

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG DỊCH VẬT HỐC MẮT TRÊN BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG XUYÊN THÙNG NHÃN CẦU

NGUYỄN THANH NAM,
HÒ THỊ THU GIANG, NGUYỄN MINH QUANG
Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Mục tiêu: Chẩn đoán và xử trí dịch vật hốc mắt phức tạp trên bệnh nhân (BN) chấn thương xuyên thủng nhãn cầu. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng khó và không thường gặp về dịch vật kim loại lớn, nằm trong xoang sàng sau, cạnh ống thị giác trong hốc mắt (HM) bên trái trên một bệnh nhân bị chấn thương xuyên thủng nhãn cầu do ná bắn.

Phương pháp nghiên cứu: Báo cáo ca lâm sàng.

Kết quả: Bệnh nhân nữ 22 tuổi, thị lực mắt trái sáng tối âm tính, được chẩn đoán vỡ nhãn cầu bên trái do ná bắn. Bệnh nhân được khâu bảo tồn nhãn cầu 2 lần tại Bệnh viện Mắt TPHCM. Sau khi khâu bảo tồn, kết quả X quang hốc mắt và CT Scan phát hiện dịch vật hốc mắt kích thước lớn, nằm trong xoang sàng sau, cạnh ống thị giác. Bệnh nhân bắt đầu được điều trị với kháng sinh phổ rộng và corticosteroid đường tĩnh mạch. Phẫu thuật thám sát nhãn cầu phát hiện lỗ rách lớn ở cực sau nhãn cầu. Vì mắt trái thị lực sáng tối âm tính kèm với lỗ rách lớn ở cực sau không thể khâu bảo tồn, bệnh nhân được cắt bỏ nhãn cầu kèm lấy dịch vật hốc mắt. Sau 15 ngày nhập viện điều trị, hậu phẫu không có dấu hiệu nhiễm trùng, không phát hiện dịch vật còn sót, bệnh nhân đã được xuất viện và tái khám theo dõi.

Kết luận: Hầu hết các chấn thương xuyên nhãn cầu đều để lại dịch vật, do đó thái độ nghi ngờ là điều cần thiết trong chẩn đoán phát hiện. Tất cả bệnh nhân có dịch vật hốc mắt đều cần tiêm huyết thanh kháng độc tố uốn ván và điều trị với kháng sinh phổ rộng. Trường hợp dịch vật hữu cơ, điều trị kháng nấm theo kinh nghiệm được chấp thuận. Việc khai thác bệnh sử, cơ chế chấn thương và kết hợp các phương tiện chẩn đoán hình ảnh trong đó CT Scan hốc mắt là đầu tay giúp phát hiện, định vị, hỗ trợ trong việc điều trị lấy dịch vật.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thanh Nam

Email: drnam49@yahoo.com

Ngày nhận: 22/4/2021

Ngày phản biện: 26/5/2021

Ngày duyệt bài: 02/6/2021

Từ khóa: Dịch vật hốc mắt, chấn thương xuyên nhãn cầu

SUMMARY

INTRAOORBIAL FOREIGN BODY IN A PATIENT WITH PERFORATING OCULAR INJURY

Purpose: Diagnosis and management of complex intraorbital foreign body in a patient with perforating ocular injury. We report the challenging and uncommon case of a large metallic foreign body located in the posterior ethmoid sinuses, near the optic canal of left orbital in a patient following perforating ocular injury caused by slingshot.

Method: A case report.

Results: A 22-year-old female patient, presented to us with no light perception in the left eye. The patient was diagnosed with left globe rupture caused by slingshot. She was treated surgically 2 times to repair the globe at Ho Chi Minh City Eye Hospital. After that, orbital X-ray and orbital CT Scan showed a large intraorbital foreign body located in the posterior ethmoid sinuses, near the optic canal of left orbital. She was started on intravenous broad spectrum antibiotics and corticosteroids. Surgical exploration discovered the large laceration at the posterior pole. As no useful vision could be gained in that eye and the large laceration could not be close, the patient underwent eye enucleation and foreign body removal. She was discharged from hospital after 15 days of treatment with no signs of postoperative infection and no other foreign body was found.

Conclusion: Most perforating ocular injuries involving with foreign bodies. Thus, suspicions is crucial to defining the diagnosis. All patients with intraorbital foreign body should be given anti-tetanus prophylaxis and broad-spectrum antibiotics. For organic with intraorbital foreign body, empirical antifungal therapy has been advocated. An accurate and detailed history, trauma mechanism as well as CT Scan of the orbit, which is the first – choice diagnostic imaging modality for detection and localization of the foreign bodies are helpful in management.

Keywords: Intraorbital foreign body, perforating ocular injury

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương nhãn cầu kèm với dị vật hốc mắt có thể đưa đến những tổn thương nghiêm trọng về mặt cấu trúc và chức năng của nhãn cầu cũng như tổ chức hốc mắt^{[1][2]}. Một nghiên cứu hồi cứu 713 bệnh nhân chấn thương nhãn cầu có dị vật được thực hiện tại Bệnh viện Getúlio Vargas ở Brazil cho thấy nam giới chiếm 96,21%, phần lớn các trường hợp là do tai nạn lao động (61,29%) và dị vật bằng kim loại chiếm nhiều nhất (75,17%)^[1]. Dị vật hốc mắt có thể được phân loại dựa vào cấu tạo: a) Dị vật kim loại chẳng hạn như sắt; b) Dị vật không phải kim loại bao gồm dị vật vô cơ như thủy tinh; c) dị vật hữu cơ như gỗ hoặc dị vật thực vật^[3]. Việc điều trị và tiên lượng phụ thuộc vào cấu tạo và vị trí của dị vật trong hốc mắt. Dị vật kim loại và thủy tinh thường hay gặp nhất và dung nạp khá tốt, trong khi đó dị vật hữu cơ có thể khởi phát phản ứng viêm và đưa đến nhiều biến chứng nặng nề^[4].

Dị vật hữu cơ cần phải loại bỏ nhanh chóng vì nguy cơ cao gây nhiễm trùng^[2]. Phần lớn các dị vật vô cơ đều được dung nạp tốt và ít gây phản ứng ngoại trừ vật liệu bằng đồng, đã từng được báo cáo gây phản ứng viêm sinh mủ, và vật liệu bằng sắt, có thể gây nhiễm sắt và ngộ độc toàn thân^{[4][5]}. Mặc dù dị vật kim loại có thể không gây triệu chứng rõ rệt, vị trí và kích thước của dị vật là trọng tâm của quyết định can thiệp phẫu thuật lấy dị vật^{[1][6][7][8]}. Dị vật trong hốc mắt có thể điều trị phối hợp với nhiều chuyên khoa liên quan. Ngoài ra, điều trị còn phụ thuộc vào tay nghề cũng như kinh nghiệm của phẫu thuật viên giúp làm hạn chế các tai biến xảy ra trong phẫu thuật có thể để lại di chứng về sau hoặc bỏ sót những mảnh dị vật còn trong hốc mắt^{[9][10]}.

Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng khó và không thường gặp về dị vật kim loại lớn trong hốc mắt, nằm trong xoang sàng sau, cạnh ống thị giác ở một bệnh nhân nữ bị chấn thương xuyên nhãn cầu do ná bắn. Bệnh nhân đã được cắt bỏ nhãn cầu do vỡ nhãn cầu phức tạp không thể khâu bảo tồn kèm lấy dị vật hốc mắt. Sau 15 ngày nhập viện theo dõi điều trị, hậu phẫu không có dấu hiệu nhiễm trùng, kiểm tra không phát hiện dị vật còn sót, bệnh nhân đã được xuất viện và tái khám theo dõi.

Mục tiêu: Chẩn đoán, phát hiện và xử trí dị vật hốc mắt lớn và phức tạp trên bệnh nhân chấn thương xuyên nhãn cầu.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Báo cáo ca lâm sàng.

HÀNH CHÍNH

Họ và tên bệnh nhân: T.T.T.H

Tuổi: 22

Giới: Nữ

Ngày khám: 24/03/2021

LY DO ĐẾN KHÁM: Mắt trái: Chấn thương ngày 1

BỆNH SỬ

BN khai: Khoảng 14h 24/03/2021, bệnh nhân đang ở nhà người bạn thì xảy ra xung đột mâu thuẫn với bạn, sau đó bệnh nhân về nhà thì bị bạn dùng ná bắn bi dọa, vô tình bắn trúng mắt trái. Bệnh nhân thấy mắt trái đau, mờ, đến hám tại Bệnh viện Vĩnh Long được sơ cứu cầm máu, không xử trí gì thêm. Bệnh viện Vĩnh Long chuyển bệnh nhân đến Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh điều trị tiếp, tại đây bệnh nhân được nhập viện điều trị nội trú.

TIỀN SỬ

Bản thân: Không có bệnh lý nội khoa toàn thân và bệnh lý về mắt, không tiền căn dị ứng

Gia đình: Không ghi nhận bệnh lý bất thường

KHÁM

Toàn thân:

Nhiệt độ: 37°, Mạch: 74 lần/ phút, Nhịp thở: 18 lần/ phút, Huyết áp: 110/70 mmHg

Khám mắt:

Ngày 1 (24/03/2021)

	Mắt phải	Mắt trái
Thị lực tối đa với kính	10/10	Sáng tối âm
Nhãn áp	17mmHg	Mắt chấn thương không đo
Mi mắt	Bình thường	Bình thường
Kết mạc	Hồng	KM phủ 360°, xuất huyết, rách kết mạc
Giác mạc	Trong	Rách giác mạc phức tạp, dài khoảng 7mm, từ rìa đến trung tâm
Củng mạc	Bình thường	Rách củng mạc gần rìa từ 6h-10h
Tiền phòng	Trung bình	Xuất huyết tiền phòng toàn bộ
Thủy tinh thể	Trong	Khó quan sát
Đồng tử	3mm, RAPD (-)	Khó quan sát
Vận nhãn	Bình thường	Giới hạn vận nhãn các hướng
Đáy mắt	Gai thị hồng, C/D =0.3 Hoàng điểm không phù	Khó quan sát
Nhãn cầu	Nhãn cầu còn trương lực	Nhãn cầu mềm



Hình 1: Vỡ nhãn cầu bên trái trên bệnh nhân chấn thương giờ do ná bắn giờ thứ 7

CHẨN ĐOÁN: Mắt trái: Vỡ nhãn cầu /Chấn thương ngày thứ 1 do ná bắn

ĐIỀU TRỊ:
Tiêm SAT

Mắt trái:

- **Điều trị ngoại khoa:** Thám sát nhãn cầu thấy rách CM sát rìa 1/2 chu vi GM, vỡ nát GM khó bảo tồn

→ Khâu bảo tồn kết hợp tiêm kháng sinh nội nhãn Vancomycin 0,1mg/1ml và Ceftazidime 2,25mg/0,1ml, tiên lượng khó giữ mắt

- Điều trị nội khoa:

Ofloxacin 0,2g 1 viên x 2 lần (u), Medrol 0,016g 2 viên (u) sáng sau ăn no

Nhỏ mắt trái: Col. Cravit 0,5% x 6 lần/ngày

Col. Predforte 1% x 6 lần/ngày

Col. Atropin 1% x 2 lần/ngày

THEO DÕI

Ngày thứ 2 (25/03/2021):

Khám hậu phẫu ngày 1:

Δ: Mắt trái: Đã Khâu GCM chưa kín/chấn thương

→ Mắt trái: Khâu bảo tồn lần 2

→ Tiếp tục điều trị nội khoa như trên

Ngày thứ 3 (26/03/2021)

Δ: Mắt trái: Vỡ nhãn cầu đã khâu bảo tồn/chấn thương

Chỉ định cận lâm sàng mắt trái:

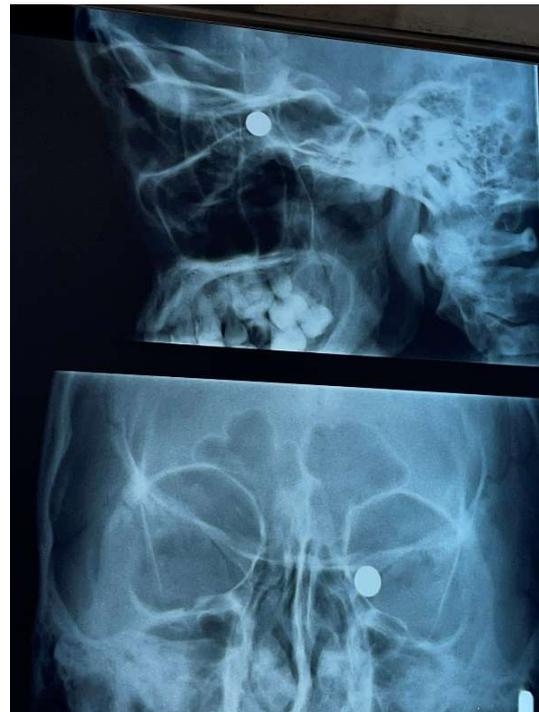
Siêu âm B nhãn cầu

Xquang hốc mắt thẳng – nghiêng kiểm tra dị vật

Kết quả cận lâm sàng (26/03/2021)



Hình 2: Theo dõi xuất huyết pha lê thể - võng mạc, thành nhãn cầu thái dương không rõ lớp



Hình 3: Mảnh dị vật dạng viên bi tròn 8mm cản quang nằm sâu trong hốc mắt trái



Hình 4: Dị vật kim loại nằm trong góc sau – trong hốc mắt trái, dị vật dạng hình cầu, bờ đều, d#8mm. Nhãn cầu trái thành mắt liên tục, dịch trong nhãn cầu đậm độ hỗn hợp.

Siêu âm B: Mắt trái: Theo dõi xuất huyết pha lê thể - võng mạc, thành nhãn cầu thái dương không rõ lớp

X quang hốc mắt thẳng, nghiêng: Mảnh dị vật dạng viên bi tròn 8mm cản quang nằm sâu trong hốc mắt trái, không thấy tổn thương xương hốc mắt

CT Scan sọ não hốc mắt: Dị vật kim loại nằm trong góc sau – trong hốc mắt trái, dị vật dạng hình cầu, bờ đều, d#8mm. Dây thần kinh thị khó đánh giá do nhiễu ảnh dị vật, sơ bộ đánh giá có khả năng tổn thương mắt liên tục dây thần kinh thị trái. Nhãn cầu trái thành mắt liên tục, dịch trong nhãn cầu đậm độ hỗn hợp, xung quanh nhãn cầu có dịch và thâm nhiễm mỡ.

Ngày thứ 8 (31/03/2021):

Δ: Mắt trái: Dị vật vùng đỉnh hốc mắt - Võ nhãn cầu đã khâu phía trước/chấn thương

Sử dụng kháng sinh, kháng viêm đường tĩnh mạch

Ceftazidime 1g 1A x 2 lần/ngày (tiêm mạch chậm) x 7 ngày

Solumedrol 0,04g 1A x 2 lần/ngày (tiêm mạch chậm) x 5 ngày, sau đó chuyển sang Medrol 0,016g 2 viên (u) sáng sau ăn no những ngày tiếp theo

Hội chẩn BV, hội chẩn chuyên khoa Tai Mũi Họng (TMH)

Ý kiến hội chẩn chuyên khoa Tai Mũi Họng:

Mắt trái: Dị vật HM nằm trong xoang sàng sau, cạnh ống thị giác. Đề nghị chuyển BN qua Bệnh viện (BV) TMH mổ nội soi lấy dị vật qua đường hàm – sàng. Sau đó chuyển BN về lại BV Mắt xử trí tiếp phần chuyên khoa Mắt (có thể bảo tồn hay cắt bỏ nhãn cầu)

Ý kiến hội chẩn Bệnh viện Mắt:

Mắt trái: Lấy dị vật hốc mắt. Thăm sát nhãn cầu cực sau, khâu bảo tồn nếu được, không sẽ cắt bỏ nhãn cầu vì võ nhãn cầu đã lâu để bị nhãn viêm giao cảm gây mù mắt còn lại

Phẫu thuật ngày 07/04/2021

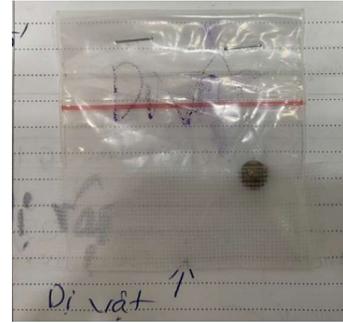


Hình 4

Mắt trái sau khi đã cắt bỏ, quan sát thấy rách nát nhãn cầu cực sau và kế bên đầu dây thần kinh thị giác, không thể khâu bảo tồn được



Hình 5



Hình 6

Hình 5 +6: Dị vật trong hốc mắt trái đã lấy ra

Sau 15 ngày nhập viện điều trị, hậu phẫu không có dấu hiệu nhiễm trùng, không phát hiện dị vật còn sót, bệnh nhân đã được xuất viện và tái khám theo dõi

BÀN LUẬN

Farhad Mizaei cho rằng chấn thương hốc mắt với dị vật xuyên thấu trong hốc mắt được coi là một nguyên nhân hiếm gặp của chấn thương xuyên thấu. Nó thường xảy ra ở những người trẻ tuổi và thường liên quan đến các lực chấn thương sọ não tốc độ cao như chấn thương nghề nghiệp, vết thương do súng bắn hoặc thậm chí các thương tích đơn giản hơn như công việc gia đình hàng ngày^[4]. Bệnh nhân của chúng tôi cũng vậy lực chấn thương do ná bắn, ở khoảng cách gần nên lực rất mạnh, do đó dị vật xuyên từ trước ra sau đến gần vùng đỉnh hốc mắt và nằm một phần ở xoang sàng sau.

Theo tác giả Yan Cui, chấn thương mắt là một trong những trường hợp cấp cứu nhãn khoa phổ biến nhất, Sự hiện diện của dị vật trong ổ mắt thường liên quan đến tổn thương mắt xuyên nhãn cầu. Khi chấn thương kèm theo dị vật trong ổ mắt, tình trạng này có tiên lượng xấu. Dị vật trong ổ mắt có thể gây ra tổn thương theo 2 cách khác nhau. Nó có thể gây ra tổn thương cấu trúc đối với nội nhãn, vì nó xâm nhập vào mắt hoặc có thể gây độc cho các mô, vì nó bị phân hủy và oxy hóa, nếu không được loại bỏ sớm. Việc loại bỏ dị vật trong ổ mắt rất phức tạp. Do nguy cơ cao bị viêm tổ chức hốc mắt và các biến chứng nghiêm trọng trong quá trình phẫu thuật. Việc lựa chọn cách tiếp cận phù hợp nhất vẫn còn gây tranh cãi vì còn

tùy thuộc vào vị trí, kích thước, cấu trúc hóa học và các biến chứng do dị vật gây ra ảnh hưởng đến quyết định loại bỏ nó^[14].

Ở ca lâm sàng này, bệnh nhân đến khám tại giờ thứ 7 với chấn thương mắt trái do bị ná bắn. Thị lực không chỉnh kính mắt trái là sáng tối âm tính, được chẩn đoán vỡ nhãn cầu. Mắt trái bệnh nhân vỡ nát giác mạc, rách củng mạc gần rìa dài 1/2 chu vi giác mạc, phải khâu bảo tồn nhãn cầu 2 lần. Điều này nói lên rằng các Bác sĩ mổ cấp cứu chưa có kinh nghiệm phẫu thuật vì với bệnh sử bệnh nhân bị bắn vào mắt làm vỡ giác mạc – củng mạc phía trước thì theo suy nghĩ logic, phải tìm được đầu ra ở phía sau, và muốn làm được điều này thì phải mở các cơ trực, phẫu tích gần đến cực sau để tìm đầu ra của viên đạn, như thế mới không bỏ sót tổn thương. Ca lâm sàng của chúng tôi cũng tương tự như ca lâm sàng của tác giả Yan Cui, đó là một chấn thương xuyên nhãn cầu, có dị vật trong hốc mắt, tác giả khâu giác mạc phía trước, lấy dị vật hốc mắt bằng nam châm điện, cố gắng tìm đầu ra ở phía sau, nhưng do vết rách ở sâu cực sau nhãn cầu nên không khâu được, sau đó tác giả quang làm vitrectomy và quang đông vùng võng mạc bị rách. Từ đó cho chúng ta thấy khi có vết thương xuyên nhãn cầu và có dị vật hốc mắt, nên truy tìm vết rách ở phía sau để có hướng xử lý thích hợp. Theo tác giả Zhou, L thì các bác sĩ nhãn khoa cần phối hợp bệnh sử, dấu hiệu lâm sàng và phương tiện chẩn đoán hình ảnh để xác định hoặc loại trừ dị vật hốc mắt^[13]. Đối với các bác sĩ tuyến dưới, khi cấp cứu một bệnh nhân bị vết thương ở mắt nên cho chụp xquang

và siêu âm hốc mắt để phát hiện dị vật, sau khi có chẩn đoán nên chuyển bệnh nhân lên tuyến trên để có hướng xử lý kịp thời và đúng đắn

Sau khi có kết quả CT Scan và X quang hốc mắt phát hiện có dị vật nằm trong góc sâu trong hốc mắt, nằm trong xoang sàng sau, cạnh ống thị giác. Dị vật hình cầu, bờ đều khoảng 8mm, mắt liên tục thành nhân cầu, dịch trong nhân cầu đậm độ hỗn hợp. Bệnh nhân được hội chẩn cấp bệnh viện và mời bác sĩ tai mũi họng. Các bác sĩ tai mũi họng đề nghị chuyển qua Bệnh viện Tai Mũi Họng để lấy dị vật hốc mắt qua đường nội soi mũi xoang, xong sẽ trả bệnh nhân trở về bệnh viện Mắt để phẫu thuật cắt bỏ nhân cầu. Chúng tôi nhận thấy rằng bệnh nhân bị vỡ nhân cầu đã lâu, nếu chuyển qua Bệnh viện Tai Mũi Họng để phẫu thuật lấy dị vật sau phẫu thuật sẽ chuyển về bệnh viện Mắt để cắt bỏ nhân cầu, thời gian sẽ rất lâu, bệnh nhân dễ bị nhân viêm giao cảm gây mù mắt còn lại, nên chúng tôi quyết định phẫu thuật tại Bệnh viện Mắt Tp.HCM để tránh nhân viêm giao cảm.

Tác giả Farhad Mizaei cho rằng trong việc loại bỏ dị vật trong hốc mắt, thì xác định vị trí chính xác của dị vật và lựa chọn một quy trình phẫu thuật an toàn và thích hợp là rất quan trọng. Những dị vật kim loại nhỏ, dị vật thủy tinh hay cát nếu không gây triệu chứng có thể theo dõi mà không cần lấy ra vì việc lấy đi dị vật hốc mắt rất phức tạp do có nhiều yếu tố nguy cơ cao như viêm tổ chức hốc mắt, abscess hốc mắt^[14] ... Với kích thước dị vật đo được trên phim CT scan của bệnh nhân này là 8mm, bờ tròn đều, nằm trong xoang sàng sau, cạnh ống thị giác, rất dễ gây nhiễm trùng xoang và rất dễ biến chứng lên não nên có chỉ định lấy dị vật. Theo các tác giả, việc lập kế hoạch phẫu thuật dựa trên nhiều khía cạnh bao gồm bản chất của dị vật (vô cơ hoặc hữu cơ, mức độ dung nạp của cơ thể với dị vật), vị trí của dị vật (nằm phía trước hay sau hốc mắt), và các biến chứng đi kèm gây ra bởi dị vật (chèn ép thần kinh thị, nhiễm trùng, tổn thương cơ vận nhãn)^{[5][12]}. Trong ca lâm sàng của chúng tôi, dị vật bằng kim loại nằm trong xoang sàng sau, cạnh ống thị giác, kích thước lớn khoảng 8mm, việc phẫu thuật lấy dị vật nhằm giảm thiểu các rủi ro liên quan đến viêm xoang và đường dò, gây ra biến chứng viêm tổ chức hốc mắt hoặc nặng nề hơn là viêm tắc tĩnh mạch xoang hang, nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương có thể xảy ra về sau trên bệnh nhân.

Chúng tôi tiến hành phẫu thuật mở cả 4 cơ trực, dùng kéo phẫu tích sâu xuống thám sát

nhân cầu cục sau và phát hiện lỗ rách lớn, rách nát, phôi hắc mạc ra mô xung quanh, vị trí lỗ rách nằm sát thị thần kinh. Nhận thấy không thể khâu bảo tồn được, nên quyết định cắt bỏ nhân cầu, cầm máu thật kỹ, để có thể nhìn rõ phẫu trường tiếp tục phẫu tích đến vị trí của dị vật. Chúng tôi tiếp tục phẫu tích đến gần ống thị, dùng nam châm điện lấy ra được viên bi khoảng 8 mm. Chúng tôi đánh giá đây là một ca lâm sàng chấn thương do ná bắn, dị vật hốc mắt lớn, ở vị trí phức tạp, hiếm gặp, đã phẫu thuật kịp lúc, tránh được cho bệnh nhân bị các biến chứng nặng về sau. Sau 15 ngày nhập viện điều trị, hậu phẫu không có dấu hiệu nhiễm trùng, không phát hiện dị vật còn sót, bệnh nhân đã được xuất viện và tái khám theo dõi.

Đối với chấn thương xuyên nhãn cầu và có dị vật trong hốc mắt, tác giả Yan Cui khuyên cần tiêm phòng uốn ván và truyền kháng sinh phổ rộng phòng chống nhiễm khuẩn^[14]. Ca lâm sàng này của chúng tôi cũng là chấn xuyên nhãn cầu và có dị vật trong hốc mắt, nên bệnh nhân được tiêm ngừa uốn ván và dùng kháng sinh phổ rộng kết hợp với kháng viêm để đề phòng biến chứng nhiễm trùng và kết quả là không xảy ra nhiễm trùng và vết thương lành tốt.

KẾT LUẬN

Hầu hết các chấn thương xuyên nhãn cầu đều để lại dị vật, do đó thái độ nghi ngờ là điều cần thiết trong chẩn đoán phát hiện. Tất cả bệnh nhân có dị vật hốc mắt đều cần tiêm huyết thanh kháng độc tố uốn ván và điều trị với kháng sinh phổ rộng. Trường hợp dị vật hữu cơ, điều trị kháng nấm theo kinh nghiệm được chấp thuận. Việc khai thác bệnh sử, cơ chế chấn thương và kết hợp các phương tiện chẩn đoán hình ảnh trong đó CT Scan hốc mắt là đầu tay giúp phát hiện, định vị, hỗ trợ trong việc điều trị lấy dị vật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Finkelstein M, Legmann A, Rubin PAD. Projectile metallic foreign bodies in the orbit. A retrospective study of epidemiologic factors, management, and outcomes. *Ophthalmology* 1997; 104:96–103.
2. Michon J, Liu D. Intraorbital foreign bodies. *Semin Ophthalmol* 1994; 9:193–9.
3. Fulcher TP, McNab AA, Sullivan TJ. Clinical features and management of intraorbital foreign bodies. *Ophthalmology*. 2002;109:494–500.
4. Farhad Mizaei, Fiooz Salehpour, Ghaffar Shokuhi. An unusual case of intra orbital foreign body; diagnosis, management, and outcome: a case report. *BMC Surg*. 2019; 19:76

5.V. H. Ho, M. W. Wilson, J. C. Fleming, and B. G. Haik, "Retained intraorbital metallic foreign bodies," *Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery*, vol. 20, no. 3, pp. 232–236, 2004.

6.A. B. Callahan and M. K. Yoon, "Intraorbital foreign bodies: retrospective chart review and review of literature," *International Ophthalmology Clinics*, vol. 53, no. 4, pp. 157–165, 2013.

7.W. Cooper, B. Haik, and B. Brazzo, "Management of orbital foreign bodies," in *Smith's Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery*, F. Nesi, M. Levine, and R. Lisman, Eds., pp. 260–268, Mosby, St. Louis, Mo, USA, 2nd edition, 1998.

8.Z. A. Karcioğlu and A. M. Nasr, "Diagnosis and management of orbital inflammation and infections secondary to foreign bodies: a clinical review," *Orbit*, vol. 17, no. 4, pp. 247–269, 1998.

9. Erkutlu I, Alptekin M, Dokur M, Geyik M, Gök A: Unusual penetration of a construction nail through the orbit to the cranium: a case

report. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2011, 17:79-82.

10. de Santana Santos T, Rocha Melo A, Araújo de Moraes HHA, Almeida P Jr, Dourado E: Impacted foreign in orbital region: review of nine cases. *Arq Bras Oftalmol* 2010, 73:438-442

11. Leal FAM, Silva e Filho AP, Neiva DM, Learth JCS, Silveira DB. Trauma ocular ocupacional por corpo estranho superficial. *Arq Bras Oftalmol*. 2003;66(1):57-60.

12. Van Thong Ho, James F, McGuckin Jr, Smergel EM. Intraorbital wooden foreign body: CT and MR Appearance. *Am J Neuro Surg*. 1996; 17:134–136

13. Zhou, L., et al. (2017), "Analysis of missed diagnosis of orbital foreign bodies", *Exp Ther Med*, 13(4), p. 1275-1278.

14. Yan Cui, Ziwei Li, Yuwei Wang, Long Shi. Removal of an intraorbital metallic foreign body following double-penetrating ocular injury, A case report. *Medicine (Baltimore)*, 2018 Dec, 97 (51): e 1790

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG SỨC KHOẺ RĂNG MIỆNG Ở BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN CHẠY THẬN NHÂN TẠO ĐỊNH KỲ TẠI CÁC BỆNH VIỆN THÀNH PHỐ CẦN THƠ, NĂM 2018-2019

PHẠM TUẤN HUY
Trường Đại học Trà Vinh

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tồn thương thận mạn tính là vấn đề sức khỏe có tính toàn cầu, với tỷ lệ mắc bệnh tăng nhanh, chi phí điều trị khổng lồ và nhất là ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Sức khỏe răng miệng là một phần của sức khỏe toàn thân và là một trong những yếu tố quyết định cho chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy thận mạn chạy thận nhân tạo định kỳ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 270 bệnh nhân chạy thận nhân tạo tại các bệnh viện Thành phố Cần Thơ năm 2018–2019.

Chịu trách nhiệm: Phạm Tuấn Huy
Email: tuanhuy@tvu.edu.vn
Ngày nhận: 19/4/2021
Ngày phản biện: 27/5/2021
Ngày duyệt bài: 10/6/2021

Sử dụng mẫu phiếu khám răng miệng của WHO để ghi nhận tình trạng sức khỏe răng miệng. **Kết quả:** Tỷ lệ sâu răng là 90%, mất răng là 78,5%, chỉ số trung bình sâu mất trám $10,9 \pm 6,05$. Tỷ lệ người có bệnh nha chu là 95,9%, trung bình sextant lành mạnh $0,34 \pm 1,1$, chảy máu nướu $0,2 \pm 0,77$, vôi răng $2,92 \pm 2,48$, túi nông $1,6 \pm 2,06$, túi sâu $0,64 \pm 1,39$.

Kết luận: Tình trạng SKRM của đối tượng nghiên cứu khá thấp với tỷ lệ sâu răng, mất răng, nha chu cao. Do đó cần có sự phối hợp giữa các chuyên gia về thận và răng hàm mặt để cải thiện tình trạng sức khỏe răng miệng của bệnh nhân.

Từ khóa: Sức khỏe răng miệng, suy thận mạn, chạy thận nhân tạo, sức khỏe răng miệng.

SUMMARY

ORAL HEALTH STATUS IN END-STAGE CHRONIC RENAL DISEASE PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS IN HOSPITALS IN CAN THO CITY