

KHẢO SÁT CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DỊ VẬT NỘI NHÃN Ở BÁN PHẦN SAU TẠI KHOA CHẨN THƯƠNG NĂM 2012

NGUYỄN THỊ HỒNG PHỤNG, NGUYỄN VĂN THỊNH, VŨ ANH LÊ
Khoa Chấn thương, BV Mắt TP HCM

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Dị vật nội nhãn là một trong những tình trạng bệnh lý đặc biệt nghiêm trọng trong chấn thương mắt. Các tổn thương kèm theo như rách GM, đục thủy tinh thể, rách VM,...do mảnh dị vật đi xuyên qua cũng như các biến chứng nhiễm trùng, nhiễm độc, bong VM,...làm cho tiên lượng của BN bị DVNN càng nặng nề hơn. Vì vậy, nếu không được điều trị kịp thời và triệt để, BN thường bị mất thị lực vĩnh viễn, thậm chí có khi phải bỏ mắt. **Kết quả:** Năm 2012, có 58 trường hợp BN bị DVNN ở bán phần sau nhập viện tại khoa chấn thương. 47 trường hợp thỏa các điều kiện nghiên cứu là tái khám và theo dõi sau mổ từ 6-9 tháng. 100% là nam giới trong độ tuổi lao động (19-60). 44/47 trường hợp là do tai nạn lao động, chỉ có 2 trường hợp do đánh nhau và 1 trường hợp do bị cướp xe. 85% BN nhập viện trước 72 giờ, cá biệt có 1 trường hợp nhập viện trễ sau 18 ngày mà chưa được xử trí gì. 12/47 trường hợp mảnh dị vật đi vào nhãn cầu qua CM, 7 trường hợp rách GM-CM rìa, 28 trường hợp qua GM, trong đó 15 trường hợp rách GM ở trung tâm, 55,3% trường hợp có đục võ thủy tinh thể. BCVA trước mổ: ST(-):1, ST(+); 18, ≤ ĐNT5m: 22, 1/10 -3/10: 2, 4/10-6/10: 2, ≥ 7/10: 2. 15/47 (32%) có VMNN. Về điều trị: 8 trường hợp được lấy dị vật bằng nam châm qua đường rạch CM pars plana + KSNM (nhóm I), 1 trường hợp thất bại sau lấy DVNN bằng nam châm, sau đó được PT cắt pha lê thể ± lấy thủy tinh thể ± gas/ silicon nội nhãn ± KSNM, 38 trường hợp được mổ cắt pha lê thể ± lấy thủy tinh thể ± gas/ silicon nội nhãn ± KSNM (nhóm II). 8 trường hợp không xác định chính xác vị trí dị vật (nhóm I), trong nhóm II có 4 ca dị vật nằm trong PLT, 19 ca dị vật nằm trước VM, 15 ca dị vật cắm vào VM và 1 ca dị vật nằm dưới VM. Nhóm I: BCVA sau mổ 1tuần: 1 ca bị mức nội nhãn do VMNN, các trường hợp còn lại đều có thị lực bằng hoặc thấp hơn lúc nhập viện và không cải thiện thêm sau 3 - 6 tháng. Nhóm II : BCVA sau mổ 1 tuần: ST(+):3, ≤ ĐNT 3m: 33, >ĐNT 3m-3/10:2, 4/10-6/10: 2, ≥7/10: 0. Sau 1 tháng: số ca tương ứng là 1- 29- 6 - 2- 1. Sau 3 tháng: số ca tương ứng là 1- 21- 8 - 6- 3. Sau 6 tháng: số ca tương ứng là 1- 13- 14 -8- 3. Sau 9 tháng: chỉ còn 21 trường hợp tái khám, 1 trường hợp thị lực 10/10 giảm xuống còn 3/10 do đục T3. **Kết luận:** phương pháp cắt PLT ± lấy thủy tinh thể ± gas/ silicon nội nhãn ± KSNM mang lại sự an toàn, hiệu quả trong điều trị DVNN ở bán phần sau hơn phương pháp lấy dị vật bằng nam châm điện. Chẩn đoán sớm và Điều trị thích hợp giúp BN hồi phục thị lực 1 cách tốt nhất.

SUMMARY

STUDYING THE CLINICAL CHARACTERISTICS AND MANAGEMENT OUTCOMES OF POSTERIOR -SEGMENT INTRA OCULAR FOREIGN BODIES AT TRAUMA DEPARTMENT, EYE HOSPITAL OF HCMC IN 2012

Background: IOFB is one of the most severe conditions in ocular trauma. Physical damages (i.e, corneal, scleral perforations, cataract, retinal tears,...) caused by the foreign bodies go through the eye as well as complications (ie, infection, toxin, retinal detachment,...) contribute to the poor prognosis of IOFB patients. **Result:** there are 58 patients were diagnosed with foreign bodies in the posterior segment of the eyes. 47 cases met study criteria are to be followed-up to 6-9 months. 100% patients are male in working period of life (19-60 years old). 44 cases were hit when working, 2 cases in traffic accidents and 1 caused by motorbike robbery. 85% were hospitalized (local or EH of HCMC) before 72 hours, particularly 1 case came to the EH in 18th day after being injured without treatment. 32% were complicated with endophthalmitis. For treatment: 8cases the IOFB were took out by external approach (using electrical magnetic machine through out the pars plana incision) (GroupI), 1 by external approach failed then undergone lensectomy+vitrectomy+silicon oil, 38 cases by Vitrectomy ±lensectomy±gas/silicon oil (GroupII). Vancomycin and ceftazidime were injected in to the vitreous cavity when endophthalmitis is present or suspected. 8 cases in group I could not localized the place of the foreign bodies in the eye. In group II: 4 cases FB floating in vitreous, 19 cases lie on the retina and caused inflammation, 14 cases imbeded in the retina and 1 case behind the retina. In group I: BCVA post-op 1 week:: 1 case were enucleated because of endophthalmitis, the rest had BCVA were the same or lower before surgery and not improved after 3-6 months. In group II: BCVA 1 week post-op: LP(+): 3, CF ≤ 3m: 33, CF>3m-3/10:2, 4/10-6/10: 2, ≥7/10:0. 1 month post-op: 1-19-6-2-1 respectively. After 3 months: 1-21-8-6-3 respectively. After 6 months: 1-13- 14 -8- 3 respectively. After 9 months: only 21 cases came back the hospital, 1 case with the 10/10 BCVA 6 months post-op decrease to 3/10 due to cataract. **Conclusion:** Vitrectomy ±lensectomy±gas/ silicon oil approach is safer and effective than external approach in posterior segment IOFB.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật nội nhãn là một trong những tình trạng bệnh lý đặc biệt nghiêm trọng trong chấn thương mắt. Các tổn thương kèm theo như rách GM, đục thủy tinh thể, rách VM,...do mảnh dị vật đi xuyên qua

cũng như các biến chứng nhiễm trùng, nhiễm độc, bong VM,... làm cho tiên lượng của BN bị DVNN càng nặng nề hơn. Vì vậy, nếu không được điều trị kịp thời và triệt để, BN thường bị mất thị lực vĩnh viễn, thậm chí có khi phải bỏ mắt.

Mục tiêu nghiên cứu: mô tả các đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị DVNN ở bán phần sau bằng phẫu thuật cắt PLT và nam châm điện.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1 Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: tất cả các bệnh nhân bị chấn thương xuyên thủng nhãn cầu có DVNN nhập viện khoa chấn thương Bệnh viện Mắt TP HCM từ tháng 1/2012 đến tháng 12/2012 tái khám đầy đủ từ 6-9 tháng

2 Phương pháp nghiên cứu:

2.1 Thiết kế nghiên cứu: mô tả

2.2 Cỡ mẫu

$$n \geq \{1,96/d\}^2 \times p(1-p)$$

$\alpha = 0,05$ (nên số phân phối chuẩn là 1,96).

P: là tỉ lệ DVNN trên chấn thương xuyên thủng nhãn cầu. $p = 0,4$

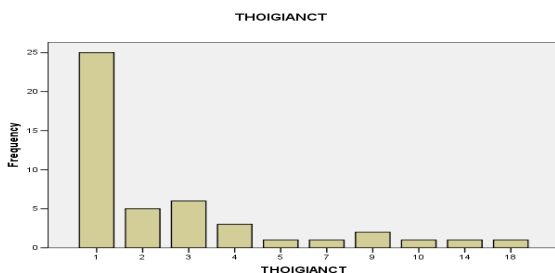
$$d = 0,15$$

$$\rightarrow n = 41 \text{ bệnh nhân.}$$

KẾT QUẢ

Năm 2012, có 58 trường hợp BN bị DVNN ở bán phần sau nhập viện tại khoa chấn thương. 47 trường hợp thỏa các điều kiện nghiên cứu là tái khám và theo dõi sau mổ từ 6-9 tháng. Trong đó, 100% là nam giới trong độ tuổi lao động (19-54t). 51% là công nhân cơ khí, 34% là nông dân và 4,2% là người có trình độ đại học. 44/47 trường hợp là do tai nạn lao động, chỉ có 2 trường hợp do đánh nhau và 1 trường hợp do bị cướp xe.

1. Thời gian từ lúc bị chấn thương đến khi nhập viện khoa chấn thương: chỉ có 53,2% nhập viện trong vòng 01 ngày đầu sau chấn thương, 85% BN nhập viện 3 ngày, cá biệt có 1 trường hợp nhập viện trễ sau 18 ngày mà chưa được xử trí gì.



63% trường hợp nhập viện khoa Chấn thương chưa được các cơ sở y tế địa phương xử trí gì.

2. Loại DV:

Kim loại có từ tính: 46/47 (98%)

Thủy tinh: 1/47 (2%)

3. Đường vào của dị vật:

12/47 (25,5%) trường hợp mảnh dị vật đi vào nhãn cầu qua CM, 7 (15%) trường hợp rách GM-CM rìa, 28 (59,5%) trường hợp qua GM, trong đó 15

trường hợp rách GM ở trung tâm.

4. Tổn thương phối hợp:

59,5% có rách GM, điều này sẽ làm giảm thị lực sau mổ

55,3% trường hợp có đục võ thủy tinh thể cần phải phẫu thuật lấy thủy tinh thể phối hợp

55% có rách võng mạc làm giảm thị lực sau mổ

5. Vị trí dị vật:

	n	%
KHONG XAC DINH	8	17,0
TRONG PLT	4	8,5
TRUOC VM	19	40,4
CAM VAO VM	15	31,9
DUOI VM	1	2,1
Total	47	100,0

6. Viêm mủ nội nhãn: 32%

Cấy: Âm tính: 21,3%

Nấm men: 4,3%

Bacillus (+): 2,1%

S. aureus: 2,1%

7. Xử trí: phương pháp phẫu thuật:

7.1. Nhóm I: lấy dị vật bằng nam châm điện: 8 trường hợp. 1 trường hợp sau đó phải mổ nội nhãn vì VMNN nặng

Chỉ định: dị vật kim loại, kèm theo các tổn thương nhãn cầu nặng, tiên lượng xấu.

Kỹ thuật: dùng siêu âm, X quang, và CT scan xác định vị trí dị vật. Mở kết mạc sát rìa theo kinh tuyến có dị vật. Dùng dao 20G rách CM vùng pars plana đủ rộng, đưa đầu nam châm điện vào buồng pha lê thể hút dị vật ra. Cắt sạch pha lê thể phôi. Khâu đường rách CM. Khâu KM. Bơm kháng sinh nội nhãn. Phương pháp này được thực hiện ngay sau khi được chẩn đoán có dị vật ở bán phần sau, có thể cùng với khâu CM, GM hoặc 1-2 ngày sau.

Kết quả:

Thị lực trước và sau phẫu thuật:

	ST(-)	ST(+)	BBT	≥ ĐNT 1m - < ĐNT 3m
BCVA trước mổ	0	6	2	0
BCVA sau 1 tuần	2	4	2	0
BCVA sau 1 tháng	6	0	2	0
BCVA sau 3 tháng	6	1	1	0

Biến chứng: 100% có XHPLT, BVM

Thất bại: 1

Mức NN: 1

7.2. Nhóm II:

Chỉ định: tất cả các trường hợp có dị vật bán phần sau

Kỹ thuật: đặt 3 đường củng mạc. Lấy thủy tinh thể và bảo tồn bao trước, bao sau nếu có đục võ. Cắt pha lê thể. Gấp dị vật bằng kẹp, đưa dị vật qua đường pars plana hoặc đường GM rìa nếu dị vật to và đã lấy thủy tinh thể. Trao đổi dịch- khí, Laser VM và bơm gas nếu có tổn thương VM, nếu có nhiều tổn thương VM hoặc rách VM nặng, tăng sinh PLT-VM

nặng, Viêm mủ nội nhãn nặng thì bơm silicone nội nhãn. Bơm 0,1ml/0,1mg Vancomycin và 0,1ml/2,25mg ceftazidime nội nhãn nếu có dấu hiệu viêm mủ nội nhãn.

Kết quả: Cát PLT ± lấy T3 ± KSN ± gas/silicon: 39

Lấy T3: 26 (55,3%) vì Thủy tinh thể bị đục vỡ

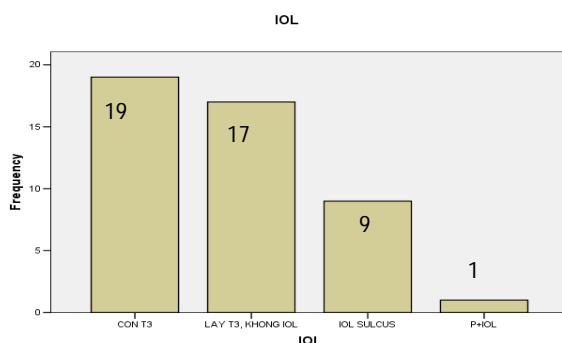
Bơm gas: 14 do có tổn thương võng mạc nhẹ

Silicone: 12 +1 (BVM thứ phát) vì tổn thương võng mạc nặng hoặc có tăng sinh PLT-VM hoặc VMNN nặng.

Thị lực trước và sau mổ:

	ST(+)	DNT<3M	>DNT3M -3/10	4/10- 6/10	7/10- 10/10
BCVATRU OC	13	19	3	2	2
BCVA sau mổ 1tuần	3	32	2	2	0
CVA sau mổ 1tháng	1	29	6	2	1
BCVA sau mổ 3 tháng	1	21	8	6	3
BCVA sau mổ 6 tháng	1	13	14	8	3
BCVA sau mổ 9 tháng	1	8	13	8	2

Kết quả xử lý thủy tinh thể:



Biên chứng:

Bong võng mạc: 1

Đục T3:

Mức nội nhãn: 0

BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy ý thức phòng ngừa tai nạn của những người lao động phổ thông còn thấp, tất cả bệnh nhân đều không có trang bị trang thiết bị bảo hộ lao động như kính bảo vệ mắt. khi xảy ra tai nạn thì gần 50% trường hợp không nhập viện ngay sau khi bị chấn thương.

Phương pháp lấy dị vật bằng nam châm điện có ưu điểm là để thực hiện, không cần trang thiết bị mắc tiền

và không cần kỹ năng cao. Tuy nhiên, phương pháp này có khuyết điểm lớn là không giải quyết triệt để các tổn thương đi kèm như xuất huyết pha lê thể, rách VM, hơn nữa, còn góp phần làm cho các biến chứng bong VM, hắc mạc cao hơn do cơ kéo pha lê thể.

Phương pháp lấy dị vật bằng cát pha lê thể phối hợp lấy thủy tinh thể, bơm gas/ silicone nội nhãn, bơm kháng sinh nội nhãn có thể giải quyết triệt để tất cả các tổn thương kèm theo, đồng thời hạn chế đến mức thấp nhất các biến chứng. Tuy nhiên, phương pháp này cần các máy móc trang thiết bị mắc tiền cũng như cần đội ngũ phẫu thuật viên có kinh nghiệm được đào tạo nhiều thời gian.

KẾT LUẬN

Phương pháp cắt PLT ± lấy thủy tinh thể ± gas/ silicone nội nhãn ± KSN mang lại sự an toàn, hiệu quả trong điều trị DVNN ở bán phần sau hơn phương pháp lấy dị vật bằng nam châm điện. Chẩn đoán sớm và Điều trị thích hợp giúp BN hồi phục thị lực 1 cách tốt nhất

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Colyer MH, Weber ED, Weichel ED, et al. DVNN muộn

2. Katz G, Moisseiev J. DVNN ở bán phần sau: cập nhật điều trị. Nguy cơ nhiễm trùng, sẹo. giảm thị lực. Retinal Physician. 2009.

3. Kanski JJ. Chấn thương. Kanski JJ Clinical Ophthalmology. A: systemic approach 6th ed. Butterworth Heinemann. 2007; 847-68. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Mester%20V%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=12229240

4. Mester V, Kuhn F. DVNN. Ophthalmol Clin North Am. 2002 Jun;15(2):235-42.: VMNN nhiễm trùng sau chấn thương xuyên thủng nhãn cầu có DVNN : Retina Center, St. Joseph Hospital, Baltimore, MD 21204. National Eye Institute, National Institutes of Health, USA. (PMID:8414406) Ophthalmology [1993, 100(10):1468-1474]<http://europepmc.org/search/?page=1&query=AUT H:%22Mieler+WF%22>

5. Mieler WF, (default).Ellis MK, (default). Williams DF, (default).Han DP. DVNN và VMNN: (PMID:2255525) Department of Ophthalmology, Medical College of Wisconsin, Milwaukee 53226.Ophthalmology[1990 97(11):1532-1538]

6. Memon AA, Iqbal MS, Cheema A et al. Kết quả điều trị và biến chứng sau phẫu thuật lấy DVNN qua đường pars plana. JCPSP. 2009; 19 :436-9.

7. Nair UK, Aldave AJ, Cunningham ET Jr. Ophthalmic Pearls:Trauma. Identifying intraocular foreign bodies. EyeNet Magazine Oct 2007. Edited by Scott IU, Fekrat S.

8. Raj Rathod, MD • William F. Mieler, MD. Cập nhật phương pháp điều trị DVNN. RETINAL PHYSICIAN

9. Thompson JT, (default).Parver LM, (default). Enger CL, (default). Mieler WF, (default). Liggett PE. Những xu hướng hiện nay trong điều trị DVNN.