bệnh nhân sụp mi hai mắt ($p > 0,05$).

- Bảng 3.12 chỉ ra rằng đa số mắt được phẫu thuật lần đầu (61,1%), có 38,9% mắt là phẫu thuật lại.

- Bảng 3.13 cho thấy tỷ lệ phẫu thuật lần đầu ở nhóm bệnh nhân < 20 tuổi (75,9%) cao hơn so với nhóm bệnh nhân ≥ 20 tuổi (27,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

- Bảng 3.14 cho thấy đa số bệnh nhân được vô cảm bằng phương pháp gây tê (72,3%), có 27,7% bệnh nhân được vô cảm bằng gây mê.

3.2.2. Kết quả điều trị

3.2.2.1. Về chức năng

- Mức độ sụp mi: Bảng 3.15 khẳng định sau phẫu thuật, chỉ số MRD1 tăng dần sau đó giảm nhẹ và ổn định ở mức 1 năm, sự biến đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Sau phẫu thuật 12 tháng có 81,5% số mắt bình thường.

- Độ cao khe mi: Kết quả ở bảng 3.16 cho thấy sau phẫu thuật, độ cao khe mi tăng dần sau đó giảm nhẹ và ổn định ở mức 1 năm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

- Biên độ vận động mi: sau phẫu thuật, biên độ vận động mi (do cơ trán) tăng dần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.3. Biên độ vận động mi sau phẫu thuật (n= 54).

Biên độ vận động mi do cơ trán (mm)	Sau PT ($\bar{X} \pm SD$)					
	1 tuần (n= 54) (1)		6 tháng (n= 54) (2)		12 tháng (n= 54) (3)	
Tốt (>2mm)	46	85,2	30	55,6	39	72,2
Khá (1- 2mm)	2	3,7	18	33,3	12	22,2
Kém (≤ 1 mm)	6	11,1	6	11,1	3	5,6
BDVĐ mi (mm)	0,25 \pm 0,56 (0- 3,0)		2,36 \pm 1,06 (0,5- 5,0)		3,08 \pm 1,18 (1,0- 6,0)	
			p ₁₋₂ <0,001		p ₁₋₃ <0,001	

- Biên độ vận động cung mày: bảng 3.18 chỉ ra rằng sau phẫu thuật 01 tuần, biên độ vận động cung mày (vận động cơ trán) giảm, sau đó tăng dần và hồi phục về mức ban đầu, p<0,001.

- Bảng 3.20 chỉ ra rằng sau phẫu thuật 01 tuần, hầu hết mắt có da trán mất cảm giác (98,1%). Sau phẫu thuật 12 tháng vẫn còn 14,0% mất giảm cảm giác da trán.

3.2.2.2. Về thẩm mỹ

- Độ cong bờ mi: bảng 3.21 đưa ra kết quả khẳng định khi nhưn mày, tỷ lệ mắt có bờ mi cong đều giảm dần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05- 0,001).

- Nếp mi: bảng 3.22 khẳng định sau phẫu thuật, tỷ lệ mắt có nếp mi rõ tăng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,001).

- Sẹo mi và sẹo mày: bảng 3.23 cho thấy sau phẫu thuật 12 tháng, đa số mắt có sẹo mi không rõ (90,7%), còn sẹo mày rõ (85,2%).

- Mức độ hài lòng: bảng 3.24 chỉ ra rằng sau phẫu thuật đa số bệnh nhân hài lòng (46,8%) và chấp nhận được (44,7%); có 8,5% bệnh nhân không hài lòng với kết quả phẫu thuật.

3.2.2.3. Về biến chứng

- Mức độ hở mi khi nhắm mắt: Bảng 3.25 cho thấy sau phẫu thuật, khoảng cách hai bờ mi khi nhắm mắt giảm dần. Tỷ lệ mắt có hở mi nhiều giảm từ 53,7% (sau phẫu thuật 1 tuần) xuống 18,5% (sau phẫu thuật 6 tháng) và 7,4% (sau phẫu thuật 12 tháng), sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$.

- Mức độ hở củng mạc khi nhìn xuống: bảng 3.26 cho thấy sau phẫu thuật, khoảng cách từ bờ trên giác mạc đến bờ mi trên giảm dần. Tỷ lệ mắt hở củng mạc giảm từ 92,6% (hở nhiều: 70,4%; hở ít: 22,2%- sau phẫu thuật 01 tuần) xuống 81,5% (hở nhiều: 29,6%; hở ít: 51,9%- sau phẫu thuật 6 tháng) và 72,2% (hở nhiều: 9,3%; hở ít: 63,0%- sau phẫu thuật 12 tháng), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.2.2.4. Kết quả chung

Bảng 3.27. Đánh giá kết quả chức năng và thẩm mỹ của các mắt sụp mi sau phẫu thuật (n= 54).

Điểm đánh giá	Thời gian theo dõi ($\bar{X} \pm SD$)		
	1 tuần (1)	6 tháng (2)	12 tháng (3)
Chức năng	6,70 \pm 1,72	9,76 \pm 2,53	11,93 \pm 1,87
		$p_{1-2} < 0,001$	$p_{1-3} < 0,001$
Thẩm mỹ	3,43 \pm 0,83	3,37 \pm 0,70	3,20 \pm 0,81
		$p_{1-2} > 0,05$	$p_{1-3} < 0,05$
Chức năng + Thẩm mỹ	10,13 \pm 1,95	13,13 \pm 2,47	15,13 \pm 2,03
		$p_{1-2} < 0,001$	$p_{1-3} < 0,001$

Bảng 3.28. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật 12 tháng (n= 47).

Kết quả	Chức năng (n= 47)		Thẩm mỹ (n= 47)		Chung (n= 47)	
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tốt	31	66,0	37	78,7	37	78,7
Khá	15	31,9	9	19,1	9	19,1
Kém	1	2,1	1	2,1	1	2,1

3.2.2.5. Một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật

- Liên quan tuổi và kết quả phẫu thuật sau 12 tháng: nhóm bệnh nhân <20 tuổi cao hơn so với nhóm ≥ 20 tuổi, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$.

- Liên quan giới tính và kết quả phẫu thuật sau 12 tháng: điểm kết quả chung ở nam giới không khác biệt so với nữ giới, $p > 0,05$.

- Liên quan tiền sử phẫu thuật và kết quả phẫu thuật sau 12 tháng: nhóm bệnh nhân phẫu thuật lần đầu không khác biệt so với nhóm bệnh nhân phẫu thuật lại ($p > 0,05$).

- Liên quan phương pháp vô cảm và kết quả phẫu thuật sau 12 tháng: nhóm bệnh nhân gây mê không khác biệt so với nhóm bệnh nhân gây tê, $p > 0,05$.

- Liên quan mức độ sụp mí và kết quả phẫu thuật sau 12 tháng: nhóm sụp mí nặng ($17,63 \pm 2,26$) cao hơn so với nhóm sụp mí trung bình ($15,71 \pm 3,35$), với $p < 0,05$.

Chương 4. BÀN LUẬN

4.1. GIẢI PHẪU CƠ TRÁN Ở NGƯỜI VIỆT TRƯỞNG THÀNH

4.1.1. Kích thước cơ trán

Qua nghiên cứu thấy chiều cao của cơ trán ở bờ trong trung bình là $66,56 \pm 5,57$ mm, chiều rộng là $60,86 \pm 5,42$ mm. Vì vậy, khi tạo vạt cơ trán cần xác định kích thước vạt thỏa đáng để có đủ lực bảo đảm chức năng nâng mi.

4.1.2. Góc giao thoa cơ trán và cơ vòng mi

Góc bờ trong cơ trán- cơ vòng mi trung bình là $73,92 \pm 7,37$ độ. Vì vậy, khi tạo vạt cần tiến hành cắt bờ trong cơ trán theo hình chữ C dọc theo chiều cong sinh lý cơ trán với góc bờ trong cơ trán- cơ vòng mi khoảng 70 độ. Điều này giúp giảm sang chấn cho cơ trán đồng thời tạo góc xoay lớn nhất cho vạt cơ di chuyển xuống sụn mi.

4.2. GIẢI PHẪU NHÁNH THÁI DƯƠNG THÀNH KINH MẶT Ở NGƯỜI VIỆT TRƯỞNG THÀNH

4.2.1. Đặc điểm giải phẫu nhánh thái dương đoạn ngoài tuyến mang tai

Ở đoạn ngoài tuyến mang tai, tất cả nhánh thái dương đi dưới mạc thái dương. Chiều dài nhánh thái dương đoạn ngoài tuyến mang tai của nhánh 1 là $33,84 \pm 6,69$ mm; nhánh 2 là $32,08 \pm 6,12$ mm và nhánh 3 là $30,71 \pm 7,08$ mm. Khoảng cách từ điểm góc mắt ngoài đến các nhánh thái dương nằm trên đường thẳng (d) của nhánh 1 là $53,91 \pm 6,45$ mm; nhánh 2 là $58,16 \pm 6,56$ mm và nhánh 3 là $58,79 \pm 5,50$ mm. Khu vực giới hạn nhánh thái dương trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Seckel B. R. (2010).

4.2.2. Đặc điểm giải phẫu nhánh tận thái dương vào cơ trán

Số nhánh tận chi phối cơ trán trung bình là $4,92 \pm 0,90$ nhánh (4 - 7 nhánh). Khoảng cách từ nơi nhánh tận đi vào cơ trán gần cung mày nhất (G1) đến đến đuôi cung mày (K1) là $12,18 \pm 2,16$ mm (8,71- 15,18mm). Như vậy, đường cắt ngang của vạt chữ C trong giới hạn dưới của cung mày không thể làm tổn thương thần kinh vận động đi vào từ cạnh ngoài cơ trán, bảo tồn tối đa tính động của hệ thống treo mi.

4.2.3. Các góc định hướng trên da của nhánh thần thái dương- mặt

Góc định hướng từ nơi phân chia nhánh thái dương và nhánh gò má tới nơi các nhánh tận đi vào cơ trán trung bình là $10,17 \pm 2,85$ độ (8- 16 độ). Vùng nguy hiểm dễ gây tổn thương nhánh trán trong phẫu thuật của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Davies (2013): khu vực có khả năng gây tổn thương cho nhánh thái dương là một hình tam giác giới hạn bởi một đường khoảng 12mm từ phía trước đỉnh của ống tai ngoài với hai đường đi qua hai khớp của xương gò má.

4.3. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

4.3.1. Tuổi

Tuổi trung bình của các bệnh nhân sụp mi là $17,34 \pm 9,17$ tuổi (4- 33 tuổi), tương đương với độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của Bagheri A. và cs. (2012), Li Z. và cs. (2016). Chúng tôi cho rằng treo mi bằng vạt cơ trán có thể áp dụng cho các bệnh nhân sụp mi chức năng cơ nâng mi kém ở nhiều lứa tuổi khác nhau, kể cả trẻ em.

4.3.2. Giới

Đa số bệnh nhân sụp mi là nữ (61,7%), có 38,3% bệnh nhân là nam giới. Tỷ lệ nữ/nam là 1,6/1,0. Phân bố giới tính của các bệnh

nhân sụp mi trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Lai C. S. và cs. (2009), Li Z. và cs. (2016).

4.3.3. Hình thái sụp mi

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân (40/47: 85,1%) sụp mi một mắt, có 7/47 bệnh nhân (14,9%) sụp mi hai mắt. Tỷ lệ bệnh nhân sụp mi cả 2 mắt trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của các tác giả khi phẫu thuật treo mi bằng vật cơ trán.

4.3.4. Tiền sử phẫu thuật

Nghiên cứu cho thấy 100% bệnh nhân sụp mi bẩm sinh. Đa số mắt được phẫu thuật lần đầu (61,1%), có 38,9% mắt là phẫu thuật lại. Tỷ lệ phẫu thuật lại do tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Bagheri A. (2012) và Mokhtarzadeh A. (2016).

4.3.5. Phương pháp vô cảm

Nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân được vô cảm bằng phương pháp gây tê (72,3%), có 27,7% bệnh nhân được vô cảm bằng gây mê. Nhìn chung, trong phẫu thuật điều trị sụp mi thường sử dụng đồng thời 2 phương pháp vô cảm: gây mê đối với trẻ nhỏ và gây tê đối với trẻ em lớn và người lớn.

4.3.6. Mức độ sụp mi

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số mắt sụp mi mức độ nặng (MRD1<1mm) (87,0%), có 13,0% mắt sụp mi mức độ vừa (MRD1=1mm). Mức độ sụp mi càng nặng thì số cơ vân trong cơ nâng mi càng bị thoái hóa nhiều thành mô xơ và mô mỡ. Do đó, nếu cắt ngắn cân cơ nâng mi để điều trị sụp mi, khả năng bám dính của cơ nâng mi vào sụn rất kém, dễ dẫn đến sụp mi tái phát. Vì vậy, nên sử dụng kỹ thuật treo mi bằng vật cơ trán để phẫu thuật điều trị sụp mi và tránh được sụp mi tái phát.

4.3.7. Chức năng cơ nâng mi

Kết quả nghiên cứu cho thấy hầu hết các mắt có chức năng cơ nâng mi kém (96,3%); có 3,7% số mắt có chức năng cơ nâng mi vừa (biên độ vận động <5- 7 mm). Tỷ lệ mắt có chức năng cơ nâng mi kém và vừa trong nghiên cứu của chúng tôi (100%) tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Trí Trung Thế Truyền (2018) khi treo mi bằng vật cơ trán và bằng dây ePTFE.

4.4. KẾT QUẢ PHẪU THUẬT

4.4.1. Về chức năng

- Cải thiện mức độ sụp mi: sau phẫu thuật, chỉ số MRD1 tăng dần từ $0,009 \pm 0,60$ mm (trước phẫu thuật) lên $3,45 \pm 0,80$ mm (sau phẫu thuật 12 tháng), $p < 0,001$. Sau phẫu thuật 12 tháng có 81,5% số mắt bình thường và 18,5% số mắt sụp mi nhẹ. Sự cải thiện chỉ số MRD1 trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Lai C. S. và cs. (2013): MRD1 tăng từ $-1,6 \pm 2,0$ mm lên $3,3 \pm 1,2$ mm. Nguyễn Trí Trung Thế Truyền (2018): MRD1 tăng từ $-1,1 \pm 0,9$ mm (trước phẫu thuật) lên $3,3 \pm 0,8$ mm (sau phẫu thuật 12 tháng).

- Cải thiện độ cao khe mi: sau phẫu thuật, độ cao khe mi tăng từ $5,59 \pm 0,68$ mm (trước phẫu thuật) lên $9,02 \pm 0,89$ mm (sau phẫu thuật 12 tháng), $p < 0,001$. Sự cải thiện độ cao khe mi sau phẫu thuật treo mi trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Lai C. S. và cs. (2013): độ cao khe mi tăng từ $3,2 \pm 2,0$ mm lên $7,2 \pm 1,4$ mm.

- Biên độ vận động mi và biên độ vận động cung mày: sau phẫu thuật 12 tháng, biên độ vận động mi lớn hơn biên độ vận động cung mày là $0,18 \pm 1,19$ mm. Sau phẫu thuật 12 tháng, đa số mắt có biên

độ vận động cung mày tốt (66,7%) và khá (25,6%) chứng tỏ rằng vật cơ trán không bị tổn thương và thực sự hoạt động để nâng mi.

- **Mất cảm giác vùng trán tạm thời:** sau phẫu thuật 01 tuần, hầu hết bệnh nhân mất cảm giác da trán (98,1%), sau phẫu thuật 6 tháng chỉ còn 1,9% mất và không còn mất nào sau phẫu thuật 12 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Thấy rằng biến chứng mất cảm giác vùng trán nhẹ tạm thời hồi phục hoàn toàn.

4.4.2. Về thẩm mỹ

- **Độ cong bờ mi:** Số mắt có bờ mi cong đều sau 6 tháng và 12 tháng phẫu thuật treo mi bằng vật cơ trán chiếm tỷ lệ cao (87,0% và 83,3%) chứng tỏ vật cơ trán chữ C có hướng cơ phù hợp với chức năng sinh lý của mi trên. Việc khâu đính vật cơ trán vào bờ trên sụn mi ở 3 điểm bằng chỉ nilon là phù hợp, nên đã tạo thành đường cong tự nhiên của viền mi.

- **Nếp mi:** Sau phẫu thuật 12 tháng còn 5,6% mắt nếp mi không rõ và 1,9% mắt mất nếp mi, tương tự với các kết quả nghiên cứu của Ye X. H. và cs. (2007) và Wang T. và cs. (2017).

- **Sẹo mi, sẹo mày và mức độ hài lòng:** sau phẫu thuật 12 tháng thấy đa số mắt có sẹo mi không rõ (90,7%) và sẹo mày rõ (85,2%). Bệnh nhân hài lòng chiếm 46,8% và chấp nhận được 44,7%; có 8,5% bệnh nhân không hài lòng với kết quả phẫu thuật. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Lai C. S. và cs. (2013): tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân là 95,1%.

4.4.3. Về biến chứng

- **Hở mi khi nhắm mắt:** sau phẫu thuật, tỷ lệ mắt có hở mi nhiều giảm từ 53,7% (sau 1 tuần) xuống 7,4% (sau 12 tháng), $p < 0,001$. Wang H. Z. (2003) cho rằng treo mi bằng vật cơ hỗn hợp là phương pháp điều trị sụp mi tốt và hiệu quả so với kỹ thuật truyền thống.

- Hở củng mạc khi nhìn xuống: sau phẫu thuật, tỷ lệ mắt hở củng mạc khi nhìn xuống giảm từ 92,6% (sau 01 tuần) xuống 72,2% (sau 12 tháng), $p < 0,001$. Đây cũng là biến chứng hay gặp trong phẫu thuật sụp mi. Vì vậy, tất cả bệnh nhân trước mổ đều được giải thích về nguy cơ hở củng mạc khi nhìn xuống.

4.4.4. Kết quả chung và minh họa lâm sàng

- Kết quả chung: sau phẫu thuật 12 tháng đa số bệnh nhân có kết quả tốt (78,7%) và khá (19,1%), có 2,1% bệnh nhân có kết quả kém. Kết quả nghiên cứu tương tự với các nghiên cứu khác như Bagheri A. và cs. (2012), Hou D. và cs. (2013), Costin B. R. (2016): tốt và khá là 100% và Nguyễn Trí Trung Thế Truyền (2018): kết quả tốt về chức năng là 89,3% và về thẩm mỹ là 87,8%.

- Có 3 bệnh nhân được theo dõi sau phẫu thuật đến 4-5 năm thấy rằng biên độ vận động mi sau mổ do cơ trán vẫn vận động tốt, chỉ số MRD1 ổn định. Như vậy, treo mi bằng vật cơ trán có hiệu quả điều trị sụp mi mức độ vừa và nặng do không phải sử dụng các vật liệu nhân tạo và không tái phát.

4.4.5. Các yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật

- Tuổi, giới và kết quả phẫu thuật sau 12 tháng: Điểm kết quả chung ở nam giới không khác biệt so với nữ giới ($p > 0,05$). Bagheri A. và cs. (2012) treo mi bằng vật cơ trán, theo dõi trong $13,5 \pm 8,4$ tháng thấy tỷ lệ thành công sau phẫu thuật lần đầu liên quan với chức năng cơ nâng mi ($p = 0,02$) và không liên quan đến tuổi ($p = 0,9$).

- Tiền sử phẫu thuật và kết quả phẫu thuật sau 12 tháng: điểm kết quả chung ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật lần đầu không khác biệt so với nhóm phẫu thuật lại ($p > 0,05$).

- Phương pháp vô cảm và kết quả phẫu thuật sau 12 tháng: điểm chức năng ở nhóm bệnh nhân gây mê ($12,69 \pm 1,65$) cao hơn so với

nhóm bệnh nhân gây tê ($11,47 \pm 1,89$), $p < 0,05$. Khi phẫu thuật treo mi bằng vạt cơ trán, bệnh nhân được vô cảm bằng mê toàn thân giúp phẫu thuật được thuận lợi hơn và cũng cho kết quả khả quan hơn.

- Mức độ sụp mi và kết quả phẫu thuật sau 12 tháng: Điểm kết quả chung ở nhóm bệnh nhân sụp mi nặng ($17,63 \pm 2,26$) cao hơn so với nhóm sụp mi trung bình ($15,71 \pm 3,35$), $p < 0,05$. Nhận xét này tương tự kết quả nghiên cứu của Liu H. P. và cs. (2015): các mi mắt có chức năng cơ trán trước phẫu thuật tốt (di chuyển chức năng > 7 mm) có tỷ lệ chỉnh đủ cao hơn so với nhóm có chức năng cơ trán kém (≤ 7 mm) (91,2% so với 63,2%; $p < 0,05$).

4.5. ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT TREO MI BẰNG VẠT CƠ TRÁN

Về quy trình phẫu thuật vạt cơ trán hình chữ C trong nghiên cứu được làm sáng tỏ cùng nghiên cứu giải phẫu qua các thì mổ như sau:

1. Rạch da giới hạn dưới cung mày, đến hết chiều dài cung mày không thể làm tổn thương thần kinh vận động do khoảng cách từ điểm vào cơ trán thấp nhất của nhánh trán đến đuôi cung mày là $12,18 \pm 2,16$ mm. Cùng với việc không cắt cạnh ngoài cơ trán, hai yếu tố này đảm bảo chắc chắn bảo tồn được thần kinh vận động cho vạt cơ.

2. Bóc tách mặt sau cơ trán, xác định cắt bó mạch thần kinh trên ổ mắt là cần thiết trước khi cắt cơ để bảo tồn cảm giác da vùng trán.

3. Cắt cạnh trong cơ trán tạo vạt hình chữ C phù hợp với góc giao thoa cơ trán và cơ vòng mi $73,92 \pm 7,37^\circ$ vừa có tác dụng giảm sang chấn cho cơ vừa tăng tối đa độ xoay của vạt cơ xuống mặt trước sụp mi.

4. Điều chỉnh độ cao mi treo và độ cong bờ mi dễ dàng bằng cách di chuyển vạt và khâu dính vào mặt trước sụp mi.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu nhánh trán và cơ trán ở 12 nửa mặt (bên phải: 7; bên trái: 5) trên xác bảo quản người Việt trưởng thành (04 nam; 03 nữ; trung bình: $73,00 \pm 13,39$ tuổi) và kết quả phẫu thuật treo mi bằng vật cơ trán cho 54 mắt sụp mi bẩm sinh (47 bệnh nhân, trung bình: $17,34 \pm 9,17$: 4- 33 tuổi; nữ/nam là 1,6/1,0), chúng tôi thấy:

1. Một số đặc điểm giải phẫu cơ trán và thần kinh vận động.

- Chiều cao của cơ trán ở bờ trong là $66,56 \pm 5,57$ mm. Chiều rộng của cơ trán ở mức ngang cung mày là $60,86 \pm 5,42$ mm. Góc bờ trong cơ trán- cơ vòng mi trung bình là $73,92 \pm 7,37^\circ$, không khác biệt giữa bên phải và bên trái ($p > 0,05$).

- Số lượng nhánh thái dương thoát ra khỏi bờ trên của tuyến mang tai là $2,50 \pm 0,67$ nhánh. Chiều dài của thân thái dương đoạn ngoài tuyến mang tai dao động từ 30,71mm đến 33,84mm, không khác biệt giữa bên phải và bên trái ($p > 0,05$).

- Số lượng nhánh tận thái dương chi phối cơ trán là $4,92 \pm 0,90$ nhánh... Khoảng cách từ nơi nhánh tận thái dương đi vào cơ trán gần cung mày nhất đến đến đuôi cung mày là $12,18 \pm 2,16$ mm. Góc định hướng từ nơi phân chia nhánh tận thái dương và nhánh gò má tới nơi đi vào cơ trán là $10,17 \pm 2,85$ độ, không khác biệt giữa bên phải và bên trái ($p > 0,05$).

2. Kết quả phẫu thuật treo mi bằng vật cơ trán trong điều trị sụp mi mức độ vừa và nặng.

- Lâm sàng: 85,1% sụp mi một mắt, có 14,9% bệnh nhân sụp mi hai mắt. Phẫu thuật lần đầu là 61,1% và có 38,9% mắt là sụp mi tái phát. Chỉ số MRD1 là $0,009 \pm 0,60$ mm, biên độ vận động cơ nâng mi

là $2,52 \pm 1,09$ mm. Chủ yếu vô cảm bằng phương pháp gây tê (72,3%), có 27,7% bệnh nhân vô cảm bằng gây mê.

- Về chức năng: sau phẫu thuật, chỉ số MRD1 và độ cao khe mi tăng từ $0,009 \pm 0,60$ mm và $5,59 \pm 0,68$ mm (trước phẫu thuật) lên $3,45 \pm 0,80$ mm và $9,02 \pm 0,89$ mm (sau phẫu thuật 12 tháng), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Biên độ vận động mi tăng dần và biên độ vận động cung mày hồi phục dần. Sau 12 tháng, biên độ vận động mi lớn hơn biên độ vận động mi cung mày $0,18 \pm 1,19$ mm. Có 14,8% mắt giảm cảm giác da trán.

- Về thẩm mỹ: bờ mi cong đều, nếp mi rõ, đa số bệnh nhân hài lòng (46,8%) và chấp nhận được (44,7%); có 8,5% bệnh nhân không hài lòng.

- Biến chứng: sau phẫu thuật 12 tháng, tỷ lệ mắt có hờ mi nhiều là 7,4%; hờ củng mạc nhiều khi nhìn xuống là 9,3%.

- Sau 12 tháng thấy đa số bệnh nhân có kết quả tốt (78,7%) và khá (19,1%), có 2,1% bệnh nhân kết quả kém.

KIẾN NGHỊ

1. Tiếp tục nghiên cứu hiệu quả treo mi bằng vạt cơ trán hình chữ C với số lượng bệnh nhân lớn và thời gian theo dõi dài hơn, đặc biệt ở trẻ nhỏ để đánh giá được tác động của sự thay đổi về sọ mặt trong quá trình phát triển lên cấu trúc treo mi.

2. Ứng dụng phẫu thuật treo mi bằng vạt cơ trán hình chữ C cho các trường hợp sụp mi mắc phải hoặc tái phát nhiều lần sau chấn thương hoặc bằng các phương pháp mổ khác.

**DANH MỤC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU
ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN**

1. Phạm Ngọc Minh, Đinh Việt Nghĩa, Nguyễn Tài Sơn (2019) “Nghiên cứu giải phẫu cơ trán ở người Việt trưởng thành”. *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, tập 14 số 5/2019, tr. 111-117.
2. Phạm Ngọc Minh, Đinh Việt Nghĩa, Nguyễn Tài Sơn, Lê Thị Thu Hải (2020) “Một số đặc điểm giải phẫu nhánh tận thái dương trán thần kinh mặt chi phối cơ trán ở người Việt trưởng thành”. *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, tập 15 số 5/2020, tr. 114-120.
3. Phạm Ngọc Minh, Đinh Việt Nghĩa, Nguyễn Tài Sơn (2020) “Đánh giá kết quả phẫu thuật treo mi bằng vật cơ trán điều trị sụp mi mức độ vừa và nặng”. *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, tập 15 số 7/2020, 126-132.