

NGHIÊN CỨU CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG XUYÊN THÙNG NHÃN CẦU TẠI KHOA MẮT BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Phan Văn Năm, Trần Bá Kiên

Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Mục đích: Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân bị chấn thương xuyên thùng nhãn cầu (CTXTNC) tại Bệnh viện Trung ương Huế. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả có can thiệp lâm sàng trên 41 bệnh nhân với 42 mắt với chẩn đoán CTXTNC đã được nhập viện điều trị tại Khoa Mắt Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 4/2010 đến tháng 4/2011. **Kết quả:** Nam giới: 85,4%, tuổi 6-18: 14,6%, 19 - 60: 80,5%. Nông thôn: 85,4%. Nông dân: 26,8%, công nhân- thợ thủ công: 34,1%. Nguyên nhân sinh hoạt: 46,3%, giao thông: 9,8%, công nghiệp: 24,4%. Tác nhân gây CTXTNC là kim loại: 41,5%, thực vật: 31,7%, thủy tinh: 14,6%. Bệnh nhân tới nhập viện trước 6 giờ: 39%, sau 72 giờ: 31,7%. Tổn thương 2 mắt: 2,4%. Đa số bệnh nhân không xử trí gì trước nhập viện 68,3%. Tổn thương giác mạc là chủ yếu chiếm 61,9%, có 9,5% trường hợp có dị vật nội nhãn. Bệnh nhân đến viện với thị lực AS (-) chiếm 9,5%, thị lực AS (+) - ĐNT 3m chiếm 66,7%. Mặc dù 100% bệnh nhân được điều trị ngoại khoa nhưng kết quả điều trị thu được hạn chế. Thị lực khi ra viện AS (-) vẫn còn chiếm 11,9%, thị lực AS (+) - ĐNT 3m giảm còn 33,3%. Biến chứng thường gặp nhất là xuất tiết tiền phòng, diện đồng tử 42,9%, viêm màng bồ đào gấp 35,7%.

Từ khóa: Chấn thương mắt, vết thương xuyên nhãn cầu.

Abstract

CLINICAL FEATURES AND MANAGEMENT OF PENETRATING INJURIES AT OPHTHALMOLOGY DEPARTMENT OF HUE CENTRAL HOSPITAL

Phan Van Nam, Tran Ba Kien

Hue University of Medicine and Pharmacy

Purposes: To describe the clinical characteristics and result in the treatment of open-global injuries in Hue Central's Hospital. **Patients and methods:** A descriptive, prospective with clinical interventions 41 patients (42 eyes) with open-global injuries, who were treated at Department of Ophthalmology in Hue Central's Hospital from 4/2010 to 4/2011. **Results:** males were more frequently involved than females (ratio 85.4 : 14.6), the age groups 6 - 18 years: 14.6%, 19 - 60 years: 80.5% ($p < 0.01$). Rural areas: 85.4%. Job related injuries: farmer 26.8%, worker-craftsman: 34.1%. The most frequently causes were daily activities related injuries 46.3%, traffic-related 9.8%, industry-related 24.4%. The frequently agent were metallic 41.5%, flora 31.7%, glass 14.6%. The patients hospitalized before 6 hours 39%, after 72 hours 31.7%. Both of eyes were affected in 2.4% of patients. Most of the patients were not treated before incoming hospital 68.3%. The corneal-related injuries were primary 61.9%, intracular foreign bodies were 9.5%. Final visual outcome was 11.9% with "no light perception", light perception to count finger 3 meter in 33.3%. The complication often occurred with fibrin at pupil in 42.9%, endophthalmitis in 35.7%.

Key words: Eye trauma, open-global injuries. *Key words: Eye trauma, open-global injuries.*

- Địa chỉ liên hệ: Phan Văn Năm, email: drnamhue@gmail.com

DOI: 10.34071/jmp.2015.4+5.11

- Ngày nhận bài: 17/6/2015 * Ngày đồng ý đăng: 3/9/2015 * Ngày xuất bản: 12/11/2015

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương xuyên thủng nhãn cầu là một cấp cứu hàng đầu trong nhãn khoa. Bệnh rất thường gặp trong thời chiến, trong lao động sản xuất thời bình cũng như trong sinh hoạt hàng ngày [1]. Vết thương xuyên thủng nhãn cầu thường gây tổn thương nhiều bộ phận của nhãn cầu như: mống mắt, thể thủy tinh, dịch kính, nhiều khi còn kèm theo dị vật nội nhãn và gây giảm thị lực nghiêm trọng ảnh hưởng tới cuộc sống và sinh hoạt của bệnh nhân, hậu quả là làm mất đi một lực lượng lao động đáng kể cho xã hội.

Cùng với sự phát triển của kính hiển vi phẫu thuật, các phương tiện hiện đại cũng như kỹ thuật xử trí chấn thương mắt nói chung có nhiều cải tiến trong những năm gần đây. Nghiên cứu của chúng tôi đưa ra một số đặc điểm lâm sàng và xử trí chấn thương xuyên thủng nhãn cầu qua đó các cơ sở nhãn khoa tham khảo và ngày càng hoàn thiện hơn về xử trí chấn thương nói chung và chấn thương xuyên thủng nhãn cầu nói riêng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 41 bệnh nhân với 42 mắt bị chấn thương xuyên thủng nhãn cầu điều trị tại khoa Mắt Bệnh viện Trung ương Huế (4/2010 – 4/2011).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Lập hồ sơ thu thập dữ liệu về tuổi, giới tính, nghề nghiệp, hoàn cảnh xảy ra chấn thương, mắt chấn thương, thời gian từ khi chấn thương đến khi nhập viện, xử trí gì trước khi nhập viện.

- Đo thị lực

- Khám thực thể:

+ Tình trạng vết thương: vị trí, tính chất

+ Dị vật nhãn cầu

- Xử trí:

+ Điều trị nội khoa: chỉ định với những CTXT chỉ tổn thương giác mạc nhỏ < 2mm, tiền phòng bình thường và không có phôi kẹt mống mắt.

+ Điều trị ngoại khoa: chỉ định cho những trường hợp không thể điều trị nội khoa đơn thuần.

Nguyên tắc chung trong xử trí CTXTNC cần được tuân thủ đó là: làm sạch vết thương, lấy hết tổ chức hoại tử, phục hồi đúng giải phẫu nhãn cầu, làm kín vết thương và phòng các biến chứng hậu phẫu [1], [2].

- Đánh giá kết quả:

+ Chức năng thị giác.

+ Tình trạng giải phẫu của mắt

+ Biến chứng.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ bệnh nhân bị chấn thương xuyên thủng nhãn cầu nhập viện

Trong thời gian nghiên cứu có 1951 bệnh nhân mắt điều trị nội trú trong đó chấn thương mắt 110 chiếm 5,6%, bệnh nhân CTXTNC 41 chiếm 2,1%.

Bệnh nhân chấn thương mắt điều trị nội trú là 110 trong đó CTXTNC là 41 chiếm 37,27%.

3.2. Một số đặc điểm chung

3.2.1. Tuổi

Bảng 3.1. Tuổi bệnh nhân

Tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ(%)
≤ 6	3	7,2
7 - 15	5	12,2
16 - 23	2	4,9
24 - 40	18	43,9
41 - 55	9	23,0
> 55	4	9,8
Cộng	41	100%

Độ tuổi lao động từ 24-55 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 66,9%

3.2.2. **Giới tính:** Nam: 85,4%, Nữ: 14,6%.

3.2.3. **Địa dư:** Nông thôn: 85,4%, Thành thị: 14,6%.

3.2.4. Nghề nghiệp

Trẻ nhỏ: 7,3%

Học sinh-sinh viên: 14,6%

Nông-ngư dân: 26,8%

Công nhân-thợ thủ công: 34,1%

Cán bộ viên chức: 4,9%

Khác: 12,2%

3.2.5. Nguyên nhân

Bảng 3.2. Nguyên nhân chấn thương

TT	Nguyên nhân	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
1	Sinh hoạt	21	51,2%
2	Tai nạn giao thông	4	9,8%
3	Lao động nông nghiệp	3	7,3%
4	Lao động công nghiệp-thủ công nghiệp	10	24,4%
5	Hỏa khí	1	2,4%
6	Nguyên nhân khác	2	4,9%
Cộng		41	100%

Nguyên nhân do sinh hoạt chiếm đa số (51,2%) sau đó đến công nghiệp-thủ công nghiệp, hỏa khí chiếm tỷ lệ thấp nhất. Sự khác biệt giữa nguyên nhân sinh hoạt và các nguyên nhân khác có ý nghĩa thống kê.

3.2.6. Tác nhân

Bảng 3.3. Tác nhân gây nên

TT	Tác nhân	Số mắt	Tỷ lệ %
1	Kim loại	18	42,8%
2	Thực vật	13	31,7%
3	Thuỷ tinh, sành	6	14,6%
4	Đất đá	3	7,3%
5	Tác nhân khác	2	4,9%
Cộng		42	100%

Tác nhân kim loại chiếm đa số, sau đó đến thực vật. Đất đá chiếm tỷ lệ thấp.

3.2.7. Thời gian nhập viện

< 6 giờ: 39%, 6 – 24 giờ: 29,3%, > 72 giờ: 31,7%.

3.2.8. Đặc điểm lâm sàng

3.2.8.1. Mắt tổn thương

Mắt phải: 58,6%

Mắt trái: 39,0%

Hai mắt: 2,4%

3.2.8.2. Lý do vào viện

Đau nhức: 78,0%

Chảy máu: 29,3%

Kích thích, sợ sáng: 92,7%

Giảm thị lực: 95,1%

3.2.8.3. Thị lực khi vào viện

> 3/10: 9,5%, 1/10 – 3/10: 9,5%, ĐNT 3m - < 1/10: 4,6%, ST (+) – ĐNT 3m: 66,7%, ST (-): 9,5%.

3.3. Vị trí vết thương

Bảng 3.4. Vị trí vết thương

Vị trí vết thương	Số lượng nhãn cầu	Tỷ lệ (%)
Giác mạc	26	61,9
Củng mạc	4	9,5
Củng - giác mạc	12	28,6
Cộng	42	100%

Vết thương xuyên nhãn cầu thường gây tổn thương vùng giác mạc và giác củng mạc là chủ yếu chiếm trên 90%.

3.4. Liên quan thị lực với vị trí tổn thương

Bảng 3.5. Liên quan giữa thị lực và vị trí tổn thương

Thị lực Vị trí	>3/10		1/10-3/10		ĐNT 3m- < 1/10		ST (+)-< ĐNT 3m		ST (-)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
GM	4	9,52	2	4,76	1	2,38	18	42,86	1	2,38
CM	0	0	2	4,76	1	2,38	1	2,38	0	0
CGM	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	21,4	3	7,14

Tổn thương ở giác mạc và giác cùng mạc thường có thị lực thấp nhất.

3.5. Tính chất tổn thương

Không phôi kết tổ chức nội nhãn: 35,7%

Có phôi kết tổ chức nội nhãn: 64,3%

Có dị vật: 4/42 (9,5%), trong đó dị vật kim loại từ tính 1/4 (25%), dị vật kim loại không từ tính 2/4 (50%), thực vật 1/4 (25%).

3.6. Tổn thương phối hợp

Kết mạc: 35,7%

Mống mắt: 64,3%

Thể thủy tinh: 47,6%

Dịch kính: 45,3%

Hắc võng mạc: 21,4%

3.7. Điều trị

Nơi sơ cứu ban đầu:

Tại nhà: 75,6%

Trạm y tế: 2,4%

Tại bệnh viện tỉnh: 19,6%

Tại Bệnh viện Trung ương: 2,4%

3.8. Phương pháp điều trị

Bảng 3.6. Phương pháp điều trị

TT	Phương pháp	Số mắt	Tỷ lệ %
1	Điều trị bảo tồn	37	88,1%
2	Mức nội nhãn	4	9,5%
3	Khoét bỏ nhãn cầu	1	2,4%
Cộng		42	100%

Chủ yếu là khâu bảo tồn nhãn cầu

3.9. Kết quả thị lực theo thời gian theo dõi

Bảng 3.7. Kết quả thị lực

Thị lực	Lúc ra		1 tuần		1 tháng		3 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
>7/10	4	9,5	5	11,9	5	11,9	5	11,9
3/10< -7/10	5	11,9	6	14,3	6	14,3	7	16,7
1/10 - 3/10	7	16,7	6	14,3	8	19	7	16,7
ĐNT 3m - <1/10	7	16,7	7	16,7	8	19	9	21,4
ST (+) - < ĐNT 3m	14	33,3	13	31,0	10	23,8	9	21,4
ST (-)	5	11,9	5	11,9	5	11,9	5	11,9
Tổng	42	100	42	100	42	100	42	100

Thị lực < ĐNT 3m chiếm đa số, qua đó cho thấy chấn thương xuyên nhãn cầu thường nặng và tổn hại thị lực trầm trọng.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

- Tuổi: gặp nhiều nhất từ 24-55, đây là lứa tuổi lao động chính.

- Giới: 85,4% gặp ở nam giới. Điều này có thể giải thích do tập tính sinh hoạt, tính chất nghề nghiệp của hai giới khác nhau. Nam giới thường năng động, hoạt bát hơn nữ giới, tính chất công việc nặng nề nguy hiểm hơn.

- Chấn thương xuyên thủng gặp chủ yếu ở nông thôn 85,4%, Bùi Thị Thanh Hương cũng cho kết quả tương tự nông thôn chiếm 63,73%. Có thể do ở nước ta dân số nông thôn chiếm chủ yếu, ý thức bảo hộ lao động kém hơn, các khu vui chơi giải trí dành cho trẻ em cũng hạn chế hơn.

- Nghề nghiệp gặp chủ yếu trong nhóm công nhân-thợ thủ công chiếm 34,1%, tiếp đến là nông ngư dân chiếm 26,8%, học sinh-sinh viên chiếm 14,6%. Theo Jovanovic M. (2010) nhóm công nhân cũng chiếm đa số 39,0%. Có sự khác nhau về sự phân bố nghề nghiệp giữa các nước có thể giải thích cho sự khác nhau về văn hoá, về trình độ, về sự phát triển kinh tế giữa các quốc gia.

- 46,3% gặp trong sinh hoạt, 24,4% gặp trong lao động công nghiệp, thủ công nghiệp, tai nạn giao thông chiếm 9,8%. Bùi Thị Thanh Hương (2002) cũng cho kết quả tương tự 49,26% gặp trong sinh hoạt, 29,05% gặp do tai nạn nghề nghiệp, 10,4% do tai nạn giao thông. Điều này cũng phù hợp với tác nhân gây ra chấn thương xuyên thủng gặp nhiều nhất là do kim loại 41,5%, thực vật (tre, gỗ, mây...) chiếm 31,7%, thủy tinh, sành sứ 14,6%. Nước ta là nước đang phát triển nên lực lượng lớn lao động trong ngành công nghiệp vì vậy vấn đề giáo dục, trang bị đồ bảo hộ lao động là rất cần thiết.

- Bệnh nhân nhập viện trước 6 giờ 39%, từ 6 – 24 giờ 29,3%, sau 72 giờ 31,7%. Mặc dù xã hội ngày càng phát triển, phương tiện giao thông thuận lợi nhưng bệnh nhân đến nhập viện muộn còn cao, phần lớn do chủ quan nên được phát hiện và điều trị muộn điều này làm giảm hiệu quả điều trị.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và điều trị

- 66,5% bệnh nhân nhập viện với thị lực ST(+) – ĐNT 3m, ST(-) 9,5%. Nguyễn Viết Mão (2004)

thị lực ST(+) – ĐNT 3m 53,6%, ST(-) chiếm 12,6%. Qua kết quả trên cho thấy mức độ tổn hại thị giác nghiêm trọng trong chấn thương xuyên thủng, một phần do bệnh nhân đến viện muộn nên làm nặng hơn bệnh cảnh của bệnh.

- Vết thương gặp chủ yếu ở giác mạc, tiếp đó là gặp ở củng giác mạc. Nguyên nhân có thể do giác mạc nằm ngay trung tâm, có góc mở lớn đối với các tác nhân bên ngoài nên khả năng bị tổn thương khi xảy ra tai nạn là lớn nhất.

- Trong chấn thương xuyên thủng các tổ chức bị tổn thương phối hợp rất phổ biến. tổn thương mộng mắt 64,3%, tổn thương thể thủy tinh chiếm 47,6%, tổn thương dịch kính 45,3%, dị vật nhãn cầu 9,5%.

- Phần lớn bệnh nhân được sơ cứu tại nhà 75,6%, 2,4% bệnh nhân được sơ cứu tại trạm y tế, 19,6% đã điều trị tại bệnh viện tỉnh. Việc sơ cứu ban đầu không đúng cách cũng góp phần làm nặng thêm tình trạng bệnh làm hạn chế kết quả điều trị.

- Bệnh nhân vào viện đều có chỉ định điều trị phẫu thuật. Do tính chất nặng nề của bệnh, bệnh nhân đến muộn lại không hiểu rõ tình trạng bệnh nên tỷ lệ mức nội nhãn và khoét bỏ nhãn cầu còn cao (11,9%). Kết quả thị lực thu được còn hạn chế. Thị lực ST(-) chiếm 11,9%, ST(+) – < ĐNT 3m là 33,3%, thị lực > 3/10 chỉ đạt 21,4%.

- Diễn biến của chấn thương xuyên thủng nhãn cầu là rất phức tạp. Mặc dù được điều trị tích cực nhưng vẫn để lại những biến chứng lâu dài. Hậu quả là làm giảm thị lực và có thể dẫn đến mù loà.

5. KẾT LUẬN

Qua điều trị 41 bệnh nhân với 42 mắt bị chấn thương xuyên thủng nhãn cầu, chúng tôi nhận thấy:

- Chấn thương xuyên thủng nhãn cầu có liên quan mật thiết với nghề nghiệp, giới tính, nhận thức của bệnh nhân đặc biệt trong vấn đề bảo hộ lao động.

- Chấn thương xuyên thủng nhãn cầu thường gây tổn thương trầm trọng, có thể phôi kệt tổ chức nội nhãn, có khi kèm dị vật đặc biệt dị vật nội nhãn làm vi khuẩn dễ xâm nhập gây nhiễm trùng nội

nhân, có thể gây nhiễm độc kim loại nếu để lâu.

- Thị lực bệnh nhân bị tổn hại nghiêm trọng khi vào viện, có liên quan với đường vào của tổn thương. Do tính chất phức tạp của tổn thương, tỷ lệ bệnh nhân đến muộn còn cao nên kết quả điều trị thu được còn hạn chế. Tỷ lệ mù và giảm thị lực trầm trọng còn cao.

Chính vì vậy vấn đề tuyên truyền về hậu quả nghiêm trọng của chấn thương xuyên thủng nhãn cầu trong cộng đồng là rất cần thiết. Đặc biệt phải giáo dục cho học sinh, sinh viên công nhân biết tự bảo vệ khi tham gia vui chơi và lao động để góp phần làm giảm tỷ lệ bị chấn thương xuyên thủng nhãn cầu, giảm tỷ lệ mù loà.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Mắt Trường Đại học Y Dược Huế (2008), “Chấn thương nhãn cầu”, *Bài giảng nhãn khoa*, NXB Y học, tr.74-78.
2. Bệnh viện Mắt Trung Ương Hà Nội (2012), Vết thương xuyên nhãn cầu, *Sách nhãn khoa T2*, tr 328-341. NXB Y học.
3. Bùi Thị Thanh Hương và cộng sự (2012), “Nhận xét tình hình chấn thương mắt tại Bệnh viện Mắt TP. Hồ Chí Minh trong 3 năm 1999 – 2011”, *Chuyên đề nhãn khoa*, 6(4), Trường Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, tr.1-7.
4. Nguyễn Viết Mão (2004), “Nhận xét kết quả xử trí vết thương xuyên nhãn cầu ở khoa Mắt Bệnh viện tỉnh Hà Tây”, *Tạp chí nhãn khoa Việt Nam*, (2), tr.25-31.
5. Jovanovic M, Stefanovic I (2010), “Mechanical injuries of the eye: incidence, structure and possibilities for prevention”, *Institute for Eye Disrases*, 67(12), Belgrade, Serbia, pp.983-90.