

Tuyển tập các phẫu thuật về mắt và hốc mắt

JONATHAN J. DUTTON, MD., PhD.

University of North Carolina Chapel Hill, North Carolina, USA

THOMAS G. WALDROP, M.S.M.I.

Illustrator

Nội Dung

Phần 1

A. Gây mê

1. Gây mê trong phẫu thuật tạo hình mắt

B. Giải phẫu phẫu thuật mí mắt

2. Giải phẫu mí mắt

C. Lẹo và chắp

3. Chắp: Đường rạch, dẫn lưu, phương pháp tiếp cận qua da

4. Chắp: Đường rạch, dẫn lưu và phương pháp tiếp cận qua kết mạc

D. Chứng lông mi quặm và Tật lông mi hai hàng

5. Phẫu thuật lạnh điều trị chứng lông quặm

6. Xạ phẫu điều trị chứng lông quặm

7. Cắt nang lông bên trong mi

E Nhấn mí thẩm mỹ 38

8. Nguyên nhân và các dị tật liên quan

9. Phẫu thuật tạo hình mi trên bằng cắt túi mỡ thừa

10. Phẫu thuật tạo hình mi trên của người Châu Á

11. Tạo hình sa tuyến lệ

12. Phẫu thuật tạo hình mí mắt trên

13. Phẫu thuật tạo hình mi mắt dưới bằng cắt mỡ thừa

14. Phẫu thuật tạo hình mi mắt dưới bằng phương pháp tạo hình mô mỡ

15. Phẫu thuật tạo hình mi mắt dưới với phương pháp thu ngắn mí mắt

16. Phẫu thuật tạo hình mi mắt dưới với tạo hình góc mắt ngoài

17. Cắt bỏ túi mỡ thừa mi mắt dưới qua đường kết mạc

F Xệ chân mày

18. Thế nào là chiều cao chính xác

19. Cố định chân mày Endotine thông qua tạo hình mi mắt

20. Nâng cao trán qua nội soi

G. Chứng sụp mí

21. Cắt kết mạc sụp mí ở phía sau (Fasanella-Servat)

22. Cắt kết mạc - cơ Muller từ phía sau

23. Nâng Cơ nâng mi trên 88

24. Cắt cân cơ nâng mi trên của Supra-Whitnall

25. Cách lấy cân cơ căng mạc đùi tự thân

26. Treo cơ trán với cân cơ căng mạc đùi tự thân

27. Treo cơ trán với thanh

silicone

H, Tật lộn mí

28. Khâu dính góc mắt ngoài

29. Thu hẹp mí mắt bằng cố định sụp mí ngoài

30. Cắt kết mạc sụp mí trung gian hình thoi

31. Cắt toàn bộ chiều dày mô đệm rìa mắt

32. Phương pháp cải thiện Lazy-T

33. Làm ngắn dây chằng mi trong

34. Đính cân thái dương vào mi mắt dưới

35. Làm dài lớp trước mi mắt bằng ghép da

I. Quặm mi

36. Khâu toàn bộ độ dày của mi mắt (Quickert-Rathbun)

37. Khâu toàn bộ độ dày của mi mắt trong sửa chữa nếp mí phụ

38. Chỉnh sửa nếp mí mắt dưới để điều trị quặm mi

39. Rút ngắn vách dưới ổ mắt mi mắt dưới

40. Rút ngắn vách dưới ổ mắt với rút ngắn chiều ngang của mi mắt

41. Rút ngắn vách dưới ổ mắt với sửa chữa sụn mi ngoài

42. Làm ngắn các lớp phía trước mi mắt với cố định cơ trước sụn mi

43. Xoay bờ mi mắt bằng cắt rãnh ngang trước sụn mi

44. Tạo hình mí mắt theo chiều ngang với xoay bờ mi mắt (Quy trình Wies)

45. Kéo dài mí mắt ở lớp sau bằng phương pháp ghép kết mạc sụn mi tự do, củng mạc hoặc sụn

46. Kéo dài mí mắt ở lớp sau bằng ghép màng nhầy

J Chỉnh sửa cơ rút mi mắt

47. Cắt bỏ cơ nâng mi trên và cơ Muller

48. Cắt bỏ phần cơ rút của mí mắt dưới với mảnh ghép củng mạc

49. SMAS (the superficial musculoaponeurotic system) Cố định và làm căng hệ thống da cơ vùng giữa mặt

K Sửa chữa các khuyết hồng bì mắt mi mắt

50. Đóng ngay với khuyết da hình Elip đơn giản

51. Vạt trượt da cơ

52. Vạt xoay da cơ

53. Chuyển vạt da cơ

54. Vạt hình thoi

55. Vạt chuyển tạo hình chữ Z

L Tái tạo mí mắt trên

56. Đóng ngay các lớp của khuyết hồng bì mắt trên

57. Vạt xoay hình bán nguyệt (Tenzel)

58. Vạt chuyển kết mạc sụn mi sang ngang

59. Ghép kết mạc sụn mi tự do

60. Vạt trượt một cầu của mi dưới (Cutler-Beard)

61. Vạt trượt cầu kép mi dưới

M. Tạo hình mí mắt dưới

62. Vạt xoay bán nguyệt bên có cố định màng xương

63. Ghép mảnh kết mạc sụn mi tự do và vạt trượt da cơ

64. Vạt trượt kết mạc sụn mi từ mi trên tới mi dưới (Hughes Procedure)

N. Tạo hình góc mắt trong và ngoài

65. Giảm các nếp gấp góc mắt với vạt trượt Y-V

66. Giảm các nếp gấp góc mắt bằng kỹ thuật 4 vạt

67. Tạo hình mở rộng góc mắt ngoài

68. Tạo hình thu hẹp góc mắt ngoài

69. Chỉnh sửa góc mắt lệch theo chiều dọc

70. Vạt xoay vùng trán giữa 2 cung mày

71. Vạt chuyển chính giữa trán

Phần 2

A. Giải phẫu phẫu thuật hệ thống ống tuyến lệ

72. Giải phẫu phẫu thuật của hệ thống ống tuyến lệ

R Phẫu thuật trên điểm lệ và tiểu quản lệ

73. Tạo hình điểm lệ bằng 2 đường cắt

74. Sửa chữa các vết rách ở tiểu quản lệ

75. Tạo hình tiểu lệ quản

C. Phẫu thuật trên túi lệ và ống lệ

76. Thăm dò ống lệ mũi với gậy xoắn mũi dưới

77. Thăm dò ống lệ mũi với đặt ống luồn bằng silicon

78. Phẫu thuật tạo hình túi lệ bằng bóng qua hệ thống ống lệ mũi

79. Mở thông túi lệ với ngách mũi

80. Mở thông tiểu quản lệ, túi lệ với ngách mũi

81. Cắt niêm mạc xoắn mũi, mở thông túi lệ với ngách mũi

Phần 3

A. Giải phẫu phẫu thuật của mắt

82. Giải phẫu phẫu thuật của mắt

R Quy trình phẫu thuật của mắt

83. Phẫu thuật vùng mắt trước qua da, qua vách ngăn

84. Phẫu thuật vùng mắt trước trước qua da, qua màng xương

85. Phẫu thuật phía ngoài mắt

C. Phẫu thuật trên trần ổ mắt

86. Giảm áp mắt qua phía giữa dưới ổ mắt

87. Giảm áp mắt qua vách trung gian ổ mắt

88. Giảm áp mắt qua kết mạc dưới ổ mắt

89. Giảm áp mắt qua thành ngoài

90. Sửa chữa đường gãy sàn ổ mắt

91. Cố định mảnh vỡ nhỏ sàn ổ mắt

92. Tăng thể tích ổ mắt dưới màng xương

D. Cắt nhãn cầu, loại bỏ nội nhãn và cắt toàn bộ tổ chức trong hốc mắt

93. Lấy bỏ nhãn cầu, lấp khuyết hổng bằng cấy sợi Acrylic hoặc silicon

94. Lấy bỏ nhãn cầu, lấp khuyết hổng bằng cấy ghép mắt bằng hạt xốp tích hợp sinh học

95. Cấy ghép mắt bằng mỡ và tổ chức dưới da

96. Sửa chữa khi bộ phận cấy ghép mắt bị hở

97. Loại bỏ phần nội nhãn

98. Cắt toàn bộ tổ chức trong hốc mắt

PHẦN I

PHẪU THUẬT MÍ MẮT

Mí mắt là cấu trúc giải phẫu hoàn thiện thực hiện chức năng bảo vệ mắt. Nó là một rào cản cơ học chống lại ánh sáng mặt trời và vật thể lạ xâm nhập vào mắt. Mí mắt cũng góp phần vào sinh lý chính của bề mặt giác mạc và phim nước mắt. Chức năng đầy đủ của mí mắt đòi hỏi sự toàn vẹn của nhiều thành phần cấu trúc, sự liên kết thích hợp với quả cầu và sự phối hợp của một số nhóm thần kinh cơ khác nhau.

Nhiều dị tật bẩm sinh và mắc phải có thể ảnh hưởng đến mí mắt. Một số là kết quả của các hiện tượng lão hóa bình thường như sự lỏng lẻo của dây chằng, sụp mí tuổi già, sự sệ xuống của mỡ quanh mắt hoặc da thừa mí mắt. Những người khác có thể sau chấn thương vết thương hoặc liên quan đến các biểu hiện về mắt của các bệnh toàn thân, chẳng hạn như bệnh mắt tuyến giáp. Khi nhẹ, như với bệnh sụp mí, hoặc bệnh nấm da, những dị tật này có thể chỉ là vấn đề thẩm mỹ. Tuy nhiên, khi nghiêm trọng, chúng có thể ảnh hưởng đáng kể đến thị lực. Trong một số trường hợp, sự sai lệch hoặc dị dạng ở mí mắt có thể gây chấn thương giác mạc và mất thị lực vĩnh viễn. Điều quan trọng cần nhớ là một số bất thường ở mí mắt là kết quả của quá trình bệnh lý về mắt sâu hơn. Do đó, chúng tôi mắt có thể bắt chước sự co rút của mí mắt và ban đầu có thể bị nhầm lẫn với bệnh sụp mí mắt.

Đánh giá đầy đủ về mí mắt và mắt là điều cần thiết trước khi xem xét bất kỳ phẫu thuật nào về hốc mắt. Như với tất cả các thủ thuật nhãn khoa, thị lực được điều chỉnh tốt nhất phải được ghi lại trước khi tiếp tục với bất kỳ cuộc kiểm tra nào. Một lịch sử y tế và nhãn khoa đầy đủ được thực hiện và danh sách các loại thuốc hiện tại được ghi chú. Có một số bất đồng trong tài liệu liên quan đến sự cần thiết phải ngừng điều trị chống đông máu trước khi phẫu thuật liên quan đến mắt. Ngày nay, có tới 60% số người có thể đang sử dụng các loại thuốc như vậy, hầu hết trong số họ không phải vì lý do y tế. Thông thường, đây có thể là aspirin liều thấp cho mục đích dự phòng. Trong những trường hợp như vậy, yêu cầu bệnh nhân ngừng sử dụng aspirin từ 7 đến 10 ngày trước khi phẫu thuật. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân đang điều trị chống đông vì lý do y tế, chẳng hạn như mới đặt stent động mạch, thuyên tắc phổi, đột quỵ gần đây hoặc huyết khối tĩnh mạch sâu, thì nguy cơ chảy máu phải được cân nhắc với nguy cơ biến cố huyết khối. Đối với các thủ thuật có nguy cơ chảy máu thấp và hậu quả không đáng kể như sụp mí hoặc tạo hình mí mắt và với nguy cơ huyết khối tắc mạch cao hơn, tốt nhất là không nên ngừng thuốc kháng đông. Cách tiếp cận này đã được ghi nhận nhiều trong các tài liệu phẫu thuật. Mặt khác, đối với những trường hợp có nguy cơ chảy máu cao hơn hoặc những trường hợp có hậu quả lớn hơn do chảy máu, chẳng hạn như phẫu thuật mắt sâu hơn hoặc các thủ thuật về khối u mạch máu, nếu nguy cơ huyết khối thấp đến trung bình, có thể ngừng chống đông máu có hoặc ngừng điều trị kết hợp, với sự tư vấn của bác sĩ tim mạch hoặc bác sĩ chăm sóc chính của bệnh nhân.

Trong những trường hợp có nguy cơ cao bị cả chảy máu và biến cố huyết khối tắc mạch, tốt hơn là nên hoãn cuộc phẫu thuật cho đến khi bệnh nhân có thể sử dụng các loại thuốc này một cách an toàn hơn.

Mí mắt được kiểm tra ở vị trí chính và ở tất cả các vị trí khác của góc nhìn. Chiều cao, đường viền, tông màu và hướng của mí mắt được lưu ý. Chức năng cơ nâng, các rối loạn trương lực vận động liên quan và các cơn co thắt thần kinh với vận động mắt hoặc cử động khuôn mặt được ghi chép cẩn thận. Các quá trình bệnh lý của mắt phía trước có thể được tiết lộ bằng cách sờ và lật mí mắt. Kiểm tra đèn có khe là điều cần thiết để xác định bệnh bề mặt mắt hoặc bệnh trước đó có thể dẫn đến rối loạn chức năng mí mắt thứ cấp hoặc để xác định mức độ tổn thương giác mạc do sụp mí mắt. Một thử nghiệm của Schirmer về sản xuất nước mắt cơ sở là quan trọng trong việc ước tính khả năng sửa chữa mí mắt, đặc biệt là ở bệnh nhân cao tuổi. Các xét nghiệm chuyên biệt phải được thực hiện cho một số trạng thái bệnh nhất định, chẳng hạn như kiểm tra Jones trong rối loạn điều tiết tuyến lệ và chụp X quang hoặc siêu âm để phát hiện các tổn thương nghi ngờ ở phần phụ của mí mắt.

Đối với hầu hết các trường hợp có thể chỉ định phẫu thuật liên quan đến mắt, nên chụp ảnh trước phẫu thuật để làm tài liệu và thường được yêu cầu hoàn trả cho bên thứ ba. Trong trường hợp sụp mí mắt và sệ chân mày, kiểm tra trường thị giác là quan trọng để làm tài liệu và thường được thực hiện với lông mày ở vị trí bình thường và cao.

Trong trường hợp tổn thương do chấn thương hoặc chấn thương phẫu thuật do cắt bỏ khối u, kích thích và vị trí của ổ khuyết được ghi lại, cũng như bất kỳ sự liên quan nào của các cấu trúc liên quan, chẳng hạn như gân cơ nâng mi, dây chằng đuôi mắt hoặc hệ thống ống tuyến lệ. Tình trạng thị giác của mắt đối diện và tình trạng của các mô lân cận, bao gồm sự lỏng lẻo hoặc sự hiện diện của bất kỳ quá trình bệnh lý nào phải được lưu ý vì những điều này có thể ảnh hưởng đến việc lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật.

Trong tất cả các trường hợp tái tạo mí mắt, việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật thích hợp là rất quan trọng để điều trị thành công. Nhiều căn nguyên có thể là nguyên nhân gây ra bất kỳ rối loạn giải phẫu nào và mỗi căn nguyên có thể yêu cầu một phương pháp điều trị khác nhau. Trong một số trường hợp, quản lý y tế có thể thích hợp hơn can thiệp phẫu thuật. Do đó, trong các phần dưới đây, chúng tôi thảo luận về các nguyên nhân cụ thể của từng tình trạng và cố gắng đưa ra một số lý do để xác định chiến lược phù hợp nhất. Khi thích hợp cho từng rối loạn, cần thảo luận thêm về đánh giá trước phẫu thuật và các xét nghiệm chẩn đoán cụ thể. ▼

A Phương Pháp Vô Cảm

1 Gây mê trong phẫu thuật tạo hình mắt

Các nguyên tắc chung của gây mê áp dụng trong các phẫu thuật tạo hình mắt như trong bất kỳ phẫu thuật nào khác. Đánh giá trước phẫu thuật, bao gồm cả bệnh sử chi tiết và danh sách thuốc hiện tại là bắt buộc để xác định rủi ro ở bệnh nhân. Bệnh nhân cao huyết áp, tiểu đường và các bệnh toàn thân khác nên được kiểm soát đầy đủ trước bất kỳ thủ thuật nào. Tuổi của bệnh nhân, mức độ sợ hãi và khả năng hợp tác, bản chất và dự tính thời gian của quy trình phẫu thuật sẽ ảnh hưởng đến loại gây mê được chọn. Đối với tất cả các trường hợp được theo dõi tại chỗ và gây mê toàn thân, bác sĩ gây mê nên tham gia đầy đủ vào quá trình đánh giá trước phẫu thuật và chăm sóc trong phẫu thuật cho bệnh nhân.

Ca phẫu thuật thành công không chỉ phụ thuộc vào kỹ năng và kỹ thuật phẫu thuật mà còn phụ thuộc vào sự thoải mái và hợp tác của bệnh nhân và giảm thiểu chảy máu trong và sau phẫu thuật. Điều này đặc biệt quan trọng trong phẫu thuật về mắt, nơi phần lớn các thủ thuật được thực hiện dưới gây tê cục bộ với chăm sóc theo dõi của bác sĩ gây mê. Dùng thuốc tiền mê trước cho cả gây mê cục bộ và toàn thân sẽ giúp bệnh nhân thư giãn và giảm bớt lo lắng không thể tránh khỏi. Điều này thường được quản lý bởi bác sĩ gây mê trong tất cả các trường hợp chung và tại chỗ được thực hiện trong bệnh viện hoặc cơ sở phẫu thuật. Một số quy trình có thể sử dụng thuốc an thần nhẹ như 5 hoặc 10 mg valium qua đường uống 60 phút trước khi phẫu thuật nếu muốn.

Bôi tê tại chỗ có thể giảm thiểu cảm giác khó chịu khi tiêm tại chỗ các chất gây tê. EMLA (lidocain 2,5% và prilocaine 2,5%) bôi 30 đến 60 phút trước khi làm thủ thuật hoặc chườm đá trong 10 phút có thể giảm đau khi tiêm kim tại chỗ.

Gây mê toàn thân là cần thiết cho trẻ nhỏ và ưu tiên cho người trưởng thành trải qua các thủ thuật kéo dài hoặc phẫu thuật mắt chuyên sâu hơn. Nó cũng hữu ích khi phẫu thuật trên nhiều vị trí, như với lấy niêm mạc miệng hoặc ghép da lớn. Mặc dù một số thủ thuật như gây tê có thể dễ dàng thực hiện với thuốc gây tê cục bộ hoặc khu vực, nhưng chấn thương tinh thần do mất một mắt thường khiến gây mê toàn thân được ưu tiên hơn trong hầu hết các trường hợp. Việc lựa chọn bất kỳ phương pháp gây mê nào thường do bác sĩ gây mê quyết định. Điều này sẽ được xác định bởi tuổi của bệnh nhân, điều kiện y tế chung và tiền sử gây mê trước đó. Bác sĩ gây mê nên để duy trì huyết áp toàn thân trong phạm vi bình thường đến bình thường thấp trong khi phẫu thuật. Đối với các phẫu thuật mở rộng rãi hoặc đối với các thủ thuật ở mắt, huyết áp trong khoảng huyết áp thấp có thể có lợi, đặc biệt khi kiểm soát các tổn thương mạch máu. Tuy nhiên, nhiều thủ thuật truyền thống được thực hiện dưới gây

mê toàn thân có thể được thực hiện tương tự với gây tê vùng hoặc phong bế thần kinh khu vực. Bao gồm mở thông túi lệ với ngách mũi. Phẫu thuật vùng trước mắt, đặt mô cấy ghép phụ ổ mắt và hầu hết các ca tái tạo mí mắt.

Một lượng nhỏ thuốc gây tê tại chỗ pha cùng epinephrine được tiêm vào vị trí phẫu thuật sẽ tạo điều kiện cầm máu và làm cho cuộc phẫu thuật dễ dàng hơn đáng kể. Điều này được khuyến nghị chung cho các trường hợp. Thuốc gây tê tại chỗ hoặc sau nhãn cầu pha với epinephrine được dùng từ 5 đến 10 phút trước khi phẫu thuật. Với các phẫu thuật ở mắt, chẳng hạn như Lấy bỏ nhãn cầu, điều này sẽ cho phép bóc tách gần như không chảy máu và sẽ làm giảm nguy cơ nhịp tim chậm do phế vị gây ra khi kéo các cơ ở hốc mắt. Chúng tôi tránh sử dụng epinephrine trên các trường hợp khác để có thể theo dõi phản xạ đồng tử trong trường hợp này.

Các chất gây tê cục bộ và khu vực hoạt động bằng cách ngăn chặn sự dẫn truyền natri và ức chế sự kích thích màng trong các dây thần kinh ngoại vi. Riêng đối với cocaine, chất này gây giãn mạch và do đó thường được pha với epinephrine với nồng độ 1: 100.000 hoặc ít hơn để cầm máu tại chỗ. Bác sĩ phẫu thuật phải nắm được các tác dụng toàn thân tiềm ẩn và liều lượng độc hại của thuốc gây tê tại chỗ, đặc biệt là trong các phẫu thuật tạo hình lớn phải sử dụng một lượng thuốc lớn. Độc tính thường biểu hiện bằng rối loạn chức năng tim và ức chế thần kinh vỏ não với kích thích hệ thần kinh trung ương. Bệnh nhân có thể bị ngất và trở nên kích động, bất hợp tác. Các cơn co giật khu trú tại chỗ có thể xảy ra sau. Ở mức độ độc hại cao hơn, sự suy giảm của các trung tâm thần kinh thực vật có thể dẫn đến ngừng thở và hạ huyết áp cần hỗ trợ tim phổi. Liều tối đa an toàn cho lần tiêm lidocain 2% ban đầu là khoảng 15 mL (4 mg / kg). Khi có epinephrine, có thể tăng lên 20 mL. Nếu cần thêm thuốc mê trong trường hợp này, không nên tiêm quá 5 đến 10 mL/h. Đối với 1% lidocain, các giá trị này có thể tăng gấp đôi. Phản ứng dị ứng với các thuốc gây tê tại chỗ rất hiếm và biểu hiện là phát ban, nổi mề đay, phù nề, khó thở, nhịp tim nhanh và hạ huyết áp. Trong hầu hết các trường hợp, chúng được xử lý bằng corticosteroid và thuốc kháng histamine.

Epinephrine thường được thêm vào thuốc gây tê cục bộ vì đặc tính co mạch của nó. Điều này không chỉ giúp cầm máu mà còn giúp làm chậm sự hấp thu của thuốc tê, do đó kéo dài thời gian tác dụng của thuốc. Độ pha loãng điển hình trong hầu hết các chất gây mê là 1: 100.000 đến 1: 200.000. Điều này có thể liên quan đến các biến chứng toàn thân tiềm ẩn bao gồm sợ hãi, run, nhịp tim nhanh và ngoại tâm thu có thể là di chứng. Tăng huyết áp có thể dẫn đến chảy máu nhiều. Nên hạn chế hoặc bỏ qua việc sử dụng epinephrine ở những bệnh nhân bị tăng huyết áp đáng kể hoặc có tiền sử rối loạn nhịp tim. Pha loãng đến 1: 400.000 sẽ làm giảm các biến chứng toàn thân mà không làm giảm đáng kể tác dụng cầm máu tại chỗ.