

### TỔNG BIÊN TẬP

GS.TS. Tôn Thị Kim Thanh

### PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

GS.TS. Nguyễn Trọng Nhân

PGS.TS. Đỗ Như Hớn

### HỘI ĐỒNG BIÊN TẬP

PGS.TS. Trần An

PGS.TS. Hoàng Thị Minh Châu

PGS.TS. Hoàng Ngọc Chương

TS. Nguyễn Chí Dũng

ThS. Hoàng Thị Hạnh

PGS.TS. Đỗ Như Hớn

PGS. Hoàng Thị Lữ

PGS. Võ Quang Nghiêm

GS.TS. Nguyễn Trọng Nhân

TS. Hà Huy Tài

PGS.TS. Vũ Thị Thái

GS.TS. Tôn Thị Kim Thanh

TS. Trần Thị Phương Thu

TS. Phạm Trọng Văn

### BAN THƯ KÝ BIÊN TẬP CHUYÊN MÔN

TS. Hà Huy Tài

ThS. Phạm Thu Minh

### TÒA SOẠN VÀ TRỊ SỰ

Nhà báo Đố Xuân Hồng

Ths. Họa sĩ Vũ Long

### TRÌNH BÀY

Công ty CP Xuất bản Trẻ

### TRỤ SỞ BAN BIÊN TẬP

Phòng Quản lý khoa học - Đào tạo

Bệnh viện Mắt Trung ương

Địa chỉ: 85 Bà Triệu - Hà Nội

Điện thoại: 04 - 3822 8956

Email: hoinhankhoavn@vnio.vn

Web: www.vnio.vn

### GIẤY PHÉP XUẤT BẢN

số: 261/GP - BVHTT ngày 5/11/2003

## ĐƠN VỊ HỢP TÁC



**Bệnh viện Mắt Trung ương**



**Bệnh viện Mắt TP. HCM**

**Bệnh viện Mắt Đà Nẵng**

**Bệnh viện Mắt Hải Phòng**



YOUTH PUBLISHING CORPORATION  
**XUẤT BẢN TRẺ**

**Công ty CP Xuất bản Trẻ**

**Giá: 22.000 đồng**

### Nơi nhận bài: Tạp chí Nhân khoa Việt Nam

Địa chỉ: Phòng Quản lý khoa học - Đào tạo

Bệnh viện Mắt Trung ương

Địa chỉ: 85 Bà Triệu - Hà Nội

Điện thoại: 04. 3822 8956

Email: [hoinhankhoavn@vnio.vn](mailto:hoinhankhoavn@vnio.vn)

[tcnhankhoavn@gmail.com](mailto:tcnhankhoavn@gmail.com)

Website: [www.vnio.vn](http://www.vnio.vn)

### Nơi tiếp nhận quảng cáo và phát hành

### **Công ty Cổ phần Xuất bản Trẻ**

Nhà số 4, Ngõ 250, đường Minh Khai,

quận Hai Bà trung, TP Hà Nội

Điện Thoại: 04.3557 5568 \*\* Fax: 04.35575569

Hotline: 0913 322 944

[tcnhankhoavn@gmail.com](mailto:tcnhankhoavn@gmail.com)

\* Đặt mua Tạp chí dài kì tại bưu cục gần nhất  
theo mã số **C975**

Tài trợ chính

**Alcon®**



**I . NGHIÊN CỨU KHOA HỌC**

- Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng của u biểu mô ác tính bề mặt nhãn cầu *Nguyễn Thu Thủy, Phạm Thị Khánh Vân* 5
- Tăng nhãn áp sau ghép giác mạc điều trị *Phạm Ngọc Đông; Hoàng Thị Minh Châu* 10
- Sử dụng keo dán N-butyl Cyanoacrylate trong điều trị thủng hoặc dọa thủng giác mạc do viêm loét giác mạc *Vũ Thị Tuệ Khanh, Đặng Minh Tuệ* 15
- Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nguyên nhân và điều trị viêm kết mạc cấp tại Bệnh viện Mắt Trung ương *Nguyễn Thành Trung, Phạm Thị Khánh Vân* 20
- Thả ghép sau ghép giác mạc điều trị viêm loét giác mạc nhiễm trùng nặng *Phạm Ngọc Đông, Hoàng Thị Minh Châu* 27

**II . DIỄN ĐÀN**

- Viêm loét giác mạc do nấm: các phương pháp và sự lựa chọn điều trị *Vũ Thị Tuệ Khanh* 31
- Nhân một trường hợp co quắp mi *Hoàng Cương, Nguyễn Đức Thành* 37
- Một trường hợp dị vật kim trong lệ đạo *Phạm Ngọc Đông* 40

### III. THÔNG TIN NHÃN KHOA QUỐC TẾ

- Những điểm nổi bật trong điều trị bệnh bề mặt nhãn cầu: các tranh luận tại Hội thảo Bề mặt nhãn cầu  
*Lược dịch: Đỗ Tuyết Nhung, Phạm Thị Khánh Vân* 43
- Lao nhãn cầu một mắt không có triệu chứng toàn thân  
*Người dịch: Đỗ Tuyết Nhung* 49

### IV. TIN TỨC - SỰ KIỆN

- Tin trong nước 52
- Kế hoạch Quốc gia Phòng chống mù loà và chăm sóc mắt ở Việt Nam giai đoạn 2010 - 2013 56
- Thông báo đăng ký báo cáo khoa học tại Hội nghị Nhân khoa toàn quốc tháng 12/ 2010 60

- Tin quốc tế 61

### IV. VĂN HÓA XÃ HỘI

- Kỷ niệm chữa mắt cho Bác *Sơn Tùng* 62



# Giloba®

Ginkgo Biloba dạng **PHYTOSOME®** 40mg

## Một viên mỗi ngày

- **Tăng tuần hoàn não**
- **Hỗ trợ điều trị di chứng tai biến mạch máu não**
- **Phòng ngừa và làm chậm tiến triển bệnh Alzheimer's**

#### Thành phần:

Mỗi viên nang gelatin mềm chứa:  
 Ginkgo Biloba Phytosome\* 115mg  
 Tương đương với chất chiết xuất Ginkgo Biloba 40mg  
 (\*: Theo tiêu chuẩn kỹ thuật của **INDENA (Italy)**)

#### Tá dược:

Sáp ong trắng, Lecithin, Dầu thực vật hydro hóa, dầu đậu tương.

#### Chỉ định:

- Suy tuần hoàn não và các biểu hiện chức năng: chóng mặt, nhức đầu, giảm trí nhớ, giảm khả năng nhận thức, rối loạn vận động, rối loạn cảm xúc và nhân cách.
- Di chứng tai biến mạch máu não và chấn thương sọ não.
- Rối loạn mạch máu ngoại biên: bệnh động mạch chi dưới, hội chứng Raynaud, tê lạnh và tím tái đầu chi.
- Rối loạn thần kinh cảm giác, tuần hoàn ở mắt, tai mũi họng.
- Phòng ngừa và làm chậm quá trình tiến triển của bệnh Alzheimer (bệnh sa sút trí tuệ ở người có tuổi)

#### Chống chỉ định / Thận trọng:

Bệnh nhân nhạy cảm với bất kỳ thành phần nào của thuốc.

Không dùng cho phụ nữ có thai và cho trẻ em.

Nếu sử dụng đồng thời Ginkgo với các thuốc chống đông máu hoặc Aspirin, nên thông báo cho thầy thuốc biết.

#### Tác dụng phụ:

Khi sử dụng chất chiết xuất Ginkgo Biloba trên lâm sàng không gây tác dụng phụ quan trọng nào. Có thể gặp nhức đầu nhẹ trong vòng một, hai ngày, hơi khó chịu ở dạ dày hoặc dị ứng ngoài da ở một số ít người. Tuy nhiên, nếu xuất hiện các triệu chứng trên, nên tham khảo ý kiến Bác sĩ hoặc Dược sĩ.

#### Liều dùng:

Một viên nang mỗi ngày hoặc theo chỉ dẫn của Bác sĩ.

#### Trình bày:

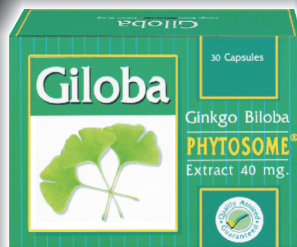
Hộp 3 vỉ x 10 viên

#### Để có thêm thông tin chi tiết xin vui lòng liên hệ:

Văn phòng Đại diện:  
**MEGA LIFESCIENCES PTY., LTD.**  
 TP. HCM: Tòa nhà E-town, lầu 6,  
 364 Cộng Hòa, P.13,  
 Q. Tân Bình, TP. HCM  
 Tel: (08) 38123166  
 Hà Nội: Tel: (04) 37725077  
 Đà Nẵng: Tel: (0511) 3892625  
 Email: [cuscare@megawecare.com](mailto:cuscare@megawecare.com)  
 Website: [www.megawecare.com](http://www.megawecare.com)

#### Nhà sản xuất: MEGA LIFESCIENCES LTD.

384 Soi 6 Pattana 3rd  
 Bangpoo Industrial Estate  
 Satmutprakarn 10280, Thailand



VN-9665-05



Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng

# NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA U BIỂU MÔ ÁC TÍNH BỀ MẶT NHÃN CẦU

Nguyễn Thu Thủy\*, Phạm Thị Khánh Vân\*\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** bước đầu nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của u biểu mô ác tính bề mặt nhãn cầu.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả lâm sàng không có nhóm đối chứng 20 bệnh nhân được chẩn đoán u ác tính biểu mô bề mặt nhãn cầu từ năm 2008 đến hết tháng 6 năm 2009.

**Kết quả:** 12 (60%) bệnh nhân là nam. Tuổi trung bình khoảng 66 tuổi (từ 19-91 tuổi), trong đó 17 (85%) bệnh nhân ở độ tuổi >40. Có 9 (45%) trường hợp là ung thư biểu mô tế bào vảy xâm lấn, 4 (20%) trường hợp ung thư biểu mô tại chỗ, 7 (35%) trường hợp có loạn sản tế bào vảy ở các mức độ 17 (85%) trường hợp tổn thương xuất hiện ở vùng rìa và kết mạc nhãn cầu. 18 (90%) tổn thương dạng nốt, nhú...

**Kết luận:** u biểu mô ác tính bề mặt nhãn cầu thường gặp ở tuổi trung niên và cao tuổi. Nam gặp nhiều hơn nữ. Tổn thương thường xuất hiện ở vùng rìa kết giác mạc và có dạng các nhú, nốt.

**Từ khóa:** u biểu mô ác tính bề mặt nhãn cầu.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U biểu mô ác tính bề mặt nhãn cầu là bệnh hiếm gặp, tổn thương bao gồm các khối u ở biểu mô kết mạc, biểu mô giác mạc và biểu mô vùng rìa kết giác mạc. Biểu hiện về mặt lâm sàng đa dạng, mức độ ác tính của khối u tùy thuộc vào loại u biểu mô, trong đó ác tính nhất là ung thư biểu mô tế bào tiết nhày. Để chẩn đoán xác định người ta phải dựa vào các dấu hiệu lâm sàng và xét nghiệm mô bệnh học. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: bước đầu nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của u biểu mô ác tính bề mặt nhãn cầu.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 20 bệnh nhân được chẩn đoán xác định u ác tính biểu mô bề mặt nhãn cầu tại Bệnh viện Mắt TW từ tháng 01 năm 2008 đến hết tháng 06 năm 2009.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả tiên cứu không có nhóm đối chứng.

### 2.2. Quy trình nghiên cứu

- Hỏi bệnh: qua khai thác bệnh nhân khi đến khám bệnh, chúng tôi ghi nhận:

\*Bệnh viện Mắt Trung ương

\*\*Bộ môn Mắt - Trường Đại học Y Hà Nội

- + Tuổi mắc bệnh.
- + Giới.
- + Tiền sử liên quan đến bệnh.
- + Thời gian phát hiện tổn thương cho đến khi đến viện điều trị.
- + Những dấu hiệu cơ năng của bệnh.
- Khám tổn thương thực thể bằng sinh hiển vi có chụp ảnh: đánh giá hình dạng màu sắc vị trí, kích thước, phạm vi tổn thương...
- Mô bệnh học: bệnh phẩm là những mảnh tổ chức u được lấy khi phẫu thuật cắt bỏ u. Bệnh phẩm được ngâm trong dung dịch Bouin, sau đó được chuyển lên khoa xét nghiệm và làm xét nghiệm giải phẫu bệnh.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN**

Nghiên cứu theo dõi 20 bệnh nhân được chẩn đoán u ác tính biểu mô bề mặt nhãn cầu từ tháng 01 năm 2008 đến hết tháng 06 năm 2009 đã thu được các kết quả sau:

**1. Lâm sàng**

**1.1. Đặc điểm bệnh nhân**

- Giới: nam chiếm 60% (12 BN), nữ chiếm 40% (8 BN).
- Tuổi: phân bố bệnh nhân theo các nhóm tuổi như sau:

**Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo các nhóm tuổi**

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
<20	1	5
21 - 40	2	10
41 - 60	4	20
>60	13	65

Bảng 1 cho thấy: bệnh nhân (BN) > 40 tuổi chiếm tỷ lệ 85% và bệnh nhân >60 tuổi chiếm 65%. Trong nghiên cứu này bệnh nhân trẻ nhất là 19 tuổi, bệnh nhân già nhất là 91 tuổi, trung bình là 66 tuổi. Tác giả Penelope (2002) và cộng sự [6] nghiên cứu 26 trường hợp ung thư biểu mô tế bào vảy đưa ra kết luận: tuổi mắc bệnh trung bình là 69 tuổi và gặp ở nam (77%) nhiều hơn nữ, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi. Như vậy, u biểu mô ác tính thường gặp ở bệnh nhân trung niên và cao tuổi, tỷ lệ mắc bệnh ở nam hơn nữ.

Trong cả 20 bệnh nhân này tổn thương chỉ xuất hiện ở một mắt. Trong đó, MT: 9 trường hợp, MP: 1 trường hợp, như vậy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sự xuất hiện của khối u giữa hai mắt.

Trong 20 BN này có 1 trường hợp là u tái

phát, 19 BN là u nguyên phát. Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện: 8 BN >1 năm, 6-12 tháng là 4 BN, 3-6 tháng là 2 BN, < 3 tháng 4 BN. Còn lại 2 BN không xác định được thời gian do bệnh nhân không có thấy có dấu hiệu chủ quan nào, BN được vô tình phát hiện bệnh khi đi khám mắt định kỳ. Như vậy, hơn một nửa số BN đến viện muộn sau khi có các triệu chứng đầu tiên từ 6 tháng trở lên.

Qua khai thác hầu hết các BN không có tiền sử đặc biệt liên quan đến bệnh như một số nghiên cứu của các tác giả nước ngoài [2, 3]. Trong 20 BN của chúng tôi có 8 trường hợp có tiền sử hút thuốc lá và đều là nam.

**1.2. Đặc điểm lâm sàng**

- *Dấu hiệu cơ năng:*

**Bảng 2. Tỷ lệ xuất hiện của các triệu chứng cơ năng**

Triệu chứng cơ năng	Dấu hiệu	n %		Cộng chung
Có Triệu chứng	Đỏ mắt đơn thuần	6 (30%)		18 (90%)
	Đỏ mắt kèm cộm mắt	12 (60%)	8 (40%)	
	Đỏ mắt, cộm mắt, thị lực giảm		4 (20%)	
Không có triệu chứng				2 (10%)

Bảng 2 cho thấy có 18 BN (90%) đến khám do có các triệu chứng tại mắt. Trong đó, đỏ mắt đơn thuần có 6 BN (30%), đỏ mắt kèm theo vương cộm mắt 12 BN (60%) và trong 12 BN này có 4 BN (20%) bệnh nhân đến vì ngoài cộm đỏ mắt còn do thị lực giảm sút do khối u to phát triển từ vùng rìa giác mạc vào trung tâm gây giảm thị lực. Trong nghiên cứu của tác giả Murat Tunc và cộng sự năm 1999, tỷ lệ gặp triệu chứng

đỏ mắt là 68%, cộm mắt là 57% [5]. 2 BN (10%) không có bất kỳ triệu chứng nào nhưng khi đi khám mắt định kỳ vô tình phát hiện bệnh. Đây là những trường hợp khối u có kích thước nhỏ nên chưa gây ảnh hưởng gì tới chức năng thị giác của BN. Tiên lượng điều trị đối với những BN này cũng rất tốt.

- Dấu hiệu thực thể:
- + Vị trí tổn thương:

**Bảng 3. Vị trí xuất hiện của các khối u**

Vị trí	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Vùng rìa kết giác mạc	13	65
Kết mạc nhãn cầu	4	20
Kết mạc mi	1	5
Cùng đồ	1	5
Cục lệ	1	5

Bảng 3 cho thấy các khối u biểu mô ác tính thường xuất hiện nhiều ở vùng rìa kết giác mạc (65%) và kết mạc nhãn cầu (20%). Điều này cũng phù hợp với kết luận của Carol L. Shields và cộng sự năm 2004 [3]. Kết mạc vùng rìa và kết mạc nhãn cầu là nơi tiếp xúc nhiều với ánh sáng và tia cực tím, đó cũng là

một trong những yếu tố liên quan đến sự xuất hiện của các khối u.

- + Kích thước tổn thương:

Như đã nêu trên các khối u chủ yếu xuất hiện vùng rìa kết giác mạc (65%), ở những trường hợp này chúng tôi tính độ rộng của khối u theo chu vi rìa giác mạc.

**Bảng 4. Bảng phân bố độ rộng của khối u theo chu vi vùng rìa giác mạc**

Các mức độ	<3 múi giờ	3-6 múi giờ	>6 múi giờ
n	3	6	4
Tỷ lệ	23%	46%	31%

Bảng 4 cho thấy độ rộng của khối u nhỏ hơn 3 míu giờ có 3 BN (23%), còn lại là tổn thương có kích thước lớn hơn 3 míu giờ (77%), trong đó có 4 BN (31%) khối u lớn hơn 6 míu giờ lan ra qua nửa vùng rìa giác mạc. Như vậy, phần lớn các BN khi đến khối u đều đã có kích thước lớn. Theo nghiên cứu của một số tác giả nước ngoài thì tỷ lệ BN khi đến khám khối u có độ rộng nhỏ hơn 3 míu giờ là 61%, từ 3-6 míu giờ: 26%, trên 6 míu giờ là 13%. Như vậy, bệnh được phát hiện sớm nên tiên lượng điều trị tốt hơn [1, 4, 5]. Ở 7 BN còn lại có 5 BN khối u có kích thước > 4mm, 2 BN khối u u nhỏ có kích thước 2-3 mm.

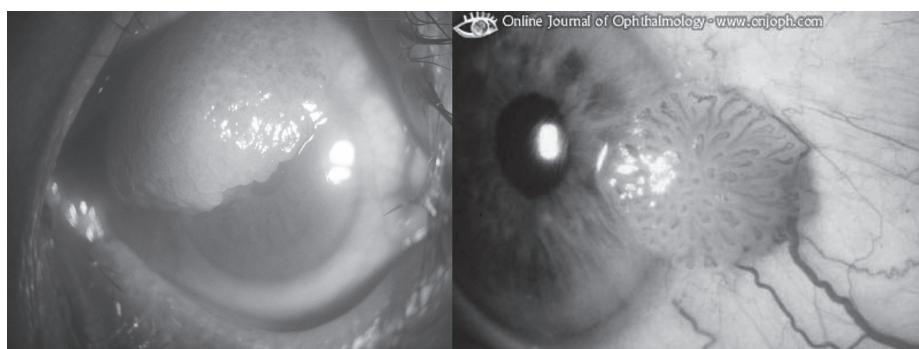
+ Đặc điểm của khối u:

Tổn thương nổi gồ lên gồm nhiều các nhú, nốt nhỏ với các quai mạch phân nhánh vào tạo cho khối u có màu hồng rực. Đây là dạng tổn thương

gặp nhiều nhất với 18 trường hợp chiếm 90%. Hai trường hợp còn lại bề mặt tổn thương phẳng bề mặt có dạng gelatin.

## 2. Đặc điểm mô bệnh học

Qua kết quả xét nghiệm mô bệnh học trong 20 BN có 9 BN (45%) là ung thư biểu mô tế bào vảy xâm lấn, tổn thương đã xâm lấn qua lớp màng đáy phá hủy màng đáy và xâm nhập sâu xuống các lớp khác. Ung thư biểu mô tại chỗ có 4 trường hợp (20%) tổn thương ác tính chỉ dừng lại ở lớp biểu mô, màng đáy vẫn còn nguyên vẹn. 7 BN (35%) có quá sản và loạn sản nặng (tiền ác tính) biểu mô những BN này có khả năng ác tính hóa cao nếu không được theo dõi sát và điều trị kịp thời.



*U biểu mô kết mạc*

## IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu bước đầu 20 trường hợp u biểu mô ác tính bề mặt nhãn cầu chúng tôi rút ra một số kết luận sau: ung thư biểu mô ác tính bề mặt nhãn cầu ở Việt Nam là bệnh hiếm gặp, bệnh xuất hiện ở nam nhiều hơn nữ, chủ yếu gặp ở nhóm tuổi

trung niên và người cao tuổi, khối u thường xuất hiện ở vùng rìa và kết mạc nhãn cầu, các vị trí khác hiếm gặp hơn. Tổn thương thường gặp có dạng nốt nhú với các quai mạch phân nhánh vào. Loại ung thư biểu mô hay gặp nhất là ung thư biểu mô tế bào vảy.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. CAROL L. SHIELDS, HAKAN DEMIRCI, EKATERINA KARATZA, JERRY A, SHIELDS. (2004) "Clinical survey of Melanocytic and nonmelanocytic Conjunctival Tumors", *Ophthalmology*,



III, 1747-1754.

2. CAROL L. SHIELDS MD AND JERRY A. SHIELDS MD (2004). "Tumors of the conjunctival and cornea", *Survey of Ophthalmology*, 49 (1), 2-24.
3. CERVANTES G ET AL (2002). "Squamous cell carcinoma of the conjunctival: clinicopathological features in 287 cases", *Can J ophthalmol*, 37 (1), 14-19.
4. MURAT TUNC, DEVRON H CHAR, BROOKS CRAWFORD, THEODORE MILLER (1999). "Intra-epithelia and invasive squamous cell carcinoma of the conjunctiva: analysis of 60 cases", *Br J Ophthalmol*, 83, 98-103.
5. PANDA A., M BAJAJ, HS SETHI , N PUSHKER, H KUMAR, VK DADA (2002). "Squamous cell carcinoma of the conjunctiva", *Br J Ophthalmol*, 86, 1462.
6. PENELOPE A MCKELVIE, MARK DANIELL. ALAN MCNAB. MICHAEL LOUGHNAN. JOHN D SANTAMARIA (2002). "Squamous cell carcinoma of the conjunctiva: a series of 26 cases", *Br J Ophthalmol*, 88, 168-173.

## SUMMARY

### THE CHARACTERS OF MALIGNANT LESIONS OF SURFACE EPITHELIUM

**Objective:** *to comment the character and histopathology of malignant lesions of surface epithelium.*

**Method:** *descriptive, non comperative study. Subjects: 20 patients with malignant lesions of surface epithelium were determined pathological and clinical character.*

**Results:** *12 (60%) was male and 8 (40%) was female. The mean age of the patient was 66 years (range 19 to 91) with 85% of patients at the age over of 40 years. Squamous cell carcinoma: 9 (45%). Carcinoma in- situ: 4 (20%), conjunctival intralepithelial neoplasia (CIN) or dysplasia: 7 (35%). Most lesions occuring at the limbus and lesions were nodular.*

**Conclusion:** *malignant lesions of surface epithelium usually occur at middle-aged and elderly, occurring at male more than female. Lesions usually occur at the limbus and lesions are nodular.*

**Key words:** *malignant lesions of surface epithelium.*

# TĂNG NHÃN ÁP SAU GHÉP GIÁC MẠC ĐIỀU TRỊ

*Phạm Ngọc Đông\*; Hoàng Thị Minh Châu\**

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** đánh giá tỷ lệ, yếu tố nguy cơ và kết quả điều trị tăng nhãn áp sau ghép giác mạc (GM) điều trị.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 127 mắt được ghép GM điều trị viêm loét GM nhiễm trùng nặng, (GM thủng, còn áp xe quanh lỗ thủng) được theo dõi từ 12-42 tháng sau ghép. Các chỉ số được ghi nhận: tình trạng giác mạc trước mổ, thời gian chờ ghép, tình trạng mảnh ghép, nhãn áp, các biện pháp điều trị.

**Kết quả:** tỷ lệ tăng nhãn áp là 33,1% trong thời gian sau mổ trung bình 24,7 tháng. Các yếu tố nguy cơ gây tăng nhãn áp gồm: thời gian chờ ghép dài, đường kính ghép lớn, không còn thể thủy tinh. Phần lớn các trường hợp nhãn áp điều chỉnh bằng thuốc và cắt bè, 23,8% số mắt điều trị bằng quang đông thể mi. Tỷ lệ mảnh ghép trong sau điều trị tăng nhãn áp là 30,8%. Tăng nhãn áp chiếm 28,6% số nguyên nhân gây đục mảnh ghép.

**Kết luận:** hạn chế các yếu tố nguy cơ, phát hiện và điều trị sớm tăng nhãn áp sẽ góp phần nâng cao kết quả điều trị VLGM nặng bằng ghép giác mạc.

**Từ khóa:** ghép GM điều trị, tăng nhãn áp.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng nhãn áp là một trong những biến chứng khá phổ biến sau ghép GM. Tăng nhãn áp không chỉ gây thất bại ghép (mảnh ghép mờ đục) mà còn làm tổn hại vĩnh viễn thị thần kinh. Vì vậy, việc chẩn đoán và điều trị tăng nhãn áp sau ghép GM có ý nghĩa vô cùng quan trọng đối với kết quả ghép GM cũng như với thị lực sau mổ [1]. Trong vài năm gần đây, nhờ có nguồn giác mạc trong và ngoài nước, số lượng các ca phẫu thuật ghép giác mạc điều trị viêm loét giác mạc (VLGM) nặng tăng lên đáng kể. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu

này nhằm: đánh giá tỷ lệ, các yếu tố nguy cơ và kết quả điều trị tăng nhãn áp sau ghép GM điều trị VLGM nhiễm trùng nặng.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiền cứu, thực hiện tại khoa Kết-Giác mạc, Bệnh viện Mắt Trung ương từ 5/2005 đến 12/2007 trên 127 mắt của 127 bệnh nhân bị VLGM thủng do vi khuẩn, nấm, amip và herpes. Đường kính lỗ thủng lớn hơn 2mm, xung quanh GM còn áp xe. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 46,5.

\* Bệnh viện Mắt Trung ương

**1. Kỹ thuật mổ**

Ghép GM xuyên, mảnh ghép lấy từ mắt tử thi theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Ngân hàng Mắt Mỹ. Đường kính mảnh ghép lớn hơn đường kính nền ghép 0,5mm. Với các trường hợp có thể thủy tinh (TTT) đục trương hoặc vỡ bao TTT, sẽ kết hợp lấy TTT và đặt TTT nhân tạo cùng 1 thì với ghép GM.

**2. Các chỉ số được ghi nhận**

Đường kính ghép, tình trạng TTT, thời gian chờ ghép, thời điểm phát hiện tăng nhãn áp, tình trạng mảnh ghép khi phát hiện tăng nhãn áp, phương pháp và kết quả điều trị tăng nhãn áp, tình trạng mảnh ghép sau điều trị. Nhãn áp được đo bằng nhãn áp kế Tonopen. Nhãn áp cao hơn 22 mmHg được coi là tăng nhãn áp. Thời gian theo dõi

sau mổ ngắn nhất là 12 tháng, dài nhất là 42 tháng, trung bình là 24,7 tháng (SD: 8,8).

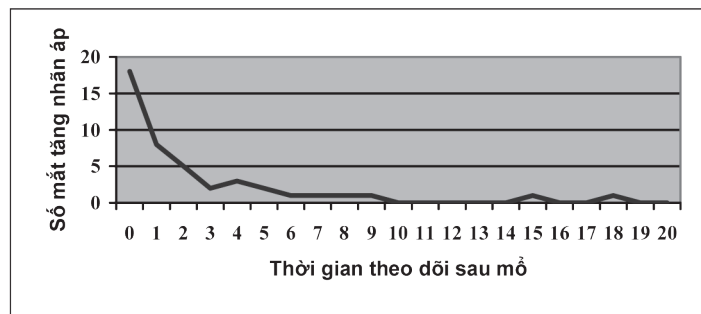
**3. Điều trị**

Bệnh nhân tăng nhãn áp được điều trị bằng các thuốc hạ nhãn áp. Nếu nhãn áp không điều chỉnh bằng thuốc tra mắt, tiến hành phẫu thuật cắt bè. Sau 2 lần cắt bè, nếu nhãn áp vẫn không điều chỉnh sẽ làm quang đông thể mi để hạ nhãn áp.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**1. Tỷ lệ tăng nhãn áp**

Trong 127 mắt ghép, 42 mắt (33,1%) tăng nhãn áp sau mổ. Tăng nhãn áp xảy ra sớm nhất vào ngày thứ 8, muộn nhất vào tháng thứ 22 sau phẫu thuật. Thời gian xảy ra tăng nhãn áp trung bình sau mổ là 2, 3 tháng (SD=3,8).



**Biểu đồ. Số mắt tăng nhãn áp và thời gian theo dõi**

**2. Các yếu tố có liên quan đến tăng nhãn áp**

- Thời gian chờ ghép: tỷ lệ tăng nhãn áp ở những mắt có thời gian chờ ghép > 7 ngày là 37,8% (37/98 mắt) và chỉ là 17,3% (5/29 mắt) ở những mắt có thời gian chờ ghép < 7 ngày. Sự khác biệt về tỷ lệ tăng nhãn áp giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê, p=0,039.

- Đường kính ghép: những mắt có đường kính ghép > 8mm, tỷ lệ tăng nhãn áp là 45,0% (18/37 mắt), cao hơn ở nhóm có đường kính ghép < 8mm (26,7%; 24/90 mắt). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, p=0,017.

- Tình trạng TTT sau mổ: những mắt không có TTT hoặc đã đặt TTT nhân tạo sau mổ có tỷ lệ tăng nhãn áp sau ghép GM là 44,1% (15/34 mắt), cao hơn so với mắt không can thiệp vào TTT: 29% (27/93 mắt). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, p=0,14.

Các biện pháp điều trị và kết quả: Ở thời điểm phát hiện tăng nhãn áp, trong số 42 mắt thì có 26 mắt có GM trong, 16 mắt có GM đục. Bảng 1 thể hiện số lượng và tỷ lệ các mắt tăng nhãn áp và biện pháp điều trị.

**Bảng 1. Các biện pháp điều trị tăng nhãn áp**

Điều trị tăng nhãn áp	Số mắt	Tỷ lệ %
Điều trị bằng thuốc	7	16,7
Cắt bè 1 lần	20	47,6
Cắt bè 2 lần	5	11,9
Quang đông thể mi	10	23,8
Tổng số	42	100,0

Sau khi điều trị, chỉ có 8/26 mắt có mảnh ghép trong. Như vậy, có 18/26 mắt (69,2%) tăng nhãn áp bị thất bại ghép về mặt quang học. Tỷ lệ thất bại ghép trong nhóm có tăng nhãn áp cao hơn trong nhóm không tăng nhãn áp, có ý nghĩa thống kê,  $p=0,0001$ .

**Bảng 2. Tăng nhãn áp và độ trong mảnh ghép**

Tăng NA	Mảnh ghép trong	Mảnh ghép mờ	Mảnh ghép đục	Tổng số
Có	8	10	24	42
%	19,0	23,8	57,1	100,0
Không	56	9	20	85
%	65,9	10,6	23,5	100,0
Tổng số	64	19	44	127
%	50,4	15,0	34,6	100,0

**IV. BÀN LUẬN**

Tăng nhãn áp là một biến chứng hay gặp và là một trong những nguyên nhân quan trọng gây thất bại ghép. Tăng nhãn áp không chỉ làm đục mảnh ghép mà còn có thể gây tổn thương vĩnh viễn thị thần kinh, gây mất thị lực hoàn toàn. Theo các tác giả, tỷ lệ tăng nhãn áp dao động từ 9%-13% trong giai đoạn sớm sau mổ và từ 18%-35%, thậm chí là 50% trong giai đoạn muộn sau mổ [2, 3].

Trên bệnh nhân ghép giác mạc điều trị trong nghiên cứu, tỷ lệ tăng nhãn áp là 33,1%, với thời gian theo dõi trung bình là 22,3 tháng. Ti SE theo dõi 92 mắt sau ghép GM điều trị, có 38/92 mắt tăng nhãn áp (41,3%); trong khi đó tỷ lệ này trong nghiên cứu của Yao chỉ là 8,9% (4/45 mắt) với thời gian theo dõi sau mổ ít nhất là 6 tháng [6, 7]. Thời

gian chờ ghép càng dài thì nguy cơ tăng nhãn áp càng cao. Xẹp TP làm tăng nguy cơ dính GM, mỏng mắt ở chu biên, làm hạn chế sự lưu thông thủy dịch qua hệ thống bè, gây tăng nhãn áp [2]. Vì vậy, nếu có GM thì nên ghép sớm cho BN để làm giảm nguy cơ tăng nhãn áp. Tăng nhãn áp xảy ra chủ yếu trong 6 tháng đầu sau mổ, vì vậy trong giai đoạn này, cần chú ý theo dõi nhãn áp để có thể phát hiện sớm và điều trị kịp thời các trường hợp có biến chứng.

Chúng tôi nhận thấy mặc dù không có ý nghĩa thống kê ( $p= 0,14$ ) nhưng tỷ lệ tăng nhãn áp sau mổ khá cao ở nhóm không có TTT so với nhóm có TTT tự nhiên (44,1% và 29%). Không có TTT tự nhiên cũng được coi là một yếu tố nguy cơ gây tăng nhãn áp sau mổ [1]. Một số tác giả cho rằng hiện tượng xẹp vùng bè trên những mắt ghép GM

là nguyên nhân gây tăng nhãn áp sau mổ. Vùng bề mặt mở ra được là nhờ có hệ thống thể mi-thể thủy tinh ở phía sau và màng Descemet ở phía trước. Với những mắt không có TTT, sự hỗ trợ ở phía sau bị giảm đi nhưng không phải là cơ bản. Khi ghép GM trên mắt không có TTT, do có sự thay đổi của hệ thống chống đỡ phía trước nên hệ thống bề bị xếp. Đó chính là nguyên nhân gây tăng nhãn áp sau ghép GM ở những mắt không có TTT [3].

Đường kính ghép có ảnh hưởng đáng kể đến nhãn áp. Tỷ lệ tăng nhãn áp ở những mắt có đường kính ghép lớn hơn hoặc bằng 8mm cao hơn hẳn so với nhóm có đường kính ghép nhỏ hơn, có ý nghĩa thống kê ( $p=0,17$ ). Mảnh ghép càng lớn thì nguy cơ làm nghẽn vùng bề càng cao. Đây cũng là một yếu tố được nhiều tác giả nhấn mạnh [1,2]. Đường kính ghép lớn làm biến dạng góc tiền phòng, ảnh hưởng đến dẫn lưu thủy dịch, gây nên tăng nhãn áp sau mổ. Do vậy, các tác giả khuyến cáo trong ghép GM điều trị, nếu có sẵn GM thì nên ghép sớm, khi tổn thương GM chưa quá rộng thì kết quả sau mổ sẽ tốt hơn, hạn chế được các biến chứng sau mổ như tăng nhãn áp, thải ghép GM [2].

Hầu hết các trường hợp tăng nhãn áp sau ghép GM đều được điều trị có kết quả bằng phẫu thuật cắt bề. Chỉ có 16,7% các trường hợp điều trị được bằng thuốc, 23% phải điều trị bằng quang đông thể mi. Những trường hợp điều trị bằng quang đông đều có GM mờ đục, thị lực rất thấp. Tỷ lệ mảnh ghép mờ đục sau điều trị rất cao, gần 70% các trường hợp. Như vậy, cho dù điều chỉnh được nhãn áp bằng các biện pháp điều trị thì nhãn áp vẫn là nguy cơ gây tổn thương tế bào nội mô, gây thất bại ghép.

Tăng nhãn áp xảy ra ở cả những bệnh nhân ghép thất bại, mảnh ghép đục nên nguy cơ mất thị

lực vĩnh viễn ở những bệnh nhân này vẫn rất đáng kể. Vì vậy, phải theo dõi định kỳ cho bệnh nhân ghép GM điều trị ngay cả khi mảnh ghép đã đục hoàn toàn để phát hiện và điều trị kịp thời tăng nhãn áp, bảo vệ thần kinh thị giác.

Tăng nhãn áp ảnh hưởng đến độ trong mảnh ghép và là một trong những nguyên nhân gây thất bại ghép quang học quan trọng. Mặc dù sau điều trị, nhãn áp điều chỉnh nhưng tỷ lệ mắt có mảnh ghép trong rất thấp, chỉ chiếm 30,8% (8/26 mắt). Như vậy, nhãn áp đã gây nên thất bại ghép trong 69,2% (18/26 mắt) các trường hợp có tăng nhãn áp và chiếm tỷ lệ 28,6% (18/63 mắt) trong tổng số các nguyên nhân gây thất bại ghép về mặt quang học (bảng 2). Nhãn áp là một yếu tố tiên lượng kết quả phẫu thuật. Nếu có tăng nhãn áp, nguy cơ mảnh ghép đục cao hơn nhiều.

## V. KẾT LUẬN

Tăng nhãn áp sau ghép GM điều trị là một biến chứng thường gặp và có ảnh hưởng quan trọng đến kết quả ghép. Tỷ lệ tăng nhãn áp là 33,1% (với thời gian theo dõi trung bình sau mổ là 22,3 tháng). Các yếu tố nguy cơ gây tăng nhãn áp sau mổ bao gồm thời gian chờ ghép dài, đường kính ghép lớn và tình trạng không có TTT. Đa số các trường hợp tăng nhãn áp có thể điều trị được bằng thuốc và phẫu thuật cắt bề. Tỷ lệ mảnh ghép trong sau điều trị tăng nhãn áp là 30,8%. Tăng nhãn áp là nguyên nhân gây đục mảnh ghép trong 28,6% các trường hợp thất bại ghép về mặt quang học. Hạn chế các yếu tố nguy cơ, phát hiện và điều trị sớm tăng nhãn áp sẽ góp phần nâng cao kết quả phẫu thuật ghép GM điều trị.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ALLOUCH C., BORDERIE V., TOUZEAU O., SCHEER S., NORDMANN J.P., LAROCHE L., (2003): "Incidence et facteurs de risque de l'hypotonie oculaire au cours des k ratoplasties transfixiantes", *J Fr Ophthalmol*, 26 (6). 553 -561.

2. AL-MOHAI MEED M, AL-SHALWAN S, AL-TORBAK A, WAGONER M (2007): “Escalation of Glaucoma Therapy after Penetrating Keratoplasty”, *Ophthalmology*; 114: 2281- 2286.
3. AYYALA R (2000): “Penetrating Keratoplasty and Glaucoma”, *Surv Ophthalmol*, 45: 91-105.
4. RULMEL S, BERSUDSKY V, BLUM-HAREUVENI T, RAHANY U (2002): “Preexisting and Postoperative Glaucoma in Repeated Corneal Transplantation”, *Cornea*, 21 (8): 759-765.
5. SIHOTA M, SHARMA N, PANDA A, AGGARWAL H C, SINGH H (1988): “Post-penetrating keratoplasty glaucoma: Risk factors, management and visual outcome” , *Australian and New Zealand Journal of Ophthalmology*; 26, 305-309.
6. TI SE, SCOTT A, JANARDHANAN P, TAN DTH (2007): “Therapeutic Keratoplasty for Advanced Suppurative Keratitis”, *Am J Ophthalmol*, 143 (5), pp. 755-762.
7. YAO Y-F, ZHANG Y-M, ZHOU P, ZHANG B, QIU W-Y, TSENG S C G (2003): “Therapeutic Penetrating keratoplasty in severe fungal keratitis using cryopreserved donor corneas”, *Br J Ophthalmol*, 87 (5), pp. 543-547.

---

SUMMARY

SECONDARY GLAUCOMA AFTER THERAPEUTIC KERATOPLASTY

**Objective:** *to evaluate incidence, risk factors and treatment's result of glaucoma after therapeutic keratoplasty.*

**Patients and methods:** *study on 127 eyes with infectious perforated corneas treated with therapeutic keratoplasty. The lesion before surgery, waiting time for graft, the graft, ocular pressure and glaucoma's treatment are recorded and analyzed.*

**Results:** *prevalence of glaucoma is 33.1% with the average follow-up time of 24.7 months. Risk factors: long waiting time for transplantation; large diameter of graft; aphakia. Most of glaucoma is treated by eye drops or trabeculectomy; 23.8% were treated by cyclophotocoagulation. Prevalence of clear graft after treatment is 30.8%. Glaucoma accounts for 28.6% of graft failure.*

**Conclusion:** *eliminating risk factors, early diagnosis and treatment of glaucoma increase success rate of therapeutic keratoplasty for severe infectious corneal ulcer.*

**Key words:** *therapeutic keratoplasty, glaucoma.*

---

# SỬ DỤNG KEO DÁN N-BUTYL CYANOACRYLATE TRONG ĐIỀU TRỊ THÙNG HOẶC DỌA THÙNG GIÁC MẠC DO VIÊM LOÉT GIÁC MẠC

Vũ Thị Tuệ Khanh\*, Đặng Minh Tuệ\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** đánh giá tác dụng của N-butyl cyanoacrylate trong điều trị thùng hoặc dọa thùng giác mạc do viêm loét giác mạc.

**Phương pháp:** nghiên cứu tiền cứu, mô tả lâm sàng 13 ca thùng và dọa thùng giác mạc do viêm loét giác mạc, được điều trị bằng keo dán giác mạc N-butyl cyanoacrylate.

**Kết quả:** trong tổng số 13 mắt, có 11 mắt viêm loét giác mạc do vi khuẩn; 2 mắt do nấm. Thời gian theo dõi dài nhất là 5 tháng và ngắn nhất là 3 tuần. Kết quả điều trị tốt 8 mắt; 5 mắt điều trị thất bại phải tiến hành phẫu thuật ghép màng ối (3 mắt) và phẫu thuật ghép giác mạc (2 mắt).

**Kết luận:** sử dụng N-butyl cyanoacrylate điều trị thùng hoặc dọa thùng giác mạc là một trong những lựa chọn điều trị biến chứng của viêm loét giác mạc. Phương pháp này cần được cân nhắc chỉ định dựa trên tình trạng tổn thương của giác mạc.

**Từ khoá:** keo dán N-butyl cyanoacrylate, viêm loét giác mạc dọa thùng, thùng giác mạc.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cyanoacrylate là chất polymer được sử dụng như chất keo dán sinh học khoảng trên 40 năm qua tại nhiều quốc gia khác nhau. Các nghiên cứu cho thấy chất keo này có tác dụng hỗ trợ quá trình biểu mô hóa giác mạc (GM), kêu gọi tân mạch đến và có tác dụng diệt khuẩn. Vai trò của cyanoacrylate cũng được đánh giá cao vì khả năng ức chế quá trình tiêu collagen GM và làm dừng sự di chuyển các tế bào viêm như bạch cầu đa nhân [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Vì đặc tính của cyanoacrylate có thể tạo mối liên kết bền vững nhất so với các dạng keo khác, cho nên việc sử dụng keo cyanoacrylate để đóng lỗ thùng hoặc dọa thùng GM là chỉ định đầu tiên được các chuyên gia giác mạc khuyến cáo. Ngoài ra, chất keo dính này còn được chỉ định

trong các trường hợp rách GM, sửa lỗ dò sẹo bọng sau phẫu thuật cắt bệ giác cùng mạc, loét Mooren tiến triển, loét mảnh ghép GM [1, 2, 3, 4, 5]. Lần đầu tiên tại khoa Kết – Giác mạc, Bệnh viện Mắt Trung ương, chúng tôi sử dụng keo dán N-butyl cyanoacrylate. Qua nghiên cứu này, chúng tôi muốn đánh giá và rút kinh nghiệm trong việc sử dụng N-butyl cyanoacrylate điều trị thùng và dọa thùng GM trong viêm loét GM.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn nhận vào nghiên cứu:

+ Thùng, dọa thùng GM sau viêm loét GM với kích thước < 3 mm.

\*Khoa Kết – Giác mạc, Bệnh viện Mắt Trung ương

- + Giai đoạn nhiễm trùng đã thoái lui.
- + Dấu hiệu thâm nhiễm nhu mô GM đã hết.
- Tiêu chuẩn loại trừ ra khỏi nghiên cứu:
- + Thủng hoặc dọa thủng GM với đường kính >3mm.
- + Quá trình bệnh còn đang tiến triển theo xu hướng nặng lên.
- + Dấu hiệu thâm nhiễm GM ở lớp nhu mô sâu.

**2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu**

Nghiên cứu tiến hành tại khoa Kết - Giác mạc, Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 6 năm 2008 đến tháng 8 năm 2009.

**3. Phương pháp tiến hành nghiên cứu**

**3.1. Phương pháp:** mô tả lâm sàng, tiến cứu.

**3.2. Cách thức tiến hành:**

- Khám đánh giá tình trạng tổn thương GM:
- + Kích thước vùng GM giảm chiều dày, tình trạng GM xung quanh.
- + Kích thước lỗ thủng hoặc dọa thủng.
- + Độ sâu tiền phòng.
- Tiến hành thủ thuật:
- + Thủ thuật tiến hành tại phòng mổ dưới kính hiển vi phẫu thuật hoặc tại phòng khám quan sát bằng máy sinh hiển vi.
- + Tiêm Lidocain 2% cạnh nhãn cầu x 4ml hoặc tra dicain 1%.
- + Đặt vành mi, dùng bông cuộn làm khô bề mặt GM.
- Sử dụng kim tiêm 26 G chấm chất keo lên bề mặt GM thành lớp mỏng che phủ bề mặt chỗ thủng và vùng giác mạc xung quanh. Tùy theo tổn thương mà có thể phủ 2 hoặc 3 lớp. Lượng keo sử dụng khoảng 0,1 ml.
- Trong trường hợp tiền phòng xẹp, thủ thuật được tiến hành trên phòng mổ. Sau khi chất keo đã khô,

dùng dao chọc vào tiền phòng và bơm hơi tái tạo tiền phòng.

- + Sử dụng kim 26 G chấm chất keo lên bề mặt GM.
- + Đặt kính tiếp xúc mềm.
- Chăm sóc sau thủ thuật:
- + Rửa mắt hàng ngày bằng Natri chlorid 0,9%.
- + Tra thuốc kháng sinh và các thuốc làm ẩm hoặc dinh dưỡng GM 4 lần/ngày.
- Theo dõi đánh giá tổn thương trên GM: việc sử dụng keo dán GM nhằm mục đích điều trị thủng hoặc dọa thủng GM thành công nếu GM được biểu mô hóa hoàn toàn, tổ chức sẹo xơ được hình thành và mảng keo dán trên bề mặt GM tự bong ra. Trong quá trình theo dõi lưu ý tình trạng viêm trong tiền phòng, phản ứng của vùng GM xung quanh, thâm nhiễm nhu mô GM.
- Chỉ định phương pháp điều trị khác khi:
- + Keo dán tự bong ra, lỗ thủng không hàn gắn được
- + Hiện tượng viêm tại chỗ tăng biểu hiện bằng GM phủ hơn, thâm nhiễm tăng lên, có thể xuất hiện mũ tiền phòng. Các biểu hiện này không đáp ứng với điều trị nội khoa tích cực bằng kháng sinh phổ rộng hoặc thuốc chống nấm trong 3 ngày.

**III. KẾT QUẢ**

Tổng số 13 mắt đã được nghiên cứu, tuổi trung bình của bệnh nhân  $36 \pm 10,5$ . Thời gian theo dõi dài nhất là 5 tháng, ngắn nhất 3 tuần.

5 mắt vùng GM mỏng, mắt tổ chức nhu mô cạnh trung tâm; 9 mắt thủng GM; 1 mắt loét GM do vi khuẩn kèm thủng GM sau chấn thương xuyên 2 tháng; tiền phòng nông, xung quanh chỗ thủng trong. Trong 5 mắt thất bại với điều trị bằng phương pháp dán keo có 4 mắt thủng giác mạc; 3 mắt phải chuyển phẫu thuật ghép màng ôi; 2 mắt phải tiến hành ghép giác mạc.

*Bảng tóm tắt tình hình bệnh nhân nghiên cứu*

STT	Xét nghiệm vi sinh	Thủng	Dọa thủng	Thời gian điều trị (ngày)	Chuyển phương pháp điều trị, lý do
1	TK Gr (+), TK Gr (-)	+		28	-



2	<i>Streptococcus pneumoniae</i>		+	30	-
3	CK Gr (+), TK Gr (-)	+		38	-
4	CK Gr (+), TK Gr (+)	+		45	-
5	<i>Pseudomonas spp</i>	+		07*	Ghép màng ối
6	<i>Staphylococcus spp</i>		+	28	-
7	Nấm (+)	+		10*	Điều trị nội khoa Ghép màng ối
8	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	+		05*	Ghép giác mạc
9	CK Gr (+), TK Gr (+)		+	21	-
10	<i>Streptococcus spp</i>	+		40	-
11	<i>Aspergillus spp</i>	+		14*	Ghép giác mạc, tình trạng viêm tăng
12	CK Gr (+), TK Gr (-)		+	12*	Ghép màng ối
13	TK Gr (+), TK Gr (-)	+		35	-

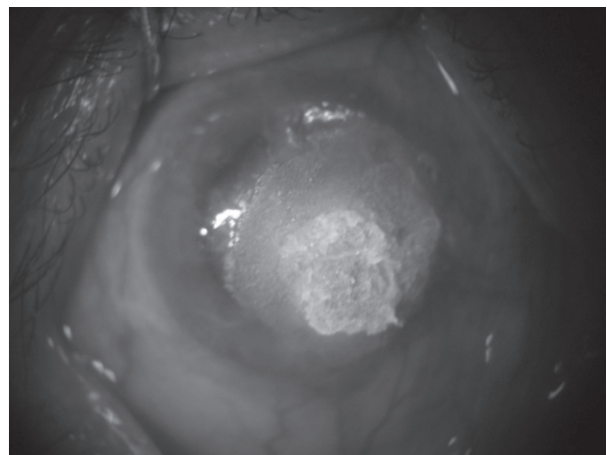
\* Thời gian từ khi thực hiện phương pháp keo dán giác mạc cho đến khi chuyển sang phương pháp điều trị khác.

Các chữ viết tắt: CK – cầu khuẩn; TK – trực khuẩn; Gr – Gram.

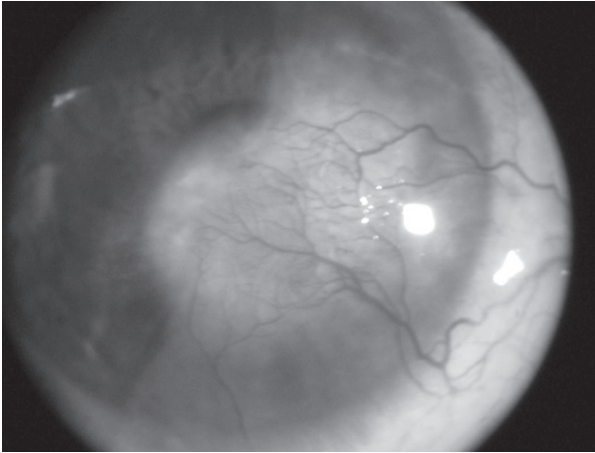
#### IV. BÀN LUẬN

Keo dán N-butyl cyanoacrylate mang đặc tính cần thiết của chất keo sinh học như mức độ bền vững nhất định, đảm bảo được sự ổn định về hình thái tại nơi tổn thương, không gây nguy cơ nhiễm khuẩn bội nhiễm. Tuy vậy, chất keo này tồn tại trong tổ chức như một dị vật và có thể gây kích thích quá trình viêm tạo nên tổ chức u hạt kết mạc, viêm màng bồ đào. Chất keo này khi gặp nước sẽ tạo thành một màng cứng không ngấm nước, không cho các chất hóa học đi qua [1, 2, 3, 4, 5]. Từ những ưu nhược điểm nêu trên, việc sử dụng chất keo chỉ được chỉ định cho các tổn thương trên bề mặt nhãn cầu chứ không chỉ định sử dụng trong nội nhãn. Hơn nữa, việc sử dụng chất keo trên bề mặt cũng cần lưu ý sự hạn chế thâm thuốc vào nơi tổn thương. Để tránh kích thích chói cộm mắt phải đặt kính tiếp

xúc mềm và để tránh nhiễm khuẩn bội nhiễm do đặt kính tiếp xúc phải sử dụng kháng sinh phổ rộng tra tại mắt trong suốt thời gian điều trị.



Ảnh 1. Sử dụng keo dán trên GM



**Ảnh 2. Sẹo GM sau khi keo dính bong ra**

Nghiên cứu cho thấy sự hình thành sẹo GM ổn định được thấy rõ ràng khi chất keo tự bong ra sau thời gian khoảng từ 3 tuần đến 7 tuần (từ 21 ngày đến 45 ngày). Khi keo bong ra để lại phần nền GM đã biểu mô hóa hết, dấu hiệu Seidel âm tính. Phương pháp điều trị thành công trên 8 mắt và tác nhân gây bệnh đều là vi khuẩn, vùng GM mất tổ chức kích thước dưới 5mm, tổ chức GM xung quanh còn trong, dấu hiệu thâm nhiễm tế bào viêm hết. Sẹo GM kèm theo tân mạch sâu hình thành trên 5 mắt và các trường hợp này tổn thương đều nằm ở gần vùng rìa GM. Việc kêu gọi tân mạch từ vùng rìa vào GM là nhược điểm của việc sử dụng chất keo dán GM. Vì vậy, khi chỉ định phương pháp điều trị này cần cân nhắc kỹ càng, đặc biệt nếu phẫu thuật ghép GM là bước tiếp theo thì hiện tượng tân mạch là yếu tố tiên lượng xấu cho phẫu thuật. Tuy vậy, sau khi keo dán bong ra theo thời gian các tân mạch GM có thể thoái triển.

Trong 3 mắt thất bại với phương pháp dán keo phải tiến hành phẫu thuật ghép màng ối nhiều lớp với lý do keo tự bong ra (2 mắt) và phản ứng viêm tăng lên (1 mắt viêm loét GM do nấm). Phẫu thuật

ghép GM xuyên được chỉ định trên 2 mắt, trong đó một mắt viêm loét GM do *Pseudomonas aeruginosa* với vùng GM mỏng rộng khoảng 4,5 mm ở trung tâm GM; mỏng mắt áp sát mặt sau GM và một mắt viêm loét GM do *Aspergillus* spp phản ứng viêm tăng, mù tiền phòng xuất hiện. Qua 2 trường hợp thủng và dọa thủng do viêm loét GM nấm cho thấy nguyên nhân thất bại với phương pháp sử dụng keo dán N-butyl cyanoarylate là phản ứng viêm bán phần trước nhãn cầu tăng. Điều này dễ giải thích đó là do các sợi nấm có thể tồn tại ở lớp sâu của nhu mô GM, trước màng Descemet hay qua Descemet tồn tại ở mặt sau GM và gây tái phát bệnh. Qua nghiên cứu này cho thấy, tổn thương hoại tử rộng, nhanh, mất tổ chức nhu mô GM nhiều thường thấy trong viêm loét GM do *Pseudomonas* spp cũng dễ thất bại với phương pháp điều trị bằng keo dán.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, phương pháp dùng keo dán N-butyl cyanoacrylate là phương pháp đơn giản, có thể thực hiện tại phòng khám, giá thành thấp (khoảng 150.000 đồng/ca) và bệnh nhân có thể được điều trị ngoại trú. Phương pháp thực sự có hiệu quả trong những trường hợp thủng hoặc dọa thủng GM < 3mm, với phần nền nhu mô xung quanh trong và không có hiện tượng thâm nhiễm tế bào viêm. Đặc biệt, trên những trường hợp thủng với vùng GM tổn thương nhỏ, lệch ra khỏi trục thị giác hoặc không có GM để ghép hoặc muốn trì hoãn phẫu thuật ghép chờ cho mắt ổn định hoàn toàn với sẹo GM thì sử dụng N-butyl cyanoacrylate điều trị thủng hoặc dọa thủng GM là một trong những lựa chọn điều trị biến chứng của viêm loét GM. Phương pháp này cần được cân nhắc chỉ định dựa trên tình trạng tổn thương của GM.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A K MANDAL. Management of the late leaking filtration blebs. A report of seven cases and the selective

- review literature. *Indian J Ophthalmol* 2001. Vol 49: 247.
2. AGRAWAL V, KUMAR A, SANGWAN V S, Rao G N. Cyanoarylate adhesive with conjunctival resection and superficial keratectomy in Mooren's ulcer. *Indian J Ophthalmol* 1996. Vol 44: 23-7.
  3. RAO G N, SRINIVASAN M. Non-surgical management of penetrating corneal injuries. *Indian J Ophthalmol* 1984. Vol 32: 307-9.
  4. STEPHEN FOSTER. Section XIII: Supportive and Protective. Part III: Corneal, Scleral and Conjunctival Surgery. *The CORNEA, 4th Edition*. Page 937 – 943.
  5. JOURNAL ABSTRACT. Use of tissue adhesive in ophthalmology. *Indian J Ophthalmol* 2009. Vol 57: 410 -413.
  6. IVANA L ROMERO, BNS MALTA, CELY B SILVA, LICIA MIMICA et al. Antibacterial properties of cyanoacrylate tissue adhesive: Does the polymerization reaction play role? *Indian J Ophthalmol* 2009. Vol 57: 341 -344.

## SUMMARY

### N-BUTYL CYANOACRYLATE IN MANAGEMENT OF CORNEAL IMPENDING PERFORATION AND PERFORATION FOLLOWING ULCERATIVE KERATITIS

**Purpose:** *to clarify the role of N-butyl cyanoarylate tissue adhesive in management of corneal impending perforation and perforation following ulcerative keratitis.*

**Methods:** *seri cases study of using N-butyl cyanoarylate tissue adhesive in aressting the progression of both corneal impending perforation and perforation following ulcerative keratitis.*

**Results:** *the study subjects consisted of 13 eyes, among of them 11 eyes with bacterial ulcerative keratitis and 2 eyes with fungal ulcerative keratitis. The follow – up time ranges from 3 weeks to 5 months. The significant corneal scar was seen in 8 eyes; the failed cases had been shifted to multilayers amniotic membrane transplantation (3 eyes) and to penetrating corneal transplantation (2 eyes).*

**Conclusion:** *using N-butyl cyanoarylate tissue adhesive is one of the options in management of corneal impending perforation and perforation following ulcerative keratitis. The selection of the cases need to be done properly based on the corneal defected site.*

**Key words:** *N-butyl cyanoarylate, corneal perforation and perforation following ulcerative keratitis.*

# NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, NGUYÊN NHÂN VÀ ĐIỀU TRỊ VIÊM KẾT MẠC CẤP TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG

*Nguyễn Thành Trung\*, Phạm Thị Khánh Vân\*\**

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** nhận xét đặc điểm lâm sàng, nguyên nhân viêm kết mạc cấp và đánh giá kết quả điều trị.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 91 bệnh nhân (167 mắt), 100% bệnh nhân được làm xét nghiệm soi nhuộm, nuôi cấy vi khuẩn và tế bào học kết mạc.

**Kết quả:** tỷ lệ viêm kết mạc cấp do vi khuẩn là 82,4% và do virus là 17,6%; 20,9% bệnh nhân nuôi cấy phân lập được vi khuẩn; tỷ lệ khỏi bệnh 100%.

**Kết luận:** nguyên nhân viêm kết mạc thường gặp là do vi khuẩn, bệnh cảnh lâm sàng do vi khuẩn thường nặng hơn do virus. Viêm kết mạc thường được điều trị khỏi hầu như không để lại di chứng.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm kết mạc cấp là bệnh thường gặp, do nhiều nguyên nhân: vi khuẩn (VK), virus và dị ứng... Những biến đổi của môi trường khí hậu, sự xuất hiện và sử dụng nhiều loại kháng sinh mới, cũng như việc lạm dụng kháng sinh trong điều trị... Sự phân bố các loại vi khuẩn trong viêm kết mạc cấp ở Việt Nam đã có những thay đổi. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: *đánh giá đặc điểm lâm sàng, nguyên nhân và kết quả điều trị viêm kết mạc cấp.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, trên 91 bệnh nhân (167 mắt) viêm kết mạc cấp đến khám và điều trị tại phòng khám Bệnh viện Mắt Trung ương từ

1/2009 đến 9/2009. Tất cả các bệnh nhân được làm các xét nghiệm soi nhuộm phát hiện vi khuẩn và nuôi cấy và làm kháng sinh đồ để xác định loại vi khuẩn và kháng sinh thích hợp. Chúng tôi làm xét nghiệm tế bào học kết mạc cho tất cả 91 BN để chẩn đoán do vi khuẩn hay do virus, dựa theo hình ảnh tế bào học kết mạc: do vi khuẩn nếu có chủ yếu là bạch cầu đa nhân, do virus nếu có chủ yếu tế bào nhiều nhân và tế bào thoái hóa nhân trương.

Chúng tôi tiến hành điều trị theo phác đồ: giai đoạn đầu (trong 3-5 ngày) rửa mắt bằng nước muối sinh lý loại bỏ tiết tố kết mạc. Tra mắt dung dịch kháng sinh (Cebemycin) 10-15 lần/ngày, mỡ kháng sinh (Oflovid) 2 lần/ngày; bóc màng kết mạc ngày 1 lần nếu có. Giai đoạn tiếp theo tiếp tục điều trị như trên, nếu nhiễm trùng giảm thì giảm số lần tra thuốc kháng sinh (3 - 4 lần/ngày), dùng thêm thuốc tra

\*Bệnh viện Đa khoa khu vực Ngọc Lặc, Thanh Hóa

\*\*Trường Đại học Y Hà Nội

mắt có corticoid. Khi có kết quả kháng sinh đồ thì dùng kháng sinh đặc hiệu theo kháng sinh đồ.

Khám lại sau 3, 7 và 14 ngày. Kết quả điều trị được coi là khỏi khi BN hết các triệu chứng lâm sàng.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 1. Đặc điểm lâm sàng

- Tuổi: bệnh xuất hiện ở mọi lứa tuổi nhưng tập trung chủ yếu ở tuổi từ 17 đến 40 tuổi (do VK là 58,7%, do virus là 62,5%).
- Giới tính: trong cả 2 nhóm do VK và do virus, tỷ lệ bệnh ở nam giới (54,7% do VK và 56,3% do virus) luôn cao hơn ở nữ giới (45,3% do VK và

43,8% do virus).

- Mắt bị bệnh: tỷ lệ bị bệnh cả 2 mắt cao hơn một mắt, trong cả 2 nhóm do VK và do virus với tỷ lệ tuần tự là 81,3% và 93,7% so với 18,7% và 6,3%.

- Thị lực trước điều trị: trong tổng số 167 mắt, số mắt có thị lực >7/10 chiếm tỷ lệ cao trong cả 2 nhóm nguyên nhân (VK 89,0% và virus 93,5%), duy nhất 1 mắt có thị lực <3/10 (0,7%).

- Thời gian từ khi bị bệnh đến khi khám bệnh: đến khám bệnh muộn > 5 ngày, chiếm tỷ lệ cao nhất (53,8%). BN đến khám ngay trong ngày đầu bị bệnh là thấp nhất (4,4%).

#### \*Triệu chứng cơ năng

**Bảng 1. Triệu chứng cơ năng viêm kết mạc cấp**

Loại VKM Triệu chứng	VKM do vi khuẩn		VKM do virus		p
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Mắt đỏ	75	100	16	100	
Cộm rát mắt	75	100	16	100	
Ngứa mắt	10	13,3	3	18,8	0,474
Tiết tổ mủ	74	98,7	0	0	<0,001
Tiết tổ nhày	1	1,4	16	100	<0,001
Chói sáng chảy nước mắt	72	96	16	100	0,167

- Tiết tổ mủ trong viêm kết mạc do VK chiếm tỷ lệ cao: 98,7% (74 BN), không có tiết tổ mủ trong nguyên nhân do virus.

- Tiết tổ nhày chiếm tỷ lệ cao trong viêm kết mạc do virus: 100% (16 BN), trong khi do VK có 1 BN (1,4%).

#### \*Dấu hiệu thực thể

- Dấu hiệu cương tụ kết mạc và nhú gai xuất hiện ở 100% các trường hợp.
- Sung nề mi chiếm tỷ lệ cao, 76% do vi khuẩn và 75% do virus.

Sử dụng thuốc trước khi đến khám bệnh: hầu hết BN đều dùng thuốc kháng sinh tra tại mắt: 88 BN (96,7%), 15 BN (16,5%) dùng thuốc có corticoid tra tại mắt.

#### \*Kết quả soi nhuộm bệnh phẩm

Các VK gr(+) đều có tỷ lệ cao: cầu khuẩn gr(+) là 40,7% và trực khuẩn gr(+) là 25,3%.

Kết quả nuôi cấy phân lập VK (bảng 2): số BN phân lập được VK là 19 BN (20,9%) và không phân lập được là 72 BN (79,1%).

**Bảng 2. Phân bố các vi khuẩn phân lập được trong nuôi cấy**

Chủng vi khuẩn	Kết quả	
	<i>n</i>	Tỷ lệ %
Streptococcus spp	1	1,1
Staphylococcus epidermidis	3	3,3
Staphylococcus xylosus	1	1,1
Staphylococcus saprophyticus (spp)	5	5,5
Burkirolorid cepacia	1	1,1
Aeromonas hydrophila	1	1,1
Flavimonas oryzihabitans	3	3,3
Corynebacterium	4	4,4
Tổng cộng	19	20,9

Tỷ lệ cao nhất là Staphylococcus spp (5,5%), tiếp theo là Corynebacterium (4,4%), Staphylococcus epidermidis và Flavimonas oryzihabitans (cùng tỷ lệ 3,3%). Các vi khuẩn (Streptococcus spp, Staphylococcus xylos, Burkirolorid cepacia, Aeromonas hydrophila) đều có tỷ lệ 1,1%.

**\*Kết quả tế bào học kết mạc**

**Bảng 3. Kết quả xét nghiệm tế bào học kết mạc**

Loại VKM	VKM do vi khuẩn		VKM do virut		<i>p</i>
	<i>n</i>	Tỷ lệ %	<i>n</i>	Tỷ lệ %	
Triệu chứng					
Bạch cầu đa nhân	75	100	15	93,8	>0,05
Lympho bào	58	77,3	15	93,8	>0,05
Bạch cầu đơn nhân	14	18,7	2	12,5	>0,05
Bạch cầu ưa acid	6	8	1	6,3	>0,05
Đại thực bào	0	0	1	6,3	>0,05
TB biểu mô thoái hóa nhân trương	0	0	16	100	<0,001
Tế bào biểu mô nhiều nhân	0	0	16	100	<0,001

Bạch cầu đa nhân cao nhất trong viêm kết mạc do VK: 75 BN (100%), tỷ lệ tế bào biểu mô thoái hóa nhân trương và tế bào biểu mô nhiều nhân là 100% trong nguyên nhân do virut.

**2. Kết quả điều trị**

Thị lực sau điều trị (bảng 4): trong nhóm viêm kết mạc cấp do VK có 1 mắt thị lực <3/10 (0,7%), 2 mắt (1,5%) thị lực từ 3/10–7/10 và đa số (133 mắt, 97,8%) có thị lực bình thường >7/10. Viêm kết mạc cấp do virut 100% số mắt có thị lực >7/10.

**Bảng 4. Thị lực của bệnh nhân sau điều trị**

Loại VKM \ Thị lực	VKM do vi khuẩn		VKM do virus		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
> 7/10	133	97,8	31	100	> 0,05
3/10 - 7/10	2	1,5	0	0	
<3/10	1	0,7	0	0	
Tổng số	136	100	31	100	

- Kết quả điều trị chung: toàn bộ 91 BN (100%) đều khỏi sau điều trị.
- Thời gian điều trị: ngày điều trị trung bình của viêm kết mạc cấp do vi khuẩn là 10,6 ngày, do virus là 9,1 ngày. Ngày điều trị ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 23 ngày (1 trường hợp viêm kết mạc do vi khuẩn có biến chứng viêm giác mạc).

**Bảng 5. Thời gian điều trị**

Loại VKM \ Kết quả	Ngày điều trị dài nhất	Ngày điều trị ngắn nhất	Ngày điều trị trung bình	Độ lệch chuẩn
Do vi khuẩn	23	6	10,6	3,1
Do virus	17	5	9,1	3,2

**IV. BÀN LUẬN**

*Đặc điểm về thị lực* (ngày đầu khám và điều trị): trong tổng số 167 mắt bị bệnh thì nhóm thị lực >7/10 chiếm đa số: 121 mắt (89%) ở nhóm do VK và 29 mắt (93,5%) ở nhóm do virus. Duy nhất một mắt (biến chứng viêm loét giác mạc do lậu cầu) có thị lực thấp nhất: BBT 0,3m (0,7%). Nhóm thị lực từ 3/10-7/10 có 14 mắt do VK (10,3%) và 2 mắt do virus (6,5%). Kết quả về thị lực trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của các nghiên cứu khác: viêm kết mạc cấp thường không ảnh hưởng đến thị lực [7].

*Thời gian đến khám bệnh:* BN đến khám bệnh trong ngày đầu bị bệnh ít nhất (4 BN, 4,4%). Theo chúng tôi có lẽ BN tự mua thuốc điều trị hoặc khám bệnh ở y tế cơ sở và khi bệnh nặng lên mới đến khám ở bệnh viện, số BN đến khám bệnh >5 ngày

nhiều nhất (49 BN, 53,8%) (p<0,001).

*Triệu chứng cơ năng:* triệu chứng đỏ mắt và cảm giác cộm rất mắt có tỷ lệ 100% trong nguyên nhân do VK cũng như virus. Các triệu chứng cơ năng khác như ngứa mắt, chói, chảy nước mắt có tỷ lệ tương đương nhau giữa 2 nhóm. Theo nghiên cứu của Ting Huang, Yujuan Wang[12] thì chảy nước mắt thường gặp hơn trong viêm kết mạc do virus.

Tiết tố kết mạc dạng mũ chủ yếu gặp trong viêm kết mạc cấp do vi khuẩn chiếm 98,7% (74 BN) và không gặp trong nguyên nhân virus. Tiết tố kết mạc dạng nhày xuất hiện chủ yếu trong viêm kết mạc do virus (16 BN - 100%) và chỉ có ở 1 BN (1,4%) trong viêm kết mạc do vi khuẩn (p<0,001). Như vậy viêm kết mạc cấp do VK thì tiết tố chủ yếu dạng mũ và do virus chủ yếu dạng nhày. Điều này

phù hợp với y văn là đặc điểm của tiết tổ trong viêm kết mạc do VK là tiết tổ mù, trong viêm kết mạc do virut là tiết tổ nhày.

Dấu hiệu thực thể: cương tụ kết mạc và nhú gai xuất hiện 100% các BN, các dấu hiệu xuất huyết dưới kết mạc, phù kết mạc và giả mạc xuất hiện trong nguyên nhân do VK (tỷ lệ 100%), không thấy có trong nguyên nhân virut. Dấu hiệu sưng nề mi mắt có tỷ lệ tương đương nhau giữa 2 nhóm do VK (76%) và do virut (75%).

Triệu chứng toàn thân: không có trường hợp nào viêm đường hô hấp trên, điều này khác biệt với nghiên cứu của Hazel Everitt [5]: viêm kết mạc do virut thường do adenovirus hoặc picornavirus và thường kèm theo viêm đường hô hấp trên.

*Kết quả xác định vi sinh vật gây bệnh:*

Số BN có một loại vi khuẩn là cao nhất: 63/91 BN (69,2%). Trong số có một loại vi khuẩn thì 37 BN (40,7%) có cầu khuẩn gram(+). Trong số bệnh nhân có phối hợp 2 loại VK thì cao nhất là nhóm phối hợp cầu khuẩn gram(+) với trực khuẩn gram(+) 24 BN (26,4%).

Có 19/91 BN (20,9%) xác định được VK gây bệnh, thấp hơn so với một số tác giả khác. VK trước đây thường gặp trong viêm kết mạc cấp (Staphylococcus, Streptococcus pneumoniae và Haemophilus influenzae) thì kết quả nuôi cấy trong nghiên cứu của chúng tôi không mọc. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Malhotra (2005-Ấn Độ) với tỷ lệ nuôi cấy (+) là 20,4% [7], nhưng thấp hơn nghiên cứu của Remco Rietveld (2004-Hà Lan) tỷ lệ phân lập được là 32% [10], Hazel Everitt (2006-Anh) là 50% [4].

Loại VK có tỷ lệ cao nhất là Staphylococcus saprophyticus 5,5% (5 BN), Corynebacterium 4,4% (4 BN), Staphylococcus epidermidis và Flavimonas oryzihabitans là như nhau: 3,3% (3 BN). Nghiên cứu của Nguyễn Hiền [1]: có 43,9% viêm kết mạc phân lập được VK, tụ cầu tỷ lệ cao nhất 51%, liên

cầu 32,3%, Moraxella 7,4%. Ohnsman và Ritterband (2007-Mỹ) thì tỷ lệ S. epidermidis 19,7% cao hơn so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [8].

Theo Phạm Thị Thu Lan (BV Mắt Trung ương) từ năm 1991-1996, khi nuôi cấy VK trong viêm kết mạc, tụ cầu có tỷ lệ 10,6%, liên cầu 1,3%, Moraxella 1,9%, trực khuẩn mũ xanh 0,4% và lậu cầu 17,9% và đã kết luận tụ cầu là tác nhân gây bệnh hay gặp [2]. Theo chúng tôi có thể tình hình VK gây bệnh khác nhau ở từng vùng địa dư, cũng có thể do cách lấy bệnh phẩm và dùng môi trường nuôi cấy chưa chuẩn hoặc do đa số BN đã dùng kháng sinh điều trị trước khi đến viện, nên kết quả nuôi cấy và phân lập VK còn ở tỷ lệ thấp.

Xét nghiệm tế bào học kết mạc (TBHKM): chúng tôi lựa chọn xét nghiệm TBHKM để chẩn đoán viêm kết mạc do virut hay do VK, vì xét nghiệm này thực hiện được tại BV Mắt Trung ương, kỹ thuật không phức tạp, chi phí xét nghiệm không cao và BN dễ dàng chấp nhận. Thực tế lý tưởng nhất để xác định virut là nuôi cấy và phân lập bằng xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang hoặc xét nghiệm PCR. Do thời gian nghiên cứu và trang thiết bị khoa Xét nghiệm bệnh viện, nên chúng tôi làm xét nghiệm TBHKM để sơ bộ khẳng định nguyên nhân viêm kết mạc do virut: gợi ý viêm kết mạc do VK khi có nhiều bạch cầu đa nhân trung tính và virut khi có nhiều lympho bào, tế bào biểu mô thoái hóa nhân trương và tế bào biểu mô nhiều nhân.

Theo kết quả nghiên cứu thì 75 BN có tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính cao 98,9% được chẩn đoán là viêm kết mạc do vi khuẩn. Tế bào biểu mô thoái hóa nhân trương và tế bào biểu mô nhiều nhân chiếm tỷ lệ 100% ở 16 BN viêm kết mạc do virut, những tế bào này không gặp trong nhóm viêm kết mạc do vi khuẩn.

Kết quả điều trị chung: 91 BN (100%) đều khỏi bệnh. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên



cứu của các tác giả Poonam Shasma và Gian Singh (Ấn Độ): viêm kết mạc rất ít khi có biến chứng, tỷ lệ khỏi cao [9].

Thời gian điều trị: ngày điều trị dài nhất là 23 ngày và ngắn nhất: 5 ngày. Ngày điều trị trung bình viêm kết mạc cấp do VK (10,6 ngày), do virus (9,1 ngày). Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu cho rằng: viêm kết mạc thường khỏi trong 10 đến 14 ngày [3], [6], [11].

## V. KẾT LUẬN

### 1. Đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm

- Bệnh viêm kết mạc cấp là bệnh thường gặp, nguyên nhân do VK, chiếm 82,4% và do virus 17,6%.
- Bệnh gặp nhiều nhất ở lứa tuổi trung niên 17-40 tuổi (48,3%).
- Bệnh nhân thường đến khám bệnh muộn (sau 5 ngày: 53,8%).
- Tiết tổ mủ gặp trong nguyên nhân do vi khuẩn: 98,7%.
- Tiết tổ nhày gặp trong nguyên nhân do virus: 100%.

- Vi khuẩn thường gặp nhất là VK gr(+), Staphylococcus saprophyticus là loại vi khuẩn gây bệnh có tỷ lệ cao nhất (5,5%).

- 75/91 BN (82,4%) viêm kết mạc cấp do VK, kết quả xét nghiệm tế bào học kết mạc chủ yếu là bạch cầu đa nhân trung tính và 16/91 BN (17,6%) viêm kết mạc cấp do virus, kết quả xét nghiệm tế bào học kết mạc chủ yếu là lympho bào, tế bào biểu mô thoái hóa nhân trương và tế bào biểu mô nhiều nhân.

### 2. Kết quả điều trị

- 100% BN viêm kết mạc cấp điều trị khỏi bằng phương pháp nội khoa.
- Ngày điều trị trung bình viêm kết mạc cấp do VK là 10,6 ngày, do virus là 9,1 ngày.
- Ngày điều trị trung bình của nhóm bệnh nhân đến khám bệnh ngay trong ngày đầu là ngắn nhất (9 ngày), nhóm đến khám bệnh muộn > 5 ngày là dài nhất (10,6 ngày).
- Biến chứng viêm giác mạc có liên quan với việc sử dụng thuốc có corticoid tra mắt chiếm tỷ lệ cao (5 mắt, 33,3%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. NGUYỄN HIỀN VÀ CỘNG SỰ. “Tình hình vi khuẩn ở mắt trong 20 năm 1957-1977”. *Nhãn khoa tài liệu nghiên cứu, số 1-2, năm 1977, Hội Nhãn khoa, Tổng hội Y học Việt Nam, Hà Nội*, tr 49-55.
2. LÊ HỒNG NGA VÀ CỘNG SỰ (1999), “Kết quả nuôi cấy vi khuẩn và nấm tại Viện Mắt từ năm 1991-1996”. *Tạp san nhãn khoa, 1999*, tr 39-43.
3. GRAW MH (2007), Conjunctivitis. *Lange ophthalmology, chapter 5, conjunctiva*.
4. HAZEL A EVERITT, PAUL S LITTLE, PETER SMITH (2006), A randomised controlled trial of management strategies for acute infective conjunctivitis in general practice, *BMJ, 10*. 1136.
5. HAZEL EVERITT (2009), Acute conjunctivitis. *Innovait, vol.2, no.1*, pp. 44-49.
6. JACK KANSKI (2008), Clinical ophthalmology. *Ajanta offset & packagings Ltd, New Delhi*, fourth edition,
7. MALHOTRA S, MEHTA DK, KUMAR P (2005), Spectrum and antibiotic susceptibility pattern of bacterial isolates from conjunctival swabs. *Indian J. Pathol microbiol. 2005 Oct; 48(4)*: 538-41.
8. OHNSMAN C, RITTERBAND D, O'BRIEN T (2007), Comparison of azithromycin and moxifloxacin

- against bacterial isolates causing conjunctivitis. *Curr. med. res. opin.* 2007 Sep; 23(9): 2241-9.
9. POONAM SHARMA, GIAN SINGH (2002), A review of plant species used to treat conjunctivitis. *Phytotherapy research* 16, 1–22 (2002).
10. REMCO P RIETVELD, GERBEN TER RIET, PATRICK J E BINDELS, JACOBUS H SLOOS (2004), Predicting bacterial cause in infectious conjunctivitis: cohort study on informativeness of combinations of signs and symptoms. *This article as: BMJ*, 10.1136.
11. SHEIKH AZIZ AND HURWITZ BRIAN (2005), Topical antibiotics for acute bacterial conjunctivitis: cochrane systematic review and meta-analysis update. *British journal of general practice*, December 2005, 55: 962-964.
12. TING HUANG, YUJUAN WANG (2007), Investigation of tear film change after recovery from acute conjunctivitis. *Cornea volume 26, number 7, August 2007*.

---

SUMMARY

STUDY OF CHARACTERISTIC, AETIOLOGY AND TREATMENT OF ACUTE CONJUNCTIVITIS IN NATIONAL INSTITUTE OF OPHTHALMOLOGY

**Purpose:** *to describe the characteristics, aetiology and evaluate the treatment result of acute conjunctivitis.*

**Methods:** *91 patients (167 eyes), aged 17-40, were diagnosed acute conjunctivitis. Conjunctival cultures and scrapings were performed.*

**Results:** *82.4% of patients were diagnosed bacterial conjunctivitis and 17.4% were viral conjunctivitis. Conjunctival cultures were positive in 20.9%. 100% of patients were treated successfully.*

**Conclusion:** *common cause of conjunctivitis is bacteria. The clinical features of bacterial conjunctivitis were more serious than these of viral conjunctivitis.*

---

# THẢI GHÉP SAU GHÉP GIÁC MẠC ĐIỀU TRỊ VIÊM LOÉT GIÁC MẠC NHIỄM TRÙNG NẶNG\*

Phạm Ngọc Đông\*, Hoàng Thị Minh Châu\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** đánh giá tỷ lệ, yếu tố nguy cơ và kết quả điều trị thải loại ghép sau ghép giác mạc điều trị viêm loét giác mạc nặng.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 127 mắt được ghép GM điều trị viêm loét GM nhiễm trùng nặng, (GM thủng, còn áp xe quanh lỗ thủng) được theo dõi từ 12-42 tháng sau ghép. Các chỉ số được ghi nhận: vị trí và đường kính ghép, thời điểm có triệu chứng và điều trị thải ghép, tình trạng mảnh ghép sau điều trị.

**Kết quả:** tỷ lệ tăng nhãn áp là 18,9% với thời gian theo dõi sau mổ trung bình 24,7 tháng. Đường kính ghép lớn và ghép lệch tâm là yếu tố nguy cơ gây thải ghép. Sau điều trị, mảnh ghép trong phục hồi ở 45,8% số mắt có thải ghép.

**Kết luận:** thải ghép xảy ra ở 18,9% số bệnh nhân được ghép giác mạc điều trị. Phát hiện và điều trị sớm thải ghép là điều kiện cơ bản cho thành công điều trị.

**Từ khóa:** ghép GM điều trị, thải ghép giác mạc.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép giác mạc là một phẫu thuật ghép được thực hiện sớm nhất và có kết quả thành công cao nhất trong nhóm ghép mô tạng. Sở dĩ có tỷ lệ thành công cao là nhờ giác mạc (GM) có đặc quyền miễn dịch đặc biệt. Tuy vậy, thải ghép vẫn là một trong những nguyên nhân chính gây thất bại sau thải ghép giác mạc [3, 4]. Trong vài năm gần đây, nhờ có nguồn giác mạc trong và ngoài nước, tại Bệnh viện Mắt Trung ương, số lượng các ca phẫu thuật ghép giác mạc điều trị viêm loét giác mạc (VLGM) nặng tăng lên đáng kể. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: đánh giá tỷ lệ, các yếu tố nguy cơ và kết quả điều trị thải ghép sau ghép GM điều trị VLGM nhiễm trùng nặng.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiền cứu thực hiện tại khoa Kết-Giác mạc, Bệnh viện Mắt Trung ương từ 5/2005 đến 12/2007 trên 127 mắt của 127 bệnh nhân VLGM thủng do vi khuẩn, nấm, amip và herpes. Đường kính lỗ thủng lớn hơn 2mm, xung quanh GM còn áp xe. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 46,5.

**1. Kỹ thuật mổ:** Ghép GM xuyên, mảnh ghép lấy từ mắt tử thi theo tiêu chuẩn của Hiệp hội ngân hàng Mắt Mỹ. Đường kính mảnh ghép lớn hơn đường kính nền ghép 0,5mm. Với các trường hợp có thể thủy tinh (TTT) đục trương hoặc vỡ bao TTT, sẽ kết hợp lấy TTT và đặt TTT nhân tạo cùng 1 thì với ghép GM.

\*Bệnh viện Mắt Trung ương

**2. Các chỉ số ghi nhận:** tiêu chuẩn chẩn đoán thải ghép giác mạc: xuất hiện tua mắt ở sau giác mạc, đường thải ghép nội mô hoặc đường thải ghép biểu mô, nhu mô phù trên bệnh nhân được ghép giác mạc mà mảnh ghép còn trong suốt sau mổ ít nhất là 2 tuần. Các chỉ số ghi nhận: đường kính ghép, tình trạng TTT, thời điểm phát hiện thải ghép, thời gian chậm điều trị thải ghép, kết quả mảnh ghép sau điều trị thải ghép.

**3. Điều trị:** bệnh nhân bị thải loại ghép được điều trị bằng corticosteroid 1 giọt/lần/1 giờ. Khi mắt đỡ cương tụ, kích thích, liều dùng giảm xuống 4-6 lần/ngày. Những trường hợp có phản ứng thải ghép nặng, dùng thêm corticosteroid

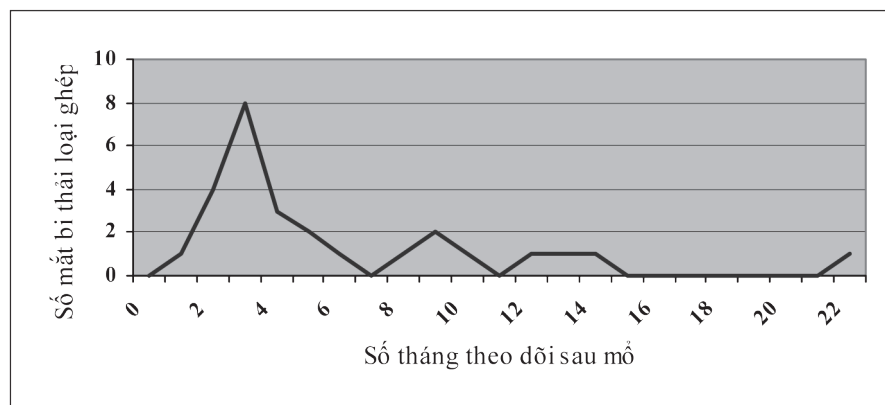
toàn thân dạng uống và tiêm cạnh nhãn cầu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

*\*Thải loại ghép:*

#### 1. Tần suất gặp và thời điểm xảy ra thải ghép

Phản ứng thải ghép gặp trong 24/127 mắt (18,9%). Trường hợp thải ghép xảy ra sớm nhất ở tháng đầu sau mổ (sau mổ 34 ngày), muộn nhất là sau mổ 22 tháng. Thời gian xảy ra thải ghép sau mổ trung bình là 5,8 tháng (SD=4,8). Thải ghép xảy ra chủ yếu trong 9 tháng đầu sau mổ: 81,5%. Số mắt bị thải ghép xảy ra nhiều nhất vào tháng thứ 3. Những tháng sau đó, tỷ lệ thải ghép thấp hơn rất nhiều (biểu đồ).



**Biểu đồ thời điểm xảy ra phản ứng thải ghép giác mạc**

*\*Yếu tố nguy cơ gây thải loại ghép:*

- Vị trí mảnh ghép: với các trường hợp ghép lệch tâm, tỷ lệ phản ứng mảnh ghép là 39,1% (9/23 mắt), trong khi đó tỷ lệ này chỉ là 14,4% (15/104 mắt) ở nhóm bệnh nhân ghép đúng tâm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, p=0,014.

- Đường kính ghép: tỷ lệ phản ứng thải loại ghép ở những mắt có đường kính ghép bằng hoặc lớn hơn 9mm là 55,6% (5/9 mắt), cao hơn so với tỷ lệ phản ứng thải ghép ở những mắt có

đường kính ghép nhỏ hơn (19/23 mắt, chiếm tỷ lệ 16,1%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, p=0,011.

#### 2. Kết quả điều trị thải loại ghép giác mạc

Sau khi điều trị tích cực bằng corticosteroid tra mắt, tiêm cạnh nhãn cầu, nếu sau 3 tuần, độ trong mảnh ghép không hồi phục thì được coi như thất bại. Sau điều trị, chỉ có 11/24 (45,8%) bệnh nhân có mảnh ghép hồi phục.

*Bảng kết quả điều trị thái loại ghép giác mạc*

Thời gian chậm điều trị	MG trong	MG mờ	MG đục	Tổng số
2 ngày	9	2	0	11
3 – 7 ngày	2	2	3	7
> 7 ngày	0	2	4	6
Số mắt	11	6	7	24
%	45,8	25,0	29,2	100,0

Trong số 127 mắt được theo dõi, 65 mắt có mảnh ghép đục, được coi là thất bại ghép về mặt quang học. Thái loại ghép là nguyên nhân gây đục mảnh ghép trong 13 mắt, chiếm tỷ lệ 20,6% trong tổng số các nguyên nhân gây thất bại ghép.

**IV. BÀN LUẬN**

Giác mạc là một mô đặc biệt trong cơ thể vì đây là tổ chức trong suốt, không có mạch máu. Vì vậy, giác mạc có “đặc quyền” về miễn dịch. Mặc dù vậy, khi ghép giác mạc khác gen cùng loài, phản ứng thải ghép vẫn xảy ra và là một trong những nguyên nhân chính gây ra thất bại ghép. Khi cơ thể người nhận có phản ứng miễn dịch chống lại mảnh ghép của người cho, thì đích của phản ứng thải ghép là các tế bào nội mô, làm tổn hại các tế bào này. Giác mạc trở nên đục và gây giảm thị lực trầm trọng, dẫn đến mù lòa [3, 4].

Thải ghép giác mạc xảy ra ở 24 mắt, chiếm tỷ lệ 18,9%. Trường hợp thải ghép xảy ra sớm nhất sau mổ 34 ngày, muộn nhất là 22 tháng. Thời điểm xảy ra thải ghép nhiều nhất là các tháng thứ 3, thứ 4 sau mổ. Vì vậy, cần theo dõi chặt chẽ bệnh nhân trong thời điểm này để phát hiện và điều trị kịp thời thải ghép. Theo dõi bệnh nhân sau ghép điều trị VLGM do nấm 22 tháng, Xie và cs. thấy tỷ lệ thải ghép là 38,5% (20 mắt) [5]. Ghép giác mạc cho các trường hợp VLGM nặng do vi khuẩn và nấm, Ti SE và cs. gặp 29 mắt có thái loại mảnh ghép trong tổng số 92 mắt, chiếm tỷ lệ 31,5% [4].

Thải ghép xảy ra nhiều hơn ở những mắt có đường kính ghép lớn hoặc ghép lệch tâm. Do đặc

điểm của VLGM là tổn thương giác mạc có thể xảy ra ở bất cứ vị trí nào trên giác mạc và yêu cầu của phẫu thuật là phải lấy hết tổn thương (không giống như trong ghép quang học, chỉ cần giải phóng trực thị giác) nên có nhiều trường hợp phải ghép lệch tâm giác mạc. Tỷ lệ thải ghép giác mạc ở những mắt có mảnh ghép lệch tâm là 39,1%, cao hơn tỷ lệ thải ghép ở nhóm có mảnh ghép chính tâm (14,4%) có ý nghĩa thống kê. Ghép lệch tâm làm cho mảnh ghép nằm gần vùng rìa, nơi có nhiều mạch máu, cơ thể người nhận dễ dàng phát hiện và có phản ứng miễn dịch chống lại mảnh ghép [3].

Đường kính ghép lớn hơn hoặc bằng 9mm làm tăng đáng kể tỷ lệ thải ghép. Kết quả này cũng tương đồng với nhận định của một số tác giả khác. Nghiên cứu những mắt có đường kính ghép bằng hoặc lớn hơn 9mm (thời gian theo dõi trung bình là 23,2 tháng), Claerhout báo cáo tỷ lệ thải ghép là 40%; tỷ lệ mảnh ghép phục hồi sau điều trị là 50% (3/6 mắt) [1]. Đường kính ghép càng lớn làm cho mảnh ghép càng gần rìa, nơi có nhiều mạch máu và phản ứng thải ghép xảy ra nhiều hơn [3].

Sau khi điều trị bằng corticosteroid tại mắt và toàn thân, độ trong mảnh ghép phục hồi ở 11/24 mắt (45,8%). Như vậy, hơn 50% số mắt có thái loại giác mạc bị đục mảnh ghép, một thất bại về mặt

quang học (giác mạc mờ, đục). Kết quả điều trị thái ghép của các tác giả khác cũng hạn chế.

Thời điểm điều trị thái ghép có ý nghĩa quyết định đến sự phục hồi độ trong mảnh ghép. Nếu được chẩn đoán và điều trị kịp thời, độ trong của mảnh ghép có thể phục hồi trong hầu hết các trường hợp [4]. Tỷ lệ mảnh ghép trong hồi phục sau điều trị là 81,8% (9/11 mắt) ở nhóm bệnh nhân đến khám lại trong vòng 2 ngày, sau khi có phản ứng thái ghép. Tỷ lệ này cao hơn hẳn so với nhóm được điều trị muộn. Với những trường hợp này, mặc dù được điều trị tích cực nhưng độ trong mảnh ghép không hồi phục. Mảnh ghép mờ đục và giác mạc mất chức năng. Vì

vậy, thị lực của bệnh nhân sẽ giảm đi, thậm chí chỉ còn ở mức bóng bàn tay hoặc sáng tối (+).

## V. KẾT LUẬN

Thái mảnh ghép là một biến chứng thường gặp trong ghép giác mạc điều trị, xảy ra chủ yếu vào các tháng thứ 3-4 sau mổ. Tỷ lệ thái ghép là 18,9%. Đây là nguyên nhân gây thất bại ghép quan trọng, chiếm 20,6% trong tổng số các nguyên nhân gây đục mảnh ghép. Đường kính ghép lớn, ghép lệch tâm là yếu tố nguy cơ gây thái ghép. Phát hiện sớm và điều trị kịp thời là yếu tố quan trọng để mảnh ghép phục hồi sau thái ghép.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. CLAERHOURT I, BEELE H, VAN DE ABELE K, KESTELYN P. (2002): "Therapeutic Penetrating Keratoplasty: Clinical Outcome and Evolution of Endothelial Cell Density", *Cornea*, 21(7), pp. 637-642.
2. FICKER L A, KIRKNESS C, WRIGHT P (1993): "Prognosis for Keratoplasty in Acanthamoeba Keratitis", *Ophthalmology*, 100 (1), pp. 105-110.
3. PANDA A, VANATHI M, KUMAR A, DASH Y, PRIYA S (2007): "Corneal Graft Rejection", *Surv Ophthalmol*, 52 (4), pp. 375-396.
4. TI SE, SCOTT A, JANARDHANAN P, TAN DTH (2007): "Therapeutic Keratoplasty for Advanced Suppurative Keratitis", *Am J Ophthalmol*, 143 (5), pp. 755-762.
5. XIE L, DONG X, SHI W (2001): "Treatment of fungal keratitis by Penetrating keratoplasty", *Br J Ophthalmol*, 85 (9), pp. 1070-1074.

## SUMMARY

### CORNEAL REJECTION AFTER THERAPEUTIC KERATOPLASTY FOR SEVERE INFECTIOUS KERATITIS

**Objective:** to evaluate incidence, risk factors and treatment's result of corneal rejection after therapeutic keratoplasty.

**Patient and method:** study on 127 eyes with infectious perforated corneal ulcer treated with therapeutic keratoplasty. The position and diameter of graft, the delay of rejection's treatment, and treatment's result of rejection are recorded and analyzed.

**Results:** prevalence of corneal rejection is 18.9% with the average follow-up time of 24.7 months. Risk factors: large graft, exccentric graft. Prevalence of clear graft after treatment is 45.8%.

**Conclusion:** eliminating risk factors, early diagnosis and treatment of corneal rejection increase success rate of therapeutic keratoplasty for severe infectious corneal ulcer.

**Key words:** therapeutic keratoplasty, corneal rejection.

\* *Bài này đã được đăng tại: Tạp chí Y học Việt Nam, 347(1), tr. 16-19, 2008*

# VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM: CÁC PHƯƠNG PHÁP VÀ SỰ LỰA CHỌN ĐIỀU TRỊ

Vũ Thị Tuệ Khanh\*

Viêm loét giác mạc do nấm (VLGMN) là một bệnh nhiễm trùng giác mạc (GM) khó điều trị. Hiện nay, tỷ lệ VLGMN ngày càng tăng và khó điều trị hơn do vệ sinh môi trường kém, chế độ bảo hộ lao động kém và sự lạm dụng sử dụng các chế phẩm tra mắt có corticosteroid. Việc điều trị thường phải rất tích cực và kéo dài hàng tháng hay nhiều tháng. Sự thành công của việc điều trị là thanh toán được tác nhân gây bệnh, sau điều trị nhãn cầu được bảo tồn và không có các biến chứng nặng nề như hoại tử, thủng GM. VLGMN thường gặp ở các nước có khí hậu nóng và ẩm, có liên quan đến các sang chấn GM do đất, bụi, cành cây, lá cây. Ở các nước đang phát triển như: Ấn độ, Ne-pal, Bang-la-đet tỷ lệ bệnh này từ 20% đến 60%, tỷ lệ thấp hơn nhiều ở các nước phát triển như: Mỹ, Tây Âu (3%) [1, 2, 3]. Tại Bệnh viện Mắt Trung ương, theo thống kê trong 2 năm 2000 – 2001 có 343 trường hợp VLGMN (33%) trong tổng số 1038 trường hợp viêm loét giác mạc vào nằm viện, trong số này 39 mắt phải mức nội nhãn (11,4%) [4].

## TÁC NHÂN GÂY BỆNH

Khoảng hơn 105 loài nấm gây bệnh ở mắt, được chia làm 4 nhóm chính: (1) Nấm sợi có vách ngăn, không có sắc tố. (2) Nấm sợi có vách ngăn, có sắc tố. (3) Nấm sợi không vách ngăn. (4) Nấm men. Nhìn chung, nấm sợi khó chẩn đoán và khó điều trị hơn nấm men. Để chẩn đoán nấm sợi cần

các môi trường và điều kiện nuôi cấy đặc biệt và tỷ lệ âm tính giả cao. Tiến triển của bệnh cũng âm ỉ, từ từ phát triển rộng hơn và ở các lớp sâu của nhu mô GM. Hầu hết các trường hợp là VLGMN do nấm sợi. Tỷ lệ VLGMN do nấm men từ 0,7 – 1,1 % và thường là nhiễm nấm cơ hội [3, 5].

**Bảng 1. Các loại nấm gây viêm loét giác mạc**

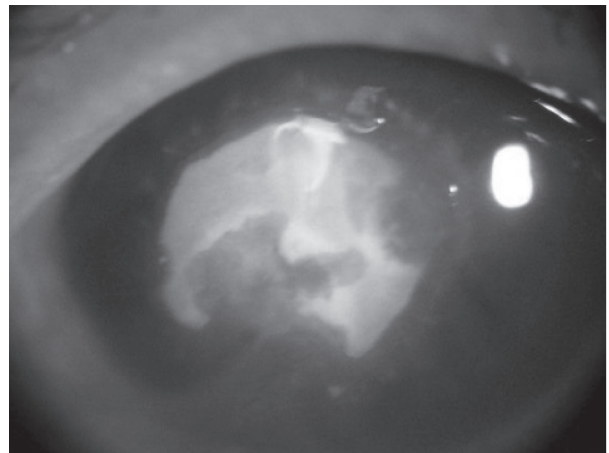
NẤM SỢI CÓ VÁCH NGĂN	
Không có sắc tố	Có sắc tố
<i>Fusarium</i>	<i>Curvularia</i>
<i>Aspergillus</i>	<i>Lasiodiplodia</i>
<i>Acremonium</i>	<i>Alternaria</i>
<i>Paecilomyces</i>	<i>Cladosporium</i>
<i>Penicillium</i>	<i>Celletotrichum</i>
NẤM SỢI KHÔNG CÓ VÁCH NGĂN	
<i>Rhizopus (mucormycosis)</i>	
NẤM MEN	
<i>Candida (albicans, parapsilosis, tropicalis, krusei)</i>	

\*Khoa Kết – Giác mạc, Bệnh viện Mắt Trung ương

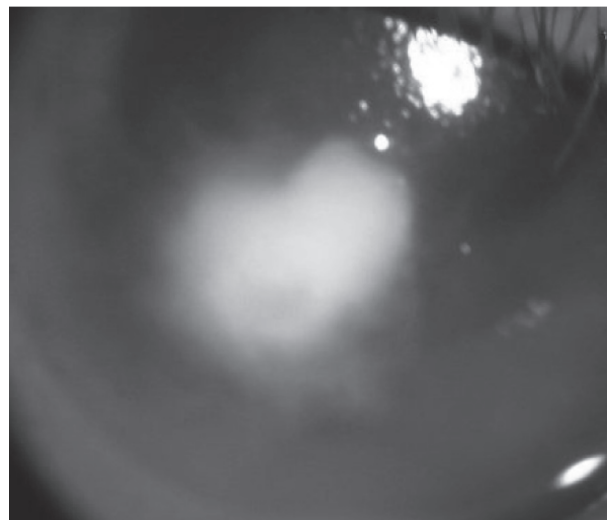
**BỆNH HỌC**

Sự xuất hiện bệnh VLGMN bao gồm các quá trình xảy ra liên tiếp: tác nhân gây bệnh là các sợi nấm bám dính lên bề mặt biểu mô GM bị tổn thương, sau đó xâm nhập, nhân lên và gây độc với nhu mô GM. Tổn thương GM có thể ở lớp nông, khoảng 1/3 lớp nhu mô trước của GM, dần dần ổ loét rộng ra, đáy của ổ loét hình thành mảng cứng, khô, gồ hơn lên so với bề mặt GM, có thể có màu nâu hoặc vàng. Nhưng cũng có thể sau khi bám dính lên bề mặt biểu mô GM tổn thương, các sợi nấm phân chia, đồng thời với ổ loét phát triển rộng hơn thì các sợi nấm xâm nhập vào lớp sâu hơn của nhu mô GM, tới màng Descemet và có thể tạo ra đám xuất tiết ở mặt sau GM, trên mống mắt và mặt trước thủy tinh thể. Trong một số trường hợp gây nên tăng nhãn áp do sự lưu thông của các sợi nấm trong tiền phòng cùng thủy dịch và nặng thì có thể gây viêm nội nhãn. Một số nghiên cứu thực nghiệm cho rằng chủng *Fusarium* gây hiện tượng ức chế nguyên bào sợi bằng sự tiết ra các độc tố như: nivalenol, độc tố T-2, deoxynivalenol, a-xit fusaric. Nghiên cứu khác chỉ rõ nấm *Fusarium solani*, *Aspergillus flavus* trên GM bệnh nhân có thể tiết ra các men proteinases, làm hoại tử tổ chức [3, 5]. Trong nghiên cứu về giải phẫu mô bệnh học của 167 mảnh GM trên mắt VLGMN, các tác giả đã chỉ ra không có mối liên quan giữa vị trí của các tổ chức viêm và vị trí của các sợi nấm gây bệnh. Tiêu bản giải phẫu mô bệnh học cho thấy rõ các sợi nấm nằm ở lớp nhu mô GM lành và nơi có nhiều chất hoại tử trên GM là nơi không còn tồn tại sợi nấm hoạt tính [6]. Ngoài ra, các sợi nấm còn có khả năng biến đổi hình thái để có thể thích nghi và tồn tại ở nơi tổn thương. Vách của các sợi nấm có thể dày lên tạo vỏ bọc bền vững với tác động của các thuốc chống nấm. Sự tổn thương hàng rào biểu mô GM, sự rối loạn của màng phim nước mắt, các bất thường về chất lượng và tần số chớp mắt là những điều kiện thuận lợi cho VLGMN

phát triển. Đặc biệt, nếu bệnh nhân đang trong quá trình điều trị một số bệnh tại mắt phải sử dụng kéo dài thuốc tra mắt có corticosteroid như: viêm loét giác mạc do vi-rut Herpes Simplex, viêm kết mạc dị ứng, hoặc bệnh nhân mắc bệnh tiểu đường, hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải cũng làm bệnh VLGMN nặng hơn và khó điều trị hơn [3, 5].

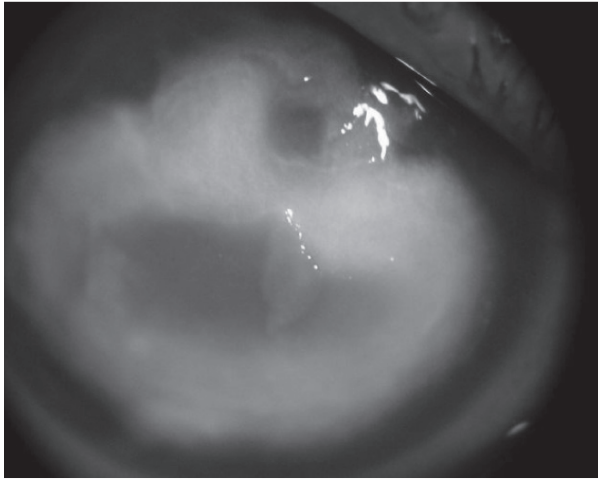


*Hình 1. Viêm loét giác mạc do nấm (Mảng thâm nhiễm trên bề mặt đáy ổ loét)*



*Hình 2. Viêm loét giác mạc do nấm (Thâm nhiễm sâu trong chiều dày nhu mô giác mạc)*





**Hình 3. Viêm loét giác mạc do nấm (Thâm nhiễm khoảng 1/2 nhu mô trước của giác mạc, màu nâu của nấm có sắc tố)**

### CÁC THUỐC ĐIỀU TRỊ VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM

Sự thành công của việc điều trị VLGMN bằng thuốc phụ thuộc vào bệnh được chẩn đoán sớm, cách sử dụng thuốc chống nấm như thế nào để đạt hiệu quả cao. Amphotericin là thuốc chống nấm đầu tiên được sử dụng cách đây 50 năm, nhưng đến thập niên 80 vẫn là thuốc chống nấm toàn thân duy nhất. Đến nay, thuốc chống nấm sử dụng trong điều trị VLGMN gồm hai nhóm thông dụng nhất: (1) Polyenes: Natamycin, Amphotericin. Cơ chế tác dụng: kết hợp với ergosterol và phá hủy màng tế bào. (2) Azoles: Itraconazole, Ketoconazole, Fluconazole và Voriconazole. Cơ chế tác dụng: ức chế sinh tổng hợp ergosterol làm gián đoạn sự hình thành màng tế bào. Voriconazole ức chế men cytochrome P-450 của nấm dẫn đến chết tế bào nấm. Hiện nay, nhóm các loại hợp chất ít được chỉ định: Polyhexamethylene biguanide, Chlorhexidine, Silver sulfadiazine [5, 7].

Hiệu quả của thuốc chống nấm trên lâm sàng liên quan mật thiết đến nồng độ, thời gian lưu lại của thuốc tại nơi tổn thương, đường dùng thuốc. Hơn nữa, thuốc chống nấm hiện nay đều là thuốc

ức chế sự phát triển của sợi nấm và thuốc có phân tử lượng lớn. Vì vậy, sự xâm nhập của thuốc vào nơi tổn thương GM rất khó khăn, đặc biệt nếu còn tồn tại lớp biểu mô GM.

#### **Natamycin**

Natamycin là thuốc chống nấm tra mắt được sử dụng đầu tiên và cho đến nay là thuốc tra mắt duy nhất sử dụng điều trị VLGMN được phê chuẩn của FDA, Mỹ. Natamycin 5%, dạng dịch treo (Natacyn® Alcon) có phổ tác dụng rộng với hầu hết các chủng nấm thường gặp, bám dính tốt trên bề mặt ổ loét, cho nên thời gian lưu thuốc kéo dài tại nơi tổn thương GM. Theo nghiên cứu thực nghiệm trên thỏ của O'Day D.M và cộng sự, nồng độ của natamycin trong nhu mô GM khi GM còn lớp biểu mô thấp hơn hàng nghìn lần so với khi GM mất lớp biểu mô [7]. Do đó, thuốc có tác dụng tốt trong các trường hợp tổn thương VLGMN ở lớp nhu mô trước của GM. Natamycin là thuốc lựa chọn hàng đầu trong điều trị VLGMN và có hiệu quả tốt trong các trường hợp như viêm củng mạc, loét kết mạc do nấm. Tác dụng không mong muốn khi sử dụng thuốc tra natamycin có thể gặp là tổn thương biểu mô GM dạng chấm.

#### **Amphotericin B**

Hiệu quả điều trị của Amphotericin B trên lâm sàng tốt đối với hầu hết các loại nấm, nhưng tác dụng tốt hơn nhiều lần đối với nấm men. Trong điều trị VLGMN hiện nay Amphotericin B được sử dụng dưới dạng dung dịch pha chế từ dạng thuốc tiêm, giữ trong lọ màu tối để tra tại mắt; nhỏ giọt liên tục vào mắt hoặc tẩm thuốc vào tẩm collagen đặt trên giác mạc liên tục khoảng 1 giờ với nồng độ từ 0,15 đến 0,3%; tiêm nhu mô GM; tiêm tiền phòng với nồng độ 7,5 – 10 µg/0,1 ml; tiêm dịch kính (1 – 5 µg/0,1 ml). Nhiều chuyên gia giác mạc đã báo cáo hiệu quả tốt của Amphotericin B bằng các đường dùng thuốc nêu trên. Tác dụng không mong muốn, khi sử dụng Amphotericin B tra mắt

kéo dài, có thể tổn thương biểu mô GM dạng chấm, khi tiêm tiền phòng là phản ứng gây xuất tiết tiền phòng, khi tiêm nội nhãn gây hoại tử hoặc bong võng mạc [TDT5]. Một số tác giả chỉ rõ hiệu quả của thuốc tra mắt Amphotericin B dạng nước và mỡ trong điều trị viêm củng mạc, viêm kết mạc, viêm loét giác mạc do nấm.

***Itraconazole***

Itraconazole (Sporal® Janssen - Cilag) là thuốc đầu tiên trong nhóm azoles có tác dụng vượt trội đối với các chủng nấm sợi, hiệu quả đặc biệt với chủng *Aspergillus*. Thuốc được sử dụng theo đường uống, liều 200 mg/ngày, uống 1 lần vào buổi sáng sau khi ăn. Tác dụng không mong muốn có thể là nôn, buồn nôn, nổi mẩn da, tăng men gan.

***Ketoconazole***

Ketoconazole có tác dụng tốt khi điều trị nấm toàn thân, tác dụng tốt với các loại nấm men. Liều sử dụng 200 – 400 mg/ngày, uống 1 lần khi ăn. Tác dụng không mong muốn có thể là nôn, buồn nôn, da mẩn đỏ, tăng men gan.

***Fluconazole***

Fluconazole có tác dụng rất tốt với các chủng nấm men, ít tác dụng với nấm sợi. Thuốc dạng viên và dạng tiêm tĩnh mạch, liều dùng 100 – 400 mg/ngày. Thuốc này gây độc tính nặng nề cho gan, tác dụng không mong muốn có thể là tổn thương niêm mạc dạ dày và ruột, da mẩn ngứa.

***Voriconazole***

Voriconazole là thuốc chống nấm mới được FDA phê chuẩn năm 2002. Khả năng dung nạp của thuốc rất cao qua đường uống, phổ tác dụng tốt với cả 2 chủng nấm sợi và nấm men và đặc biệt hiệu quả với các chủng: *Aspergillus*, *Fusarium*, *Dematiaceous*. Thuốc có 2 dạng trình bày là dạng viên và dạng tiêm tĩnh mạch. Liều thuốc uống trong ngày đầu tiên 400mg x 2 lần/ngày, liều duy trì 200 mg x 2 lần/ngày. Nếu tiêm tĩnh mạch liều khởi đầu 6 mg/kg x 2 lần, liều duy trì 3 mg/kg x 2 lần/ngày.

Các loại hợp chất sát khuẩn: *Polyhexamethylene biguanide (PHMB)*, *Chlorhexidine*, *Silver sulfadiazine*.

Các loại hợp chất ít được sử dụng trong điều trị nấm. Tác dụng chủ yếu như chất sát trùng đối với cả vi khuẩn, nấm, *Acanthamoeba*. PHMB đã từng được sử dụng ở bể bơi hoặc có trong thành phần chất bảo quản của thuốc tra mắt.

**CAN THIỆP NGOẠI KHOA TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM**

***Nạo biểu mô GM, nạo bề mặt GM hoặc đáy ổ loét***

Can thiệp này thực hiện hàng ngày trên máy sinh hiển vi khám bệnh, bằng dao số 15, tra thuốc tê bề mặt Dicain 1%. Mục đích loại bỏ cơ học các tổ chức hoại tử, sợi nấm trên bề mặt tổn thương và giúp cho thuốc tra mắt tăng khả năng thâm sâu hơn vào lớp nhu mô giác mạc.

***Gọt giác mạc***

Gọt giác mạc thực hiện dưới kính hiển vi phẫu thuật tại phòng mổ. Tra thuốc tê bề mặt, dùng dao đầu tròn gọt lớp GM tổn thương. Mục đích loại bỏ cơ học tổ chức hoại tử, sợi nấm ở sâu khoảng ½ nhu mô trước của GM. Kỹ thuật này chỉ định đặc biệt cho hình thái VLGMN với đáy ổ loét gồ cao hơn so với bề mặt GM.

***Keo dán GM***

Chỉ định trong trường hợp biến chứng của VLGMN như GM hoại tử, dọa thủng hoặc thủng nhỏ. Tuy nhiên lưu ý khi sử dụng keo dán GM sẽ cản trở sự xâm nhập của thuốc chống nấm vào sâu trong nhu mô GM và gây tăng phản ứng viêm, GM phù nặng hơn.

***Ghép màng ối nhiều lớp***

Phẫu thuật ghép màng ối nhiều lớp được chỉ định khi VLGMN đã ổn định, hết hoàn toàn thâm nhiễm trong nhu mô GM và kèm theo dọa thủng GM hoặc lỗ thủng < 3 mm.

***Khâu phủ kết mạc***

Khâu phủ kết mạc có thể chỉ định trong trường hợp VLGMN đã ổn định, có tổn thương GM khó hàn gắn, thủng hoặc dọa thủng GM ở gần rìa củng giác mạc. Tuy nhiên, tổ chức kết mạc dễ co rút cho nên tỷ lệ thành công của phẫu thuật thấp. Nếu kết quả phẫu thuật tốt thì bị hạn chế về mặt thẩm mỹ vì hình thành mộng giả.

### **Ghép giác mạc**

Trong tổng số các ca VLGMN, tỷ lệ từ 15 – 28% số mắt cần phải được ghép GM xuyên do thủng giác mạc rộng. Tại Singapore số liệu thống kê cho thấy tỷ lệ thủng GM sau VLGMN cao hơn 5 – 6 lần so với tỷ lệ thủng GM sau viêm loét GM do vi khuẩn. Đặc biệt, tỷ lệ thành công của phẫu thuật ghép GM xuyên điều trị VLGMN (20 – 70%) thấp hơn nhiều lần so với tỷ lệ thành công của phẫu thuật này điều trị viêm loét giác mạc do vi khuẩn (trên 70%) [8]. Hơn nữa, sau phẫu thuật việc sử dụng thuốc tra corticosteroid cần được cân nhắc rất cẩn thận, nếu không sẽ làm tái phát VLGMN rất nhanh và nặng nề. Số ít tác giả thực hiện ghép GM lớp sâu điều trị VLGMN với tổn thương trung bình hoặc tổn thương ở lớp nông của nhu mô GM. Một số ca thất bại và phải thực hiện ghép GM xuyên.

### **MỘT SỐ ĐIỀU CẦN CÂN NHẮC TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM LOÉT GIÁC MẠC DO NẤM**

Viêm loét GM do nấm là bệnh khó điều trị và là thách thức lớn đối với các chuyên gia về giác mạc. Khả năng xâm nhập vào nhu mô GM của các loại thuốc chống nấm tra mắt thấp vì phân tử lượng của thuốc lớn. Các nghiên cứu về phổ tác dụng của thuốc với các chủng nấm còn khác nhau giữa nghiên cứu trong phòng thí nghiệm và thực tế lâm sàng, cũng là sự hạn chế của việc điều trị thành công. Do đó, trong quá trình điều trị VLGMN, các vấn đề khó khăn thường gặp như lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp với mức độ nặng của bệnh,

cách sử dụng thuốc chống nấm và đặc biệt hơn với những trường hợp thâm nhiễm ở lớp sâu trong nhu mô GM. Tác dụng không mong muốn khi sử dụng thuốc chống nấm tra mắt là tổn thương biểu mô GM dạng chấm, kích thích và chảy nước mắt; khi dùng đường uống thì ảnh hưởng tới chức năng gan. Do đó, thuốc chống nấm chỉ nên được chỉ định khi có kết quả xét nghiệm vi sinh dương tính từ bệnh phẩm chất nạo ổ loét. Khi có dấu hiệu của bệnh tốt lên nên giảm liều thuốc, có thể cắt thuốc uống trước và kéo dài thời gian sử dụng thuốc tra khoảng 2 tuần sau khi đã khỏi bệnh nhưng với liều thấp. Mặt khác, giá của các loại thuốc đường uống, tiêm cao cho nên cần cân nhắc kỹ khi sử dụng. Ketoconazole đường uống giá thấp nhất nhưng độc tính cao hơn Itraconazole. Voriconazole là thuốc chống nấm mới, có hiệu quả điều trị tốt nhưng giá thành cao không phù hợp với bệnh nhân VLGMN, thường là những người sống ở vùng nông thôn và các nước đang phát triển.

Việc chỉ định điều trị một loại thuốc chống nấm tra mắt hoặc sử dụng phối hợp 2 loại thuốc nấm, một loại tra mắt và một loại uống không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Để chỉ định đường dùng thuốc phù hợp và thuốc được đưa vào tận nơi tổn thương cần xem xét độ sâu của thâm nhiễm GM. Với các trường hợp thâm nhiễm rộng và ở khoảng 1/2 nhu mô trước của GM thì việc tăng cường số lần tra thuốc, nhỏ giọt liên tục và kết hợp với nạo bề mặt ổ loét hoặc gọt GM mang lại hiệu quả cao. Trường hợp VLGMN có hiện tượng thâm nhiễm sâu trong chiều dày nhu mô giác mạc hoặc tác nhân gây bệnh đã tấn công vào trong tiền phòng, tiêm nhu mô GM hoặc tiêm tiền phòng bằng Amphotericin B có thể cân nhắc chỉ định vì hiện nay các chỉ định này còn trong giai đoạn nghiên cứu. Tiêm dưới kết mạc hiện nay ít được chỉ định vì gây độc tính, gây đau khi tiêm và kết quả nghiên cứu không có sự khác biệt.

Phẫu thuật ghép GM xuyên được chỉ định khi VLGMN không đáp ứng với điều trị nội khoa, bệnh có xu hướng lan về phía rìa GM, hoại tử thủng GM đe dọa đến sự bảo toàn nhãn cầu. Cần lưu ý trong khi thực hiện phẫu thuật phải loại trừ hết các phần GM bị thâm nhiễm, đặc biệt các ổ thâm nhiễm mới xuất hiện ở bờ ổ loét. Khi hiện tượng viêm trong tiền phòng nặng, hoại tử GM rộng, chỉ định rửa tiền phòng khi mở nhãn cầu hoặc tiêm tiền phòng sau khi đóng nhãn cầu bằng Amphotericin B cũng cho kết quả tốt [9, 10].

## KẾT LUẬN

Viêm loét giác mạc do nấm là một bệnh khó điều trị, cần được chẩn đoán sớm và chỉ định các phương pháp điều trị bằng thuốc với các cách dùng thuốc khác nhau và phối hợp với các can thiệp khác một cách phù hợp. Mục đích ưu tiên là thanh toán nhiễm trùng và bảo tồn nhãn cầu, ghép giác mạc xuyên điều trị VLGMN được chỉ định khi mắt có biến chứng thủng hoặc dọa thủng và không đáp ứng với điều trị nội khoa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. LIESEGANG TJ, FORSTER RK. Spectrum of microbial keratitis in South Florida. *Am J Ophthalmol* 1980. Vol 90: 38 – 47.
2. SHARMA S, SRINIVASAN M, GEORGE C. Current status of Fusarium species in mycotic keratitis in South India. *J Med Microbiol* 1993; 11:140 – 147.
3. UPADHYAY MP, KARMACHARYA PC, KOIRALA S, SMOLIN G ET AL. Epidemiologic Characteristics, predisposing factors, and etiologic diagnosis of corneal ulceration in Nepal. *Am J Ophthalmol* 1991; III: 92 – 9.
4. VŨ THỊ TUỆ KHANH, LÊ THỊ NGỌC LAN, HOÀNG THỊ MINH CHÂU. Đặc điểm lâm sàng của bệnh viêm loét giác mạc do nấm tại khoa Kết – Giác mạc BV Mắt TƯ. *Tạp chí Nghiên cứu Y học* 2006. Vol 41, N 2: 54 – 57.
5. EDUARDO C ALFONSO, RICHARD K. FORSTER, PRASHANT GARG, SAVITRI SHARMA. Chapter 16: Fungal infections. Section IV: Infectious diseases. *Textbook of The CORNEA Scientific Foundations & Clinical Practice, 4th Edition, Lippincott Williams & Wilkins* 2007, trang 405 - 425.
6. VEMUGANTI G.K, PRASHANT GARG, GOPINATHAN V, NADUVILATH T.J, JOHN R.K, BUDDI R, RAO G.N. Evaluation of agent and host factors in progression of mycotic keratitis. A histologic and microbiologic study of 167 corneal buttons. *Ophthalmology* 2002. Vol 109: 1538 – 1546.
7. O'DAY. D.M, HEAD. W.S, ROBINSON R.D, CLANTON J. A. Corneal penetration of topical Amphotericin B and Natamycin. *Curr. Eye Res*, 1986. Vol 5: 877 – 882.
8. WONG T. P, FONG K. S, TAN D. T. H. Risk factors and clinical outcome between fungal and bacterial keratitis. A comparative study 1997. *CLAO J*. Vol 23: 275 – 281.
9. VŨ THỊ TUỆ KHANH, PRASHANT GARG, PRAVEEN KRISHNA, VIRENDER SANGWAN. Ghép giác mạc xuyên điều trị viêm loét giác mạc do nấm: Thị lực sau mổ và sự toàn vẹn nhãn cầu. *Tạp chí Nhãn khoa Việt Nam* 2009. Vol 14: 34 – 39.
10. XIE L, DONG X, SHI W. Treatment of fungal keratitis by penetrating keratoplasty. *Br. J. Ophthalmol* 2001. Vol 85: 1070 -1074.

# NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP CO QUẮP MI

*Hoàng Cương\*, Nguyễn Đức Thành\**

## I. THÔNG TIN VỀ BỆNH NHÂN

**1. Hành chính:** bệnh nhân nữ, 60 tuổi, nội trợ.

**2. Lý do đến viện:** nhắm mắt không chủ động, cả hai bên, cảm giác khó chịu.

**3. Bệnh sử và tiền sử dùng thuốc:** đang đeo kính đọc sách, không có tiền sử chấn thương, không có bệnh tại mắt.

### 4. Thăm khám thực thể

- Thị lực:

\*Thị lực nhìn gần = 2/10

\*Có chỉnh kính = 10/10

\*Thị lực nhìn xa = 9/10

- Bán phần trước: bình thường (không có loét, không có khô mắt, không cương tụ).

- Bán phần sau: bình thường.

- Lông mi, lông mày: sa da mi người già, tăng trương lực cơ vòng mi, hẹp khe mi nhẹ.

- Điều kiện khởi phát: khi có ánh sáng mạnh, stress.

- Biểu hiện bệnh thuyên giảm khi tập trung vào việc gì đó.

### 5. Chẩn đoán

- Các BS chuyên ngành lão khoa và thần kinh:

+ Chẩn đoán: cơ cơ mặt, rối loạn trương lực cơ cùng mắt.

+ Các thuốc đã được kê: Apersone, Bonecare, Lomzi, Biolamine, Flavitol, Oxetol...

+ Kết quả: không có tiến bộ nào đáng kể.

- Chẩn đoán của chuyên khoa mắt: co quắp mi (Tic).

### 6. Điều trị chuyên khoa mắt

- Điều trị thuốc men: nước mắt nhân tạo, Magne B6, giãn cơ.

- Sau một tháng điều trị không có kết quả, BN được chuyển đi điều trị châm cứu nhưng cũng không có kết quả.

- Điều trị bằng phẫu thuật cắt bớt khối cơ vòng mi, phần mi và hốc mắt, kết quả khả quan.

## II. CO QUẮP MI THEO CÁC TÀI LIỆU THAM KHẢO ĐƯỢC

### 1. Định nghĩa theo Y văn

- Nháy mắt hoặc nháy mắt từng lúc: đó là những cử động co quắp có tính chất khu trú và thường xuyên, hay xảy ra với các cơ vùng mặt.

- Apraxia: không có khả năng làm các cử động có chủ đích trong khi không hề bị liệt cơ hay mất cảm giác.

- Co quắp mi: là một bệnh lý mạn tính đặc trưng bởi những cử động cơ cơ vô thức (tính lặp lại) hay tăng trương lực cơ vòng mi gây nhắm mắt cả hai bên (tính bền vững).

- Co cơ vùng mặt: là hội chứng đặc trưng bởi những co thắt cơ mang tính tự phát của một hay nhiều cơ ở một phía của mặt.

### 2. Dịch tễ học

- Hay phát triển trên người > 50 tuổi.

- Tỷ suất nữ so với nam: 2:1.

\*Khoa Chấn thương, Bệnh viện Mắt Trung ương

- Tỷ lệ mắc trong quần thể: 5/100.000.

### 3. Đặc điểm lâm sàng

- Cảm giác chủ quan:

- + Khó chịu, cảm giác có sạn ở trong mắt.
- + Nháy mắt quá nhiều, đôi khi thấy mi bị co chặt.
- + Các cử động vô thức của mi mắt gây nhắm mắt, tăng dần về cuối ngày.
- Điều kiện khởi phát: khi đọc, khi nói chuyện, khi gặp ánh sáng mạnh, stress hay lái xe.
- Triệu chứng nhẹ đi khi: trời tối, khi hát hay nhai, khi tập trung vào việc gì đó.
- Mắt động tác mở mắt tự chủ (apraxia): giảm thiểu hoặc mất khả năng mở mắt có chủ đích.
- Một số trường hợp co quắp mi có thể dẫn tới mù chức năng. Một vài hoạt động thường ngày có thể bị ảnh hưởng như: đọc sách, xem TV, lái xe.

### 4. Nguyên nhân

- Co quắp mi chủ yếu là do những rối loạn chức năng nhưng ngày nay được coi là những biểu hiện rối loạn trương lực cơ xuất phát từ não bộ.
- Con kiêu Bravais-Jackson: co thắt cơ vòng mi, tăng tiết nước mắt sau liệt VII.
- Bệnh do thầy thuốc gây nên: thuốc chống phân bào, nhóm levodopa...
- Hội chứng Meige hay rối loạn trương lực cơ vùng đầu cổ.
- Các bệnh lý thoái hóa thần kinh: Parkinson, Wilson, Huntington.
- Co quắp phản xạ: do khô mắt, loét giác mạc...

### 5. Chẩn đoán phân biệt và biến chứng

- Điểm mấu chốt để chẩn đoán phân biệt với co cơ mặt: chỉ xảy ra ở một bên, còn co quắp mi xảy ra ở cả hai bên.
- Biến chứng: sa da mi, quặm, lật mi, bất thường về phim nước mắt.

### 6. Xếp loại của Lindeboom

- Độ 0: không có bệnh.

- Độ I: nháy mắt nhiều.

- Độ II: nháy mắt ngắt quãng, trong thời gian ngắn.

- Độ III: nháy mắt thường xuyên, gây khó chịu cho BN.

- Độ IV: nháy mắt liên tục.

### 7. Tiến triển

- Khởi tự nhiên: 3%-11%.
- Vẫn tồn tại sau 1 đến 5 năm.
- Mù thoáng qua: 15%.

### 8. Điều trị

- Tiêm Botulinum: độc tố Botulinum type A pha loãng có thể gây liệt tạm thời cơ vòng mi do ức chế phân giải Acetylcholine.
- Tiêm 2-5 UI BOTOX (0,1ml) vào các điểm riêng biệt vùng quanh mắt bên tổn thương. Khoảng 4-6 tháng phải tiêm nhắc lại.
- Kết quả cho thấy: rất tốt 84%, giảm 7%, thất bại 9 %.
- Thuốc giãn cơ và thuốc an thần có thể được kê toa nhưng tác dụng còn đang gây tranh cãi: Benzodiazepin, GABAergics.
- Phẫu thuật cắt cơ vòng mi cho tỷ lệ thành công khoảng 70% sau lần phẫu thuật đầu tiên.
- Cắt dây VII chọn lọc, tỷ lệ tái phát là 30%.

### III. BÀN LUẬN

- Co quắp mi tuy là bệnh hiếm nhưng vẫn có thể gặp và sẽ gặp nhiều do: tuổi thọ tăng, dân trí cao, các nguyên nhân đi khám mắt ngày càng phong phú...
- Co quắp mi cũng là bệnh dễ bị bỏ qua bởi không có gì đặc biệt khi khám mắt, bệnh nhân có thể đến khám thần kinh-lão khoa-nhãn khoa.
- Điều trị thuốc men thường thất bại, dùng BOTOX ở nước ta còn dè dặt, phẫu thuật chỉ thực hiện được ở môi trường nhãn khoa với cân nhắc kỹ lưỡng.
- Chưa có phương pháp điều trị tối ưu do vậy vẫn cần nghiên cứu tiếp.

#### IV. KẾT LUẬN

- Co quắp mi, co quắp nửa mặt, hội chứng Meige's là những bệnh hiếm và mãn tính ở những năm 80, có thể coi là những bệnh “mòôi” vì không được quan tâm và không có phương pháp chữa trị.
- Ngày nay bệnh được quan tâm hơn, tiêm BOTOX và phẫu thuật có vẻ là những phương thức điều trị có hiệu quả.



*Hình 1. Bệnh nhân bị co quắp mi nặng mặc dù đã đeo kính râm để lóa, chống chói*



*Hình 2. Khám bằng sinh hiển vi, test Fluor(-), giác mạc và bán phần trước bình thường*

# MỘT TRƯỜNG HỢP DỊ VẬT KIM TRONG LỆ ĐẠO

*Phạm Ngọc Đông\**

## TÓM TẮT

Một cháu bé 1,5 tháng tuổi được chẩn đoán tắc ống lệ mũi bẩm sinh. Trẻ được thông lệ đạo, sau khi thông thì kim gãy trong ống lệ mũi. Sau 5 ngày theo dõi, kim theo phân, tự thoát ra ngoài qua đường tiêu hóa. Chụp phim lại thì không còn thấy kim trong lệ đạo. Việc thông lệ đạo sớm là không cần thiết và còn làm khó khăn trong việc xử trí biến chứng. Các hình thái tắc lệ đạo bẩm sinh, chỉ định thông lệ đạo, tuổi thông lệ đạo cũng được đề cập và bàn luận.

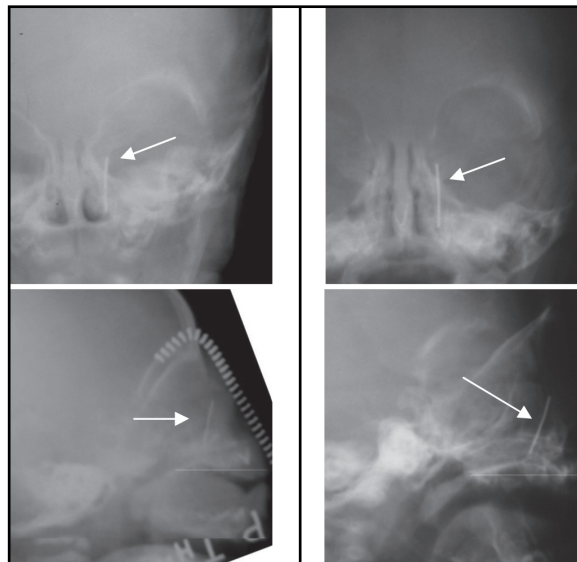
**Từ khóa:** tắc ống lệ mũi bẩm sinh.

## MÔ TẢ LÂM SÀNG

Tháng 12 năm 2007, bệnh nhân Nguyễn Thị H, 1,5 tháng tuổi được Bệnh viện Mắt Nam Định chuyển đến Bệnh viện Mắt Trung ương với chẩn đoán dị vật kim trong lệ đạo MT.

Bệnh sử: sau đẻ 5 tuần, gia đình phát hiện mắt cháu ướt, thường xuyên đỏ và có chất tiết, rỉ mắt. Gia đình đưa cháu đến khám tại trung tâm y tế huyện. Tại đây, bác sỹ chuyên khoa mắt đã

thông lệ đạo 2 mắt cho cháu, mỗi ngày thông 1 lần, liên tục trong 3 ngày. Khi thông mắt trái lần 3, khi rút kim ra thì kim lệ đạo gãy tại phần nối với đốc kim, phần kim gãy nằm lưu trong lệ đạo. Bệnh nhân được chuyển đến Bệnh viện Mắt tỉnh Nam Định. Kết quả chụp phim cho thấy có dị vật kim loại trong lệ đạo. Bệnh nhân được chuyển tới Bệnh viện Mắt Trung ương.



1 ngày sau gãy kim      3 ngày sau gãy kim

**Hình 1. Hình ảnh dị vật kim trên phim X quang**

\*Bệnh viện Mắt Trung ương



Tại Bệnh viện Mắt Trung ương, bệnh nhân được chụp X quang để kiểm tra lại, khẳng định có dị vật trong lệ đạo. Vị trí dị vật không thay đổi đáng kể gì so với phim chụp ngay khi gãy kim (3 ngày trước đó) (xem hình 1). Bệnh nhân được điều trị bằng kháng sinh tra mắt, kháng sinh toàn thân và hội chẩn liên khoa Mắt, Tai, Mũi. Họng, Gây mê hồi sức Nhi và cùng thống nhất:

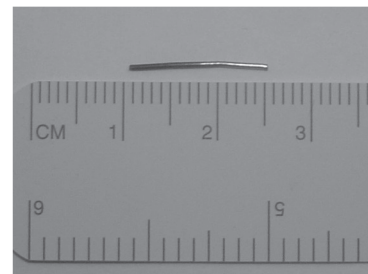
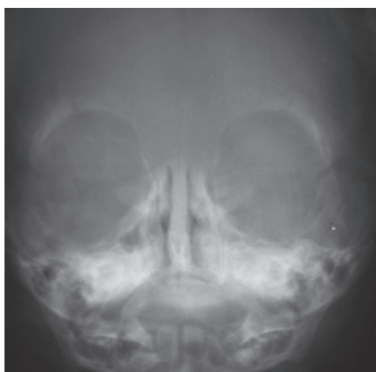
- Cần lấy dị vật ra khỏi lệ đạo. Vì không quan sát thấy kim lệ đạo ở đầu dưới ống lệ mũi nên việc lấy dị vật qua nội soi mũi là khó khăn. Nếu muốn lấy qua đường này thì sẽ làm tổn thương ống lệ mũi, có nguy cơ làm tắc ống lệ mũi sau này. Có thể phẫu thuật mở túi lệ, sau đó tìm đầu kim và rút kim ra.

Việc phẫu thuật không quá phức tạp nhưng có nguy cơ làm tắc lệ đạo của trẻ.

- Trẻ đang ở giai đoạn giảm prothrombin sinh lý. Do vậy nếu làm phẫu thuật thì nguy cơ chảy máu là rất cao, khả năng truyền máu và hồi sức cho trẻ sẽ phức tạp hơn.

Trước tình hình này, việc phẫu thuật lấy dị vật cho trẻ được cân nhắc kỹ lưỡng để hạn chế tối đa các biến chứng có thể.

Sau hai ngày nghỉ cuối tuần, sáng thứ hai, mẹ của cháu bé phần khởi thông báo: đã tìm thấy kim trong phân của cháu ngày hôm chủ nhật (sau khi gãy kim 5 ngày). Kết quả chụp phim khẳng định điều này: không còn dị vật trong lệ đạo (hình 2).



Không thấy kim trên phim chụp

Kim thoát ra ngoài

**Hình 2. Chụp kiểm tra sau khi kim tự thoát ra ngoài**

## BÀN LUẬN

Rất may mắn cho bệnh nhân là kim đã tự thoát ra ngoài. Chỉ có một cách giải thích duy nhất là kim đã tự thoát qua ống lệ mũi, xuống mũi, miệng, qua đường tiêu hóa rồi ra ngoài theo phân. Mặc dù trong 3 ngày đầu, vị trí kim hầu như không thay đổi (hình 1), kim không di chuyển nhưng trong hai ngày thứ 4 và thứ 5, kim đã đi một chặng đường dài, thoát qua lệ đạo và hệ tiêu hóa. Khả năng di chuyển của dị vật kim là có, đã được các nhà ngoại khoa nhắc tới. Tuy nhiên, trong trường hợp này, điều kỳ diệu là kim hoàn toàn đi theo đường tự nhiên, không rơi vào đường thở, không chọc vào thành ống tiêu hóa

và thoát ra ngoài. Sự may mắn này đã giúp cho cả thầy thuốc và bệnh nhân tránh được một cuộc phẫu thuật có nhiều nguy cơ đối với toàn thân cũng như gây tổn thương cho lệ đạo. Sau khi kim thoát ra, bệnh nhân hết chảy nước mắt, lệ đạo thông.

Tắc ống lệ mũi là bệnh rất thường gặp ở trẻ em. Trong quá trình hình thành phát triển phôi thai, vào tuần thứ 6, bắt đầu hình thành lệ đạo. Ban đầu các tế bào ở túi lệ dày hơn các tế bào ở bất kỳ các vùng nào khác của hệ thống lệ. Quá trình ống hóa được xảy ra đầu tiên ở túi lệ, sau đó lan ra phía lệ quản và ống lệ mũi. Quá trình ống hóa này phát triển cho tới cả sau khi đẻ. Ngay sau đẻ, có tới 50%

số trẻ bị tắc ống lệ mũi. Tuy nhiên, do quá trình ống hóa vẫn tiếp tục nên ống lệ mũi thông dần, chỉ còn 2%-6% số trẻ còn tắc, biểu hiện lâm sàng bằng chảy nước mắt vào tuần thứ 3-4 sau đẻ [1].

Nguyên nhân tắc lệ đạo chủ yếu là do còn tồn lưu một màng tắc ở đoạn cuối ống lệ mũi, gần van Hasner hoặc ứ đọng các chất nhầy trong lệ đạo. Một số rất ít các trường hợp tắc là do các bất thường về xương của ống lệ mũi [2]. Phần lớn các trường hợp tắc ống lệ mũi đều tự khỏi mà không cần can thiệp thông lệ đạo. Với những trường hợp không tự khỏi thì cần được điều trị để phục hồi chức năng lệ đạo.

Điều trị tắc ống lệ mũi bẩm sinh tùy theo tuổi của trẻ, mức độ tắc cũng như tình trạng nhiễm trùng thứ phát. Các tác giả đều thống nhất chỉ nên day nắn vùng túi lệ, dùng kháng sinh tra tại chỗ chứ không nên thông lệ đạo sớm. Tuy nhiên, quan điểm của các tác giả về thời điểm thông lệ đạo không giống nhau. Có tác giả cho rằng nên chờ ít nhất 10-12 tháng trước khi thông lệ đạo để lệ đạo có thể tự thông. Tuy nhiên đa số các tác giả cho rằng, thời điểm thông lệ đạo thích hợp nhất là khi trẻ được 6 tháng đến một năm tuổi [1, 4, 5].

Nếu thông muộn hơn, tỷ lệ thành công sẽ giảm đi vì lúc này, quá trình viêm nhiễm đã lâu, ống lệ mũi bị xơ, dính. Thời điểm thông này phụ

thuộc vào tình trạng viêm túi lệ kèm theo, thông lệ đạo gây mê hoặc gây tê [5]. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, đối với bệnh nhi ở nước ta, do tắc lệ đạo thường kèm theo viêm túi lệ, việc thông lệ đạo nên thực hiện sớm hơn. Tuổi thông tốt nhất là khi trẻ được 4 tháng tuổi, dao động từ 2 đến 6 tháng tuổi. Nếu trẻ có viêm túi lệ nhiều, nên thông sớm để giải phóng chỗ tắc, làm hết viêm túi lệ. Thông trong thời gian này thuận tiện hơn vì trẻ còn nhỏ, dễ cố định đầu của trẻ khi làm thủ thuật. Không nên thông lệ đạo sớm hơn (trước 2 tháng tuổi) vì trong thời gian này tắc ống lệ mũi có thể tự thông. Hơn nữa trong giai đoạn này, trẻ còn rất nhỏ, thông lệ đạo dễ xảy ra các tai biến như rách lệ quản, thông lạc đường.

## **KẾT LUẬN**

Trong trường hợp bệnh nhân H, việc thông lệ đạo lúc trẻ được 1,5 tháng tuổi là không cần thiết vì lệ đạo có thể tự thông khi trẻ lớn hơn. Do bác sỹ thông không đúng kỹ thuật, lại dùng kim quá cũ nên xảy ra biến chứng gãy kim, một biến chứng rất hy hữu trong nhãn khoa. Vì vậy, cần có chỉ định chặt chẽ hơn, cũng như cần phải kiểm tra dụng cụ trước khi làm thủ thuật để có thể hạn chế được tối đa các biến chứng có thể xảy ra.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. JEFFREY JEY HURWITZ: Embryology of the Lacrimal Drainage System, *Chapter 2 in The Lacrimal System*, Lippincott-Raven Publisher – 1996.
2. JANE OLVER: Colour Atlas of Lacrimal Surgery, *BH-2002*.
3. LACRIMAL SYSTEM, Basis and Clinical Science Coures, *American Academy of Ophthalmology 2004-2005*.
4. HONAVAR SG, PRAKASH VE, RAO GN: Outcome of probing for congenital nasolacrimal duct obstruction in older children. *Am J Ophthalmol. 2000 Jul;130 (1):42-8*.
5. ROBB RM: Success rates of nasolacrimal duct probing at time intervals after 1 year of age. *Ophthalmology. 1998 Jul;105(7):1307-9*.

# NHỮNG ĐIỂM NỔI BẬT TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH BỀ MẶT NHÃN CẦU: CÁC TRANH LUẬN TẠI HỘI THẢO BỀ MẶT NHÃN CẦU

Lược dịch: *Đỗ Tuyết Nhung\**, *Phạm Thị Khánh Vân\**

*Emerging treatment paradigms of ocular surface disease: proceedings of the Ocular Surface Workshop*

*M Rolando, G Geerling, H S Dua, J M Benítez-del-Castillo, C Creuzot-Garcher*

## MỞ ĐẦU

Mục tiêu hội thảo “Bề mặt nhãn cầu” tại Rome nước Ý, 6/2/2009 nhằm nâng cao kiến thức, hiểu biết về các bệnh bề mặt nhãn cầu (OSD) thông qua việc khảo sát tính phổ biến cũng như tính phức tạp trong điều trị bệnh này tại châu Âu. Các tranh luận tại hội thảo được hy vọng sẽ mang tính xây dựng và việc trao đổi các kỹ năng cũng như kinh nghiệm lâm sàng sẽ góp phần xây dựng hướng điều trị hiệu quả hơn trong tương lai.

Bệnh bề mặt nhãn cầu (OSD: Ocular Surface Disease) bao gồm các tình trạng viêm nhiễm tại mắt như các bệnh bờ mi (viêm bờ mi do tụ cầu, do tăng tiết bã nhờn, viêm tuyến Meibomius), khô mắt, các bất thường của biểu mô, khuyết biểu mô khó liền, mộng.. OSD cũng bao gồm bất kỳ tình trạng nào là hậu quả của việc rối loạn phim nước mắt, gây ra khó chịu tại mắt và dẫn tới giảm thị lực. OSD liên quan tới những vấn đề thuộc cấu trúc hoặc chức năng của mi mắt, kết mạc, giác mạc cũng như phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của từng trường hợp cụ thể. Bệnh nhân OSD có thể bị tăng nguy cơ nhiễm trùng thứ phát hoặc mạn tính. Hai bệnh thuộc nhóm bệnh bề mặt nhãn cầu hay gặp nhất là rối loạn phim nước mắt và viêm tuyến bờ mi.

“Khô mắt” đặc trưng bởi sự giảm tiết nước mắt kết hợp với bệnh toàn thân (đặc biệt trong hội chứng Sjögren) hoặc chứng rối loạn nước mắt nguyên phát do nhiều nguyên nhân khác. Vai trò quan trọng của sự mất hơi nước trên màng phim nước mắt là làm tăng

thêm sự rối loạn của nước mắt, thường liên quan tới rối loạn chức năng tuyến Meibomius (MGD: Meibomian Gland Dysfunction), tiếp đó là sự thiếu hụt lipid trong phim nước mắt.

Gần đây, hội thảo Khô mắt Quốc tế (DEWS) đã đưa ra phân loại khô mắt khá dễ áp dụng. Tuy nhiên, nếu nhược điểm của phân loại này là trên lâm sàng không khẳng định được sự thiếu lipid không chỉ do viêm tuyến Meibomius cùng một vài nhầm lẫn khác trong phân loại OSD.

Các bác sỹ nhãn khoa châu Âu đều thống nhất rằng muốn quản lý OSD tốt phải dựa trên theo dõi lâm sàng và chẩn đoán phải trên cơ sở tìm nguyên nhân. Việc theo dõi lâm sàng sát sao, chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời có thể ngăn ngừa hoặc giảm thiểu tác động xấu của OSD tới chất lượng cuộc sống, giảm thị lực và nguy cơ phải can thiệp phẫu thuật. Đặc biệt các rối loạn của mi mắt như viêm bờ mi là triệu chứng rất thường gặp trong OSD. Viêm bờ mi có thể dễ dàng nhận ra và phân loại. Tuy nhiên, đây chỉ là chẩn đoán nói chung, một khi được phát hiện, các nguy cơ tiềm ẩn thường được các bác sỹ chuyên khoa cân nhắc cẩn thận. Việc nhận ra các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân tùy từng tình huống sẽ giúp đưa ra các lời tư vấn phòng bệnh tốt, điều trị kịp thời, đem lại chất lượng và hiệu quả điều trị tốt nhất

## DỊCH TẾ

Các thống kê gần đây cho thấy tỉ lệ khô mắt ở mức thấp 5% đã tăng lên hơn 30% trong số các bệnh

\**Bệnh viện Mắt Trung ương*

mắt thường gặp hiện nay trên thế giới. Hơn nửa số bệnh nhân đang điều trị khô mắt tại Đức, Ý, Thụy Điển và Anh ở độ tuổi từ 45 đến 64. Đa số bệnh nhân ở châu Âu là phụ nữ (58% bệnh nhân tại Đức, 70% tại Pháp, Ý, Thụy Sĩ, Thụy Điển, Anh). Do hiểu biết về dịch tễ cũng như bệnh học của OSD ngày càng cụ thể, rõ ràng nên phân loại bệnh cũng đang dần thay đổi.

## CÁC THÀNH PHẦN CỦA BỀ MẶT NHÃN CẦU

Bề mặt nhãn cầu bao gồm: phim nước mắt, giác mạc, vùng rìa, kết mạc, tuyến lệ và lệ đạo. Bề mặt nhãn cầu khỏe mạnh nhờ khả năng phản ứng với các kích thích của môi trường bên trong và bên ngoài cơ thể. Phim nước mắt chính là một bộ phận quan trọng của hệ thống này. Phim nước mắt bao gồm nhiều lớp: lớp nhầy do các tế bào của biểu mô kết giác mạc tiết ra. Lớp nước ở giữa gồm các thành phần nuôi dưỡng, bảo vệ và làm sạch từ tuyến lệ. Cuối cùng là lớp mỡ tiết từ các tuyến Meibomius của mi mắt, vai trò bảo đảm chất lượng thị lực và ngăn ngừa sự bay hơi nước. Phim nước mắt được dàn đều trên bề mặt nhãn cầu nhờ hiện tượng chớp mắt. Nếu bất kỳ lớp nào của màn phim nước mắt bị phá vỡ hoặc biến đổi thì toàn bộ phim nước mắt sẽ bị ảnh hưởng và hậu quả dẫn tới OSD. Khả năng hồi phục và bền vững của phim nước mắt bảo đảm sự tồn tại của tế bào biểu mô: sinh ra, phát triển, di chuyển và bong ra. Nói một cách khác, glycoprotein của biểu mô là một yếu tố không thể thiếu được, bảo đảm sự ổn định của phim nước mắt và chức năng của bề mặt nhãn cầu.

## HỘI CHỨNG RỐI LOẠN NƯỚC MẮT

Những bất thường của phim nước mắt thường gặp trong OSD là do sự thiếu hụt của nước mắt (sản xuất không đủ hoặc mất đi quá nhiều) và sự bất thường trong thành phần nước mắt. Mất cân bằng giữa bề mặt nhãn cầu và phim nước mắt có thể gây ra OSD, dẫn tới viêm nhiễm, gây tổn hại tế bào, từ đó tạo nên vòng xoắn bệnh lý. Lớp lipid có thể bị phân hủy do các vi khuẩn trên bề mặt nhãn cầu, sinh ra các gốc axit béo tự do, làm mất tính ổn định của phim nước mắt gây ra khô mắt. Sự giảm nhạy cảm của thần kinh trên bề

mặt nhãn cầu hậu quả sau phẫu thuật khúc xạ, tuổi tác, viêm mạn tính và có thể làm xuất hiện các tự kháng thể chống lại những kháng nguyên muscarinic tùy mức độ. Hội chứng rối loạn phim nước mắt hay khô mắt là bệnh lý phối hợp liên quan tới tình trạng kích thích nhãn cầu và viêm nhiễm. Sự thay đổi thành phần nước mắt kèm theo sự tăng thâm thấu, tăng hoặc biến đổi trong thành phần gồm có cytokines, chemokines, metalloproteinases và tế bào T trong kết mạc chính là nguyên nhân gây ra triệu chứng kích thích, khó chịu, tổn thương biểu mô bề mặt nhãn cầu, sự biến đổi của hàng rào biểu mô giác mạc ở những bệnh nhân khô mắt. Các triệu chứng khác kèm theo như: bông rớt, nhức nhối, cảm giác cộm như có cát trong mắt, cảm giác có dị vật và đôi khi là chảy nước mắt rất nhiều.

Những hiểu biết rõ hơn về: nguyên nhân, dấu hiệu, triệu chứng của khô mắt cho thấy đôi mắt khỏe mạnh, luôn cảm thấy dễ chịu không chỉ phụ thuộc vào số lượng mà còn ở chất lượng nước mắt, từ đó cho thấy vai trò quan trọng của tế bào biểu mô đối với sự tạo thành và ổn định phim nước mắt. Glycoprotein tạo ra từ tế bào biểu mô giữ vị trí hết sức quan trọng đối với tính ổn định này. Khi phim nước mắt bị rối loạn, các tế bào bề mặt nhãn cầu sản xuất ra protein tiền viêm, từ đó dẫn tới sự bất thường biểu mô và ngừng sản sinh chất nhầy. Khô mắt hay OSD luôn đi cùng với các biến chứng của bệnh bờ mi, viêm bờ mi trước, viêm bờ mi sau hoặc rối loạn chức năng tuyến Meibomius (MGD), viêm kết mạc, sử dụng kính sát tròng hoặc phẫu thuật mắt. Những người đeo kính áp tròng sẽ bị tăng nguy cơ chấn thương và nhiễm khuẩn thứ phát. Các phẫu thuật nhãn cầu như: mổ thể thủy tinh, glôcôm, phẫu thuật dịch kính có thể gây ra các tổn thương do phẫu thuật và khởi động phản ứng viêm gây tổn thương phim nước mắt và lớp biểu mô bề mặt. Hơn nữa, những bệnh nhân có bất thường tại bề mặt nhãn cầu hoặc thiếu nước mắt có thể bị những kích thích mắt dữ dội sau phẫu thuật.

Khô mắt hay rối loạn phim nước mắt thường gặp ở lứa tuổi trung niên, tuy nhiên, những trường hợp khô mắt nặng có thể sẽ nặng hơn sau phẫu thuật khúc xạ excimer hoặc lasik. Trong các phẫu thuật này, các sợi thần kinh trong giác mạc bị cắt đứt và cảm giác giác

mạc giảm, hậu quả là tuyến lệ sẽ sản xuất ít nước mắt hơn, giảm khả năng bảo vệ, hỗ trợ và bôi trơn cho bề mặt nhãn cầu.

Bề mặt nhãn cầu có thể bị tổn thương do nhiều nguyên nhân: hóa chất, nhiệt, viêm nhiễm, sẹo (hội chứng Stevens-Johnson, sẹo trong Pemphigoid...). Sự phát triển nhanh bất thường của tế bào biểu mô trên bề mặt giác mạc, tân mạch... cũng dẫn tới giảm thị lực thậm chí mù lòa. Tiêu chuẩn phân loại, phân biệt các nguyên nhân, dấu hiệu và triệu chứng của OSD vì thế vẫn còn nhiều thay đổi. Sự rối loạn phim nước mắt hầu hết đều dẫn tới biến đổi chất lượng hoặc dần trải không đều nước mắt. Những hiểu biết rõ hơn về vấn đề này sẽ giúp cho việc theo dõi, đánh giá và lên kế hoạch điều trị cụ thể.

Trên cơ sở bệnh học của hội chứng rối loạn phim nước mắt, OSD được chia ra thành các bệnh có liên quan và không liên quan tới rối loạn phim nước mắt. Nguyên nhân nhóm bệnh liên quan tới rối loạn phim nước mắt có thể kể tới yếu tố môi trường như: hội chứng Sjögren, mắt phản xạ, tổn thương tuyến Meibomius, giảm tần số chớp mắt, thiếu vitamin, đeo kính áp tròng, dị ứng, độ ẩm thấp, tốc độ gió cao, bệnh nghề nghiệp do môi trường, tuổi tác và sự thay đổi học môn. Một số trong những yếu tố này sẽ dẫn tới giảm tiết nước mắt trong khi đó lượng nước mắt bay hơi khỏi bề mặt nhãn cầu nhanh và mạnh hơn bình thường. Tóm lại, hội chứng rối loạn phim nước mắt được phân loại thành: Khô mắt do mất hơi nước (EDE: Evaporative Dry Eye) và Khô mắt do thiếu nước mắt (ADDE: Aqueous-Deficient Dry Eye). Ngoài ra, EDE còn được chia nhỏ hơn dựa vào các nguyên nhân nguyên phát (như yếu tố của bờ mi, bề mặt nhãn cầu và những yếu tố khác). ADDE lại được cho là chủ yếu do sự giảm tiết của tuyến nước mắt. Mặc dù căn nguyên của hội chứng rối loạn phim nước mắt có thể do bất cứ yếu tố cụ thể nào thì phân loại này vẫn có thể thay đổi, yếu tố này vẫn có thể dẫn tới một yếu tố khác từ đó dẫn tới các dạng khác nhau của OSD.

OSD có thể tác động nhiều đến thị lực và chất lượng cuộc sống cũng như tới sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân, bao gồm cả về mặt kinh tế và xã hội. Thêm vào đó, tình trạng viêm nhiễm phối hợp càng làm cho

OSD phức tạp hơn nếu không được điều trị, đó là: đau, sợ ánh sáng, tăng nguy cơ thái loại mảnh ghép giác mạc, thất bại sau phẫu thuật glôcôm... Nếu không điều trị viêm nhiễm sẽ làm tổn thương nặng hơn tuyến lệ, tế bào biểu mô và phim nước mắt.

Điểm nhấn tại cuộc hội thảo này nhằm đem lại các kiến thức và hiểu biết rõ ràng, cụ thể và chính xác hơn về OSD thông qua những các nghiên cứu, các trao đổi, chia sẻ kinh nghiệm cũng như phương hướng cụ thể trong điều trị bệnh OSD tại toàn châu Âu.

### THUẬT NGỮ “KHÔ MẮT” CÓ ĐÚNG KHÔNG?

Giáo sư Maurizio Rolando (Đại học Genoa, Ý) đã mở đầu cuộc hội thảo với câu hỏi: Thuật ngữ “Khô mắt” có đúng không?”. Sau đó ông giải thích rằng không phải tất cả các trường hợp khô mắt thì đều có nghĩa là “khô” trên bề mặt. Một vài trường hợp khô mắt là giảm tiết nước mắt nhưng một số khác lại là vấn đề về lớp nhày hoặc lớp mỡ. Sự bất thường trong thành phần nước mắt hoặc lớp biểu mô bề mặt không đủ ẩm sẽ dẫn tới sự không ổn định của phim nước mắt và viêm nhiễm. Ông cũng đề nghị dùng thuật ngữ: “Rối loạn phim nước mắt” chính xác hơn là “Khô mắt”. Hướng sự chú ý vào hiện tượng “thiếu nước mắt”, từ đó nhấn mạnh sự thay đổi chức năng của nước mắt có thể là do bất kỳ nguyên nhân nào (nhiễm độc, nước mắt thiếu và chậm dần trải, viêm mạn tính hay sự suy giảm dẫn truyền thần kinh...).

### KHÔ MẮT DO BAY HƠI

Giáo sư Rolando giải thích chức năng chính của lớp lipid trong phim nước mắt là bảo đảm sự trơn láng cho bề mặt giác mạc và làm chậm sự bay hơi nước trên bề mặt nhãn cầu. Ở mắt bình thường, phim nước mắt được trải đều trên giác mạc và lớp nước được tái tạo nhanh chóng mỗi khi chớp mắt là nhờ có lớp lipid ở phía trên. Lớp lipid bình thường kiểm soát lượng nước bốc hơi và có thể ngăn tới 90% sự bốc hơi nước.

Cấu tạo lớp lipid gồm pha không phân cực và pha phân cực luôn ở tình trạng cân bằng nhờ vào chức năng của tuyến Meibomius. Phần trên của lipid không phân cực ưu thế hơn nhờ gốc este, tạo nên lớp không khí phân cách và hàng rào hơi nước từ đó làm chậm

sự bay hơi trên bề mặt phim nước mắt. Lớp lipid phân cực có vai trò chủ yếu như một lớp phân cách giữa lớp nước và lớp lipid không phân cực dày hơn. Sự mất hoặc biến đổi của lớp lipid phân cực làm lipid không dàn trải đều trên bề mặt, ảnh hưởng đến lớp lipid không phân cực và giảm tính ổn định của lớp này. Những yếu tố liên quan tới việc hình thành lớp lipid mỗi lần chớp mắt hiện cũng chưa được biết rõ. Lipid sẽ được dồn lại và trải đều giữa hai mi khi chớp mắt. Phần nhìn thấy được là lipid phân cực, hòa quyện với nước của phim nước mắt. Việc trải đều và nhanh chóng lớp lipid bề mặt bảo đảm chất lượng thị lực giữa các lần chớp mắt. Những hiểu biết về chức năng của lớp lipid cho thấy khô mắt do sự chậm dàn trải của lớp này trên bề mặt, điều này có thể giải thích cho hiện tượng mỏi mắt và giảm thị lực ở bệnh nhân.

Sự thâm thấu nước mắt được điều chỉnh bởi vi môi trường của nhãn cầu, tạo ra sự cân bằng cần thiết cho tồn tại của tế bào. Tuyến lệ tăng tiết nước mắt để bù lại lượng nước bay hơi quá nhiều. Một nghiên cứu cho thấy bệnh nhân bị rối loạn phim nước mắt có kết quả test Schirmer thấp hay bình thường về mặt lý thuyết thì lượng nước mắt bốc hơi đều tăng hơn so với mắt bình thường. Ở mắt bình thường, lượng nước mắt bốc hơi khoảng 33%, trong khi đó ở mắt bị rối loạn phim nước mắt là 75%. Thẩm thấu của nước mắt do sự cân bằng giữa lượng nước mắt sản xuất ra và lượng nước mắt đi. Nếu lượng nước mắt đi do bay hơi vượt qua giới hạn trên sẽ ảnh hưởng thị lực và tăng nồng độ các chất điện giải và các chất hòa tan sẽ làm tăng áp lực thẩm thấu, từ đó sẽ tăng nhu cầu tiết nước mắt. Nói chung thì áp lực thẩm thấu của nước mắt sẽ tăng dần theo tuổi.

Tăng thẩm thấu nước mắt trong bệnh viêm kết giác mạc Sicca (KCS) có thể đóng vai trò quan trọng trong việc gây ra các rối loạn trên giác mạc và kết mạc. Đo độ thẩm thấu nước mắt có thể giúp chẩn đoán và phân biệt bệnh KCS với các bệnh thuộc bề mặt nhãn cầu khác. Ở mắt bình thường, sự tăng bay hơi nước không gây ra bệnh khô mắt nhưng có những triệu chứng tạm thời của hội chứng khô mắt. Tuy nhiên, nếu tốc độ bay hơi tăng lên, độ thẩm thấu tăng, sẽ làm tổn thương tế bào biểu mô, tiếp đó là hiện tượng viêm nhiễm.

Trong hội chứng rối loạn phim nước mắt, khi test Schirmer  $> 5,5 \text{ mm/5'}$  là gần hết kết mạc mi nhãn cầu đã bị tổn thương. Schirmer  $< 5,5 \text{ mm/5'}$  là đã tổn thương toàn bộ (đặc biệt biểu mô tổn thương có xu hướng tập trung tại những vùng bay hơi nước nhiều). Khi có các yếu tố kích thích, yếu tố gây viêm sẽ được sản xuất ngay lập tức thể hiện bằng sự thâm nhiễm tế bào và CD54 trên biểu mô kết mạc. Các thông tin mới đây cho thấy tăng thẩm thấu sẽ kích thích và sản sinh các metalloproteinases, gelatinase (MMP-9), collagenase (MMP-1 & MMP-13) và stromelysin (MMP-3) thông qua sự hoạt hóa con đường JNK trên biểu mô giác mạc người. Vai trò của gốc lipid không phân cực trong việc ngăn ngừa bốc hơi nước sẽ giảm sút trong ADDE và việc tăng thẩm thấu thứ phát sau đó đều đóng vai trò quan trọng trong mọi dạng rối loạn nước mắt.

Mắt có viêm tuyến Meibomius mạn tính sẽ ảnh hưởng tới toàn bộ bề mặt nhãn cầu: tăng tiết nhầy, viêm giác mạc kẽ nhẹ và mất ổn định của phim nước mắt. EDE có thể xuất hiện ở cả những mắt bị viêm bờ mi, bề mặt giác mạc không đều, đeo kính tiếp xúc cứng, rối loạn nước mắt do tác dụng phụ của thuốc ở những bệnh nhân điều trị glôcôm (những thuốc như ức chế beta và prostaglandin). Mắt nước do tăng mất hơi nước dẫn tới tăng thẩm thấu, rối loạn phim nước mắt từ đó gây ra hiện tượng viêm mạn tính của bề mặt nhãn cầu.

Tóm lại, EDE xảy ra trên những mắt bị mất hơi nước quá mức, mặc dù chức năng tuyến lệ bình thường cũng không bù lại được lượng nước đã mất đi. Chẩn đoán EDE nói chung khó, chủ yếu dựa vào sự rối loạn của tuyến Meibomius dù lượng nước mắt chế tiết bình thường, nhưng cũng có thể nặng hơn do nhiều yếu tố, kết quả là sự thay đổi chức năng của lớp lipid. Sự bay hơi quá mức này có thể làm thay đổi và tăng tính thẩm của nước mắt gây ra cảm giác khó chịu, tổn thương bề mặt nhãn cầu và viêm nhiễm.

### **KHÔ MẮT DO THIẾU NƯỚC MẮT (ADDE)**

Gerd Geerling (Đại học Julius maximilians, Wurzburg, Đức) định nghĩa: ADDE là hiện tượng giảm sản xuất nước mắt thường cả hai mắt kèm theo

triệu chứng khó chịu và có thể phối hợp với hội chứng Sjogren.

Triệu chứng của ADDE bao gồm: sợ ánh sáng (4,9%, hay gặp), khó chịu (2,3%), ngứa (2,3%, dị ứng), cảm giác dị vật (1,5%) và khô mắt (0,4%).

Bệnh có thể khởi đầu cấp hoặc mạn tính, ADDE thường liên quan tới những trường hợp có loạn dưỡng, thoái hóa, chấn thương, u, viêm. Ở Mỹ, số bệnh nhân được chẩn đoán khô mắt khoảng 0,4-0,5%, cao nhất ở phụ nữ và nhóm trên 45 tuổi. Tuy nhiên, các nghiên cứu lâm sàng cũng hiếm khi phân biệt rõ giữa ADDE và EDE.

Tỉ lệ ADDE đang tăng dần. Các dấu hiệu và triệu chứng của ADDE phải được theo dõi thường xuyên bằng: đo dung lượng nước mắt (test Schirmer), độ bền vững phim nước mắt (thời gian vỡ của phim nước mắt BUT), nhuộm phát hiện các tổn thương bề mặt và kiểm tra chất lượng của nước mắt (sinh thiết). Phương pháp đo thị lực liên tục (FVAM) cho bệnh nhân khô mắt được công nhận là phương pháp hiệu quả để đánh giá sự thay đổi thị lực ở những bệnh nhân có rối loạn phim nước mắt. Kể từ sau các báo cáo của DEWS và Delphi, một số lượng lớn các bằng chứng và phương pháp điều trị mới đã được công bố. Một đề tài nghiên cứu của PubMed từ năm 2006 đến 2009 đã cung cấp 450 tài liệu tra cứu về phương pháp điều trị khô mắt, bao gồm những công bố về: lubricant, ciclosporin, steroid, NSAID, doxycyclin, huyết thanh tra mắt, lipid và các chất dinh dưỡng...

### ĐIỀU TRỊ ADDE TẠI CHÂU ÂU

Từ lâu, các bác sĩ luôn muốn đo được chất lượng phim nước mắt ở những bệnh nhân có rối loạn nước mắt nhưng giá trị của các phương pháp hỗ trợ chẩn đoán (ví dụ test Schirmer) thường không tương xứng với triệu chứng. Do vậy, máy đo độ thâm thấu của phim nước mắt mới xuất hiện gần đây đã trở thành công cụ hữu hiệu cho thăm khám lâm sàng. Tăng độ thâm thấu của phim nước mắt được coi là dấu hiệu tin cậy cho chẩn đoán ADDE cũng như EDE.

Sự phân chia giai đoạn theo DEWS cho ADDE và EDE thường không rõ ràng, các test chẩn đoán

thường có độ nhạy cảm không cao và thuật ngữ dùng cho phân loại còn mơ hồ và hay trùng lặp. Trong khi đó hầu hết những bệnh nhân giai đoạn nặng theo DEWS lại đều thuộc mức độ trung bình hoặc nhẹ, sự sắp xếp giai đoạn cũng không chính xác đặc biệt ở giai đoạn cuối. Bác sĩ Geerling gợi ý nên đơn giản hơn trong việc sắp xếp và phân chia các giai đoạn của DEWS.

Phương thức điều trị chuẩn hiện nay theo báo cáo của DEWS dựa trên cách phân chia rõ ràng của Hội Nhãn khoa Mỹ (AAO): khám hàng loạt, phân loại khô mắt giai đoạn nặng và điều trị ở mức độ cao hơn. Trên thực tế lâm sàng, rất nhiều những yếu tố khác được đưa tính vào bao gồm sự điều trị thích hợp cho bệnh nhân, sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân (vệ sinh, thuốc), các yếu tố cần cho điều trị (phòng âm...), tác dụng phụ của thuốc (corticoid tra...), sự cân nhắc thời gian đợt điều trị với tuổi của bệnh nhân, cân nhắc về điều trị những phương pháp khác cùng với thuốc, khả năng của thầy thuốc (miễn dịch, kỹ thuật...) và giá thành.

Điều trị ADDE quy chuẩn hiện nay ở châu Âu gồm: nước mắt nhân tạo (có hay không có chất bảo quản, độ nhớt thấp hoặc cao), thuốc chống viêm (tại chỗ hoặc toàn thân) và nút điểm lệ. Các điều trị hỗ trợ như dinh dưỡng (huyết thanh), học môn và cuối cùng là phẫu thuật. Điều trị bằng Carboxy-methylcellulose đã chứng tỏ khả năng làm lành các tổn thương giác mạc. Huyết thanh tra tại chỗ có tác dụng hỗ trợ sự tăng sinh, di thực của các biểu mô giác mạc đến các vùng tổn thương. Thuốc chống viêm bao gồm steroid tra và ciclosporin đều tỏ ra hiệu quả hơn so với nhóm NSAID. Doxycyclin cũng được sử dụng, trong khi đó các thuốc ức chế miễn dịch rất hiếm khi được dùng.

Tại châu Âu, điều trị khô mắt bằng chống viêm có corticosteroid chưa được chấp nhận rộng rãi. Tuy vậy, rõ ràng là việc dùng corticoid tại chỗ mà không có tại dụng phụ là cần thiết. Nếu dùng steroid có theo dõi hoặc pha loãng với muối sinh lý trước khi tra thì độc tính và hiện tượng kích thích mắt có thể giảm bớt (theo ý kiến của Rolando). Phẫu thuật dùng điều trị khô mắt bao gồm nút điểm lệ, ghép niêm mạc hoặc tuyến nước bọt, ghép giác mạc nhân tạo, thậm chí những phẫu thuật hiếm gặp như phẫu thuật giảm áp nhãn cầu.

Tóm lại, mặc dù mục đích bảng phân loại của DEWS dựa trên sơ đồ điều trị hữu dụng cho lâm sàng nhưng các bác sĩ nhãn khoa châu Âu muốn có những chỉ định và điều trị sát hơn cho ADDE. Các nét nổi bật trong điều trị ADDE tại châu Âu hiện nay bao gồm nước mắt nhân tạo (apolipoprotein A-1 và arabinogalactan), thuốc chống viêm tra mắt (chất ức chế calcineurin và steroid với độ an toàn cao như loteprednol), acid linolenic, dầu flaxseed, chất kích thích bài tiết và hóc môn giới tính. Có nhiều nét mới trong điều trị hội chứng rối loạn phim nước mắt, cùng với tra nước mắt nhân tạo và dinh dưỡng đã nêu còn có phương pháp ghép mô và tế bào gốc.

## HỘI CHỨNG TRÁC BIỂU MÔ GIÁC MẠC TÁI DIỄN

Giáo sư Harminder S Dua (Đại học Nottingham, UK) định nghĩa hội chứng trác biểu mô giác mạc tái diễn (RCE) là hiện tượng phá vỡ biểu mô giác mạc tái phát nhiều lần. Những yếu tố dẫn tới RCE như: chấn thương giác mạc, loạn dưỡng giác mạc, các bệnh tại mắt có liên quan tới bệnh trứng cá đỏ, tiểu đường.

Hội chứng RCE khởi đầu là đau dữ dội, xung huyết, sợ ánh sáng và chảy nước mắt, có thể ít nhất là một lần một tháng đến nhiều lần một ngày, kéo dài từ vài phút đến vài giờ. Khi nặng lên, các triệu chứng sẽ kéo dài ngày hơn, đau kèm theo phù mi, cương tụ thể mi, đặc biệt là rất sợ ánh sáng, giảm thị lực và dễ viêm giác mạc. Dấu hiệu của RCE là những vùng mất tế bào biểu mô thể hiện bằng bắt màu thuốc nhuộm fluorescein, còn vùng không có tổn thương biểu mô thì không bắt màu với thuốc nhuộm.

Sự bất thường biểu mô do những tổn hại ở mô liên kết, mỏng màng đáy cứ lặp đi lặp lại. Bệnh nhân bị RCE có thể kết hợp với nhiễm virus Herpes simplex và loét hình vành cây.

Theo dõi RCE gồm ước lượng và đánh giá các triệu chứng dựa vào tần số, thời gian kéo dài của bệnh, mức độ đau. Điều trị duy trì gồm tra nước mắt nhân tạo dạng nước hoặc mỡ, thuốc uống ức chế men tiêu protein như: tetracycline, doxycycline (do bị chặn lại bởi metalloprotease) và đeo kính tiếp xúc. Điều trị kết

hợp với tiêm botulinum toxin (một loại độc tố gây ngộ độc thịt), nạo lớp nhu mô trước bằng lưỡi dao nhỏ hoặc dùng laser YAG, laser eximer gọt giác mạc và cạo tách lớp. Cần để tách lớp biểu mô giác mạc (độ còn 18-20% để khoảng 30 giây) là phương pháp hiệu quả và an toàn cho những trường hợp nặng.

## THEO DÕI VÀ NGUYÊN TẮC ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG RỐI LOẠN NƯỚC MẮT

Catherine Creuzot Garcher (Bệnh viện Trường Dijon, Pháp) đã tổng kết cách theo dõi và điều trị cơ bản cho OSD tại châu Âu. Bác sĩ Creuzot Garcher đưa khuyến cáo điều trị cần lưu ý vấn đề môi trường (MGD, hở mi, thuốc, độ ẩm tăng), nước mắt nhân tạo, duy trì và kích thích tạo nước mắt, nước mắt thay thế sinh học, chống viêm cũng như dinh dưỡng và các acid béo.

Bác sĩ Creuzot-Garcher cũng đưa ý kiến trong giai đoạn đầu điều trị cho bệnh nhân OSD nên hướng dẫn, kiểm tra cẩn thận tình trạng mắt, tra nước mắt nhân tạo và vệ sinh vùng mi mắt. Giai đoạn hai, điều trị tác nhân gây viêm cùng với nút điểm lệ tạm thời và kiểm soát tình trạng tăng tiết. Giai đoạn ba là dùng huyết thanh tự thân và cân nhắc việc ghép màng ối.

## KẾT LUẬN

Hiện nay, cách phân loại giai đoạn và điều trị bệnh lí bề mặt nhãn cầu (OSD) có nhiều thay đổi dựa trên kết quả các nghiên cứu gần đây về sinh lý bệnh học. Theo đó là sự phát triển của các thông tin mới, cập nhật hơn cũng như tác dụng tốt hơn của thuốc tra trong điều trị hội chứng rối loạn nước mắt do OSD và các biến chứng của nó. Sự ra đời của các sản phẩm mới trong đó có steroid ít tác dụng phụ đã góp phần không nhỏ vào kết quả điều trị OSD có viêm. Ngày nay, các bác sĩ châu Âu đánh giá cao hơn việc sàng lọc và tư vấn cụ thể cho bệnh nhân trước khi điều trị. Đồng thời tập trung hơn vào việc lựa chọn chẩn đoán rõ ràng, chính xác cũng như việc đánh giá chất lượng thị lực, sự hỗ trợ của các marker thay thế, vai trò của các dung dịch bôi trơn (nước mắt nhân tạo) và các thuốc chống viêm nhằm đạt được mục tiêu điều trị tốt nhất.



# LAO NHÃN CẦU MỘT MẮT KHÔNG CÓ TRIỆU CHỨNG TOÀN THÂN

Người dịch: Đỗ Tuyết Nhung\*

*Unilateral Isolated Ocular Tuberculosis with no systemic involvement  
(Sudanese Journal of Ophthalmology-2005)*

U T Chan, M M Choo, S C Reddy\*\*

## TÓM TẮT

Bệnh nhân nữ, 42 tuổi, mắt trái viêm màng bồ đào trước do lao, chỉ có biểu hiện lâm sàng tại mắt, không có triệu chứng toàn thân. Test tuberculosis dương tính, test trả lời Isoniazid dương tính. Thị lực trở lại bình thường sau điều trị chống lao. Đặc điểm ca lâm sàng này là lao chỉ có tại mắt mà không có triệu chứng toàn thân, chẩn đoán và điều trị sớm có thể ngăn chặn bệnh tiến triển và mù lòa.

## GIỚI THIỆU

Do rất khó khăn để có chẩn đoán xác định dựa trên xét nghiệm vi khuẩn và giải phẫu bệnh nên lao nhãn cầu gặp nhiều trở ngại trong việc phát hiện bệnh. Viêm màng bồ đào trước dạng hạt có thể là biểu hiện trước tiên của lao nhãn cầu. Ngoài ra cũng có thể gặp viêm màng bồ đào trước không phải dạng hạt. Viêm màng bồ đào có thể cấp tính, mạn tính hoặc tồn tại dai dẳng. Các u lao có thể thấy trên mống mắt, thường gặp hơn trên hắc mạc kết hợp với viêm hắc mạc khu trú. Trong một nghiên cứu có 8759 ca viêm màng bồ đào (Rathinam và Namperumalsamy) nguyên nhân do lao chiếm 5,6% gồm tất cả các loại viêm màng bồ đào trước, trung gian, sau, viêm màng bồ đào lan tỏa và chiếm 4% trong 5028 trường hợp viêm màng bồ đào trước. Tổng kết lại nhóm viêm màng bồ đào 15221 ca lâm sàng được báo cáo từ nhiều nước trong hơn 35 năm và thấy rằng lao nằm trong khoảng 0,2% đến 10,5%

trong số nguyên nhân gây viêm màng bồ đào. Các tài liệu tìm kiếm không có dữ liệu nào về nguyên nhân của viêm màng bồ đào tại Malaysia.

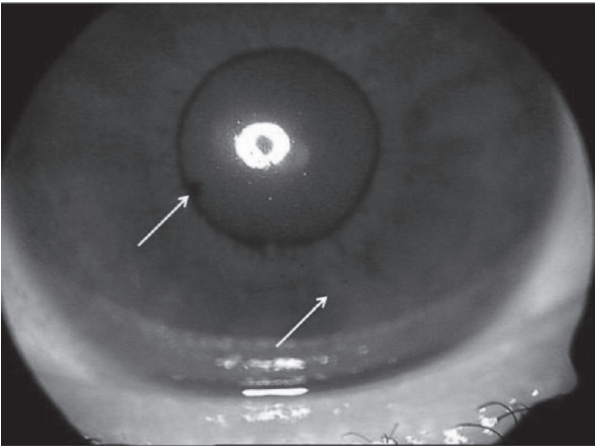
## CA LÂM SÀNG

Một phụ nữ Trung Quốc 42 tuổi đến khám ngày 1/6/2005 với triệu chứng nhìn mờ và đỏ mắt trái khoảng 2 tháng. Các triệu chứng nặng hơn khoảng 3 tuần trước khi đến khám. Bệnh nhân không có tiền sử ho, sốt kéo dài, không có tiền sử bệnh gì trước đây và gia đình không có ai mắc bệnh lao. Bệnh nhân không điều trị các thuốc ức chế miễn dịch. Bệnh nhân đã khám bác sỹ đa khoa và được kê thuốc tra nhưng không thấy đỡ hơn.

Khám mắt trái: thị lực 1/10, qua kính lỗ không tăng. Cương tụ rìa. Khám đèn khe có tua mỡ cừu bám nửa dưới mắt sau giác mạc. Tế bào trong tiền phòng (+++). Hạt Koeppel ở vị trí giữa 5 và 6 giờ. Dính mống mắt vào trước thể thủy tinh vị trí 8 giờ.

\*Bệnh viện Mắt TW

\*\*Ophthalmology Department, Faculty of Medicine, University of Malaya, Kuala Lumpur, Malaysia



**MT: Hạt Koepple ở vị trí giữa 5 và 6 giờ  
(mũi tên trắng)**

***Dính mỏng mắt ra sau vị trí 8 giờ (mũi tên vàng)***

Không có mủ tiền phòng và tân mạch mỏng mắt. Nhãn áp 16 mmHg. Khám đáy mắt thấy dịch kính vẫn đục nhưng không có biểu hiện của viêm dịch kính. Đĩa thị hồng, tỷ lệ C/D 0,3. Võng mạc bình thường. Hệ mạch bình thường. Không thấy u lao hắc mạc.

- Khám mắt phải bình thường. Thị lực 10/10. Nhãn áp 16 mmHg. Bán phần trước và sau đều bình thường.

- Khám hô hấp thấy phổi bình thường, không sờ thấy hạch. Các cơ quan khác không có gì đặc biệt.

- Chẩn đoán sơ bộ: mắt trái viêm màng bồ đào trước dạng hạt.

Xử trí: tra mắt trái Dexamethasone 0,1% 4 giờ/lần và Homatropin 2% 3 lần/ngày. Xét nghiệm máu, chức năng thận, tốc độ lắng máu, thử IgG và IgM tìm Toxoplasma, VDRL, nhuộm acid-fast bacilli và test Mantoux, chụp X quang phổi.

Bệnh nhân được khám lại một tuần sau đó. Thị lực mắt trái cải thiện lên 3/10. Tủa sau giác mạc nhỏ hơn và giảm phản ứng viêm trong tiền phòng. Đồng tử giãn méo. Công thức máu bình thường nhưng tốc độ máu lắng tăng 32 mm/h. Phản ứng Mantoux dương tính mạnh với đường kính 25 mm. X quang phổi bình thường. Chẩn đoán xác định là

lao mắt trái. Bệnh nhân bắt đầu được điều trị theo phác đồ chống lao cụ thể là: Ethambutol 800 mg/ngày, Rifampicin 600 mg/ngày, Pyrazinamide 1000 mg/ngày và Pyridoxine 10 mg/ngày.

Khám lại bệnh nhân sau 2 tuần: thị lực mắt trái cải thiện rõ rệt : 5/10. Bán phần trước ít thay đổi tuy nhiên xuất hiện viêm dịch kính (tế bào +++). Đáy mắt soi rất mờ. Tiếp tục điều trị theo phác đồ chống lao và tra steroid. Hai tuần sau đó, thị lực mắt trái tăng lên 6/10 và giảm viêm dịch kính (tế bào +). Không có viêm mạch võng mạc và u lao hắc mạc.

Sau 3 đợt liên tiếp, cách nhau 2 tuần, tế bào viêm trong tiền phòng giảm còn rất ít, không còn tế bào trong dịch kính. Steroid tra mắt trái giảm xuống 4 lần/ngày trong 2 tuần, sau đó 3 lần/ngày x 2 tuần, 2 lần/ngày x 2 tuần tiếp và còn 1 lần/ngày trong 2 tuần cuối rồi dừng lại. Nhãn áp trong khoảng 17-19 mm Hg trong suốt quá trình điều trị. Tiếp tục điều trị theo phác đồ tấn công trong 3 tháng, thị lực mắt trái là 5/10, mắt yên, đáy mắt bình thường. Sau đó chuyển sang phác đồ điều trị duy trì: Isoniazid 300 mg/ngày, Rifampicin 600 mg/ngày trong 6 tháng. Trong quá trình điều trị tấn công thị lực đã cải thiện tới 10/10. Nhãn áp bình thường trong suốt quá trình điều trị (18mmHg). Mắt trái yên với thị lực 10/10 trong suốt 3 tháng theo dõi sau đó. Mắt phải không thấy ảnh hưởng gì trong quá trình điều trị.

**BÀN LUẬN**

Về bản chất lao là bệnh có thể chữa được và cũng là một trong số những nguyên nhân chủ yếu đang lây lan rộng và gây tử vong trên thế giới. Theo thống kê bệnh liên quan tới 1,86 tỉ người trong đó có 8 triệu ca mới mắc và 1,87 triệu ca chết hàng năm. Lao nhãn cầu tương đối hiếm gặp, chỉ khoảng 1% tổng số ca mắc lao. Nguyên nhân chủ yếu do lan truyền qua đường máu hoặc là tăng nhạy cảm với kháng nguyên lao từ các cơ quan khác, không có tác nhân trực tiếp vào mắt.

Tại mắt, lao có thể gây tổn thương bất cứ thành phần nào, hay gặp nhất là màng bồ đào do nhận nhiều máu tới và có nồng độ oxy cao. Bệnh có thể là nguyên phát hoặc thứ phát. Lao nhãn cầu nguyên phát không có triệu chứng toàn thân, tổn thương thường khu trú tại kết mạc và giác mạc, biểu hiện dưới dạng vết loét, khối u, viêm giác mạc bong hoặc viêm giác mạc kẽ. Lao thứ phát thường do nhiễm từ một cơ quan khác trong cơ thể, lan truyền qua đường máu thường là từ phổi. Lao nhãn cầu thường bị một bên, không đối xứng. Biểu hiện thường gặp nhất là viêm hắc mạc, tiếp tới là viêm màng bồ đào trước và viêm củng giác mạc. Lao nhãn cầu có thể biểu hiện giống như khối u ác tính. Với ca lâm sàng này có triệu chứng của viêm màng bồ đào trước dạng hạt với các dấu hiệu đặc trưng như túa mỡ cừu sau giác mạc, các hạt mỏng mắt và dính mỏng mắt ra sau nhưng không liên quan tới hắc mạc. Chẩn đoán xác định nguyên nhân khi kết quả nuôi cấy bệnh phẩm dương tính với trực khuẩn lao. Lao nhãn cầu thường khó chẩn đoán vì triệu chứng giống viêm màng bồ đào do các nguyên nhân khác và hạn chế của các test chẩn đoán. Cần lưu ý là chỉ với kết quả xét nghiệm ban đầu âm tính cũng không chưa thể chẩn đoán loại trừ nguyên nhân do lao. Cần phải kết hợp với khai thác kỹ bệnh sử cũng như thăm khám lâm sàng toàn diện. Nhuộm nước bọt bệnh nhân bằng acid fast bacilli được coi là phương pháp cho phép chẩn đoán lao phổi tốt với ưu điểm chính xác, rẻ tiền và hiệu quả.

Test da Mantoux được coi là xét nghiệm sàng lọc phổ biến nhưng ít giá trị chẩn đoán do kết quả âm tính giả ở bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch và dương tính giả với các trường hợp đã được tiêm vaccine phòng trực khuẩn Calmett-Guerin. Sự nhạy cảm với kháng nguyên vi khuẩn Mycobacterium đóng vai trò rất quan trọng với sinh bệnh học

viêm màng bồ đào trước. Test Mantoux dương tính mạnh với những bệnh nhân có vết phỏng da kích thước 25 mm.

Gần đây có PCR (Polymerase chain reaction) là xét nghiệm chẩn đoán nhanh trong đó DNA của vi khuẩn được nhân lên và nhận ra với độ nhạy cao, chính xác. Xét nghiệm này rất có giá trị chẩn đoán lao nhãn cầu nguyên phát vì chỉ cần 1 lượng bệnh phẩm thủy dịch rất ít.

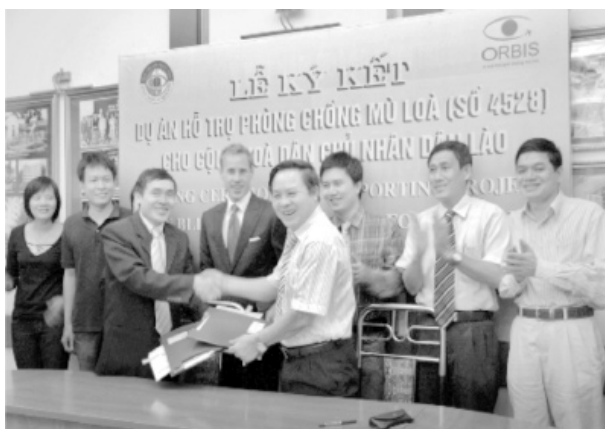
ELISA lại là một phương pháp chẩn đoán xét nghiệm khác cho phép phát hiện kháng thể kháng yếu tố anti-cord.

Test Schlagesl: điều trị thử 1 đợt bằng Isoniazid 300mg/ngày trong 3 tuần. Với trường hợp có test dương tính, tình trạng bệnh nhân sẽ cải thiện sau 1 đến 3 tuần điều trị.

Mục tiêu điều trị lao nhãn cầu nhằm vào ổ nhiễm khuẩn và phản ứng viêm. Trước tiên điều trị toàn thân kết hợp nhiều thuốc do có thể có lao phổi hoặc các ổ nhiễm lao từ cơ quan khác. Phương pháp điều trị kết hợp nhiều thuốc đều nhằm tiêu diệt vi khuẩn Mycobacterium. Đáp ứng lâm sàng thường sau 2 tuần. Hiệp hội lồng ngực Mỹ (The American Thoracic Society) khuyến cáo điều trị trong 2 tháng đầu bằng Isoniazid, Rifampicin và Pyrazinamide, 4 tháng tiếp theo gồm có Isoniazid và Rifampicin. Tuy nhiên, thời gian điều trị ca lâm sàng này hơi khác (3 tháng đầu điều trị tấn công và 4 tháng sau duy trì) tùy thuộc vào đáp ứng điều trị của bệnh nhân. Các bác sỹ cần theo dõi lâm sàng chặt chẽ để kiểm soát tác dụng phụ của thuốc với toàn thân.

Lao mắt có thể xuất hiện đơn độc, không có bệnh toàn thân kèm theo. Lâm sàng dễ nhầm lẫn với một số bệnh khác. Do vậy cần điều trị sớm và triệt để từ đó ngăn ngừa được tiến triển của bệnh và có thể dẫn tới mù lòa.

## Ngành mắt Việt Nam hợp tác hỗ trợ phát triển ngành mắt CHDCND Lào



CHDCND Lào với dân số 5,8 triệu người, trong đó ước khoảng hơn 56.000 người bị mù, khoảng 28.500 người mù đục thể thủy tinh và mỗi năm có thêm khoảng 5000 ca mắc mới, chiếm tỷ lệ 65,3% các nguyên nhân gây mù. Trong khi đó, toàn quốc chỉ có 15 bác sỹ nhãn khoa, chủ yếu làm việc tại thủ đô Viên Chăn và một số thành phố lớn, thực hiện phẫu thuật trung bình được khoảng 5.000 ca đục TTT/năm. Chi phí phẫu thuật tại Lào khoảng 70USD/ca đục TTT.

Trong khuôn khổ hợp tác giữa Chính phủ hai nước Việt Nam - Lào, từ năm 2010, Ban chỉ đạo Quốc gia PCML Bộ Y tế và Bệnh viện Mắt TW phối hợp với Bộ Y tế và Trung tâm Mắt Quốc gia Lào triển khai các hoạt động hợp tác, giúp đỡ ngành mắt của nước bạn Lào trên các lĩnh vực: đào tạo cán bộ, chuyên gia khoa học kỹ thuật, nâng cấp trang thiết bị nhãn khoa và các hoạt động chăm sóc mắt cộng đồng.

Hưởng ứng chương trình hỗ trợ ngành Mắt Lào năm 2010, nhiều tổ chức, cá nhân đã tham gia ủng hộ: tổ chức quốc tế ORBIS cam kết hỗ trợ 61.137 USD, tương đương gần 1,1 tỷ đồng; Tập đoàn Viễn thông Quân đội Viettel hỗ trợ 400 triệu đồng; Tập đoàn An Viên cam kết hỗ trợ 300 triệu đồng...

## Hội thảo lập kế hoạch Dự án Hỗ trợ Thị lực Việt - Úc: Phát triển nhãn khoa tuyến huyện

Đó là chủ đề trọng tâm mà các đại biểu đưa ra tại Hội thảo lập kế hoạch Dự án Hỗ trợ thị lực Việt - Úc diễn ra từ ngày 19 đến 21/4/2010 tại Hà Nội. Hội thảo có sự tham gia của Cơ quan viện trợ phát triển Úc (AusAID), đại diện Bộ Y tế, Bệnh viện Mắt TW, tổ chức CBM, Trung tâm Nghiên cứu về mắt Úc (CERA), Quỹ Fred Hollows (FHF), Trung tâm quốc tế về Giáo dục chăm sóc mắt (ICEE), Vision 2020 Úc, Sở Y tế và đại diện ngành mắt của các tỉnh thuộc dự án thí điểm: Quảng Nam, Thanh Hóa, Bà Rịa - Vũng Tàu.

Hội thảo đã lập kế hoạch với những nội dung: đào tạo, chuyển giao kỹ thuật và xây dựng nguồn nhân lực; nâng cấp trang thiết bị nhãn khoa; điều tra đánh giá công tác phòng chống mù loà tại cộng đồng, đặc biệt lập kế hoạch xây dựng, nâng cấp và phát triển một số mô hình chuyên khoa mắt tại tuyến huyện thuộc 3 tỉnh Quảng Nam, Bà Rịa Vũng tàu và Thanh Hoá, hướng tới nhân rộng ra toàn quốc vào năm 2020. Theo chương trình này, Bệnh viện Mắt TW tham gia với tư cách điều phối chương trình, hỗ trợ kỹ thuật và đánh giá hiệu quả dự án.

Theo đó, tuyến huyện sẽ được nâng cấp các trang thiết bị nhãn khoa, đào tạo và nâng cao trình độ cán bộ, đẩy mạnh hoạt động truyền thông về phòng ngừa các bệnh về mắt, tăng cường khả năng tiếp cận của người nghèo và người dân tại các khu vực khó khăn về mặt địa lý, cũng như đảm bảo sự bình đẳng về giới tính trong việc tiếp cận với các dịch vụ...

## Bệnh viện Mắt Đà Nẵng: Khánh thành Trung tâm Chăm sóc bệnh nhân đa chức năng với quy mô 150 giường bệnh

Sau 3 năm khởi công, ngày 28/4/2010, Bệnh viện Mắt Đà Nẵng đã tổ chức khánh thành và đưa vào hoạt động Trung tâm Chăm sóc



bệnh nhân đa chức năng (TTCSDCN) với quy mô 150 giường bệnh, gồm 6 tầng, tổng diện tích sử dụng 5.500 mét vuông, bao gồm khu nhà khám bệnh, khu chẩn đoán đa chức năng, khu phẫu thuật và điều trị nội trú, tổng kinh phí xây dựng và trang thiết bị lên tới 5 triệu USD, do tổ chức Atlantic Philanthropies (AP) tài trợ. Với việc đưa TTCSDCN vào hoạt động, Bệnh viện Mắt Đà Nẵng có thể đáp ứng điều trị cho khoảng 10.000 bệnh nhân/năm, hạn chế việc chuyển bệnh nhân đi tuyến trên ở Hà Nội và TP HCM; đồng thời góp phần đào tạo nguồn nhân lực y tế cho ngành Mắt Đà Nẵng và các tỉnh, thành trong khu vực miền Trung và Tây Nguyên...

TTCSDCN là giai đoạn 2 thuộc dự án “Nâng cao năng lực Bệnh viện Mắt Đà Nẵng” với nguồn tài trợ 10 triệu USD từ Tổ chức Atlantic Philanthropies (AP). Giai đoạn 1 đã mua trang thiết bị khám chữa bệnh trị giá 1,5 triệu USD, đào tạo trong và ngoài nước cho 20 bác sĩ chuyên khoa mắt, xây dựng 2.200m<sup>2</sup> cơ sở; Giai đoạn 3, dự án sẽ tiếp tục đầu tư, nâng cấp, đưa Bệnh viện Mắt Đà Nẵng ngang tầm với các bệnh viện nhãn khoa đầu ngành trong khu vực Đông Nam Á vào năm 2012.

## Thành lập Trung tâm đào tạo Phaco VNIO - Alcon

Ngày 20/6/2010, Bệnh viện Mắt TW đã chính thức thành lập và đưa vào sử dụng Trung tâm đào tạo phẫu thuật Phaco VNIO -ALCON, đây là trung tâm đào tạo phaco đầu tiên và hiện đại nhất Việt Nam theo tiêu chuẩn quốc tế,

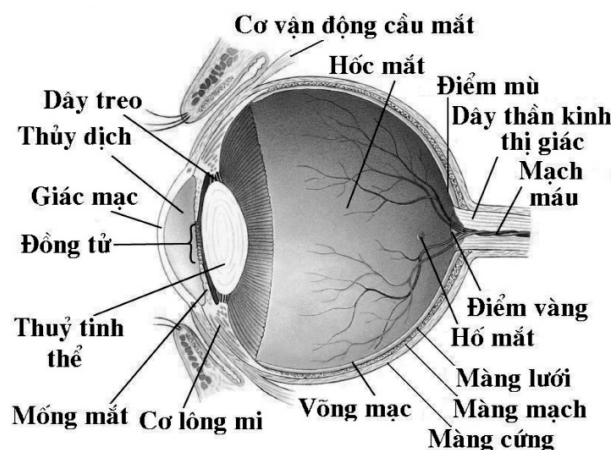
với trang thiết bị nhãn khoa trị giá trên 600.000 USD, do Công ty Alcon tài trợ.

Dự kiến mỗi năm Bệnh viện Mắt TW đào tạo khoảng 50-60 phẫu thuật viên phaco. Riêng trong năm 2010, Bệnh viện Mắt TW tổ chức đào tạo 6 khoá phẫu thuật viên phaco, khoảng 55 học viên. Trong đó, có 4 khoá (32 học viên), với sự tham gia giảng dạy của các chuyên gia nhãn khoa hàng đầu của Việt Nam và quốc tế, chi phí do Alcon tài trợ. Các học viên sẽ được đào tạo kiến thức cơ bản, những thao tác kỹ thuật chuyên sâu, kết hợp lý thuyết và thực hành wetlab (thực nghiệm), tối thiểu thời gian đào tạo phaco là 6 tháng. Mục tiêu cao nhất của chương trình là đào tạo các học viên có thể trở về đơn vị thực hiện tốt các ca phẫu thuật đục TTT bằng phương pháp Phaco, dưới sự hướng dẫn, giám sát, thẩm định chuyên môn của các chuyên gia Bệnh viện Mắt TW.



Sự ra đời và ứng dụng phương pháp phẫu thuật đục thủy tinh thể bằng phương pháp phaco (Phacoemulsification) với những ưu việt, mang lại hiệu quả và an toàn cao trong điều trị đục TTT, giúp bệnh nhân có thể đạt được thị lực tối ưu và phục hồi nhanh sau mổ, ít biến chứng. Mặc dù đến nay nhiều tỉnh thành đã trang bị máy Phaco, tuy nhiên số lượng phẫu thuật viên có thể thực hiện thành thạo còn ít so với nhu cầu thực tế. Tuy nhiên các thao tác phẫu thuật Phaco tương đối khó, đòi hỏi các phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm, được đào tạo bài bản, chuyên sâu, đặc biệt là khâu đào tạo thực hành wetlab.

## Đục thể thủy tinh: không có thuốc điều trị, thoái hoá hoàng điểm: có thể phòng ngừa!



Đó là thông điệp của các bác sỹ nhãn khoa từ Hội thảo “*Cập nhật về điều trị và phòng ngừa bệnh thoái hoá điểm vàng - Đục thủy tinh thể*” được tổ chức tại Bệnh viện Mắt TW ngày 29/6/2010. Bệnh thoái hoá điểm vàng và đục thủy tinh thể là hai nguyên nhân hàng đầu dẫn đến giảm thị lực và mù loà hiện nay. Nguyên nhân chủ yếu dẫn đến căn bệnh này thường do thiếu hụt dinh dưỡng, năng lượng, do các gốc tự do, oxi hoá, tia tử ngoại, đái đường...

Hiện nay, đục thể thủy tinh (TTT) vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây mù loà ở nước ta (66%), ước tính số tổn động người mù do đục thể thủy tinh tới 1,2 triệu mắt đang chờ được mổ. Đục thủy tinh thể không có thuốc điều trị, phẫu thuật là phương pháp duy nhất có thể mang lại ánh sáng. Tuy nhiên, nhiều bác sỹ nhãn khoa khuyến cáo có thể có những phương pháp dự phòng hoặc làm chậm quá trình tiến triển của bệnh. GS.TS. Đào Văn Phan - nguyên Chủ nhiệm bộ môn Dược lý - Đại học Y Hà Nội khuyên: nên đeo kính bảo vệ, duy trì lối sống điều độ, thể dục, không hút thuốc, dùng các loại vitamin và khoáng chất, có thể dùng thảo dược có hoạt chất flavonoid, các thuốc chống stress oxy hoá (kẽm,

Zeaxanthin-Lutein, Alpha lipoic acid, quercetin), thuốc ức chế enzyme aldose...

Thoái hoá hoàng điểm (điểm vàng) trên người cao tuổi là một bệnh lý ở hoàng điểm (nơi tập trung nhiều tế bào thần kinh trên võng mạc đảm nhận tới 90% thị lực). Chưa có số liệu điều tra chính thức về thoái hoá hoàng điểm tuổi già (AMD) nhưng các chuyên gia cho biết tỷ lệ bệnh này hàng năm chiếm tới 4-12% trong tổng số người mù loà. Theo một nghiên cứu tại Bệnh viện Mắt TW, tỷ lệ này là 9%. Hội thảo đã đưa ra những triệu chứng và thảo luận về nhiều hình thái AMD như: tiền triển AMD tân mạch, dạng xuất tiết, dạng ướt,... Theo BSCKII. Bùi Minh Ngọc - Bệnh viện Mắt TW: chẩn đoán và can thiệp điều trị sớm AMD có thể làm giảm nguy cơ mất thị lực. Bên cạnh các phương pháp điều trị bằng laser thì nên dùng các sản phẩm có chứa các chất oxi hoá, kẽm, các vitamin, lutein, zéaxathin, betacaroten, omega-3...có thể phòng ngừa và làm chậm quá trình phát triển của AMD.

## Tin vắn

➔ Nhân kỷ niệm 35 năm ngày giải phóng miền Nam thống nhất đất nước (30/4/1975 – 30/4/2010), trong tuần lễ từ 26 – 29/4, Bệnh viện Mắt TP.HCM tổ chức khám mắt và thực hiện *phẫu thuật đục thủy tinh thể miễn phí bằng phương pháp Phaco cho 50 người, đối tượng ưu tiên là các cựu chiến binh.*

➔ Từ 27/4 đến 1/5, *đoàn phẫu thuật Bệnh viện Mắt TW đã “mở màn” chương trình ngành mắt Việt Nam hỗ trợ phát triển ngành mắt Lào năm 2010 bằng việc phẫu thuật thành công 46 ca, trong đó có 38 ca mổ đục TTT bằng phương pháp Phaco cho người dân nghèo tại thủ đô Viêng Chăn - Lào. Qua tìm hiểu ban đầu của đoàn phẫu thuật, tỷ lệ mù loà do đục TTT khá cao, kinh phí cho PCML thiếu, nhận thức của người dân chưa cao, điều kiện địa lý nhiều khó khăn, trình độ phẫu thuật viên Lào nhiều*

hạn chế, điều quan ngại là nhiều bác sỹ trẻ của Lào không muốn trở thành bác sỹ nhãn khoa...

→ **B**áo Công an Nhân dân phối hợp với Bệnh viện Mắt Trung ương thực hiện chương trình từ thiện “Phẫu thuật mắt, đem lại ánh sáng cho người nghèo” tại các huyện miền núi Cẩm Khê, Thanh Thủy và Thanh Sơn, tỉnh Phú Thọ. Từ ngày 3/5 đến 8/5, đoàn phẫu thuật Bệnh viện Mắt TW đã thực hiện thành công 120 ca đục thủy tinh thể là người nghèo, cận nghèo, gia đình chính sách.

→ **T**rong buổi lễ ra mắt ngày 15/5, Quỹ Sheen Hok Việt Nam đã tổ chức đêm Gala và chương trình bán đấu giá gây quỹ với tổng số tiền thu được là hơn 2 tỷ đồng. Toàn bộ số tiền này sẽ được sử dụng vào chiến dịch mổ mắt từ thiện cho các em nhỏ bị các bệnh về mắt như lác, sụp mi, đục thủy tinh thể, điều trị khúc xạ. Năm 2010 Quỹ sẽ dành ít nhất là 200.000 USD để mổ miễn phí cho khoảng 200 trẻ em khiếm thị dưới 15 tuổi.

→ **N**gày 20/5, Bệnh Viện Mắt Huế tổ chức động thổ khởi công xây dựng Bệnh Viện Mắt (BVM) Huế với tổng kinh phí của dự án xây dựng hơn 24,5 tỉ đồng, tại khu quy hoạch Vỹ Dạ 7, phường Vỹ Dạ, Thành phố Huế. Thời gian thực hiện dự án dự kiến bắt đầu từ ngày 1/4/2010 và kết thúc vào ngày 31/12/2011. Quỹ Fred Hollows Việt Nam đã hỗ trợ xây dựng BV Mắt Huế 5,8 tỉ đồng tài trợ cho gói thầu 6A trong dự án đầu tư xây dựng BV Mắt Huế giai đoạn 1. Sự hỗ trợ này được trích trong số tiền 9,8 tỉ đồng thuộc dự án Phát triển năng lực chăm sóc Mắt tại tỉnh Thừa Thiên Huế.

→ **N**gày 21/5, tại Quảng Ngãi đã tiến hành nghiệm thu và bàn giao công trình khu Kỹ Thuật - Trung Tâm Mắt (TTM) Quảng Ngãi. Trong tổng số tiền gần 296.000 USD của dự án TARA, Quỹ Fred Hollows đã tài trợ khoảng 60.000 USD để xây

dựng khu nhà 2 tầng trên diện tích 345 m2, bao gồm một khu phòng mổ và một vài phòng khám điều trị. Ngoài ra, UBND tỉnh Quảng Ngãi hỗ trợ kinh phí để xây dựng thêm khu khám và điều trị, tạo thành một tổng thể hoàn thiện cho TTM Quảng Ngãi.

→ **T**ại TP Huế, từ ngày 7/6 - 10/6, Bệnh viện TW Huế và Hội Nhân khoa Hawaii (Mỹ) phối hợp tổ chức Hội thảo Nhân khoa Quốc tế Cố đô Huế (ICEM) lần thứ 3 với sự tham gia của hơn 30 báo cáo viên và 350 bác sỹ nhãn khoa trên cả nước tham dự. Hội thảo tập trung vào các chuyên đề: phẫu thuật đục thủy tinh thể, bệnh lý bề mặt giác mạc, bệnh glôcôm, dịch kính - võng mạc và tạo hình mắt... Qua 2 lần tổ chức (5/2006 và 6/2008), ICEM đã giới thiệu nhiều chuyên đề mới, thiết thực, nhận được sự ủng hộ rất nồng nhiệt của các bác sỹ nhãn khoa từ khắp các tỉnh, thành trong cả nước, nhất là các bác sỹ trẻ.

→ **S**au khi mổ phaco để chữa bệnh đục thủy tinh thể tại Bệnh viện Mắt TPHCM, từ ngày 17-25/5, có 22 bệnh nhân phải nhập viện cấp cứu sau khi mổ phaco tại Bệnh viện Mắt TPHCM do bị nhiễm trùng. Qua các kết quả xét nghiệm cho thấy, người bệnh bị viêm mủ nội nhãn do nhiễm vi khuẩn Pseudomonas trong chất nhuộm màu Trypan Blue của hãng Khosla, Ấn Độ. Đây là loại vi khuẩn có độc tính cực mạnh vì kháng lại phần lớn các loại kháng sinh. Ngày 7.6.2010, Bộ Y tế đã chỉ thị tạm dừng ngay việc sử dụng chất chỉ thị màu Trypan Blue và yêu cầu Công ty Thiết bị kỹ thuật Y khoa Việt Mỹ (đơn vị nhập khẩu chất chỉ thị màu Trypan Blue) nhanh chóng thu hồi lô sản phẩm trên. Theo Cục Quản lý Khám chữa bệnh, Bộ Y tế, nhà cung cấp sản phẩm sẽ phải chịu trách nhiệm nếu nguyên nhân gây nên tình trạng nhiễm trùng mắt ở các bệnh nhân sau mổ Phaco được xác định do chất nhuộm màu này.

## KẾ HOẠCH QUỐC GIA PHÒNG CHỐNG MÙ LOÀ VÀ CHĂM SÓC MẮT Ở VIỆT NAM GIAI ĐOẠN 2010 - 2013

(Tiếp theo kỳ trước)

### 3. MỤC TIÊU, CHIẾN LƯỢC, CHÍNH SÁCH CỦA KẾ HOẠCH

**3.1. Mục tiêu chung:** phấn đấu đạt được mục tiêu “Thị giác 2020” kiểm soát các căn bệnh gây mù có thể phòng tránh được vào năm 2020, góp phần giảm bớt tỷ lệ mù loà, nâng cao chất lượng cuộc sống và tình trạng sức khỏe nhân dân.

#### 3.2. Mục tiêu cụ thể

3.2.1. Xây dựng và kiện toàn Ban chỉ đạo Phòng chống mù loà cấp Trung ương và cấp tỉnh nhằm điều phối và chỉ đạo hoạt động phòng chống mù loà và tạo điều kiện huy động nguồn lực triển khai thực hiện công tác phòng chống mù loà.

3.2.2. Kiểm soát được các bệnh gây mù phòng chữa được: đục thể thủy tinh, mất hột, khô mắt thiếu vitamin A trẻ em, tật khúc xạ trẻ em vào năm 2020.

3.2.3. Đào tạo đủ nhân lực cho hệ thống chăm sóc mắt ở các tuyến, đặc biệt các lĩnh vực chuyên sâu cho tuyến tỉnh như: phẫu thuật viên mổ đục thể thủy tinh, điều trị glôcôm và bệnh võng mạc tiểu đường, chuyên khoa mắt trẻ em, bệnh kết giác mạc.

3.2.4. Xây dựng và hoàn thiện hệ thống chăm sóc mắt tất cả các tuyến, cung cấp đủ các trang thiết bị chăm sóc mắt thiết yếu cho tuyến tỉnh và từng bước cho tuyến huyện.

3.2.5. Từng bước phát triển kỹ thuật cao, dịch vụ chuyên khoa sâu như dịch kính võng mạc, chăm sóc tật khúc xạ và mắt trẻ em, ghép giác mạc, bệnh võng mạc tiểu đường.

#### 3.3. Các chính sách quốc gia

##### 3.3.1. Kiểm soát bệnh đục TTT gây mù

- Chỉ tiêu: phẫu thuật đục thể thủy tinh đạt tỷ lệ ít nhất 2000 ca/1 triệu dân đến 3000 ca/1 triệu dân

(khoảng 170.000 ca - 250.000 ca) vào năm 2013, tăng dần lên 300.000 ca vào năm 2020.

- Chính sách:

+ Nhà nước hỗ trợ cho bệnh nhân nghèo và cận nghèo (khoảng 10% số ca), mỗi năm hỗ trợ 17.000 ca mổ thông qua BHYT người nghèo. BHYT thanh toán chi phí mổ và tiền nhân cứng giá trung bình cho bệnh nhân có BHYT được mổ ở bất cứ cơ sở y tế nào (khoảng 20% số ca nữa, ước tính 35.000 ca/năm).

+ Có chính sách khuyến khích người dân mua BHYT tự nguyện để có tiền chi trả.

+ Ban Chỉ đạo Quốc gia PCML vận động các tổ chức NGO's quốc tế và trong nước có kế hoạch hỗ trợ khoảng 30.000 ca/năm

+ UBND và Sở Y tế các tỉnh có chính sách cho phép và khuyến khích các đơn vị CSM tuyển trung ương và tuyển tỉnh thu đúng thu đủ số tiền cần thiết cho chi phí mỗi ca mổ đối với các trường hợp có thể tự chi trả để có thêm tiền mua sắm các trang thiết bị cần thiết mà không cần sự đầu tư thêm nhiều của Nhà nước.

+ Tiếp tục đưa dịch vụ mổ đục thể thủy tinh tiếp cận đến người bệnh, đặc biệt ở vùng núi, vùng sâu, vùng xa. Để tạo điều kiện, mỗi tỉnh cần đầu tư 01 xe ô tô cho các đội phẫu lưu động.

+ Phối hợp với Bộ Văn hoá Thông tin tuyên truyền để có kế hoạch định kỳ phát thanh, phát hình nhằm nâng cao sự nhận biết của người dân và cộng đồng về các loại mù loà có thể phòng tránh được ( đục thể thủy tinh, quặm, glôcôm, tật khúc xạ...) nhằm huy động sự ủng hộ về vật chất và tinh thần của toàn xã hội.

+ Động viên, khuyến khích các cơ sở y tế tư nhân



tham gia vào các hoạt động khám chữa bệnh mắt miễn phí cho người nghèo.

### 3.3.2. Thanh toán quặng do bệnh mắt hột gây mù

- Chỉ tiêu: mổ 40.000 - 45.000 ca quặng/năm, chủ yếu tại các vùng có ổ bệnh mắt hột lưu địa ở 1 số tỉnh miền Bắc và miền Trung

- Chính sách:

+ BHYT Việt Nam thanh toán tiền mổ quặng cho những bệnh nhân quặng có BHYT được mổ ở bất cứ cơ sở y tế nào trong tỉnh. Bộ Y tế dành ngân sách cho mổ quặng khoảng 5000 ca/năm.

+ Vận động bệnh nhân và gia đình tự chi trả cho khoảng 20.000 ca/năm.

+ Vận động các tổ chức quốc tế hỗ trợ cho mổ quặng khoảng 10.000 ca/năm.

+ Đẩy mạnh tuyên truyền giáo dục sức khỏe nhằm nâng cao nhận thức của cộng đồng về vệ sinh phòng bệnh, hỗ trợ cải tạo vệ sinh môi trường ở các nơi còn bệnh mắt hột.

### 3.3.3. Kiểm soát bệnh khô mắt trẻ em do thiếu vitamin A

Tiếp tục các hoạt động phòng chống BKM lồng ghép với các hoạt động CSSKBD, giáo dục dinh dưỡng, bổ sung Vitamin A định kỳ 2 lần/ năm kết hợp với Viện Dinh Dưỡng Quốc gia (7 triệu viên nang tại cộng đồng cho 3,5 triệu trẻ em dưới 3 tuổi), cung cấp 360.000 viên nang vitamin A cho hệ thống các bệnh viện.

### 3.3.4. Triển khai chương trình chăm sóc tật khúc xạ

Khám sàng lọc và cấp phát kính cho học sinh (nhóm tuổi 6-15), trước mắt tiến hành ở 20 tỉnh có hợp tác quốc tế trước, sau đó triển khai rộng ra toàn quốc.

- Chính sách quốc gia:

+ Tăng cường sự phối hợp giữa 2 ngành Y tế - Giáo dục trong công tác khám sàng lọc và cấp kính cho học sinh.

+ Kiểm soát chất lượng kính: các cửa hàng kính trên toàn quốc phải có chứng chỉ đào tạo chính

quang viên do Vụ Trang thiết bị - Bộ Y tế hoặc 2 trung tâm đào tạo tật khúc xạ (Bệnh viện Mắt TW, Bệnh viện Mắt TP.HCM) cấp.

+ Phối hợp với Chương trình mục tiêu Quốc gia Phòng chống bệnh tật học đường để huy động mọi nguồn lực cho công tác chăm sóc tật khúc xạ như BHYT, các NGO's.

+ Xây dựng 2 trung tâm đào tạo chính quang viên ở Hà Nội và TPHCM, đào tạo đủ cán bộ cho mỗi tỉnh để phát triển dịch vụ chăm sóc tật khúc xạ tại địa phương.

+ Phối hợp với Bộ Văn hoá thông tin, Bộ Giáo dục cho phép in các thông tin truyền thông về phòng chống tật khúc xạ lên bia vở học sinh, cho phép đặt các pano tuyên truyền ở các cổng trường nơi dự án triển khai.

+ Có chủ trương thu 1 khoản kinh phí nhỏ của học sinh để phục vụ cho việc khám phát hiện tật khúc xạ hàng năm ở trường. Quỹ BHYT hiện có trích 1 phần cho nhà trường để chi cho các hoạt động chăm sóc sức khỏe cho học sinh tham gia BHYT nhưng không đủ cho chăm sóc tật khúc xạ ở nhà trường.

### 3.3.5. Xây dựng dự án thí điểm phòng chống Glôcôm ở cộng đồng

- Chính sách quốc gia:

+ Cung cấp trang thiết bị, đào tạo về chẩn đoán, điều trị và theo dõi glôcôm cho một số trung tâm lớn trong nước, trước mắt thí điểm ở 5 tỉnh: Nam Định, Thái Bình, Thừa Thiên Huế, Bình Định, Tiền Giang.

+ Xây dựng và củng cố 2 trung tâm lớn (HN, TP HCM) về đào tạo cán bộ chuyên sâu cho chăm sóc bệnh glôcôm.

+ Vận động tài trợ từ NGO's, từ ngân sách nhà nước cho các trang thiết bị khám chữa bệnh glôcôm cho các trung tâm lớn.

+ Đưa nội dung phát hiện và xử trí sớm glôcôm vào chương trình giảng dạy CSMBĐ cho y tế cơ sở và học sinh các trường Trung cấp Y cả nước.

**3.3.6. Triển khai và mở rộng dự án khám sàng lọc và điều trị sớm bệnh võng mạc trẻ đẻ non (ROP)**

- Chỉ tiêu: mỗi năm khám sàng lọc từ 2.500-3.000 trẻ đẻ non tại 8 trung tâm Mắt trẻ em ở Hà Nội, TP Hồ Chí Minh, Hải Phòng, Thái Nguyên, Thừa Thiên Huế, Đà Nẵng, Cần Thơ, Ninh Thuận, điều trị khoảng 200 đến 300 trẻ mắc bệnh võng mạc đẻ non bằng Laser.

- Chính sách quốc gia:

+ Xây dựng hướng dẫn quốc gia về việc sử dụng oxy cho các trẻ đẻ non ở các khoa sản, khoa sơ sinh các bệnh viện trong cả nước.

+ Phát triển gây mê sơ sinh cho các trung tâm lớn của mỗi vùng trong nước, trước hết ở 3 trung tâm Y tế chuyên sâu: Hà Nội, Thừa Thiên Huế, TPHCM.

+ Ban hành quy chế phối hợp giữa 2 ngành Sản khoa - Sơ sinh với Nhân khoa trong việc khám sàng lọc và điều trị cho trẻ mắc ROP.

+ Vận động tài trợ từ NGO's, từ ngân sách nhà nước cho các trang thiết bị khám chữa ROP và đào tạo cán bộ.

**3.3.7. Thí điểm triển khai Dự án khám sàng lọc, quản lý điều trị bệnh võng mạc tiểu đường gây mù tại một số trung tâm chuyên sâu**

- Chỉ tiêu: xây dựng thí điểm dự án khám sàng lọc và quản lý bệnh võng mạc tiểu đường gây mù ở một số trung tâm lớn: Hà Nội, TP. HCM, Hải Phòng, Nghệ An, Thừa Thiên Huế, Đà Nẵng ...

- Chính sách quốc gia:

+ Tăng cường sự phối hợp giữa các ngành Nội tiết, Nội khoa với Nhân khoa trong việc khám sàng lọc và điều trị bệnh võng mạc tiểu đường.

+ Xây dựng và củng cố 2 trung tâm lớn (HN, TP HCM) về đào tạo cán bộ cho khám sàng lọc và điều trị bệnh võng mạc tiểu đường.

+ Vận động tài trợ để cung cấp trang thiết bị cho các trung tâm lớn.

**3.3.8. Triển khai việc chăm sóc người khiếm thị, người mù, giúp người khiếm thị hoà nhập với cộng đồng**

- Tiếp tục duy trì và mở rộng các dự án “Phục hồi chức năng cho người mù dựa vào cộng đồng” (CBR) hiện có ở Nghệ An, Thừa Thiên Huế, mở rộng sang các tỉnh khác khi có điều kiện.

- Xây dựng hệ thống đăng ký người mù trong cả nước theo hệ thống của ngành Y tế và bảo hiểm xã hội. Cấp thẻ BHYT cho những người mù thuộc hộ nghèo đã đăng ký và được khám xác nhận là mù không thể chữa được. Đối với những người mù thuộc hộ cận nghèo, vận động người mù đóng góp 50% tiền tham gia BHYT.

- Vận động các tổ chức, các nhà hảo tâm, các cá nhân hỗ trợ kinh phí mua thẻ BHYT cho những người mù không thuộc các nhóm do Nhà nước bảo trợ hoặc vận động các đối tượng này tham gia mua BHYT để có tiền chi trả.

**3.3.9. Tăng cường đào tạo cán bộ chăm sóc mắt cho các tuyến**

- Chỉ tiêu đào tạo mới

+ Bác sỹ CKM: mỗi năm 200 CKĐH và 100 CKI/Thạc sỹ nhãn khoa.

+ Y tá CKM: mỗi năm 200- 300 y tá CK Mắt, ưu tiên cho các huyện chưa có Y bác sỹ CKM tại các Trung tâm đào tạo như: Bệnh viện Mắt TW, Bệnh viện Mắt TPHCM, Trường Đại học Y khoa Huế, ĐH Y khoa Thái Bình, Trường Cao đẳng Kỹ thuật Y tế phối hợp với Bệnh viện Mắt Đà Nẵng.

+ Phẫu thuật viên mổ đục thể thủy tinh: 50/năm.

+ Bác sỹ chuyên khoa mắt nhi: 10 BS/năm.

+ Bác sỹ, y tá khám điều trị bệnh VMTĐ: 10 CB/năm.

+ Bác sỹ chuyên sâu về bệnh giác mạc: 5 CB/năm.

+ Chính quang viên (Bệnh viện Mắt TW và TPHCM): 100/ năm.

+ CSMBĐ cho y tế xã, thôn bản (lớp ngắn ngày): 10.000 – 20.000/năm.

- Chính sách về đào tạo

+ Các cơ sở đào tạo đăng ký số lượng và loại hình đào tạo với BCĐQGPCML để tiện phối hợp.

+ Sở Y tế các tỉnh có kế hoạch xét cử cán bộ tuyến

huyện đi học CKM (hiện còn 500 huyện thị chưa có CB CKM) sao cho 5 năm tới mỗi bệnh viện huyện có một BS chuyên khoa mắt và/hoặc 1 y sỹ/ y tá chuyên khoa mắt.

+ Bộ Y tế, Sở Y tế các tỉnh thành có chính sách động viên cán bộ sau khi đào tạo về công tác ở cộng đồng, ở vùng núi, hải đảo (trả thù lao thêm vào lương, có ưu tiên về thời gian nâng lương, xét cử đi học tiếp...).

+ Xây dựng các Trung tâm đào tạo Y tá nhãn khoa ở 3 tỉnh thành mới là: Thừa Thiên Huế, Đà Nẵng, Thái Bình, mở rộng và củng cố 2 Trung tâm đào tạo lớn ở Bệnh viện Mắt TW và Bệnh viện Mắt TPHCM.

+ Củng cố và hoàn thiện 2 trung tâm lớn đào tạo về tật khúc xạ, bệnh võng mạc trẻ đẻ non (ROP), Bệnh võng mạc tiểu đường, bệnh glôcôm (Bệnh viện Mắt TW, Bệnh viện Mắt TP. HCM).

+ Huy động tài trợ trong và ngoài nước cho các học bổng đào tạo trong và ngoài nước, đặc biệt cho CB vùng nông thôn, miền núi, vùng xa.

+ Tổ chức 3 hội thảo khu vực để thống nhất và áp dụng giáo trình giảng dạy cho bác sỹ nhãn khoa và điều dưỡng mắt, về nhãn khoa và CSMBĐ cho học sinh các trường Đại học Y và Trung cấp Y cả nước.

+ Phát triển công nghệ thông tin kết nối giữa trung tâm nhãn khoa lớn với các địa phương bằng Tele-medicin để đào tạo và trao đổi kinh nghiệm.

+ Có kế hoạch đào tạo y tế tư nhân theo cơ chế “có tham gia có quyền lợi về đào tạo, hội họp” động viên họ tham gia đóng góp cho công tác chung.

### **3.3.10. Phát triển kỹ thuật, xây dựng các cơ sở hạ tầng chăm sóc mắt**

- Chỉ tiêu của kế hoạch 4 năm:

+ 100% các tỉnh có các đơn vị CSM cho nhân dân

ở cộng đồng cấp tỉnh.

+ 100% bệnh viện huyện thị cả nước có khoa Mắt hoặc liên chuyên khoa.

+ 100% các cơ sở CSM tuyến tỉnh có đủ các trang thiết bị thiết yếu.

+ 100% các khoa Mắt bệnh viện huyện thị có các trang thiết bị chăm sóc mắt tối thiểu theo quy định.

+ 100% số xã sau khi được đào tạo CSMBĐ có bộ dụng cụ tối thiểu để CSMBĐ: 01 đèn pin, 01 kính lồi, 01 lúp 2 mắt, 01 bảng thị lực xa.

- Chính sách quốc gia:

+ Mỗi tỉnh thành lập đơn vị trung tâm Mắt/TTP-CBXH/ hoặc Bệnh viện Mắt tỉnh để chăm sóc mắt cho nhân dân ở cộng đồng (hiện còn 8 tỉnh chưa có).

+ Xây dựng và áp dụng danh mục tiêu chuẩn tối thiểu về trang thiết bị CSM cho các cơ sở chăm sóc mắt các tuyến cả nước.

+ Ban hành các quy định về chuyên môn kỹ thuật chuyên mắt cho các cơ sở chuyên khoa Mắt trong cả nước.

+ Có chính sách đầu tư từng bước cho trang thiết bị của khoa Mắt tuyến huyện thị, ưu tiên những nơi đã có cán bộ CKM được đào tạo.

+ Có chính sách khuyến khích đầu tư phát triển các kỹ thuật cao, công nghệ cao ở các trung tâm lớn của cả nước bằng cách huy động nguồn lực từ nhiều phía: nhà nước, hợp tác quốc tế, liên doanh...

+ Xây dựng và phát triển các cơ sở sản xuất kính và thuốc nhãn khoa giá rẻ cho mỗi vùng. Có chính sách hỗ trợ về thuế cho họ.

+ Tích cực huy động các nguồn lực trong và ngoài nước cho cung cấp trang thiết bị CSM ở tất cả các tuyến.

# THÔNG BÁO ĐĂNG KÝ BÁO CÁO KHOA HỌC TẠI HỘI NGHỊ NHÃN KHOA TOÀN QUỐC THÁNG 12/ 2010

## 1. Đăng ký đề tài - báo cáo tóm tắt và hình thức báo cáo: trước ngày 30/7/2010

### 1.1. Đề tài – báo cáo tóm tắt:

- Tên đề tài.
- Tên tác giả (gạch dưới tên báo cáo viên).
- Nơi làm việc, số điện thoại liên hệ.
- Tóm tắt tiếng Việt và tiếng Anh, mỗi phần không quá 14 dòng, gồm các mục: giới thiệu; mục tiêu; đối tượng, phương pháp nghiên cứu; kết quả; kết luận; từ khoá (dưới 6 từ). Khổ giấy A4, font chữ Times New Roman, cỡ chữ 12.

**1.2. Hình thức báo cáo:** tác giả ghi rõ hình thức báo cáo: báo cáo hội trường; poster; một trong hai hình thức trên (Ban tổ chức sẽ xét chọn).

## 2. Gửi bài báo cáo toàn văn: trước ngày 30/8/2010

**2.1. Báo cáo toàn văn:** không quá 8 trang (kể cả bảng, hình, biểu đồ, tài liệu tham khảo...), khổ giấy A4, font chữ Times New Roman cỡ chữ 12, cách dòng 1,2. Lề 2 bên là 2cm, trên dưới 3cm.

**2.2. Trình tự các phần trình bày:** (*Tham khảo thể lệ đăng bài trên Tạp chí Nhân khoa*)

- 2.2.1. Tên đề tài: ngắn gọn, không nên quá 2 dòng, chữ in đậm, cỡ chữ 15
- 2.2.2. Họ tên tác giả, nơi làm việc, số điện thoại liên hệ.
- 2.2.3. Tóm tắt tiếng Việt.
- 2.2.4. Nội dung gồm các phần sau được đánh số La mã từ I (dưới đó là 1; 2 ...):

- Đặt vấn đề: gồm cả mục tiêu nghiên cứu.
- Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.
- Kết quả nghiên cứu.
- Bàn luận (có thể gộp cả 2 phần thành kết quả nghiên cứu và bàn luận)
- Kết luận.
- Tài liệu tham khảo: theo số thứ tự từ tài liệu tiếng Việt trước tiên rồi đến tiếng nước ngoài theo vần A, B, C của tên tác giả. Thứ tự: tên tác giả, năm xuất bản để trong ngoặc đơn, tên bài, tên tài liệu (tạp chí, sách), tên nhà xuất bản, tập, số xuất bản, trang.
- Tóm tắt bằng tiếng Anh, từ khoá (tương tự như tóm tắt tiếng Việt)

## 3. BTC sẽ lựa chọn, thông báo cho các tác giả chuẩn bị để trình bày tại Hội nghị Nhân khoa toàn quốc 2010 và đăng tại Tạp chí Nhân khoa Việt Nam

- Hình thức báo cáo hội trường: thời gian không quá 10 phút (khoảng 20-30 slide).
- Hình thức poster: kích thước A0 (sẽ có hướng dẫn chi tiết sau).

## 4. Địa chỉ gửi bài và liên hệ:

- Email: [khoahocdaotao@vnio.vn](mailto:khoahocdaotao@vnio.vn)
- Hoặc gửi đĩa CD có file báo cáo theo địa chỉ bưu điện:

**Phòng Quản lý khoa học - Đào tạo, Bệnh viện Mắt Trung ương, 85 Bà Triệu, Hà Nội.**

**Điện thoại: 04-38228956; 0912 486 046 (gặp ThS. Nguyễn Kiên Trung).**

Tin quốc tế

**Hội nghị Nhân khoa Thế giới lần thứ 32**

Hội nghị nhân khoa thế giới 2010 được tổ chức tại Berlin (Đức) từ ngày 5/6 đến 9/6. Đây là lần thứ 3 Hội Nhân khoa của Đức tổ chức hội nghị này (ở Heidelberg vào năm 1888 và ở Munich vào năm 1966).

Tại Hội nghị lần thứ 32 này, hơn 3.000 chuyên gia quốc tế sẽ thuyết trình các chủ đề khác nhau về võng mạc, glôcôm, đục thủy tinh thể, phẫu thuật khúc xạ trong hơn 600 nhóm. Các tranh ảnh quảng cáo và các chương trình video sẽ được số hóa và trình chiếu làm cho hội nghị thêm sinh động.

Hội nghị đã trở thành một trong những sự kiện hàng đầu trên thế giới. Đây là cơ hội cho các nhà nhân khoa trên thế giới chia sẻ kinh nghiệm và tiếp cận các ứng dụng khoa học mới nhất, các thuốc và thiết bị điều trị trong nhãn khoa mới nhất.

**Tuần lễ nâng cao nhận thức về bệnh Glôcôm**

Hơn 250.000 người ở Anh và xứ Wales đang dần dần mất thị lực mà họ không nhận thức về điều đó. Đây là một sự thật gây sốc trong dư luận mà Hội Glôcôm Quốc tế muốn nhấn mạnh trong tuần lễ nâng cao nhận thức về bệnh Glôcôm từ ngày 1/6 đến 13/6.

Tuần lễ này nhằm mục đích nâng cao nhận thức và gửi đi thông điệp tới cộng đồng: bệnh glôcôm là một bệnh “silent disease” với không dấu hiệu cảnh báo nào trong giai đoạn đầu, kiểm tra mắt là một yêu cầu bắt buộc để chẩn đoán và bảo vệ mắt. Nó cũng sẽ giúp chỉ ra những nhóm có nguy cơ cao như những người trên 40, những gia đình có tiền sử bệnh glôcôm, những người bị cận thị, tiểu đường hay những người có gốc Châu Phi và Caribe.

Theo Hội Glôcôm quốc tế, có ít nhất 1 trong 50 người trong độ tuổi trên 40 có nguy cơ mắc bệnh glôcôm (tỷ lệ 2%) và khoảng 50 % trong số những người ngày không nhận thức được vấn đề này bởi

vi căn bệnh glôcôm không có triệu chứng nào trong giai đoạn đầu.

**Hội nghị Nhân khoa khu vực châu Á - Thái Bình Dương lần thứ 25 tại Bắc Kinh**

Hội nghị Nhân khoa khu vực châu Á-Thái Bình Dương lần thứ 24 tại Bali, Indonesia từ ngày 16-19 tháng 5 năm 2009 đã thành công tốt đẹp với sự tham dự của 4.600 đại biểu đến từ 78 nước và hơn 500 diễn giả nổi tiếng trên thế giới. Sau hội nghị ở Bali, Hội nghị Nhân khoa khu vực châu Á - Thái Bình Dương lần thứ 25 (APAO 2010) sẽ được tổ chức tại Bắc Kinh, Trung Quốc từ ngày 16/9 đến 20/9. Đây là một đại hội nhân khoa quan trọng trong khu vực châu Á- Thái Bình Dương trong năm 2010 và cũng là dịp kỷ niệm 50 năm ngày thành lập của Hiệp hội Nhân khoa châu Á-Thái Bình Dương.

Hội nghị dự kiến sẽ thu hút khoảng 8.000 - 10.000 đại biểu và các diễn giả hàng đầu trên thế giới đến dự. Không chỉ dừng lại quy mô một hội nghị khoa học đơn thuần, các đại biểu còn có cơ hội tiếp cận với thành phố Bắc Kinh bề dày ngàn năm lịch sử và văn hóa, có cơ hội để dạo thăm những di tích nổi tiếng thế giới: Vạn Lý Trường Thành, Tử Cấm Thành...

Xem chi tiết tại website: [www.apao2010beijing.org](http://www.apao2010beijing.org)

**Thành lập diễn đàn Nhân khoa trực tuyến của tổ chức IAPB**

Tổ chức phòng chống mù lòa quốc tế (IAPB) vừa mới thành lập một diễn đàn online cho đại diện của các thành viên cũng như các bên liên quan tìm hiểu các vấn đề quan trọng xung quanh hệ thống y tế và cách thức mà các dịch vụ chăm sóc mắt có thể được đẩy mạnh thông qua hệ thống cơ sở hạ tầng có sẵn. Để tham gia diễn đàn hãy truy cập vào địa chỉ: <http://www.vision2020.org/forum-healthsystems>.

*Ngân Hà*

# Kỉ niệm chữa mắt cho Bác (\*)



Bác Hồ theo dõi ca phẫu thuật tại Bệnh viện Mắt Trung ương năm 1956

*Khi được giao trọng trách chữa mắt cho Chủ tịch Hồ Chí Minh, mặc dù đã là phó tiến sĩ và có kinh nghiệm hàng chục năm chữa bệnh, BS. Đào Xuân Trà vẫn cảm thấy quá bé nhỏ trước trọng trách lớn lao đó. Nhưng bên cạnh những lo lắng, áp lực ban đầu, ông và các đồng nghiệp càng quyết tâm tìm cách chữa khỏi đôi mắt cho Bác. Bởi ông nghĩ, đất nước này đã ngót trăm năm chìm trong đêm đen của đời nô lệ. Chính Bác Hồ đã đem về ánh sáng cho cả dân tộc, cho mọi kiếp người. Lẽ nào Người đem ánh sáng cho đời lại phải chịu cảnh đêm tối...*

Năm 1965, Quân đội Mỹ đổ bộ ồ ạt vào miền Nam nước ta. Không quân Mỹ đánh phá ác liệt cả ngày lẫn đêm ở nhiều vùng đông dân trên miền Bắc. Nhân dân ta đứng trước thử thách vô cùng lớn lao - cuộc chiến tranh với một siêu cường. Giữa lúc này, Bác Hồ bị một cơn bệnh ngặt nghèo!

Cơn mưa ngâu lúc sập sùi, lúc tạnh ráo. Không khí oi bức. Cả Hà Nội vào vị trí chiến đấu... Viện Quân y 108 bận rộn đón thương binh từ các tuyến chuyển về. Đây là tuyến điều trị cuối cùng của toàn quân. Những chiến thương đưa về đây đều là những ca hiểm hóc...

Bác sĩ chủ nhiệm khoa Mắt Đào Xuân Trà đang bề bộn với công việc của Khoa. Anh lại đang vừa mới qua những đêm trắng: ngủ sao yên được trước những người chiến sĩ vì Tổ quốc, vì sự sống còn của dân tộc, đã bị kẻ thù gây thương tích. Ánh sáng trong mắt họ đang bị đe dọa. Có những chiến sĩ chưa qua tuổi hai mươi mà đã bị cướp mất đôi mắt ngọc.

Bác sĩ Trà đứng trong phòng trực của Khoa, nhìn ra vườn. Những vuông cỏ mượt trải dưới hàng cây sao đen. Anh nghĩ về ánh sáng, về màu của thiên nhiên... Đồng chí Đặng Hoà - Trợ lý chính trị - bước đến bên anh, giọng thận trọng:

- Chính uỷ và Viện trưởng mời đồng chí lên có việc đặc biệt...

- Cảm ơn! - Anh Trà chỉ kịp đáp lại một tiếng thông thường ấy rồi cởi áo choàng trắng, mũ trắng, chỉnh lại chiếc áo quân phục. Anh băn khoăn: “Có lẽ một đồng chí lãnh đạo... Chắc là nặng đây.”

Phòng khách đã mở cửa sẵn. Bác sĩ Trà vừa bước vào thì đồng chí trợ lý đã khép cửa lại. Anh nhận thấy ngay một không khí không bình thường: sự có mặt của Đại tá Chính uỷ Lê Đình Lý, Đại tá - Viện trưởng - bác sĩ Nguyễn Thế Khánh, cùng với 3 đồng chí ở Phủ Chủ tịch và Tổng cục Chính trị. Anh hồi hộp chờ đợi. Đồng chí Viện trưởng vào ngay vấn đề:

- Sức khoẻ của Bác không bình thường, đặc biệt là mắt Bác... - Viện trưởng nghèn nghẹn khó

nói rõ lời - Mắt Bác không... Mắt Bác có triệu chứng... Đồng chí thu xếp công việc của Khoa lại. Đi ngay!

Đồng chí Chính uỷ giao nhiệm vụ cho anh:

- Trên đã tin cậy trao cho Viện chúng ta một vinh dự vô cùng lớn lao là trực tiếp chữa căn bệnh hiểm nghèo về mắt của Bác. Cả dân tộc đang đối mặt với một kẻ thù xâm lược lớn nhất, tàn bạo nhất trong lịch sử... Sức khoẻ của Bác lúc này có tầm quan trọng đặc biệt.

Chính uỷ nhìn bác sĩ Trà, như đã thấu nỗi lo lắng, băn khoăn trăn trở trong dòng suy nghĩ của anh.

Anh Trà dè dặt nói:

- Khả năng tôi có hạn... Sao không mời những giáo sư danh tiếng? Tôi e không làm tròn, sẽ có lỗi với Bác, với nhân dân!

- Các đồng chí ở trên đã cân nhắc kỹ càng rồi mới quyết định giao nhiệm vụ này cho Viện 108 ta.

Qua ý kiến của đồng chí trên Phủ Chủ tịch, anh Trà càng lo lắng với trọng trách nặng nề của mình. Anh hỏi Viện trưởng Nguyễn Thế Khánh:

- Ta có cử thêm đồng chí nào nữa không?

- Riêng một mình đồng chí thôi. Trên đã có các đồng chí bảo vệ sức khoẻ của Bác.

Đồng chí trên Phủ Chủ tịch nói thêm:

- Đồng chí Bộ trưởng Phạm Ngọc Thạch sẽ còn làm việc nữa với đồng chí.

Chính uỷ dặn dò thêm:

- Việc này phải giữ tuyệt mật. Đồng chí không nói với anh em trong khoa là đi đâu. Cũng không nên để chị Trà biết. Không phải là chúng ta không tin tưởng vợ con, bè bạn, mà vì đây là nguyên tắc, ai không có trách nhiệm thì không nên biết

Ra khỏi phòng, anh Trà cảm thấy mình bước đi mà chân không bén đất. Nỗi lo lắng xâm chiếm tâm trí anh. Hà Nội sang thu. Trời xanh trong ngời ngời. Ánh sáng dịu mát mà sao những đốm lửa ảo giác chập chờn nhào lộn trong mắt anh. Hình ảnh Bác Hồ hiện lên sáng ngời giữa những tầng tầng lớp lớp lo âu trong anh. Cả quá khứ cũng ùa đến xô lấn hiện tại. Năm 1945, anh còn là một sinh viên y khoa sắp có mảnh bằng bác sĩ thì Cách mạng tháng Tám

thành công. Anh Trà đi theo Cách mạng với một nhiệt huyết trong sáng. Anh đã đón vào tim mình một hình ảnh Bác Hồ đẹp hơn cả ông Tiên trong các truyện cổ tích đọc ngày tuổi còn thơ.

Rồi anh đi theo con đường của Bác với vốn liếng tri thức của mình để phục vụ Cách mạng. Anh lớn lên trên các nẻo đường kháng chiến. Giờ đây, đầu đã có cái vốn khoa học của một phó tiến sĩ và cái vốn kinh nghiệm hàng chục năm chữa bệnh, anh vẫn cảm thấy quá bé nhỏ trước trọng trách: khám và chữa chứng bệnh ngặt nghèo của Bác. Đất nước này đã ngót trăm năm chìm trong đêm đen của đời nô lệ. Bác về đem ánh sáng cho cả dân tộc, cho mọi kiếp người. Lẽ nào Bác, Người đem ánh sáng cho đời lại phải chịu cảnh đêm đen! Chính vì vậy, dù khó đến đâu, cũng phải đẩy lùi cái hoạ ấy ra khỏi đôi mắt tuệ anh của Bác, bảo vệ đôi mắt Bác - mắt của Việt Nam, mắt của thời đại.

Bác sĩ Trà lúi húi chuẩn bị các máy đo nhãn áp, đo thị lực, soi đáy mắt, xem võng mạc, thần kinh... không nhờ một ai trong Khoa giúp một tay. Thấy cách làm việc của anh khác thường, có người hỏi, anh chỉ đáp qua loa. Về nhà, vợ con anh cũng không biết gì đến nỗi lo nghĩ của anh, chỉ nhận thấy anh hơi “đôi tính đôi nết”, để cái gì ở đâu cũng quên ngay, hỏi hai ba lần mới trả lời. Có lúc, vợ hỏi một chuyện, anh trả lời một chuyện khác, chẳng ăn nhập vào đâu.

Khi ngồi tại nhà khách của Bác, anh hồi hộp tới mức nghe rõ cả tiếng tim đập dồn dập trong ngực. Các đồng chí Phạm Ngọc Thạch, Vũ Kỳ, và bác sĩ Nhữ Thế Bảo theo dõi sức khoẻ của Bác, giới thiệu với anh một số cách thức, kinh nghiệm khi khám và chữa bệnh cho Bác. Đặc biệt, đồng chí Vũ Kỳ như một đầu nối, đã giúp anh gần gũi Bác trước khi được gặp Bác.

- Bác đến! (Đồng chí Vũ Kỳ báo tin)

Anh Trà và mọi người hướng mắt ra vườn.

Bác đi khoan thai giữa nền xanh của cây cỏ, từ phía nhà sàn. Sự hồi hộp dâng lên trong lòng anh Trà. Phút chốc, trọng trách “người thầy thuốc đến khám bệnh” tan biến, niềm vui sướng được gặp Bác

Hồ đã choán hết tâm hồn. Bác bước vào nhà, khoát tay mời mọi người ngồi yên chỗ. Bác nhận ra ngay anh là bác sĩ đến khám bệnh, Bác hỏi vui vẻ:

- Chú đến tận đây để chữa mắt cho Bác à?

Anh lễ phép đáp: “Thưa Bác, vâng!”, nhưng thay vì mời Bác ngồi vào chiếc ghế đã chuẩn bị để khám bệnh, anh say sưa ngắm Bác, khiến Bác phải nhẹ nhàng nhắc:

- Chú uống nước đi, rồi tranh thủ khám mắt cho Bác.

Rồi Bác quay sang phía các đồng chí có mặt:

- Mấy chú này cứ ham bày cho các cháu nhỏ hát “Mắt Bác sáng như sao”, rồi quên mất con mắt của Bác đang bị đe dọa... “tối”!

Mấy Bác cháu cùng cười. Bác đã ngồi vào ghế, Bác sĩ Trà bắt đầu đến gần Bác, anh buộc miệng theo thói quen nghề nghiệp:

- Mắt Bác đau thế nào, thưa Bác?

Bác cười tủm tỉm:

- Chú là bác sĩ đang khám bệnh cho Bác, lại hỏi Bác đau như thế nào?

Anh Trà càng lúng túng. Nhưng Bác đã chủ động giúp anh lấy lại bình tĩnh:

- Chú cứ yên tâm, Bác nghe và Bác sẽ làm theo sự điều khiển của chú.

Bác còn đỡ vui:

- Đố chú biết Bác bị đau con mắt bên nào?

- Thưa Bác, Bác đau mắt bên này ạ.

Nói xong, anh Trà biết ngay là sai. Bác cười:

- Chẳng lẽ chú là ông “lang băm” à?

Anh Trà cười ngượng ngập. Trước khi khám mắt Bác, anh đã được các đồng chí bảo vệ sức khỏe Bác cho biết là mắt nào của Bác bị đau. Do bối rối không tự chủ được, nên anh nói nhầm. Bác rất hiểu. Bác chuyển sang hỏi han chuyện đời riêng, chuyện sinh hoạt gia đình của anh, như người cha lâu ngày gặp lại con. Bác còn hỏi vui: “Chú có sợ vợ không?” - “Dạ, cháu có sợ ạ.” - “Thế chú đã gia nhập hội những người sợ vợ chưa?” - “Dạ thưa Bác, cháu chưa ạ”... Mọi người cùng cười vui vẻ.

Điều làm anh Trà lâng lâng, thêm kính yêu và

cảm phục Bác là trong lúc khám bệnh, Bác xoay trở người rất mau lẹ theo tay điều khiển của anh, dễ dàng hơn bất cứ một bệnh nhân nào khác mà anh từng tiếp xúc.

Lúc sơ bộ nhận biết về căn bệnh, bác sĩ Trà toát mồ hôi. Nỗi lo âu lại choán lấy anh. Anh để các dụng cụ xuống. Bác biết là anh đang bàng hoàng về bệnh tình của Bác, nhưng Bác vẫn bình thân, vui vẻ hỏi anh:

- Bệnh của Bác thế nào? Chữa khỏi chứ?

Anh cố lấy lại bình tĩnh, lễ phép đáp: “Thưa Bác, chữa khỏi được ạ”. Bác nói: “Bệnh nặng đến mức nào chú cũng nói thật để Bác cháu mình cùng phối hợp mà chữa chạy. Bác cũng không lo sợ đâu!”. Khi tiễn Bác trở về ngôi nhà sàn thanh cao, anh Trà thấy mắt mình tối sầm lại. Ngoài vườn, tiếng lá xôn xao. Đồng chí Bộ trưởng Phạm Ngọc Thạch, đồng chí Vũ Kỳ và hai bác sĩ ngồi lặng đi mấy phút khi nghe anh Trà nói về bệnh trạng của Bác: một bên mắt đã ở trong tình trạng rất nguy hiểm, có nguy cơ sẽ lan sang cả mắt kia. Đây không phải là bệnh đau mắt thông thường, mà là triệu chứng của một bệnh rất nặng, do sự lao động trí não phi thường của Bác. Nếu không chữa được, bệnh có thể dẫn tới điều đáng lo hơn nữa.

Anh Trà nén xúc động, lo lắng, biểu thị trước các đồng chí quyết tâm phấn đấu với tất cả nhiệt tình và khả năng của mình. Và anh hứa vận dụng nhiều hình thức để gom góp trí tuệ, những kinh nghiệm của các giáo sư, các bác sĩ đồng nghiệp thành sức mạnh chung để chiến thắng cơn bệnh hiểm nghèo.

Anh còn phân vân một nỗi, có nên báo cáo lên Bộ Chính trị một cách đầy đủ về bệnh tình của Bác không? Đồng chí Vũ Kỳ cho biết Bác có một bản lĩnh rèn luyện để thắng bệnh tật, thắng tuổi già, không một ai sánh nổi Anh Trà càng vững tâm, càng tin yêu Bác. Bác luôn luôn là ánh sáng phía trước cổ vũ anh trong trận chiến đấu bằng trí tuệ này.

Những ngày sau đó, anh Trà đi “hội chẩn” với một số giáo sư chuyên khoa dưới hình thức có bệnh án mà vắng mặt bệnh nhân, rồi anh đến chữa bệnh



cho Bác. Lần này, anh thấy rõ là tuy đã biết về tình hình bệnh, Bác không hề gợn một chút băn khoăn hay lo lắng. Bác cười luôn. Bác nhỏ thuốc, tiêm thuốc đúng như trong đơn đã ghi. Bác còn kể cho anh Trà nghe những tấm gương dũng cảm chống lại bệnh tật, chuyện những thiếu nhi hỏng tay phải cặp bút vào chân, kẹp vào vai mà viết, chuyện những em lành lặn công em bại liệt hai chân đến trường học, hết năm này qua năm khác... Từ đó, anh lại được truyền một niềm tin mới.

Có lúc anh cảm thấy dường như Bác chăm sóc đến anh hơn là để anh chăm sóc đến đôi mắt đau bệnh của Bác. Bác nhắc nhở việc rèn luyện đạo làm người thầy thuốc của nhân dân, của quân đội con em của nhân dân. Bác dạy: *“Mức sống của nhân dân ta còn quá thấp, lại qua hai cuộc chiến tranh dai dẳng, sức khoẻ càng bị sa sút, có nhiều bệnh tật. Tuy Đảng và Chính phủ quan tâm, nhưng chưa đáp ứng được yêu cầu to lớn của toàn dân. Đau mắt là một trong những bệnh phổ biến ở nước ta, nhất là ở các miền quê. Các chú phải quan tâm nhiều hơn nữa đến việc phòng bệnh, chữa bệnh cho dân. Phải đúc kết kinh nghiệm chữa bệnh, nâng cao và kết hợp thuốc dân tộc với đông y cho thật tốt”*.

Tiếp đó, anh Trà cùng bác sĩ Nguyễn Trọng Nhân ở Viện Mắt Trung ương bắt tay vào công việc tìm phương cứu chữa. Bác sĩ Nhân là người chủ trì đề tài: *“Chảy máu đáy mắt của giới trí thức cao tuổi, lao động trí óc nhiều năm”*, một chuyên khoa mắt giỏi, y đức cao. Ngoài ra, còn có Đại tá Đào Xuân Trà - Chủ nhiệm khoa Mắt Viện 108 – được phân công sang các nước để tìm tòi, nghiên cứu thuốc, phương tiện, phương pháp cứu chữa.

Trong khi hai anh Đào Xuân Trà, Nguyễn Trọng Nhân đi tầm dược, vẫn kế trị liệu thiên nhiên Hồ Chí Minh thì Bác Hồ về miền địa linh – Chí Linh, Côn Sơn. Đúng ngày 15 tháng 2 năm 1965, sắp sang ngày Tết Nguyên Tiêu (Rằm tháng Giêng), Bác thăm hỏi hơn 3.000 cán bộ, bộ đội, nhân dân tại đây, rồi Bác đi thăm đồng cùng với một cán bộ địa phương, Bác đập guồng nước tưới cho lúa chiêm. Đến giờ Mùi, sang giờ Thân (13 đến 16 giờ) Bác

lên Côn Sơn, vào chùa với chư vị Thiền – Trúc Lâm và Người đến đàm tâm linh bí với vị anh hùng dân tộc bậc danh nhân văn hoá vĩ đại Nguyễn Trãi trước Tấm Bia lịch sử.

Tháng 5 năm 1965, ngày 19, vào giờ Thìn (8 giờ 30), Bác từ Thủ đô Bắc Kinh (Trung Quốc) đi Sơn Đông – Kinh đô của nước Lỗ xa xưa, quê hương của Đức Khổng Phu tử. Người dừng chân tại Thủ phủ tỉnh Sơn Đông, thành phố Tế Nam, rồi Người nghỉ trưa trong vườn hoa Đại Minh Hồ. Sang giờ Mùi (14 giờ), Bác vào Khổng Phủ dâng hương tưởng niệm đức Khổng Phu tử tại Khổng miếu, thăm khu Khổng Lâm cả ngàn tuổi thọ lão tùng. Người ứng tác một bài thơ chữ Nho, tứ tuyệt:

*“Ngũ tuyệt thập cửu phỏng Khúc Phu  
Cổ tùng cổ miếu lương y hy  
Khổng gia thế lực kim hà tại?  
Chi thặng tà dương chiếu cổ bi”*.

Về sau, học giả Đặng Thai Mai dịch:

*“Mười chín tháng năm thăm Khúc Phu  
Miếu xưa vẫn dưới bóng tùng xưa  
Uy quyền họ Khổng giờ đâu nhỉ  
Lấp loang bia xưa chút ánh tà”*.

Giữa ngày sinh nhật thứ 75, Bác đang ở nước ngoài mà Bác không lúc nào không lo lắng việc nước nhà. Nghe tin giặc Mỹ đánh phá ác liệt trên khắp các hệ thống giao thông đường sắt, đường bộ, bến cảng, thành phố cả vùng khu Bốn cũ, đồng chí Bí thư Đảng bộ Tổng cục Đường sắt Trần Quang Sơn đã hy sinh trong lúc kiểm tra công việc thông xe cầu Cun, Thanh Hoá ngày 19 tháng 5, Bác Hồ lệnh ngay về nước truy tặng ông Huân chương Lao động hạng Nhất (lệnh số 54/LCT). Tiếp đó, Người gửi thư khen ngợi quân, dân miền Bắc chiến đấu giỏi đã chôn vùi 300 máy bay giặc Mỹ.

... Sau một thời gian, hai người – bác sĩ Đào Xuân Trà, Nguyễn Trọng Nhân thu lượm được một số kết quả, trở về nước. Anh Nhân vẫn chưa biết Người bị bệnh ngặt nghèo là Bác Hồ, anh Trà lại tiếp tục hằng ngày đến điều trị cho Bác. Có lần anh đi theo Bác sang nước bạn để điều trị, chăm sóc. Anh hết sức ngạc nhiên về việc Bác đã tự luyện mắt và

tập vận động toàn thân, kết hợp điều trị theo đơn thuốc. Bệnh đã thuyên giảm rõ rệt. Hằng ngày, Bác dành thì giờ trong buổi tăng sáng để nhìn mặt trời vừa mới mọc. Bác thu vào mắt mình những giọt nắng ban mai. Bác thở không khí trong lành, vận động cơ thể theo những bài luyện tập đều đặn, chuyên cần và thực hiện rất chặt chẽ chế độ nhỏ thuốc, tiêm thuốc, làm việc, đọc sách hằng ngày của Bác, anh chưa từng gặp ở một bệnh nhân nào khác!

Qua một thời gian Bác cháu phần đầu, bên mắt đau của Bác đã trở lại gần như bình thường

Trong cuộc đời làm thầy thuốc chuyên khoa mắt, bác sĩ Đào Xuân Trà đã nhiều lần vui sướng mỗi khi lấy lại được con mắt sáng cho bệnh nhân. Nhưng chưa bao giờ anh thấy niềm hạnh phúc lớn lao choán cả tâm hồn anh như giây phút anh được thấy Bác Hồ, với đôi mắt hiền từ vẫn sáng như sao, đang ngồi trên nhà sàn lộng gió, giữa một màu xanh bát ngát, viết Lời kêu gọi lịch sử: *Không có gì quý hơn độc lập tự do*. Bác hoàn thành bản Di chúc thiêng liêng – *“Tuyệt đối bí mật”* và thiên nhãn của Người vẫn minh tinh quang vũ trụ. Trong Di chúc, Bác viết: “... tôi vừa 79 tuổi, đã là lớp người “xưa nay hiếm”, nhưng tinh thần, đầu óc vẫn sáng suốt...”

Đại tá bác sĩ Đào Xuân Trà bồi hồi kể lại lúc tôi sắp chia tay ông tại Viện 108:

- Hút thuốc lá thơm như “tình bạn đồng hành” của Bác từ thời anh Văn Ba thủy thủ. Còn rượu ngon thì Bác chỉ có khi *đàm tâm từu tịnh*, chứ Bác không nghiện. Nhưng khi sức khoẻ giảm sút, tuổi cao, tim, mắt đều “có chuyện”, anh em chuyên môn chúng tôi đề đạt với Bác chớ dùng thuốc lá và rượu. Bác nhìn chúng tôi băng khuâng: - Mình sẽ y lệnh. Bỏ nốt hai thứ thích thú này thì chẳng còn có cái thú riêng gì là của mình nữa. Ba năm sau (1968), tôi được Bác đọc cho nghe bài thơ “Vô đề”, quả là Người “y lệnh”:

*“Tam niên bất ngật từu xuy yên  
Nhân sinh vô bệnh thị chân tiên  
Hỷ kiến Nam phương liên đại thắng  
Nhất niên từ quý độ xuân thiên”*

Nhà thơ Khương Hữu Dụng dịch:

*“Thuốc kiêng, rượu cũ đã ba năm  
Không bệnh là tiên sướng tuyệt trần  
Mình thấy miền Nam luôn thắng lớn  
Một năm là cả bốn mùa xuân”.*

Đến Tết Nguyên Đán - Mậu Thân, Bác lại có bài thơ *Nhị vật*. Anh Vũ Kỳ, bác sĩ Lê Đình Mẫn và tôi mới được đọc “kín” thôi. Bài thơ tứ tuyệt bằng chữ Nho. Bác Hồ biết tin phụ thân anh Lê Đình Mẫn từ Hà Tĩnh ra Hà Nội gặp con trai để tham quan Hà Nội, Bác mời cụ đến dùng cơm thân mật với Bác. Trong bữa cơm thanh đạm, có rượu ngon, có thuốc lá Thăng Long mời khách. Bác chia tay về phía thân phụ bác sĩ Mẫn, Người thân mật nói: - Xin mời cụ nâng chén, tôi phải tuân lệnh của thầy thuốc, không được dùng nhị vật. Nhưng vừa rồi đón xuân mới tôi vẫn được thưởng thức thuốc thơm và rượu ngon trong mộng, cụ ạ.

Cụ thân phụ anh Mẫn áp ly rượu vào lòng hai bàn tay nhìn Bác thần thờ, xúc động nghe Người đọc thơ:

*“Vô yên, vô tửu quá tân xuân  
Dị sử thi nhân hoá tục nhân  
Mộng lý hấp yên, ngật mỹ từu  
Tĩnh lai cánh phấn chấn tinh thần”.*

Tạm dịch:

*Thuốc không, rượu chẳng đón xuân sang  
Chợt biến nhà thơ hoá kẻ phàm  
Mơ nếm thuốc thơm và rượu quý  
Tĩnh giác hương xuân vẫn chữa tàn.*

Anh Đào Xuân Trà dặn thêm tôi: Tôi dạo này quá bận... sẽ chuyển ngành, sang Viện Mắt Trung ương. Anh gặp anh Lê Đình Mẫn, sẽ hiểu thêm nhiều về Bác. Anh ấy được học khoa Ướp thi hải ở Liên Xô. Hiện thời anh Mẫn thay anh Nhữ Thế Bảo chăm sóc sức khoẻ Bác vì anh Bảo tuổi đã cao. Bác không hề biết bác sĩ Mẫn được giao trọng trách “đặc biệt” ấy đâu. Thương Bác lắm anh ơi!... Nghĩ đến cái giờ phút ướp thi hải bác, tôi...

Bác sĩ đại tá Đào Xuân Trà lau nước mắt... Chúng tôi cũng lau nước mắt...

**SON TÙNG**

(\*) Theo Tri thức Trẻ số 262/2008

# THẺ LỆ ĐĂNG BÀI TRÊN TẠP CHÍ NHÃN KHOA VIỆT NAM

**Tạp chí Nhân khoa Việt Nam** của Hội Nhân khoa Việt Nam là diễn đàn trao đổi thông tin khoa học và hoạt động của ngành Nhân khoa cả nước. **Tạp chí Nhân khoa Việt Nam** xuất bản 6 kỳ/năm, đăng tải các công trình nghiên cứu khoa học, các bài tổng quan, thông báo lâm sàng, bài dịch (hoặc lược dịch), diễn đàn, thông tin... về lĩnh vực Nhân khoa và hoạt động phòng chống mù loà, tạo điều kiện mở rộng kiến thức, cập nhật thông tin nhân khoa trong nước và quốc tế, trao đổi học thuật, kinh nghiệm Nhân khoa giữa những hội viên và những người quan tâm.

Sau đây là một số yêu cầu đối với bài đăng trên **Tạp chí Nhân khoa Việt Nam**:

## 1. CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

1.1. Nếu bài đã được đăng trên tạp chí khác thì cần ghi chú thích ở phần cuối bài (\*)

1.2. Phần chính bài gửi đăng viết bằng tiếng Việt, khổ giấy A4, font chữ Time New Roman 12 (mã Unicode), cách dòng

1,2. Bài không quá 8 trang (kể cả bảng biểu, hình vẽ, tài liệu tham khảo, tóm tắt tiếng Anh...).

1.3. Trình tự các phần trình bày:

a. Đầu đề: ngắn gọn, không nên quá 2 dòng, chữ in đậm, font chữ 16.

b. Họ tên tác giả, nơi làm việc, không ghi chức danh, học vị.

c. Tóm tắt tiếng Việt: ngắn gọn các phần giới thiệu: mục tiêu, đối tượng, phương pháp nghiên cứu, kết quả, kết luận. Cuối cùng đưa ra một số từ khoá (dưới 6 từ). Chữ nghiêng, không quá 12 dòng.

d. Nội dung gồm các phần sau, được đánh số La Mã từ I (dưới đó là: 1; 2;...):

- Đặt vấn đề: gồm cả mục tiêu nghiên cứu.

- Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.

- Kết quả nghiên cứu.

- Bàn luận (có thể gộp cả 2 phần thành kết quả nghiên cứu và bàn luận).

- Kết luận.

- Tài liệu tham khảo (không đánh số La Mã): không quá 10 tài liệu, theo số thứ tự từ tài liệu tiếng Việt trước, sau đó đến phần tiếng nước ngoài sắp xếp theo vần A, B, C của tên tác giả. Thứ tự: tên tác giả, năm xuất bản (để trong ngoặc đơn), tên bài (để trong ngoặc kép), tên tài liệu (tạp chí, sách), tên nhà xuất bản, tập, số xuất bản, trang.

- Tóm tắt bằng tiếng Anh, từ khoá (tương tự như phần c, mục 1.3).

## 2. BÀI DỊCH, LƯỢC DỊCH (Chỉ từ bài báo hay tạp chí nước ngoài)

- Dưới tên bài tiếng Việt là tên bài tiếng nước ngoài. Ghi rõ tên tác giả, tên tài liệu được dịch (nguyên văn) để trong ngoặc đơn. Cuối cùng là họ tên người dịch. Chụp tài liệu nước ngoài được dịch gửi kèm.

## 3. CHUYÊN MỤC DIỄN ĐÀN

- Bài viết chưa đăng tải trên bất kì ấn phẩm nào.

- Bài viết về chuyên ngành Nhân khoa thực hành dưới dạng trao đổi kinh nghiệm chuyên môn, chia sẻ thông tin, kĩ năng nghề nghiệp phù hợp với trang thiết bị y tế phổ thông. Tránh đi sâu vào lí luận hoặc kĩ thuật quá cao, thiếu tính ứng dụng thực tế.

- Bài viết hướng tới đối tượng bạn đọc là các y bác sĩ, kĩ thuật viên chuyên ngành Nhân khoa, nhấn mạnh tính thực tiễn, ưu tiên lí giải những bất cập và các vấn đề gặp phải, nhấn mạnh phương án tối ưu trong quá trình chẩn đoán và điều trị.

- Các loại bài (hoặc dịch) đăng ở chuyên mục Diễn đàn thường được viết dưới dạng tổng quan, thông báo lâm sàng, trao đổi...

- Bài viết dài khoảng 2000 – 3000 từ (3 –> 5 trang A4, font chữ 12), cách viết ngắn gọn, chú trọng đi sâu vào chuyên môn, đảm bảo sự trong sáng của tiếng Việt.

- Bài viết về các cơ sở y tế, cũng như các vấn đề chuyên môn cần có ảnh minh hoạ.

## 4. THÔNG TIN HOẠT ĐỘNG NHÂN KHOA

- Các tin tóm tắt thông báo về hoạt động Nhân khoa, phòng chống mù loà ở cộng đồng, thông tin Nhân khoa quốc tế... Ví dụ: các hoạt động đối ngoại, các dự án, các hội nghị, hội thảo, tập huấn trong và ngoài nước, thông tin khoa học và đào tạo, công tác xã hội từ thiện,...

## 5. QUY ĐỊNH CHUNG

- Mục 2, 3, 4, tác giả ghi họ tên, chức danh, học vị, đơn vị công tác. Cách viết được quy định giống như mục 1.2. Tác giả ghi rõ địa chỉ để Ban biên tập liên lạc (số điện thoại, email ...).

- Các bài viết thuộc chuyên mục 3, 4 phải đảm bảo chưa đăng trên bất kì tạp chí hay ấn phẩm xuất bản nào.

- Chú ý sử dụng thuật ngữ Nhân khoa chính xác, phổ biến nhưng có tính khoa học.

- Đề nghị gửi bài viết kèm theo file copy vào đĩa, hoặc qua email.

- Tác giả chịu trách nhiệm về nội dung và tính xác thực của bài viết trước Ban biên tập, công luận, Luật Báo chí và Quyền tác giả.

**BAN BIÊN TẬP TẠP CHÍ NHÃN KHOA VIỆT NAM**

# QUẢN LÝ CHƯƠNG TRÌNH QUỐC GIA PHÒNG CHỐNG MÙ LÒA

**1. Ban Chỉ đạo Quốc gia Phòng chống mù lòa đã được thành lập ngày 28 / 11 / 2007 theo quyết định số: 4824 / QĐ - BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế gồm các thành viên sau:**

- Bà Nguyễn Thị Xuyên, Thứ trưởng Bộ Y tế - Trưởng Ban
- Ông Lý Ngọc Kính, Vụ trưởng Vụ Điều trị - Phó trưởng Ban thường trực
- Ông Đỗ Như Hân, Giám đốc Bệnh viện Mắt TW – Phó trưởng Ban
- Ông Trần Đắc phu, Phó Cục trưởng Cục Y tế Dự Phòng - Ủy viên
- Ông Nguyễn Hoàng Long, Phó Vụ trưởng Vụ Kế hoạch Tài chính - Ủy viên
- Ông Nguyễn Công Khẩn, Viện trưởng Viện Dinh dưỡng - Ủy viên
- Ông Trần An, Phó Giám đốc Bệnh viện Mắt TW - Ủy viên
- Bà Nguyễn Thị Phương Thu, Giám đốc Bệnh viện Mắt TP. HCM - Ủy viên
- Ông Phạm Bình, Giám đốc Bệnh viện TP. Đà Nẵng - Ủy viên

**Tổ thư ký của Ban Chỉ đạo Quốc gia có:**

- Ông Nguyễn Trọng Khoa – Chuyên viên Vụ Điều trị, Bộ Y tế
- Ông Nguyễn Chí Dũng – Trưởng phòng Chỉ đạo tuyến, Bệnh viện Mắt TW

Ban Chỉ đạo Quốc gia Phòng chống mù lòa đã thành lập **nhóm Hành động Quốc gia “Thị giác 2020”** do ông Đỗ Như Hân, Giám đốc Bệnh viện Mắt Trung ương làm trưởng nhóm và 12 thành viên là các cán bộ chủ chốt của Bệnh viện Mắt TW sẽ trực tiếp lập kế hoạch và tổ chức thực hiện các hoạt động của Chương trình Quốc gia Phòng chống mù lòa.

**Ban Tư vấn nhóm Hành động Quốc gia “Thị Giác 2020”** gồm có:

- Giáo sư Nguyễn Trọng Nhân
- Giáo sư Tôn Thị Kim Thanh

**Bệnh viện Mắt Trung ương là cơ quan thường trực của Ban Chỉ đạo Quốc gia Phòng chống mù lòa, Bộ Y tế do Giám đốc Bệnh viện làm Phó trưởng ban điều hành và quản lý**

**2. Ban chỉ đạo Quốc gia Phòng chống mù lòa cấp tỉnh:** đến nay đã có 47/63 Tỉnh, Thành phố đã thành lập Ban Chỉ đạo Quốc gia Phòng chống mù lòa cấp tỉnh với cơ cấu thành viên như sau:

- Phó Chủ tịch Ủy ban Nhân dân tỉnh / TP – Trưởng ban
- Giám đốc Sở Y tế tỉnh / TP – Phó Ban thường trực
- Giám đốc Trung tâm Y tế Dự phòng - Ủy viên
- Giám đốc Bệnh viện Đa khoa tỉnh – Ủy viên
- Đại diện Sở Tài chính - Ủy viên
- Đại diện Sở Giáo dục - Đào tạo - Ủy viên
- Đại diện Sở Lao động, Thương binh và Xã hội - Ủy viên
- Đại diện Sở Văn hóa – Thông tin – Thể thao và Du lịch - Ủy viên

**3. Ban Chỉ đạo Quốc gia Phòng chống mù lòa cấp huyện sẽ được thành lập với sự tham gia của các thành viên tương tự như tuyến tỉnh.**

## SƠ ĐỒ HỆ THỐNG QUẢN LÝ CHƯƠNG TRÌNH QUỐC GIA PHÒNG CHỐNG MÙ LÒA TẠI VIỆT NAM

