

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG MẮT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA AN GIANG NĂM 2009-2010.

Trần Thị Muội, Lê Thị Thanh Trúc, Nguyễn Thị Thu Hương,

Khoa Mắt Bệnh viện An giang

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Chấn thương mắt (CTM) là bệnh lý cấp cứu thường gặp của nhãn khoa, xảy ra trong mọi hoạt động của con người, để lại hậu quả nghiêm trọng ảnh hưởng đến chức năng thị giác. Cho đến nay chấn thương mắt vẫn là nguyên nhân quan trọng gây mù một mắt, đứng thứ hai sau bệnh đục thủy tinh thể.

An Giang là một tỉnh có diện tích nhỏ nhưng tập trung dân cư đông (>2 triệu dân), trong những năm qua, khoa Mắt bệnh viện đa khoa An Giang luôn phải tiếp nhận một số lượng không nhỏ bệnh nhân chấn thương mắt, với các biểu hiện tổn thương đa dạng và mức độ tổn thương thị giác cao. Vì vậy vấn đề đặt ra là cần tìm hiểu đâu là nguyên nhân chính để phòng ngừa và cách điều trị sớm nhằm hạn chế CTM gây hậu quả mù mắt làm biến dạng và mất thẩm mỹ. Bài viết này tổng kết 114 trường hợp chấn thương mắt đã điều trị từ 01/2009 đến 08/2010.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

1. Đối tượng:

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương mắt điều trị tại khoa Mắt BVĐKTTAG từ 1/1/2009 đến 30/ 8/2010.

2. phương pháp:

Nghiên cứu hồi cứu qua các hồ sơ lưu trữ tại BV. Các thông tin cần thu thập gồm:

+ Một số yếu tố dịch tễ: tuổi, giới, nghề nghiệp...

+ Hoàn cảnh, tác nhân gây chấn thương, sơ cứu ban đầu, thời gian nhập viện sau chấn thương...

+ Đặc điểm lâm sàng và điều trị chấn thương mắt...

Số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê hồi cứu.

KẾT QUẢ.

1. Thống kê bệnh nhân chấn thương mắt trong năm 2009-2010

Chúng tôi đã nghiên cứu 114 bệnh nhân bị chấn thương mắt điều trị tại khoa mắt chiếm tỉ lệ 8.7% trong số các bệnh lý điều trị nội trú tại khoa (985BN).

2. Một số yếu tố liên quan:

2.1 Tuổi:

Sự phân bố CTM theo các nhóm tuổi

Tuổi	Số bệnh nhân CTM	Tỷ lệ (%)
< 17	26	22,8
17-60	82	72
>60	6	5,2
Tổng	114	100.0

Kết quả trên cho thấy CTM gặp nhiều nhất trong độ tuổi lao động (17t – 60t), chiếm tới 72%. Thường gây mù cao, do đó ảnh hưởng không nhỏ tới sinh hoạt của người dân và sức lao động xã hội.

Nhận định của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Đỗ Như Hôn, Nguyễn Thị Thu Yên và cộng sự [1],[3].

Còn có 22,8% CTM ở độ tuổi học sinh. Kết quả này phù hợp với nhận xét của Nguyễn Thị Đợi [2] và một số tác giả khác về sự thường gặp CTM ở độ tuổi đi học.

2.2 Giới:

Tỷ lệ BN nam và nữ trong CTM

Nam	99	87%
Nữ	15	13%
Tổng số	114	

CTM gặp chủ yếu ở nam 99BN(chiếm 87%) là lực lượng lao động chính.

2.3 Nghề nghiệp

Đặc điểm nghề nghiệp của bệnh nhân CTM

Đối tượng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nông dân	41	36
Học sinh	34	30
Cán bộ	4	3.5
Trẻ nhỏ < 6 tuổi	8	7
Công nhân	15	13.1
Các đối tượng khác	12	10.5
Tổng	114	100.0

Từ kết quả trên cho thấy nông dân là đối tượng bị CTM nhiều nhất. Do An Giang là tỉnh nông nghiệp, lực lượng lao động chính là nông dân, mặt khác các hoạt động nông nghiệp và cuộc sống nông thôn cũng dễ gây CTM. Đây là điểm mang tính đặc thù, khác biệt với các địa phương khác.

Bên cạnh đó học sinh cũng là đối tượng hay bị CTM (30%) có lẽ bởi tính hiếu động, nghịch ngợm không biết sợ nguy hiểm của chúng. Qua đây cho thấy muốn hạn chế CTM, cần tập trung phòng tránh chủ yếu ở hai đối tượng chính đó là nông dân và học sinh.

2.4 Nguyên nhân chấn thương

Nguyên nhân chấn thương

Nguyên nhân	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tai nạn sinh hoạt	52	45,6
Tai nạn lao động	50	43,9
Tai nạn giao thông	12	10,5
Tổng	114	100.0

Như vậy, có tới 52TH (45,6%) CTM do tai nạn sinh hoạt: rủi ro, chơi thể thao, đã thương có 25/114(chiếm 22%) đây là một CTM chiếm tỷ lệ không nhỏ trong tai nạn sinh hoạt ở cuộc sống, đòi hỏi phải có sự giáo dục đức, lối sống lành mạnh; Có 50TH (43,9%) bệnh nhân CTM trong lúc lao động, đa số nông dân(cày bừa, làm cỏ, thu hoạch, đánh cá ...), công nhân cũng thường bị CTM (bê đá mài, văng lưỡi cưa...)

Tác nhân gây chấn thương thường gặp ở trẻ em là: que nhọn, bút chọc mắt, súng cao su, nạng thun, cò mổ, chổi cùn, mèo cào ... ở người lớn là: cầu lông, dây cao su, nút chai, gậy, hạt thóc, lá lúa, mảnh kim loại, vôi, acid.....

2.5 Vấn đề sơ cứu ban đầu:

Vấn đề sơ cứu ban đầu

Sơ cứu	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Có	Tại nhà	6
	Tại cơ sở y tế	13
Không	95	83,3
Tổng	114	

Như vậy ngay sau chấn thương:

có 13BN (11,4%) được sơ cứu tại cơ sở Y tế.

95BN (83,3%) không được xử trí sơ cứu.

Từ kết quả trên cho thấy: ý thức người dân về tầm quan trọng của sơ cứu CTM tại cơ sở còn thấp cũng như vai trò của tuyến y tế cơ sở còn mờ nhạt. Trong khi đó, một số tình trạng CTM rất cần được xử trí tức thì: bỏng hoá chất (đặc biệt bỏng vôi), dị vật nông nghiệp (hạt thóc, bùn đất, côn trùng ...), phát hiện các vết thương xuyên thấu để chuyển đến sớm với tuyến chuyên khoa cần thiết.

2.6 Thời gian nhập viện sau chấn thương:

Thời gian nhập viện sau chấn thương:

Thời gian	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Trước 6 giờ	69	60,5
6 giờ - 24 giờ	30	26,3
Sau 24 giờ	15	13,2
Tổng	114	100.0

Có 69/114 bệnh nhân CTM đến BV trước 6 giờ, những BN này được xử trí tốt hơn, tránh được tình trạng nhiễm trùng, phục hồi một phần thị lực. Vẫn còn 15/114 bệnh nhân đến muộn sau 24 giờ, khiến cho tổn thương mắt nặng nề hơn như: thâm máu giác mạc, viêm loét giác mạc, viêm mủ nội nhãn, phù hoàng điểm ... Từ thực tế trên cho thấy cần phải tăng cường truyền thông đại chúng để người dân không những biết tự bảo vệ đôi mắt mà còn phải

đến sớm với tuyến y tế gần nhất ngay sau chấn thương. Mặt khác cần chú trọng bồi dưỡng chuyên môn, nghiệp vụ để nâng cao vai trò của y tế cơ sở với việc sơ cứu CTM.

3. Đặc điểm lâm sàng:

Các đặc điểm lâm sàng của CTM

Hình thái	Số mắt	Tỷ lệ (%)
Chấn thương đụng dập nhãn cầu	38	33,3%
Chấn thương kết, giác mạc nông	3	2,6%
Chấn thương xuyên nhãn cầu	37	32,5%
Vỡ nhãn cầu	30	26,3%
Chấn thương mi mắt	2	1,8%
Bỏng mắt	5	4,4%
Tổng	114	

Qua phân tích các đặc điểm lâm sàng của CTM

- Chấn thương đụng dập nhãn cầu: nhiều nhất 38/114 (chiếm 33,3%). Trong chấn thương đụng dập thì xuất huyết tiền phòng chiếm đa số và chủ yếu ở người lao động bởi các tác nhân: cầu lông, nút chai, dây cao su ... Thường chấn thương này nếu được xử trí sớm sẽ phục hồi một phần thị lực.

- Chấn thương xuyên nhãn cầu chiếm tỷ lệ tương đương 37/114 (32.5%) và vỡ nhãn cầu 30/114 (26.3%) đây là 2 loại CTM gây tổn thương mắt nặng nhất dẫn đến mù loà cao nhất. Đòi hỏi phải được cấp cứu càng sớm, càng nhanh là tốt nhất.

4. Điều trị CTM:

Các phương pháp điều trị

Khâu giác mạc	58	50,9%
Lấy nhãn cầu	3	2,6%
Múc nội nhãn	3	2,6%
Lấy T3	2	1,8%
Lấy dị vật	2	1,8%
Rửa máu tiền phòng	1	0,9%
Nội khoa	43	37,7%
Tổng	114	100%

CTM là một bệnh cấp cứu cần phải xử trí nhanh kịp thời và sớm trước 6 giờ là tốt nhất tránh tình trạng nhiễm trùng nội nhãn, để lại hậu quả nặng nề. Do đó khoa Mắt trong thời gian qua đã cố gắng xử trí ngay sau khi nhập viện, khoảng 1-2 giờ.

CTM được điều trị nội khoa khi bị chấn thương đụng dập, trượt xước giác mạc 43/114 (chiếm 37.7%), đối với chấn thương này sau điều trị TL cải thiện tốt hơn.

Còn lại chấn thương xuyên và vỡ nhãn cầu đều phải điều trị ngoại khoa:

- Khâu giác mạc, cũng mạc 58/114 (chiếm 50.9%) có khả năng phục hồi một phần TL thường thấp hoặc kém ($< 1/10 - ST (+)$), vẫn còn giữ được mắt.
- Bỏ nhãn cầu 6 /114 (chiếm 2.6%), vì những BN này vào viện với tổn thương quá nặng, phôi tổ chức nội nhãn, nhãn cầu xẹp, TL ST (-)

Do còn hạn chế về trang thiết bị giúp chẩn đoán và điều trị vì thế việc xử trí CTM còn gặp nhiều khó khăn: đã có 2 BN phải chuyển lên Bệnh viện Mắt TP HCM bởi chấn thương xuyên có dị vật nội nhãn phức tạp, viêm mủ nội nhãn, vỡ nhãn cầu, rách đứt lệ quản và một số BN có nguyện vọng đi tuyến trên.

Với những BN đã được xử trí sớm ở khoa mắt trong thời gian qua, theo dõi hậu phẫu khâu giác mạc, tình trạng BN tiến triển tốt không thấy bị nhiễm trùng, viêm màng bồ đào, mủ nội nhãn hay phải xử trí lại lần hai.

Thời gian điều trị trung bình của một BN là 11 ngày.

5. Kết quả thị lực sau điều trị ở mắt bị chấn thương:

Thị lực trước và sau điều trị

Thị lực	Vào viện	Tỉ lệ %	Ra viện	Tỉ lệ %
Bình thường ($TL \geq 7/10$)	3	2,6	11	9,6
Giảm : $7/10 - \geq 1/10$	16	14	33	28,9
Thấp kém: $< 1/10$	45	39,5	25	21,9
Mù ST (+)	16	14	10	8,8
Mù ST (-)	17	14,9	15	13,2
Không thử được	17	14,9	20	17,6

Điều trị CTM là vấn đề thực sự khó khăn do khả năng hồi phục chức năng thị giác ở mắt bị chấn thương phụ thuộc vào nhiều yếu tố: mức độ tổn thương, tác nhân gây chấn thương, thời gian cấp cứu và khả năng chuyên môn.

Hầu hết các BN khi nhập viện đều trong tình trạng nặng, đặc biệt ở những BN không được sơ cứu hợp lý hoặc đến muộn, do đó thị lực của mắt chấn thương bị giảm ở nhiều mức độ. Chỉ có 3 BN có thị lực bằng hoặc trên 7/10 lúc nhập viện, khi ra viện có được 11 BN phục hồi thị lực tốt. Nhóm giảm TL vừa 7/10- >1/10 khả năng phục hồi TL cũng khá vào viện chỉ có 16 BN, ra viện được tới 33 BN. Số BN còn lại do lúc vào viện đã quá nặng khó có khả năng phục hồi TL hoặc giữ được mắt. Như vậy hậu quả của CTM thật nặng nề nó ảnh hưởng nhiều tới cuộc sống của từng người bệnh cũng như toàn xã hội.

KẾT LUẬN:

Qua nghiên cứu tình hình CTM điều trị tại BVĐKTTAG (trong gần 2 năm 2009- 2010 rút ra một số kết luận sau:

- CTM thường xảy ra ở nam nhiều hơn nữ, đa số trong tuổi lao động, tập trung nhiều ở nông dân, công nhân và học sinh. Nguyên nhân thường do tai nạn sinh hoạt hoặc tai nạn lao động . Vì vậy cần tuyên truyền sâu rộng hơn nữa về CTM tới nhân dân, đặc biệt là người lao động, biết tự bảo vệ và chăm sóc mắt, trong lúc lao động phải có kính bảo hộ, giáo dục học sinh tránh các trò chơi nguy hiểm có thể gây chấn thương mắt.
- Thông thường sau CTM BN hay đến muộn và không được sơ cứu ban đầu cho nên để lại hậu quả nặng nề, có thể bị mù nội nhãn, dẫn đến mù, ảnh hưởng tới sức lao động từng người bệnh cũng như của xã hội. Do đó CTM là một cấp cứu khẩn cấp, cần được điều trị sớm và đúng chuyên khoa, sau điều trị có thể phục hồi một phần thị lực, hoặc nhằm hạn chế những hậu quả đáng tiếc do chấn thương gây ra. Nên tại tuyến tỉnh nhờ có kính hiển vi phẫu thuật đã giúp điều trị tốt hơn, hạn chế mức độ giảm thị lực sau chấn thương và giảm thiểu việc chuyển BN đi tuyến trên.
- Cần tăng cường chỉ đạo tuyến, tập huấn , nâng cao kỹ thuật chuyên môn cho các tuyến cơ sở để sơ cứu ban đầu tốt hơn và chuyển BN sớm đến tuyến chuyên khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. ĐỖ NHƯ HƠN –NGUYỄN QUỐC ANH tình hình chấn thương mắt 1995-2000. Nội san nhãn khoa 2002.
2. NGUYỄN THỊ THU YÊN nhận xét tình hình bỏng ở viện Mắt 1991-1995. nội san nhãn khoa số 3/2000.

3. NGUYỄN THỊ ĐÔI tình hình chấn thương mắt trẻ em – nội san nhãn khoa 2002.
4. Tham khảo 114 hồ sơ bệnh án lưu trữ tại BVĐKTTAG có danh sách đính kèm.

MỘT SỐ HÌNH ẢNH CHẤN THƯƠNG MẮT:

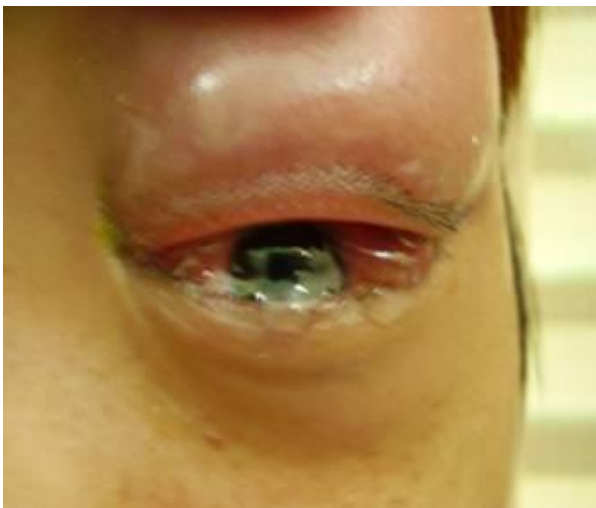
Chấn thương xuyên giác mạc



Xuất huyết tiền phòng



Mũi nội nhãn



Chấn thương mi

