

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO

BỘ Y TẾ

TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI



HOÀNG THỊ PHƯƠNG LAN

**NGHIÊN CỨU HÌNH THÁI NHÂN TRẮC
VÀ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NẾP MI TRÊN
Ở NỮ NGƯỜI VIỆT TRƯỞNG THÀNH**

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

HÀ NỘI - 2022

**BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI**

BỘ Y TẾ



HOÀNG THỊ PHƯƠNG LAN

**NGHIÊN CỨU HÌNH THÁI NHÂN TRẮC
VÀ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NẾP MI TRÊN
Ở NỮ NGƯỜI VIỆT TRƯỞNG THÀNH**

Chuyên ngành: Chấn thương chỉnh hình và tạo hình

Mã số: 9720104

LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Người hướng dẫn khoa học:

PGS.TS. Nguyễn Bắc Hùng

HÀ NỘI – 2022

LỜI CẢM ƠN

Hoàn thành luận án và đạt được thành quả như ngày hôm nay, tôi xin gửi lời cảm ơn chân thành tới: Ban giám hiệu, phòng Đào tạo Sau đại học - Trường Đại học Y Hà Nội và Trường Đại học Y Dược Hải Phòng; Ban giám đốc, tập thể y, bác sỹ và nhân viên khoa Phẫu thuật Tạo hình - Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn và khoa Phẫu thuật Tạo hình - Bệnh viện đa khoa Đức Giang đã luôn tận tình giúp đỡ, tạo điều kiện cho tôi học tập.

Tôi xin được bày tỏ lòng biết ơn sâu sắc tới các thầy cô bộ môn Phẫu thuật Tạo hình trường Đại học Y Hà Nội và các thầy cô kiêm nhiệm tại khoa phẫu thuật tạo hình các bệnh viện đã giúp đỡ và dạy dỗ tôi trong suốt quá trình học tập.

Đặc biệt, tôi xin bày tỏ sự kính trọng và lòng biết ơn sâu sắc tới thầy: **PGS.TS. Nguyễn Bắc Hùng** đã rất tận tình, ân cần trao dồi cho tôi những kiến thức chuyên môn, những kinh nghiệm lâm sàng quý báu và hướng dẫn tôi từng bước hoàn thành luận văn này. **GS.TS. Trần Thiết Sơn** người thầy đã cho tôi nhiều kiến thức chuyên môn, tạo điều kiện thuận lợi cho tôi trong quá trình thực hành lâm sàng tại khoa phẫu thuật tạo hình BV Đa khoa Xanh Pôn và đóng góp nhiều ý kiến quý báu cho tôi trong quá trình thực hiện đề tài. **TS. Phạm Thị Việt Dung** người thầy trưởng bộ môn phẫu thuật tạo hình đã tạo điều kiện, giúp đỡ tôi trong quá trình học tập, nghiên cứu.

Tôi xin chân thành cảm ơn các thầy, cô trong hội đồng đã cho tôi những nhận xét vô cùng xác đáng để giúp tôi hoàn thiện bản luận án này, tạo điều kiện cho tôi được báo cáo luận án ngày hôm nay, cũng như cho tôi những hiểu biết quý báu trên bước đường học tập nghiên cứu sau này.

Tôi xin chân thành cảm ơn toàn thể các bác sỹ nội trú, cao học, nghiên cứu sinh phẫu thuật tạo hình, các bạn bè, đồng nghiệp đã luôn ở bên tôi, đồng viên, chia sẻ và giúp đỡ tôi trong suốt quá trình học tập.

Được trưởng thành như ngày hôm nay, con xin bày tỏ lòng biết ơn và tình yêu thương vô hạn đến bố mẹ, người đã sinh thành, dưỡng dục và nuôi dạy con nên người. Bố mẹ luôn đồng viên con trên con đường học vấn, nghiên cứu khoa học. Con xin cảm ơn ông bà, các bác, các anh chị em và hai con của con đã luôn đồng viên và là chỗ dựa tinh thần vững chắc cho con trong quá trình học tập.

Xin trân trọng cảm ơn!

Hà Nội, ngày tháng năm 2022.

Học viên

Hoàng Thị Phương Lan

LỜI CAM ĐOAN

Tôi là **Hoàng Thị Phương Lan**, nghiên cứu sinh khóa 35, Trường Đại học Y Hà Nội, chuyên ngành Chấn thương chỉnh hình và tạo hình, xin cam đoan:

1. Đây là luận án do bản thân tôi trực tiếp thực hiện dưới sự hướng dẫn của Thầy **PGS.TS. Nguyễn Bắc Hùng**.

2. Công trình này không trùng lặp với bất kỳ nghiên cứu nào khác đã được công bố tại Việt Nam.

3. Các số liệu và thông tin trong nghiên cứu là hoàn toàn chính xác, trung thực và khách quan, đã được xác nhận và chấp thuận của cơ sở nơi nghiên cứu.

Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về những cam kết này.

Hà Nội, ngày tháng năm 2022.

Người viết cam đoan

Hoàng Thị Phương Lan

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

BN	: Bệnh nhân
C	: Curvature (Độ cong bờ mi)
CSM	: Chỉ số mắt
Epicanthus	: Nếp quạt góc mắt trong, Nếp quạt (Epicanthus)
ICD	: Intercanthal distance (Khoảng cách hai góc mắt trong)
LF	: Levator function (Biên độ vận động mi mắt)
Mắt P	: Mắt phải
Mắt T	: Mắt trái
MRD1	: Margin to reflex distance (Khoảng cách ánh phản xạ giác mạc – bờ tự do mi trên)
NCNT	: Nghiên cứu nhân trắc
OCD	: Outercanthal distance (Khoảng cách hai góc mắt ngoài)
PFH	: Palpebral fissure height (Chiều cao khe mi)
PFI	: Palpebral fissure inclination (Độ chéch khe mi)
PFW	: Palpebral fissure width (Chiều rộng khe mi)
PT	: Phẫu thuật
PTTH	: Phẫu thuật tạo hình
TB	: Trung bình

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN.....	3
1.1. Đặc điểm giải phẫu và sinh lý vận động mi trên	3
1.1.1. Hình thể ngoài mi mắt.....	3
1.1.2. Cấu tạo mi trên và các thành phần liên quan	4
1.1.3. Sinh lý vận động mi trên	12
1.2. Những nghiên cứu về hình thái nhân trắc mắt.....	13
1.2.1. Những nghiên cứu về hình thái nhân trắc mắt trên thế giới	13
1.2.2. Những nghiên cứu hình thái nhân trắc mắt ở Việt Nam.....	21
1.3. Các phương pháp tạo hình nếp mi trên	23
1.3.1. Thủ thuật khâu tạo hình nếp mi trên	23
1.3.2. Phẫu thuật tạo hình nếp mi trên	25
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	36
2.1. Nghiên cứu hình thái nhân trắc mắt	36
2.1.1. Đối tượng nghiên cứu	36
2.1.2. Phương pháp nghiên cứu	36
2.2. Nghiên cứu lâm sàng	48
2.2.1. Đối tượng nghiên cứu	48
2.2.2. Phương pháp nghiên cứu	48
Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.....	61
3.1. Kết quả nghiên cứu hình thái nhân trắc mắt	61
3.1.1. Đặc điểm hình thái mắt ở nhóm nghiên cứu nhân trắc	61
3.1.2. Đặc điểm nhân trắc mắt ở nhóm nghiên cứu nhân trắc	66
3.2. Kết quả nghiên cứu lâm sàng	78
3.2.1. Đặc điểm lâm sàng ở nhóm bệnh nhân trước phẫu thuật	78

3.2.2. Đặc điểm kỹ thuật tạo hình nếp mi trên.....	83
3.2.3. Kết quả phẫu thuật tạo hình nếp mi trên.....	88
Chương 4: BÀN LUẬN.....	96
4.1. Nghiên cứu hình thái và chỉ số nhân trắc mắt ở một nhóm nữ người Việt trưởng thành	96
4.1.1. Về đặc điểm mẫu nghiên cứu.....	96
4.1.2. Về đặc điểm hình thái mắt và các giá trị ứng dụng	96
4.1.3. Về đặc điểm nhân trắc mắt và giá trị ứng dụng.....	100
4.2. Nghiên cứu phẫu thuật tạo hình nếp mi trên ở nữ người Việt trưởng thành.....	111
4.2.1. Đặc điểm lâm sàng ở nhóm bệnh nhân.....	111
4.2.2. Đặc điểm kỹ thuật tạo hình nếp mi trên.....	114
4.2.3. Kết quả phẫu thuật tạo hình nếp mi trên.....	123
4.3. Hạn chế của nghiên cứu.....	126
KẾT LUẬN.....	127
DANH MỤC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC ĐÃ CÔNG BỐ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN	
TÀI LIỆU THAM KHẢO	
HÌNH ẢNH MINH HỌA	
PHỤ LỤC	

DANH MỤC CÁC BẢNG

Bảng 2.1.	Cách đánh giá biến số và chỉ số nghiên cứu hình thái nhân trắc	46
Bảng 2.2.	Cách đánh giá biến số và chỉ số nghiên cứu lâm sàng	57
Bảng 3.1.	Phân loại kiểu hình mắt hai mí	63
Bảng 3.2.	Phân loại hình thái nếp quạt (Epicanthus)	65
Bảng 3.3.	Các kích thước góc mắt ở nhóm NCNT	66
Bảng 3.4.	Các kích thước khe mi ở nhóm NCNT	66
Bảng 3.5.	Chiều cao mi trên ở nhóm NCNT	68
Bảng 3.6.	Chiều cao nếp mi trên ở nhóm NCNT	68
Bảng 3.7.	Các chỉ số mắt ở nhóm NCNT	69
Bảng 3.8.	Thang phân loại chỉ số mắt 1	70
Bảng 3.9.	Thang phân loại chỉ số mắt 2	71
Bảng 3.10.	Thang phân loại chỉ số mắt 3	73
Bảng 3.11.	Thang phân loại chỉ số mắt 4	73
Bảng 3.12.	Thang phân loại chỉ số mắt 5	74
Bảng 3.13.	Hình thái mi trên ở nhóm BN trước phẫu thuật	78
Bảng 3.14.	Tần suất thừa da, mỡ mi trên ở nhóm BN trước phẫu thuật	80
Bảng 3.15.	Mức độ thừa da mi trên ở nhóm BN	81
Bảng 3.16.	Các kích thước mắt ở nhóm BN trước phẫu thuật	82
Bảng 3.17.	Kết hợp thủ thuật trong phẫu thuật tạo hình nếp mi trên	85
Bảng 3.18.	Một số biến chứng của phẫu thuật tạo hình nếp mi trên	86
Bảng 3.19.	Sự thay đổi kích thước góc mắt trước và sau phẫu thuật	89
Bảng 3.20.	Sự thay đổi kích thước khe mi trước và sau phẫu thuật	89
Bảng 3.21.	Sự thay đổi chiều cao mi trên trước và sau phẫu thuật	90
Bảng 3.22.	Sự thay đổi chiều cao nếp mi trên trước và sau phẫu thuật	90
Bảng 3.23.	Mức độ phù hợp của chiều cao nếp mi trên sau phẫu thuật	92

Bảng 3.24.	Mức độ liên sọ mi trên sau phẫu thuật.....	93
Bảng 3.25.	Mức độ hài lòng của BN sau phẫu thuật theo mắt phải trái	94
Bảng 3.26.	Đánh giá kết quả gần	95
Bảng 3.27.	Đánh giá kết quả xa	95
Bảng 4.1.	So sánh kết quả một số kích thước góc mắt	101
Bảng 4.2.	So sánh kết quả một số kích thước khe mi	102
Bảng 4.3.	So sánh kết quả độ chếch khe mi.....	104
Bảng 4.4.	So sánh kết quả chiều cao mi trên	106
Bảng 4.5.	So sánh kết quả các chỉ số mắt.	108

DANH MỤC CÁC BIỂU ĐỒ

Biểu đồ 3.1.	Hình thái mi trên ở nhóm NCNT.....	61
Biểu đồ 3.2.	Hình thái mi trên phân bố theo mắt phải trái.....	62
Biểu đồ 3.3.	Tần suất nếp quạt (Epicanthus) ở nhóm NCNT	64
Biểu đồ 3.4.	Tương quan giữa chiều cao đường nếp mi và chiều cao mi trên nhắm mắt	70
Biểu đồ 3.5.	Phân bố theo tuổi ở nhóm BN	78
Biểu đồ 3.6.	Đôi chiếu hình thái mi trên ở nhóm BN và nhóm NCNT	79
Biểu đồ 3.7.	Tần suất nếp quạt (Epicanthus) ở nhóm BN.....	80
Biểu đồ 3.8.	Phân bố các phương pháp phẫu thuật tạo hình nếp mi trên..	83
Biểu đồ 3.9.	Các thủ thuật hỗ trợ trong PTTH nếp mi trên.....	84
Biểu đồ 3.10.	Sự thay đổi hình thái mi trên sau phẫu thuật	88
Biểu đồ 3.11.	Sự cân đối nếp mi trên sau phẫu thuật.....	92
Biểu đồ 3.12.	Mức độ hài lòng của bệnh nhân.....	93

DANH MỤC CÁC HÌNH

Hình 1.1.	Hình thể ngoài mi mắt	3
Hình 1.2.	Giải phẫu cơ vòng mi	5
Hình 1.3.	Cấu trúc giải phẫu cân vách hốc mắt	7
Hình 1.4.	Các túi mỡ ổ mắt	8
Hình 1.5.	Hệ thống dây chằng vòng mi	9
Hình 1.6.	Động mạch nuôi dưỡng mi mắt	10
Hình 1.7.	Tĩnh mạch nuôi dưỡng vùng mi mắt	11
Hình 1.8.	Cấu trúc giải phẫu mi trên	14
Hình 1.9.	Các hình thái nếp mi trên ở người châu Á.....	16
Hình 1.10.	Độ phòng mi trên ở mắt hai mí và mắt một mí	17
Hình 1.11.	Chiều cao đường nếp mi và chiều cao nếp mi trên	17
Hình.1.12.	Những kiểu hình mắt hai mí ở người châu Á.....	18
Hình 1.13.	Phân loại nếp quạt (Epicanthus)	20
Hình 1.14.	Thủ thuật khâu chỉ vùi mũi rời của Oh	24
Hình 1.15.	Thủ thuật khâu chỉ vùi mũi vát của Maruo	24
Hình 1.16.	Phẫu thuật cắt mí đường mổ ngắn của Kim	30
Hình 1.17.	Phương pháp cắt mí toàn bộ của Scawn.....	33
Hình 2.1.	Phân loại hình thái mi trên.....	38
Hình 2.2.	Phân loại hình thái nếp quạt (Epicanthus).....	40
Hình 2.3.	Các mốc và khoảng cách cần đo ở mắt.....	41
Hình 2.4.	Các mốc và khoảng cách cần đo ở mi trên.....	43
Hình 2.5.	Phẫu thuật tạo hình nếp mi trên	53
Hình 2.6.	Sơ đồ nghiên cứu	60
Hình 3.1.	Hình thái mi trên ở nhóm NCNT.....	62
Hình 3.2.	Kiểu hình mắt hai mí	64

Hình 3.3.	Hình thái nếp quạt (Epicanthus)	65
Hình 3.4.	Độ chệch khe mi	67
Hình 3.5.	Mắt hai mí có các chỉ số mắt trong giới hạn bình thường.....	69
Hình 3.6.	Thang phân loại chỉ số mắt 1	71
Hình 3.7.	Thang phân loại chỉ số mắt 2.....	72
Hình 3.8.	Thang phân loại chỉ số mắt 4.....	74
Hình 3.9.	Thang phân loại chỉ số mắt 5.....	75
Hình 3.10.	Đôi mắt hai mí điển hình ở nhóm NCNT	76
Hình 3.11.	Đôi mắt hai mí hài hòa ở nhóm NCNT	77
Hình 3.12.	Lớp mỡ dưới cơ vòng mi.	81
Hình 3.13.	BN được PTTH nếp mi trên 1 đường rạch	83
Hình 3.14.	BN được PTTH nếp mi trên 2 đường rạch	84
Hình 3.15.	PTTH nếp mi trên 2 đường rạch kết hợp lấy mỡ vùng mi trên	86
Hình 3.16.	Chảy máu, tụ máu sau phẫu thuật.....	87
Hình 3.17.	Thay đổi kích thước mắt sau phẫu thuật.....	91
Hình 3.18.	Chức năng mi mắt bình thường sau phẫu thuật.....	91
Hình 3.19.	Bệnh nhân hài lòng sau phẫu thuật 6 tháng.....	94

ĐẶT VẤN ĐỀ

Mi mắt là bộ phận thuộc cơ quan thị giác. Ngoài tầm quan trọng về chức năng thì hình thái mi mắt, đặc biệt nếp gấp da mi trên là một yếu tố để đánh giá khuôn mặt có hài hòa, cuốn hút hay không. Theo quan điểm của người Á Đông, đôi mắt to tròn hai mí được liên tưởng tới cái đẹp, sự trẻ trung ... Do đó, đôi mắt hai mí rõ ràng, cân đối được cho là đẹp hơn so mắt một mí, mí ẩn cũng như mí có nhiều nếp nhăn không rõ ràng...

Tuy nhiên, ở người châu Á tỷ lệ người có mắt hai mí không nhiều. Theo Brian (2003) ¹ chỉ có khoảng 50% người châu Á có nếp gấp da mi trên (eyelid crease) còn được gọi là nếp mi trên, nếp mí. Nếp mí đó có thể là nếp mí đôi hoàn chỉnh hoặc mí ẩn, mí không liên tục, hoặc nhiều nếp mí... Đặc trưng cơ bản nhất mắt người châu Á là tỷ lệ mắt một mí, “mắt xếch” kèm nếp quạt góc mắt trong (Epicanthus) khá cao.

Chính vì vậy, có một tỷ lệ những người châu Á, chủ yếu là phụ nữ, có mắt một mí, mí không hoàn chỉnh hoặc nếp mí nhỏ, không cân đối... có nhu cầu tạo mắt hai mí với nếp mi trên rõ ràng, hình dáng và kích thước hoàn thiện hơn. Nhiều chuyên gia phẫu thuật tạo hình và phẫu thuật nhãn khoa như Chen (2006) ², McCurdy (2005) ³, Scawn (2010) ⁴... đều cho rằng phẫu thuật tạo hình mắt hai mí là một trong những phẫu thuật thường gặp nhất ở phụ nữ châu Á...

Trên thế giới, các chuyên gia đã nghiên cứu tạo hình nếp mi trên cho người châu Á ^{5,6}. Tuy nhiên, khi so sánh giữa đôi mắt ở người châu Âu và người châu Á, người ta thấy có những khác biệt lớn. Nếu sử dụng các kích thước, hình dáng mí mắt ở người châu Âu trong việc tạo hình nếp mí ở người châu Á dường như không phù hợp ^{7,8}. Để tạo được đôi mắt hai mí phù hợp với người châu Á, nhiều chuyên gia đã nghiên cứu những đặc điểm về giải phẫu, hình thái và nhân trắc mắt cũng như các phương pháp tạo hình mi trên ở người châu Á.

Ở Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về giải phẫu, hình thái nhân trắc vùng mắt như nghiên cứu Nguyễn Huy Thọ, Lê Gia Vinh (1994)⁹ Trần Thiết Sơn (1994)¹⁰ Vũ Văn Khoa, Nguyễn Bắc Hùng (2000)¹¹ Trần Thị Bích Hạnh (2003)¹²... Chưa có nghiên cứu chi tiết về hình thái nhân trắc nếp mi trên ở nữ người Việt. Đã có các nghiên cứu về tạo hình mi trên trong các bệnh lý như u vùng mi, sụp mi, hở mi, vết thương vùng mi... như nghiên cứu của Phạm Trọng Văn (1990)¹³ Vũ Ngọc Lâm (2015)¹⁴ Nguyễn Huy Thọ (2004)¹⁵ Đào Chí Kiên (2003)¹⁶... Riêng về phẫu thuật tạo hình nếp mi trên, tuy đã được áp dụng ở nước ta từ nhiều thập kỷ, nhưng chủ yếu dựa trên hình thái nhân trắc của phụ nữ châu Âu hoặc châu Á nói chung. Việc hiểu rõ các đặc điểm mi mắt của phụ nữ Việt Nam, xác định chính xác kỹ thuật tạo hình nếp mi trên có thể vừa giữ được các nét đặc trưng dân tộc vừa tạo được nếp mí đẹp tự nhiên, đạt hiệu quả về thẩm mỹ và tâm lý cho phụ nữ.

Từ thực tiễn lâm sàng, nhu cầu thực tế, mong muốn tìm hiểu hình thái nhân trắc và phương pháp phẫu thuật tạo hình nếp mi trên ở nữ người Việt, chúng tôi thực hiện đề tài: **“Nghiên cứu hình thái nhân trắc và phẫu thuật tạo hình nếp mi trên ở nữ người Việt trưởng thành”** với hai mục tiêu chính như sau:

1. Mô tả hình thái, xác định kích thước và chỉ số nhân trắc mắt ở một nhóm nữ người Việt trưởng thành.

2. Đánh giá kết quả tạo hình nếp mi trên ở nữ người Việt trưởng thành.

Chương 1

TỔNG QUAN

1.1. Đặc điểm giải phẫu và sinh lý vận động mi trên

1.1.1. Hình thể ngoài mi mắt

Mỗi mắt có hai mi mắt: Mi trên và mi dưới cách nhau bởi khe mi ¹⁷. Giải phẫu đại thể mi mắt bao gồm những đặc điểm sau:

- Mặt trước: Giới hạn trên là dọc bờ dưới cung mày (gần tương ứng với bờ trước trần ổ mắt), giới hạn dưới là bờ tự do mi trên.



Hình 1.1. Hình thể ngoài mi mắt ¹⁸

1. Móng mắt. 2. Cung mạc 3. Góc mắt trong 4. Góc mắt ngoài 5a. mi dưới.

5b. bờ tự do mi dưới. 6a. Mi trên. 6b. Bờ tự do mi trên. 7. nếp mi trên.

8a. Đầu cung mày. 8b. Điểm giữa cung mày. 8c. Đuôi cung mày.

- Mặt sau: Có kết mạc mi che phủ, màu hồng, trơn bóng. Khi nhắm mắt hay mở mắt thì kết mạc mi luôn áp sát vào nhãn cầu.

- Bờ tự do mi mắt: Mi mắt có hai bờ tự do, bờ mi trên và bờ mi dưới. Khi nhắm mắt hai bờ mi áp sát và khép kín tạo thành một đường cong quay lên trên và ra sau. khi mở mắt hai bờ tự do cách xa nhau tạo thành khe mi nằm ngang.

- Lỗ lệ: Có hai lỗ lệ nằm trên bờ tự do của hai mi cách góc mắt trong khoảng 6 mm, lỗ có hình bầu dục kích thước khoảng 1/4 mm, quanh lỗ lệ có một vùng vô mạch màu trắng hơi gồ cao hơn bờ mi gọi là điểm lệ.

- **Lông mi:** Lông mi được xếp thành 2- 3 hàng trên bờ tự do mi ngay trước đường xám. Lông mi có vai trò quan trọng về mặt thẩm mỹ và bảo vệ mắt, cho nên bảo tồn tối đa số lượng và hình thể ngoài khi can thiệp phẫu thuật.

- **Khe mi:** Khe mi có hình e-lip, hơi nằm ngang, không đều. Ở bờ mi trên hơi cong hơn ở 1/3 giữa. Với sự hỗ trợ của cơ trán, khe mi có thể mở rộng thêm 2-3 mm¹⁹.

- **Góc mắt:** Góc mắt là vùng nối giữa mi trên và mi dưới, có hai góc mắt:

Góc mắt ngoài nhọn. Góc mắt trong tròn và rộng Túi kết mạc phía dưới sâu hơn ở vùng điểm lệ tạo thành hồ lệ nhận nước mắt và đổ vào điểm lệ và lệ đạo.

- **Cục lệ:** Là một khối hình bầu dục màu hồng, bề mặt gồ ghề không đều, cục lệ có những tuyến bã nhờn và tuyến lệ phụ²⁰.

1.1.2. Cấu tạo mi trên và các thành phần liên quan

Mi trên bao gồm nhiều lớp tổ chức khác nhau tùy theo cách phân chia của từng tác giả và được mô tả như sau:

1.1.2.1. Da mi

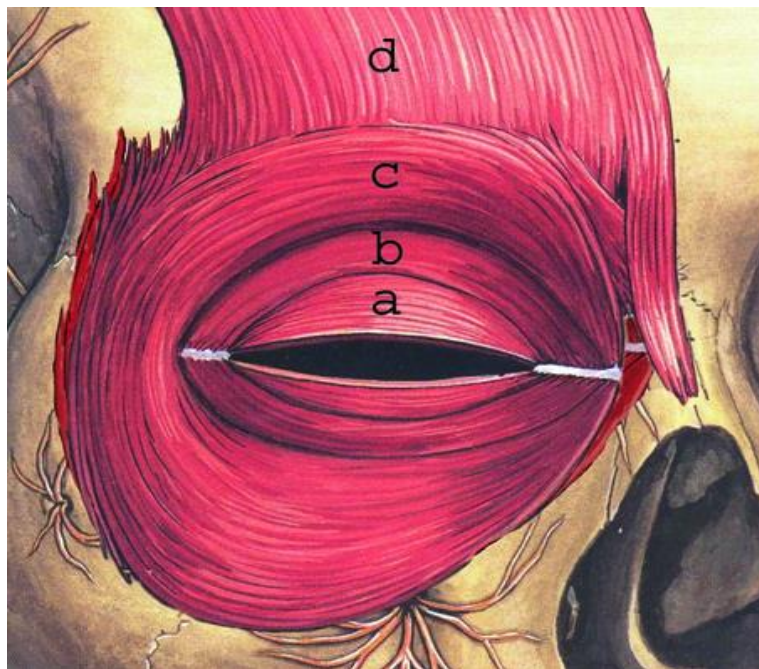
Da mi trên là phần da mỏng nhất trong cơ thể. Phần mỏng nhất phần tiếp giáp với bờ tự do mi chỉ khoảng 0.3 mm và tăng dần lên đến bờ dưới cung mày, độ dày da ở khu vực phía trên sụn là khoảng 0,8 mm, dưới lông mày là khoảng 1 - 1,3 mm²¹. Da mi dễ di động, có mạng lưới mạch máu phong phú. Da mi có lông ngắn, tuyến bã, tuyến mồ hôi, bám dính lỏng lẻo vào cơ vòng mi ở phía dưới. Ở người cao tuổi, các sợi tạo keo, sợi chun bị thoái hóa nên da mất trương lực, rủ xuồng gây biến đổi hình thể, che phủ lên nếp mi tạo nên tình trạng sa trĩ mi trên²².

Lớp mô dưới da mi là một lớp tế bào liên kết thưa và mỏng kết nối lớp cơ bên dưới và lớp trung bì. Trong lớp cơ liên kết này không chứa mỡ làm cho dễ bị đọng dịch mô bình thường và cả dịch mô bệnh lý sau chấn thương, sau phẫu thuật và viêm nhiễm dễ dàng thấm qua, lan rộng, do đó mi dễ bị sưng nề nhanh chóng khi bị những tổn thương tại chỗ và lân cận^{23,24}.

1.1.2.2. Tổ chức cơ

Mi trên có hai cơ chính là cơ vòng mi và cơ nâng mi trên. Cơ vòng mi có nhiệm vụ nhắm mắt còn cơ nâng mi có nhiệm vụ mở mắt. Ngoài ra còn 3 cơ nhỏ khác là cơ Muller, cơ Riolan và cơ Horner.

Cơ vòng mi: Bao quanh khe mi, có nhiệm vụ nhắm mắt, các thớ cơ tạo thành nhiều vòng tròn đồng tâm, tập trung thành từng bó và chia thành 3 phần: phần trước sụn, phần trước cân và phần hốc mắt.



Hình 1.2. Giải phẫu cơ vòng mi²⁵

+ Phần mi chia thành 3 nhóm: Nhóm rìa bờ mi, nhóm trước sụn mi và nhóm trước vách ngăn. Nhóm trước sụn nằm ngay trước sụn mi trên và mi dưới, làm thành một vòng khép kín từ góc trong đến góc ngoài khe mi. Nhóm trước vách ngăn bao gồm các thớ cơ vòng rộng nhất và nằm ở vị trí ngoài rìa nhất của mi mắt.

+ Phần hốc mắt của cơ vòng mi: phần ngoài cùng của cơ, trải rộng trên xương trán, phần trước hố thái dương, phần trong xương gò má và ngành lên xương hàm trên.

Cơ vòng mi co làm hẹp khe mi, nhắm mắt lại, do thần kinh số VII chi phối. Khi liệt VII, cơ vòng mi bị liệt tạo ra hiện tượng mắt nhắm không kín. Trong phẫu thuật cần tôn trọng và bảo tồn tối đa cơ vòng mi để đảm bảo chức năng và thẩm mỹ mắt.

*** Cơ nâng mi trên**

Cơ nâng mi trên có nguyên ủy từ cánh nhỏ xương bướm sát phía trên ngoài của lỗ thị giác. Ngay sát dưới là chỗ bám của cơ trực trên vào vòng Zinn trong đỉnh hốc mắt đi ra. Cấu tạo phần thân cơ trong hốc mắt là cơ vân. Cơ tỏa ra trước theo hình nan quạt, kích thước cơ tại nguyên ủy chỉ 4mm nhưng khi ra ngoài trung tâm hốc mắt rộng lên 8mm²⁶. Bao xơ quanh thân cơ nâng mi dính với bao xơ của cơ trực trên. Tổ chức xơ này chia nhánh xuống cùng đồ mi trên và bao Tenon. Chính mối liên kết này giúp mi chuyển động theo nhãn cầu khi bệnh nhân liếc mắt xuống dưới hay lên trên. Đến gần sát bờ trên hốc mắt cơ bám vào dây chằng xơ Whitnall và chuyển thành cân. Dây chằng Whitnall đóng vai trò như ròng rọc để cơ nâng mi chuyển lực vector từ hướng trước - sau thành hướng trên - dưới. Khi cơ nâng mi ở trạng thái nghỉ, dây chằng Whitnall giữ nguyên tại vị trí trong khi đó cân cơ nâng mi rút vào phía trong hốc mắt, cơ chế này giúp cho mắt nhắm kín hơn. Khi cơ nâng mi hoạt động dây chằng Whitnall cũng chuyển động lên xuống hỗ trợ mi di chuyển. Vai trò của dây chằng Whitnall rất quan trọng nên cần tôn trọng không làm tổn thương trong lúc phẫu thuật.

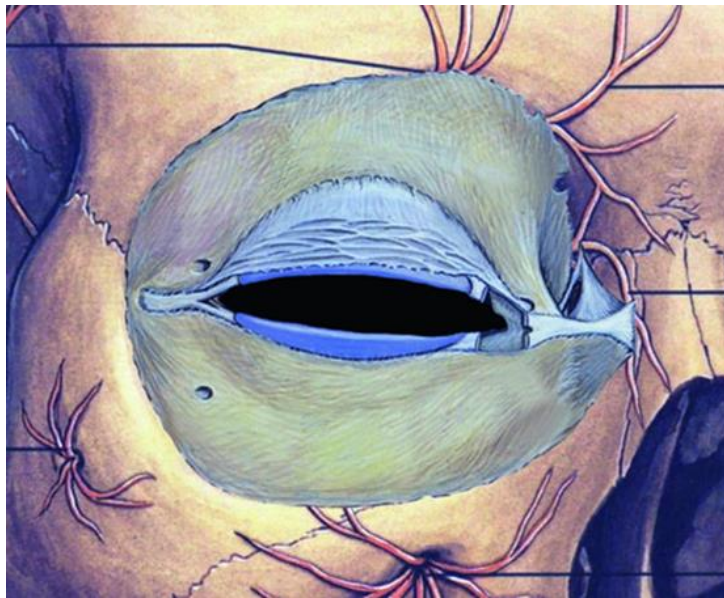
Cân cơ nâng mi rộng 18mm, dài khoảng 14 -20 mm và tiếp tục tỏa theo hình nan quạt ra phía trước, phần lớn cân bám vào cơ vòng mi, phần ít hơn bám vào 1/3 trên trước sụn mi²⁷. Cân cơ nâng mi còn cho các sợi xơ đi lên bám ngay dưới bề mặt da giúp hình thành nếp mí. Ở một số người (chủ yếu là người châu Á) không có, hoặc có rất ít các sợi cân nhỏ này nên nếp gấp mi trên rất mờ hoặc không nhìn thấy được gọi là mắt một mí. Đây là đặc điểm cần chú ý trong phẫu thuật tạo hình nếp mi trên²⁸.

***Cơ Muller:**

Cơ Muller ở mi trên có tác dụng hỗ trợ vận động mi mắt. Cơ có tác dụng nâng mi khoảng 2mm. Cơ được chi phối bởi dây thần kinh giao cảm. Cơ nằm ngay mặt sau cân cơ nâng mi bám chặt kết mạc ở phía sau, đặc biệt là ngay trên bờ sụn mi trên.

1.1.2.3. Cân vách hốc mắt

Cân vách hốc mắt là các sợi xơ mỏng được cấu tạo như màng liên kết. Phía trên cân vách hốc mắt bám vào màng xương hốc mắt, phía dưới liên tục với cân cơ nâng mi trên cách sụn mi 10 - 12 mm. Vách hốc mắt ngăn không cho mỡ hốc mắt ra trước và xuống dưới. Khi vách hốc mắt thoái hóa theo tuổi, nhất là giữa mi sẽ gây thoát vị mỡ hốc mắt.

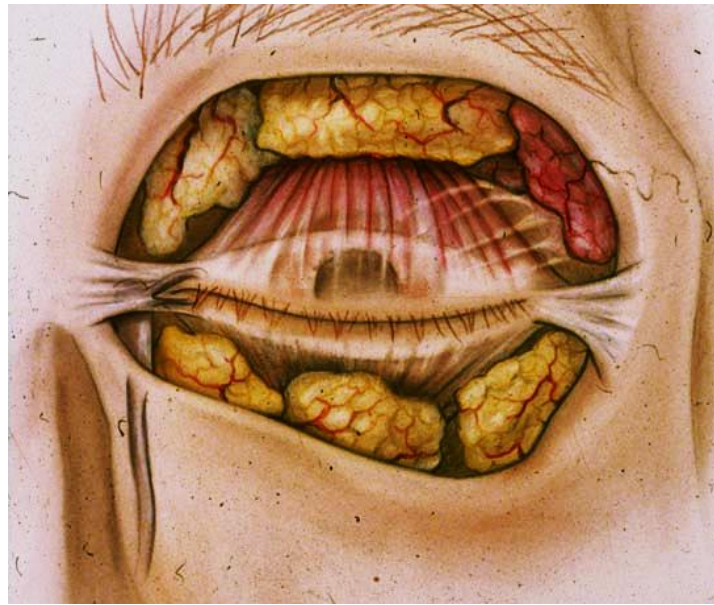


Hình 1.3. Cấu trúc giải phẫu cân vách hốc mắt²⁵

1.1.2.4. Đệm mỡ ổ mắt

Mi trên thường có hai đệm mỡ: Đệm mỡ trong (Medical fat pad) và đệm mỡ ngoài (Preaponeurotic fat pad), còn gọi là đệm mỡ trước cân. Đệm mỡ trong nhạt màu hơn và chứa nhiều mạch máu hơn do chứa nhiều xơ và nằm gần cung động mạch mi mắt. Đệm mỡ này thường thoát vị qua vách ngăn bị yếu tạo nên bọng mỡ trong. Đệm mỡ ngoài lớn hơn, có màu vàng hơn do

lượng xơ ít và ít mạch máu hơn đệm mỡ trong. Trên lâm sàng đệm mỡ ngoài nằm trực tiếp trên bề mặt của cơ nâng mi và dưới cân vách ổ mắt. Đây là mốc giải phẫu quan trọng để tìm cân cơ nâng mi trong phẫu thuật vùng mi mắt²⁹.



Hình 1.4. Các túi mỡ ổ mắt²⁵

Khi phẫu thuật vùng mi trên cần phân biệt rõ giữa tuyến lệ và đệm mỡ ổ mắt. Tuyến lệ ở phía ngoài hơn, màu hồng sẫm và chia thành các thùy tuyến, còn đệm mỡ thì có màu vàng, nhiều mạch máu và không chia thành các thùy nhỏ như tuyến lệ. Bất kỳ một tác động vào tuyến lệ có thể gây nên tình trạng khô mắt cho bệnh nhân³⁰.

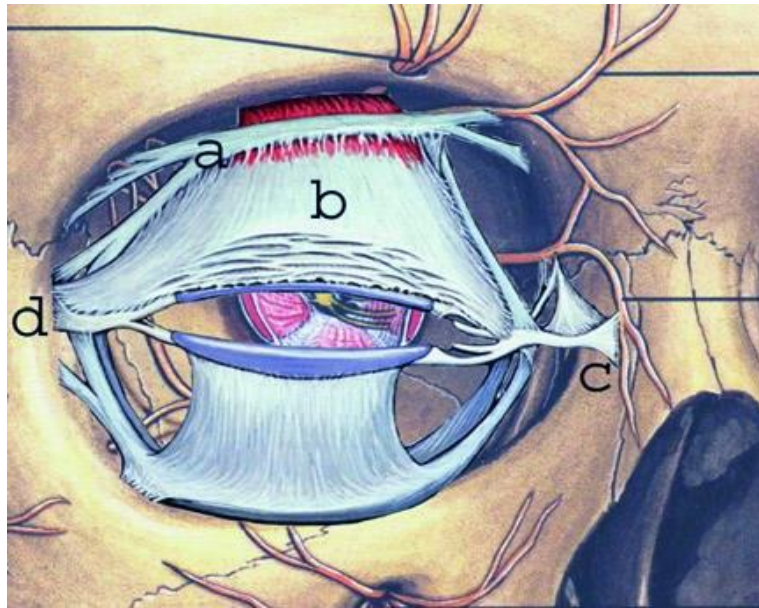
1.1.2.5. Tổ chức xơ và sụn

Tổ chức xơ và sụn tạo nên khung đỡ mi mắt. Hệ thống xơ này khá vững chắc và bao gồm nhiều bộ phận:

Sụn mi: Thực chất là tổ chức xơ đàn hồi đóng chắc lại và phân rìa tạo thành bờ tự do của mi, đóng vai trò như bộ khung của mi mắt. Mỗi mắt gồm hai sụn mi: sụn mi trên và sụn mi dưới. Sụn mi trên dài khoảng 30 mm, cao hơn 10 mm ở phần giữa, 2 góc sụn thon nhỏ, hình thành một hình bầu dục

nằm ngang, sụn mi trên hơi lõm về phía sau ôm sát mặt trước nhãn cầu. Sụn mi dưới giống hình chữ nhật, dài 30 mm, cao 3 - 4 mm, hơi lõm ở mặt sau.

Dây chằng mi: Các dây chằng mi tăng cường hoạt động cho mi mắt. gồm dây chằng mi trong và dây chằng mi ngoài.



Hình 1.5. Hệ thống dây chằng vòng mi²⁵

A. Dây chằng Whitnall. B. Cân cơ nâng mi. C. Dây chằng góc mắt trong.

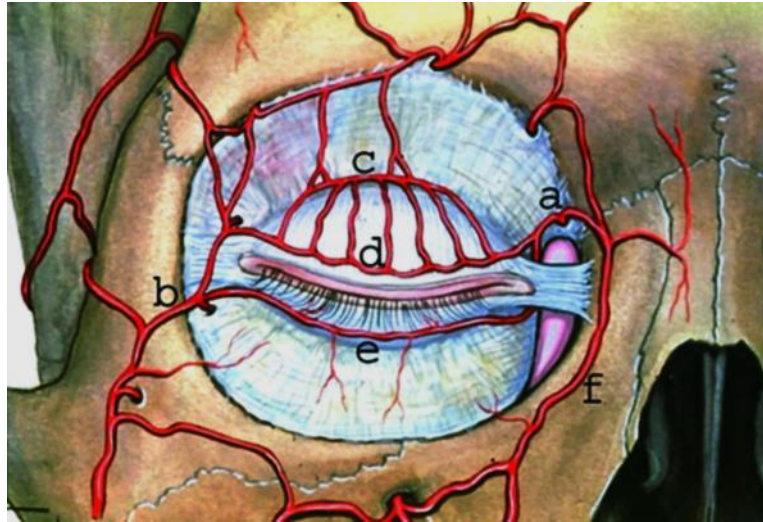
D. Dây chằng góc mắt ngoài.

1.1.2.6. Kết mạc

Kết mạc là lớp niêm mạc trong suốt nằm ở mặt sau mi. Ở mi trên, kết mạc chạy lên trên rồi quặt xuống dưới phủ trước nhãn cầu tạo thành túi cùng kết mạc mi trên. Ở mi dưới, kết mạc đi xuống dưới và quặt ngược lên trên tạo thành túi cùng kết mạc mi dưới. Kết mạc mi nối với da ở sau đường xám. Kết mạc cùng đồ lông lẹo cho phép mi và nhãn cầu có thể vận động dễ dàng.

1.1.2.7. Mạch máu và thần kinh

* **Động mạch:** Hệ thống động mạch mi mắt được tách ra từ 2 nguồn chính: Động mạch mi mắt và động mạch mặt³¹.



Hình 1.6. Động mạch nuôi dưỡng mi mắt²⁵

- a. Động mạch mi trong. b. Động mạch mi ngoài. c. Cung động mạch mi trên.
d. Cung động mạch bờ mi trên. e. Cung động mạch bờ mi dưới.
f. Động mạch góc.*

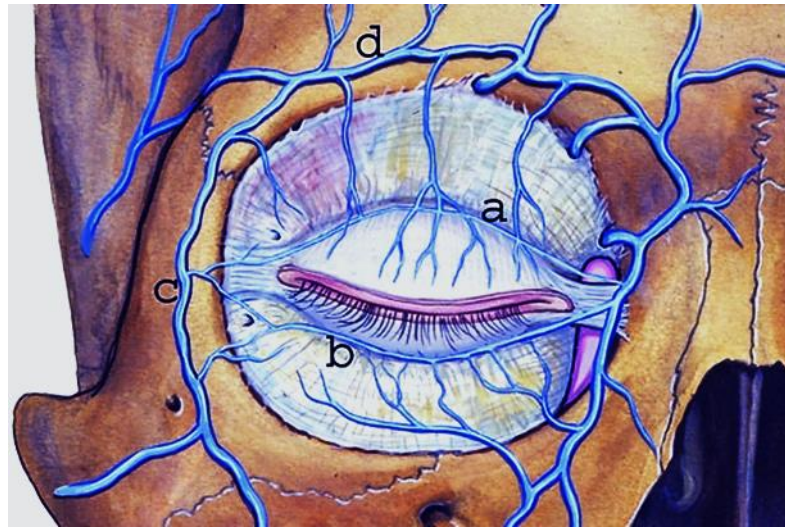
+ Nguồn từ động mạch mi mắt: Là nguồn nuôi dưỡng chính của mi mắt. Các động mạch mi được tách ra từ động mạch mắt ở vị trí tận cùng ngay dưới ròng rọc cơ chéo lớn. Các động mạch mi trên và mi dưới xuyên qua vách ngăn ổ mắt, sau đó động mạch mi trên đi ra ngoài qua phía trên dây chằng mi trong, còn động mạch mi dưới đi dưới dây chằng mi trong. Cả hai động mạch chạy dọc bờ tự do hai mi tạo thành cung động mạch trên sụn. Khi đến phía ngoài khe mi cung động mạch nối với các nhánh mi - thái dương của động mạch lệ. Cung động mạch mi có 4 nhánh đi đến mặt trước sụn mi và một phần cơ nâng mi trên.

+ Nguồn từ động mạch mặt (nhánh của động mạch cảnh ngoài): Các nhánh cuối của động mạch mặt cho các nhánh nuôi dưỡng mi dưới và nối với các nhánh của động mạch mắt bởi động mạch góc mắt trong.

* **Tĩnh mạch:** Ở mi mắt có hai mạng tĩnh mạch:

+ Mạng tĩnh mạch nông: Mi trên mạng tĩnh mạch nông chạy trước cơ vòng mi, đổ về các nhánh tĩnh mạch góc mắt, về rãnh trên và dưới tĩnh mạch mắt và mạng tĩnh mạch thái dương ở ngoài. Ở mi dưới mạng tĩnh mạch nông đổ về tĩnh mạch mắt, tĩnh mạch gò má và tĩnh mạch thái dương.

+ Mạng tĩnh mạch sâu: Ở mi trên có hai cung tĩnh mạch sụn và cung tĩnh mạch bờ mi cùng đổ về hệ tĩnh mạch mắt và tĩnh mạch thái dương. Ở mi dưới có các tĩnh mạch ở sau chạy dọc bờ dưới dây chằng mi trong đổ vào tĩnh mạch lệ - hốc mắt.



Hình 1.7. Tĩnh mạch nuôi dưỡng vùng mi mắt²⁵

A. Cung tĩnh mạch mi trên. B. Cung tĩnh mạch mi dưới.

B. C. Tĩnh mạch góc. D. Tĩnh mạch mi trên.

* **Bạch huyết:** Bạch huyết mi mắt gồm có hai hệ thống chính gồm: Đám rối bạch huyết nông trước sụn, dẫn lưu bạch huyết cho da và cơ vòng mi. Đám rối bạch huyết sâu sau sụn: Dẫn lưu bạch huyết cho sụn mi và kết mạc.

* **Thần kinh**

+ Thần kinh vận động: Chi phối cơ nâng mi trong động tác mở mắt do nhánh của dây III. Chi phối cơ vòng mi do nhánh của dây VII.

+ Thần kinh cảm giác: Ở mi trên thần kinh cảm giác được chi phối bởi các nhánh của dây thần kinh mắt (nhánh V1), ở mi dưới được chi phối bởi nhánh dưới hốc mắt của dây thần kinh hàm trên (nhánh V2). Các sợi thần kinh cảm giác của mi mắt đi ngay dưới lớp cân dưới cơ vòng mi, không phụ thuộc vào lớp ở trước vách ngăn dày hay mỏng, gần như vuông góc với các

thờ cơ vòng, đi về phía bờ tự do và chui vào sụn mi đến cách bờ mi khoảng 3 - 4 mm³². Mi trên có 5 sợi: sợi to nhất ở giữa mi gần vuông góc với bờ mi ở phía dưới đồng tử, hai sợi nhỏ ở phía trong và phía ngoài nằm cách sợi giữa 5 - 6 mm, một sợi nhỏ ở phía ngoài cùng gần góc mắt ngoài. Kích thước các sợi nhỏ từ 0.1 - 0.3 mm và không đều nhau. Các sợi thần kinh thường đi kèm một động mạch nhỏ tạo nên những bó mạch thần kinh nhỏ. Có thể bảo tồn được tất cả các sợi thần kinh này trong phẫu thuật tạo hình vùng mi mắt.

+ Thần kinh giao cảm: Từ hạch cổ các nhánh thần kinh giao cảm đi theo động mạch mắt rồi chia nhánh cho các cơ trơn trong ổ mắt và các mạch máu. Thần kinh giao cảm chi phối cơ Muller, khi liệt giao cảm bệnh nhân có sụp mi nhẹ³³.

1.1.3. Sinh lý vận động mi trên

Mi mắt bao hàm một phức hợp giải phẫu - sinh lý, gồm nhiều lớp cấu trúc với một liên kết thần kinh nhãn khoa chặt chẽ, có vai trò quan trọng trong việc bảo vệ nhãn cầu chống lại các yếu tố bên ngoài, dàn đều nước mắt lên giác mạc và kết mạc nhờ những động tác chớp mắt, điều chỉnh lượng ánh sáng vào mắt. Hơn nữa, mi mắt với lông mi và lông mày tạo nên dáng vẻ thẩm mỹ và đặc điểm riêng của mỗi cá nhân.

Động tác mở mi trên: mi trên được nâng lên trong động tác mở mắt do tác dụng hợp lực của 4 cơ. Cơ nâng mi trên, cơ Muller, cơ Riolan và cơ trán. Cơ nâng mi là cơ mở mắt chủ yếu³⁴. Động tác nhắm mi do cơ vòng mắt đảm nhiệm, được dây thần kinh mặt chi phối. Cơ vòng phần hốc mắt đóng vai trò quan trọng trong nháy mắt chủ động và nhắm mắt cố. Phần cơ vòng trước vách ngăn tham gia vào động tác nháy mắt chủ động và chớp mắt không chủ động. Phần cơ vòng trước sụn đóng vai trò quan trọng trong chớp mắt không chủ động. Khi nhìn lên và xuống, cả 2 mi trên vận động theo nhãn cầu. Biên độ vận động mi (biên độ di chuyển của bờ tự do ở trung tâm mi giữa nhìn

xuống đến nhìn lên tối đa) đặc trưng cho chức năng vận động mi trên. Khi có một tổn thương của bản thân cơ tham gia vận động mi mắt hay thần kinh chi phối cơ đó đều ảnh hưởng tới động tác nhắm hay mở mắt³⁵.

1.2. Những nghiên cứu về hình thái nhân trắc mắt

1.2.1. Những nghiên cứu về hình thái nhân trắc mắt trên thế giới

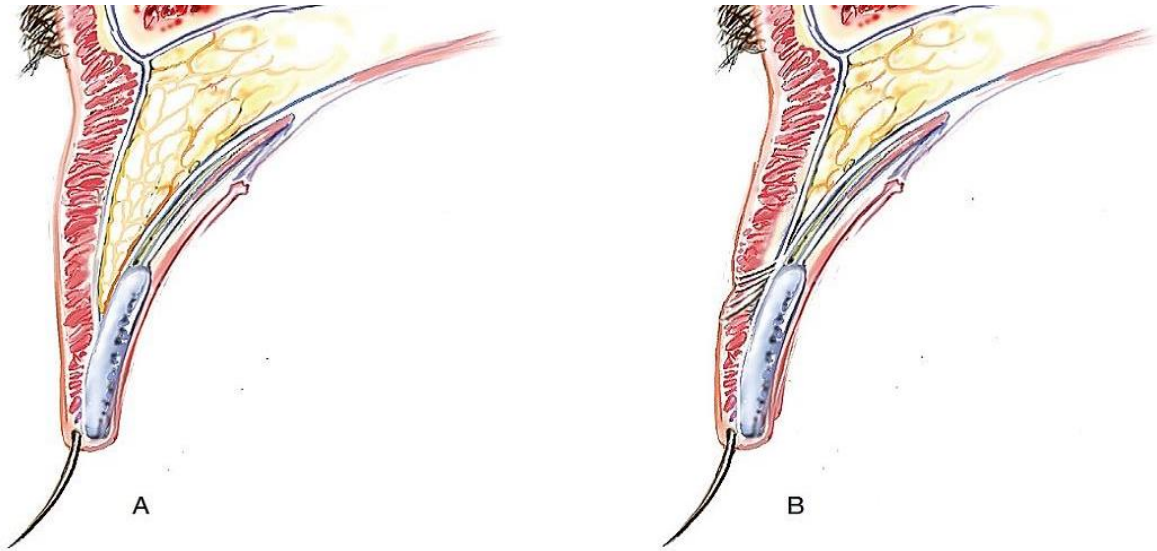
1.2.1.1. Những nghiên cứu về hình thái nhân trắc mi trên

Mi trên có một nếp gấp da chạy song song với bờ tự do được gọi là nếp gấp da mi trên (eyelid crease) hay còn gọi là nếp mi trên hoặc nếp mí³⁶. Nếp mi trên rất quan trọng trong thẩm mỹ và ảnh hưởng nhiều đến kết quả phẫu thuật. Nếp mi trên hiện rõ khi mở mắt và mờ đi khi nhìn xuống.

Các nghiên cứu giải thích về sự hình thành của nếp mi trên, sự khác biệt về giải phẫu nếp mí ở người châu Âu và người châu Á được nghiên cứu rộng rãi trên thế giới như nghiên cứu của Sayoc (1954)³⁷, Doxanas và cộng sự (1984)³⁸, Farkas (1994)³⁹, Putterman (1993)⁴⁰ cũng cho rằng trong cơ chế hình thành nếp mí có vai trò quan trọng của cơ nâng mi. Nếp mi trên hình thành do các sợi của cân cơ nâng mi tách ra bám vào cơ vòng mi. Ở một số người, nếp mi trên không có hoặc rất mờ, đôi khi nằm ngay sát chân lông mi khó nhận thấy, những mắt không nhìn rõ nếp mi trên được gọi là mắt một mí. Nếp mi trên thường hằng định ở người châu Âu. Ngược lại, những người thuộc chủng châu Á có một tỷ lệ cao không có nếp mi trên. Nếp mi trên ở người châu Âu và người châu Á có sự khác biệt, nguyên nhân phần lớn do cấu trúc giải phẫu của vách ngăn ổ mắt và vị trí điểm bám của cơ nâng mi trên vào màng sụn.

Cơ nâng mi gồm các bó chạy bám vào bờ trên sụn mi và bó cân cơ bám tận tại da mi sau khi chui qua cơ vòng cung mi. Chính nhánh cân cơ vòng cung mi này tạo ra nếp mí của mi trên, sự thiếu nếp mí (mắt một mi) bắt nguồn từ sự thiếu nhánh cân cơ nâng mi trên bám vào da⁴¹. Trên đường đi đến sụn, cân cơ nâng mi phân chia thành phần trước và phần sau, cách bờ trên sụn 3-4 mm, nhập vào cân cơ nâng mi. Phần trước gồm những sợi cân mảnh bám

vào da mi xen giữa các bó cơ vòng trước sụn, các sợi này có vai trò giữ cho các mô trước sụn áp chặt vào sụn bên dưới. Nếp mi trên được tạo thành bởi những sợi trên cùng và bởi sự co kéo của phức hợp cơ nâng mi ở dưới tạo ra nếp gấp nhô ra ở phía trên.



Hình 1.8. Cấu trúc giải phẫu mi trên⁶

A. Người châu Á B. Người châu Âu.

Nhiều tác giả đã đi sâu nghiên cứu về hình thái và nhân trắc vùng mi trên để ứng dụng trong phẫu thuật tạo hình nếp mi trên. Năm 1926, Uchida⁴² đã mô tả mí mắt của 396 nam và 444 nữ bệnh nhân. Trong nghiên cứu, ông mô tả hình dạng nếp mí giống như cánh quạt, một nếp hơi tròn. Nakagawa (1974)⁴³ cho rằng hơn 50% dân số Nhật Bản có mắt hai mí, chủ yếu gặp ở nữ. Miyake (1994)⁴⁴ đã quan sát trên 15 mí mắt chụp phim cộng hưởng từ MRI, đã đưa ra những thông tin mới về cấu trúc mi trên cũng như cơ chế hình thành mắt một mí và mắt hai mí. Ngoài cấu trúc của cân cơ nâng mi trên, còn có 2 yếu tố ảnh hưởng tới hình thái nếp mi trên là mỡ ổ mắt và độ dày của da mi.

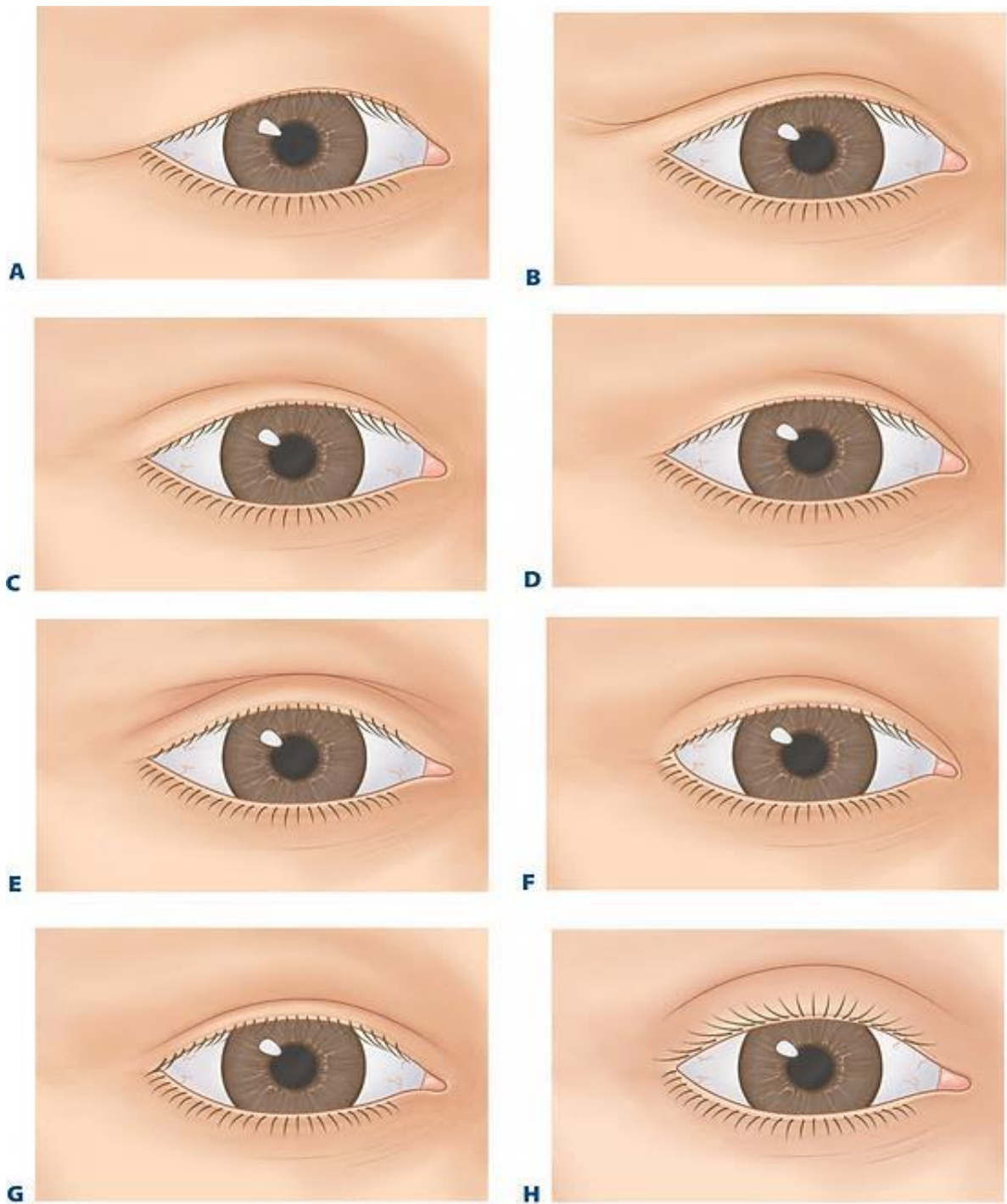
Chen (2008)⁴⁵ đã chia hình thái mi trên ở người châu Á thành 8 loại: (Hình 1.9):

- Nếp mi mờ và không có nếp mi.
- Nếp mi mờ kéo dài liên tục.
- Nếp mi không liên tục.
- Nếp mi không hoàn toàn.
- Nếp mi có các nếp gấp phụ
- Nếp mi vát nhọn về phía mũi.
- Nếp mi dạng song song.

Hwang (1998)⁴⁶ đã đưa ra hình ảnh khác biệt về hình thái nếp mí ở người châu Âu và người châu Á. Theo Jeong (1999)⁴⁷ hình thái mắt ở người châu Á có liên quan chặt chẽ với vách ngăn trước ổ mắt. Spinelli (2004)⁴⁸ đã mô tả 4 hình thái nếp mi trên là dạng mắt châu Âu, dạng mắt sâu, dạng mi phòng và mắt châu Á.

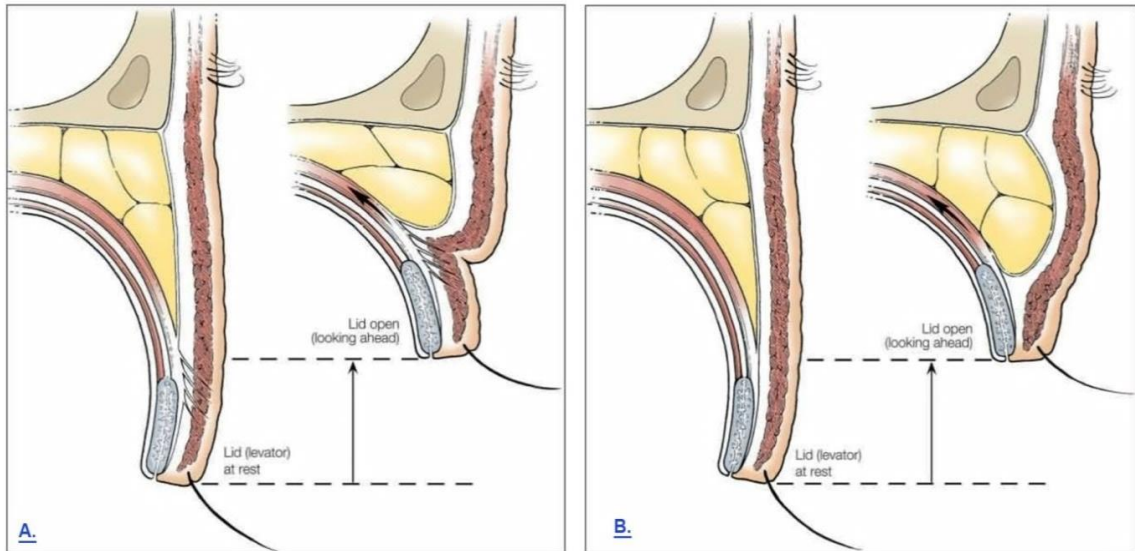
Theo Yuzuriha (2005)⁴⁹, người châu Á nói chung có tỷ lệ mắt một mí cao hơn hẳn so với các tộc người khác. Chen (2010)²³ cũng cho rằng sự xuống thấp của các túi mỡ trước cản trở sự hình thành nếp mi trên. Ở người châu Á có mắt một mí hoặc hai mí, có nhiều loại hình phân bố mỡ, đó là mỡ dưới cơ vòng mi (hay là mỡ trước sụn, mỡ trước vách), mỡ ổ mắt (hay mỡ sau vách) và mỡ dưới cung mày (hay mỡ dưới cơ). Ở người có mắt một mí các túi mỡ mở rộng hơn, ranh giới kém rõ ràng hơn, Ở người châu Á có mắt hai mí, mi trên thường phồng hơn so với người châu Âu.

Theo Scawn (2010)⁴ ở người châu Á, chiều cao đường nếp gấp da mi trên (còn gọi là đường nếp mi) từ 6-10 mm. Kiranantawat (2015)⁵⁰ đã nghiên cứu hình thái mi và kích thước mi trên ở người Đông Nam Á và so sánh với kích thước ở người châu Âu. Kết quả cho thấy người châu Á thường có cặp mắt nhỏ và ngắn, chiều cao đường nếp mi trung bình là 4 - 6 mm. Saonanon (2014)⁵¹ đã đo các chỉ số trung bình của ổ mắt người châu Á. Kết quả về chiều cao đường nếp mi người châu Á là 8-10 mm.



Hình 1.9. Các hình thái nếp mi trên ở người châu Á⁴⁵

- A. Không nếp mi; B. Nếp mi mờ; C. Nếp mi không liên tục;
 D. Nếp mi không hoàn toàn; E. Nhiều nếp mi; F. Nếp mi hẹp về phía mũi;
 G. Nếp mi song song; H. Nếp mi hình bán nguyệt kiểu châu Âu.

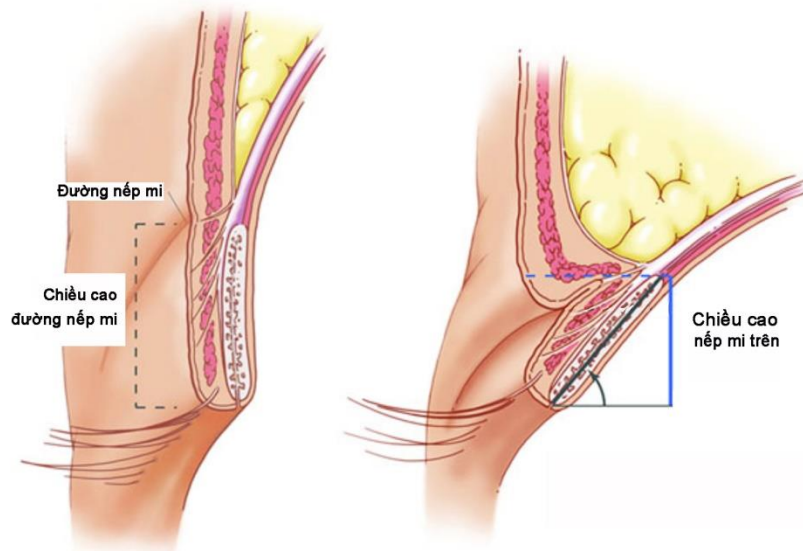


Hình 1.10. Độ phồng mí trên ở mắt hai mí và mắt một mí³⁶

A. Mắt hai mí B. Mắt một mí

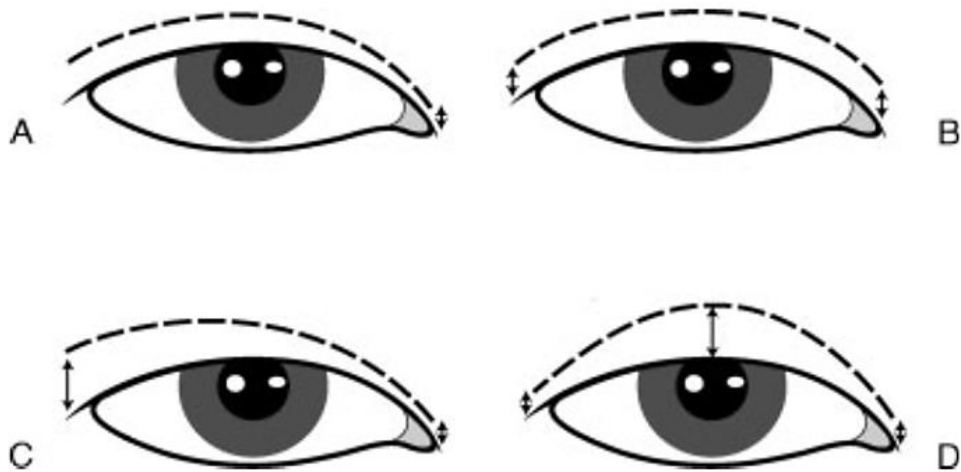
Chen (2015)⁵² đưa ra chỉ số tương quan giữa chiều cao nếp mí trên (khi mở mắt) và chiều cao đường nếp mí (khi mắt nhắm) như sau:

Chiều cao nếp mí trên = $\frac{5}{7}$ chiều cao đường nếp mí.



Hình 1.11. Chiều cao đường nếp mí và chiều cao nếp mí trên⁵¹

Scawn (2010)⁴ đã mô tả những biến thể của nếp mí trên ở mắt hai mí người châu Á (hình 1.12). Mắt hai mí ở người châu Á chia thành 4 kiểu hình: Thể hẹp góc trong, thể song song, thể vòm ngoài và thể bán nguyệt.



Hình.1.12. Những kiểu hình mắt hai mí ở người châu Á⁴

- A. *Thể hẹp góc trong.* B. *Thể song song.*
 C. *Thể vòm ngoài.* D. *Thể bán nguyệt.*

Branham (2015)⁵³ nghiên cứu về lão hóa da mi trên gây sa trễ mi trên. Khi đó, da trở nên không đàn hồi và lỏng lẻo, không còn dính chặt vào cơ vòng mi phía dưới, đệm mỡ thoát vị tràn qua vách hốc mắt mỏng và biểu hiện lâm sàng là da mi trên trùm qua che phủ nếp mi, nặng hơn sẽ trùm qua hàng lông mi, che phủ bờ mi gây hẹp khe mi. Sự thay đổi này ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ của bệnh nhân. Theo nghiên cứu của Subramanian (2008)⁵⁴ bệnh nhân có thể tìm đến phẫu thuật vì lý do các triệu chứng cơ năng gây khó chịu nhưng cũng có những bệnh nhân phân nản về tình trạng thẩm mỹ đôi mắt kém nhanh nhẹn hay có vẻ mệt mỏi.

Các triệu chứng thực thể ở vùng mi mắt khi sa trễ mi gồm có: Thừa da mi, biến đổi nếp mi, hẹp khe mi, thoát vị mỡ, sa lông mi, sa lông mày....

Dấu hiệu rõ nhất là thừa da mi: Da mi thừa che phủ lên nếp mi trên tùy từng mức độ, ảnh hưởng tới chiều cao nếp mi trên. Theo phân loại sa trễ mi của Putterman (2004)⁵⁵ dựa vào mức độ da mi thừa che phủ lên nếp mi trên chia thành 3 độ:

- + Độ 1: Da mi che phủ 1/3 ngoài nếp mi

+ Độ 2: Da mi che phủ 1/2 ngoài nếp mi

+ Độ 3: Da mi che phủ 2/3 ngoài nếp mi

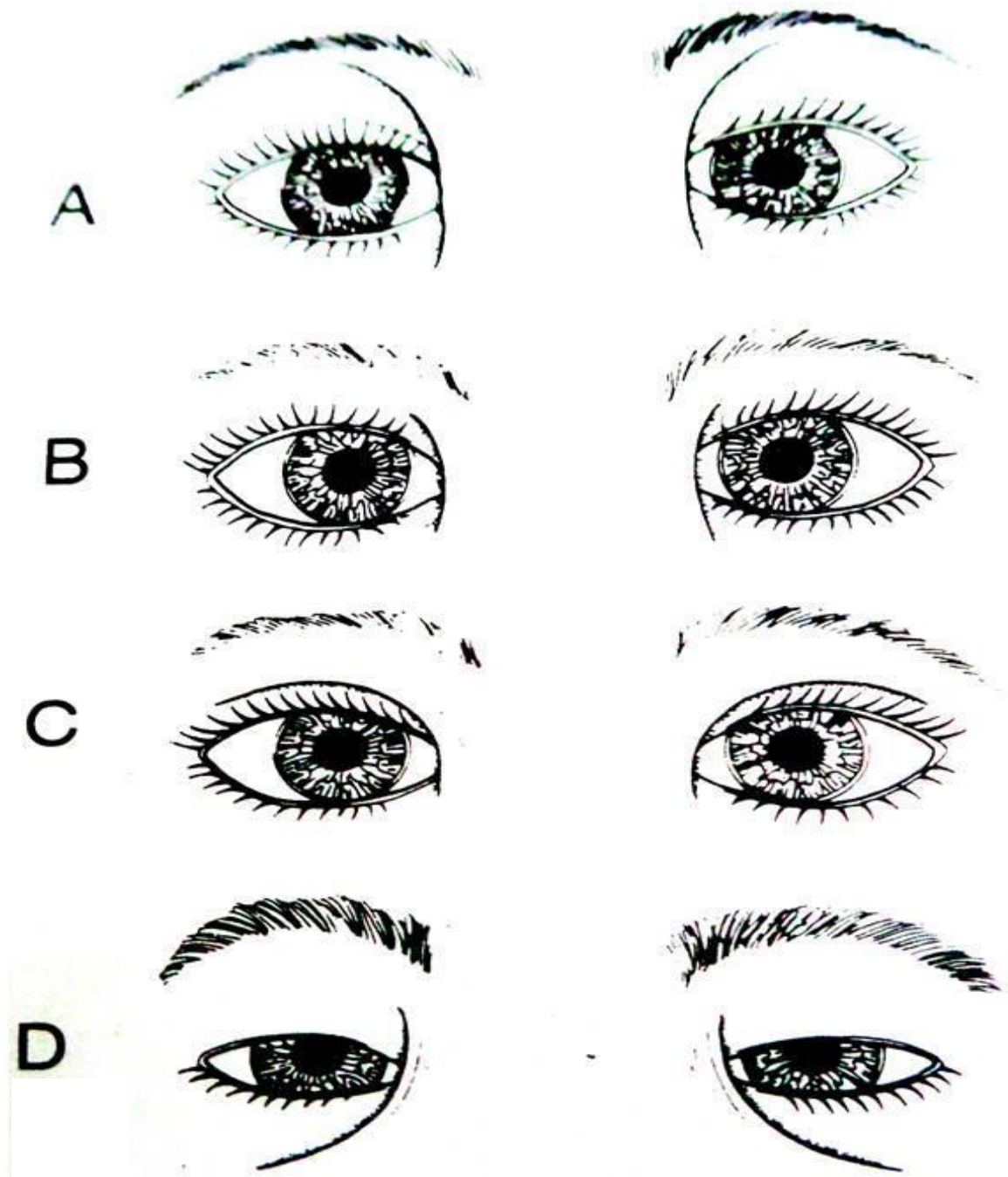
Có 3 phương pháp chính để xác định lượng da thừa mi trên gồm kỹ thuật “Kẹp da”, “Vạt da” và định lượng theo công thức Maegawa (2012)⁵⁶. Dấu hiệu biến đổi nếp mi trên: Nếp mi nhỏ, bị da mi thừa che khuất hoặc có nhiều nếp mi. Trường hợp sa trĩ mi nặng da mi thừa che phủ bờ mi. Dấu hiệu thoát vị mỡ: Sa trĩ mi trên thường có thoát vị 2 đệm mỡ hốc mắt trong và ngoài. Quan sát lâm sàng sẽ thấy vị trí 2 đệm mỡ phình to bất thường tùy vào mức độ thoát vị mỡ⁵⁷.

1.2.1.2. Những nghiên cứu về nếp quạt góc mắt trong (*Epicanthus*)

Nếp quạt góc mắt trong (*Epicanthus*) hay còn gọi là nếp quạt (*Epicanthus*) là nếp da đứng dọc, có độ cong ra ngoài nối liền hai nếp mi trên và dưới⁵⁸. Theo y văn, có nhiều nghiên cứu đề cập tới nếp quạt (*Epicanthus*) và cho rằng nếp da này ảnh hưởng nhiều đến tính thẩm mỹ của đôi mắt^{59,60}. Nếp quạt (*Epicanthus*) xuất hiện trong khoảng từ tháng thứ ba đến tháng thứ sáu của thai kỳ. Ở người châu Âu, nếp này tự biến mất vào thời điểm sinh hoặc chậm nhất là đến tuổi trưởng thành^{61,62}. Theo Boo-chai (1963)⁶³, sự hiện diện của nếp quạt (*Epicanthus*) ở người châu Âu được xem là dấu hiệu dị tật, nhưng ở người châu Á, ít nhất có 50% cá thể vẫn tồn tại nếp quạt này. Nếu kể đến những vết tích nhỏ, thì hầu hết người châu Á đều có nếp quạt này. Chính vì vậy, nếp quạt (*Epicanthus*) là điểm đặc trưng cơ bản của khuôn mặt châu Á⁶⁴.

Johnson (1978)⁶⁵ đã chia hình thái nếp quạt (*Epicanthus*) thành 4 thể:

- Thể trên lông mi (*Epicanthus supraciliaris*).
- Thể bờ mi (*Epicanthus palpebralis*).
- Thể sụn mi (*Epicanthus tarsalis*).
- Thể đảo ngược (*Epicanthus inversus*).



Hình 1.13. Phân loại nếp quạ (Epicanthus)⁶⁵

A. Thể trên lông mi. B. Thể bờ mi. C. Thể sụn mi. D. Thể đảo ngược.

Kumar (2012)⁶⁶ nghiên cứu hình thái nếp quạ (Epicanthus) trên 400 bệnh nhân cho kết quả 95% là thể sụn mi, 5% thể bờ mi.

1.2.2. Những nghiên cứu hình thái nhân trắc mắt ở Việt Nam

Ở Việt Nam, đã có một số nghiên cứu giải phẫu về mi trên. Trần Thiết Sơn, Nguyễn Huy Thọ (1994)¹⁰ đã nghiên cứu giải phẫu mi trên và ứng dụng tạo hình mi mắt. Các tác giả quan tâm đến giải phẫu định khu mi mắt và mô tả chi tiết hệ thống mạch máu thần kinh chi phối mi. Nghiên cứu này đã giúp các phẫu thuật viên tạo hình chủ động hơn khi phẫu thuật mi mắt. Đinh Việt Nghĩa (2003)⁶⁷ đã nghiên cứu đặc điểm giải phẫu và phẫu thuật của thần kinh cảm giác tại mi trên 300 trường hợp mổ tạo hình mi tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Các nghiên cứu về hình thái và nhân trắc vùng mắt được đề cập trong các nghiên cứu chung của vùng đầu mặt. Lê Gia Vinh (1985)⁶⁸ đã nghiên cứu 18 kích thước ở mắt trên 1000 nam thanh niên Việt Nam. Nhưng về mắt, tác giả chỉ khảo sát ba kích thước: khoảng cách hai đầu mắt, khoảng cách hai đuôi mắt và dài mắt. Trần Thị Bích Hạnh (2003)¹² đã nghiên cứu các kích thước và chỉ số nhân trắc vùng đầu mặt của sinh viên trường đại học Y Hà Nội. Các chỉ số liên quan đến mắt bao gồm các kích thước liên góc trong mắt, rộng mắt, chỉ số mắt gò má, chỉ số rộng mắt gò má, chỉ số mắt mũi, chỉ số mắt miệng.

Lê Thị Hạnh (2003)⁶⁹ trong nghiên cứu các kích thước và chỉ số nhân trắc vùng đầu mặt ở sinh viên hai trường đại học, đã công bố kết quả đo một số kích thước mi mắt và chỉ số nhân trắc mắt. Đây là những chỉ số nhân trắc về mi mắt lần đầu tiên được công bố tại Việt Nam. Kết quả nghiên cứu của Lê Thị Hạnh cho thấy một số kích thước mắt sau: Khoảng cách (mm) giữa 2 góc mắt trong, giữa 2 góc mắt ngoài, rộng khe mi, độ mở mắt tối đa. Đặng Văn Khanh, Lê Gia Vinh (2011)⁷⁰ đã khảo sát chiều cao nếp mi trên, chiều cao mi trên, khoảng cách hai góc mắt trong, khoảng cách hai góc mắt ngoài, 3 chỉ số mắt 1,2,3, phân chia mức độ sa trễ mi, lượng da mi thừa. Võ Trương Như

Ngọc, Lê Gia Vinh (2013)⁷¹ trong nghiên cứu về khuôn mặt hài hòa ở nhóm sinh viên tuổi 18 -25, đã tìm chỉ số nhân trắc vùng mặt, trong đó có chỉ số mắt.

Vũ Văn Khoa, Nguyễn Bắc Hùng (2000)¹¹ trong nghiên cứu 160 sinh viên đại học Y Hà Nội, phân loại hình thái mi trên thành 4 loại: một mí, hai mí, ba mí, mí ẩn. Trong đó, mắt hai mí chiếm tỷ lệ 58,2%, mắt một mí 10,6%, ba mí 22,5% và mí ẩn là 8,7%.

Ngoài ra, một số tác giả khác đã nghiên cứu các đặc điểm giải phẫu, hình thái mi trên trong một số bệnh lý như sụp mi bẩm sinh, co rút mi, hở mi, sẹo mi, u vùng mi, vết thương vùng mi... Các nghiên cứu về mi trên trong bệnh lý sụp mi bẩm sinh có lồng ghép một số kích thước, chỉ số mi mắt như nghiên cứu của Lê Thúy Liên (2002)⁷² Nguyễn Huy Thọ (2004)¹⁵ Bùi Đào Quân (2013)⁷³. Đào Chí Kiên (2003)¹⁶ đã nghiên cứu về hình thái nếp mi trên ở bệnh nhân sụp mi. Trần Đức Nghĩa (2005)⁷⁴ nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị sụp mi tuổi già theo phương pháp của Tyers A.G đã khảo sát tình trạng sụp mi, thừa da mi trên, tình trạng lõm hố mắt... Đoàn Anh (2012)⁷⁵ đã khảo sát hình thái nếp mi trên, nếp quạt (Epicanthus) mắt sụp mi bẩm sinh. Các nghiên cứu về mi trên trong bệnh lý sẹo co kéo mi trên, co rút mi, hở mi như nghiên cứu của Vũ Ngọc Lâm (2015)¹⁴, Đinh Viết Nghĩa (2003)⁶⁷ khảo sát chiều cao khe mi, độ cong bờ mi trên, mức độ hở mi khi nhắm, biên độ vận động mi trên. Các nghiên cứu về mi trên trong bệnh lý u vùng mi như của Nguyễn Quốc Anh (2012)⁷⁶ nghiên cứu sử dụng vật sụn kết mạc trong tạo hình mi sau cắt bỏ ung thư mi⁷². Nguyễn Roãn Tuất (2000)⁷⁷ nghiên cứu điều trị khuyết da mi bằng kỹ thuật vật xoay tại chỗ và ghép da dày toàn bộ.

Như vậy, tại Việt Nam đã có các nghiên cứu khảo sát hình thái mi trên, khoảng cách hai góc mắt trong, ngoài, chiều cao, chiều rộng khe mi, chiều cao

mi trên (nhắm mắt), chiều cao đường nếp mi. Hiện tại, chưa có nghiên cứu nào mang tính hệ thống, đầy đủ về hình thái nếp mi trên, nếp quạt (Epicanthus), đặc điểm nhân trắc mắt, đặc biệt là độ “xéch” mắt, chiều cao nếp mi trên ở người Việt Nam nói chung và nữ người Việt trưởng thành nói riêng.

1.3. Các phương pháp tạo hình nếp mi trên

Tạo hình nếp mi trên (tạo mắt hai mí) hoàn toàn khác với phẫu thuật sa trễ mi trên. Trong khi tạo mắt hai mí được chỉ định cho những người chưa từng có mắt hai mí rõ ràng, thì phẫu thuật sa trễ mi trên chỉ định cho những người có hoặc không có mắt hai mí và bị thừa da, thoát vị mỡ vùng mi... Có nhiều phương pháp tạo hình nếp mi trên, chia thành 2 loại chính: Thủ thuật khâu tạo hình nếp mi trên và phẫu thuật tạo hình nếp mi trên.

1.3.1. Thủ thuật khâu tạo hình nếp mi trên

Năm 1986, Mikamo⁷⁸ là người đầu tiên đề xuất tạo nếp mí cho một phụ nữ Nhật Bản bằng thủ thuật khâu thắt ngoài da. Sau đó, các kỹ thuật khâu tạo nếp mi trên đã được hoàn thiện dần.

Ưu điểm là kỹ thuật thực hiện đơn giản, nhanh, ít xâm lấn, chăm sóc, nghỉ dưỡng sau phẫu thuật dễ dàng. Nhược điểm: Hạn chế chỉ định trong trường hợp thừa da, mỡ vùng mi trên. Ngoài ra, nếp mí thường mờ hoặc mất nếp mí theo thời gian, không ổn định lâu dài. Tuy vậy, hiện nay, một số thủ thuật khâu tạo hình nếp mi trên vẫn được sử dụng.

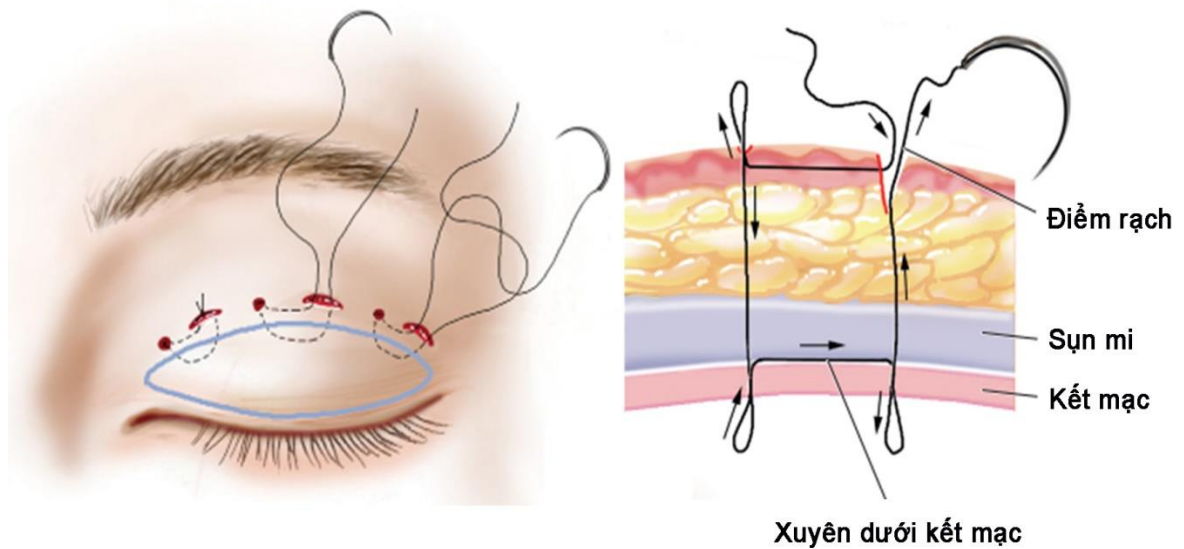
Các thủ thuật khâu tạo hình nếp mi trên chia thành hai nhóm gồm: các thủ thuật khâu thắt ngoài da và các thủ thuật khâu chỉ vùi dưới da.

1.3.1.1. Thủ thuật khâu thắt ngoài da

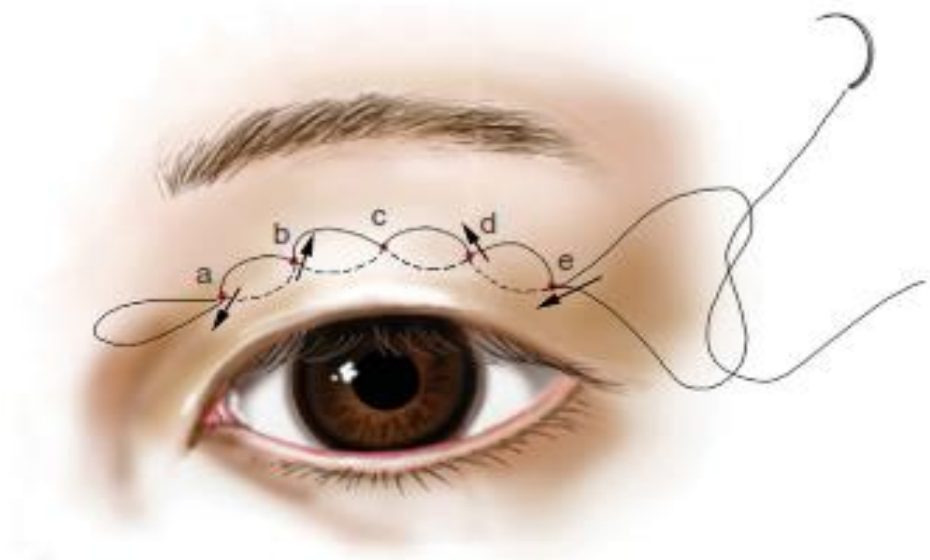
Các thủ thuật này chia thành ba nhóm: Khâu thắt da-mạc sụn, khâu thắt da-cơ nâng mi, khâu thắt kết mạc. Các thủ thuật này hiện không còn được sử dụng do tiềm ẩn nguy cơ cản trở dinh dưỡng sụn, gây biến dạng sụn mi, sẹo mi trên, nguy cơ kích ứng viêm kết, giác mạc...

1.3.1.2. Thủ thuật khâu chỉ vùi dưới da

Đây thực chất là phương pháp kết hợp giữa đường rạch mi-ni và khâu chỉ vùi. có thể kết hợp lấy mỡ ổ mắt qua đường rạch mi-ni. Các phương pháp này chia thành hai nhóm: Các phương pháp khâu chỉ vùi mũi rời và các phương pháp khâu chỉ vùi mũi vất liên tục.



Hình 1.14. Thủ thuật khâu chỉ vùi mũi rời của Oh⁷⁹



Hình 1.15. Thủ thuật khâu chỉ vùi mũi vất của Maruo⁸⁰

1.3.2. Phẫu thuật tạo hình nếp mí trên

1.3.2.1. Lược sử phẫu thuật tạo hình nếp mí trên

a. Trên thế giới:

Những đặc trưng mí mắt người châu Á như mắt một mí, nếp quạt (Epicanthus) được các chuyên gia phẫu thuật tạo hình, phẫu thuật nhãn khoa quan tâm nghiên cứu. Các tác giả Chen (1999)⁷, Kure (2001)⁵, McCurdy (2005)³, Park (2007)⁶, Scawn (2010)⁴... đều thống nhất rằng phẫu thuật tạo hình nếp mí trên là một trong những phương pháp phẫu thuật thường gặp nhất ở người châu Á. Nói đến tạo hình mí mắt người châu Á, đặc biệt là ở người trẻ tuổi, thì thuật ngữ “tạo hình mí mắt” dường như đồng nghĩa với “tạo hình nếp mí trên”^{2,81,82}.

Trong quá trình thực hiện và hoàn thiện các kỹ thuật, các chuyên gia đã đúc kết lại nhiều tài liệu về tạo hình nếp mí trên ở người châu Á. Cuốn sách “Phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ vùng mắt” do Putterman (1993)⁴⁰ biên soạn là tài liệu có giá trị như sách giáo khoa về phẫu thuật tạo hình mí trên. Tác giả đề cập rất chi tiết cách tư vấn, khám xét, phân loại hình thái mí trên, đo đạc các kích thước chỉ số mí trên. Cuốn sách có riêng một chương giới thiệu về tạo hình nếp mí trên ở người châu Á. Hai cuốn sách “Phẫu thuật tạo hình mí trên người châu Á” của Chen (2015)⁸³ và cuốn “Phẫu thuật thẩm mỹ khuôn mặt châu Á” của Park (2007)⁶ đã mô tả chi tiết về giải phẫu, phân loại hình thái mí trên trên cũng như hệ thống lại các phương pháp tạo hình nếp mí trên ở người châu Á. Trong tập sách “Phẫu thuật tạo hình” của nhà xuất bản Saunders (Mỹ), Ohmori (1990)³⁶ đã hệ thống lại lịch sử và các phương pháp phẫu thuật tạo hình mí trên người châu Á. Thậm chí, có những cuốn sách đã tổng kết những biến chứng trong phẫu thuật tạo hình nếp mí trên ở người châu Á như của tác giả Brian (2003)¹ trong cuốn sách “Những biến chứng trong phẫu thuật tạo hình mí mắt”. Lam (2008)⁸⁴ trong cuốn sách “Mẹo hay và những sai lầm trong tạo hình mí mắt” đã mô tả chi tiết từng thủ thuật (mẹo) và các rủi ro của từng thao tác thực hiện trong phẫu thuật thẩm mỹ mí trên ở người châu Á.

Phẫu thuật tạo hình nếp mi trên cho người châu Á được đề cập lần đầu tiên vào năm 1929, khi Maruo⁸⁰ báo cáo các kỹ thuật cả cắt và khâu tạo nếp mí. Maruo thiết kế nếp mí ngang qua mi trên, chiều cao đường rạch là 7 mm. Cắt bỏ lớp cân mỡ dưới da. Kỹ thuật khâu đóng vết mổ hai lớp, tạo kết nối giữa mép da và bản sụn mi.

Hayashi (1938)⁸⁵ đã mô tả hai kỹ thuật tạo hình nếp mi trên. Với kỹ thuật cắt mí, ông đề xuất cắt phần cơ vòng mi tại đường rạch da. Ông cũng đề xuất phương pháp khâu cách quãng các mũi da-sụn-da giữa các mũi chỉ da-da.

Inoue (1947)⁸⁶ đã đề xuất kỹ thuật cắt bỏ tổ chức kiên kết dưới da giữa đường mổ và bờ mi. Khâu đóng vết mổ bằng chỉ lụa sợi bện số 5.0 theo kiểu da-sụn-da. Nếp mí được thiết kế theo dạng góc vát về phía mũi.

Mitsui (1950)⁸⁷ tiếp tục phát triển kỹ thuật tạo hình nếp mi trên khi ông mạo hiểm hơn nữa trong việc cắt bỏ tổ chức liên kết trước sụn gồm cơ vòng mi và túi mỡ trước sụn.

Ohashi (1951)⁸⁸ mô tả tạo hình nếp mi trên sử dụng dao đốt điện. Kim đốt điện đi vuông góc với bề mặt da dọc theo nếp mí tới khi da bị bỏng rộp. Đốt 2 hàng hoặc nhiều hơn dưới đường rạch dọc theo nếp mí.

Millard (1955)⁸⁹ là người đầu tiên báo cáo kỹ thuật tạo hình nếp mi trên kết hợp cắt da mi thừa, mỡ thừa mi trên.

Fernandez (1960)⁹⁰ công bố phương pháp triệt để nhất: Loại bỏ da, cơ vòng mi, vách ổ mắt và mỡ ổ mắt. Sau đó ông cố định da vào cân cơ nâng mi trên.

Bang (1991)⁹¹ đã đưa ra phương pháp phẫu thuật tạo hình nếp mi trên không cố định trên sụn.

Park (2007)⁶ đã báo cáo kỹ thuật đính cơ vòng mi (chứ không phải da) vào cân cơ nâng mi trên. Tác giả cho rằng, phẫu thuật cắt mí toàn bộ cho khả năng tạo nếp mí rõ ràng và lâu dài, ít thay đổi hơn là thủ thuật khâu tạo nếp mi trên.

Nhiều tác giả nghiên cứu tạo hình nếp mi trên trong sa trề mi trên. Putterman (1976)⁹² cắt chủ yếu ở da và một phần mỡ dưới cơ vòng mi. Owsley (1980)⁹³ cho rằng sự tăng sinh các túi đệm mỡ trong ổ mắt là nguyên nhân dẫn đến biến dạng sa trề mi ở tuổi già. Brown (2000)⁹⁴ cho rằng muốn đạt hiệu quả cao về mặt thẩm mỹ khi tạo hình sa trề mi cần lấy bỏ một lượng thích hợp phức bộ da - cơ vòng mi. Maegawa (2012)⁵⁶ đã nghiên cứu kỹ thuật đo lường lượng da thừa khi tạo hình nếp mi trên trong sa trề mi với kết quả lượng da trung bình cắt bỏ là 10 mm.

Chen (1996)⁸ là người đầu tiên đề xuất đường cắt cơ vòng mi và tổ chức dưới da mi theo 3 mức tam giác - hình thang-hình chữ nhật, ứng dụng tạo hình nếp mi trên cho người châu Á có mí phồng, tổ chức vùng mi trên dày hơn bình thường.

Năm 2003, Kim (2003)⁹⁵ lần đầu tiên mô tả phương pháp tạo hình nếp mi trên đường mỡ ngắn cho người châu Á.

McCurdy (2005)³ là người đầu tiên đề xuất kỹ thuật phẫu thuật tạo hình nếp mí động (Dynamic) ở người châu Á.

Tác giả Cho (2010)⁹⁶ đã công bố nghiên cứu tạo hình nếp mi trên trên 562 bệnh nhân bằng phương pháp kết hợp giữa cắt mí đường mỡ ngắn và khâu thắt chỉ.

Sau gần một thế kỷ, từ năm 1929, với sự khởi đầu của phương pháp phẫu thuật cắt và khâu tạo nếp mi trên của Maruo (1929)⁸⁰ các phương pháp phẫu thuật tạo hình mắt hai mí ở người châu Á được cải tiến dần, từ nếp mí nhỏ truyền thống đến nếp mí to rõ. Từ việc sử dụng chỉ catgut sợi tiêu đến chỉ không tiêu. Từ khâu cố định da vào mạc sụn hay vào cân cơ nâng mi trên. Từ 1 đường rạch đến 2 đường rạch để cắt da thừa mi trên⁹⁷. Các phương pháp phẫu thuật tạo hình nếp mi trên đường mỡ toàn bộ hiện nay được cho là an toàn, hiệu quả cao và được sử dụng nhiều nhất trong các phẫu thuật tạo hình ở người châu Á^{2, 92}.

b. Ở Việt Nam

Phẫu thuật tạo hình mí mắt ở Việt Nam chủ yếu được đề cập trong các nghiên cứu về bệnh lý sụp mí, u vùng mí, hở mí, co rút mí, vết thương vùng mí... Riêng về tạo hình nếp mí trên, Phạm Văn Ái (1992)⁹⁸ đã báo cáo việc áp dụng phương pháp “xẻ mí đôi” trong tạp chí “Phẫu thuật tạo hình”.

Tạo hình mí trên trong bệnh lý sụp mí cũng được nhiều tác giả quan tâm nghiên cứu. Chủ yếu các tác giả là áp dụng các phương pháp để cải thiện chiều cao khe mí. Trần Thiết Sơn (2000)⁹⁹ trong nghiên cứu phương pháp cắt ngắn cơ nâng mí trên điều trị sụp mí. Đào Chí Kiên (2003)¹⁶ đã nghiên cứu kỹ thuật tạo hai mí theo Simonton J.T trong phẫu thuật điều trị sụp mí bẩm sinh. Bùi Đào Quân (2013)⁷³ đã nghiên cứu phẫu thuật gấp cân cơ nâng mí trên có biên độ cơ nâng mí tốt. Nguyễn Thị Thu Hà (2014)¹⁰⁰ sử dụng phương pháp rút ngắn cân cơ nâng mí tối đa phối hợp với treo lên cơ trán bằng cân cơ đuôi... Trần Đức Nghĩa (2005)⁷⁴ trong nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị sụp mí tuổi già theo phương pháp của Tyers A.G đã khảo sát tình trạng sụp mí, thừa da mí trên, tình trạng lõm hố mắt... Lê Tấn Nghĩa (2002)¹⁰¹ nghiên cứu điều trị sụp mí bẩm sinh bằng phương pháp rút ngắn cơ nâng mí trên.

Tạo hình mí mắt trong bệnh lý u vùng mí cũng được một số tác giả nghiên cứu và điều trị khuyết mí sau cắt u. Phạm Trọng Văn (1990)¹³ đã nghiên cứu trên 141 bệnh nhân, trong đó có 93 bệnh nhân khuyết mí sau cắt u vùng mí. Lê Thị Thu Hải (2006)¹⁰² báo cáo 33 trường hợp, trong đó có 13 trường hợp khuyết da mí trên và cung mày sau cắt u, tái tạo vùng mí bằng vạt đảo chân nuôi dưới da...

Tạo hình mí trên trong bệnh lý hở mí, co rút mí gần đây được các tác giả ngày càng quan tâm nghiên cứu. Đinh Công Phúc (2007)¹⁰³ đã nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật chuyển cơ thái dương theo phương pháp Gillies để tạo hình mắt hở mí của bệnh nhân Phong. Đinh Việt Nghĩa (2003)¹⁰⁴ đã nghiên

cứu 38 bệnh nhân với 42 mắt bị co rút mi trên điều trị co rút mi trên, sử dụng phương pháp kéo dài cơ nâng mi trên bằng kỹ thuật V-Y. Vũ Ngọc Lâm (2015)¹⁴ đã báo cáo nghiên cứu điều trị sẹo co kéo mi trên ở 32 bệnh nhân, sử dụng vật đảo thái dương chân nuôi dưới da. Nguyễn Hoàng Giang (2013)¹⁰⁵ trong nghiên cứu trên 60 bệnh nhân hở mi, đã ghi nhận có 4/60 bệnh nhân bị hở mi trên do phẫu thuật tạo hình mi trên.

Tạo hình mi mắt trong vết thương vùng mi đã được đề cập trong một số nghiên cứu. Nguyễn Huy Thọ (1995)¹⁰⁶ đã tạo hình mi và củng đồ trong điều trị di chứng vết thương ở mắt. Nguyễn Thị Quỳnh (2005)¹⁰⁷ đã nghiên cứu 24 mi trên bị tổn thương do chấn thương. Nguyễn Tài Sơn (2008)¹⁰⁸ đã báo cáo trong tạp chí Y dược học quân sự, kết quả một số kỹ thuật tạo hình mi mắt trên 465 bệnh nhân, đề cập tạo hình nếp mi trên bằng cắt mí toàn bộ.

Tạo hình mi trên trong bệnh lý sa trễ mi trên gần đây được các tác giả ngày càng quan tâm nghiên cứu. Nguyễn Thị Thanh Phương (2012)¹⁰⁹ trong nghiên cứu “Đánh giá kết quả điều trị sa trễ mi trên”. Trong một nghiên cứu của Đặng Văn Khanh (2011)¹¹⁰ tác giả đã báo cáo 87 trường hợp phẫu thuật điều trị sa trễ mi trên.

Ở Việt Nam, các chuyên gia đã đúc kết lại một số tài liệu chuyên khảo, đã được xuất bản như “Phẫu thuật tạo hình mi mắt” của Phan Dẫn, Phạm Trọng Văn (1998)¹¹¹ “Giải phẫu mi mắt và sinh lý thị giác ứng dụng lâm sàng” của tác giả Nguyễn Xuân Nguyên, Phan Dẫn, Thái Thọ (1993)¹⁷.

Như vậy, đã có các nghiên cứu về tạo hình vùng mắt, trong bệnh lý sụp mi, sa trễ mi, u vùng mi, hở mi, co rút mi, sa trễ mi trên... Hiện tại, chưa có nghiên cứu nào mang tính hệ thống và đầy đủ về phẫu thuật tạo hình nếp mi trên ở người Việt Nam nói chung và nữ người Việt trưởng thành nói riêng.

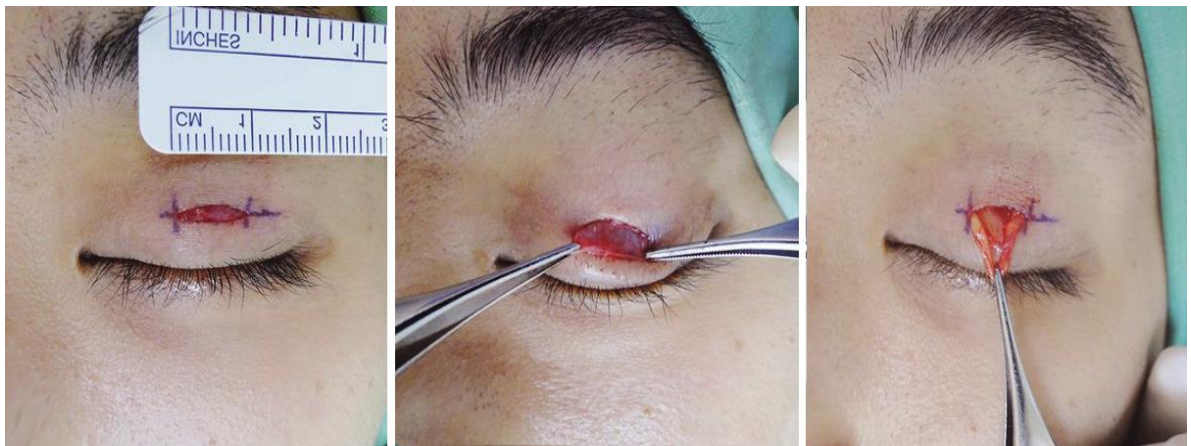
1.3.2.2. Các phương pháp phẫu thuật tạo hình nếp mi trên

Các phương pháp phẫu thuật tạo hình nếp mi trên bao gồm hai loại chính: phẫu thuật tạo hình nếp mi trên đường mỡ ngăn và phẫu thuật tạo hình nếp mi trên đường mỡ toàn bộ.

a. Phẫu thuật tạo hình nếp mi trên đường mỡ ngắn

Năm 2003, Kim (2003)⁹⁵ lần đầu tiên mô tả phương pháp phẫu thuật tạo hình nếp mi trên đường mỡ ngắn cho người châu Á. Kỹ thuật này có rạch da khoảng 1cm chính giữa đường nếp mi, không cắt da mi thừa, có lấy mỡ ổ mắt và khâu tạo nếp mi trên. Tác giả Cho (2010)⁹⁶ đã công bố nghiên cứu tạo hình nếp mi trên ở 562 bệnh nhân bằng phương pháp cắt mí đường mỡ ngắn và khâu thắt chỉ. Cho đến nay, phẫu thuật cắt mí đường mỡ ngắn đang tiếp tục được nhiều tác giả nghiên cứu và hoàn thiện^{3,4,23,112}.

Ưu điểm chính của kỹ thuật là phẫu thuật đơn giản, xâm lấn tối thiểu, giảm sẹo vùng mi trên. Nhược điểm, theo Chen (2015)⁵² nhận xét, phương pháp phẫu thuật tạo hình nếp mi trên đường mỡ ngắn, kiểu hình mắt hai mí có hình bán nguyệt, cao nhất ở 1/3 giữa trung tâm mi trên. Tác giả cho rằng, phẫu thuật mi trên đường mỡ ngắn không giải quyết được tất cả những biến thể, thường được coi là phức tạp tại mi mắt ở người châu Á, có thể gây ra biến dạng bờ mi ở bờ mi trên.



Hình 1.16. Phẫu thuật cắt mí đường mỡ ngắn của Kim⁹⁵

b. Phẫu thuật tạo hình nếp mí trên đường mổ toàn bộ

Theo nhiều nghiên cứu, đường mổ toàn bộ được sử dụng phổ biến ở người châu Á^{3,4,113,114,115,116,117}. Phẫu thuật này được chỉ định cho các hình thái mí mắt thiếu vắng hoặc không hoàn thiện nếp gấp mí trên như mắt một mí, mí lót, mí ẩn, nhiều nếp mí... Nguyên tắc kỹ thuật cơ bản của tạo hình nếp mí trên là tạo được sự kết nối giữa cân cơ nâng mí trên với da mí. Yêu cầu kỹ thuật là tạo được nếp mí trên có chiều cao, hình dạng nếp mí phù hợp, hai bên cân xứng.

Ưu điểm: Phương pháp phẫu thuật tạo hình nếp mí trên đường mổ toàn bộ giải quyết triệt để những vấn đề thừa da mí trên, thừa mỡ, xóa bỏ các nếp mí cũ. Do đó, phương pháp này đáp ứng được tối đa yêu cầu về hình dáng, kích thước cũng như sự rõ ràng liên tục của nếp mí trên²³. Cụ thể, khe mí mở to hơn (mắt to tròn hơn, cải thiện tình trạng mắt ti hí), nếp mí to, sâu, rõ ràng và ổn định lâu dài. Nhược điểm, chủ yếu là phù nề mí mắt kéo dài, lâu hồi phục so với thủ thuật khâu nhấn mí và phẫu thuật cắt mí đường mổ ngắn¹¹⁸.

Theo y văn, có rất nhiều phương pháp phẫu thuật cắt mí đường mổ toàn bộ. Sau đây là một số phương pháp đã được sử dụng, mang tính mới lần đầu tiên được báo cáo theo lược sử phẫu thuật tạo hình mí mắt ở người châu Á:

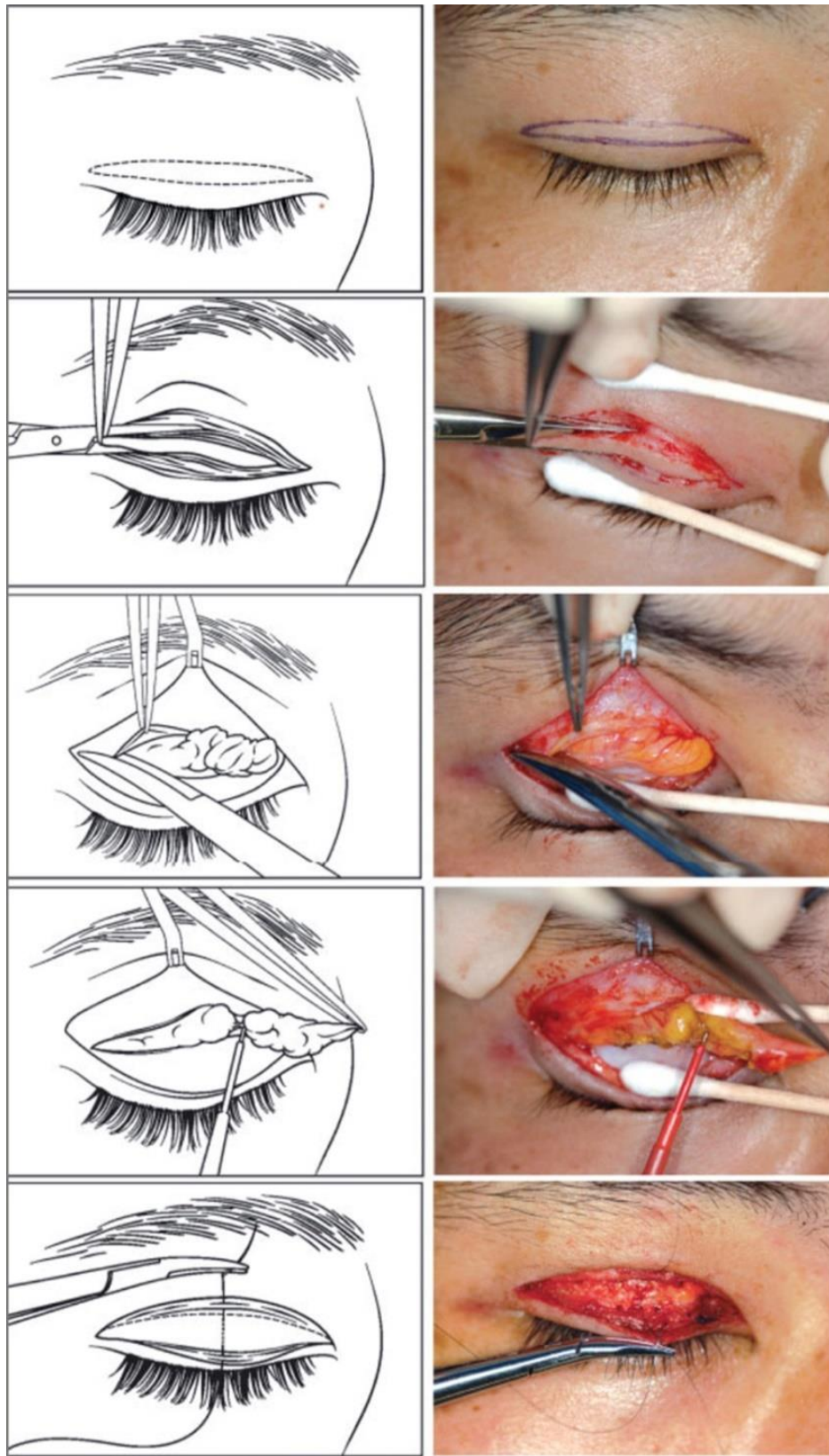
- Phương pháp phẫu thuật của Maruo (1929)⁸⁰: Maruo là người đầu tiên đề xuất kỹ thuật rạch da mí trên toàn bộ để tạo nếp mí vào năm 1929. Kỹ thuật này không cắt da mí thừa, thiết kế 1 đường rạch tương đương đường nếp mí, chiều cao đường rạch da là 7mm cách bờ mí tự do, khâu da mũi rời bằng chỉ Catgut 5.0, không cắt chỉ, để chỉ tự tiêu.

- Phương pháp phẫu thuật của Millard (1955)⁸⁹: Millard là người đầu tiên đề xuất kỹ thuật tạo hình nếp mí trên có cắt da mí thừa ở người châu Á. Kỹ thuật này thiết kế hai đường rạch, có cắt bỏ 3mm da mí thừa, lấy mỡ thừa ở mắt, có cắt cơ vòng mí, khâu da mũi rời bằng chỉ Catgut 5.0, khâu tạo nếp mí da-sụn, mũi rời bằng chỉ lụa. Nếp mí tạo được là nếp mí tĩnh (Static), nếp mí luôn thường trực tại vết sẹo mổ cả khi nhắm và mở mắt.

- Phương pháp phẫu thuật của McCurdy (2005)³: McCurdy là người đầu tiên đề xuất kỹ thuật tạo hình nếp mí động (Dynamic) ở người châu Á. Kỹ thuật này có cắt da mí thừa, lấy mỡ thừa ở mắt, có cắt cơ vòng mí, khâu tạo nếp mí bằng mũi da-cân cơ nâng mí, khâu da mũi rời bằng chỉ Nylon 6.0. Cắt chỉ sau 7 ngày. Nếp mí tạo được là nếp mí động, nếp mí nhìn rõ khi mở mắt.

- Phương pháp phẫu thuật của Chen (1996)⁸: Chen là người đầu tiên đề xuất đường cắt cơ vòng mí và tổ chức dưới da mí theo 3 mức tam giác-hình thang-hình chữ nhật, ứng dụng tạo hình nếp mí trên cho người có mí phồng, tổ chức vùng mí trên dày hơn bình thường. Kỹ thuật này rạch da theo đường nếp mí, có cắt da mí thừa, cắt cơ vòng mí theo 3 mức, có lấy mỡ thừa ở mắt, khâu tạo nếp mí da-tổ chức dưới da-cơ vòng mí-da tạo nếp mí tĩnh (Static). Chỉ 6.0 mũi rời và chỉ 7.0 mũi vắt. Cắt chỉ sau 5-7 ngày.

- Phương pháp phẫu thuật của Scawn (2010)⁴: Scawn là người đầu tiên đề xuất phẫu thuật tạo hình nếp mí trên theo kiểu hình mắt hai mí phù hợp với người châu Á. Tác giả mô tả những biến thể của nếp mí trên ở mắt hai mí người châu Á, chia thành 4 kiểu hình: Thể hẹp góc trong, thể song song, thể vòm ngoài và thể bán nguyệt. Kỹ thuật này có cắt da thừa mí trên, lấy bớt mỡ thừa ở mắt, cắt một phần cơ vòng mí, chiều cao đường rạch da tương ứng đường nếp mí 6-10 mm. Trong đó, 6-7 mm cho tạo nếp mí nhỏ, lớn hơn 9 mm cho tạo nếp mí to. Cách đặt mũi khâu tạo nếp mí động, tạo liên kết tổ chức dưới da cơ nâng mí bằng 3 mũi chỉ rời không tiêu Nylon 7.0. Khâu da mũi vắt chỉ Nylon 6.0. Kiểu hình nếp mí tạo được là kiểu hẹp góc trong hoặc thể song song. Tác giả cho rằng, nếp mí to và kiểu hình bán nguyệt có thể bị coi là không tự nhiên ở người châu Á, là “Tây hóa” quá mức. Phương pháp của Scawn (2010)⁴ hội tụ đủ các kỹ thuật cần thiết để tạo được nếp mí trên tự nhiên, phù hợp với người châu Á. Nghiên cứu của chúng tôi áp dụng phương pháp phẫu thuật tạo hình nếp mí trên theo phương pháp của Scawn (2010)⁴.



Hình 1.17. Phương pháp cắt mí toàn bộ của Scawn (2010)⁴

Biến chứng của các phương pháp phẫu thuật tạo hình nếp mi trên đường mổ toàn bộ như sau. Theo các báo cáo và tài liệu nghiên cứu về kết quả tạo hình nếp mi trên có tỷ lệ thành công rất cao khoảng 90,6% đến 97,1% đạt kết quả tốt^{4,118}. Một số biến chứng được báo cáo chủ yếu là các biến chứng chung sau phẫu thuật như chảy máu, tụ máu dưới vết mổ, nhiễm trùng...¹¹⁹. Vấn đề này xảy ra khi phẫu thuật viên không tuân thủ các nguyên tắc chung của phẫu thuật. Phẫu thuật tạo hình nếp mi trên là một can thiệp ngoại khoa trên da mi, do tính chất lỏng lẻo có các khoang chứa dịch và đặc điểm giải phẫu vùng mi mắt có hệ thống mạch máu đa dạng do đó những biến chứng trong cuộc mổ như chảy máu, bầm tím, sưng nề hay gập. Tuy nhiên các biến chứng này thường khỏi sau 1 - 2 tuần nếu được điều trị đúng mà không gây ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật. Ngoài ra có thể gặp các biến chứng nặng ảnh hưởng đến chức năng mắt bao gồm: Hở mi do cắt lượng da mi quá nhiều, cần lưu ý đo lường lượng da thừa cắt bỏ; Sụp mi, do cắt đứt chỗ bám của cân cơ nâng mi trên vào sụn mi trong thì cắt bỏ cơ vòng mi; Khô mắt do thao tác tổn thương tuyến lệ trong thì lấy mỡ thừa vùng mi trên; Xuất huyết hậu nhãn do chảy máu sau khi cắt bỏ túi mỡ thừa, là biến chứng nguy hiểm nhất, có thể đe dọa thị lực của bệnh nhân¹²⁰.

Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình nếp mi trên đường mổ toàn bộ, hiện tại, chưa có sự thống nhất về việc đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình nếp mi trên ở người châu Á và người Việt Nam. Trên thế giới, một số tác giả đã đề cập đến kết quả mong muốn sau phẫu thuật tạo hình nếp mi trên^{121,122}. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự thành công của phẫu thuật gồm kích thước nếp mi trên, hình dạng mắt hai mí, sự cân đối (đối xứng) của nếp mí hai bên, sự tồn tại của nếp mí (ổn định hay bị mất nếp mí sau một thời gian)^{3,4,6,83,118}. Theo McCurdy (2005)³ nhấn mạnh việc mất cân đối giữa hai bên mắt là một

trong những phàn nàn thường gặp nhất khi tạo hình nếp mi trên, do các biến thể hình thái mi trên đa dạng, phức tạp ở người châu Á. Theo Scawn (2010)⁴ cho rằng, trong dân số châu Á đa dạng, tồn tại những sự khác biệt đáng kể, nên mục đích thẩm mỹ có thể sẽ khác nhau giữa các cá nhân. Yêu cầu đôi mắt hai mí tạo ra không phải là đôi mắt “Tây hóa” như phương pháp của Millard (1955)⁸⁹ mô tả, mà là đôi mắt tự nhiên, như đa số quần thể văn hóa họ đang sinh sống. Theo Park (2007)⁶ chiều cao và hình dạng nếp mí tạo ra phải được thảo luận kỹ trước phẫu thuật với bệnh nhân. Kết quả phẫu thuật cần thực hiện được như đã thảo luận theo mong muốn của bệnh nhân và khả năng thực tế có thể đạt được, tránh phàn nàn về kết quả phẫu thuật sau này. Theo Chen (2015)⁸³ và Chen (2020)¹¹⁸ các tiêu chí đánh giá nếp mí sau phẫu thuật gồm có: Hình dạng, chiều cao nếp mi, sự rõ ràng liên tục và sự ổn định lâu dài của nếp mi trên sau phẫu thuật.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nội dung nghiên cứu gồm 2 phần: Nghiên cứu hình thái, nhân trắc mắt và nghiên cứu lâm sàng phẫu thuật tạo hình nếp mi trên. Hai nghiên cứu này tiến hành trên các nhóm đối tượng khác nhau, tại các thời điểm khác nhau, không trùng lặp về mẫu nghiên cứu.

2.1. Nghiên cứu hình thái nhân trắc mắt

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu hình thái và nhân trắc mắt trên 352 nữ thanh niên người Việt, độ tuổi từ 18-23, gọi là nhóm nghiên cứu nhân trắc (viết tắt là nhóm NCNT). Trong đó, có 170 nữ sinh viên đại học Y Hà Nội và 182 nữ sinh viên đại học Y Dược Hải Phòng.

Thời gian nghiên cứu từ tháng 9/2016 đến tháng 02/2018.

2.1.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Là nữ người Việt trên 18 tuổi.
- Tự nguyện tham gia và hợp tác với nhóm nghiên cứu.

2.1.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người có tiền sử và bệnh lý, biến dạng ở mắt.
- Người đã phun, xăm cung mày.
- Người đã phẫu thuật vùng mi mắt.
- Không hợp tác trong quá trình nghiên cứu.

2.1.2. Phương pháp nghiên cứu

2.1.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Xác định các đặc điểm hình thái, chỉ số nhân trắc vùng mi trên ở nữ người Việt trưởng thành bằng phương pháp đo nhân trắc trực tiếp.

2.1.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chúng tôi áp dụng công thức ước tính cỡ mẫu cho một giá trị trung bình trong quần thể như sau:

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{\delta^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu.

(1) Sai sót loại I (α): Chọn $\alpha = 0,05$, tương ứng có ít hơn 5% cơ hội rút ra một kết luận dương tính giả.

(2) Sai sót loại II (β) hoặc lực mẫu (power là $1 - \beta$): Chọn $\beta = 0,1$ (hoặc lực mẫu = 0,9), tương ứng có 90% cơ hội tránh được một kết luận âm tính giả.

δ : là sai số mong muốn (cùng đơn vị với σ) ước tính 0,5 mm.

σ : Độ lệch chuẩn. Chọn $\sigma = 2,82$. Theo Đặng Văn Khanh (2011)⁷⁰.

Thay vào công thức, có: $(1,96+1,28)^2 \times 2,82^2 / 0,25 = 332$ người.

Cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu là 332 người.

Thực tế, chúng tôi nghiên cứu trên 352 đối tượng.

2.1.2.3. Cách thức tiến hành nghiên cứu

* Dụng cụ phương tiện nghiên cứu

- Thước kẹp Palmer có độ chính xác 0,1 mm.
- Compa đo mí có độ chính xác 0,1 mm.
- Thước milimet đo các chỉ số hình thể mí.
- Bút và thước đánh dấu.

(1) Khảo sát hình thái mí trên:

Chúng tôi quan sát mí trên hai bên nhằm: Xác định hình thái mí trên, kiểu hình mắt hai mí, tần suất và hình thái nếp quạt (Epicanthus).

Tư thế khám: Đối tượng nghiên cứu ngồi thẳng, lưng và đầu tựa sát vào một mặt phẳng cứng, mắt mở bình thường và nhìn thẳng. Chúng tôi quan sát từng vùng mi trên hai bên mắt.

*** Xác định hình thái mi trên:**

Dựa theo phân loại của Chen (2006)², chúng tôi chia hình thái mi trên thành 4 nhóm: mắt một mí, hai mí, mí ả, nhiều nếp mí.



Mắt một mí



Mắt hai mí



Mí ả



Nhiều nếp mí

Hình 2.1. Phân loại hình thái mi trên

- Mắt một mí: Không có nếp mí.
- Mắt hai mí: Có một nếp mí rõ, liên tục theo chiều dài mi trên.
- Mí ả: Nếp gấp mi không hoàn toàn, nếp gấp mi không liên tục, nếp gấp mi mờ kéo dài liên tục.
- Nhiều nếp mí: Nếp gấp mi có các nếp gấp phụ.

*** *Xác định các kiểu hình mắt hai mí:***

Trong số những người có mắt hai mí, chúng tôi xác định các kiểu hình mắt hai mí theo phân loại của Scawn (2010)⁴, gồm 4 thể:

- Thể hẹp góc trong: Nếp mí tạo góc hẹp với bờ mi tự do ở phía mũi.
- Thể song song: Nếp mí chạy song song với bờ mi tự do.
- Thể vòm ngoài: Nếp mí chạy ra ngoài và mở to dần.
- Thể bán nguyệt: Nếp mí to nhất ở giữa, hẹp ở hai đầu hình nửa vầng

trăng.

*** *Xác định nếp quạt (Epicanthus):*** Quan sát góc mắt trong để phát hiện một dải da chạy từ trên xuống hình nan rẻ quạt che phủ góc mắt trong.

*** *Xác định hình thái nếp quạt (Epicanthus)***

Theo phân loại của Johnson (1978)⁶⁵ chia nếp quạt (Epicanthus) thành 4 thể:

- Thể trên lông mi: nếp quạt xuất phát từ khu vực của lông mày và mở rộng về phía hồ lệ.
- Thể bờ mi: nếp quạt xuất phát từ mi trên phía trên khu vực sụn mi và kéo dài xuống phần dưới của ổ mắt.
- Thể sụn mi: nếp quạt xuất phát từ nếp gấp sụn mi hoặc nếp mi trên và biến mất vào trong khóe mắt.
- Thể đảo ngược: nếp quạt xuất phát từ mi dưới góc mắt trong, đi ngược lên.



Không có nếp quạt (Epicanthus)



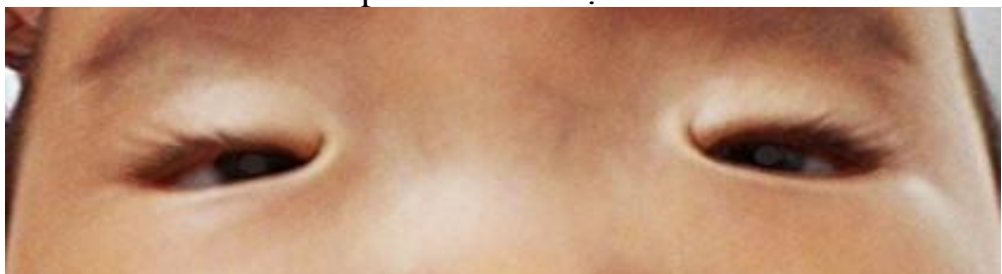
Epicanthus thể trên lông mi



Epicanthus thể bờ mi



Epicanthus thể sụn mi



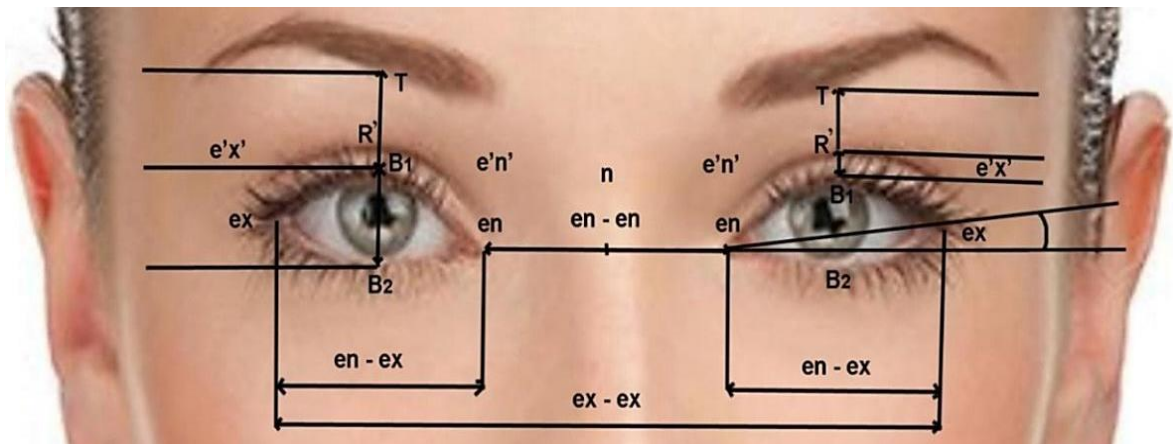
Epicanthus thể đảo ngược

Hình 2.2. Phân loại hình thái nếp quạt (Epicanthus).

(2) Khảo sát nhân trắc mắt:

* Các điểm mốc

- Điểm góc mắt trong: Điểm en
- Điểm góc mắt ngoài: Điểm ex
- Điểm bờ mi trên khi nhắm mắt: Điểm B_1
- Điểm bờ mi trên khi mở mắt: Điểm B_1' .
- Điểm bờ mi dưới: Điểm B_2
- Điểm bờ dưới cung mày: Điểm T.
- Điểm đường nếp mi (nhắm mắt): Điểm R
- Điểm nếp mi trên (mở mắt): Điểm R'



Hình 2.3. Các mốc và khoảng cách cần đo ở mắt

* Cách xác định điểm mốc

- Điểm en và ex: Là giao điểm của mi trên và mi dưới ở trong và ngoài. Các điểm B_1 , B_1' , B_2 , T, R, R' : Nằm trên đường thẳng đi qua đồng tử, vuông góc với đường nằm ngang đi qua 2 đồng tử. Các điểm R, R' khảo sát trên mắt hai mí.

* Cách đo

- Tư thế: Ngồi thẳng, lưng và đầu tựa vào tường, mắt mở ở tư thế bình thường và nhìn thẳng. Riêng đo chiều cao mi trên và chiều cao nếp mi trên thì tư thế nhắm mắt nhẹ nhàng như ngủ và không nhướng mày. Dùng compas và thước để đo các kích thước, ghi kết quả.

- Các kích thước cần đo: Các kích thước của góc mắt; Các kích thước của khe mi; Các kích thước mi trên; Các kích thước của nếp mi trên;

- ***Các kích thước của góc mắt:***

▪ Khoảng cách hai góc mắt trong (ICD – Intercanthal distance): (en – en). Đo khoảng cách giữa hai điểm góc mắt trong của hai mắt trái - phải. Đơn vị: millimet (mm).

▪ Khoảng cách hai góc mắt ngoài (OCD – Outercanthal distance): (ex – ex). Đo khoảng cách giữa hai điểm góc mắt ngoài của hai mắt trái - phải. Đơn vị: millimet (mm).

- ***Các kích thước của khe mi:***

▪ Chiều cao khe mi (PFH - Palpebral fissure height): (B_1 - B_2). Đo khoảng cách giữa điểm bờ mi trên B_1 và điểm bờ mi dưới B_2 khi mở mắt bình thường, nhìn thẳng. Đơn vị: millimet (mm).

▪ Chiều rộng khe mi (PFW - Palpebral fissure width): (en–ex). Đo khoảng cách giữa điểm góc mắt trong và điểm góc mắt ngoài. Đơn vị: millimet (mm).

▪ Độ chệch khe mi (PFI- Palpebral fissure inclination). Đo góc nhọn tạo bởi đoạn thẳng từ điểm góc mắt trong đến điểm góc mắt ngoài (en-ex), và đường thẳng ngang qua hai điểm góc mắt trong trái - phải (en – en). Đơn vị: độ.

- ***Các kích thước của chiều cao mi trên:***

▪ Chiều cao mi trên nhắm mắt: ($B_1 - T$), là khoảng cách từ bờ tự do mi trên khi nhắm mắt (điểm B_1) đến điểm dưới cung mày (điểm T), đo khi mắt nhắm tự nhiên và không nhướng mày. Đơn vị: millimet (mm).

▪ Chiều cao mi trên mở mắt: ($B_1' - T$), là khoảng cách từ bờ tự do mi trên khi mở mắt (điểm B_1') đến điểm dưới cung mày (điểm T), đo khi mắt ở tư thế mở bình thường và nhìn thẳng, không nhướng mày. Đơn vị: millimet (mm).

- **Các kích thước của chiều cao nếp mi:**

▪ Chiều cao đường nếp mi: ($B_1 - R$), đo khoảng cách giữa điểm đường nếp mi R đến điểm bờ mi trên B_1 khi mắt nhắm tự nhiên và không nhướng mày. Đơn vị: millimet (mm).

▪ Chiều cao nếp mi trên: ($B_1' - R'$), đo khoảng cách giữa điểm nếp mi R' đến điểm bờ mi trên B_1' khi mở mắt nhìn thẳng tự nhiên và không nhướng mày. Đơn vị: millimet (mm).



Chiều cao mi trên nhắm mắt: $B_1 - T$

Chiều cao đường nếp mi: $B_1 - R$

Chiều cao mi trên mở mắt: $B_1' - T$

Chiều cao nếp mi trên: $B_1' - R'$

Hình 2.4. Các mốc và khoảng cách cần đo ở mi trên.

* **Các chỉ số mắt:**

Các chỉ số mắt là biểu thị mối tương quan giữa các kích thước mi mắt. Chúng tôi khảo sát 5 chỉ số mắt: Chỉ số mắt 1, chỉ số mắt 2, chỉ số mắt 3, chỉ số mắt 4, chỉ số mắt 5.

- **Cách tính chỉ số mắt và các thang phân loại chỉ số mắt:**

Chỉ số mắt 1, 2 được khảo sát trên tất cả đối tượng ở nhóm NCNT, tương đương là 352 người, 704 mắt. Chỉ số mắt 3, 4, 5 được khảo sát trên mắt hai mí, tương đương với 483 mắt.

- **Chỉ số mắt 1** (Viết tắt là CSM1): là mối tương quan giữa khoảng cách hai góc mắt trong (en-en) với khoảng cách hai góc mắt ngoài (ex – ex).

$$\text{Chỉ số mắt 1} = \frac{(\text{en} - \text{en})}{(\text{ex} - \text{ex})} \times 100$$

Thang phân loại CSM1 chia 3 mức: Hai mắt gần nhau: Khi CSM1 nhỏ hơn chỉ số mắt 1 trung bình (viết tắt là CSM1TB); Hai mắt trung bình: Khi CSM1 trong khoảng CSM1TB; Hai mắt xa nhau: Khi CSM1 lớn hơn CSM1TB.

- **Chỉ số mắt 2** (Viết tắt là CSM2): Mối tương quan giữa chiều cao khe mi (B1 - B2) với chiều rộng khe mi (en-ex).

$$\text{Chỉ số mắt 2} = \frac{(B_1 - B_2)}{(\text{en} - \text{ex})} \times 100$$

Thang phân loại CSM2 chia 3 mức: Khe mi hẹp: Khi CSM2 nhỏ hơn chỉ số mắt 2 trung bình (viết tắt là CSM2TB); Khe mi trung bình: Nếu CSM2 trong khoảng CSM2TB. Khe mi rộng: Khi CSM2 lớn hơn CSM2TB.

- **Chỉ số mắt 3** (Viết tắt là CSM3): là mối tương quan giữa chiều cao đường nếp mi (B₁ –R) và chiều cao mi trên nhắm mắt (B₁ – T).

$$\text{Chỉ số mắt 3} = \frac{(B_1 - R)}{(B_1 - T)} \times 100$$

Thang phân loại CSM3 chia 3 mức: Đường nếp mi thấp: Khi CSM3 nhỏ hơn chỉ số mắt 3 trung bình (viết tắt là CSM3TB); Đường nếp mi trung

bình: Khi CSM3 trong khoảng CSM3TB; Đường nếp mi cao: Khi CSM3 lớn hơn CSM3TB.

▪ **Chỉ số mắt 4** (Viết tắt là CSM4): là mối tương quan giữa chiều cao nếp mi trên ($B_1' - R'$) và chiều cao mi trên mở mắt ($B_1' - T$).

$$\text{Chỉ số mắt 4} = \frac{(B_1' - R')}{(B_1' - T)} \times 100$$

Thang phân loại CSM4 chia 3 mức: Nếp mi trên thấp: Khi CSM4 nhỏ hơn chỉ số mắt 4 trung bình (viết tắt là CSM4TB); Nếp mi trên: Khi CSM4 trong khoảng CSM4TB; Nếp mi trên cao: Khi CSM4 lớn hơn CSM4TB.

▪ **Chỉ số mắt 5** (Viết tắt là CSM5): là mối tương quan giữa chiều cao nếp mi trên ($B_1' - R'$) và chiều cao đường nếp mi ($B_1 - R$).

$$\text{Chỉ số mắt 5} = \frac{(B_1' - R')}{(B_1 - R)} \times 100$$

Thang phân loại CSM5 chia 3 mức: Nếp mi trên thay đổi nhiều: Khi CSM5 nhỏ hơn chỉ số mắt 5 trung bình (viết tắt là CSM5TB); Nếp mi trên thay đổi trung bình: Khi CSM5 trong khoảng CSM5TB; Nếp mi trên thay đổi ít: Khi CSM5 lớn hơn CSM5TB.

Chúng tôi nhận định, đôi mắt có cả 5 chỉ số mắt 1,2,3,4,5, trong giới hạn bình thường được cho là đôi mắt hài hòa.

2.1.2.4. *Biến số và chỉ số nghiên cứu hình thái nhân trắc*

Bảng 2.1. Cách đánh giá biến số và chỉ số nghiên cứu hình thái nhân trắc

Biến số	Loại biến số	Kỹ thuật và công cụ thu thập
Hình thái		
Phân loại hình thái mi trên	Định tính	- Phiếu thu thập số liệu
Kiểu hình mắt hai mí		- Quan sát
Nếp quạ (Epicanthus)		- Ghi chép
Hình thái nếp quạ (Epicanthus)		
Nhân trắc		
Khoảng cách hai góc mắt trong	Định lượng	- Thước đo: đơn vị milimet
Khoảng cách hai góc mắt ngoài		- Thước kẹp Palmer có độ chính xác 0,1 mm
Chiều cao khe mi		- Compa đo mí có độ chính xác 0,1 mm
Chiều rộng khe mi		- Bút và thước đánh dấu
Độ chếch khe mi		- Đo kích thước, tính toán theo công thức
Chiều cao mi trên nhắm mắt		- Phiếu thu thập số liệu
Chiều cao mi trên mở mắt		- Ghi chép
Chiều cao đường nếp mi		
Chiều cao nếp mi trên		
CSM 1 và thang phân loại		
CSM 2 và thang phân loại		
CSM 3 và thang phân loại		
CSM 4 và thang phân loại		
CSM 5 và thang phân loại		

2.1.2.5. Sai số và cách khắc phục

Sai số thường xảy ra trong quá trình xác định hình thái, xác định điểm mốc, kích thước và sai số trong đo đạc. Sai số do một số nguyên nhân như sau: Sự chính xác của định nghĩa hình thái, định nghĩa điểm mốc, kỹ thuật xác định điểm mốc, định nghĩa hình thái mắt. Sai số trong đo đạc do sai số các phép đo giữa các người đo khác nhau hay cùng một người đo nhiều lần.

Để khắc phục sai số này, chúng tôi lựa chọn dụng cụ đo đạc chất lượng tốt, tính chính xác cao, một người đo, một người ghi chép. Người đo đo hai lần (phương pháp kiểm – tái kiểm). Đối với mỗi phép đo, sử dụng Pearson test để tính hệ số tương quan r giữa hai lần đo, đánh giá độ kiên định của người đo. Kết quả các phép đo đều có $r \geq 0,7$ cho thấy người đo có độ kiên định trong đo đạc cao. Tập huấn nhóm nghiên cứu, những người ghi chép, thống nhất về cách nhận định đặc điểm, phân loại hình thái mi trên, về định nghĩa các kích thước mắt để ghi chép chính xác vào bệnh án nghiên cứu.

2.1.2.6. Phương pháp xử lý số liệu nghiên cứu

Xử lý số liệu bằng chương trình Epi-info 6.0, phân tích số liệu bằng phần mềm STATA 12.0. Sử dụng thống kê mô tả bao gồm tỷ lệ, trung bình, độ lệch chuẩn. Thống kê suy luận bao gồm kiểm định so sánh giá trị trung bình của từng chỉ số bằng kiểm định t-test. Sử dụng phân tích tương quan nhằm đánh giá mức độ tương quan giữa hai hay nhiều biến số nghiên cứu thông qua tính hệ số tương quan giữa các biến định lượng qua Pearson test.

2.1.2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu được giải thích về những nội dung nghiên cứu và đồng ý một cách tự nguyện tham gia nghiên cứu. Đề tài nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức - Trường Đại học Y Hà Nội thông qua. Các hoạt động thực hiện trong quá trình nghiên cứu được cơ sở nghiên cứu chấp nhận. Các trường hợp không đồng ý tham gia nghiên cứu được chấp nhận và không bị phân biệt đối xử. Thông tin thu thập được chỉ dùng với mục đích nghiên cứu.

2.2. Nghiên cứu lâm sàng

2.2.1. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu phẫu thuật tạo hình nếp mí trên ở 112 nữ bệnh nhân tuổi từ 18-54, trong đó có 15 nữ bệnh nhân tại khoa Phẫu thuật tạo hình Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn và 97 nữ bệnh nhân tại khoa Phẫu thuật tạo hình bệnh viện đa khoa Đức Giang.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 4/2017 đến tháng 10/2021.

2.2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Là nữ người Việt trưởng thành.
- Người có mắt một mí, mí ẩn, nếp mí nhỏ, nhiều nếp mí.
- Bệnh nhân có nhu cầu phẫu thuật tạo hình nếp mí trên.
- Tự nguyện tham gia và hợp tác với nhóm nghiên cứu.

2.2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Sụp mí, hở mí, biến dạng mí, đã phẫu thuật vùng mí trên.
- Người có bệnh lý viêm nhiễm vùng mí trên.
- Người có bệnh mạn tính như lao, suy tạng, tim mạch, đái tháo đường, Basedow, ung thư...
- Người có cơ địa sẹo lồi.
- Không hợp tác trong quá trình nghiên cứu.

2.2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Đây là nghiên cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng, tiến cứu, theo dõi dọc.

2.2.2.2. Cỡ mẫu

Chúng tôi áp dụng công thức ước tính 1 tỷ lệ cho nghiên cứu lâm sàng như sau:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n : số bệnh nhân tối thiểu

α : mức ý nghĩa thống kê ($\alpha = 0.05$)

Z: hệ số tin cậy $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$

d: sai số nghiên cứu, chọn $d = 0,05$

p: tỷ lệ thành công. Chọn $p = 96,2\%$ theo Scawn (2010)⁴.

Thay vào công thức, có $n = 56$ người.

Cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu là 56 người.

Thực tế, nghiên cứu này thực hiện trên 112 bệnh nhân.

2.2.2.3. Cách thức tiến hành nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành khám lâm sàng vùng mi trên, phẫu thuật tạo hình nếp mi trên, chăm sóc sau phẫu thuật, ghi chép các biến số, chỉ số nghiên cứu theo thời điểm 1 tuần, 3 tháng, 6 tháng vào bệnh án nghiên cứu.

* Dụng cụ và phương tiện nghiên cứu

- Bảng thị lực Snellen.
- Thước kẹp Palmer có độ chính xác 0,1 mm.
- Compa đo mí có độ chính xác 0,1 mm.
- Thước milimet đo các chỉ số hình thể mi.
- Bút và thước đánh dấu.
- Bộ dụng cụ phẫu thuật mi.
- Chỉ Prolene số 7.0, chỉ Dafilon số 7.0, chỉ Vicryl số 6.0.
- Máy cắt đốt điện cao tần lưỡng cực (3,8 MHz).

(1) Khám lâm sàng

Chúng tôi nghiên cứu phẫu thuật tạo hình nếp mi trên cho mắt một mí,

mí ẩn, nhiều nếp mí, mắt hai mí nhưng nếp mí nhỏ. Theo Scawn (2010)⁴ chiều cao đường nếp mí người châu Á từ 6-10 mm. Do đó, sơ bộ sàng lọc nếp mí nhỏ khi chiều cao đường nếp mí dưới 5 mm.

a) Hỏi thông tin chung: Gồm tên, tuổi, địa chỉ, số điện thoại liên lạc, nghề nghiệp, tiền sử bệnh... Chúng tôi phân chia 3 nhóm tuổi ở bệnh nhân: Từ 18-25 tuổi, 25-40 tuổi, trên 40 tuổi.

b) Đo thị lực: Đo thị lực, thị lực chỉnh kính trước phẫu thuật bằng bảng thị lực Snellen (phân loại theo tổ chức y tế thế giới). Phân loại mức thị lực (20/20 – 20/70, 20/80–20/ 200, 20/400–ĐNT 1m). Cho bệnh nhân đứng cách bảng thị lực 5m, lần lượt đọc các dòng từ lớn tới nhỏ. Ghi lại thị lực tương ứng với hàng nhỏ nhất mà bệnh nhân còn có thể đọc được.

c) Khảo sát hình thái nhãn trác mắt trước phẫu thuật: Chúng tôi xác định hình thái mí trên, các kích thước mắt tương tự phân NCNT (mục 2.1.2.3).

d) Khảo sát thừa da, mỡ vùng mí trên: Xác định thừa da mí trên bằng phương pháp “kẹp da”. Bệnh nhân ngồi nhìn thẳng và nhắm mắt, dùng bút đánh dấu điểm đường nếp mí R cách bờ mí 7 mm, dùng nia phẫu tích nhỏ không máu kẹp da mí từ trên xuống dưới sao cho da mí phẳng và khe mí hở khoảng 1 mm, khi đầu hai nhánh nia áp sát vào nhau dùng bút đánh dấu một điểm sát ngay chân của nhánh nia trên. Đo khoảng cách giữa hai điểm. Tham khảo cách chia mức độ thừa da mí trên của Đặng Văn Khanh (2011)⁷⁰ Chúng tôi phân độ thừa da mí trên như sau: Không thừa da: 0-2mm. Độ 1: thừa da 2-5mm. Độ 2: thừa da 5-7 mm. Độ 3: thừa da > 7mm.

e) Khảo sát thừa mỡ vùng mí trên

Bệnh nhân ngồi, mặt thẳng, lưng và đầu tựa sát vào một mặt phẳng cứng, mắt nhắm. Quan sát, sờ nắn mí mắt nhằm xác định mỡ của da mí trên. Dùng tay kéo nhẹ cung mày lên trên, ấn nhẹ vào nhãn cầu và mí dưới: Nếu thấy khối đẩy lồi ra vùng trên nhãn cầu: xác định có thừa mỡ ổ mắt.

(2) Chỉ định kỹ thuật:

Trong nghiên cứu này chúng tôi áp dụng phương pháp phẫu thuật tạo hình nếp mi trên toàn bộ của Scawn (2010)⁴. Chúng tôi chia hai mức: phẫu thuật tạo hình nếp mi trên 1 đường rạch (PTTH nếp mi trên 1 đường rạch) và phẫu thuật tạo hình nếp mi trên 2 đường rạch (PTTH nếp mi trên 2 đường rạch). Dựa vào hình thái nếp mi trên, độ thừa da mi trên, chúng tôi lựa chọn phương pháp phẫu thuật cho từng bệnh nhân.

a) PTTH nếp mi trên 1 đường rạch: áp dụng cho các trường hợp:

- Hình thái mi trên: Mất một mí, mí ẩn, nếp mí nhỏ, nhiều nếp mí.
- Độ thừa da mi trên: Không thừa da.

b) PTTH nếp mi trên 2 đường rạch: áp dụng cho các trường hợp:

- Hình thái mi trên: Mất một mí, mí ẩn, nếp mí nhỏ, nhiều nếp mí.
- Độ thừa da mi trên: Thừa da mi trên độ 1, 2, 3.

(3) Phương pháp vô cảm: Gây tê tại chỗ. Thuốc tê: Licocaine 2% có Adrenaline tỷ lệ 1/100.000. Liều lượng: Mỗi mi sử dụng 1,5 -2 ml thuốc tê.

(4) Phẫu thuật:

a) Thiết kế đường mổ:

Mục đích chúng tôi mong muốn tạo được nếp mi trên rõ ràng, tự nhiên của người Việt, phù hợp với từng bệnh nhân. Do đó, chúng tôi sử dụng các chỉ số nhân trắc đã được nghiên cứu trước đó trong nghiên cứu hình thái nhân trắc nữ người Việt trưởng thành (nhóm NCNT). Chúng tôi chọn đường rạch da theo đường nếp mi. Chiều cao đường rạch da trong khoảng chiều cao đường nếp mi ($B_1 - R$) trung bình ở nhóm NCNT. Từ đó, xác định được điểm R.

- Thiết kế tạo nếp mi trên 1 đường rạch: Vẽ đường nếp mi từ điểm R kéo dài vào trong và ra ngoài. Ở phía ngoài song song với bờ mi, kết thúc ở điểm tương ứng ngay trên góc mắt ngoài. Ở phía trong, cong xuống thấp dần về góc mắt trong, kết thúc ở điểm tương ứng ngay trên góc mắt trong 5mm.

- Thiết kế tạo nếp mi trên 2 đường rạch:

Đường rạch 1: Vẽ đường nếp mi từ điểm R kéo dài vào trong và ra ngoài. Ở phía ngoài song song với bờ mi, khi đến điểm tương ứng ngay trên góc mắt ngoài thì vẽ nếp mi chéch lên trên 10° , ra ngoài khoảng 0,5 - 1cm tùy tình trạng da thừa nhiều hay ít. Ở phía trong, cong xuống thấp dần về góc mắt trong, kết thúc ở điểm tương ứng ngay trên góc mắt trong 5mm.

Đường rạch 2: Phía trên đường rạch 1, để cắt da thừa. Xác định điểm giữa đường rạch thứ 2 bằng phương pháp “kẹp da”. Dùng nĩa phẫu tích nhỏ không mấu kẹp da mi từ điểm giữa đường nếp mi, từ trên xuống dưới, sao cho da mi phẳng và khe mi hở khoảng 1mm, khi đầu hai nhánh nĩa áp sát vào nhau dùng bút đánh dấu điểm chân của nhánh nĩa trên. Vẽ đường rạch thứ 2 theo đường vòng cung. Phía trong từ điểm giữa cong xuống, vào trong kết thúc ở điểm trong đường nếp mi. Phía ngoài từ điểm giữa cong xuống, ra ngoài kết thúc ở điểm ngoài đường nếp mi.

b) Tiến hành phẫu thuật:

- Bước 1: Rạch da theo thiết kế.

- Bước 2: Cắt bỏ da thừa (nếu có), cắt bỏ cơ vòng mi vùng rạch da, cắt bỏ mỡ dưới cơ vòng mi (nếu có). Dùng dao điện cầm máu vết mổ.

- Bước 3: Bộc lộ vách ổ mắt, lấy tay ấn nhẹ vùng nhãn cầu-mi dưới.

Nếu thấy túi mỡ lồi lên thì dùng kéo cắt một đường khoảng 2 mm qua vách ổ mắt, theo hướng song song đường mổ. Dùng nĩa có mấu kéo túi mỡ ổ mắt ra ngoài. Dùng kéo phẫu tích mở vỏ túi mỡ. Dùng panh kẹp một lượng mỡ ổ mắt vừa đủ. Dùng dao điện cắt khối mỡ và đốt cầm máu vỏ túi mỡ, tránh tổn thương tuyến lệ.

- Bước 4: Bóc tách xóa nếp mí cũ (nếu có): Chỉ định trong trường hợp bệnh nhân có nếp mí nhỏ, nhiều nếp mí. Chúng tôi tiến hành bóc tách, loại bỏ liên kết giữa sợi cân cơ nâng mi-da mi bằng kéo nhỏ đầu tù, nhằm xóa nếp mí cũ.

- Bước 5: Bộc lộ bờ trên sụn mi trên. Khâu tạo liên kết giữa lớp da, cơ vòng mi – cân mạc cơ nâng mi trên, cách trên mép da lên 1 mm bằng 3 mũi rời, chỉ Prolene 7.0. Các mũi khâu cách nhau 5 mm.

- Bước 6: Khâu đóng da bằng các mũi chỉ rời Dafilon 7.0. Các mũi khâu vắt liên tục, cách nhau 3 mm, điểm đặt mũi khâu cách mép vết mổ 0,5 mm.



Hình 2.5. Phẫu thuật tạo hình nếp mi trên (Hình từ nghiên cứu)

Trong phẫu thuật, chúng tôi khảo sát: Phương pháp phẫu thuật, các kỹ thuật hỗ trợ tạo hình nếp mi trên: cắt da mi thừa, lấy mỡ thừa ổ mắt, lấy mỡ thừa dưới cơ vòng mi, bóc tách xóa bỏ nếp mí cũ.

(4)- Chăm sóc sau phẫu thuật

c) Theo dõi và xử lý biến chứng sớm sau phẫu thuật:

Ngay sau phẫu thuật, chúng tôi theo dõi, chăm sóc bệnh nhân, phát hiện biến chứng và xử lý biến chứng. Chảy máu, tụ máu sau phẫu thuật: Nếu có máu tụ thì mi trên sưng nề rất nhanh, căng cứng, màu da đỏ tím hoặc chuyển

sang đỏ tím, có thể thấy rỉ dịch lẫn máu ở một vị trí nào đó trên đường mổ. Nếu có, cần xử trí sớm bằng cắt chỉ vết mổ, bơm rửa lấy máu tụ, tìm và cầm máu bằng máy đốt lưỡng cực, khâu tái tạo vết mổ theo kỹ thuật đã trình bày ở trên. Đánh giá tình trạng viêm, nhiễm trùng vết mổ như sưng, nóng, đỏ, đau, chảy dịch mủ để có biện pháp điều trị xử trí kịp thời, không để viêm nề kéo dài ảnh hưởng đến quá trình liền sẹo.

- Không có biến chứng: Không xảy ra bất cứ tình trạng nào như sau: chảy máu; tụ máu; xuất huyết dưới kết mạc; phù nề mi kéo dài (trên 2 tuần); tổn thương bề mặt nhãn cầu (nhìn mờ, đau nhức mắt, đỏ mắt, chảy nước mắt, chói cộm), sụp mi, song thị (nhìn đôi), hờ mi (mắt nhắm không kín), vết mổ lâu liền (trên 10 ngày)...

- Có biến chứng: Có từ một trong những tình trạng trên trở lên.

d) Thuốc điều trị sau mổ: Kháng sinh sau phẫu thuật: Cephalosporin 0,2g, uống 5 -7 ngày liên tục, ngày 2 lần, mỗi lần 1 viên. Thuốc kháng viêm: alpha chymotripsin 4,2mg, uống 5 ngày liên tục, ngày 2 lần, mỗi lần 2 viên. Nhỏ rửa mắt dung dịch nước muối sinh lý 0,9% 3 lần / ngày.

e) Chăm sóc, thay băng, cắt chỉ:

Chườm lạnh vùng mổ ngay sau phẫu thuật 2 ngày đầu. Thay băng cách ngày. Cắt chỉ vết mổ 6 - 8 ngày sau phẫu thuật.

(5)- Khám lại và đánh giá kết quả sau phẫu thuật:

Thời điểm khám lại: Chúng tôi khám lại sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng.

Chúng tôi đánh giá kết quả sau phẫu thuật gồm: Kết quả gần (sau phẫu thuật 3 tháng) và kết quả xa (sau phẫu thuật 6 tháng). Các bước thăm khám và đo đạc, xác định hình thái vùng mắt như trước phẫu thuật (mục 2.1.2.3). Các biến số, chỉ số sau phẫu thuật được ghi chép vào bệnh án nghiên cứu.

f) Khám lại sau phẫu thuật 3 tháng, 6 tháng: Chúng tôi khám lại để khảo sát và đánh giá các tiêu chí sau:

- Hình thái nhãn trực mắt sau phẫu thuật: Khám và đo đạc vùng mắt như trước phẫu thuật (mục 2.1.2.3). Chúng tôi đánh giá các tiêu chí:

- Chức năng mi mắt sau phẫu thuật:

- Chức năng mi mắt bình thường: Mắt nhắm kín; MRD1=3-4mm; Không tổn thương bề mặt nhãn cầu; Thị lực không thay đổi; Biên độ vận động mi mắt bình thường; Độ cong bờ mi bình thường.

- Chức năng mi mắt không bình thường: Khi không đạt các tiêu chuẩn trên.

Trong đó:

- + Khả năng nhắm kín và bảo vệ nhãn cầu: Yêu cầu bệnh nhân nhắm nhẹ mắt như ngủ và đánh giá xem mi mắt có khép kín hoàn toàn không. Độ hở mi được đo từ trung tâm mi trên xuống mi dưới khi mi mắt nhắm. Mắt nhắm kín: độ hở mi = 0 mm.

- + Khoảng cách ánh phản xạ giác mạc – bờ tự do mi trên (Margin to reflex distance_MRD1): Đo khoảng cách từ ánh phản quang đồng tử đến bờ mi trên vị trí 12h ở tư thế nhìn thẳng. Bình thường: MRD1 trong khoảng 3 – 4 mm.

- + Tổn thương bề mặt nhãn cầu: Khi có triệu chứng cơ năng nhìn mờ, đau nhức, đỏ mắt, chảy nước mắt, chói cộm. Khám thực thể: khám bằng đèn sinh hiển vi, phát hiện các tổn thương giác mạc bằng nhuộm fluorescein (viêm giác mạc, kết mạc, khô mắt, loét giác mạc, kết mạc...). Không tổn thương bề mặt nhãn cầu khi không có các dấu hiệu trên.

- + Thị lực: Đo thị lực, thị lực chỉnh kính sau phẫu thuật bằng bảng thị lực Snellen. Thị lực không thay đổi: Khi thị lực trước và sau phẫu thuật không có sự khác biệt.

- + Biên độ vận động mi mắt (Levator function_LF): Dùng thước milimet đo biên độ di chuyển của bờ tự do mi trên ở trung tâm khi nhìn xuống tối đa và nhìn lên tối đa khi cơ trán đã được chặn lại đến ánh đồng tử ở vị trí

12h khi mắt nhìn xuống hết cỡ. Biên độ vận động mi mắt bình thường: LF trong khoảng 9 - 16 mm.

+ Độ cong bờ mi (Curvature_C): Bình thường, đỉnh cao nhất mi mắt nằm ở vị trí chính giữa bờ mi, trên đường thẳng qua trung tâm của giác mạc. Những bất thường về hình dáng và vị trí mi mắt có thể làm biến đổi độ cong bờ mi. Chỉ số này được đo bằng khoảng cách từ điểm cao nhất của bờ tự do mi trên đến điểm chính giữa bờ mi thẳng với trung tâm của giác mạc, đo bằng đơn vị milimet. Độ cong bờ mi bình thường: $C = 0$ mm.

- Sự rõ ràng của nếp mi trên:

- Nếp mi trên rõ ràng: có 1 nếp mí rõ nét, liên tục hết chiều dài bờ mi.
- Nếp mi trên không rõ ràng: nếp mí nông, ngắn, không liên tục hoặc nhiều nếp mí nông hoặc không nhìn thấy nếp gấp mi trên.

- Sự cân đối kích thước nếp mi trên hai bên:

Chúng tôi tính độ chênh lệch của chiều cao nếp mi trên giữa hai mắt bằng công thức sau: Chênh ($B_1' - R'$) = ($B_1' - R'$) bên cao - ($B_1' - R'$) bên thấp.

Từ đó, chúng tôi đánh giá sự cân đối kích thước nếp mi trên hai bên:

- Nếp mi trên cân đối hai bên: khi Chênh ($B_1' - R'$) < 10% chiều cao nếp mi trên bên thấp.
- Nếp mi trên không cân đối hai bên: khi Chênh ($B_1' - R'$) \geq 10% chiều cao nếp mi trên bên thấp.

- Sự phù hợp của chiều cao nếp mi trên: Chúng tôi sử dụng chiều cao nếp mi trên ($B_1' - R'$) trung bình ở nhóm NCNT làm cơ sở đánh giá sự phù hợp chiều cao nếp mi trên sau phẫu thuật. Theo đó, chia 3 mức như sau:

- Nếp mi trên quá thấp: khi ($B_1' - R'$) < Chiều cao nếp mi trên TB nhóm NCNT.
- Nếp mi trên phù hợp: khi ($B_1' - R'$) trong khoảng chiều cao nếp mi trên TB nhóm NCNT.

▪ Nếp mi trên quá cao: khi $(B_1' - R')$ > Chiều cao nếp mi trên TB nhóm NCNT.

- Sự liền sẹo: Chúng tôi quan sát sẹo mi trên ở khoảng cách 0,5m.

▪ Sẹo đẹp: Sẹo phẳng, mảnh, mờ, mềm, màu sắc tương đồng với da mi.

▪ Sẹo trung bình: Sẹo rõ, sần, sờ cứng, màu sắc khác biệt so với da mi.

▪ Sẹo xấu: Sẹo lồi, lõm, giãn, co rúm da mi.

- Sự hài lòng của bệnh nhân: Hỏi cảm nhận chủ quan của bệnh nhân về kết quả phẫu thuật. Chia làm 3 mức: Rất hài lòng, hài lòng, không hài lòng.

(6) Đánh giá kết quả:

Tham khảo các tiêu chí đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình nếp mi trên ở người châu Á của Scawn (2010)⁴ và Chen (2015)⁸³. Chúng tôi khảo sát 5 tiêu chí đánh giá kết quả sau phẫu thuật gồm có: Tiêu chí 1: Chức năng mắt bình thường. Tiêu chí 2: Nếp mi trên rõ ràng. Tiêu chí 3: Nếp mi trên cân đối hai bên. Tiêu chí 4: Chiều cao nếp mi trên phù hợp. Tiêu chí 5: Sẹo đẹp.

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình nếp mi trên sau phẫu thuật 3 tháng, 6 tháng như sau: Tốt: Khi đạt đủ 5 tiêu chí. Khá: Khi đạt 3-4 tiêu chí (Bắt buộc có tiêu chí 1 và tiêu chí 2). Kém: Khi đạt 0-2 tiêu chí.

2.2.2.4. Biến số và chỉ số nghiên cứu phẫu thuật tạo hình nếp mi trên

Bảng 2.2: Cách đánh giá biến số và chỉ số nghiên cứu lâm sàng

Biến số	Loại biến số	Kỹ thuật và công cụ thu thập
Đặc điểm lâm sàng		
Tuổi và phân bố nhóm tuổi	Định tính	- Hỏi bệnh
Phân loại hình thái mi trên		- Quan sát
Tần suất thừa da mi trên		- Thước đo: đơn vị milimet
Mức độ thừa da mi trên		- Thước kẹp Palmer có độ chính xác 0,1 mm
Tần suất thừa mỡ ổ mắt		

Biến số	Loại biến số	Kỹ thuật và công cụ thu thập
Khoảng cách hai góc mắt trong	Định lượng	<ul style="list-style-type: none"> - Compa đo mí có độ chính xác 0,1 mm - Bút đánh dấu - Bệnh án nghiên cứu - Ghi chép
Khoảng cách hai góc mắt ngoài		
Chiều cao khe mí		
Chiều rộng khe mí		
Độ chéch khe mí		
Chiều cao mí trên nhắm mắt		
Chiều cao mí trên mở mắt		
Chiều cao đường nếp mí		
Chiều cao nếp mí trên		
Đặc điểm kỹ thuật		
Phương pháp PTH nếp mí trên	Định tính	
Tần suất cắt da thừa mí trên		
Tần suất lấy mỡ ổ mắt		
Tần suất bóc tách bỏ nếp mí cũ		
Biến chứng		
Kết quả phẫu thuật		
Chức năng mí trên	Định tính	
Hình thái mí trên		
Chiều cao khe mí	Định lượng	
Chiều cao nếp mí trên		
Sự rõ ràng nếp mí trên	Định tính	
Sự cân đối nếp mí trên hai bên		
Sự phù hợp chiều cao nếp mí trên		
Mức độ liên sẹo		
Mức độ hài lòng		
Đánh giá kết quả gần, xa		

2.2.2.5. Sai số và cách khắc phục

Cách khắc phục sai số trong xác định hình thái nhân trắc ở nhóm bệnh nhân, tương tự phần nghiên cứu nhân trắc (mục 2.1.2.5).

Ngoài ra, trong nghiên cứu can thiệp lâm sàng, sai số về kết quả thường xảy ra do không có sự thống nhất về chỉ định phương pháp phẫu thuật, qui trình thực hiện phẫu thuật, đặc biệt là khi có nhiều phẫu thuật viên. Để khắc phục sai số, chúng tôi chỉ có 1 kíp phẫu thuật duy nhất, thống nhất về chỉ định phương pháp phẫu thuật và tuân thủ các bước tiến hành phẫu thuật.

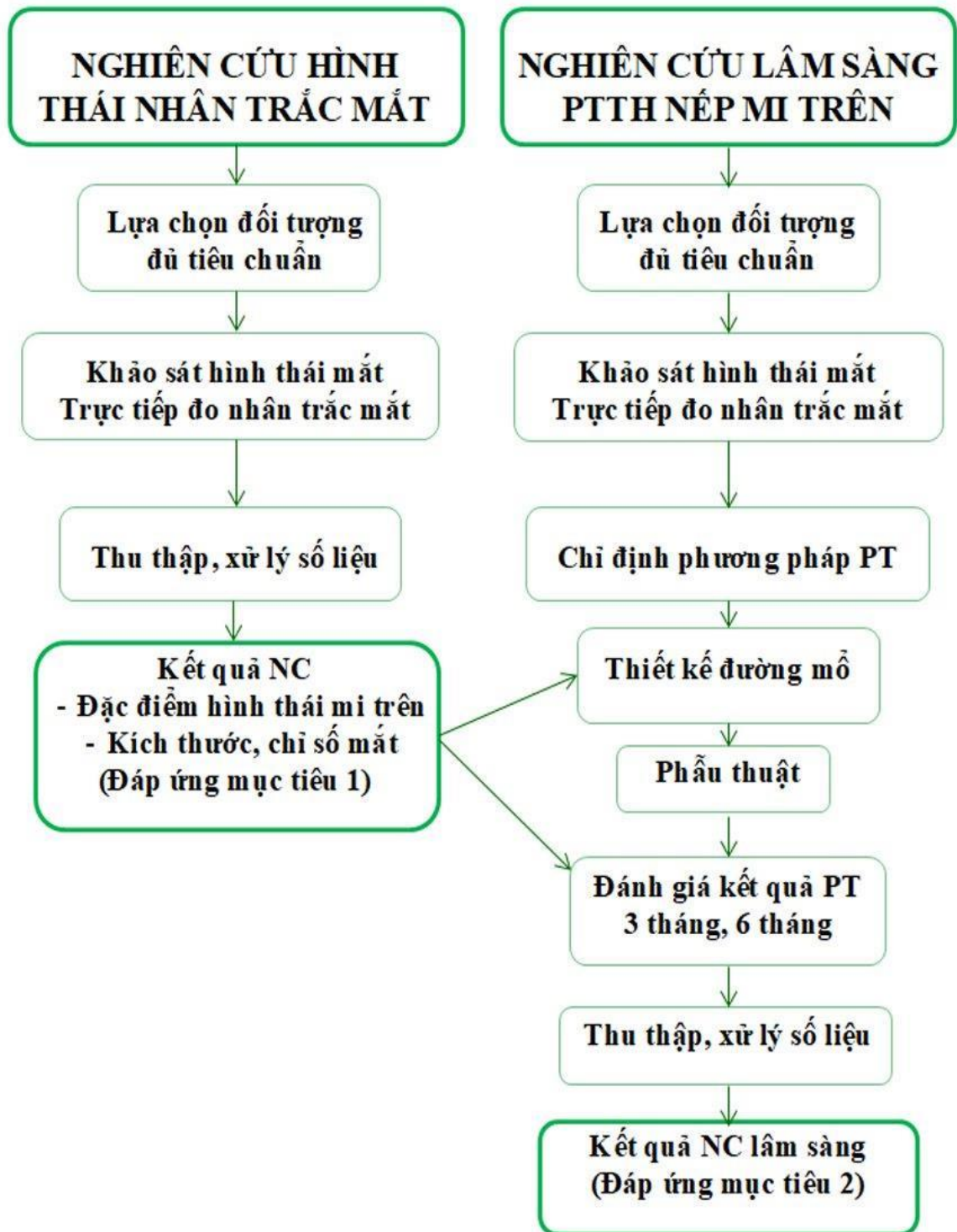
2.2.2.6. Phương pháp xử lý số liệu nghiên cứu lâm sàng

Các số liệu nghiên cứu lâm sàng được xử lý bằng thuật toán thống kê với những đặc trưng thống kê thông thường: Trung bình cộng, tỷ lệ phần trăm, độ lệch chuẩn và T- test.

2.2.2.7. Đạo đức trong nghiên cứu:

Đối tượng nghiên cứu được giải thích về những nội dung nghiên cứu, về phẫu thuật, biến chứng và tiên lượng và đồng ý một cách tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các trường hợp không đồng ý tham gia nghiên cứu được chấp nhận và không bị phân biệt đối xử. Các buổi tư vấn, khám bệnh được thực hiện với sự đồng ý của bệnh nhân. Các biến chứng trong và sau phẫu thuật đều được báo cáo trung thực, khách quan, đầy đủ và được xử lý kịp thời, đúng đắn. Chỉ định và phương pháp phẫu thuật được lãnh đạo khoa duyệt và phòng kế hoạch tổng hợp thông qua. Đề tài nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức - Trường Đại học Y Hà Nội thông qua. Các hoạt động thực hiện trong quá trình nghiên cứu được cơ sở nghiên cứu chấp nhận. Thông tin thu thập được chỉ dùng với mục đích nghiên cứu.

2.2.2.8. Sơ đồ nghiên cứu



Hình 2.6. Sơ đồ nghiên cứu

Chương 3

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua hai nghiên cứu độc lập, nghiên cứu về hình thái nhân trắc mắt trên 352 nữ người Việt trưởng thành tuổi từ 18 đến 23 và nghiên cứu về kết quả phẫu thuật tạo hình nếp mi trên 112 nữ bệnh nhân tuổi từ 18 đến 54, chúng tôi thu được những kết quả sau:

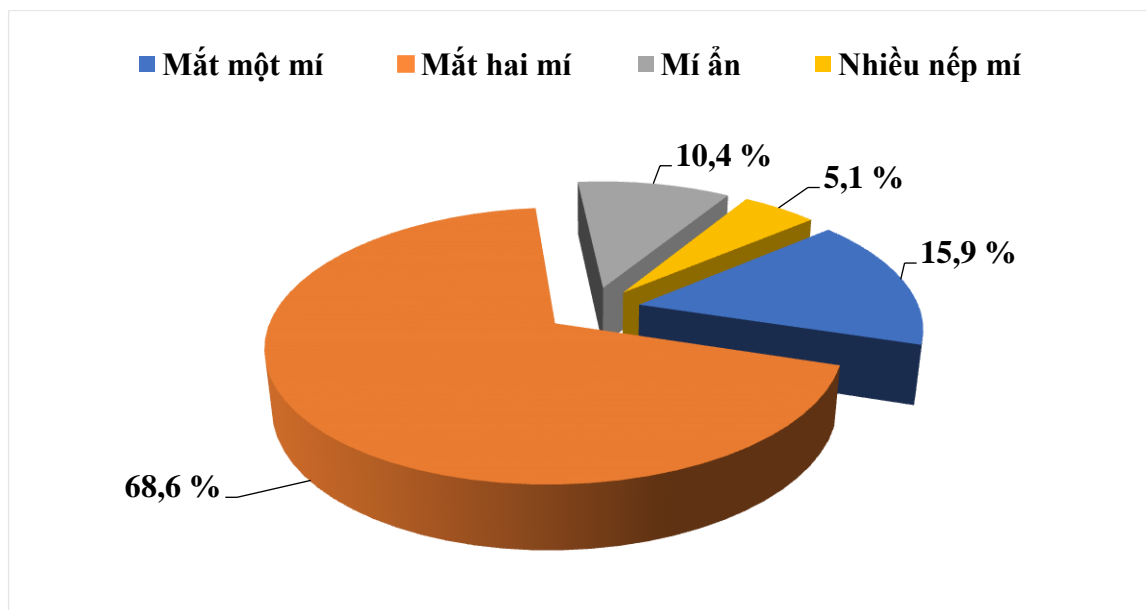
3.1. Kết quả nghiên cứu hình thái nhân trắc mắt

Qua nghiên cứu hình thái và một số kích thước, chỉ số nhân trắc mắt ở nhóm NCNT 352 nữ người Việt trưởng thành, 704 mắt, chúng tôi thu được những kết quả sau:

3.1.1. Đặc điểm hình thái mắt ở nhóm nghiên cứu nhân trắc

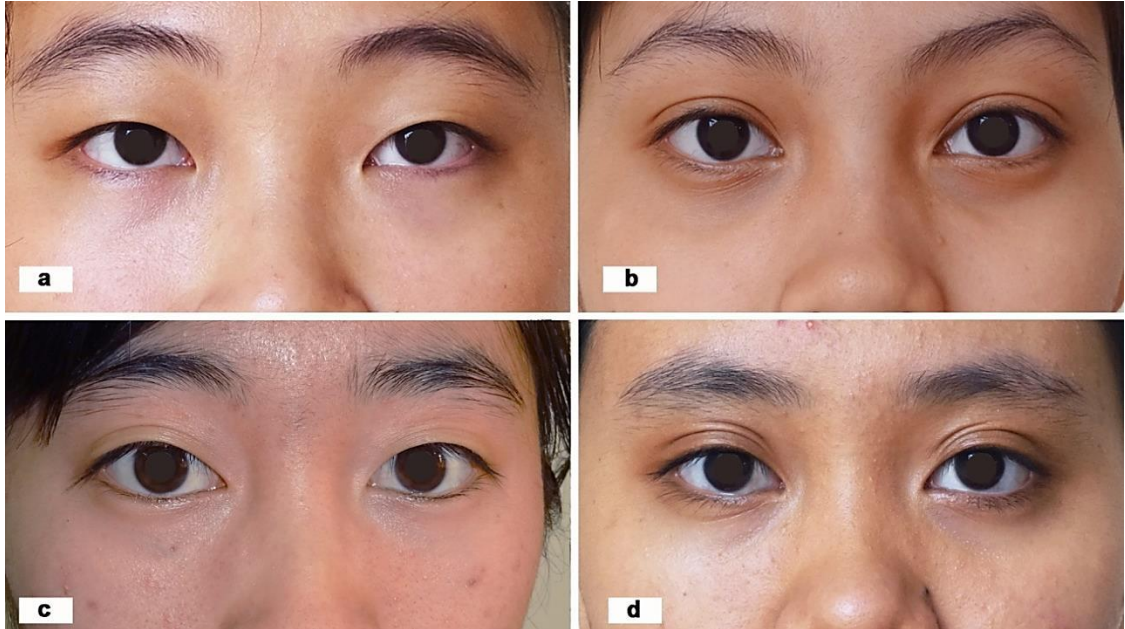
3.1.1.1. Đặc điểm hình thái mắt

* Phân loại hình thái mi trên



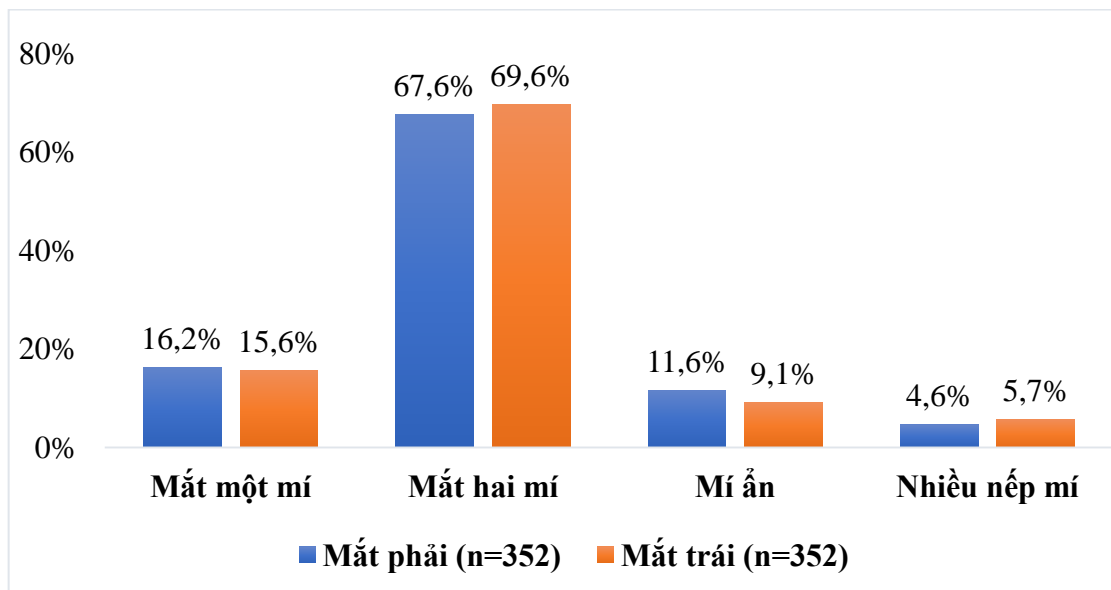
Biểu đồ 3.1. Hình thái mi trên ở nhóm NCNT (n=704).

Nhận xét: Thống kê trên 704 mắt, biểu đồ 3.1 cho thấy, hình thái mắt hai mí chiếm tỷ lệ cao nhất 68,6% (483 mắt). Tiếp đến là mắt một mí với tỷ lệ 15,9% (112 mắt). Ít gặp nhất là hình thái nhiều nếp mí 5,1% (36 mắt).



Hình 3.1. Hình thái mí trên ở nhóm NCNT (Hình từ nghiên cứu)

- a. Mắt một mí (Vũ Lan A. Mã số: YDHP-14)
- b. Mắt hai mí (Lê Thị H. Mã số: YDHP-59)
- d. Mí ẩn (Đỗ Thị L. Mã số: YDHP-86)
- c. Nhiều nếp mí (Phạm Thị D. Mã số: YDHP-35)



Biểu đồ 3.2. Hình thái mí trên phân bố theo mắt phải trái (n=704)

Nhận xét:

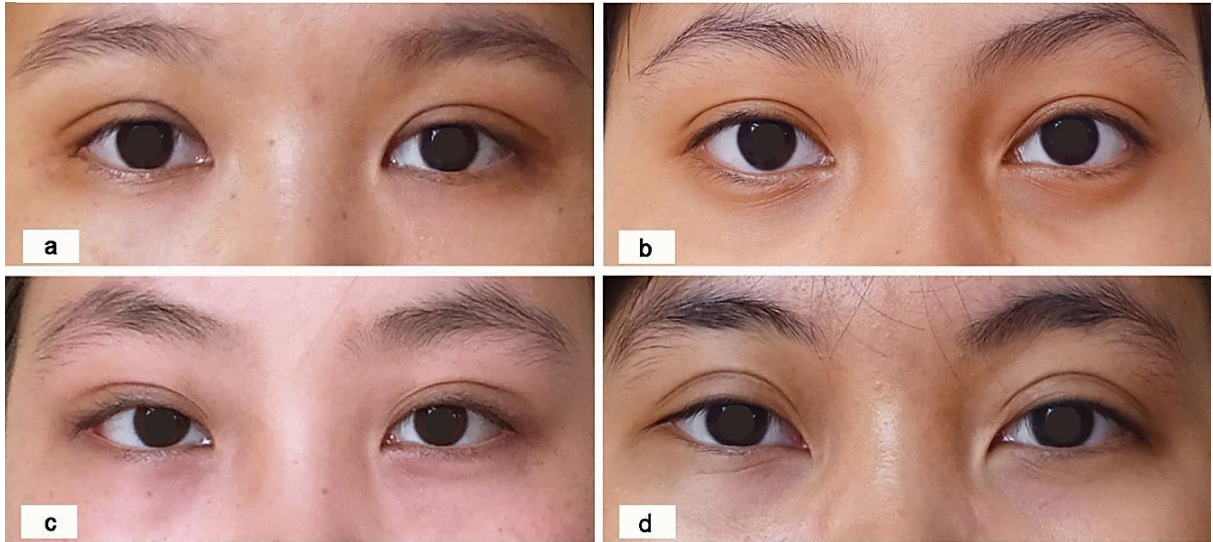
Thống kê trên 704 mắt, biểu đồ 3.2 cho thấy, hình thái mi trên ở hai mắt không giống nhau ở mọi hình thái. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.1. Phân loại kiểu hình mắt hai mí ($n=483$)

Kiểu hình mắt hai mí	Mắt P		Mắt T		Tổng	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Thẻ hẹp góc trong	152	63,9	145	59,2	297	61,5
Thẻ song song	50	21,0	66	26,9	116	24
Thẻ vòm ngoài	10	4,2	9	3,7	19	3,9
Thẻ bán nguyệt	26	10,9	25	10,2	51	10,6
Tổng	238	100	245	100	483	100

Nhận xét:

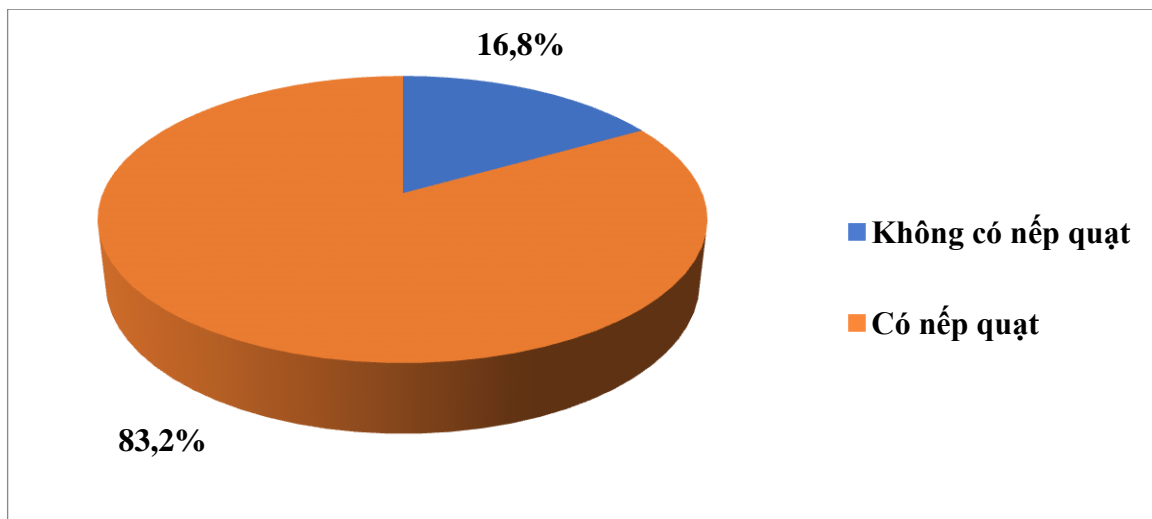
Thống kê trên 483 mắt hai mí, bảng 3.1 cho thấy, kiểu hình mắt hai mí ở hai mắt không giống nhau ở mọi kiểu hình. Thẻ hẹp góc trong là phổ biến nhất (61,5%), ít gặp thẻ vòm ngoài (3,9%).



Hình 3.2. Kiểu hình mắt hai mí (Hình từ nghiên cứu)

- a. Thể hẹp góc trong (Nguyễn Thùy D. Mã số: YDHP-32)
- b. Thể song song (Lê Thị H. Mã số: YDHP-59)
- c. Thể vòm ngoài (Đặng Ngọc A. Mã số: YDHP-16)
- d. Thể bán nguyệt (Nguyễn Thanh T. Mã số: YDHP-143)

3.1.1.2. Đặc điểm nếp quạt (Epicanthus)



Biểu đồ 3.3. Tần suất nếp quạt (Epicanthus) ở nhóm NCNT (n=352)

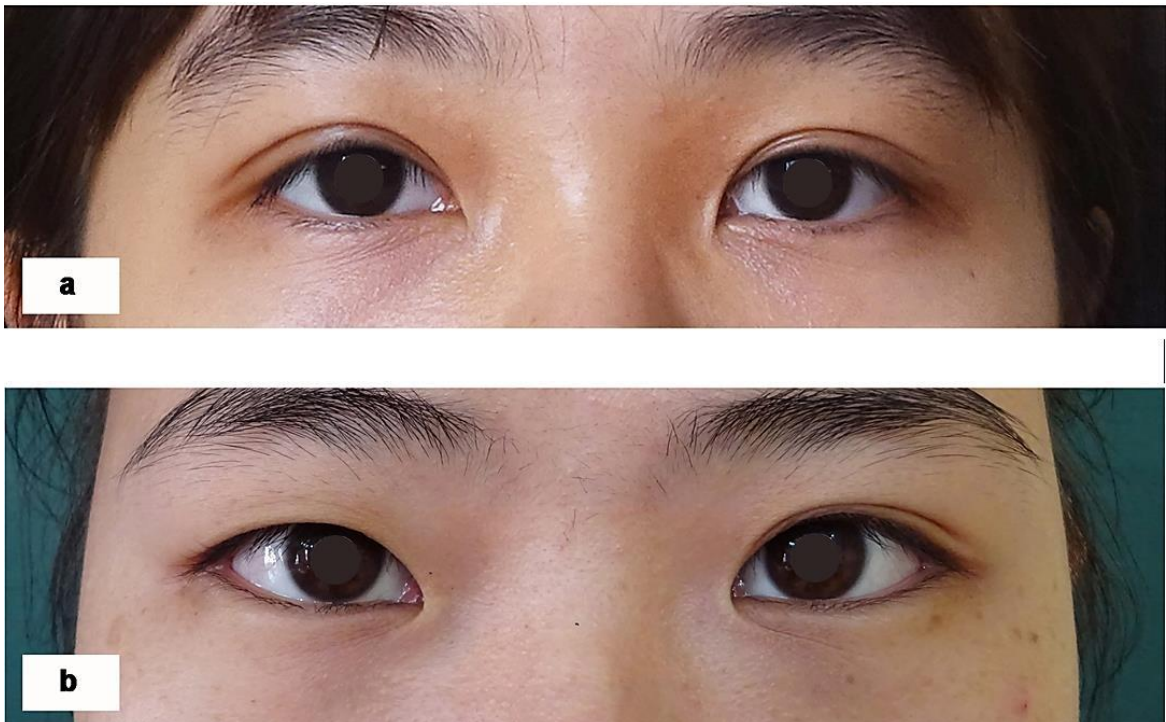
Nhận xét: Thống kê trên 352 người, biểu đồ 3.3 cho thấy, đa số người có nếp quạt (Epicanthus). Cụ thể: Có 293 người có nếp quạt (83,2%), 59 người không có nếp quạt (16,8%).

Bảng 3.2. Phân loại hình thái nếp quạt (Epicanthus) (n=293)

HÌNH THÁI	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Thẻ trên lông mi	0	0
Thẻ bờ mi	6	2
Thẻ sụn mi	287	98
Thẻ đảo ngược	0	0
Tổng	293	100

Nhận xét:

Thống kê trên 293 người có nếp quạt (Epicanthus), bảng 3.2 cho thấy, chỉ có hai hình thái nếp quạt là thẻ sụn mi chiếm đại đa số (98%) và thẻ bờ mi (2%), không có hai thẻ trên lông mi và thẻ đảo ngược.

**Hình 3.3. Hình thái nếp quạt (Epicanthus) (Hình từ nghiên cứu)**

a. Thẻ sụn mi (Nguyễn Thị Ng. Mã số: YDHP-115)

b. Thẻ bờ mi (Trần Thị Tr. Mã số: YDHP-171)

3.1.2. Đặc điểm nhãn trắc mắt ở nhóm nghiên cứu nhãn trắc

3.1.2.1. Các kích thước mắt ở nhóm nghiên cứu nhãn trắc

Bảng 3.3. Các kích thước góc mắt ở nhóm NCNT (n= 704)

KÍCH THƯỚC	\bar{X}	SD	Min	Max
Khoảng cách hai góc mắt trong	32,2	1,7	28,5	43,5
Khoảng cách hai góc mắt ngoài	95,7	4,6	86,0	104,5

Nhận xét:

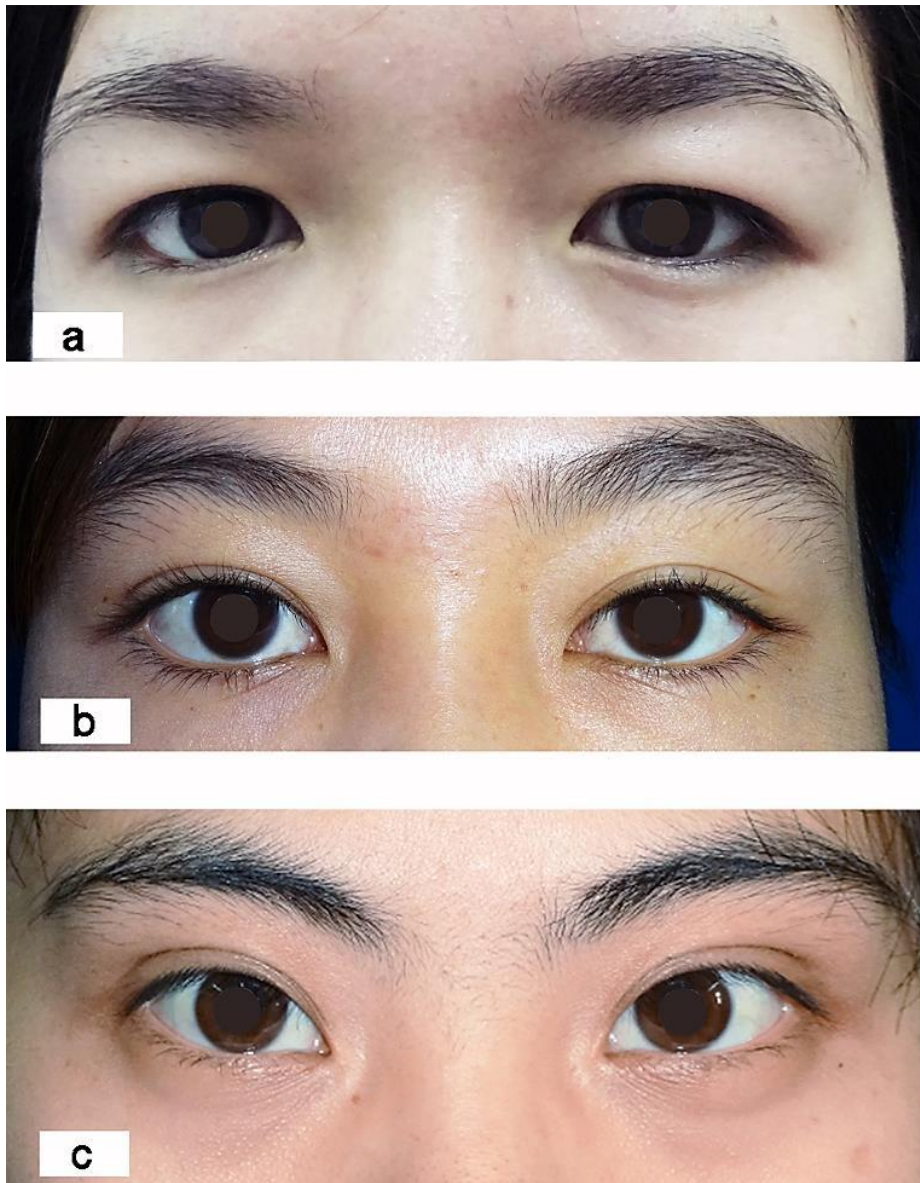
Thống kê trên 704 mắt, bảng 3.3 cho thấy, ở nhóm NCNT, khoảng cách hai góc mắt trong trung bình là $32,2 \pm 1,7$ mm, khoảng cách hai góc mắt ngoài trung bình là $95,7 \pm 4,6$ mm.

Bảng 3.4. Các kích thước khe mi ở nhóm NCNT (n= 704)

KÍCH THƯỚC	Mắt P $\bar{X} \pm SD$ (1)	Mắt T $\bar{X} \pm SD$ (2)	Chung $\bar{X} \pm SD$ (3)	p-value (1)-(2)
Chiều cao khe mi	$10,5 \pm 0,8$	$10,6 \pm 0,3$	$10,6 \pm 0,5$	$>0,05$
Chiều rộng khe mi	$30,2 \pm 1,1$	$30,1 \pm 1,3$	$30,2 \pm 1,4$	$>0,05$
Độ chéch khe mi	$8,8 \pm 1,4$	$8,9 \pm 1,1$	$8,8 \pm 1,2$	$>0,05$

Nhận xét:

Thống kê trên 704 mắt, bảng 3.4 cho thấy, ở nhóm NCNT, chiều cao khe mi trung bình là $10,6 \pm 0,5$ mm, chiều rộng khe mi trung bình là $30,2 \pm 1,4$ mm, độ chéch khe mi trung bình là $8,8 \pm 1,2$ mm. Các kích thước khe mi giữa mắt phải và trái không có sự khác biệt với $p > 0,05$.



Hình 3.4. Độ chệch khe mi (Hình từ nghiên cứu)

- a. Vũ Thị Thu Th. (Mã số: YDHP-158)
- b. Hoàng Thị Ngọc L. (Mã số: YDHP-92)
- c. Nguyễn Thị M. (Mã số: YDHP-106)

Bảng 3.5. Chiều cao mi trên ở nhóm NCNT (n= 704)

KÍCH THUỐC	Mắt P $\bar{X}\pm SD$ (1)	Mắt T $\bar{X}\pm SD$ (2)	Chung $\bar{X}\pm SD$ (3)	p-value (1)-(2)
Chiều cao mi trên nhắm mắt	25,2±1,4	25,6±1,2	25,3±1,3	>0,05
Chiều cao mi trên mở mắt	16,8±1,6	16,3±1,2	16,5±1,4	>0,05

Nhận xét:

Thống kê trên 704 mắt, bảng 3.5 cho thấy, ở nhóm NCNT, chiều cao mi trên nhắm mắt trung bình là 25,3±1,3 mm, chiều cao mi trên mở mắt trung bình là 16,5±1,4 mm. Các chiều cao mi trên giữa mắt phải và trái không có sự khác biệt với $p>0,05$.

Bảng 3.6. Chiều cao nếp mi trên ở nhóm NCNT (n= 483)

KÍCH THUỐC	Mắt P $\bar{X}\pm SD$ (1)	Mắt T $\bar{X}\pm SD$ (2)	Chung $\bar{X}\pm SD$ (3)	p-value (1)-(2)
Chiều cao đường nếp mi	7,5±0,2	7,5±0,6	7,6±0,5	>0,05
Chiều cao nếp mi trên	4,9±0,5	4,9±0,8	4,9±0,6	>0,05

Nhận xét:

Thống kê trên 483 mắt hai mí (nếp mí nhỏ), bảng 3.6 cho thấy, ở nhóm NCNT, chiều cao đường nếp mi trung bình là 7,6±0,5 mm, chiều cao nếp mi trên trung bình là 4,9±0,6 mm. Các chiều cao nếp mi trên giữa mắt phải và trái không có sự khác biệt với $p>0,05$.

3.1.2.2. Các chỉ số mắt ở nhóm NCNT

a) Các chỉ số mắt ở nhóm NCNT

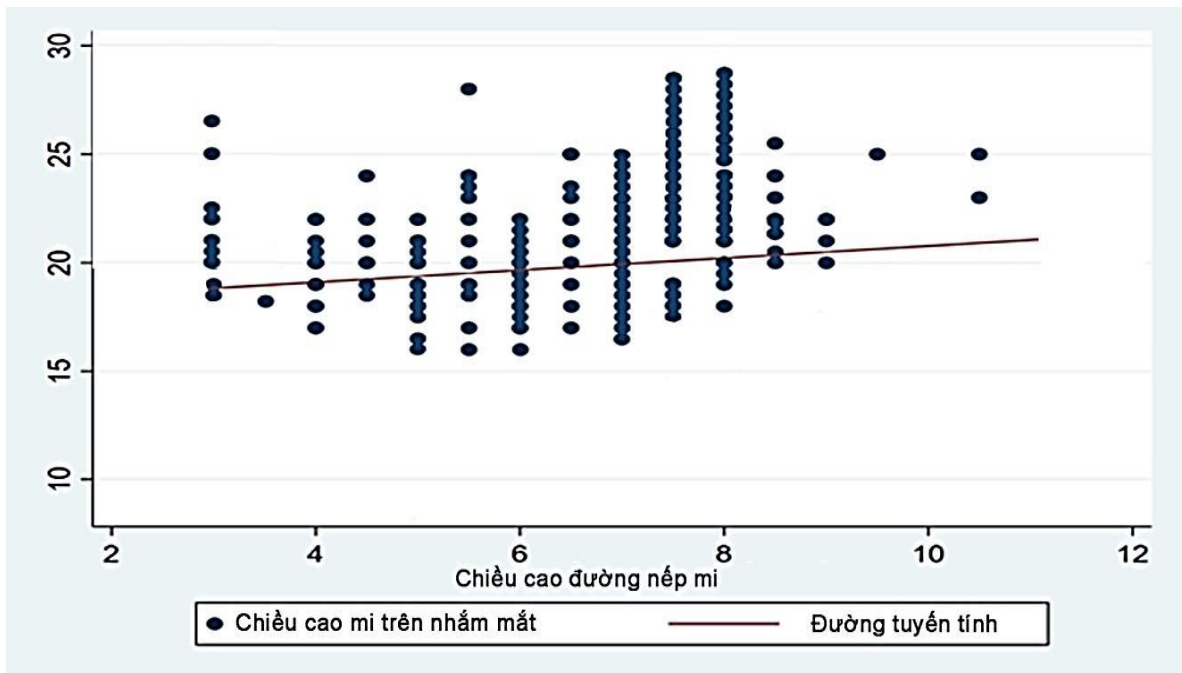
Bảng 3.7. Các chỉ số mắt ở nhóm NCNT

Chỉ số mắt	Công thức	$\bar{X} \pm SD$
Chỉ số mắt 1	$\frac{en - en}{ex - ex} \times 100$	34,2 \pm 2,2
Chỉ số mắt 2	$\frac{B_1 - B_2}{en - ex} \times 100$	35,9 \pm 3,1
Chỉ số mắt 3	$\frac{B_1 - R}{B_1 - T} \times 100$	32,7 \pm 3,9
Chỉ số mắt 4	$\frac{B'_1 - R'}{B'_1 - T} \times 100$	30,3 \pm 4,1
Chỉ số mắt 5	$\frac{B'_1 - R'}{B_1 - R} \times 100$	63,8 \pm 7,3

Nhận xét: Chỉ số mắt 1,2 thống kê trên 704 mắt. Chỉ số mắt 3,4,5 thống kê trên 483 mắt hai mí. Bảng 3.7 cho thấy: Chỉ số mắt 1: 34,2 \pm 2,2; Chỉ số mắt 2: 35,9 \pm 3,1; Chỉ số mắt 3: 32,7 \pm 3,9; Chỉ số mắt 4: 30,3 \pm 4,1; Chỉ số mắt 5: 63,8 \pm 7,3.



**Hình 3.5. Mắt hai mí có các chỉ số mắt trong giới hạn bình thường.
(Hình từ nghiên cứu) (Lê Thị H. Mã số: YDHP-59)**



Biểu đồ 3.4. Tương quan giữa chiều cao đường nếp mí và chiều cao mi trên nhắm mắt (n=483)

Nhận xét:

Phân tích trên 483 mắt hai mí, biểu đồ 3.4 cho thấy, có mối tương quan tuyến tính giữa chiều cao đường nếp mí và chiều cao mi trên nhắm mắt. Hệ số tương quan $r = 0,372$, cho thấy mức độ tương quan trung bình giữa hai kích thước.

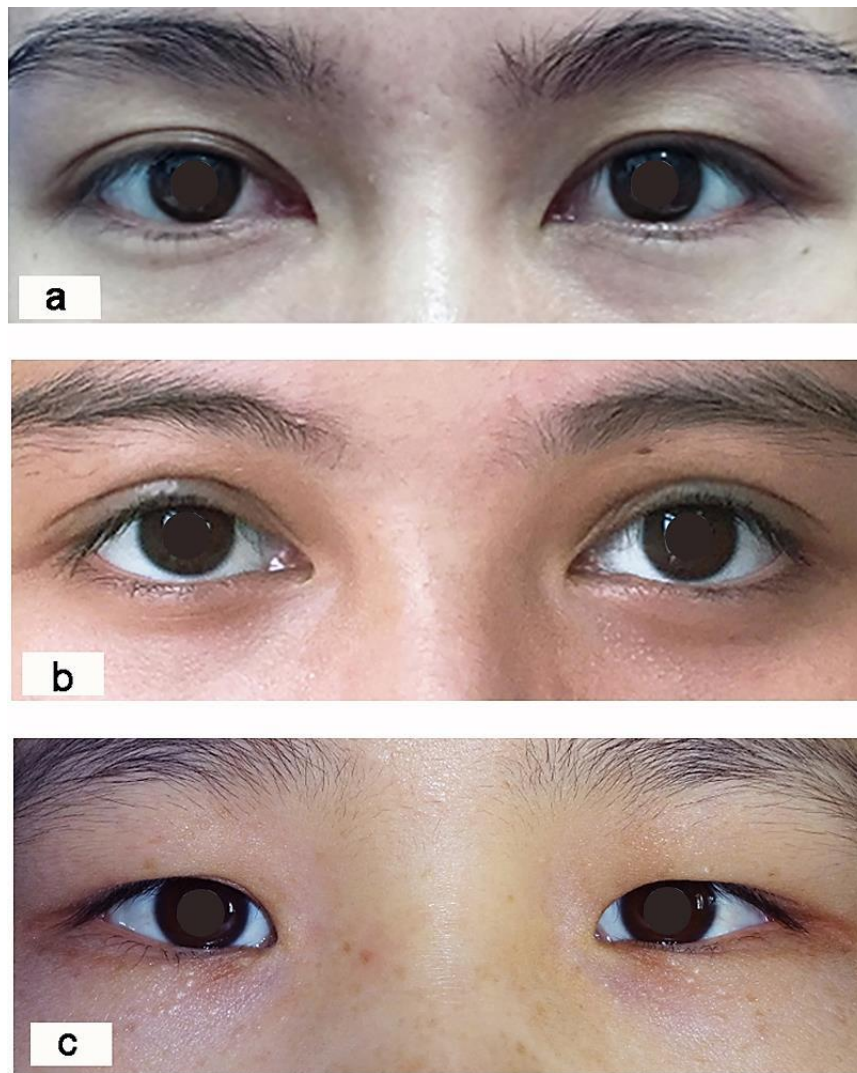
b) Thang phân loại các chỉ số mắt ở nhóm NCNT

Bảng 3.8. Thang phân loại chỉ số mắt 1 (n=352)

Mối tương quan giữa KC hai góc mắt trong với KC hai góc mắt ngoài	Lượng giá CSM1	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Hai mắt gần nhau	< 31,9	27	7,7
Hai mắt trung bình	31,9-36,4	282	80,1
Hai mắt xa nhau	> 36,4	43	12,2

Nhận xét:

Thang phân loại chỉ số mắt 1 thống kê trên 352 người ở nhóm NCNT. Bảng 3.8 cho thấy, đa số nữ có khoảng cách hai mắt trung bình (80,1%).



Hình 3.6. Thang phân loại chỉ số mắt 1 (Hình từ nghiên cứu)

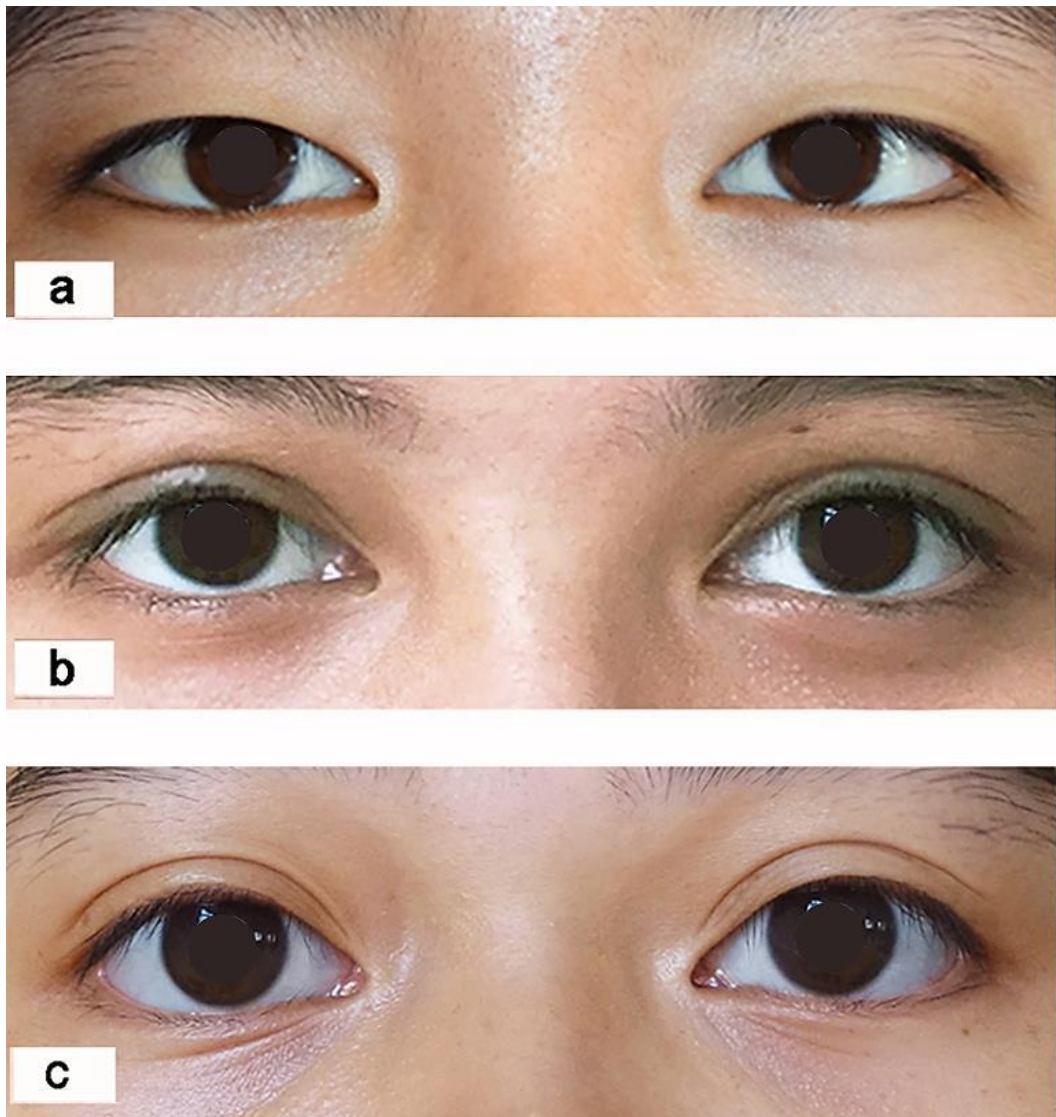
- a. Hai mắt gần nhau (Nguyễn Thị Thu Th. Mã số: YDHP-157)
 b. Hai mắt trung bình (Phạm Thị Bích V. Mã số: YDHP-175)
 c. Hai mắt xa nhau (Nguyễn Huyền Tr.. Mã số: YDHP-168)

Bảng 3.9. Thang phân loại chỉ số mắt 2 (n=704)

Mối tương quan giữa chiều cao khe mi với chiều rộng khe mi	Lượng giá CSM2	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Khe mi hẹp	< 33,7	49	7
Khe mi trung bình	33,7-38,1	561	79,7
Khe mi rộng	> 38,1	94	13,3

Nhận xét:

Thống kê trên 704 mắt ở nhóm NCNT, bảng 3.9 cho thấy: phần lớn nữ người Việt có khe mi trung bình (79,7%).



Hình 3.7. Thang phân loại chỉ số mắt 2 (Hình từ nghiên cứu)

- a. Khe mi hẹp (Phạm Thị Thanh H. Mã số: YDHP-83)
- b. Khe mi trung bình (Phạm Thị Bích V. Mã số: YDHP-175)
- c. Khe mi rộng (Nguyễn Thị Ng. Mã số: YDHP-113)

Bảng 3.10. Thang phân loại chỉ số mắt 3 (n=483)

Mối tương quan giữa chiều cao đường nếp mi với chiều cao mi trên nhắm mắt	Lượng giá CSM3	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Đường nếp mi thấp	< 28,8	43	8,9
Đường nếp mi trung bình	28,8-36,6	381	78,9
Đường nếp mi cao	>36,6	59	12,2

Nhận xét:

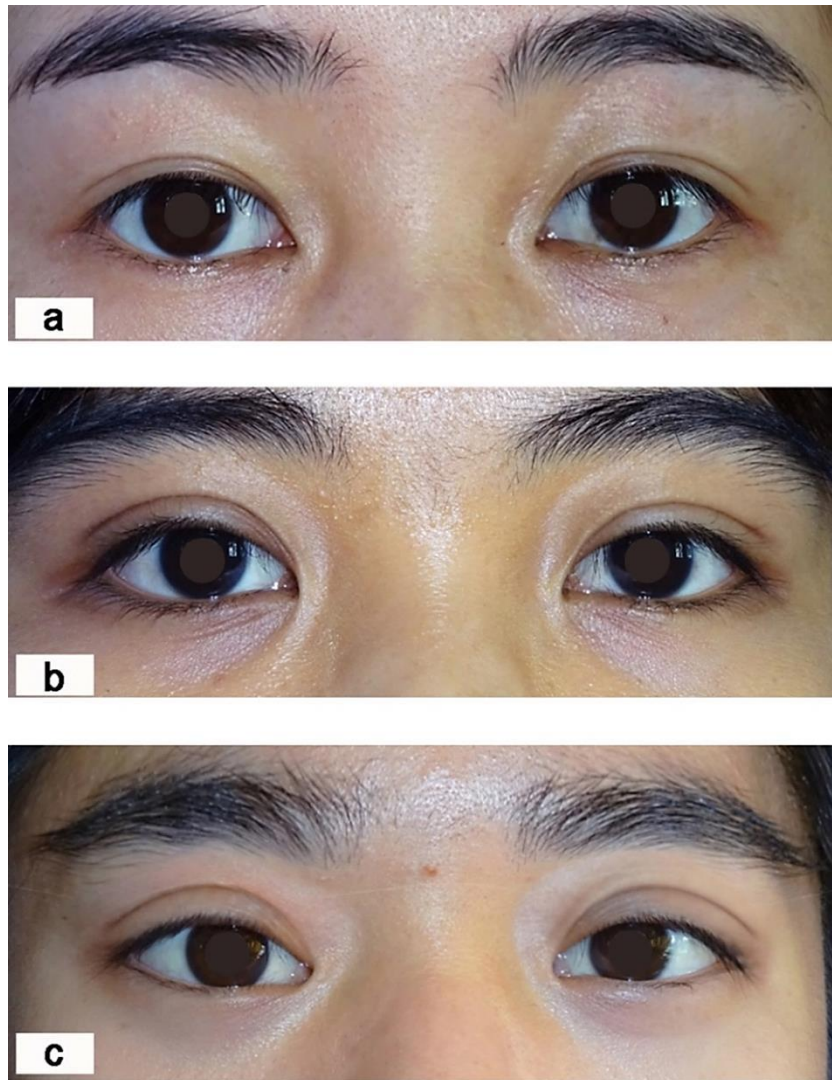
Thang phân loại chỉ số mắt 3 thống kê trên 483 mắt hai mí (vì có 239 người mắt hai mí cả hai bên, có 5 người mắt hai mí một bên) ở nhóm NCNT. Bảng 3.10 cho thấy, tỷ lệ nữ có vị trí đường nếp mi ở mức trung bình là 78,9%.

Bảng 3.11. Thang phân loại chỉ số mắt 4 (n=483)

Mối tương quan giữa nếp mi trên với chiều cao mi trên mở mắt	Lượng giá CSM4	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Nếp mi trên thấp	< 26,3	49	10,1
Nếp mi trên trung bình	26,3-34,2	409	84,7
Nếp mi trên cao	> 34,2	25	5,2%

Nhận xét:

Thống kê trên 483 mắt hai mí ở nhóm NCNT, bảng 3.11 cho thấy, đa số nữ có nếp mi trên khi mở mắt ở mức trung bình (84,7%).



Hình 3.8. Thang phân loại chỉ số mắt 4 (Hình từ nghiên cứu)

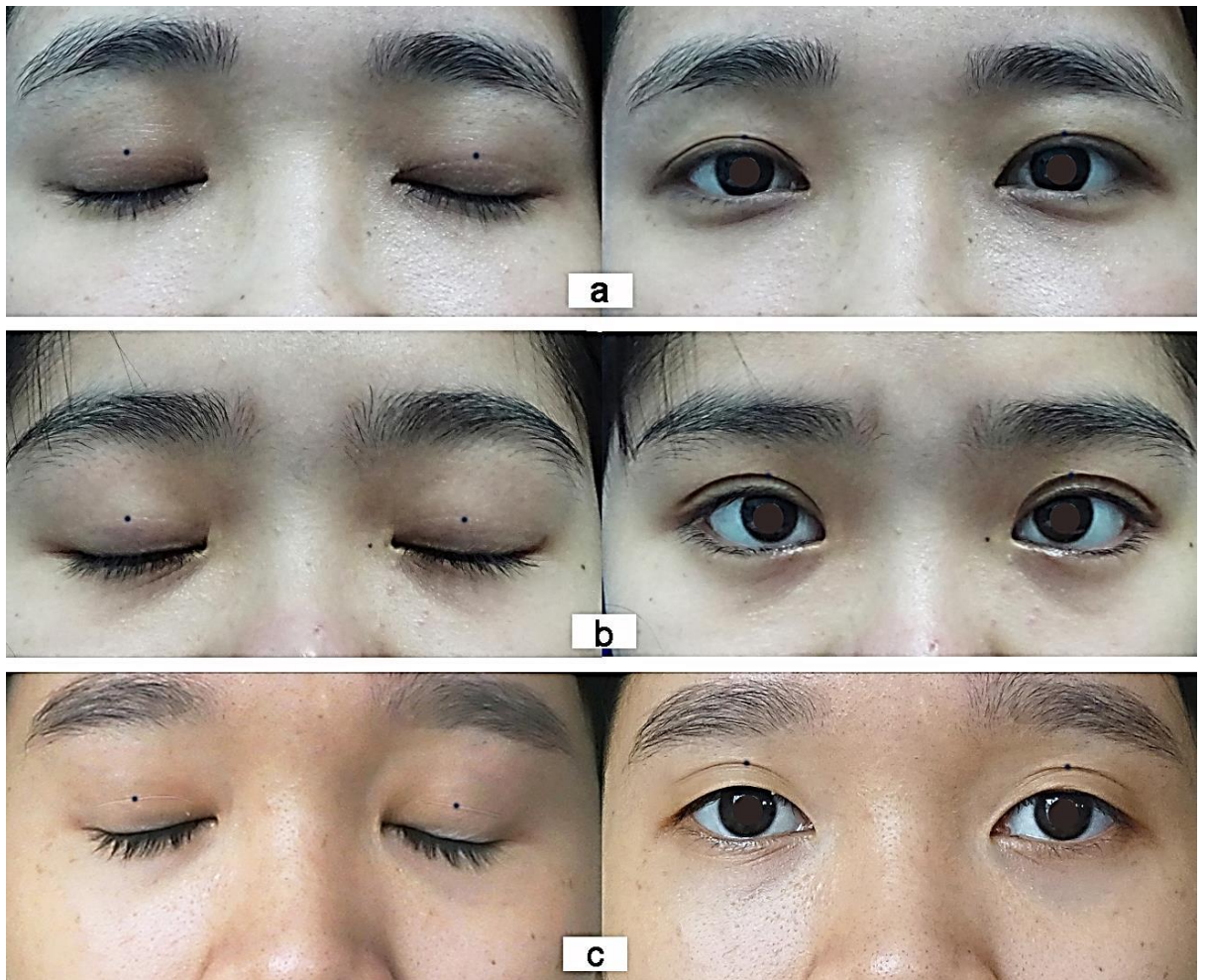
- a. Nếp mi trên thấp (Đinh Thị H. Mã số: YDHP-62)
- b. Nếp mi trên trung bình (Đào Thùy L. Mã số: YDHP-95)
- c. Nếp mi trên cao (Phan Thị D. Mã số: YDHP-31)

Bảng 3.12. Thang phân loại chỉ số mắt 5 (n=483)

Mối tương quan giữa chiều cao nếp mi trên với chiều cao mi đường nếp mi	Lượng giá CSM5	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Nếp mi trên thay đổi nhiều	< 59,5	24	5,0
Nếp mi trên thay đổi trung bình	59,5-70,2	423	87,6
Nếp mi trên thay đổi ít	> 70,2	36	7,4

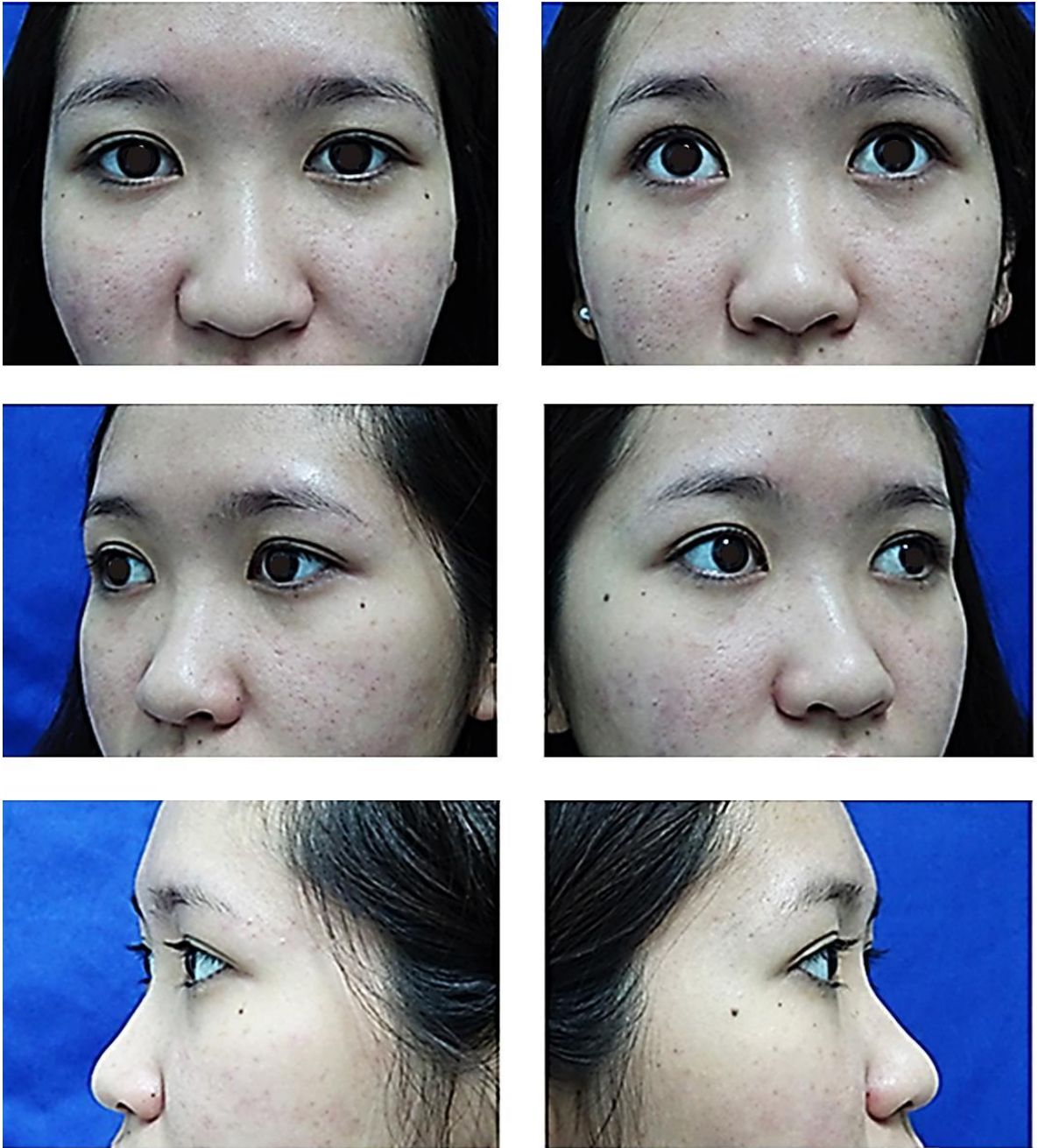
Nhận xét:

Thống kê trên 483 mắt hai mí ở nhóm NCNT, bảng 3.12 cho thấy, đa số nữ có nếp mi trên thay đổi ở mức trung bình (87,6%).



Hình 3.9. Thang phân loại chỉ số mắt 5 (Hình từ nghiên cứu)

- a. Nếp mi trên thay đổi nhiều (Đoàn Thị H. Mã số: YDHP-82)
- b. Nếp mi trên thay đổi trung bình (Phạm Băng L. Mã số: YDHP-93)
- c. Nếp mi trên thay đổi ít (Lê Thị Thu L. Mã số: YHN-101)



Hình 3.10. Đôi mắt hai mí điển hình ở nhóm NCNT

(Hình từ nghiên cứu) (Trần Thị M. Mã số: YDHP-105)

Nữ người Việt, 19 tuổi. Mắt hai mí hẹp thể góc trong, nếp quạt (Epicanthus) thể sụn mi. Các kích thước và chỉ số mắt trong giới hạn bình thường. Đây là đôi mắt hai mí thường gặp nhất ở nhóm NCNT.



Hình 3.11. Đôi mắt hai mí hài hòa ở nhóm NCNT

(Hình từ nghiên cứu) (Lê Thị H. Mã số: YDHP-59)

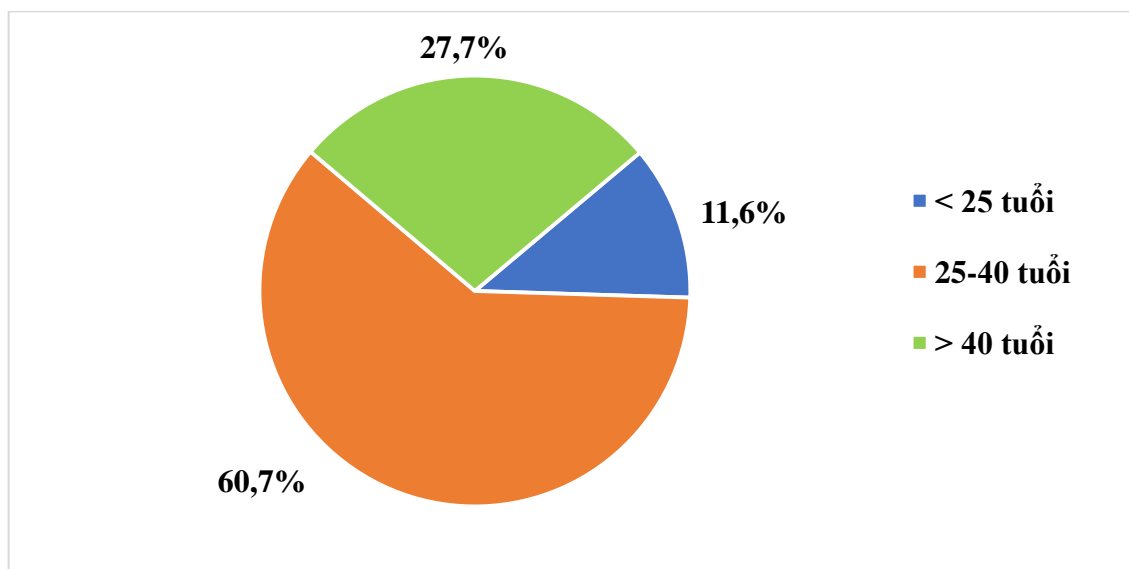
Nữ người Việt, 19 tuổi. Mắt hai mí thể song song, không có nếp quạt (Epicanthus). Các kích thước và chỉ số mắt trong giới hạn bình thường. Đây là đôi mắt hai mí hài hòa ở nhóm NCNT.

3.2. Kết quả nghiên cứu lâm sàng

Qua nghiên cứu về kết quả phẫu thuật tạo hình nếp mi trên 112 nữ bệnh nhân tuổi từ 18 đến 54, chúng tôi thu được những kết quả sau:

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng ở nhóm bệnh nhân trước phẫu thuật

3.2.1.1. Đặc điểm tuổi ở nhóm bệnh nhân



Biểu đồ 3.5. Phân bố theo tuổi ở nhóm BN (n=112)

Nhận xét: Thống kê trên 112 BN, biểu đồ 3.5 cho thấy, phần lớn là nhóm tuổi từ 25-40, chiếm tỷ lệ 60,7%.

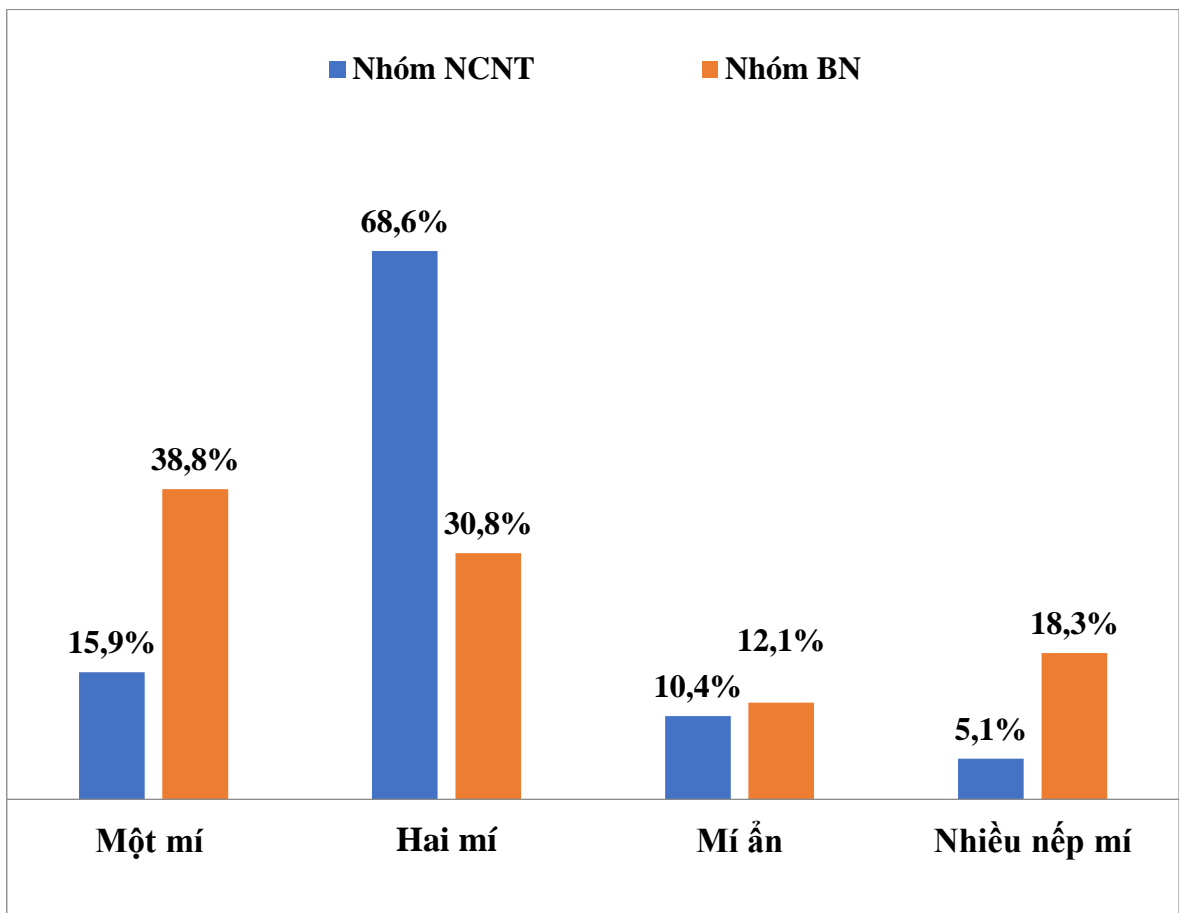
3.2.1.2. Hình thái mi trên ở nhóm BN

Bảng 3.13. Hình thái mi trên ở nhóm BN trước phẫu thuật (n=224)

Hình thái mi trên	Mắt P		Mắt T		Tổng	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Một mí	46	41,1	41	36,6	87	38,8
Hai mí (nếp mí nhỏ)	31	27,7	38	33,9	69	30,8
Mí ẩn	12	10,7	15	13,4	27	12,1
Nhiều nếp mí	23	20,5	18	16,1	41	18,3
Tổng	112	100	112	100	224	100

Nhận xét:

Thống kê trên 224 mắt ở nhóm BN, bảng 3.13 cho thấy, hình thái mí trên chủ yếu là một mí (38,8%) và mắt hai mí nhưng nếp mí nhỏ (30,8%).



Biểu đồ 3.6. Đối chiếu hình thái mí trên ở nhóm BN và nhóm NCNT

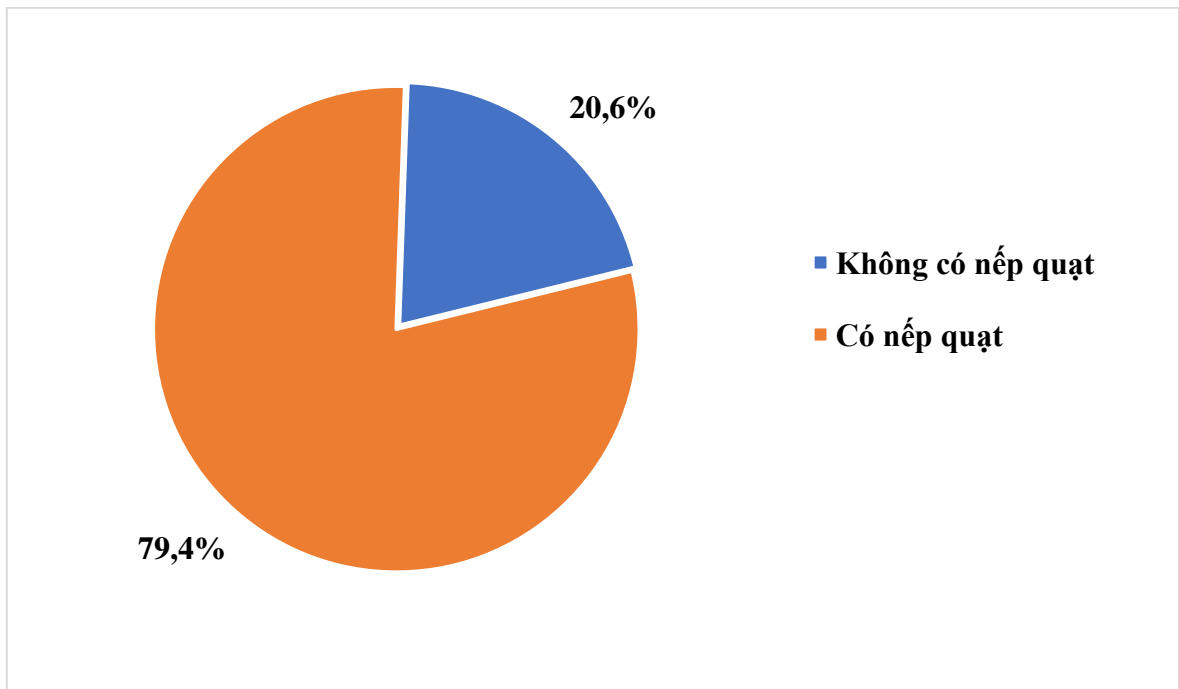
Nhận xét:

Biểu đồ 3.6 cho thấy, có sự khác biệt về hình thái mí trên giữa hai nhóm. Cụ thể:

Tỷ lệ mắt một mí ở nhóm BN (38,8%) cao hơn nhóm NCNT (15,9%);

Tỷ lệ mắt hai mí ở nhóm BN (30,8%) thấp hơn nhóm NCNT (68,6%);

Tỷ lệ nhiều nếp mí ở nhóm BN (18,3%) cao hơn nhóm NCNT (5,1%).



Biểu đồ 3.7. Tần suất nếp quạt (*Epicanthus*) ở nhóm BN (n=112)

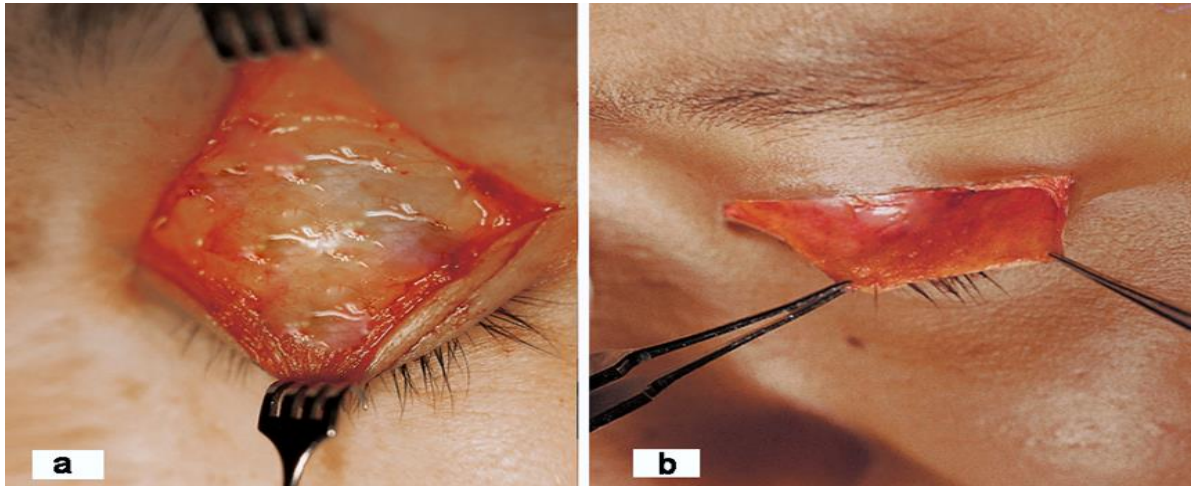
Nhận xét: Thống kê trên 112 BN, biểu đồ 3.7 cho thấy, phần lớn BN có nếp quạt (79,4%).

Bảng 3.14. Tần suất thừa da, mỡ mi trên ở nhóm BN trước phẫu thuật (n= 112)

ĐẶC ĐIỂM		Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Thừa da mi trên	Không	29	25,9
	Có	83	74,1
Thừa mỡ ở mắt	Không	47	42,0
	Có	65	58,0
Thừa mỡ dưới cơ vòng mi	Không	95	84,8
	Có	17	15,2

Nhận xét:

Thống kê trên 112 BN, bảng 3.14 cho thấy, phần lớn BN có thừa da mi trên (74,1%). Một nửa BN có thừa mỡ ổ mắt (58,0%), số ít BN thừa mỡ dưới cơ vòng mi (15,2%).



Hình 3.12. Lớp mỡ dưới cơ vòng mi. (Hình từ nghiên cứu)

a. BN Nguyễn Phương A. (Mã số: BVĐG-6)

b. BN Dương Thị Kiều Tr. (Mã số: BVĐG-86)

*** Đánh giá mức độ thừa da mi trên ở nhóm bệnh nhân**

Bảng 3.15. Mức độ thừa da mi trên ở nhóm BN (n= 83)

MỨC ĐỘ	Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Độ 1 (2-5mm)	31	37,4
Độ 2 (5-7mm)	45	54,2
Độ 3 (>7mm)	7	8,4
Tổng	83	100

Nhận xét:

Thống kê trên 83 BN thừa da mi trên, bảng 3.15 cho thấy, thừa da mi trên độ 2 (5-7mm) chiếm tỷ lệ cao nhất (54,2%).

3.2.1.3. Đặc điểm nhân trắc mắt ở nhóm bệnh nhân trước phẫu thuật**Bảng 3.16. Các kích thước mắt ở nhóm BN trước phẫu thuật**

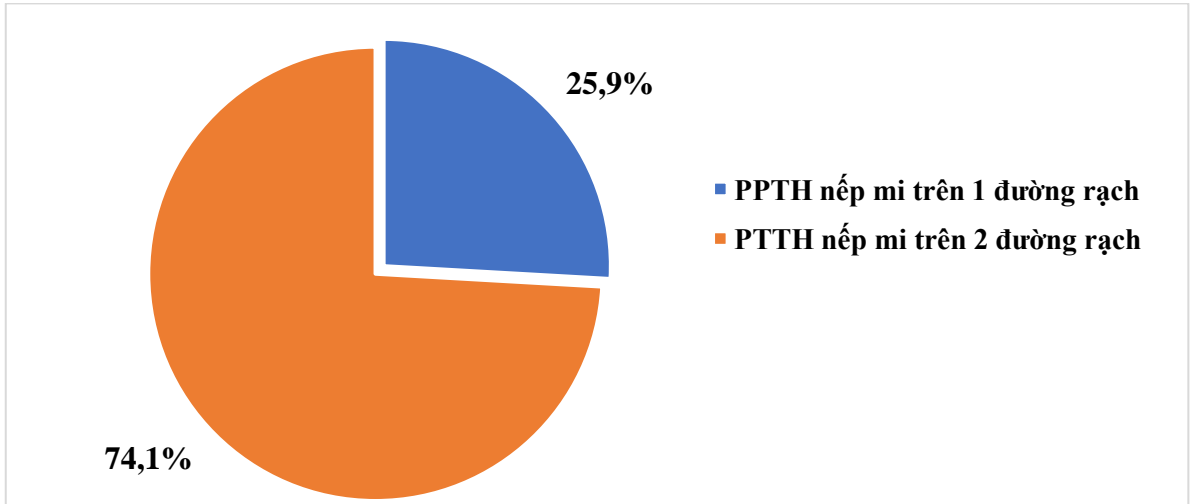
KÍCH THƯỚC	Mắt P $\bar{X}\pm SD$ (1)	Mắt T $\bar{X}\pm SD$ (2)	Chung $\bar{X}\pm SD$ (3)	p- value (1)-(2)
Khoảng cách hai góc mắt trong	-	-	33,1±2,3	-
Khoảng cách hai góc mắt ngoài	-	-	94,9±4,8	-
Chiều cao khe mi	9,4±0,7	9,7±0,8	9,5±0,4	>0,05
Chiều rộng khe mi	29,8±2,7	30±3,6	29,9±2,9	>0,05
Độ chệch khe mi	7,9±2,5	7,9±1,9	7,9±2,1	>0,05
Chiều cao mi trên nhắm mắt	25,1±2,6	25,8±1,3	25,6±1,4	>0,05
Chiều cao mi trên mở mắt	15,4±2,9	15,1±1,6	15,2±3,1	>0,05
Chiều cao đường nếp mi	4,6±0,4	4±1,9	4,2±0,6	>0,05
Chiều cao nếp mi trên	2,8±0,3	2,4±0,5	2,7±0,7	>0,05

Nhận xét:

Thống kê trên 224 mắt ở nhóm BN, bảng 3.16 cho thấy, các kích thước của hai mắt phải và trái không có sự khác biệt với $p>0,05$.

3.2.2. Đặc điểm kỹ thuật tạo hình nếp mi trên

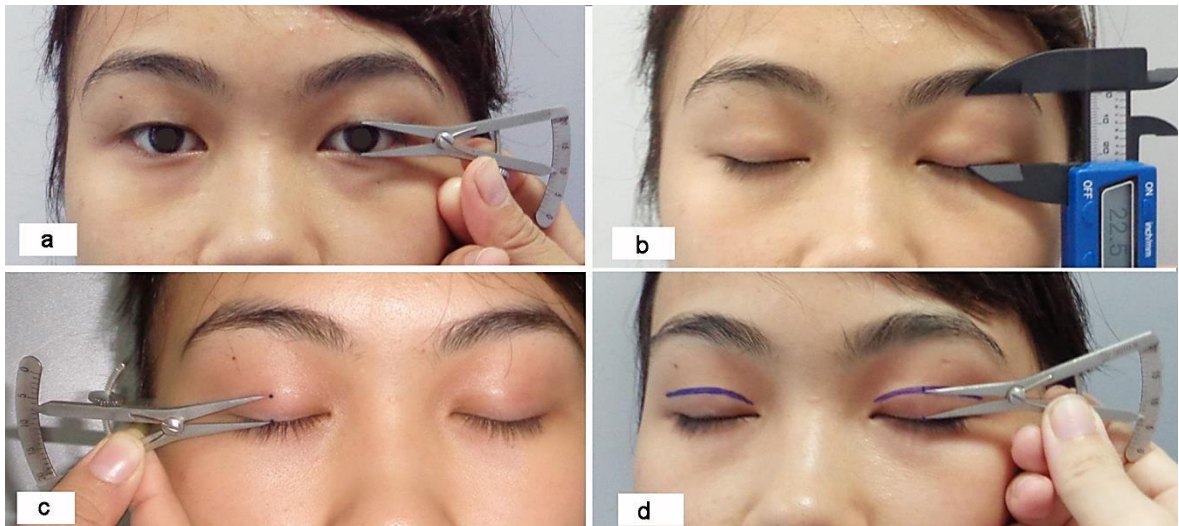
3.2.2.1. Các phương pháp phẫu thuật hình nếp mi trên đã thực hiện



Biểu đồ 3.8. Phân bố các phương pháp phẫu thuật tạo hình nếp mi trên

Nhận xét:

Thống kê trên 112 BN, biểu đồ 3.8 cho thấy, đa số BN được PPTH nếp mi trên 2 đường rạch, 83/112 BN (74,1%). PPTH nếp mi trên 1 đường rạch thực hiện trên 29 BN (25,9%).



**Hình 3.13. BN được PPTH nếp mi trên 1 đường rạch
(Hình từ nghiên cứu) (BN Lê Phương Th. Mã số: BVĐG-74)**

a. Trước PT: Mắt một mí
c. Xác định điểm R

b. Đo chiều cao mi trên nhắm mắt
d. Thiết kế đường rạch tạo nếp mi

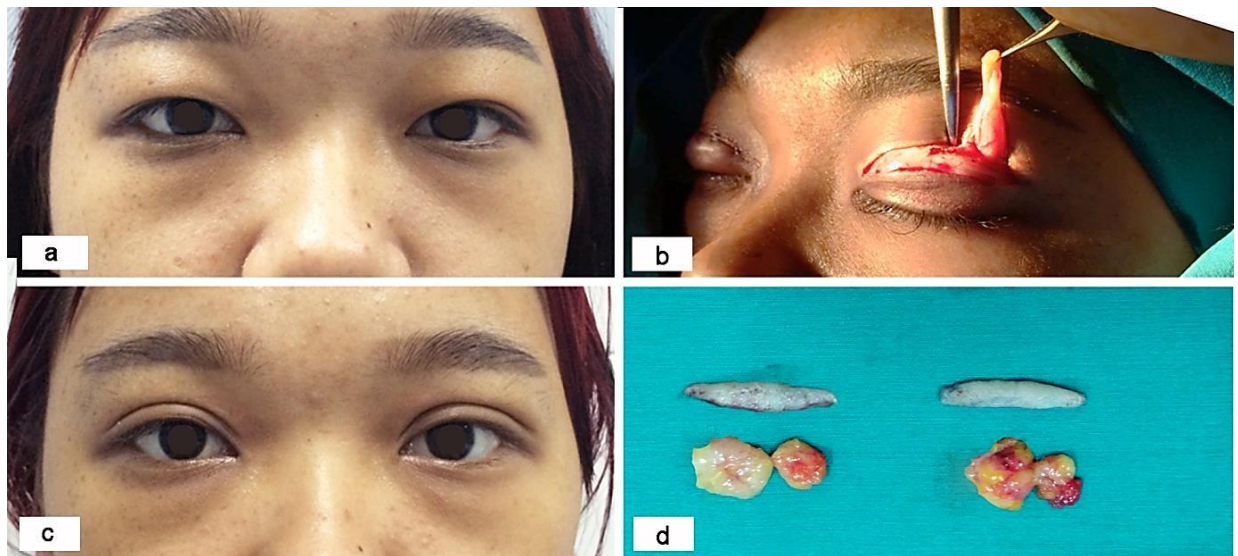
Nhận xét: Trong nghiên cứu này, có 4 thủ thuật hỗ trợ cho PTTH nếp mi trên nhằm đạt kết quả tốt. Thống kê trên 112 BN, biểu đồ 3.9 cho thấy, kỹ thuật thực hiện nhiều nhất là cắt da thừa mi trên (74,1%), sau đó là lấy mỡ thừa ở mắt (51,8%), lấy mỡ dưới cơ vòng mi (13,4%), bóc tách xóa nếp mí cũ (37,5%),

3.2.2.3. Sự kết hợp các thủ thuật hỗ trợ trong phẫu thuật tạo hình nếp mi trên
Bảng 3.17. Kết hợp thủ thuật trong phẫu thuật tạo hình nếp mi trên (n=112)

Kỹ thuật		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
PTTH nếp mi trên 1 đường rạch	Tạo nếp mi trên đơn thuần	25	22,3
	Tạo nếp mi trên và lấy mỡ ở mắt	1	0,9
	Tạo nếp mi trên và bóc tách xóa nếp mí cũ	3	2,7
PTTH nếp mi trên 2 đường rạch	Tạo nếp mi trên, cắt da mi thừa và lấy mỡ ở mắt	42	37,5
	Tạo nếp mi trên, cắt da mi thừa và bóc tách xóa nếp mí cũ	26	23,2
	Tạo nếp mi trên, cắt da mi thừa, lấy mỡ ở mắt và lấy mỡ dưới cơ vòng mi	2	1,8
	Tạo nếp mi trên, cắt da mi thừa, lấy mỡ ở mắt, lấy mỡ dưới cơ vòng mi và bóc tách xóa nếp mí cũ	13	11,6
Tổng		112	100

Nhận xét:

Trong nghiên cứu này, chúng tôi khảo sát các cách kết hợp các thủ thuật hỗ trợ, thống kê trên 112 BN, bảng 3.17 cho thấy, PTTH nếp mi trên 1 đường rạch chỉ tạo nếp mi trên đơn thuần hoặc lấy mỡ ở mắt và xóa nếp mí cũ. PTTH nếp mi trên 2 đường rạch có cắt da thừa, lấy mỡ dưới cơ vòng mi, lấy mỡ ở mắt và xóa nếp mí cũ. Trong đó PTTH nếp mi trên 2 đường rạch có cắt da thừa và lấy mỡ ở mắt thực hiện nhiều nhất (37,5%).



**Hình 3.15. PTH nếp mi trên 2 đường rạch kết hợp lấy mỡ vùng mi trên
(Hình từ nghiên cứu)**

(BN Trương Thị H. Mã số: BVĐG-29)

- a. Trước phẫu thuật. b. Lấy mỡ thừa ổ mắt, mỡ dưới cơ vòng mi
c. Sau phẫu thuật d. Lượng da mỡ thừa lấy bỏ.

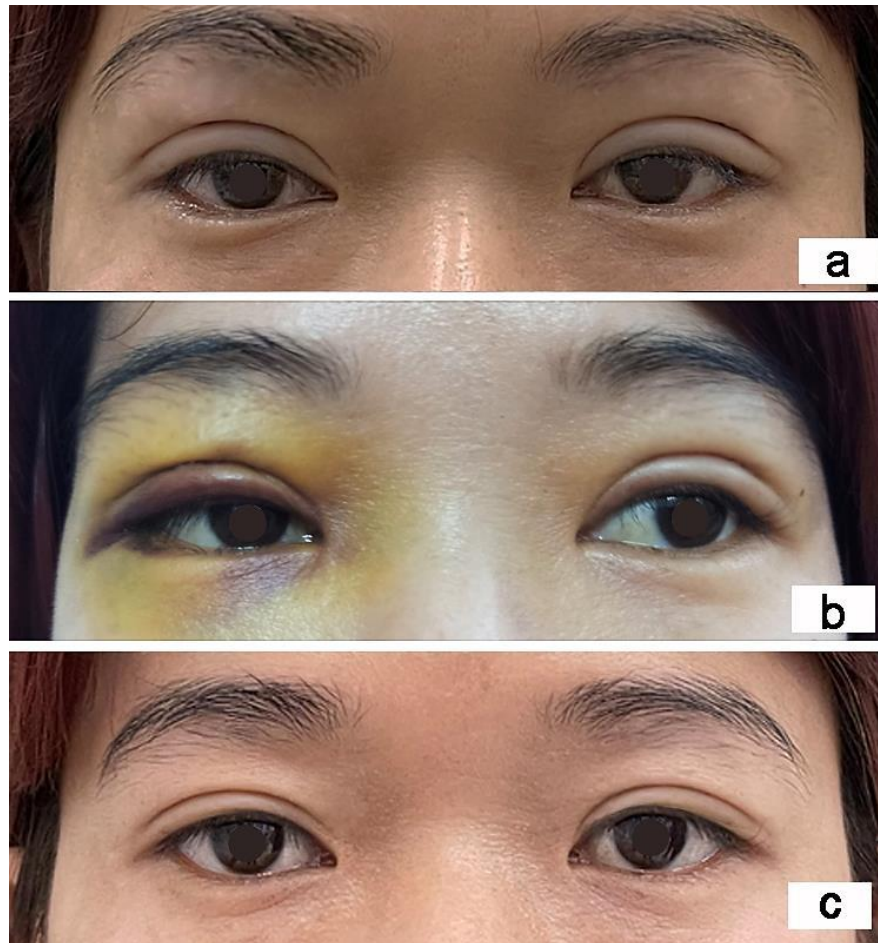
3.2.2.4. Biến chứng

Bảng 3.18. Một số biến chứng của phẫu thuật tạo hình nếp mi trên (n=112)

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Chảy máu, tụ máu vết mổ	1	0,9
Xuất huyết dưới kết mạc	0	0
Phù nề mi kéo dài	12	10,7
Khác	0	0
Tổng	13	11,6

Nhận xét:

Thống kê trên 112 BN, bảng 3.18 cho thấy, có 1 BN chảy máu, tụ máu vết mổ (0,9%), 12 BN có phù nề mi kéo dài (10,7%). Ngoài ra không có biến chứng nào khác.



Hình 3.16. Chảy máu, tụ máu sau phẫu thuật (Hình từ nghiên cứu)

(Nguyễn Thị D. Mã số: BVĐG-12)

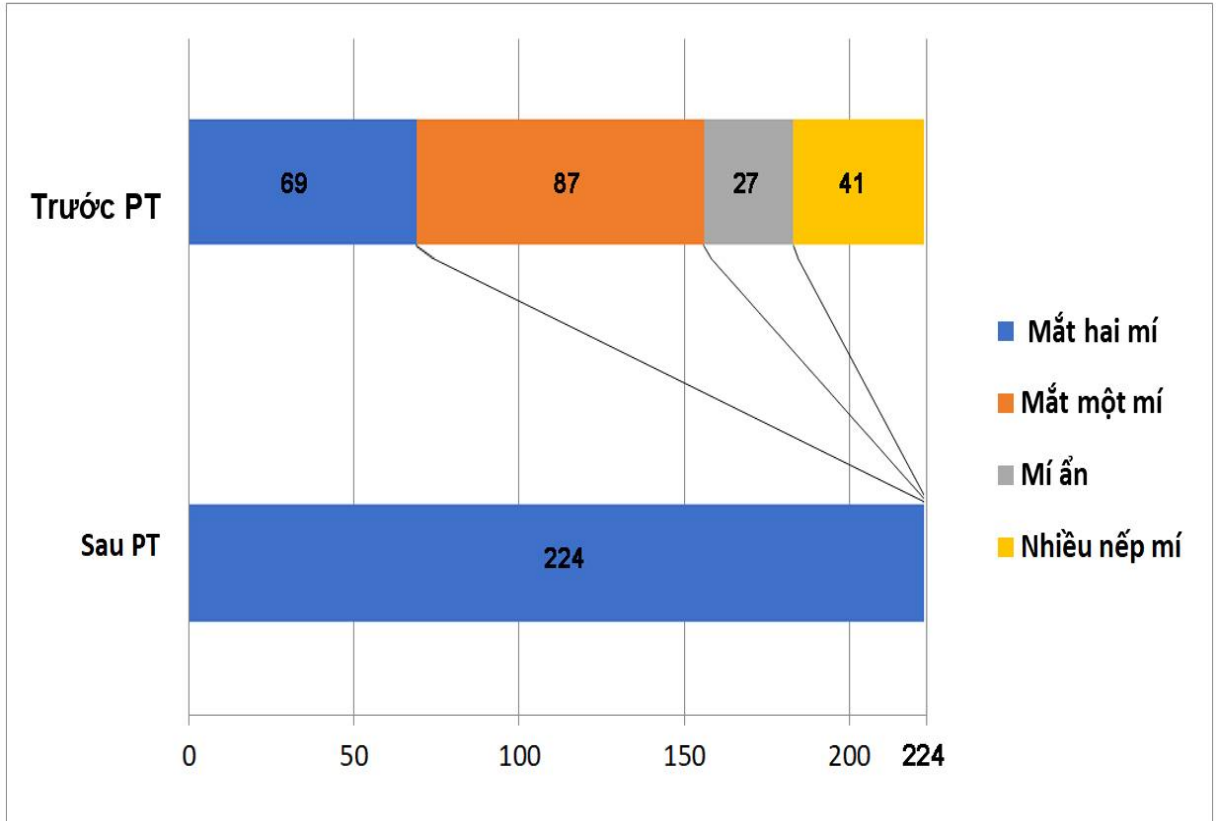
a. Ngay sau phẫu thuật

b. Sau 2 ngày

c. Sau 3 tháng

3.2.3. Kết quả phẫu thuật tạo hình nếp mí trên

3.2.3.1. Sự thay đổi hình thái mí trên sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng



Biểu đồ 3.10. Sự thay đổi hình thái mí trên sau phẫu thuật (n=224)

Nhận xét:

Thống kê trên 224 mắt ở nhóm BN, biểu đồ 3.10 cho thấy, ở nhóm BN, hình thái mí trên thay đổi từ 69 mắt hai mí với nếp mí nhỏ (30,8%), mắt một mí (38,8%), mí ẩn (12,1%), nhiều nếp mí (18,3%) lên 100% mắt hai mí rõ ràng sau phẫu thuật.

3.2.3.2. Sự thay đổi nhãn trắc mắt trước và sau phẫu thuật 3 tháng, 6 tháng

Bảng 3.19. Sự thay đổi kích thước góc mắt trước và sau phẫu thuật (n=112)

KÍCH THƯỚC	Trước PT (1)	3 tháng (2)	6 tháng (3)	p-value (2)-(1) (3)-(1)
Khoảng cách hai góc mắt trong	33,1±2,3	34,1±2,7	34,1±2,8	>0,05 >0,05
Khoảng cách hai góc mắt ngoài	94,9±4,8	95,2±3,5	95,1±3,6	>0,05 >0,05

Nhận xét:

Phân tích trên 112 BN, bảng 3.19 cho thấy, các kích thước góc mắt trước và sau phẫu thuật không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

Bảng 3.20. Sự thay đổi kích thước khe mi trước và sau phẫu thuật (n=224)

KÍCH THƯỚC	Trước PT (1)	3 tháng (2)	6 tháng (3)	p-value (2)-(1) (3)-(1)
Chiều cao khe mi	9,5±0,4	11,9±1,3	11,5±0,9	<0,05 <0,05
Chiều rộng khe mi	29,9±2,9	29,6 ± 3,2	29,7±4,1	>0,05 >0,05
Độ chéch khe mi	7,9±2,1	7,8±1,3	7,8 ± 1,2	>0,05 >0,05

Nhận xét:

Phân tích trên 224 mắt ở nhóm BN, bảng 3.20 cho thấy sự thay đổi tích cực và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) của chiều cao khe mi. Chiều cao khe mi tăng từ 9,5±0,4 mm trước phẫu thuật lên 11,9±1,3 mm sau 3 tháng, 11,5±0,9 mm sau 6 tháng. Chiều rộng khe mi, độ chéch khe mi trước và sau phẫu thuật không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

Bảng 3.21. Sự thay đổi chiều cao mi trên trước và sau phẫu thuật (n=224)

KÍCH THƯỚC	Trước PT (1)	3 tháng (2)	6 tháng (3)	p-value (2)-(1) (3)-(1)
Chiều cao mi trên nhắm mắt	25,6±1,4	25,4±3,5	25,5±2,7	>0,05 >0,05
Chiều cao mi trên mở mắt	15,2±3,1	15,3±2,9	15,1±3,2	>0,05 >0,05

Nhận xét:

Phân tích trên 224 mắt ở nhóm BN, bảng 3.21 cho thấy, chiều cao mi trên trước và sau phẫu thuật không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

Bảng 3.22. Sự thay đổi chiều cao nếp mi trên trước và sau phẫu thuật (n=69)

KÍCH THƯỚC	Trước PT (1)	3 tháng (2)	6 tháng (3)	p-value (2)-(1) (3)-(1)
Chiều cao đường nếp mi	4,2±0,6	7,4±1,9	7,4±2,5	<0,05 <0,05
Chiều cao nếp mi trên	2,7±0,7	5,4±0,3	5,3±0,2	<0,05 <0,05

Nhận xét:

Phân tích trên 69 mắt hai mí (nếp mí nhỏ) ở nhóm BN, bảng 3.22 cho thấy sự thay đổi tích cực và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) của chiều cao nếp mi trên: Chiều cao nếp mi trên tăng từ 2,7±0,7 mm lên 5,4±0,3 mm sau 3 tháng, 5,3±0,2 mm sau 6 tháng. Chiều cao đường nếp mi tăng từ 4,2±0,6 mm lên 7,4±1,9 mm sau 3 tháng, 7,4±2,5 mm sau 6 tháng.



Trước phẫu thuật

Chiều cao khe mi, nếp mi trên sau PT

Hình 3.17. Thay đổi kích thước mắt sau phẫu thuật

(Hình từ nghiên cứu)

(BN Dương Thị Kiều Tr. Mã số: BVĐG-86)

3.2.3.3. Chức năng, thẩm mỹ và sự hài lòng của bệnh nhân sau phẫu thuật

* *Chức năng mi trên:* 100% BN có chức năng mi trên bình thường, biên độ cơ nâng mi trên tốt, mắt nhắm kín... sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng.



Biên độ cơ nâng mi trên bình thường

Mắt nhắm kín

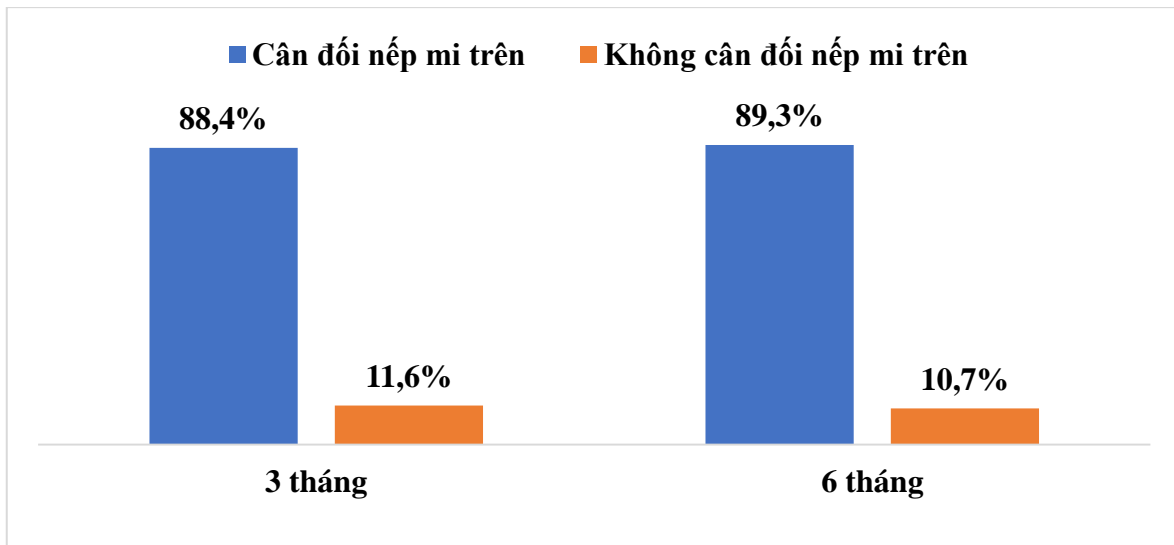
Hình 3.18. Chức năng mi mắt bình thường sau phẫu thuật

(Hình từ nghiên cứu)

(BN Nguyễn Thị M. Mã số: BVXP-8)

* *Sự rõ ràng nếp mi trên:* 100% BN có nếp mi trên rõ ràng ở cả 2 mắt sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng,

* Sự cân đối nếp mi trên



Biểu đồ 3.11. Sự cân đối nếp mi trên sau phẫu thuật.

Nhận xét: Thống kê trên 112 BN, biểu đồ 3.11 cho thấy, đa số BN có nếp mi trên cân đối sau 3 tháng (99/112 BN, 88,4%) và giữ sự cân đối sau 6 tháng (100/112 BN, 89,3%).

* Sự phù hợp của chiều cao nếp mi trên

Bảng 3.23. Mức độ phù hợp của chiều cao nếp mi trên sau phẫu thuật

MỨC ĐỘ	3 tháng				6 tháng			
	Mắt P		Mắt T		Mắt P		Mắt T	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Nếp mi trên phù hợp	102	91,1	110	98,2	109	97,3	111	99,1
Nếp mi trên quá cao	10	8,9	2	1,8	3	2,7	1	0,9
Nếp mi trên quá thấp	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0
Tổng	112	100	112	100	112	100	112	100

Nhận xét: Thống kê trên 224 mắt, bảng 3.23 cho thấy, hầu hết cả 2 mắt đều có nếp mi trên phù hợp sau 3 tháng (91,1% mắt P, 98,2% mắt T) và giữ sự phù hợp sau 6 tháng (97,3% mắt P, 99,1% mắt T). Không có nếp mi trên quá thấp.

* Sự liên sọ mi trên

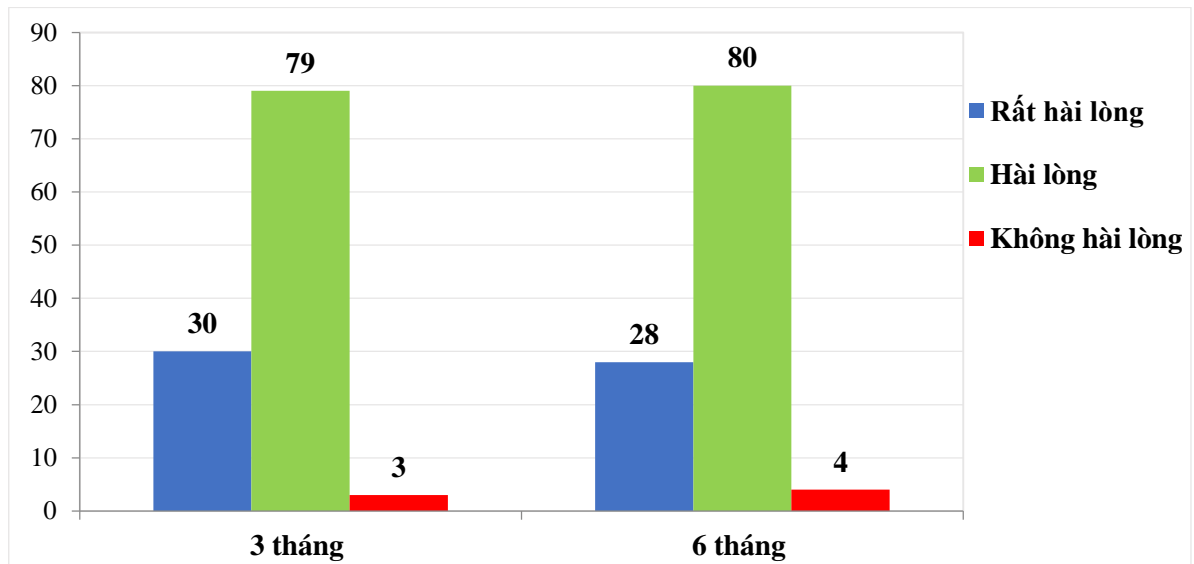
Bảng 3.24. Mức độ liên sọ mi trên sau phẫu thuật (n=224)

MỨC ĐỘ	3 tháng				6 tháng			
	Mắt P		Mắt T		Mắt P		Mắt T	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Sọ đẹp	107	95,5	112	100	108	96,4	112	100
Sọ trung bình	5	4,5	0	0	4	3,6	0	0
Sọ xấu	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	112	100	112	100	112	100	112	100

Nhận xét:

Thống kê trên 224 mắt, bảng 3.24 cho thấy, hầu hết cả 2 mắt đều có sọ đẹp sau 3 tháng (95,5% mắt P, 100% mắt T) và sọ đẹp ổn định sau 6 tháng (96,4% mắt P, 100% mắt T). Không có sọ xấu.

* Sự hài lòng của bệnh nhân



Biểu đồ 3.12. Mức độ hài lòng của bệnh nhân

Nhận xét:

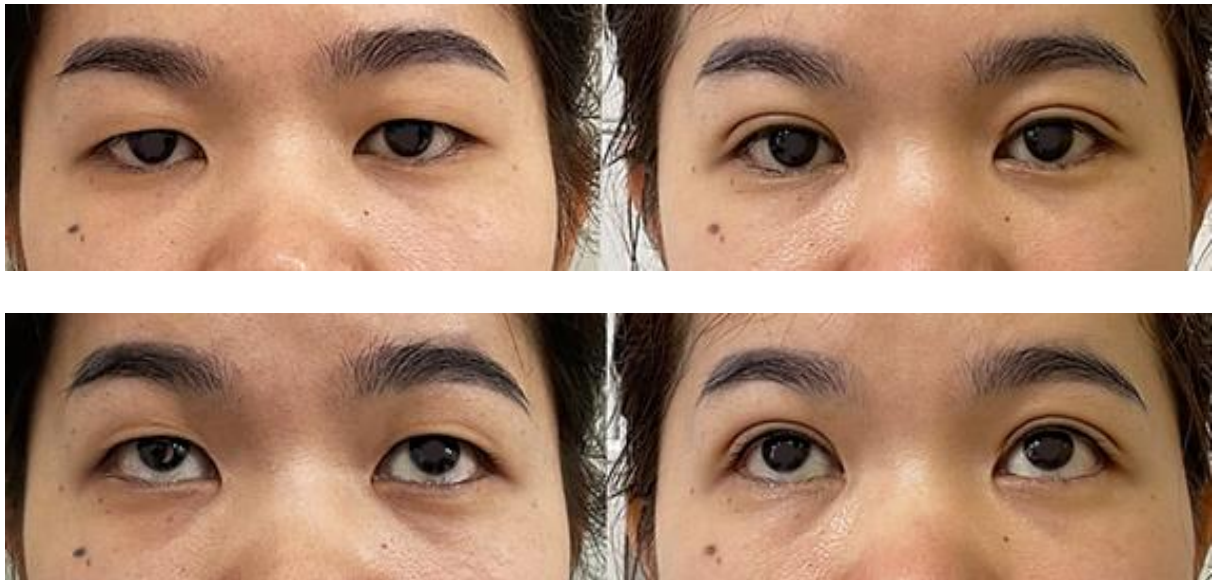
Sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng, thống kê trên 112 BN, biểu đồ 3.12 cho thấy, phần lớn BN hài lòng (70,5% sau 3 tháng, 71,4% sau 6 tháng).

Bảng 3.25. Mức độ hài lòng của BN sau phẫu thuật theo mắt phải trái

MỨC ĐỘ	3 tháng				6 tháng			
	Mắt P		Mắt T		Mắt P		Mắt T	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Rất hài lòng	30	26,8	56	50,0	28	25,0	63	56,3
Hài lòng	79	70,5	55	49,1	80	71,4	49	43,8
Không hài lòng	3	2,7	1	0,9	4	3,6	1	0,9
Tổng	112	100	112	100	112	100	112	100

Nhận xét:

Thống kê trên 224 mắt, bảng 3.25 cho thấy, phần lớn bệnh nhân hài lòng ở cả hai mắt sau 3 tháng và 6 tháng.



Trước phẫu thuật

Sau 6 tháng

Hình 3.19. Bệnh nhân hài lòng sau phẫu thuật 6 tháng**(Hình từ nghiên cứu)**

(Lê Thị Thanh H. Mã số: BVĐG-39)

3.2.3.3. Đánh giá chung kết quả phẫu thuật tạo hình nếp mí trên

- Đánh giá kết quả gần

Bảng 3.26. Đánh giá kết quả gần

MỨC ĐỘ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	85	75,9
Khá	27	24,1
Kém	0	0
Tổng	112	100

Nhận xét:

Kết quả gần: Ở thời điểm sau phẫu thuật 3 tháng, thống kê trên 112 BN, bảng 3.26 cho thấy, phần lớn BN đạt kết quả tốt (75,9%). Không có trường hợp nào kết quả kém.

- Đánh giá kết quả xa

Bảng 3.27. Đánh giá kết quả xa

MỨC ĐỘ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	90	80,4
Khá	22	19,6
Kém	0	0
Tổng	112	100

Nhận xét:

Kết quả xa: Ở thời điểm sau phẫu thuật 6 tháng, thống kê trên 112 BN, bảng 3.27 cho thấy, đa số BN đạt kết quả tốt (80,4%). Không có trường hợp nào kết quả kém.

Chương 4

BÀN LUẬN

4.1. Nghiên cứu hình thái nhân trắc mắt ở một nhóm nữ người Việt trưởng thành

4.1.1. Về đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu hình thái nhân trắc mắt gồm 352 nữ sinh viên tuổi từ 18 - 23, đang học tập tại trường đại học Y Hà Nội và đại học Y dược Hải Phòng. Hai trường đại học này cách xa nhau về địa lý. Những nữ sinh viên đều là người dân tộc Kinh, được tuyển sinh từ nhiều vùng miền của đất nước. Đây là nhóm người trẻ tuổi có thể đại diện cho nhóm nữ thanh niên Việt Nam, mẫu nghiên cứu chọn một cách ngẫu nhiên.

Trong một số nghiên cứu nhân trắc vùng đầu mặt người Việt Nam, một số tác giả đã lựa chọn mẫu là những người trẻ tuổi. Lê Gia Vinh, Phan Ngọc Minh (1985)⁶⁸ Lê Thị Hạnh (2003)⁶⁹ cũng chọn một số mẫu 1004 đối tượng là sinh viên của 2 trường đại học ở lứa tuổi từ 18 - 22. Trần Thị Bích Hạnh (2003)¹² đã nghiên cứu trên 264 sinh viên trường đại học Y Hà Nội tuổi từ 18 -25. Đặng Văn Khanh (2011)⁷⁰ đã thực hiện nghiên cứu trên 641 thanh niên từ 19-39 tuổi. Về độ tuổi, mẫu nghiên cứu nhân trắc mà chúng tôi lựa chọn tương đồng với nghiên cứu của Lê Thị Hạnh và Trần Thị Bích Hạnh. Tuy nhiên, các tác giả này nghiên cứu nhân trắc vùng đầu mặt trên cả nam và nữ. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ tập trung nghiên cứu trên nữ thanh niên trẻ tuổi người Việt tuổi từ 18-23.

4.1.2. Về đặc điểm hình thái mắt và các giá trị ứng dụng

4.1.2.1. Đặc điểm hình thái mi trên

*** Phân loại hình thái mi trên**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, nhóm NCNT gồm 352 người (704

mắt), có 112 mắt một mí (15,9%), 483 mắt hai mí (68,6%), 73 mắt mí ẩn (10,4%), 36 mắt nhiều nếp mí (5,1%). Như vậy, trong nhóm NCNT, số lượng mắt hai mí chiếm tỷ lệ cao nhất.

Vũ Văn Khoa, Nguyễn Bắc Hùng (2000)¹¹, trong nghiên cứu 160 sinh viên đại học Y Hà Nội, phân loại hình thái mi trên thành 4 loại: một mí, hai mí, ba mí, mí ẩn. Trong đó, mắt hai mí chiếm tỷ lệ 58,2%; mắt một mí 10,6%; ba mí 22,5% và mí ẩn là 8,7%. Theo Jeong (1999)⁴⁷ người châu Á có mắt một mí chiếm 15 - 20% tùy theo từng nước. Theo Chen (2010)²³ Yuzuriha (2005)⁴⁹ người châu Á có tỷ lệ mắt một mí cao hơn hẳn so với các tộc người khác. Nakagawa (1974)⁴³ cho rằng hơn 50% dân số Nhật Bản có mắt hai mí, chủ yếu gặp ở nữ. Theo Ohmori (1990)³⁶ khoảng 50% người châu Á có thể không có hoặc kém phát triển nếp mi trên.

*** Phân loại kiểu hình mắt hai mí**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khảo sát có 4 kiểu hình mắt hai mí: Thể hẹp góc trong, thể song song, thể vòm ngoài và thể hình bán nguyệt. Trong đó thể hẹp góc trong hay gặp nhất chiếm 61,5%. Tuy nhiên kiểu hình được yêu thích ở người châu Á là thể song song, theo Chen (2006)². Meneghini (2005)¹⁸ cũng cho rằng đôi mắt cuốn hút có kiểu nếp mí song song. Năm 1926, Uchida⁴² đã mô tả hình dạng nếp mí giống như cánh quạt, một nếp hơi tròn. Theo Chen (2010)²³, trong khi người châu Âu có mắt hai mí với kiểu nếp mí hình bán nguyệt hằng định, thì người châu Á lại có nhiều kiểu hình mắt hai mí. Hơn nữa, có sự khác nhau về nếp mí giữa hai mắt trên cùng một cá thể, phụ thuộc vào các yếu tố như là độ dày da, túi mỡ ổ mắt. Scawn (2010)⁴ đã mô tả những biến thể của nếp mí trên ở người châu Á (hình 1.12). Bao gồm thể hẹp góc trong, thể song song, thể vòm ngoài và thể bán nguyệt. Thời gian gần đây, nếp mí to hình bán nguyệt kiểu châu Âu được những người hay trang điểm, gấn mi giả, nối mi giả rất yêu thích. Chúng tôi đồng quan điểm với Chen (2006)² Meneghini (2005)¹⁸ dáng mí tự nhiên, phù hợp với người châu Á là kiểu hình hẹp góc trong hoặc song song.

4.1.2.2. Đặc điểm nếp quạt (*Epicanthus*)

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả 293 trường hợp có nếp quạt (*Epicanthus*) (83,2%) và 59 trường hợp không có nếp quạt (16,8%). Johnson (1978)⁶⁵ đã chia hình thái nếp quạt thành 4 thể: Thể trên lông mi; Thể bờ mi; Thể sụn mi; Thể đảo ngược. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 6 trường hợp thể bờ mi (2,0%), 287 thể sụn mi (98,0%). Thể trên lông mi và thể đảo ngược không gặp trường hợp nào. Như vậy, đa số nữ thanh niên người Việt có nếp quạt (*Epicanthus*), thể sụn mi là phổ biến nhất.

Nếp quạt (*Epicanthus*) xuất hiện trong khoảng từ tháng thứ ba đến tháng thứ sáu của thai kỳ. Ở người châu Âu, nếp này tự biến mất vào thời điểm sinh hoặc chậm nhất là đến tuổi trưởng thành, trừ trường hợp dị tật bẩm sinh. Theo Boo-chai (1963)⁶³ trong khi sự hiện diện của nếp quạt (*Epicanthus*) ở người châu Âu được xem là dấu hiệu dị tật thì ở người châu Á, ít nhất có 50% cá thể vẫn tồn tại nếp quạt này. Nếu kể đến những vết tích nhỏ của nếp quạt, thì hầu hết người châu Á đều có nếp quạt này. Chính vì vậy, nếp quạt (*Epicanthus*) là điểm đặc trưng duy nhất của khuôn mặt châu Á. Theo Putterman (1976)⁹² đặc trưng mắt người châu Á là 90% dân số có nếp quạt (*Epicanthus*). Ohmori (1994)¹²³ cho rằng người châu Âu hiếm gặp nếp quạt (*Epicanthus*), trong khi đó, người châu Á rất thường gặp nếp quạt (*Epicanthus*). Chúng tôi thống nhất ý kiến với Boo-chai, Putterman và Ohmori. Kumar (2012)⁶⁶ nghiên cứu hình thái nếp quạt (*Epicanthus*) trên 400 người Malaysia, cho kết quả 95% là thể sụn mi, 5% thể bờ mi. Như vậy kết quả của chúng tôi tương đương với kết quả của Kumar.

Theo Ohmori (1990)³⁶ sự kết hợp giữa mắt 1 mí và nếp quạt (*Epicanthus*) làm dáng mi không mềm mại, nổi bật thêm sự thần bí của đôi mắt người châu Á. Yếu tố này không những ảnh hưởng đến việc đánh giá trước phẫu thuật mà còn ảnh hưởng đến cả kết quả sau phẫu thuật. Người bệnh có nếp quạt (*Epicanthus*) sẽ bị ảo giác về việc nếp mí tạo ra không được đủ to vùng góc mắt trong, từ đó sẽ không hài lòng với kết quả phẫu thuật.

Vậy thì việc xử lý nếp quạt (Epicanthus) có làm cải thiện được thẩm mỹ của mi mắt? Chen (2008)⁴⁵ có xu hướng thận trọng trong việc phẫu thuật Epicanthus vì những lý do sau: Da vùng góc trong mắt có xu hướng tạo sẹo xấu sau phẫu thuật, do đó ảnh hưởng thẩm mỹ và tâm lý bệnh nhân; Nếp quạt thể nhẹ có đường gấp trùng với đường nếp mí thể hẹp góc trong, tạo nên vẻ tự nhiên cho mắt người châu Á. Việc thảo luận với người muốn có nếp mí to kiểu song song hoặc hình bán nguyệt là cần thiết. Nếu có nếp quạt (Epicanthus), khi bệnh nhân yêu cầu tạo nếp mí song song hoặc bán nguyệt, dường như sẽ tạo ra nếp mí bị chùng chéo đan xen vùng góc mắt trong. Do đó, nếp mí tạo ra không rõ ràng, không tự nhiên như những người có mắt hai mí bẩm sinh. Theo Chen (2006)² khi có nếp quạt (Epicanthus), nên tạo mắt hai mí kiểu hình hẹp góc trong sẽ đạt được kết quả tự nhiên.

4.1.2.3. Ý nghĩa của kết quả nghiên cứu hình thái mi mắt

Năm 2005, Meneghini¹⁸ đã phân tích hình thái lâm sàng khuôn mặt và đưa ra tiêu chuẩn đôi mắt cuốn hút ở người châu Âu. Trong đó, tiêu chuẩn về nếp mi như sau: Nếp mi trên song song với bờ tự do mi trên và chia mi trên thành 2/3 trên và 1/3 dưới. Park (2008)¹²⁴ đã đưa ra một số tiêu chuẩn về đôi mắt hài hòa ở người châu Á như sau: Khoảng cách hai góc mắt trong: 3-3,6 cm, tỷ lệ khoảng cách hai góc mắt trong và chiều rộng khe mi: 0,9-1,15. Độ chéch khe mi là 5-10°. Và không có nếp quạt (Epicanthus). Như vậy, bên cạnh những biến thể hình thái mi trên, nếp quạt (Epicanthus) có ảnh hưởng đến mức độ thẩm mỹ mi mắt đó.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, nếp mi trên ở nữ thanh niên người Việt đa số là mắt hai mí và mắt một mí. Kiểu hình mắt hai mí thể hẹp góc trong và song song là phổ biến. Nếp quạt (Epicanthus) xuất hiện phổ biến ở nhóm nữ thanh niên người Việt, loại hình Epicanthus thể sụn mi chiếm đa số. Đây là cơ sở để thiết kế nếp mí tự nhiên cho người Việt, cũng là cơ sở dự đoán trước

nếp mí có thể tạo ra đề thảo luận với bệnh nhân trước phẫu thuật. Ngoài ra, nếu đi sâu nghiên cứu thêm, đây có thể là cơ sở để xây dựng tiêu chuẩn đôi mắt thuần Việt, mang đậm chất Việt.

4.1.3. Về đặc điểm nhân trắc mắt và giá trị ứng dụng

4.1.3.1. Các kích thước mắt và giá trị ứng dụng

Chúng tôi đã tiến hành đo 9 kích thước mắt, khảo sát 5 chỉ số mắt ở nhóm NCNT và xử lý số liệu để đưa ra kết quả. Trong bảng 3.3 ghi nhận các kích thước trung bình đo được ở nhóm NCNT. Tất cả 9 kích thước trung bình của hai bên mắt phải và mắt trái không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Điều này cho thấy, mắt nữ thanh niên người Việt đa số là có kích thước cân đối giữa hai mắt.

Để ghi nhận độ tin cậy của kết quả đo các kích thước mắt, chúng tôi tiến hành so sánh một số kích thước đã đo ở nhóm trẻ tuổi với các kết quả của các tác giả khác như Lê Thị Hạnh (2003)⁶⁹, Đặng Văn Khanh (2011)⁷⁰, Trần Thị Bích Hạnh (2003)¹², Võ Trương Như Ngọc¹²⁵, Farkas (1987)¹²⁶, Park (2008)¹²⁴, Jung (2020)¹²⁷ ... Chúng tôi sẽ bàn luận sau đây cho từng nhóm kích thước và chỉ số nhân trắc mắt.

*** Một số kích thước góc mắt:**

Kết quả nghiên cứu ở nhóm NCNT như sau: Khoảng cách hai góc mắt trong là $32,2 \pm 1,7$ mm. Khoảng cách hai góc mắt ngoài là $95,7 \pm 4,6$ mm. Các kích thước này của hai bên mắt phải và mắt trái không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Từ đó ta thấy, mắt nữ thanh niên người Việt đa số là có các kích thước của góc mắt cân đối giữa hai mắt.

Khoảng cách của góc mắt có thể thay đổi giữa các chủng tộc khác nhau. So sánh với các tác giả khác, giá trị này phù hợp với một số nghiên cứu đã đưa ra về chỉ số nhân trắc của góc mắt (bảng 4.1).

Bảng 4.1. So sánh kết quả một số kích thước góc mắt

Tác giả	Năm	Số lượng Giới	Chủng tộc	Khoảng cách hai góc mắt trong	Khoảng cách hai góc mắt ngoài
Nghiên cứu này	2022	352 (nữ)	Việt Nam	32,2±1,7	95,7±4,6
Đặng Văn Khanh ⁷⁰	2011	340 (nữ)	Việt Nam	32,2±0,9	96,8±3,6
Lê Thị Hạnh ⁶⁹	2003	1004 nam nữ	Việt Nam	32,8±5,3	95,6±9,9
Trần T. B. Hạnh ¹²	2003	119 (nữ)	Việt Nam	33,3±0,2	-
Farkas ¹²⁶	1987	136 (nữ)	Mỹ	34,4±3,4	92,9±5,3
Park ¹²⁴	2008	264 (nữ)	Châu Á	38,2±2,8	-
Yu ¹²⁸	2019	65 (nữ)	Trung Quốc	34,9 ± 2.9	-
		30 (nữ)	Ấn Độ	30,4 ±3.1	-
Jung ¹²⁷	2020	240 (nữ)	Hàn Quốc	Mắt một mí: 38,2±1,8 Mắt hai mí: 38,0 ±3,1	Mắt một mí: 85,3±3,8 Mắt hai mí: 87,9 ±4,9

Bảng 4.1 cho thấy có sự tương đương giữa các kích thước đo được của Đặng Văn Khanh, Lê Thị Hạnh, Trần Thị Bích Hạnh và kết quả của chúng tôi. So sánh với Park, Jung và Farkas thì kết quả của chúng tôi có sự khác biệt ở khoảng cách hai góc mắt trong, hai góc mắt ngoài. Jung (2020)¹²⁷ nghiên cứu trên 240 nữ người Hàn Quốc. tác giả chia thành hai nhóm đối tượng mắt một mí và mắt hai mí. Sự so sánh các kích thước giữa hai nhóm hình thái mi trên này là một ý tưởng hay.

*** Một số kích thước khe mí:**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả như sau: Chiều cao khe mí trung bình là $10,6 \pm 0,5$ mm; Chiều rộng khe mí trung bình là $30,2 \pm 1,4$ mm. Các kích thước này của hai bên mắt phải và mắt trái không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Từ đó ta thấy, mắt nữ thanh niên người Việt đa số là có khe mí cân đối giữa hai mắt. So sánh với các tác giả khác, giá trị này phù hợp với một số nghiên cứu đã đưa ra về chỉ số nhân trắc của khe mí (bảng 4.2).

Bảng 4.2. So sánh kết quả một số kích thước khe mí

Tác giả	Năm	Số lượng	Chủng tộc	Chiều cao khe mí	Chiều rộng khe mí
Nghiên cứu này	2022	352 (nữ)	Việt Nam	$10,6 \pm 0,5$	$30,2 \pm 1,4$
Đặng Văn Khanh ⁷⁰	2011	340 (nữ)	Việt Nam	$10,3 \pm 1,5$	$29,1 \pm 2,2$
Lê Thị Hạnh ⁶⁹	2003	1004 (nam nữ)	Việt Nam	-	$30,9 \pm 4,7$
Trần T. B. Hạnh ¹²	2003	119 (nữ)	Việt Nam	-	$32,3 \pm 0,2$
Lê Gia Vinh ⁶⁸	1985	1000 (nam nữ)	Việt Nam	-	27
Farkas ¹²⁶	1987	136 (nữ)	Mỹ	$10,4 \pm 3,4$	$32,4 \pm 2,4$
Park ¹²⁴	2008	264 (nữ)	Châu Á	$8,2 \pm 1,1$	$26,8 \pm 1,7$
Saonanon ⁵¹	2014	-	Châu Á	8 – 11	30-31
Yu ¹²⁸	2019	65 (nữ)	Trung Quốc	9.7 ± 1.5	23.2 ± 1.7
		30 (nữ)	Ấn Độ	11.2 ± 1.1	27.4 ± 2.3
Jung ¹²⁷	2020	240 (nữ)	Hàn Quốc	Mắt một mí: $8.0 \pm 0,9$ Mắt hai mí: $9.9 \pm 1,0$	Mắt một mí: $24.1 \pm 1,5$ Mắt hai mí: $25.5 \pm 1,7$

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với Đặng Văn Khanh (2011)⁷⁰, Saonanon (2014)⁵¹, Meneghini (2005)¹⁸, Putterman (2004)⁵⁵, Ohmori (1990)³⁶, Farkas (2002)¹²⁹, Jeong (1999)⁴⁷, Knezi (2020)¹³⁰, Jung (2020)¹²⁷. Ohmori (1990)³⁶ nói về sự khác biệt về nếp mí giữa người châu Âu và người châu Á. Ở người châu Á, khe mi nhỏ và ngắn hơn ở người châu Âu. Farkas (2002)¹²⁹ dùng các chuẩn tỷ lệ mặt tâm cổ điển để đánh giá khuôn mặt ở người Mỹ gốc Á và Âu. Khoảng cách hai góc mắt trong ở người Á lớn hơn người Âu một cách có ý nghĩa. Các đặc điểm nổi bật của khuôn mặt người Á là khoảng cách hai góc mắt trong lớn hơn trong khi chiều rộng khe mi ngắn hơn. Jeong (1999)⁴⁷ đã nghiên cứu hình thể ngoài và kích thước mi trên ở người đông nam Á và so sánh với kích thước ở người châu Âu. Kết quả nghiên cứu cho thấy người châu Á thường có cặp mắt nhỏ và ngắn. Theo Jung (2020)¹²⁷ ở nữ người Hàn Quốc, mắt một mí thường có kích thước khe mi nhỏ và ngắn hơn so với mắt hai mí. Theo Knezi (2020)¹³⁰ không có sự khác biệt giữa hai mắt phải trái về chiều cao khe mi và chiều rộng khe mi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có khác biệt so với Lê Gia Vinh (1985)⁶⁸ và các nghiên cứu trên người Hàn Quốc, Trung Quốc, Ấn Độ... So sánh với người Châu Âu, theo nghiên cứu của Farkas (1987)¹²⁶ khe mi ở nhóm NCNT nhỏ và ngắn hơn. So với người Trung Quốc, theo nghiên cứu của Yu (2019)¹²⁸ Hàn Quốc, theo nghiên cứu của Jung (2020)¹²⁷ khe mi ở nhóm NCNT to và dài hơn. So với người Ấn Độ, theo nghiên cứu của Yu (2019)¹²⁸ khe mi ở nhóm NCNT nhỏ và dài hơn.

Các kích thước của khe mi gần như được mặc định trong tất cả các phép đo nhân trắc mắt. Các kích thước của khe mi khác biệt rõ rệt giữa các chủng tộc khác nhau. Biết kích thước của khe mi ở người bình thường giúp chẩn đoán một số bệnh như: Ngắn hẹp khe mi bẩm sinh, sụp mi bẩm sinh hoặc mắc phải, mức độ co rút mi trên trong bệnh lý liên quan tuyến giáp. Ngoài ra, kích thước của khe mi còn giúp phẫu thuật viên tạo hình dựng lại một phần hoặc toàn bộ mi trong những trường hợp khuyết hồng vùng mi.

*** Độ chênh khe mi:**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả Độ chênh khe mi trung bình là $8,8 \pm 1,2$ mm. Độ chênh khe mi của hai bên mắt phải và mắt trái không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Điều này cho thấy, mắt nữ thanh niên người Việt đa số là có “độ xéch mắt” cân đối giữa hai mắt. So sánh với các tác giả khác, giá trị này phù hợp với kết quả của một số nghiên cứu ở người châu Á, khác biệt một số nghiên cứu ở người châu Âu (bảng 4.3).

Bảng 4.3. So sánh kết quả độ chênh khe mi

Tác giả	Năm	Số lượng	Chủng tộc	Độ chênh khe mi
Nghiên cứu này	2022	352 (nữ)	Việt Nam	$8,8 \pm 1,2^0$
Price ¹³¹	2009	56 (nữ)	Âu Mỹ	$5,8^0$
Farkas ³⁹	1994	51 (nữ)	Bắc Mỹ	$4,1^0$
Park ¹³²	1990	1073 (nữ)	Hàn Quốc	$10,6^0$
Kunjur ¹³³	2006	13 (nữ)	Trung Quốc	4^0
Takahagi ¹³⁴	2008	114 (nam nữ)	Nhật Bản	$7,8^0$
Kumar ⁵³	2013	100 (nữ)	Ấn Độ	$6,1^0$
Park ¹²⁴	2008	264 nữ	Châu Á	$8,8 \pm 2,3^0$
Jung ¹²⁷	2020	240 (nữ)	Hàn Quốc	Mắt một mí: $8,8 \pm 3,0^0$ Mắt hai mí: $8,4 \pm 2,9^0$

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, Độ chênh khe mi ở nữ thanh niên người Việt tương đồng với người nghiên cứu của Takahagi (2008)¹³⁴ trên người Nhật Bản, nghiên cứu của Park (1990)¹³², Jung (2020)¹²⁷ trên người Hàn Quốc, nghiên cứu của Park (2008)¹²⁴ trên người Châu Á nói chung. Độ chênh khe mi ở nữ thanh niên người Việt lớn hơn người Âu Mỹ, Bắc Mỹ, Trung Quốc, Ấn Độ theo nghiên cứu của Price (2009)¹³¹, Farkas (1994)³⁹, Kunjur (2006)¹³³, Kumar (2013)⁵³. Chúng tôi thống nhất quan điểm

với Brian (2003)¹, Ohmori (1990)³⁶. Theo Brian (2003)¹ đặc trưng cơ bản của người châu Á là “mắt xếch”. Theo Ohmori (1990)³⁶ ở người châu Á khi nhắm mắt, khe mi nằm chéch lên trên ra ngoài, vì góc mắt ngoài cao hơn góc mắt trong 2-3 mm, đây chính là đặc trưng cơ bản của người châu Á, vì thế gọi là “mắt xếch châu Á”.

Độ chéch khe mi hay còn gọi là “độ xếch mắt”, có những khác biệt rõ rệt giữa các chủng tộc khác nhau. Độ chéch khe mi có thể là cơ sở để phân loại hình thái đôi mắt của mỗi người hoặc một tộc người, ví dụ mắt xếch hay mắt sụp v.v... Trong tạo hình tái tạo góc mắt, có thể ước chừng vị trí đặt lại tổ chức đúng theo độ xếch mắt tự nhiên.

*** Chiều cao mi trên:**

Chiều cao mi trên là khoảng cách giữa bờ tự do mi trên và bờ dưới cung lông mày. Khoảng cách này có thể thay đổi khi có những thay đổi về cấu tạo da mi hoặc những biến dạng mi do chấn thương, vết thương, lão hóa. Chúng tôi khảo sát chiều cao mi trên ở hai trạng thái: Chiều cao mi trên khi nhắm mắt và chiều cao mi trên khi mở mắt. Kết quả nghiên cứu ở nhóm NCNT cho kết quả chiều cao mi trên nhắm mắt là $25,3 \pm 1,3$ mm. Chiều cao mi trên mở mắt là $16,5 \pm 1,4$ mm. Không có sự khác biệt giữa mắt phải và trái với $p > 0,05$. Điều này cho thấy, mắt nữ thanh niên người Việt đa số là có mi trên cân đối giữa hai mắt. So sánh với các tác giả khác, giá trị này phù hợp với một số nghiên cứu đã đưa ra về chỉ số nhân trắc chiều cao mi trên. (bảng 4.4).

Về chiều cao mi trên khi nhắm mắt, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bảo Thoa (2018)¹³⁵, Đặng Văn Khanh (2011)⁷⁰. Kết quả của chúng tôi khác biệt so với Nguyễn Thị Thanh Phương (2012)¹⁰⁹, Yu (2019)¹²⁸, Rhee (2012)¹³⁶.

Bảng 4.4. So sánh kết quả chiều cao mi trên

Tác giả	Năm	Chủng tộc	Chiều cao mi trên nhắm mắt (mm)	Chiều cao mi trên mở mắt (mm)
Nghiên cứu này	2022	Việt Nam	25,3±1,3	16,5±1,4
Nguyễn T. Bảo Thoa ⁹⁵	2018	Việt Nam	Khi nghỉ: 23,8±1,8 Khi kéo giãn: 30,2±1,8	-
Đặng Văn Khanh ⁷⁰	2011	Việt Nam	26,9± 0,6	-
Nguyễn T.T. Phương ¹⁰⁹	2012	Việt Nam	21,4±2,3	-
Yu ¹²⁸	2019	Trung Quốc	-	15.9 ±2.4
		Ấn Độ	-	13,1 ± 2.2
Rhee ¹³⁶	2012	Hàn Quốc	-	17,2

Chiều cao mi trên có giá trị tham khảo trong các phẫu thuật tạo hình hoàn phục một đơn vị thẩm mỹ mi trên khi có tổn khuyết mi, dựng lại cung lông mày (hoặc phun xăm thẩm mỹ cung mày) khi mất toàn bộ lông mày do bỏng hoặc các loại vết thương khác. Chiều cao mi trên là cơ sở để đánh giá mức độ sa trễ cung mày ở người cao tuổi và các phẫu thuật viên lựa chọn đường mổ thích hợp trong tạo hình sa trễ mi và cung mày.

*** Chiều cao nếp mi trên:**

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, chiều cao đường nếp mi trung bình là 7,6±0,5 mm, chiều cao nếp mi trên trung bình là 4,9±0,6 mm. Kích thước chiều cao đường nếp mi, chiều cao nếp mi trên của hai bên mắt phải và mắt trái không có sự khác biệt với $p>0,05$. Điều này cho thấy, mắt nữ thanh niên người Việt đa số là có nếp mí cân đối giữa hai mắt. So sánh với một số tác giả khác, giá trị này phù hợp với một số nghiên cứu đã đưa ra về kích thước nếp mi trên.

Kết quả của chúng tôi tương đồng với kết quả của Đặng Văn Khanh (2011)⁷⁰ khác biệt với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Bảo Thoa (2018)¹³⁵, Nguyễn Thị Thanh Phương (2012)¹⁰⁹. Kết quả chiều cao đường nếp mi ở nữ thanh niên người Việt lớn hơn kích thước trung bình ở người Châu Á, theo nghiên cứu của Park (2008)¹²⁴, Ohmori (1990)³⁶.

Để tìm mối liên quan giữa chiều cao nếp mi và một số kích thước mắt, chúng tôi khảo sát được mối tương quan tuyến tính giữa chiều cao đường nếp mi và chiều cao mi trên nhắm mắt. Hệ số tương quan $r = 0,372$, cho thấy mức độ tương quan trung bình giữa hai kích thước. Chúng tôi thống nhất qua điềm của Chen (2015)⁵² khi tác giả đưa ra mối tương quan giữa chiều cao nếp mi giải phẫu (đường nếp mi) và chiều cao nếp mi trên theo công thức: Chiều cao nếp mi trên = $5/7$ Chiều cao nếp mi giải phẫu.

Nếp mí là một yếu tố quan trọng, ảnh hưởng đến tính thẩm mỹ của đôi mắt, thậm chí là cần thiết để đánh giá khuôn mặt cuốn hút hay không. Chính vì những biến thể phức tạp của hình thái mi trên mà dẫn đến các cách phân loại khác nhau, từ đó tiếp tục dẫn đến việc đo lường khác nhau. Sinh lý vận động mi trên bao gồm mở mắt và nhắm mắt. Tương ứng với trạng thái nhắm mắt, mở mắt, mà chúng tôi khảo sát chiều cao đường nếp mi và chiều cao nếp mi trên. Trong quá trình thực hành lâm sàng, tư vấn và phẫu thuật tạo hình nếp mi trên, chúng tôi nhận thấy chiều cao nếp mi trên được người ta quan tâm hơn chiều cao đường nếp mi. Theo số liệu chúng tôi phân tích, thì cùng 1 số đo chiều cao đường nếp mi, nhưng nếp mi trên khi mở mắt có thể thay đổi nhiều hay ít, to hoặc nhỏ, thể hiện rõ ở chỉ số mắt 5 (Chúng tôi sẽ bàn luận ở phần sau).

4.1.3.2. Các chỉ số mắt, thang phân loại chỉ số mắt và giá trị ứng dụng

Để khảo sát mối tương quan giữa một số kích thước mắt, chúng tôi xác định 5 chỉ số nhân trắc mắt ở nhóm NCNT và xây dựng thang phân loại cho

các chỉ số mắt. Chỉ số mắt 1, 2 được khảo sát trên tất cả đối tượng ở nhóm NCNT, tương đương là 352 người, 704 mắt. Các chỉ số mắt 3,4,5 khảo sát trên 483 mắt hai mí. Chỉ số mắt 1, 2, 3 đã có một số tác giả đề cập tới

Bảng 4.5. So sánh kết quả các chỉ số mắt.

Tác giả	Năm	Chủng tộc	CSM 1	CSM 2	CSM 3
Nghiên cứu này	2022	Việt Nam	34,2±2,2	35,9±3,1	32,7±3,9
Đặng Văn Khanh ⁷⁰	2011	Việt Nam	33,6±2,1	35,6±5,7	33,7±8,4
Yu ¹²⁸	2019	Trung Quốc	-	-	41.7 ±6.0
		Ấn Độ	-	-	41.0 ±3.3

* Chỉ số mắt 1

Chỉ số mắt 1 là mối tương quan giữa khoảng cách hai góc mắt trong với khoảng cách hai góc mắt ngoài. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số mắt 1 là 34,2±2,2; Thang phân loại CSM1 chia 3 mức là hai mắt gần nhau, trung bình và xa nhau. Nếu 2 góc mắt trong càng gần nhau thì chỉ số mắt 1 càng nhỏ. Ngược lại, 2 góc mắt ngoài càng xa nhau thì chỉ số mắt 1 cũng càng nhỏ. Nếu 2 góc mắt trong càng xa nhau thì chỉ số mắt 1 càng lớn. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Lê Thị Hạnh (2003)⁶⁹ và Đặng Văn Khanh (2011)⁷⁰. Theo Albert (1996)¹³⁷ sự bất thường của chỉ số này gặp ở những người bị dị tật bẩm sinh vùng mắt.

Ý nghĩa của chỉ số mắt 1: Thang phân loại chỉ số mắt 1 cho phép xác định khoảng cách trung bình giữa hai góc mắt trong ở người bình thường, đồng thời phân định mức độ gần và mức độ xa của hai mắt.

* Chỉ số mắt 2

Chỉ số mắt 2 là mối tương quan giữa chiều cao khe mi với chiều rộng khe mi. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số mắt 2 là 35,9±3,1; Thang phân loại CSM2 chia 3 mức là khe mi hẹp, trung bình hoặc rộng. Nếu

chỉ số mắt 2 càng lớn thì mắt mở càng rộng, ngược lại chỉ số mắt 2 càng nhỏ thì mắt mở càng hẹp. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Lê Thị Hạnh (2003)⁶⁹ và Đặng Văn Khanh (2011)⁷⁰.

Ý nghĩa của chỉ số mắt 2: Thang phân loại chỉ số mắt 2 là cơ sở xác định mức độ rộng hẹp của khe mi, cũng là để xác định hình thái khe mi của mỗi người hoặc một tộc người, ví dụ mắt dài hay ngắn, mắt “bò câu” hay mắt “lá rằm” v.v... Chỉ số mắt 2 giúp ta nhận định, đánh giá một số di tật về mắt như ngắn hẹp khe mi bẩm sinh, sụp mi bẩm sinh hay mắc phải. Đây cũng là cơ sở cho các phẫu thuật viên kéo dài khe mi trong hẹp ngắn khe mi bẩm sinh, phẫu thuật treo mi trong bệnh lý sụp mi (ptosis).

* Chỉ số mắt 3

Chỉ số mắt 3 là mối tương quan giữa chiều cao đường nếp mi và chiều cao mi trên nhắm mắt. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số mắt 3 là $32,7 \pm 3,9$. Thang phân loại CSM3 chia 3 mức là vị trí đường nếp mi thấp, trung bình và cao.

Ý nghĩa của chỉ số mắt 3: Chỉ số mắt 3 có giá trị xác định tương quan giữa chiều cao đường nếp mi và chiều cao nếp mi trên, thực chất là khoảng chia của da mi trước sụn và da mi trước vách ổ mắt bởi đường nếp mi. Thông qua chỉ số mắt 3, ta có thể ước chừng được chiều cao đường rạch da dự kiến trong thiết kế đường mổ. Chiều cao đường nếp mi hay chính là đường rạch da trong khoảng 1/3 chiều cao mi trên nhắm mắt. Như vậy, trên lâm sàng thang phân loại chỉ số mắt 3 sẽ giúp đánh giá, xác định thiết kế đường rạch da trong tạo hình nếp mi trên. Ngoài ra, theo Đặng Văn Khanh (2011)⁷⁰ thông qua chỉ số mắt 3, có thể đánh giá sự thay đổi chiều cao mi trên, mức độ sa trễ của cung lông mày xuống thấp. Đặc biệt trong những trường hợp sa trễ mi kết hợp sa trễ cung mày nặng thì chỉ số mắt sẽ thay đổi rất rõ rệt.

* Chỉ số mắt 4

Chỉ số mắt 4 là mối tương quan giữa chiều cao nếp mi trên và chiều cao mi trên mở mắt, có giá trị xác định tương đối khoảng chia làm hai phần trên dưới của mi trên bởi nếp mi trên khi mở mắt. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số mắt 4 là $30,3 \pm 4,1$. Theo kết quả này, chúng tôi nhận thấy, chỉ số mắt 4 trong khoảng $1/3 - 1/4$ của chiều cao mi trên mở mắt thì có sự cân đối tự nhiên. Chúng tôi thống nhất với quan điểm của Meneghini (2005)¹⁸. Theo Meneghini, nếp mí thường chia mi trên thành $2/3$ trên và $1/3$ dưới. Thang phân loại CSM4 chia 3 mức là vị trí nếp mi trên thấp, trung bình và cao. Nếp mí to hay nhỏ không quan trọng bằng tỷ lệ cân đối so với chiều cao mi trên. Khi chỉ số mắt 4 lớn, nếp mi trên ở vị trí quá cao, làm cho cảm giác như “mắt giả”. Khi chỉ số mắt 4 nhỏ, vị trí nếp mi trên nằm quá thấp, nếp mí nhìn nhỏ, không phù hợp so với chiều cao mi trên. Thường là bệnh nhân sẽ không thích tạo ra 1 nếp mí nhỏ, bệnh nhân có thể sẽ không hài lòng.

Ý nghĩa của chỉ số mắt 4: Trên lâm sàng thang phân loại chỉ số mắt 4 sẽ giúp đánh giá vị trí nếp mí có phù hợp, tự nhiên hay không, có thể làm cơ sở để đánh giá kết quả tạo hình nếp mi trên.

* Chỉ số mắt 5

Chỉ số mắt 5 là mối tương quan giữa chiều cao nếp mi trên và chiều cao đường nếp mi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả chỉ số mắt 5 là $63,8 \pm 7,3$. Thang phân loại CSM5 chia 3 mức là nếp mi trên thay đổi nhiều, thay đổi trung bình và thay đổi ít. Nếu chỉ số mắt 5 càng lớn thì nếp mi càng thay đổi nhiều, hay chính là bị che khuất nhiều. Ngược lại, chỉ số mắt 5 càng nhỏ thì nếp mí ít thay đổi, hay chính là có ít da mi cuộn che phủ nếp mi khi mắt vận động từ nhắm sang mở. Chen (2015)⁵² đưa ra mối tương quan giữa chiều cao nếp mi trên và đường nếp mi theo công thức: Chiều cao nếp mi trên = $5/7$ Chiều cao nếp mi giải phẫu.

Ý nghĩa của kết quả nghiên cứu chỉ số mắt 5: Trên lâm sàng chỉ số mắt 5 sẽ giúp đánh giá, xác định nếp mi trên bị che khuất nhiều hay ít khi mở mắt, đặc biệt trong trường hợp sa trĩ mi trên, da mi trùm xuống nếp mí làm cho mí mắt bị che phủ nhiều, hay chính là mí mắt thay đổi nhiều. Và nếp da mi bị che phủ trung bình sẽ mang lại nếp mi trên rõ ràng, nếp mi trên đủ sâu, nếp mí không bị mờ. Trường hợp nếp mi trên thay đổi ít, chứng tỏ da mi thiếu không đủ cuộn nếp mí, do đó nếp mí trở nên mờ, nông, không tự nhiên. Chỉ số mắt 5 có thể là một cơ sở đánh giá nếp mi sau phẫu thuật có đủ sâu, đủ rõ ràng hay nếp mí nông, không rõ ràng.

Tóm lại: Nghiên cứu một số kích thước, xác định một số chỉ số nhân trắc mắt ở một nhóm nữ thanh niên người Việt, đã góp phần xác lập một số thông số về kích thước mi trên ở người Việt và có thể ứng dụng vào chẩn đoán những thương tổn, biến dạng mi và áp dụng vào các loại phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ và tạo hình phục hồi vùng mắt, đặc biệt là mi trên, cũng như ứng dụng trong phẫu thuật tạo hình nếp mi trên ở phụ nữ người Việt trưởng thành.

4.2. Nghiên cứu phẫu thuật tạo hình nếp mi trên ở nữ người Việt trưởng thành

4.2.1. Đặc điểm lâm sàng ở nhóm bệnh nhân

4.2.1.1. Đặc điểm tuổi ở nhóm bệnh nhân

Trong nghiên cứu này chúng tôi chia bệnh nhân theo 3 nhóm tuổi, kết quả có 13 người dưới 25 tuổi (11,6%), 68 bệnh nhân từ 25-40 tuổi (60,7%) và 31 bệnh nhân trên 40 tuổi (27,7%). Như vậy nhóm đối tượng phẫu thuật tạo hình nếp mi trên đa phần là lứa tuổi trẻ, dưới 40 tuổi. Điều này cũng phù hợp với nhu cầu cải thiện sắc đẹp luôn là đặc tính vốn có của phái nữ, đặc biệt ở lứa tuổi trẻ và có xu hướng ngày càng trẻ hóa theo sự phát triển kinh tế, văn hóa, xã hội của nước ta. Bước vào tuổi lao động, khi mà sức khỏe và năng lực

làm việc còn dồi dào, thậm chí là đóng vai trò chủ lực trong xã hội thì hình thức bên ngoài ảnh hưởng không nhỏ đến hiệu quả công việc, mà cụ thể đó là sự tự tin trong giao tiếp. Mặt khác, cũng là để đảm bảo sức khỏe về mặt tinh thần trong khái niệm sức khỏe toàn diện của con người. Tất cả các hình thái thiếu vắng nếp mi trên đều ảnh hưởng đến thẩm mỹ của đôi mắt các bạn trẻ và họ đến phẫu thuật chủ yếu để tạo hình nếp mi trên. Tất cả số bệnh nhân này khi đến khám trước phẫu thuật đều đặt ra yêu cầu cải thiện về thẩm mỹ. Họ cho rằng phẫu thuật đạt kết quả tốt về thẩm mỹ càng cao càng tốt. Ở nước ta trong những năm vừa qua, do hoàn cảnh, điều kiện chủ quan và khách quan khác nhau mà nhiều người không thể đến phẫu thuật sớm, đặc biệt còn không ít người mặc cảm, né tránh dư luận xã hội khi đến các trung tâm phẫu thuật tạo hình thẩm mỹ. Tuy nhiên gần đây số lượng bệnh nhân trẻ tuổi đi thẩm mỹ đã thay đổi. Ngày càng nhiều người trẻ có nhu cầu phẫu thuật sớm những vấn đề thẩm mỹ mà họ quan tâm và cho là quan trọng đối với họ.

4.2.1.2. Hình thái, nhân trắc mắt ở nhóm bệnh nhân trước phẫu thuật

Về hình thái mắt: Bệnh nhân không có nếp mí hoặc nếp mí không rõ ràng. Cụ thể là mắt một mí, mí ẩn, nhiều nếp mí, hoặc nếp mí rất nhỏ, khó nhận biết. Như vậy, có sự khác biệt về hình thái mi trên giữa nhóm BN với nhóm NCNT. Xét về khía cạnh thẩm mỹ, đây là lý do chính để nhiều người đi phẫu thuật tạo hình nếp mi trên. Điều này cũng lưu ý các phẫu thuật viên cần xác định rõ nếp mí chính và nếp phụ để thiết kế đường rạch cho phù hợp. Và chuẩn bị kế hoạch bóc tách xóa bỏ nếp mí cũ, nếp mí nhỏ, nếp mí phụ khi phẫu thuật. Mục tiêu cuối cùng là tạo được nếp mí rõ ràng.

Về nhân trắc mắt: Chiều cao khe mi, chiều cao nếp mi trên ở nhóm BN thấp hơn so với nhóm NCNT. Khe mi và nếp mi trên nhỏ hơn bình thường có thể là một trong những nguyên nhân chính làm mất thẩm mỹ của đôi mắt bệnh nhân. Do đó, bệnh nhân có nhu cầu phẫu thuật tạo hình nếp mi trên.

Tóm lại, sự khác biệt về hình thái và kích thước mắt dường như là mơ hồ đối với bệnh nhân. Chính họ cũng không rõ là lý do gì làm cho họ thấy mắt họ không đủ đẹp như mong đợi, chỉ thấy không đẹp một cách chung chung. Xác định hình thái, nhân trắc mắt đã giúp giải thích lý do này.

4.2.1.3. Mức độ thừa da, mỡ mi trên ở nhóm bệnh nhân

Về thừa da mi trên: Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số BN có thừa da mi trên (74,1%), thừa da mi trên độ 1, 2 chiếm đa số. Có 3 phương pháp chính để xác định lượng da thừa mi trên gồm kỹ thuật “Kẹp da”, “Vạt da” và định lượng theo công thức Maegawa (2012)⁵⁶. Nguyễn Thị Bảo Thoa (2018)¹³⁵ đã nghiên cứu cắt da thừa mi trên có định lượng của Maegawa. Đặng Văn Khanh (2011)⁷⁰, Nguyễn Thị Thanh Phương (2012)¹⁰⁹ sử dụng phương pháp “kẹp da”. Putterman (2004)⁵⁵ phân loại sa trễ mi dựa vào mức độ da mi thừa che phủ nếp gấp mi trên. Theo quan điểm của chúng tôi, để xác định lượng da thừa mi trên ở nhóm BN tạo hình nếp mi nên dựa vào phương pháp “kẹp da”. Vì đa số bệnh nhân là mắt một mí, mí ẩn, nếp mí ko rõ ràng nên khó đánh giá được theo phương pháp của Putterman. Phương pháp của Putterman phù hợp với người châu Âu, vì họ có nếp mí hàng định.

Về thừa mỡ vùng mi trên: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, một nửa số BN có thừa mỡ ở mắt (58%), số ít BN có thừa mỡ dưới cơ vòng mi (15,2%). Chúng tôi thống nhất với quan điểm của một số tác giả như Trần Thiết Sơn, Nguyễn Huy Thọ (1994)¹⁰, Cheng và Xu (2001)¹³⁸, Yuzuriha (2005)⁴⁹, Kim (2003)⁹⁵ là ở người châu Á, tổ chức mỡ dưới cơ vòng mi thường dày, tổ chức mỡ đệm trong ổ mắt ở thấp và nông. Chúng tôi đồng quan điểm với Uchida (1962)¹³⁹, Ohmori (1990)³⁶, Chen (2010)²³, Uchida (1962)¹³⁹ khi mỡ dưới cơ vòng mi dày hơn bình thường thì cần phải lấy bớt. Theo Ohmori (1990)³⁶ dấu hiệu “mí phồng” thường gặp ở người châu Á. Chen (2010)²³ cũng mô tả mỡ dưới cơ vòng mi mỡ ở mắt và mỡ dưới cung mày. Trong các lý do khiến bệnh nhân mong muốn phẫu thuật tạo hình nếp mi trên, nguyên nhân do thừa da và thừa mỡ rất thường gặp.

Biết được các đặc điểm trên, khi tạo hình nếp mi trên, phẫu thuật viên cần xem xét việc lấy mỡ dưới cơ vòng mi và trong ổ mắt cho phù hợp để tạo được nếp mí rõ nét, đôi mắt nhìn sẽ trẻ trung hơn. Ngược lại, nếu lấy mỡ quá nhiều sẽ làm cho mi mắt trên lõm, da mi mắt độ căng, phẳng.

4.2.2. Đặc điểm kỹ thuật tạo hình nếp mi trên

4.2.2.1. Thuật ngữ phẫu thuật tạo hình nếp mi trên

Nói đến tạo hình mi mắt người châu Á, đặc biệt là ở người trẻ tuổi, thì thuật ngữ “tạo hình mi mắt” dường như đồng nghĩa với “tạo hình nếp mi trên” hay “tạo hình nếp mí đôi”. Các thuật ngữ “Asian blepharoplasty”, “Oriental double eyelid procedure”, “Double eyelid procedure”, “Lid crease procedure”, “Asian double eyelid surgery”, “Double eyelid procedure”... đều có thể hiểu là tạo hình nếp mi trên và dường như chỉ dành cho người châu Á^{2,92}. Năm 1992, Phạm Văn Ái⁹⁸ đã báo cáo việc áp dụng phương pháp “xẻ mí đôi”. Như vậy, dù có gọi tên như thế nào, thì mục tiêu cuối cùng vẫn là tạo hình nếp mi trên cho người thiếu vắng nếp mi trên hoặc hoàn thiện nếp mi trên ở những người có nếp mí nhỏ, nếp mí không rõ ràng. Chúng tôi lựa chọn gọi phương pháp này là “phẫu thuật tạo hình nếp mi trên”.

4.2.2.2. Vì sao nên phẫu thuật tạo hình nếp mi trên

Lịch sử tạo hình mi mắt tại châu Âu từ rất xa xưa, không nhiều tác giả đề cập tới tạo mắt hai mí, mà chủ yếu quan tâm đến tạo hình mi mắt với mục đích cắt da, mỡ thừa vùng mi. Tuổi tạo hình mí mắt tại châu Âu thường là tuổi trung niên trở lên. Ngược lại, ở chủng tộc người châu Á, phẫu thuật tạo hình mi trên không chỉ là điều trị sa trễ mi mà còn cần lưu ý tạo hình nếp mi trên rõ ràng, theo Chen (2006)². Theo Brian (2003)¹ ở người châu Á tỷ lệ người có mắt hai mí không nhiều, chỉ có khoảng 50% người châu Á có nếp mi trên. Nếp mí đó có thể là nếp mí đôi hoàn chỉnh hoặc mí ẩn, mí không liên tục, hoặc nhiều nếp mí... Với cùng kích thước nhãn trác mắt, người có nếp mi trên dường như có

đôi mắt to hơn, đẹp hơn¹⁴⁰. Chính vì vậy, có một tỷ lệ những người châu Á, chủ yếu là phụ nữ, có mắt một mí, mí không hoàn chỉnh hoặc mắt hai mí nhưng nếp mí nhỏ, không cân đối... có nhu cầu thẩm mỹ tạo mắt hai mí rõ ràng, hình dáng và kích thước hoàn thiện hơn. Nhiều chuyên gia phẫu thuật tạo hình và phẫu thuật nhãn khoa như Chen (2006)², McCurdy (2005)³, Scawn (2010)⁴, Russell (2012)¹⁴¹, Jeffrey (2006)¹⁴²... đều cho rằng phẫu thuật tạo hình mắt hai mí là một trong những phẫu thuật thường gặp nhất ở châu Á...

4.2.2.3. Khám và tư vấn trước phẫu thuật

Theo Putterman (1993)⁴⁰ để đạt được sự hài lòng của bệnh nhân, có 2 điều quan trọng cần lưu ý, đó là khám, tư vấn, thảo luận với người bệnh trước phẫu thuật và thực hiện phẫu thuật chuẩn xác, cẩn thận. Như đã phân tích ở trên, các thay đổi hình thái nhãn trác mi trên làm cho mắt không đủ đẹp so với mong muốn của bệnh nhân. Khi phân tích hình thái lâm sàng cần xác định rõ việc chỉ tạo hình nếp mí hay còn phải giải quyết các vấn đề khác như thừa da, mỡ, nếp mí nhỏ, nếp mí phụ... Cần tư vấn cho bệnh nhân biết được khi lấy bỏ da, mỡ thừa, xóa nếp mí cũ, mi mắt sẽ sưng nề hơn, lâu trở lại trạng thái bình thường hơn.

4.2.2.4. Về chỉ định phương pháp phẫu thuật nếp mí trên

Phẫu thuật tạo hình nếp mí trên (tạo mắt hai mí) hoàn toàn khác với phẫu thuật sa trĩ mi trên. Trong khi phẫu thuật tạo mắt hai mí được chỉ định cho những người chưa từng có mắt hai mí rõ ràng, thì phẫu thuật sa trĩ mi trên chỉ định cho những người có hoặc không có mắt hai mí và bị thừa da, thoát vị mỡ vùng mi...

Chúng tôi sử dụng phẫu thuật tạo hình nếp mí trên đường mổ toàn bộ gồm PTTH nếp mí trên 1 đường rạch và PTTH nếp mí trên 2 đường rạch. Phần lớn bệnh nhân được PTTH nếp mí trên 2 đường rạch. Phương pháp

PTTH nếp mi trên 1 đường rạch áp dụng cho các trường hợp mắt một mí, mí ẩn, nhiều nếp mi hoặc nếp mi nhỏ, không thừa da mi trên. Phương pháp PTTH nếp mi trên 2 đường rạch áp dụng cho các trường hợp mắt một mí, mí ẩn, nhiều nếp mi hoặc nếp mi nhỏ, có thừa da mi trên.

Nguyễn Tài Sơn (2008)¹⁰⁸ đã báo cáo kết quả một số kỹ thuật tạo hình mi mắt trên 465 bệnh nhân, đạt kết quả tốt trên 95%. Trong đó tác giả có đề cập tạo hình nếp mi đôi bằng phương pháp cắt mí đường mổ toàn bộ. Đinh Viết Nghĩa (2003)⁶⁷ đã nghiên cứu thần kinh cảm giác mi trên 300 trường hợp mổ tạo hình mi tại Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108. Có thể bảo tồn được các sợi thần kinh này trong phẫu thuật tạo hình vùng mi mắt. Điều này cho phép đường mổ toàn bộ là an toàn, không đáng lo ngại⁹⁶. Có một số tác giả cho rằng, phẫu thuật đường mổ ngắn có thể thay thế cho cắt mí đường mổ toàn bộ trong một số trường hợp. Mặc dù phẫu thuật đường mổ ngắn tạo được nếp mi nhanh, tự nhiên, nhưng thường không ổn định sau 7 đến 8 tháng và không giải quyết được tất cả những biến thể, thường được coi là phức tạp tại mi mắt ở người châu Á.

Như vậy, phẫu thuật mi trên ở người châu Á sử dụng phổ biến là phẫu thuật đường mổ toàn bộ. Các phương pháp phẫu thuật tạo hình nếp mi trên đường mổ toàn bộ hiện nay được cho là an toàn, hiệu quả cao và được sử dụng nhiều nhất trong các phẫu thuật tạo hình ở người châu Á^{2,92}. Do đó, nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phương pháp phẫu thuật tạo hình nếp mi trên đường mổ toàn bộ để đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình nếp mi trên ở nữ người Việt trưởng thành.

4.2.2.5. Vấn đề vô cảm

Cũng như nhiều phẫu thuật viên khác, chúng tôi áp dụng phương pháp gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2% có Adrenaline tỷ lệ 1/100.000. Liều lượng từ 1,5 - 2 ml thuốc tê mỗi bên mi mắt. Da mi trên mỏng, tổ chức phía dưới lỏng

lẻo, nên chúng tôi tiêm rất chậm và đều tay để vết mổ phẳng đều, giúp cho thực hiện đường rạch da chuẩn xác theo hình vẽ và độ sâu vết mổ cũng đều, có thể tránh những tổn thương tổ chức ở sâu không mong muốn, sau gây tê chờ khoảng 10 -15 phút mới bắt đầu phẫu thuật.

4.2.2.6. Thiết kế đường mổ

Tất cả các phẫu thuật viên tạo hình thẩm mỹ mi mắt đều thống nhất rằng đường mổ có một vai trò hết sức quan trọng và quyết định thành công của cuộc phẫu thuật, kể cả trong tạo hình tái tạo hay trong tạo hình thẩm mỹ mi mắt¹⁴³. Phạm Trọng Văn (1990)¹³ cho rằng “trong tạo hình mi trên luôn phải tìm cách bảo tồn di tích cơ nâng mi và khâu phục hồi vào chỗ bám mới của nó”. Đào Chí Kiên (2003)¹⁶ nhận định rằng đường rạch da tạo hai mí là rất quan trọng, quyết định độ cân xứng của hai bên mắt sau phẫu thuật. Chúng tôi đồng quan điểm với các tác giả trên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 29 trường hợp (25,9%) không thừa da mi được PTTH nếp mi trên 1 đường rạch. Có 83 trường hợp PTTH nếp mi trên và cắt da mi thừa (74,1%) với thiết kế hai đường rạch. Khi thiết kế đường mổ, chúng tôi dựa trên cơ sở đường mổ toàn bộ của Scawn (2010)⁴ và được cải tiến cho phù hợp với đặc điểm hình thái và nhân trắc mắt ở nữ người Việt.

Chúng tôi nhận thấy rằng, đối với đường mổ PTTH nếp mi trên 1 đường rạch, đường rạch da tương đối đơn giản. Thiết kế 1 đường rạch da tạo nếp mi trên, xoay quanh hai yếu tố chính đó là chiều cao đường rạch da và cách thiết kế kiểu hình mắt hai mí cho phù hợp. Đối với đường mổ PTTH nếp mi trên 2 đường rạch, đường rạch da phức tạp hơn. Khi đó, cần thiết kế 2 đường rạch da. Cần lưu ý chiều cao của cả hai đường rạch da trên và dưới. Cách thiết kế toàn bộ vùng lấy da thừa giữa hai đường rạch này, sao cho vừa lấy hết da thừa, vừa tạo được nếp mi trên có dáng mềm mại, tự nhiên, cân đối, phù hợp. Trên thực tế, việc lựa chọn đường mổ thích hợp cho các biến thể hình thái mi trên kết hợp cắt da mi thừa không hề đơn giản.

** Thiết kế đường mổ PTTH nếp mi trên 1 đường rạch*

Về thiết kế chiều cao đường rạch da, chúng tôi tham khảo kết quả thu được từ nghiên cứu nhân trắc, chiều cao đường nếp mi trung bình là $7,63 \pm 0,54$ mm. Từ đó, chúng tôi lựa chọn đường rạch tạo nếp mí cao khoảng 7-7,5 mm so với điểm giữa bờ tự do mi trên. So sánh với một số tác giả khác, giá trị này cũng phù hợp so với đa số các tác giả như, Maruo (1929)⁸⁰ Putterman (1993)⁴⁰ Park (2007)⁶ Chen (2015)⁵². Các tác giả nghiên cứu khâu tạo nếp mi trong bệnh lý như sụp mí bẩm sinh, sụp mí người già, co rút mi trên, sa trễ mi trên đa số lựa chọn đường rạch da theo nếp mí cũ. Boo-chai (1963)⁶³, Scawn (2010)⁴ chia thành 3 lựa chọn: Tạo nếp mí nhỏ, vừa và to, tương ứng chiều cao đường rạch là 6-7 mm, 7-8 mm, lớn hơn 9 mm.

Về thiết kế kiểu hình mắt hai mí, chúng tôi dựa vào kết quả thu được từ phần nghiên cứu nhân trắc và tham khảo phương pháp của các tác giả khác^{4,144}, chúng tôi lựa chọn thể hẹp góc trong cho người có nếp quạt, chọn thể song song cho người không có nếp quạt (Epicanthus). Theo Chen (2015)⁸³ và Scawn (2010)⁴ thể song song là kiểu hình mắt hai mí được ưa thích nhất. Lý do là đối với kiểu hình mắt hai mí thể song song, khuôn mắt dường như nhìn to và trẻ trung hơn. Tuy nhiên với người có nếp quạt (Epicanthus), việc tạo ra thể song song không ổn định lâu dài, một thời gian sẽ trở thành thể hẹp góc trong.

** Thiết kế đường mổ PTTH nếp mi trên 2 đường rạch*

Chúng tôi áp dụng thiết kế theo phương pháp của Scawn (2010)⁴. Kỹ thuật này sẽ tạo được độ phẳng của da mi sau khi mổ và duy trì được kết quả lâu dài. Quan sát và đánh giá về mặt thẩm mỹ chúng tôi nhận thấy đường mổ này còn tạo được khóe mắt đẹp và tươi trẻ hơn làm cho bệnh nhân hài lòng. Một số tác giả đưa ra quy tắc khi thiết kế đường rạch thứ 2 (lấy da thừa) để tránh thiếu da mi trên sau phẫu thuật gây hở mi hoặc vẫn thừa da mi gây ra hình dạng nếp mí không kiểm soát được. Putterman (1993)⁴⁰ sử dụng phương pháp “kẹp da” để xác định chiều cao đường rạch lấy da thừa. Chiều dài đường rạch da kéo dài ra phía đuôi mắt tầm 10-12 mm. Đường rạch trên nên cách xa bờ dưới lông mày tối thiểu là 10-12 mm.

4.2.2.7. Sự kết hợp các thủ thuật hỗ trợ trong phẫu thuật tạo hình nếp mi trên

Trong nghiên cứu này, chúng tôi kết hợp các thủ thuật hỗ trợ trong phẫu thuật tạo hình nếp mi trên nhằm tạo ra kết quả tốt nhất cho bệnh nhân. Kết quả cho thấy, PTTH nếp mi trên 1 đường rạch chỉ tạo nếp mi trên đơn thuần hoặc lấy mỡ ổ mắt, bóc tách xóa nếp mí cũ. PTTH nếp mi trên 2 đường rạch có cắt da thừa mi trên, lấy mỡ dưới cơ vòng mi, lấy mỡ ổ mắt, bóc tách xóa bỏ nếp mí cũ. Trong đó PTTH nếp mi trên 2 đường rạch có cắt da thừa và lấy mỡ ổ mắt thực hiện nhiều nhất (37,5%).

* *Cắt da thừa mi trên*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 83 trường hợp (74,1%) được cắt da mi thừa, đa số là thừa da mi độ 1, 2. Lượng da thừa cắt bỏ được xác định bằng phương pháp “kẹp da”. Đây cũng là phương pháp được đa số phẫu thuật viên trong và ngoài nước sử dụng vì tính đơn giản và hiệu quả. Theo Chen (2003)¹³⁹, việc cắt da mi thừa nên áp dụng ở những người lớn tuổi nhưng thường cắt ít hơn so với người châu Âu ở độ tuổi tương tự. Ở những bệnh nhân trẻ hơn, nên cắt ít da hoặc không nên cắt bỏ da mi. Maegawa (2012)⁵⁶ đã nghiên cứu về kỹ thuật đo lường và đánh dấu da trước phẫu thuật tạo hình mi điều trị sa trễ mi với lượng da cắt bỏ trung bình mỗi bên là 10 mm. Theo Nguyễn Thị Bảo Thoa (2018)¹³⁵, lượng da mi lấy trong phẫu thuật như sau: Với sa trễ mi độ 1, 2, 3 lượng da mi thừa cắt bỏ tương ứng là 4.3 ± 1.0 mm, 5.9 ± 1.2 mm, 8.6 ± 1.5 mm. Theo Nguyễn Thị Thanh Phương (2012)¹⁰⁹, lượng da mi thừa trung bình lấy trong phẫu thuật là $6,9 \pm 3,1$ mm. Theo chúng tôi quan sát, khi thừa da càng nhiều, việc cắt nhiều da vùng mi trước sụn, vô hình chung làm mất đi phần da mi mỏng. Nếu cắt da càng càng nhiều, mép da phía trên càng cao lên, da cũng dày dần lên. Khi đó nếp mí tạo ra bị dày cộm sẽ không đạt thẩm mỹ. Chúng tôi đồng quan điểm với Park (2015)¹⁴⁵, Mercy (2009)¹⁴⁶ khi da thừa quá nhiều cần cắt da thừa đường dưới cung mày. Do vậy, chúng tôi chỉ cắt nhiều da đối với người có da mi vùng trước vách tương

đôi mỏng. Với những người chất lượng da thô, dày, chúng tôi tư vấn cắt da thừa bổ sung đường dưới cung mày. Những bệnh nhân đó không là đối tượng của nghiên cứu này. Ngoài ra, chúng tôi cũng thống nhất quan điểm của An (2016)¹⁴⁶ cho rằng việc cắt da vừa phải tạo cho hàng lông mi có độ vênh phù hợp, đôi mắt nhìn trẻ trung hơn.

** Lấy mỡ thừa vùng mi*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 58 BN được lấy mỡ ổ mắt (51,8%), 15 bệnh nhân được lấy mỡ dưới cơ vòng mi (13,4%).

Về kỹ thuật lấy mỡ thừa ổ mắt: Lấy bỏ bao nhiêu là thích hợp? Vấn đề này khó trả lời cụ thể, tùy thuộc vào khám đánh giá mức độ mỡ thừa và quan sát trong mổ. Một điểm không kém phần quan trọng là kinh nghiệm của phẫu thuật viên xem khối lượng mỡ thừa cần loại bỏ bao nhiêu cho hợp lý, tránh trường hợp mí vẫn phồng mọng hoặc rút lõm sau phẫu thuật. Lấy mỡ nhiều, ngoài việc gây hõm mắt mà còn tạo ra nhiều nếp nhăn mí, rất mất thẩm mỹ.

Về kỹ thuật lấy mỡ thừa dưới cơ vòng mi: Vấn đề đặt ra là lấy bớt tổ chức mỡ như thế nào, lấy ở vị trí nào và lấy khối lượng bao nhiêu thì vừa đủ đối với từng trường hợp cụ thể. Thực tế lâm sàng, không nên lấy rộng sang hai mép vết mổ để đảm bảo khi đóng vết mổ da mi luôn được phẳng.

Khi phẫu thuật vùng mi trên, chúng tôi phân biệt rõ giữa tuyến lệ và đệm mỡ ổ mắt. Tuyến lệ ở phía ngoài hơn, màu hồng sẫm và chia thành các thùy tuyến, còn đệm mỡ thì có màu vàng, nhiều mạch máu và không chia thành các thùy nhỏ như tuyến lệ. Bất kỳ một tác động nào vào tuyến lệ đều có thể gây nên tình trạng khô mắt cho bệnh nhân.

** Bóc tách xóa nếp mí cũ*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 42 bệnh nhân được bóc tách xóa bỏ nếp mí cũ, chiếm tỷ lệ 37,5%. Chúng tôi nhận thấy, việc bóc tách xóa bỏ nếp mí cũ là quan trọng để tạo được nếp mí rõ ràng. Những nếp mí này có thể là nếp mí nhỏ trong trường hợp mắt hai mí nhỏ, hoặc là các nếp mí phụ trong

trường hợp nhiều nếp mí. Nếu không bóc tách xóa bỏ nếp mí cũ này, ngay sau phẫu thuật đến 3 tháng, nếp mí cũ có thể mờ đi hoặc không nhìn thấy. Tuy nhiên, sau khi mí mắt hoàn toàn hết sưng nề, trở lại nếp mí mỏng mềm, thì các nếp cũ này sẽ lộ ra, làm bệnh nhân rất không hài lòng. Theo Chen (2015)⁸³ việc bóc tách xóa bỏ nếp mí cũ có thể gây ra sưng, phù nề mi kéo dài, nhưng nó là cần thiết.

4.2.2.8. Cách đặt mũi khâu tạo nếp mí trên

Theo Lam (2008)⁸⁴, ở người châu Á cần thận trọng trong việc tạo nếp mí, vì người châu Á rất nhạy cảm về nếp mí, không như người châu Âu. Ở người châu Á, khi nếp mí quá nhỏ hoặc quá to hoặc có nhiều nếp nhăn sẽ là không thể chấp nhận được¹⁴⁷. Do đó, khâu tạo hình nếp mí trên là kỹ thuật hết sức quan trọng của cuộc phẫu thuật mí trên ở người châu Á. Đây gần như là yếu tố quan trọng nhất quyết định sự thành công của phẫu thuật. Chúng tôi cũng nhận thấy tầm quan trọng của việc tạo nếp mí có ý nghĩa rất lớn cho sự thành công của phẫu thuật trên người Việt.

Chúng tôi tham khảo nhiều tác giả trong và ngoài nước, trên cơ sở cách khâu tạo nếp mí của Scawn (2010)⁴ chúng tôi có cải biên khác một chút về việc đặt các mũi chỉ khâu tạo hình nếp mí trên. Để tạo nếp mí trên rõ ràng và cân đối hai bên, chúng tôi thực hiện khâu 2 lớp để đảm bảo nếp mí trên được cân chỉnh 2 lần, không để chênh lệch về chiều cao nếp mí trên giữa hai mắt.

- Lớp 1: Khâu vùi dưới da tạo liên kết giữa cơ vòng mí và cân cơ nâng mí trên bằng 3 mũi chỉ rời. Chúng tôi đặt vị trí đặt mũi khâu như sau: Mũi đầu tiên, vị trí tương ứng khoảng giữa bờ mí trên, từ mép trong vết mổ, bắt đầu xuyên kim qua cơ vòng mí ra sát da mí, lộn lại, xuyên tiếp lên cân cơ nâng mí vị trí trên mép da 1mm. thắt chỉ vùi. Lực thắt chỉ vừa đủ, không thắt quá chặt. 2 mũi chỉ tiếp theo đặt hai bên trong và ngoài mũi chỉ đầu, cách mũi chỉ đầu 5mm. Chúng tôi sử dụng chỉ không tiêu, sợi đơn, hai kim, đầu kim tròn Prolene 7/0. Để đảm bảo cân xứng giữa hai bên mắt, chúng tôi khâu đồng thời

hai bên mắt đối xứng từng mũi khâu. Nếu lệch, chúng tôi đặt lại mũi khâu cho cân. Khi khâu mũi nào lệch so với bên kia phải khâu lại ngay lập tức rồi mới khâu mũi khâu tiếp theo. Vì theo chúng tôi quan sát, nếu khâu sửa lại sau đó 1 lúc lâu, khi tháo mũi chỉ ra, mép vết mổ có hiện tượng rỉ máu rất nhanh, gây tụ máu, đỏ hoặc bầm tím, điểm khâu đó nề lên nhanh chóng, khó định hình lại vị trí khâu sao cho cân hai bên mắt.

- Lớp 2: Khâu da-cân cơ nâng mi - da bằng mũi vắt liên tục từ phía trong ra ngoài đường mổ. Hai đầu đường mổ khoảng 2 mũi vắt đầu tiên và 4 mũi vắt cuối, chúng tôi chỉ xuyên da - da. Vị trí đặt mũi kim khâu cách mép da 1 mm, sâu 1 mm, khoảng cách các điểm xuyên kim cách nhau 3 mm. Kéo thật chỉ đều tay, lực vừa đủ cho hai mép da chạm khít vào nhau, đường mổ phẳng. Chúng tôi sử dụng chỉ không tiêu, kim tam giác, Dafilon 7/0.

So sánh với một số tác giả khác, cách khâu tạo hình nếp mi trên của chúng tôi tương đồng với kỹ thuật của Đào Chí Kiên (2003)¹⁶, Park (2007)⁶, Chen (2015)⁸³. Một số tác giả khâu tạo nếp mi trên 1 lớp như da-sụn-da¹³⁵, da-cơ vòng mi-sụn-da^{70,98}, da-da^{104,109}, da-cơ vòng mi-cân cơ nâng mi-da^{135,147}.

Mũi khâu vắt da-cân cơ nâng mi-da làm cho mép vết mổ tiếp xúc đều, cầm máu mép vết mổ tốt hơn và nhanh lành hơn. Ngoài ra, có một điểm mà chúng tôi rất tâm đắc, đó là, đường chỉ khâu vắt tạo cho viền nếp mi trên được tạo ra rõ nét, mềm mại, rất tự nhiên từ ngay sau phẫu thuật, kể cả giai đoạn sung nề 1-2 tuần sau đó. Các chân chỉ gần như khó bị phát hiện, do vậy bệnh nhân rất hài lòng.

4.2.2.9. Biến chứng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trường hợp chảy máu, tụ máu vết mổ (0,9%), 12 trường hợp phù nề mi kéo dài (10,7%). Ngoài ra không có biến chứng nào khác. Do tính chất lỏng lẻo da mi có các khoang chứa dịch và đặc điểm giải phẫu vùng mi mắt có hệ thống mạch máu đa dạng do đó những biến chứng trong cuộc mổ như chảy máu, bầm tím, sung nề hay gập. Theo Chen (2003)¹⁴⁸, các biến chứng này thường khỏi sau 1 - 2 tuần nếu mà không gây

ảnh hưởng nhiều đến kết quả phẫu thuật. Theo các báo cáo và tài liệu nghiên cứu về tạo hình nếp mi trên có tỷ lệ thành công cao, khoảng 90,6% đến 97,1% đạt kết quả tốt^{4,118,149}.

4.2.3. Kết quả phẫu thuật tạo hình nếp mi trên

4.2.3.1. Hình thái nhân trác mắt sau phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có sự cải thiện rõ rệt về hình thái và nhân trác nếp mi trên sau phẫu thuật. Từ những mắt không có nếp mí, hoặc nếp mí nhỏ, nếp mí không rõ ràng... đã trở thành những đôi mắt có nếp mí nhìn rõ. Cụ thể, hình thái mi trên thay đổi từ 69 mắt hai mí (nếp mí nhỏ) (30,8%) lên 100% mắt hai mí sau phẫu thuật. Có sự thay đổi, tăng lên về kích thước của chiều cao khe mi, chiều cao đường nếp mi, chiều cao nếp mi trước và sau phẫu thuật. Có thể nhận thấy rõ, sau phẫu thuật bệnh nhân có đôi mắt hai mí to rõ ràng và khuôn mắt to hơn. Chính vì vậy, đôi mắt nhìn đẹp và trẻ trung hơn. Đây là những yếu tố làm cho bệnh nhân hài lòng.

4.2.3.2. Chức năng, thẩm mỹ và sự hài lòng của bệnh nhân sau phẫu thuật

Sự thành công của phẫu thuật tạo hình nếp mi trên phụ thuộc vào nhiều yếu tố. Theo Chen (2015)⁸³, nếp mi trên cần đạt đủ 4 tiêu chuẩn: chiều cao, hình dạng, tính liên tục và tính lâu dài. Theo Scawn (2010)⁴, nếp mi trên cần đạt các tiêu chuẩn về hình dạng và độ sâu của nếp mí. Tham khảo các tiêu chí đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình nếp mi trên ở người châu Á một số tác giả, chúng tôi thăm khám chức năng mi mắt, tính thẩm mỹ và sự hài lòng của bệnh nhân sau phẫu thuật.

Chúng tôi cho rằng bất kỳ phẫu thuật nào, việc đảm bảo chức năng là quan trọng nhất. Đây là tiêu chí chính trong việc đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình nếp mi trên. Chúng tôi cho khảo sát khả năng nhắm kín và bảo vệ nhãn cầu, khoảng cách ánh phản xạ giác mạc–bờ tự do mi trên, phát hiện tổn thương bề mặt nhãn cầu, đo thị lực, biên độ vận động mi mắt, độ cong bờ mi.

Khảo sát bằng hỏi bệnh và thăm khám do bác sĩ chuyên khoa mắt đảm nhiệm. Theo đánh giá thu được trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân có chức năng mi trên bình thường sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng.

Về thẩm mỹ, chúng tôi khảo sát 4 tiêu chí: Mức độ rõ ràng của nếp mi trên, mức độ cân đối của nếp mi trên, mức độ phù hợp của chiều cao nếp mi trên và mức độ liền sẹo. Kết quả cho thấy, sau 3 tháng và 6 tháng, tất cả bệnh nhân đều có nếp mi trên rõ ràng ở cả 2 mắt sau phẫu thuật, hầu hết bệnh nhân có chiều cao nếp mi trên phù hợp và cân đối, sẹo đẹp ở hầu hết bệnh nhân. Sự rõ ràng của nếp mi trên là điều quan trọng tiên quyết trong sự thành công của phẫu thuật tạo hình nếp mi trên. Nếp mi trên cân đối là một yếu tố có ảnh hưởng lớn tới thẩm mỹ của người bệnh. Thông thường, với sự chênh lệch dưới 10%, người bệnh ít nhận thấy sự khác biệt. Tuy nhiên, nếu sự chênh lệch từ 10% sẽ gây ra sự mất cân đối trên mí mắt và gây ra những trở ngại trong giao tiếp cho người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nếp mi trên không cân đối gặp ở 2 bệnh nhân, nếp mi có sự chênh lệch ở 2 mắt quan sát được khi nhìn kỹ và cả đo thực tế trên mí. Đây là nguyên nhân khiến cho bệnh nhân không hài lòng. Về sẹo sau phẫu thuật, đây là một trong những yếu tố quan trọng để đánh giá kết quả phẫu thuật ở vùng mí mắt. Vì sẹo vùng này có thể ảnh hưởng rất lớn đến quá trình phẫu thuật và kết quả sau phẫu thuật. Kết quả thu được trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp sẹo xấu. Ở thời điểm sau 3 tháng, có 5 trường hợp sẹo sần, cứng. Ở thời điểm 6 tháng, có 4 trường hợp sẹo rõ, màu sắc khác biệt so với da mí. Đây cũng là nguyên nhân cho bệnh nhân không hài lòng về kết quả phẫu thuật¹⁵⁰.

Về sự hài lòng của BN sau phẫu thuật: Đại số BN hài lòng và rất hài lòng, có 3 BN (2,7%) không hài lòng sau 3 tháng, 4 BN (3,6%) không hài lòng sau 6 tháng. Các trường hợp không hài lòng đó là do các nguyên nhân mất cân đối nếp mi trên, nếp mi trên quá cao hoặc sẹo sần rõ. Theo Suo (2020)¹⁵¹, hình dạng mí mắt sau là quan trọng. Theo Ribeiro (2014)¹⁵²,

Nguyễn Thị Thu Hiền (2020)¹⁵³, độ cong của bờ mi và sự cân đối của nếp mí là thách thức đối với hầu hết các phẫu thuật viên. Theo Putterman (1993)⁴⁰, để đạt được sự hài lòng thì có 2 điều quan trọng, đó là khám tư vấn trước phẫu thuật và tiến hành phẫu thuật chuẩn xác. Phẫu thuật tạo hình nếp mí trên, đa phần là để đáp ứng nhu cầu làm đẹp của người bệnh, lấy lại sự tự tin trong giao tiếp hàng ngày, đồng thời mang lại tâm lý tốt, sức khỏe về mặt tinh thần cho mọi người trong xã hội. Do đó, mong muốn lớn nhất của chúng tôi là đạt được sự hài lòng của người bệnh. Để bệnh nhân hài lòng, chúng tôi thăm khám, đo đạc, thảo luận kỹ với bệnh nhân trước phẫu thuật về khả năng đạt được của nếp mí, các biến chứng có thể xảy ra. Trong quá trình phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu, chúng tôi thực hiện đầy đủ, chính xác các bước tiến hành để đạt được hiệu quả tối đa về chức năng và thẩm mỹ.

4.2.3.3. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật tạo hình nếp mí trên

Phương pháp phẫu thuật tạo hình nếp mí trên là phẫu thuật đơn giản, vùng bóc tách ít nên ít biến chứng, nhanh ổn định và đạt kết quả phẫu thuật tốt. Chúng tôi tham khảo các tiêu chí đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình nếp mí trên ở người châu Á của Scawn (2010)⁴ và Chen (2015)⁸³. Chúng tôi khảo sát 5 tiêu chí cần đạt để đánh giá kết quả sau phẫu thuật gồm có: Chức năng mắt bình thường, nếp mí trên rõ ràng, nếp mí trên cân đối, chiều cao nếp mí trên phù hợp, seọ đẹp. Trong đó, 2 tiêu chí chính là chức năng mắt bình thường và nếp mí rõ ràng. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình nếp mí trên như sau: Đạt kết quả tốt khi đạt đủ 5 tiêu chí, khá khi đạt từ 3-4 tiêu chí (có 2 tiêu chí chính), kém khi đạt từ 0-2 tiêu chí.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đại đa số đạt kết quả tốt và không có kết quả kém sau phẫu thuật. Kết quả đạt được trong mẫu nghiên cứu này là một kết quả khả quan đối với phẫu thuật tạo hình tạo hình nếp mí trên. Theo các báo cáo và tài liệu nghiên cứu khác về kết quả tạo hình nếp mí trên có tỷ lệ thành công rất cao khoảng 90,6% đến 97,1% đạt kết quả tốt^{2,4}.

Kruavit (2009)¹⁵⁴, Yang (2017)¹⁵⁵, Chen (2020)¹¹⁸, Bhattacharjee (2020)¹⁵⁶, đều cho rằng tạo hình nếp mi trên là loại phẫu thuật thẩm mỹ đòi hỏi phải thiết kế đường mổ hết sức chi tiết cụ thể và thực hành phẫu thuật một cách khéo léo, nhanh nhẹn và linh hoạt. Nói chung, phẫu thuật tạo hình nếp mi trên có kết quả tốt, tỷ lệ thành công cao, ko có biến chứng nào nguy hiểm.

4.3. Hạn chế của nghiên cứu

Chúng tôi thực hiện hai nghiên cứu gồm nghiên cứu hình thái nhân trắc mắt ở nhóm 352 nữ thanh niên người Việt tuổi từ 18-23 và nghiên cứu phẫu thuật tạo hình nếp mi trên ở nhóm 112 bệnh nhân nữ người Việt tuổi từ 18-54 trong thời gian 5 năm. Nghiên cứu còn một số hạn chế. Tuy đối tượng nghiên cứu đến từ nhiều vùng miền trên cả nước nhưng cỡ mẫu chưa lớn, chưa hoàn toàn có tính đại diện cho phụ nữ Việt Nam, chỉ khu trú trong một nhóm nữ người Việt trưởng thành. Chưa có điều kiện để khảo sát, xác định các tiêu chuẩn đôi mắt hài hòa của phụ nữ người Việt.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu hình thái nhân trắc mắt trên 352 nữ người Việt trưởng thành tuổi từ 18 - 23 và nghiên cứu kết quả phẫu thuật tạo hình nếp mi trên 112 nữ bệnh nhân tuổi từ 18 - 54, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Kết quả nghiên cứu hình thái nhân trắc mắt ở một nhóm nữ người Việt trưởng thành

* Hình thái mắt:

- Hình thái mi trên: Mắt hai mí: 68,6%; Mắt một mí: 15,9%; Mí ẩn: 10,4%; Nhiều nếp mí: 5,1%;
- Kiểu hình mắt hai mí: Hẹp góc trong: 61,5%; Song song: 24%; Vòm ngoài: 3,9%; Bán nguyệt: 10,6%;
- Nếp quạt (Epicanthus): 83,2% người có nếp quạt (Epicanthus);
- Hình thái nếp quạt (Epicanthus): Thê sụn mi: 98%; Bờ mi: 2%.

* Nhân trắc mắt:

- Kích thước:
 - + Khoảng cách hai góc mắt trong: $32,2 \pm 1,7$ mm;
 - Khoảng cách hai góc mắt ngoài: $95,7 \pm 4,6$ mm;
 - + Chiều cao khe mi: $10,6 \pm 0,5$ mm;
 - Chiều rộng khe mi: $30,2 \pm 1,4$ mm;
 - + Độ chênh khe mi: $8,8 \pm 1,2$ mm;
 - + Chiều cao mi trên nhắm mắt: $25,3 \pm 1,3$ mm;
 - Chiều cao mi trên mở mắt: $16,5 \pm 1,4$ mm;
 - + Chiều cao đường nếp mi: $7,6 \pm 0,5$ mm;
 - + Chiều cao nếp mi trên: $4,9 \pm 0,6$ mm.
- Chỉ số mắt:
 - + Chỉ số mắt 1: $34,2 \pm 2,2$;
 - + Chỉ số mắt 2: $35,9 \pm 3,1$;
 - + Chỉ số mắt 3: $32,7 \pm 3,9$;
 - + Chỉ số mắt 4: $30,3 \pm 4,1$;
 - + Chỉ số mắt 5: $63,8 \pm 7,3$.

2. Kết quả nghiên cứu tạo hình nếp mi trên ở nữ người Việt trưởng thành

*** Kết quả về hình thái, nhân trắc mắt sau phẫu thuật:**

- Thay đổi hình thái mắt:

+ Từ mắt hai mí với nếp mí nhỏ (30,8%), mắt một mí (38,8%), mí ẩn (12,1%), nhiều nếp mí (18,3%) lên 100% mắt hai mí rõ ràng.

- Thay đổi nhân trắc mắt:

+ Chiều cao khe mi tăng từ $9,5 \pm 0,4$ mm lên $11,9 \pm 1,3$ mm sau 3 tháng, $11,5 \pm 0,9$ mm sau 6 tháng;

+ Chiều cao đường nếp mi tăng từ $4,2 \pm 0,6$ mm lên $7,4 \pm 1,9$ mm sau 3 tháng và $7,4 \pm 2,5$ mm sau 6 tháng.

+ Chiều cao nếp mi trên tăng từ $2,7 \pm 0,7$ mm lên $5,4 \pm 0,3$ mm sau 3 tháng và $5,3 \pm 0,2$ mm sau 6 tháng.

*** Kết quả về chức năng, thẩm mỹ và sự hài lòng của bệnh nhân sau PT:**

- Chức năng:

+ 100% bệnh nhân có chức năng mi trên bình thường sau phẫu thuật.

- Thẩm mỹ:

+ Nếp mi trên cân đối ở 88,4% số bệnh nhân sau 3 tháng và 89,3% sau 6 tháng;

+ Nếp mi trên phù hợp ở 91,1% số bệnh nhân sau 3 tháng; 97,3% sau 6 tháng;

+ Sẹo đẹp ở 95,5% số bệnh nhân sau 3 tháng; 96,4% sau 6 tháng.

- Sự hài lòng:

+ Sau phẫu thuật 3 tháng: Rất hài lòng (26,8%), hài lòng (70,5%), không hài lòng (2,7%);

+ Sau phẫu thuật 6 tháng: Rất hài lòng (25,0%), hài lòng (71,4%), không hài lòng (3,6%).

*** Kết quả chung:**

- Kết quả gần: Tốt: 75,9%. Khá: 24,1%; Kém: 0%.

- Kết quả xa: Tốt: 80,4%; Khá: 19,6%; Kém: 0%.

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

1. Hoàng Thị Phương Lan, Trần Thiết Sơn, Nguyễn Bắc Hùng, Phạm Thị Việt Dung (2021), Đặc điểm hình thái mi trên ở nữ người Việt trưởng thành, *Tạp chí Y học Lâm sàng*. Số 125 xuất bản tháng 12 – 2021. Trang 148-154.
2. Hoàng Thị Phương Lan, Trần Thiết Sơn, Nguyễn Bắc Hùng, Phạm Thị Việt Dung (2022), *Kết quả phẫu thuật tạo hình nếp mi trên ở nữ người Việt trưởng thành*, *Tạp chí Y học Việt Nam*. Tập 511, số 2. Trang 209 – 213.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brian G.B. Asian Blepharoplasty. *Complications in Ophthalmic Plastic Surgery*. 2003, 57-76.
2. Chen W.P.D. *Asian Blepharoplasty and the Eyelid Crease*. 2nd ed. New York, NY: Elsevier. 2006, 36-154.
3. McCurdy J.A. Asian upper blepharoplasty. *Cosmetic Surgery of the Asian face*, 2005, 115-128.
4. Scawn R. Upper Lid Blepharoplasty in Asian Eyes, *Facial Plastic Surgery*; 2010, 26:86-92.
5. Kure K. A simple and durable way to create a supratarsal fold (double eyelid) in Asian patients. *Aesthetic Surgery Journal*, 2001, 21, 227-232.
6. Park J.I. Asian blepharoplasty. *Asian facial cosmetic surgery*; 2007, 1-116.
7. Chen W.P.D. *Cosmetic Oculoplastic Surgery*. Philadelphia, PA: WB Saunders; Upper blepharoplasty in the Asian patient. 1999, 101-111.
8. Chen W.P.D. Concept of triangular, trapezoidal, and rectangular debulking of eyelid tissues: application in Asian blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 1996, 97:212-218.
9. Nguyễn Huy Thọ, Lê Gia Vinh. Giải phẫu mạch máu và thần kinh mi trên, *Nội san công trình nghiên cứu y học quân sự*, Học viện quân y, Số phụ chương. 1994.
10. Trần Thiết Sơn, Nguyễn Huy Thọ. Giải phẫu mi trên và ứng dụng tạo hình mi trên, *Phẫu thuật tạo hình*, 1994, số 1, 31 - 33.
11. Vũ Văn Khoa, Nguyễn Bắc Hùng. Bước đầu đánh giá chức năng cơ nâng mi trên của người bình thường, *Phẫu thuật tạo hình*, 2000, tập VI, số 1.
12. Trần Thị Bích Hạnh. *Các kích thước và chỉ số nhân trắc vùng đầu mặt của sinh viên trường Đại học y Hà Nội*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ y khoa, Đại học y Hà Nội. 2003.

13. Phạm Trọng Văn. *Phẫu thuật điều trị tổn thương khuyết mi mắt*, Luận văn tốt nghiệp BSNT. Nhân khoa. Đại học Y Hà Nội. 1990.
14. Vũ Ngọc Lâm. Đánh giá kết quả điều trị sẹo co kéo mi trên bằng vật da đảo thái dương chân nuôi tổ chức dưới da, *Tạp chí y học Việt Nam*, 2015, tháng 6 số 1, tập 431.
15. Nguyễn Huy Thọ. Kỹ thuật treo mi lên cơ trán bằng vật có vòng mi, *Tạp chí y học Việt Nam*, 2004, 303, 8-3.
16. Đào Chí Kiên. *Góp phần nghiên cứu hiệu quả của kỹ thuật tạo hai mí theo Simonton J.T trong phẫu thuật điều trị sụp mi bẩm sinh*. Luận văn Thạc sĩ y học, Chuyên ngành Nhân khoa. Đại học Y Hà Nội. 2003.
17. Nguyễn Xuân Nguyên, Phan Dẫn, Thái Thọ. *Giải phẫu mi mắt và sinh lý thị giác ứng dụng lâm sàng*. Nhà xuất bản Y học. 1993.
18. Meneghini F. Forehead, Eyebrows, and Eyes". *Clinical Facial Analysis*; 2005, 44-62.
19. Hart W.M. Adler's Physiology of the eye (11edition). Kenneth Wright Book USA, 2011, 1- 22.
20. Hart W.M. The lacrimal apparatus. Adler's physiology of the Eye.St. Louis Mosby Year Book. 1992, 18-27.
21. Abrams D. The eyelids. Ophthalmology in medicine: An illustrated clinical guide. St. Louis: Mosby Year Book. 1990, 151-165.
22. Trần Thiết Sơn và Cs. Đơn vị giải phẫu thẩm mỹ ở mắt và áp dụng trong phẫu thuật tạo hình, *Hình thái học*, 1996, tập 6 số 1/1996.
23. Chen W.P.D. Upper Eyelid of Asians Without Crease. *Color Atlas of Cosmetic Oculofacial Surgery*; 2010, 13-134.
24. Nesi M.D., Frank A. et al. *The Eyelids*. Smith's Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery, 2 edition. Published by Mosby. 1998, 184-191.
25. Dutton J.J. Eyelid Anatomy and Physiology with Reference to Blepharoptosis, *Evaluation and Management of Blepharoptosis* 2011,13-26.

26. Renowden S.A. Normal anatomy of base of skull, orbit, pituitary and cranial nerves. *Pract Neurol*. 2012, 12(5): 308-318.
27. Older J.J. Levator aponeurosis disinsertion in the young adult. A cause of ptosis. *Arch Ophthalmol*. 1978, 96(10): 1857-1858.
28. Song Ruyac. Double eyelid operations. *Aesth. Plast. Surgery*. 1985, 9. 173-180.
29. Chen W.P. *Eyelid and Mid-face Anatomy*. Color Atlas of Cosmetic Oculofacial Surgery, 1e Published by Butterworth-Heinemann. Lewiston, NY, U.S.A., 2004, 167-189.
30. Liesegang T.J. Tear Dysfunction. Textbook of Ophthalmology . Kenneth Wright Book USA. 1997, 649-664.
31. Erdogmus S. and F. Govsa. The arterial anatomy of the eyelid: importance for reconstructive and aesthetic surgery. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2007, 60(3): 241-245.
32. Seiff S.R. Vestal K.P., et al, Anatomy of the terminal nerves in upper eyelid. *Ophthalm Plast Reconstr Surg*, 1994, 10(1): 1-5.
33. Durairaj O.G. History of ptosis. Evaluation and Management of Blepharoptosis, (Chapter 2): 2011, 5-11.
34. Hwang K., et al. Width of the levator aponeurosis is broader than the tarsal plate. *J Craniofac Surg*, 2011, 22(3): 1061-1063.
35. Vaughn, G.J. Anatomy of the Eyelid, Lacrimal System, and Orbit. *Ophthalmic Plastic Surgery*. 2003, 68: 11.
36. Ohmori K. Esthetic surgery in the Asian Patient. *Plastic surgery*. Volume 3. the face, part 2. 1990, 2415-2435.
37. Sayoc BT. Plastic construction of the superior palpebral fold. *Am J Ophthalmol* 1954; 38: 556–559.
38. Doxanas M.T, Orbicularis muscle mobilization in eyelid reconstruction, *Arch Ophthalmol*, 1986, 104(5): 910 – 914.

39. Farkas L.G., Anthropometry of the Head and Face. New York, NY: Raven Press, 1994, 3-59
40. Putterman A.M., The History of Cosmetic Oculoplastic Surgery *Cosmetic Oculoplastic Surgery*; 1993, 3-14.
41. Murray Fingeret. Eyelids Procedures. Atlas of primary eyecare procedures. Norwalk : Appleton and Lange. 1990, 86-88.
42. Uchida K, The Uchida's method for the double eyelid operation in 1523 cases. *Jpn J Ophthalmol*. 1926, 30:593.
43. Nakagawa T. Diagnostic imaging of orbital cavernous hemangioma. *Jpn J Clin Ophthalmol*. 1997; 51: 1613-7.
44. Miyake I., et al. MRI findings of the upper eyelid and their relationship with single and double eyelid formation, *Aesthetic plast surg*, 1994, 18(2), 183 - 187.
45. Chen W. Upper Blepharoplasty in the Asian Patient. *Cosmetic Oculoplastic Surgery*; 2008, 105-113.
46. Hwang K., Kim D.J., Chung R.S., et al. An anatomical study of the junction of the orbital septum and the levator aponeurosis in Orientals, *Br Plast Surg*, 1998, 51(8): 594 - 8.
47. Jeong S., Kakizaki et al, Asian upper eyelid: an anatomical study with comparison to the Caucasian eyelid, *Arch Ophthalmol*, 1999, 11(17), 907 - 12.
48. Spinelli H.M. *Atlas of aesthetic eyelid and periocular surgery*; 2004, 1-59.
49. Yuzuriha S. et al. Efferent and afferent innervations of Muller's muscle related to involuntary contraction of the levator muscle: important for avoiding injury during eyelid surgery, *Br Plast Surg*, 2005, 58(1), 42 - 52.
50. Kiranantawat K, Suhk J.H, and Nguyen A.H. The Asian Eyelid: Relevant Anatomy. *Semin Plast Surg*, 2015, 29(3): 158-164.
51. Saonanon P., Update on Asian eyelid anatomy and clinical relevance, *Current Opinion Ophthalmol*, 2014, Vol 25, 436-442.

52. Chen W.P.D, Visual, Physiological, and Aesthetic Factors and Pitfalls in Asian Blepharoplasty. *Aesthetic Surgery Journal*. 2015, 2:112-216.
53. Branham G and Holds JB. Brow/Upper lid anatomy, aging and aesthetic analysis. *Facial Plast Surg Clin NAm*, 2015, 23(2), 117-127.
54. Subramanian N. Blepharoplasty. *Indian J Plast Surg Off Publ Assoc Plast Surg India*, 41(Suppl), 2008, 88-92.
55. Putterman A.M. Facial anatomy of the eyelids. *Plast Reconstr Surg*, 2004, 113(6): 1871-1872.
56. Maegawa J. et al. Blepharoplasty in senile blepharoptosis: preoperative measurements and design for skin excision. *Aesthet Surg J*, 2012, 32(4), 441-446.
57. Seo J.D, Kim J.H, et al. Medial epicanthoplasty using the “inside-out” technique. *J Plast Surg Hand Surg*, 2014, 48:139–142.
58. Callahan M.A. Epicanthus . *Master Techniques in Ophthalmic Surgery*. Hampton Roy. - USA. 1995, pp: 393-400.
59. Graziadio C. et al., Blepharophimosis-ptosis-epicanthus inversus syndrome. *Pediatr Int*. 2014, 53(3): 390-392.
60. Zhao J.Y, Qi Z.L et al. *A modified method combining Z-epicanthoplasty and blepharoplasty to develop out-fold type double eyelids*. *Aesthetic Plast Surg*; 2016, 40(1):48–53.
61. Stricker M. Paupière congénitale. *Chirurgie Plastique et Réparatrice des Paupières et de leurs annexes*. Paris Masson,. 1990, Pp: 94-98
62. Kim C.Y, Lee S.Y. Structural and cosmetic outcomes of medial epicanthoplasty: an outcome study of three different techniques. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2015, 68(10):1346–1351.
63. Boo-chai K. Plastic construction of the superior palpebral fold. *Plast Reconstr Surg*; 1963, 31:74-78.

64. Ronan M.C. Congenital Eyelid Anomalies. Principles and Practice of Ophthalmology: Vol. 4, Philadelphia : W. B. Saunders company. 2000, 3334- 3335.
65. Johnson C. Epicanthus. *Am J Ophthalmol*; 1968, 66:939-946.
66. Kumar V. Photogrammetric analysis of palpebral fissure dimensions and its position in Malaysian south Indian ethnic adults by gender. *North American Journal of Medical Sciences*, vol 4, issue: 2012, 10, 458-462.
67. Đinh Viết Nghĩa, Nghiên cứu một số đặc điểm giải phẫu và phẫu thuật thần kinh cảm giác của mi mắt, *Y học Việt Nam*, 2003, số 293, 150- 154.
68. Lê Gia Vinh, Phan Ngọc Minh. Góp phần nghiên cứu các kích thước mắt ở thanh niên Việt Nam ứng dụng trong phẫu thuật tạo hình. *Tạp chí hình thái học*. 1985, 46-49.
69. Lê Thị Hạnh, *Nghiên cứu các kích thước và chỉ số nhân trắc vùng đầu mắt ở sinh viên hai trường Đại học*, Luận văn Thạc sĩ y học, Học viện Quân y, 2003.
70. Đặng Văn Khanh, Lê Gia Vinh, Nghiên cứu các kích thước và chỉ số nhân trắc vùng ngoài ổ mắt ở người Việt trưởng thành. *Tạp chí Y dược học lâm sàng* 108. 2011, Số 2, 122 – 125.
71. Võ Trương Như Ngọc, Lê Gia Vinh. Nghiên cứu đặc điểm kết cấu sọ mặt và khuôn mặt hài hòa trên ảnh chuẩn hóa kỹ thuật số ở một nhóm sinh viên tuổi 15-25. *Tạp chí Y học thực hành*. 2013, Tập 867, số 4. 32-35
72. Lê Thúy Liên. *Đánh giá phương pháp thu ngắn cơ nâng mi trong điều trị sụp mi*, Luận án Thạc sĩ y học, Chuyên ngành:Nhãn khoa. Trường Đại học Y Hà Nội, 2002.
73. Bùi Đào Quân. *Nghiên cứu phẫu thuật gấp cân cơ nâng mi trên điều trị sụp mi có biên độ cơ nâng mi tốt*. Luận văn thạc sĩ y học. Chuyên ngành: Nhãn khoa. Trường Đại học Y Hà Nội, 2013.

74. Trần Đức Nghĩa, *Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị sụp mí tuổi già theo phương pháp của Tyler A.G*, Luận án Thạc sĩ y học, trường đại học Y Hà Nội, 2005.
75. Đoàn Anh, *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của sụp mí bẩm sinh tại bệnh viện mắt trung ương*. Luận văn Thạc sĩ y học, Chuyên ngành Nhãn khoa, 2012.
76. Nguyễn Quốc Anh. *Nghiên cứu sử dụng vật sụn kết mạc trong tạo hình mí sau cắt bỏ ung thư mí*, Luận án tiến sĩ y học, Chuyên ngành Nhãn khoa. Trường Đại học Y Hà Nội, 2012.
77. Nguyễn Roãn Tuất, *Điều trị khuyết da mí bằng kỹ thuật vật xoay tại chỗ và ghép da dây toàn bộ*, Luận văn Bác sỹ, Chuyên khoa cấp II, Đại học y Hà Nội, 2000.
78. Mikamo M. Mikamo's double-eyelid operation: the advent of Japanese aesthetic surgery. *Plast Reconstr Surg*. 1896, 99:664. [PubMed]
79. Kim Y.K. and Oh K.S., Double eyelid operation with three tiny incisions, *J Korean Soc Plast Reconstr Surg*, 2000, 27(3):195-198.
80. Maruo M. Plastic reconstruction of a “double eyelid,” *Jpn J Clin Ophthalmol*. 1929, 24:393.
81. Stephen B.L. *Cosmetic Blepharoplasty*. Published by Raven Press, New York, New York, U.S.A, 1990, 120-126.
82. Rohrich R.J, Villanueva N.L, et al. Refinements in upper blepharoplasty: the five-step technique. *Plast Reconstr Surg*. 2018, 141:1144–1146.
83. Chen W.P.D. Asian blepharoplasty. *Asian blepharoplasty and the eyelid crease*. 3 rd Edition. 2015, 95-142.
84. Lam S.M, Asian Blepharoplasty. *Pearls and Pitfalls in Cosmetic Oculoplastic Surgery*; 2008, 87-94.
85. Hayashi K., The double eyelid operation. *Jpn Rev Clin Ophthalmol*; 1938, 33:1000-1010.
86. Inoue S. The double eyelid operation. *Jpn Rev Clin Ophthalmol*; 1947, 27, 306.

87. Mitsui Y. Plastic reconstruction of a double eyelid. *Jpn Rev Clin Ophthalmol*. 1950, 44:19.
88. Ohashi K. The double eyelid operation using electrocautery. *Jpn Rev Clin Ophthalmol*; 1951, 46: 723.
89. Millard R. Oriental peregrinations. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 1955, 16 (5): 319–336.
90. Fernandez L R. Double eyelid operation in the oriental in Hawaii. *Plast Reconstr Surg Transplant Bull*. 1960, 25:257-264.
91. Bang Y H. The double-eyelid operation without supratarsal fixation. *Plast Reconstr Surg*. 1991, 88:12-17. discussion 18-19.
92. Putterman A.M., Martin J., Urist, "Reconstruction of the upper Eyelid crease and fold", *Arch. ophthalmol*, 1976, Vol 94, 1941-1954.
93. Owsley J.Q. Resection of the prominent lateral fat pad during upper lid blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg*, 1980, 66(1): 165.
94. Brown M.S. et al. The effect of upper blepharoplasty on eyelid position when performed concomitantly with Muller muscle- conjunctival resection. *Ophthal Plast Reconstr Surg*, 2000, 16(2): 94-100.
95. Kim Y.K, Lam S.M. Partial-incision technique for creation of the double eyelid. *Aesthetic surgery journal*. 2003, 23, 170-176.
96. Cho B.C., New Technique Combined with Suture and Incision Method for Creating a More Physiologically Natural Double-Eyelid. *Plast. Reconstr. Surg*. 2010, 125: 324.
97. Lowry J.C. Blepharoplasty. Principles and Practice of Ophthalmology, Vol. 4. Philadelphia: W. B. Saunders company. 2000, 3517- 3524
98. Phạm Văn Ái. “Phẫu thuật xẻ mí đôi”, *Phẫu thuật tạo hình*, 1992, 1, 34-38.
99. Trần Thiết Sơn. Điều trị sụp mí bẩm sinh bằng phương pháp cắt ngắn cơ nâng mí trên, *Phẫu thuật tạo hình*, 2000, 6(1): 20-24.

100. Nguyễn Thị Thu Hà. *Điều trị sụp mi bằng phẫu thuật phối hợp rút ngắn cân cơ nâng mi tối đa và treo lên cơ trán bằng cân cơ đuôi*. Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội, 2014.
101. Lê Tấn Nghĩa. *Góp phần nghiên cứu điều trị sụp mi bẩm sinh bằng phương pháp rút ngắn cơ nâng mi trên*. Luận án thạc sĩ y học, trường đại học Y Hà Nội, 2002.
102. Lê Thị Thu Hải, Vũ Ngọc Lâm, Kỹ thuật sử dụng vật đảo chân nuôi dưới da điều trị tổn khuyết da mi và hoặc cung mày, *Y học thực hành năm thứ năm một*, 2006, số 2, tập 535.
103. Đinh Công Phúc. *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật chuyển cơ thái dương theo phương pháp Gillies để tạo hình mắt hờ mi của bệnh nhân phong*. Luận văn thạc sĩ y học. Chuyên ngành: Phẫu thuật tạo hình. Trường Đại học Y Hà Nội, 2007.
104. Đinh Viết Nghĩa. *Phẫu thuật kéo dài cơ nâng mi bằng kỹ thuật V- Y cải tiến điều trị co rút mi vừa và nặng*, *Y học Việt Nam*, 2003, số 293, 155-163.
105. Nguyễn Hoàng Giang. *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng hờ mi*, Chuyên ngành Nhãn khoa, Luận văn Thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội, 2013.
106. Nguyễn Huy Thọ. *Kỹ thuật tạo hình mi và cùng đồ trong điều trị di chứng vết thương ổ mắt*, Luận án phó tiến sĩ khoa học y dược, Bộ quốc phòng, Học viện Quân Y, 1995.
107. Nguyễn Thị Quỳnh. *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng tổn thương mi trên do chấn thương và kết quả xử lý bước đầu*, Luận văn Thạc sĩ y học, Chuyên ngành Nhãn khoa. Đại học Y Hà Nội, 2005.
108. Nguyễn Tài Sơn. *Đánh giá kết quả một số kỹ thuật tạo hình mi mắt*. *Tạp chí y dược học quân sự*. Học viện quân y, 2008, số 4, 110-116.
109. Nguyễn Thị Thanh Phương. *Đánh giá kết quả điều trị sa trễ mi trên*, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội, 2012.

110. Đặng Văn Khanh. *Nghiên cứu điều trị phẫu thuật sa trễ mi*, Luận án tiến sĩ y học, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108, 2011.
111. Phan Dẫn, Phạm Trọng Văn. *Phẫu thuật tạo hình mi mắt*. Nhà xuất bản y học, 1998, 11-21,145-169.
112. Kim Y.K. Partial-incision technique for creation of the double eyelid. *Aesthetic surgery journal* , 2003, 23: 170-176.
113. Hwang K., et al, Patterns oculomotor nerve distribution to the levator palpebrae supperioris muscle. *Pract Neurol.*, 2001, 12(5): 30-36.
114. Farrior M. Periocular Rejuvenation, An Issue of Facial Plastic Surgery Clinics. *Facial plastic surgery clinics*. 2010, 124-136.
115. Mauriello Jr. *Blepharoplasty*. Unfavorable Results in Eyelid and Lacrimal Surgery. Butterworth-Heinemann. 1 Edition. 2000, 154-163.
116. Putterman A.M. *Blepharoplasty*. Cosmetic Oculoplastic Surgery: Eyelid, Forehead, and Facial Techniques, 3e. Published by Saunders (Lewiston, NY, U.S.A.), 1998, 137-142.
117. Joseph A. *Techniques in Cosmetic Eyelid Surgery: A Case Study Approach*. Preoperative Evaluation of Patients Undergoing Cosmetic Blepharoplasty. Published by Lippincott, 2004, 124-141.
118. Chen W.P.D. The Eyelid Crease Height, Depth, and Shape: A Scoring System for Revisional Asian Blepharoplasty. *Plast Reconstr Surg*. 2020, 8(5): e2802. 106-114.
119. McCord C.D. *Experience in treating aesthetic and reconstructive problems of the eyelids*. Eyelid & Periorbital Surgery. Published by CRC Press, 2002. 128-132.
120. Zhang Y, Yuan L, et al. Repair of unsatisfactory double eyelid after double-eyelid blepharoplasty in Asian patients. *Arch Facial Plast Surg*. 2010, 12:236–240.
121. Cho I.C. Revision upper blepharoplasty. *Semin Plast Surg*, 2012, 29:201–208.

122. Young S.M, Kim Y.D. et al. Lowering of the high eyelid crease in revision upper eyelid surgery. *Aesthetic Plast Surg.* 2019, 43:139–146.
123. Ohmori K., Double Eyelid Operation and Augmentation Rhinoplasty. *Esthetic plastic surgery.* 1994, Volume 2. 643-656.
124. Park D.H, Choi W.S, Yoon S.H et al. Anthropometry of asian eyelids by age. *Aesthetic Surg Journal*, 2004, 121(4): 1405-1413.
125. Võ Trương Như Ngọc, Trương Mạnh Dũng và cs. Nhận xét chuẩn tâm cô điển ở một nhóm sinh viên 18-25 tuổi có khuôn mặt hài hòa trên ảnh kỹ thuật số chuẩn hóa. *Y học thực hành*, 2014, 4(914), 70-73.
126. Farkas L.G., Kolar J.C. Anthropometric of women's face, *Clin Plast Surg*, 1987, 14, 599 - 616.
127. Jung H.B, Hawang D.D. Comparison of eye measurements between young Korean women with inborn double eyelids and those with single eyelids. *Archives of Aesthetic Plastic Surgery.* 2020, 26 (1): 7-11.
128. Yu P., Nathan P. et al. Periocular Anthropometry of Normal Chinese and Indian Populations in Singapore. *JOJ Ophthalmology.* 2019, 7(5): 1-5.
129. Farkas L.G, Le T.T, Raxon C.K. et al. Proportionality in Asian and North American Caucasian Faces Using Neoclassical Facial Canons as Criteria. *Aesth.Plast.Surg*, 2002, 2(1): 64-69.
130. Knezi N., Ivan A. Morphometric Analysis of the Palpebral Fissure and Canthal Distance in Serbian Young Adults. *International Journal of Morphology.* 2020, 38(5): 1381-1385.
131. Price K.M, Gupta P.K, et al. Eyebrow and eyelid dimensions: an anthropometric analysis of African Americans and Caucasians. *Plast Reconstr Surg*, 2009, 124(2): 615-623.
132. Park D.M, Song J.W, et al. Anthropometry of Korean eyelids. *J. Korean Soc. Plast. Reconstr. Surg.* 1990, 179(5): 822.

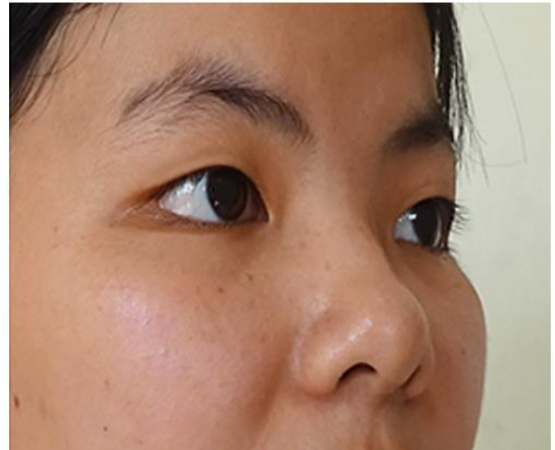
133. Kunjur J, Sabesan T, et al. Anthropometric analysis of eyebrows and eyelids: an inter-racial study. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2006, 44(2): 89-93.
134. Takahagi R.U, Schellini S.A, et al. Oriental oculopalpebral dimensions: Quantitative comparison between Orientals from Japan and Brazil. *Clin Ophthalmol*. 2008, 2(30): 563-567.
135. Nguyễn Thị Bảo Thoa. *Đánh giá kết quả phẫu thuật sa trễ mi trên có định lượng*. Luận văn thạc sỹ y học. Chuyên ngành nhãn khoa. Đại học Y Hà Nội, 2018, 41-70.
136. Rhee S.C., Woo K.S. et al. Biometric Study of Eyelid Shape and Dimensions of Different Races with References to Beauty. *Aesth Plast Surg*. 2012, 36:1236–1245.
137. Albert D.M., Congenital eyelid anomalies. *Principles and practice of ophthalmology*; 1996, 3330-3339.
138. Cheng J., Xu F.Z. Anatomic nurostructure of the upper eyelid in the Oriental double eyelid, *Plast Reconstr Surg*, 2000, 107(7): 1665 - 8.
139. Uchida J. A surgical procedure for blepharoptosis vera and for pseudo-blepharoptosis orientalis. *Br J Plast Surg*. 1962, 15:271–276.
140. Hwang H.S., Spiegel J.H. *The Effect of “Single” vs “Double” Eyelids. Perceived Attractiveness of Chinese Women*. 2014, 34 (3): 374-382.
141. Russell J. *Blepharoplasty*. Published by Book on Demand, Miami (Key Biscayne, FL, U.S.A.), 2012, 41-52.
142. Jeffrey S.D. *Procedures in Cosmetic Dermatology. Blepharoplasty*. Published by Elsevier Saunders, (Alnwick, NORTH, United Kingdom). 2006, 121-130.
143. Yi M.Y, Choi H.S. et al. Asymmetry of preoperative incision design markings for upper blepharoplasty. *J Craniofac Surg*, 2017, 28(5): 419–422.
144. Chang S.H, Chen W.P.D. et al. Comprehensive review of Asian cosmetic upper eyelid oculoplastic surgery: Asian blepahroplasty and the like. *Arch Aesthetic Plast Surg*. 2014, 20:129–139

145. Park D.D. et al. Aging Asian Upper Blepharoplasty and Brow. *Semin Plast Surg*, 2015, 29(3): 188-200.
146. An S.H, Jin S. et al., Effects of upper lid blepharoplasty on visual quality in patients with lash ptosis and dermatochalasis. *Int J Ophthalmol*, 2016, 9(9): 1320-1324.
147. Zubiri J.S. Subdermal placement of sutures in double eyelid surgery. *Aesthet Surg J*, 2013, 33:722–732.
148. Chen S., Asian blepharoplasty. *Complications in ophthalmic Plastic Surgery*, Chapter 5, 2003, 57-73.
149. Mercy P, Ghorpade A, Das M. et al. Blepharochalasis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2009, 75(2): 197-199.
150. Flowers R.S, Precision planning in blepharoplasty, *Clin Plast Surg*, 1993, 20, 303.
151. Suo L., M.D. et al. A Four-Step Technique for Creating Individual Double-Eyelid Crease Shapes: A Free-Style Design. *Plast. Reconstr. Surg*, 2020, 146, 756-765.
152. Ribeiro SF., Garcia DM., et al. Graded mullerectomy for correction of graves upper eyelid retraction: effect on eyelid movements. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2014, 30(5): 384-7.
153. Nguyễn Thị Thu Hiền. *Nghiên cứu hiệu quả phẫu thuật kéo dài cơ nâng mi điều trị cơ rút mi mức độ vừa và nặng*. Luận án tiến sĩ Y học. Chuyên ngành nhãn khoa. Trường đại học Y Hà Nội. 2020, 89-96.
154. Kruavit A., MD. Asian Blepharoplasty: An 18 – Year Experience in 6215 Patients. *Aesthetic Surg Journal*; 2009, 29 (4): 272–283.
155. Yang P. Upper Eyelid Blepharoplasty: Evaluation, Treatment, and Complication Minimization. *Semin Plast Surg*, 2017, 31(1): 51-57.
156. Bhattacharjee K., Misra DK, and Deori N. Updates on upper eyelid blepharoplasty. *Indian J Ophthalmol*, 2017, 65(7): 551-558.

MINH HỌA NGHIÊN CỨU HÌNH THÁI NHÂN TRẮC

(Lê Thị Ngọc A. Mã số: YDHP-17)

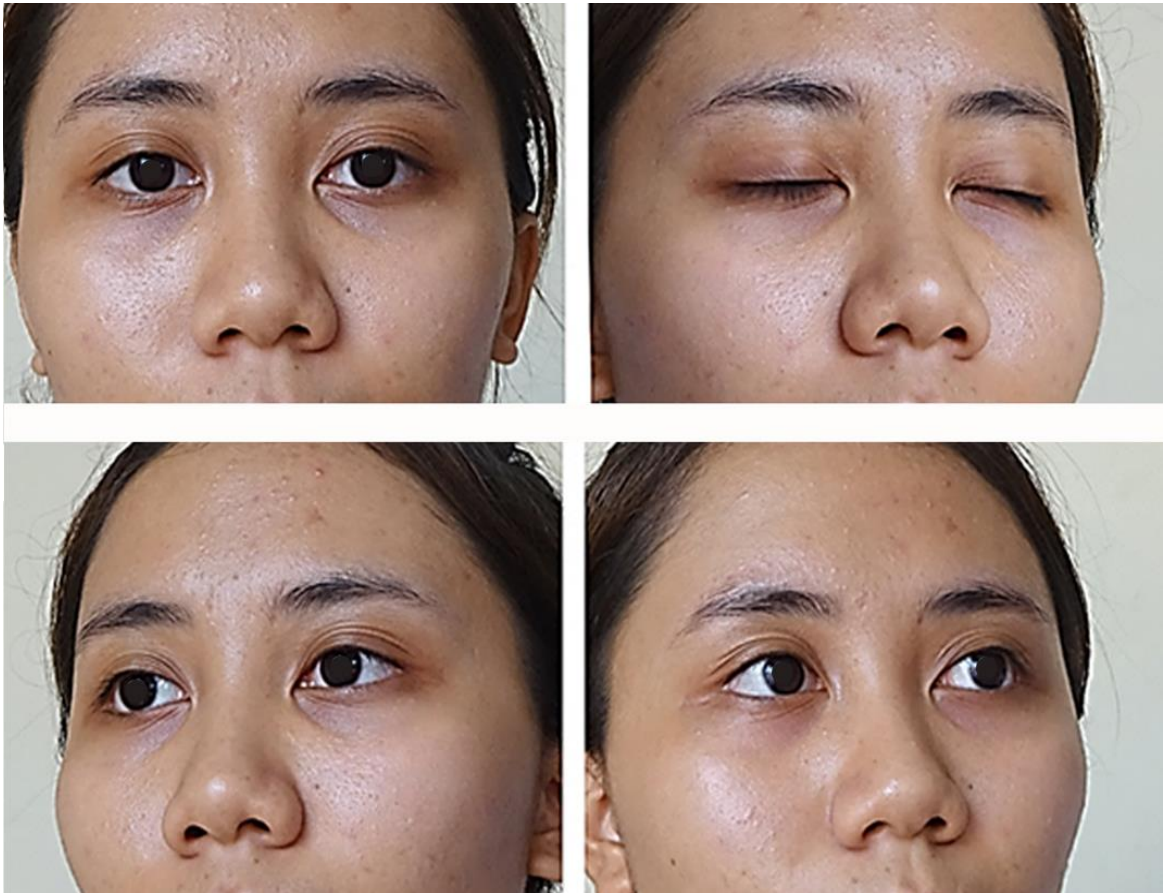
Nữ người Việt, 18 tuổi. Mắt một mí, nếp quạ (Epicanthus) thể bờ mi. Hai mắt xa nhau (Khoảng cách hai góc mắt trong và chỉ số mắt 1 lớn). Các số đo kích thước của góc mắt, khe mi, Độ chênh khe mi, chiều cao mi trên và chỉ số mắt 2 ở trong giới hạn bình thường.



MINH HỌA NGHIÊN CỨU HÌNH THÁI NHÂN TRẮC

(Nguyễn Băng Ch. Mã số: YDHP-22)

Nữ người Việt, 18 tuổi. Mắt nhiều nếp mí, có nếp quạt (Epicanthus) thể bờ mi. Các số đo kích thước của góc mắt, khe mi, Độ chệch khe mi, chiều cao mi trên và chỉ số mắt 1,2 ở trong giới hạn bình thường.



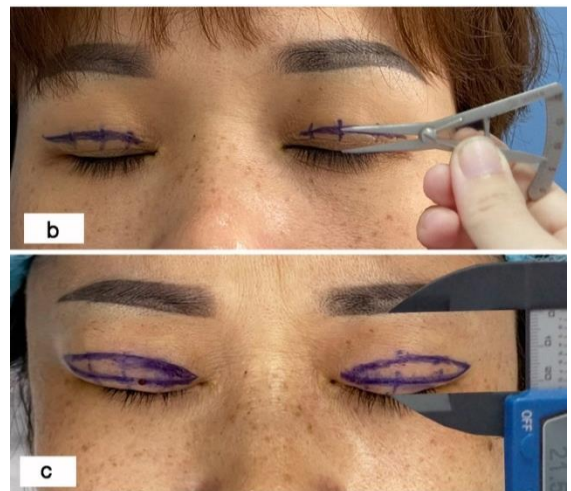
MINH HỌA NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG

(BN Nguyễn Thị M. Mã số: BVXP-8)

Bệnh nhân nữ người Việt, 34 tuổi. Mắt một mí bên P, mắt hai mí (nếp mí nhỏ) bên T, không có nếp quạt (Epicanthus), thừa da mi độ 2, thừa mỡ dưới cơ vòng mi, thừa mỡ ổ mắt. Được phẫu thuật tạo hình nếp mi trên 2 đường rạch. Các thủ thuật kết hợp: Tạo nếp mi, lấy mỡ thừa ổ mắt, lấy mỡ thừa dưới cơ vòng mi và bóc tách xóa bỏ nếp mí cũ. Sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng, chức năng mắt bình thường, nếp mi trên rõ ràng, cân đối, phù hợp, kiểu hình mắt hai mí thể song song, bệnh nhân rất hài lòng.



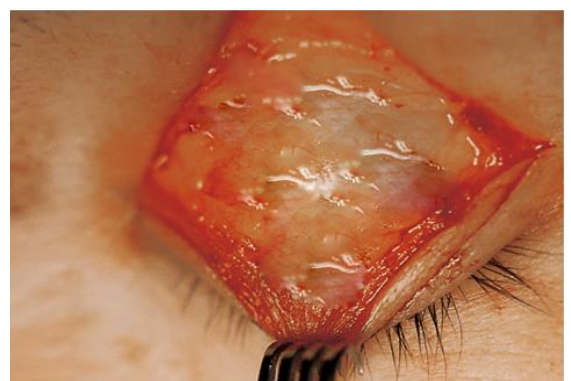
Trước phẫu thuật



Thiết kế đường mổ



Cắt da mi thừa



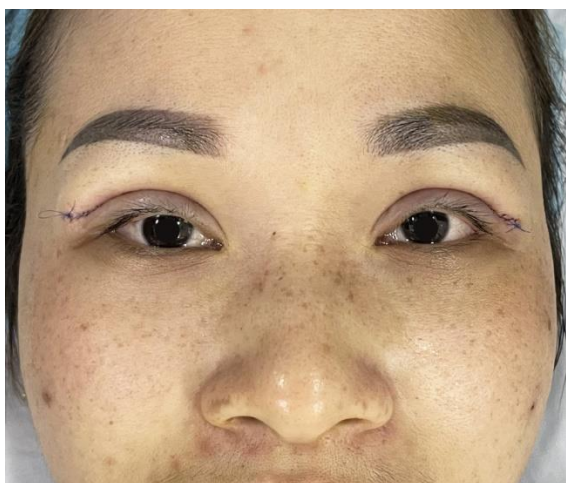
Lấy mỡ dưới cơ vòng mi



Lấy mỡ ổ mắt



Khâu tạo nếp mi



Khâu vắt đóng vết mổ



Sau phẫu thuật 3 ngày



Sau phẫu thuật 6 ngày



Sau phẫu thuật 3 tháng



Sau phẫu thuật 6 tháng

MINH HỌA NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG

(BN Lê Thị Thanh H. Mã số: BVĐG-39)

BN nữ người Việt, 32 tuổi. Mắt một mí hai bên, nếp quạt (Epicanthus) thể sụn mi, thừa mỡ ổ mắt, mỡ dưới cơ vòng mi, không thừa da mi. Được phẫu thuật tạo hình nếp mi trên 2 đường rạch. Sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng, chức năng mắt bình thường, nếp mi rõ ràng, cân đối, phù hợp, kiểu hình mắt hai mí thể hẹp góc trong, bệnh nhân rất hài lòng.



Trước phẫu thuật

Sau phẫu thuật 6 tháng

MINH HỌA NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG

(BN Nguyễn Thị Thu H. Mã số: BVĐG-16)

BN nữ người Việt, 24 tuổi, mắt hai mí nếp mí nhỏ, không có nếp quạt (Epicanthus), có thừa mỡ ổ mắt, không thừa da mí. Được phẫu thuật tạo hình nếp mí 1 đường rạch. Sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng, chức năng mắt bình thường, nếp mí rõ ràng, cân đối, phù hợp, kiểu hình mắt hai mí thể song song, bệnh nhân rất hài lòng.



Trước phẫu thuật



Thiết kế đường mổ



Ngay sau phẫu thuật



Sau phẫu thuật 3 tháng



Sau phẫu thuật 6 tháng



Sẹo mờ, đẹp

PHIẾU NGHIÊN CỨU HÌNH THÁI VÀ NHÂN TRẮC MẮT

ĐỀ TÀI: “Nghiên cứu hình thái nhân trắc và phẫu thuật tạo hình nếp mi trên ở nữ người Việt trưởng thành”.

1. Phần hành chính

Số:

Mã số sinh viên:.....

Họ và tên:.....

Ngày sinh

Hộ khẩu thường trú

Dân tộc:

Điện thoại:

Ngày đo các kích thước:.....

2. Phần chuyên môn

Hình thái nhân trắc mắt

KÍCH THƯỚC MẮT	KÝ HIỆU	MẮT P	MẮT T
Khoảng cách hai góc mắt trong	en – en		
Khoảng cách hai góc mắt ngoài	ex – ex		
Chiều cao khe mi	$B_1 - B_2$		
Chiều rộng khe mi	en – ex		
Độ chệch khe mi	PFI		
Chiều cao mi trên nhắm mắt	$B_1 - T$		
Chiều cao mi trên mở mắt	$B_1' - T$		
Chiều cao đường nếp mi	$B_1 - R$		
Chiều cao nếp mi trên	$B_1' - R'$		

HÌNH THÁI MI TRÊN		MẮT P	MẮT T
Mắt một mí			
Mắt hai mí	Thể hẹp góc trong		
	Thể song song		
	Thể vòm ngoài		
	Thể bán nguyệt		
Mí ẩn			
Nhiều nếp mí			

NẾP QUẠT (EPICANTHUS)	MẮT P	MẮT T
Thể trên lông mi		
Thể bờ mi		
Thể sụn mi		
Thể đảo ngược		

Nhóm nghiên cứu:

BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

ĐỀ TÀI: “Nghiên cứu hình thái nhân trắc và phẫu thuật tạo hình nếp mí trên ở nữ người Việt trưởng thành”.

1. Phần hành chính

Số:

Mã số bệnh nhân:.....

Họ và tên:.....

Ngày sinh

Hộ khẩu thường trú

Dân tộc:

Điện thoại:

2. Phần chuyên môn

2.1. Hình thái nhân trắc mắt trước phẫu thuật

KÍCH THƯỚC MẮT	KÝ HIỆU	MẮT P	MẮT T
Khoảng cách hai góc mắt trong	en – en		
Khoảng cách hai góc mắt ngoài	ex – ex		
Chiều cao khe mí	$B_1 - B_2$		
Chiều rộng khe mí	en – ex		
Độ chéch khe mí	PFI		
Chiều cao mí trên nhắm mắt	$B_1 - T$		
Chiều cao mí trên mở mắt	$B_1' - T$		
Chiều cao đường nếp mí	$B_1 - R$		
Chiều cao nếp mí trên	$B_1' - R'$		

HÌNH THÁI MÍ TRÊN TRƯỚC PT	MẮT P	MẮT T
Mắt một mí		
Mắt hai mí nhỏ		
Mí ẩn		
Nhiều nếp mí		

Tình trạng mắt trước phẫu thuật :

+ Thị lực : P T

+ Khám giác mạc : Khô mắt Phản xạ giác mạc

+ Chức năng cơ nâng mi trên: P mm T mm

+ Khả năng nhắm và bảo vệ nhãn cầu của mi mắt: Nhắm kín Hở mi

+ Thừa da mi Thừa mỡ ổ mắt Thừa mỡ dưới cơ vòng mi

2.2. Phẫu thuật tạo hình nếp mi trên

2.2.1. Kích thước đường rạch da:

Chiều cao đường rạch: ... mm;

2.2.2. Cắt da thừa mi trên: Có Không

2.2.3. Lấy mỡ thừa ổ mắt Có Không

Lấy mỡ dưới cơ vòng mi Có Không

2.2.4. Bóc tách xóa nếp mí cũ: Có Không

2.3. Kết quả phẫu thuật

2.3.1. *Biến chứng và di chứng*

Chảy máu, tụ máu vết mổ Phù, sưng nề mi kéo dài

Vết mổ chậm liền

Xuất huyết dưới kết mạc Khác Ghi rõ:

2.3.2. *Hình thái nhãn trắc mắt sau phẫu thuật*

KÍCH THƯỚC MẮT	KÝ HIỆU	MẮT P		MẮT T	
		3 tháng	6 tháng	3 tháng	6 tháng
Chiều cao khe mi	B ₁ - B ₂				
Chiều cao nếp mi trên	B ₁ ' - R'				

2.4.1. Chức năng, thẩm mỹ và mức độ hài lòng sau phẫu thuật

CHỨC NĂNG		MẮT P		MẮT T	
		3 tháng	6 tháng	3 tháng	6 tháng
Thị lực					
Khô mắt					
Chức năng cơ nâng mi trên					
Khả năng nhắm và bảo vệ nhãn cầu					
THẨM MỸ		MẮT P		MẮT T	
		3 tháng	6 tháng	3 tháng	6 tháng
Sẹo	Đẹp				
	Trung bình				
	Xấu				
Độ rõ ràng nếp mi	Rõ ràng				
	Không rõ				
Độ cân đối nếp mi 2 bên	Cân đối				
	Không cân				
Chiều cao nếp mi trên	Phù hợp				
	Quá cao				
	Quá thấp				

MỨC ĐỘ HÀI LÒNG		MẮT P		MẮT T	
		3 tháng	6 tháng	3 tháng	6 tháng
Rất hài lòng					
Hài lòng					
Không hài lòng					

Ghi chú:

Nhóm nghiên cứu:

BẢN CUNG CẤP THÔNG TIN CHO ĐỐI TƯỢNG THAM GIA NGHIÊN CỨU

(Dành cho mục tiêu Mô tả hình thái và xác định chỉ số nhân trắc mắt)

Tên nghiên cứu: Nghiên cứu hình thái nhân trắc và phẫu thuật tạo hình nếp mi trên ở nữ người Việt trưởng thành.

Phiên bản: **Ngày:**...../...../.....

Mã số đối tượng:

1. Trình bày các vấn đề liên quan đến nghiên cứu:

- Mục đích của nghiên cứu:

+ Mô tả hình thái, xác định kích thước và chỉ số nhân trắc mắt ở một nhóm nữ người Việt trưởng thành.

- Khoảng thời gian dự kiến: Tháng 9/2016 đến tháng 12/2016.

- Phương pháp tiến hành:

+ Hỏi thông tin chung: Tên, tuổi, giới, địa chỉ, số điện thoại liên lạc, tiền sử gia đình

+ Khám lâm sàng vùng mắt:

Đo kích thước vùng mắt, phân loại hình thái nếp mi trên và nếp quạt góc mắt trong.

Chụp ảnh vùng mắt và mắt.

1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng vào nghiên cứu:

- Là nữ giới người Việt trưởng thành.

- Tự nguyện tham gia và hợp tác trong nghiên cứu.

2. Tiêu chuẩn loại trừ khỏi nghiên cứu.

- Người có tiền sử và bệnh lý, biến dạng ở mi trên.

- Đã phun, xăm, thêu lông mày.

- Đã phẫu thuật vùng mi mắt.

- Không hợp tác trong quá trình nghiên cứu.

4. Bác sĩ Hoàng Thị Phương Lan sẽ là người đánh giá các thông tin cá nhân và y khoa để chọn lọc bạn tham gia vào nghiên cứu này.

5. Chỉ có bác sĩ Hoàng Thị Phương Lan tham gia vào nghiên cứu này.

6. Không có bất cứ rủi ro hoặc bất lợi có thể xảy ra trong nghiên cứu mô tả hình thái và nhân trắc mắt.

7. Một số lợi ích của đối tượng và cộng đồng từ nghiên cứu:

Việc xác định hình thái và nhân trắc nếp mi trên ở từng cá thể riêng biệt, ở từng mắt khác nhau trên người Việt Nam nói chung và phụ nữ người Việt nói riêng sẽ đóng góp số liệu cho chuyên ngành hình thái học. Ngoài ra, các kết quả này góp phần định hướng cho việc tạo hình mi mắt phù hợp với phụ nữ Việt Nam. Từ đó, tránh được các kết quả không mong muốn sau phẫu thuật tạo hình vùng mắt nói chung.

8. Những khoản nào được chi trả trong nghiên cứu:

- Đối tượng tham gia nghiên cứu được cấp kinh phí đi lại mỗi lần tái khám.

9. Trình bày phương pháp lưu giữ mật các hồ sơ nhưng có thể nhận dạng được đối tượng tham gia nghiên cứu:

10. Trường Đại học Y Hà Nội có thể kiểm tra hồ sơ của bạn.

11. Bác sĩ Hoàng Thị Phương Lan là người mà bạn có thể liên hệ khi có câu hỏi:

- Về nghiên cứu.

- Về quyền của đối tượng nghiên cứu.

Sự tham gia là tình nguyện, không bị phạt nếu từ chối tham gia và đối tượng tham gia nghiên cứu có thể dừng tham gia vào bất kỳ thời điểm nào.

Hà Nội, ngày tháng năm

Họ tên và chữ ký của nghiên cứu viên

BẢN CUNG CẤP THÔNG TIN CHO ĐỐI TƯỢNG THAM GIA NGHIÊN CỨU

(Dành cho mục tiêu Đánh giá kết quả tạo hình nếp mi trên)

Tên nghiên cứu: Nghiên cứu hình thái nhân trắc và phẫu thuật tạo hình nếp mi trên ở nữ người Việt trưởng thành.

Phiên bản: **Ngày:**...../...../.....

Mã số đối tượng:

1. Trình bày các vấn đề liên quan đến nghiên cứu:

- Mục đích của nghiên cứu:

+ Đánh giá kết quả tạo hình nếp mi trên ở nữ người Việt trưởng thành.

- Khoảng thời gian dự kiến: Tháng 9/2016 đến tháng 9/2018.

- Phương pháp tiến hành:

Khám lâm sàng vùng mi trên, phẫu thuật tạo hình nếp mi trên, chăm sóc sau phẫu thuật, ghi chép các chỉ số và biến số nghiên cứu theo từng thời điểm vào bệnh án nghiên cứu, phân tích, tổng hợp, xử lý số liệu.

+ Hỏi thông tin chung: Khai thác thông tin để ghi chép vào phiếu thu thập số liệu. Gồm tên, tuổi, giới, địa chỉ, số điện thoại liên lạc, nghề nghiệp, tiền sử bệnh...

+ Khám lâm sàng vùng mắt:

Thời điểm khám: Mỗi bệnh nhân được khám 1 đến 2 lần trước khi phẫu thuật. Trong ngày bệnh nhân thường được khám vào lúc 7-8 giờ hoặc 14 giờ.

Đo kích thước vùng mắt trước và sau phẫu thuật.

Chụp ảnh trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 1 tuần, sau phẫu thuật 3 tháng, 6 tháng.

+ Tiến hành phẫu thuật tạo hình nếp mi trên.

+ Chăm sóc sau phẫu thuật.

2. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng vào nghiên cứu

- Là nữ giới người Việt trưởng thành.

- Người có mắt một mí, mí ẩn, nếp mí nhỏ, nhiều nếp mí.

- Người có nhu cầu tạo hình nếp mi trên.

- Người khỏe mạnh, phát triển bình thường.

- Bệnh nhân tự nguyện hợp tác và được đảm bảo giữ bí mật cho đối tượng nghiên cứu.

3. Tiêu chuẩn loại trừ khỏi nghiên cứu.

- Sụp mí, biến dạng mí sau chấn thương, vết thương tại chỗ.

- Người có bệnh lý, viêm nhiễm vùng mí trên.

- Không hợp tác trong quá trình nghiên cứu

4. Bác sĩ Hoàng Thị Phương Lan sẽ là người đánh giá các thông tin cá nhân và y khoa để chọn lọc bạn tham gia vào nghiên cứu này.

5. Chỉ có bác sĩ Hoàng Thị Phương Lan tham gia vào nghiên cứu này.

6. Không có rủi ro hoặc bất lợi tăng thêm nào có thể xảy ra trong đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình nếp mí trên.

7. Một số lợi ích của đối tượng và cộng đồng từ nghiên cứu:

Việc xác định chính xác chỉ định phương pháp tạo hình cho từng loại hình nếp mí trên ở từng cá thể riêng biệt, ở từng mắt khác nhau trên người Việt Nam nói chung và phụ nữ người Việt nói riêng góp phần tránh được các kết quả không mong muốn sau phẫu thuật tạo hình vùng mắt nói chung.

8. Những khoản nào được chi trả trong nghiên cứu:

- Đối tượng tham gia nghiên cứu được cấp kinh phí đi lại mỗi lần tái khám.

9. Các phương pháp lưu giữ mật các hồ sơ nhưng có thể nhận dạng được đối tượng tham gia nghiên cứu: Bạn có một mã ID riêng. Không thông tin cá nhân nào của bạn bị tiết lộ ngoài mục đích nghiên cứu.

10. Trường Đại học Y Hà Nội có thể kiểm tra hồ sơ của bạn.

11. Bác sĩ Hoàng Thị Phương Lan là người mà bạn có thể liên hệ khi có câu hỏi:

- Về nghiên cứu.

- Về quyền của đối tượng nghiên cứu.

Sự tham gia là tình nguyện, bạn không bị phạt nếu từ chối tham gia và có thể dừng tham gia vào bất kỳ thời điểm nào.

Hà Nội, ngày tháng năm....

Họ tên và chữ ký của nghiên cứu viên

PHIẾU TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

(Áp dụng cho đối tượng tình nguyện tham gia nghiên cứu không cần bí mật danh tính)

Họ và tên đối tượng:

Tuổi :

Địa chỉ :

Sau khi được bác sỹ thông báo về mục đích, quyền lợi, nghĩa vụ, những nguy cơ tiềm tàng và lợi ích của đối tượng tham gia vào nghiên cứu: Nghiên cứu hình thái nhân trắc và phẫu thuật tạo hình nếp mi trên ở nữ người Việt trưởng thành.

Tôi (hoặc người đại diện trong gia đình) đồng ý tự nguyện tham gia vào nghiên cứu này (đồng ý lấy máu để xét nghiệm). Tôi xin tuân thủ các quy định của nghiên cứu.

Hà Nội, ngày tháng năm

Họ tên của người làm chứng

(Ký và ghi rõ họ tên)

Họ tên của Đối tượng

(Ký và ghi rõ họ tên)

ĐƠN TÌNH NGUYỆN THAM GIA NGHIÊN CỨU

(Áp dụng cho đối tượng tình nguyện tham gia nghiên cứu cần phải bí mật danh tính)

Tôi,

Xác nhận rằng

- Tôi đã đọc các thông tin đưa ra cho nghiên cứu lâm sàng: Nghiên cứu hình thái nhân trắc và phẫu thuật tạo hình nếp mí trên ở nữ người Việt trưởng thành.

tại :.....

Phiên bản, ngày/...../....., Trang), và tôi đã được các cán bộ nghiên cứu giải thích về nghiên cứu này và các thủ tục đăng ký tình nguyện tham gia vào nghiên cứu.

- Tôi đã có thời gian và cơ hội được cân nhắc tham gia vào nghiên cứu này.

- Tôi hiểu rằng tôi có quyền được tiếp cận với các dữ liệu mà những người có

trách nhiệm mô tả trong tờ thông tin.

- Tôi hiểu rằng tôi có quyền rút khỏi nghiên cứu vào bất cứ thời điểm nào với bất cứ lý do gì.

Tôi đồng ý rằng các bác sỹ chăm sóc sức khỏe chính sẽ được thông báo về việc tôi tham gia trong nghiên cứu này.

Đánh dấu vào ô thích hợp (quyết định này sẽ không ảnh hưởng khả năng bạn tham gia vào nghiên cứu):

Có

Không

Tôi đồng ý tham gia trong nghiên cứu này

Ký tên của người tham gia	Ngày / tháng / năm
Nếu cần.	
* Ghi rõ họ tên và chữ ký của người làm chứng	Ngày / tháng / năm
Ghi rõ họ tên và chữ ký của người hướng dẫn	Ngày / tháng / năm