

PHẪU THUẬT DÀN MỠ Ở MẮT QUA ĐƯỜNG RẠCH DA BỜ MI DƯỚI ĐIỀU TRỊ RÃNH LỆ SÂU

Phạm Thị Việt Dung^{1,2,✉}, Nguyễn Hữu Trọng¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Mục tiêu: Bài báo nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật dàn mỡ ở mắt qua đường rạch da bờ mi dưới để điều trị tình trạng rãnh lệ sâu. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 46 bệnh nhân nữ được phẫu thuật dàn mỡ ở mắt điều trị rãnh lệ sâu qua đường rạch da bờ mi dưới từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 10 năm 2022. Các biến chứng sau mổ và sự thay đổi về đặc điểm lâm sàng sau 3 tháng được tác giả mô tả. Kết quả: Bệnh nhân được phẫu thuật tuổi từ 32 đến 64 (trung bình $49,28 \pm 8,67$ tuổi). So sánh giữa đặc điểm lâm sàng trước mổ và sau mổ 3 tháng thấy sự thay đổi đáng khích lệ: Giảm độ của rãnh lệ sâu, thoát vị túi mỡ và độ thừa da. Hầu hết các bệnh nhân hài lòng về phẫu thuật. Các biến chứng chủ yếu là bầm tím (60,9%) và phù kết mạc (32,6%), tự khỏi không cần can thiệp phẫu thuật lại. Kết luận: Dàn mỡ ở mắt mi dưới qua đường rạch da là phương pháp thích hợp chỉ định cho các trường hợp rãnh lệ sâu kết hợp với thoát vị túi mỡ và thừa da mi dưới.

Từ khóa: Rãnh lệ sâu, dàn mỡ ở mắt, phẫu thuật mí mắt.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rãnh lệ sâu là đặc trưng của sự mỏng đi của lớp mỡ dưới da mi và quan sát thấy rõ hơn khi có sự thay đổi của cấu trúc, màu sắc da khi lão hóa, sự thoát vị túi mỡ mi dưới.¹ Có nhiều kỹ thuật giúp cải thiện tình trạng mắt thẩm mỹ này ở mi dưới đã được thực hiện như: cắt bỏ túi mỡ, cơ vòng mi và da thừa, tiêm chất làm đầy, ghép mỡ colleman, ghép trung bì mỡ, gấp nếp hoặc khâu ép vách ổ mắt và cấy ghép vật liệu nhân tạo, dàn mỡ ở mắt...² Phẫu thuật dàn mỡ ở mắt giúp cải thiện tình trạng rãnh lệ sâu và giải quyết bọng mỡ mắt mi dưới đã được Hamra đưa ra vào năm 1996, với phương pháp phẫu thuật tạo hình bảo tồn và sắp xếp lại vị trí mỡ ở mắt mở ra một kỷ nguyên mới cho phẫu thuật mí dưới.³ Từ đó đến nay, kỹ thuật này dần

trở nên phổ biến trên thế giới. Tuy nhiên, tại Việt Nam, chưa nhiều phẫu thuật viên thực hiện vì chưa tiếp cận được với kỹ thuật và còn e ngại những biến chứng có thể gặp khi thực hiện phẫu thuật này. Do đó, cũng chưa có báo cáo khoa học về kỹ thuật này tại Việt Nam. Bài báo này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả thực hiện kỹ thuật dàn mỡ ở mắt với nhóm bệnh nhân bị rãnh lệ sâu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng, tiến cứu, chọn mẫu thuận tiện được thực hiện trên 46 bệnh nhân được chẩn đoán rãnh lệ sâu tại Khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ bệnh viện Bạch Mai (20 bệnh nhân) và Khoa Phẫu thuật Tạo hình Thẩm mỹ, Bệnh viện Đa khoa Hòe Nhai (26 bệnh nhân) từ tháng 10/2021 đến hết tháng 10/2022.

Các bệnh nhân có nhu cầu xử lý rãnh lệ sâu được khám và đánh giá tình trạng trước mổ: Bệnh nhân ngồi đối diện phẫu thuật viên. Phẫu

Tác giả liên hệ: Phạm Thị Việt Dung

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: phamvietdung@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 16/01/2023

Ngày được chấp nhận: 15/02/2023

thuật viên sẽ xác định tình trạng rãnh lệ sâu theo phân loại của Barton, và các biến dạng đi kèm, mức độ thoát vị túi mỡ ổ mắt, và tình trạng thừa da mi dưới.

Phân độ rãnh lệ sâu mi dưới của Barton⁴:

- Độ 0: vùng mi dưới phẳng, không có đường viền từ trong ra ngoài dọc theo bờ dưới ổ mắt. Không có đường viền ở nơi giao nhau giữa ổ mắt và gò má.

- Độ I: lõm nhẹ phía trong khu vực rãnh lệ; chuyển tiếp ra mi dưới gò má phẳng.

- Độ II: lõm nhẹ nhìn thấy được sự giao nhau của mi dưới - gò má từ trong ra ngoài.

- Độ III: thấy sự phân chia rõ ràng của vùng

ranh giới giữa ổ mắt và gò má với một vùng lõm rõ ràng giữa vùng ổ mắt và gò má.

Phân độ tình trạng thoát vị túi mỡ dựa theo phân loại theo 4 mức độ⁵:

S-1: Thoát vị túi mỡ mức độ nặng

S0: Thoát vị túi mỡ mức độ nhẹ

S+1: Không thoát vị

S+2: Lõm túi mỡ xung quanh ổ mắt.

Tình trạng thừa da được đánh giá theo phân loại của chúng tôi với 4 mức độ:

Độ 0: Không thừa da.

Độ I: Thừa da dựa vào Pinch test.

Độ II: Thừa da qua quan sát trực tiếp.

Độ III: Thừa da quan sát thấy từ xa.



Hình 1. Đặc điểm lâm sàng trước mổ

(A): rãnh lệ sâu độ I, thoát vị túi mỡ nhẹ S0, thừa da mi dưới độ II; (B): rãnh lệ sâu độ II, thoát vị túi mỡ nặng S-1, thừa da mi dưới độ II; (C): rãnh lệ sâu độ III, thoát vị túi mỡ nặng S-1, thừa da mi dưới độ II

Trước phẫu thuật, bệnh nhân được xác định bờ dưới ổ mắt và rãnh lệ mi mắt dưới, đường mỡ và các mốc phục vụ phẫu thuật. Sau khi sát khuẩn, toàn bộ mi dưới và màng xương bờ dưới ổ mắt được gây tê bằng hỗn hợp lidocain 1mg/1ml pha với epinephrin 1% với tỷ

lệ 1:200.000. Qua đường rạch da cách bờ mi khoảng 2mm, cắt qua cơ vòng mi dọc đường cắt, bộc lộ vách ổ mắt, tiếp tục phẫu tích mặt phẳng giữa cơ vòng mi - vách ổ mắt. Mỡ vách ổ mắt sát bờ dưới ổ mắt - bộc lộ túi mỡ cần tái định vị. Phẫu tích cắt điểm bám của cơ vòng

mi vào màng xương bờ dưới ổ mắt tương ứng với vị trí rãnh lệ sâu. Kéo dịch chuyển túi mỡ về phía rãnh lệ, khâu 2 - 3 mũi Monosyn 6/0 cố định bao túi mỡ vào màng xương ở bờ ổ mắt, đường khâu chạy dọc theo chiều dài rãnh lệ.

Sau khi dàn mỡ ổ mắt, kéo vạt da mi lên trên, yêu cầu bệnh nhân ngược mắt tối đa để cắt phần da mi thừa. Vết mổ được đóng một lớp bằng các mũi khâu rời hoặc khâu vắt bằng chỉ nilon 6:0.



Hình 2. Quy trình phẫu thuật: (A) Bộc lộ túi mỡ mi dưới; (B) Phẫu tích khoang dưới màng xương; (C) Khâu cố định túi mỡ vào khoang; (D) Cắt da thừa và khâu da

Kết quả sau mổ được đánh giá dựa vào những tiêu chí sau: độ sâu và phân bố của rãnh lệ sâu sau mổ theo phân loại Barton, tình trạng thoát vị túi mỡ của các túi mỡ mí dưới, tình trạng thừa da mi dưới. Bệnh nhân được theo dõi diễn biến của các biến chứng và đánh giá các đặc điểm lâm sàng về phân độ trung của rãnh lệ, độ thừa da mi, độ phồng của rãnh lệ, và độ hài lòng của bệnh nhân theo các mức độ (1) rất hài lòng (2) hài lòng (3) chấp nhận được (4) không hài lòng sau mổ trên 3 tháng. Các biến chứng được đánh giá như phù kết mạc, bầm tụ máu, trĩ mi, lộn mi, nhìn đôi, tình trạng sẹo được đánh giá qua mỗi lần thăm khám.

III. KẾT QUẢ

Bệnh nhân được phẫu thuật tuổi từ 32 đến

64 (trung bình 49.28 ± 8.67 tuổi). So sánh giữa đặc điểm lâm sàng trước mổ và sau mổ 3 tháng thấy sự thay đổi đáng khích lệ: Rãnh lệ sâu trước mổ phần lớn là độ II, III, sau mổ phần lớn là không còn rãnh lệ sâu hoặc còn rất ít (độ I). Tương tự với độ thoát vị túi mỡ và độ thừa da mi dưới (bảng 1). Tất cả các trường hợp sẹo mờ sau 3 tháng phẫu thuật. Trong số các bệnh nhân nghiên cứu có 28.3% rất hài lòng, 69.6% hài lòng và chỉ 2.2% chấp nhận kết quả phẫu thuật. Không có trường hợp nào không hài lòng. Các biến chứng chủ yếu là bầm tím và phù kết mạc. Các biến chứng này đều khỏi sau khi điều trị nội khoa, không cần can thiệp phẫu thuật lại (bảng 2).

Bảng 1. Sự cải thiện các triệu chứng lâm sàng sau mổ (n = 46)

Thời điểm đánh giá		Trước mổ	Sau mổ 3 tháng
Độ rãnh lệ sâu	0	0	33 (71,7%)
	I	11 (23,9%)	12 (26,1%)
	II	20 (43,5%)	1 (2,2%)
	III	15 (32,6%)	0
Độ thoát vị túi mỡ	S-1	12 (26,1%)	0
	S0	27 (58,7%)	19,6%
	S+1	7 (15,2%)	80,4%
	S+2	0	0
Độ thừa da	Không thừa da	0	20 (43,5%)
	Pinch test	0	16 (34,8%)
	Qua thăm khám	27 (58,7%)	10 (21,7%)

Bảng 2. Các biến chứng (n = 46)

Kết quả sớm	Bị biến chứng	Thời điểm bắt đầu bị (ngày)	Thời gian kéo dài trung bình (ngày)
Bầm tím	28 (60,9%)	1	12,8
Phù kết mạc	15 (32,6%)	1	28,5
Lật mi dưới	1 (2,2%)	1	40

Không gặp các biến chứng khác như chảy máu, song thị, nổi cục ở mi dưới



Hình 3. Bệnh nhân nữ 32 tuổi, (A): trước phẫu thuật: rãnh lệ Barton độ II, mức da thừa độ II, thoát vị túi mỡ mức S0; B) sau phẫu thuật 3 tháng: rãnh lệ Barton độ 0, không còn tình trạng thừa da và thoát vị túi mỡ

IV. BÀN LUẬN

Rãnh lệ sâu được biết đến là đặc trưng của sự mỏng đi của da và lớp mỡ dưới phía dưới trong của hốc mắt. Đặc điểm này được quan sát thấy rõ hơn khi đi cùng với những thay đổi về cấu trúc, màu sắc da khi lão hóa, sự thoát vị túi mỡ và sự thừa da mi dưới.¹ Có nhiều phương pháp tạo hình thẩm mỹ mi dưới đã được thực hiện. Khi rãnh lệ sâu nhưng chưa có hiện tượng thừa da và thoát vị túi mỡ mi dưới, tiêm chất làm đầy và ghép mỡ coleman ở rãnh lệ được chỉ định.⁶ Ưu điểm của các phương pháp này là can thiệp tối thiểu, ít biến chứng, nhanh chóng đạt hiệu quả thẩm mỹ. Nhược điểm lớn nhất là cần phải điều trị bổ sung. Riêng đối với tiêm filler, hiệu quả thường được duy trì chỉ trong 6 - 12 tháng.⁶ Khi rãnh lệ sâu có kèm thêm tình trạng thoát vị túi mỡ mi dưới, việc lấy bỏ bớt mỡ hoặc định vị lại túi mỡ là cần thiết. Phương pháp cắt bỏ mỡ truyền thống ở nhiều trường hợp làm nặng thêm biến dạng rãnh lệ sâu và gây nên tình trạng lõm ổ mắt đặc biệt ở các trường hợp có thiếu hụt tổ chức hốc mắt trước mỡ.⁷ So với phương pháp phẫu thuật lấy mỡ mi dưới truyền thống, việc sử dụng phương pháp dàn mỡ ổ mắt đạt được kết quả thẩm mỹ cao hơn đặc biệt là các bệnh nhân không thực sự thừa mỡ mi dưới.⁸ Nếu không thừa da mi dưới, các phẫu thuật này có thể tiến hành qua đường kết mạc. Phương pháp này thường mang lại hiệu quả thẩm mỹ cao hơn, giảm thiểu các biến chứng như trĩ mi, lật mi hay sẹo mi dưới so với phương pháp dàn mỡ qua da tuy nhiên lại không thể giải quyết được tình trạng thừa da.⁷ Thực hiện phương pháp dàn mỡ qua đường kết mạc, tác giả Duan ghi nhận hiệu quả điều trị tốt ở 85% bệnh nhân.⁹ Trong các trường hợp thừa da mi dưới nhiều, phẫu thuật dàn mỡ mi dưới qua đường rạch da sát bờ mi dưới được ưu tiên lựa chọn.

Dù tiếp cận qua đường mổ nào, việc bảo

tồn túi mỡ và dàn mỡ mi dưới trong phẫu thuật cũng là phương pháp hiệu quả trong điều trị tình trạng rãnh lệ sâu. Xu hướng của thẩm mỹ mi dưới hiện nay tập trung vào làm mờ rãnh lệ và giảm mức độ thoát vị túi mỡ mi dưới. Một cuộc khảo sát của tác giả William nhận định rằng 80% phẫu thuật viên hiện nay thực hiện thẩm mỹ mi dưới bằng phương pháp dàn mỡ mi dưới.¹⁰ Tác giả Loeb cũng nhấn mạnh tầm quan trọng của việc bảo tồn và chuyển vị trí của túi mỡ giúp đạt hiệu quả giúp vị trí chuyển tiếp giữa mi dưới và má phẳng và đẹp hơn.¹¹

Vị trí cố định túi mỡ cũng là chủ đề được nhiều tác giả thảo luận. Hai vị trí phổ biến dàn túi mỡ thường được các tác giả sử dụng đó là trên hoặc dưới màng xương. Ưu điểm của phương pháp dàn mỡ trên màng xương đó là dễ dàng bóc tách vị trí mặt phẳng được cấp máu tốt giúp tăng khả năng sống sót của lượng mỡ dàn giúp hiệu quả thẩm mỹ kéo dài hơn. Tuy nhiên, việc bóc tách trên mặt phẳng cấp máu tốt tăng nguy cơ chảy máu, ngoài ra việc bóc tách trên màng xương làm tổ chức che phủ vùng mỡ dàn mỏng hơn gây ra tình trạng lõm lõm không đều lên về mặt da mí dưới phía trên.⁹ Tác giả Liao cũng ghi nhận thấy rằng tình trạng lõm lõm này dễ nhận thấy nhất trong 2 tháng đầu và thường dần cải thiện sau 6 tháng.¹² Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân đều sử dụng phương pháp dàn mỡ dưới màng xương, không gặp bệnh nhân nào có tình trạng lõm mí dưới sau mổ. Một lưu ý nữa khi bóc tách trên màng xương có nguy cơ tổn thương TK dưới ổ mắt, không nên bóc tách quá bờ dưới ổ mắt quá 1cm để giảm thiểu rủi ro này.⁹

Tuy không gặp các biến chứng trên nhưng trong nghiên cứu này, các biến chứng sớm hay gặp là sưng nề bầm tím và viêm kết mạc. Tình trạng này xuất hiện ngay sau mổ, bầm tím thường tự khỏi trong vòng 2 tuần, trong khi đó,

hiện tượng phù kết mạc kéo dài lâu hơn, trung bình trong khoảng 28,5 ngày. Cơ chế của phù kết mạc hiện chưa được hiểu rõ, nhiều tác giả cho rằng việc phẫu tích rộng gây nên phù kết mạc bởi tăng tính thấm thành mạch và làm mất các kênh dẫn lưu bạch huyết vùng mi dưới.¹³ Diễn biến tình trạng phù kết mạc thường tự thoái triển hoặc có thể hỗ trợ điều trị bằng việc sử dụng thuốc tra hay nhỏ mắt có chứa steroid.⁸ Việc cắt bỏ quá nhiều da mi dưới có thể gây ra biến chứng trĩ mi hay lật mi. Tuy nhiên, bằng cách sử dụng phẫu tích kéo vạt da cơ lên phía trên kết hợp việc bệnh nhân đưa mắt lên trên để xác định lượng da thừa cần cắt bỏ trong mổ giúp hạn chế tối đa biến chứng lật mi và trĩ mi sau mổ. Trong nghiên cứu, chỉ gặp 1 bệnh nhân có tình trạng trĩ mi nhẹ sau mổ đã tự khỏi sau 1 tháng.

V. KẾT LUẬN

Dàn mỡ ổ mắt mi dưới qua đường rạch qua da là phương pháp thích hợp chỉ định cho các trường hợp rãnh lệ sâu kết hợp với thoát vị túi mỡ và thừa da mi dưới. Hiệu quả của phương pháp thể hiện rõ qua việc hầu hết các trường hợp rãnh lệ độ II, III chuyển thành hết hẳn rãnh lệ hoặc chỉ còn rãnh lệ độ I. Các đặc điểm khác như thoát vị túi mỡ và thừa da mi cũng được cải thiện rõ rệt. Tỷ lệ sưng nề, bầm tím và phù kết mạc sau mổ tương đối cao. Tuy nhiên các biến chứng này có thể tự khỏi không cần can thiệp phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Goldberg RA. The three periorbital hollows: a paradigm for periorbital rejuvenation. *Plast Reconstr Surg*. 2005;116(6):1796-1804. doi: 10.1097/01.prs.0000185623.36795.38.
2. Stutman RL, Codner MA. Tear Trough Deformity: Review of Anatomy and Treatment Options. *Aesthet Surg J*. 2012;32(4):426-440. doi: 10.1177/1090820X12442372.

3. Hamra ST. The role of orbital fat preservation in facial aesthetic surgery. A new concept. *Clin Plast Surg*. 1996;23(1):17-28.

4. Gireesh DP. Tearful Tear Trough: Anatomy, Grading and Management. *EyeToday*. Published March 18, 2022. Accessed December 26, 2022. <https://eyetoday.in/2022/focal-note/tearful-tear-trough-anatomy-grading-and-management/>

5. Shah M, Lee G, Lefebvre DR, et al. A cross-sectional survey of the association between bilateral topical prostaglandin analogue use and ocular adnexal features. *PLoS One*. 2013;8(5):e61638. doi: 10.1371/journal.pone.0061638.

6. MorleyAMS, MalhotraR. Use of Hyaluronic Acid Filler for Tear-Trough Rejuvenation as an Alternative to Lower Eyelid Surgery. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*. 2011;27(2):69-73. doi: 10.1097/IOP.0b013e3181b80f93.

7. Bhattacharjee K, Ghosh S, Ugradar S, et al. Lower eyelid blepharoplasty: An overview. *Indian J Ophthalmol*. 2020;68(10):2075. doi: 10.4103/ijo.IJO_2265_19.

8. Grant JR, LaFerriere KA. Periocular Rejuvenation: Lower Eyelid Blepharoplasty with Fat Repositioning and the Suborbicularis Oculi Fat. *Facial Plast Surg Clin NAm*. 2010;18(3):399-409. doi: 10.1016/j.fsc.2010.04.006.

9. Duan R, Wu M, Tremp M, et al. Modified Lower Blepharoplasty with Fat Repositioning via Transconjunctival Approach to Correct Tear Trough Deformity. *Aesthetic Plast Surg*. 2019;43(3):680-685. doi: 10.1007/s00266-019-01309-5.

10. Williams ZY, Oester AE, Stinnett S, et al. Cosmetic surgery survey of american society of oculoplastic and reconstructive surgery members and a 6-year comparison. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*. 2010;26(2):95-99. doi: 10.1097/IOP.0b013e3181b8dc0b.

11. Loeb R. Fat Pad Sliding and Fat Grafting for Leveling Lid Depressions. *Clin*