

Vai trò của phẫu thuật rửa mủ tiền phòng trong chẩn đoán và điều trị viêm loét giác mạc

Role of evacuation of hypopyon in diagnosis and treatment of keratitis

Phạm Ngọc Đông*, Dương Mai Nga*, Lê Xuân
Cung*, Nguyễn Đình Ngân**

*Bệnh viện Mắt Trung ương
**Bệnh viện Quân y 103

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá vai trò của rửa mủ tiền phòng trong chẩn đoán và điều trị viêm loét giác mạc. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng trên 36 mắt viêm loét giác mạc có mủ tiền phòng, gồm 11 mắt rửa mủ tiền phòng với mục đích chẩn đoán (nhóm 1) và 25 mắt với mục đích điều trị (nhóm 2). **Kết quả:** Tỷ lệ tìm thấy nấm trong mủ tiền phòng của 2 nhóm lần lượt là 72,7% và 84,0%. Tỷ lệ khỏi của nhóm 1 và 2 lần lượt là 81,8% và 60,0%. Trong 21 mắt tìm thấy nấm trong mủ tiền phòng của nhóm 2, diện tích ổ loét trước phẫu thuật và độ cao mủ tiền phòng của nhóm khỏi thấp hơn nhóm thất bại. Tỷ lệ khỏi của những mắt có đường kính ổ loét $\leq 3\text{mm}$ và $> 3\text{mm}$ trong nhóm 2 lần lượt là 100% và 47,4% ($p=0,028$). **Kết luận:** Rửa mủ tiền phòng có vai trò trong chẩn đoán nguyên nhân và hỗ trợ điều trị viêm loét giác mạc. Phẫu thuật nên được thực hiện trên những mắt có đường kính ổ loét nhỏ, xuất tiết tiền phòng không tiêu nhưng mủ tiền phòng giảm hoặc không thay đổi sau điều trị nội khoa.

Từ khóa: Viêm loét giác mạc, rửa mủ tiền phòng.

Summary

Objective: To evaluate the role of evacuation of hypopyon in the diagnosis and treatment of keratitis. **Subject and method:** Prospective interventional study without control group of 36 eyes with hypopyon keratitis, including 11 eyes for diagnosis etiology (group 1) and 25 eyes (69.4%) for treatment (group 2). **Result:** Microbiological result of hypopyon and/or exudates showed that fungi was found in 72.7% and 84% respectively; successful outcome were seen in 81.8% of eyes in group 1 and 60% of eyes in group 2. Of 21 eyes which presented fungi in the anterior chamber in group 2, the ulceration's size and the hypopyon's height of eyes with successful outcome was smaller than those of eyes with failure outcome. In group 2, the percentage of successful outcome of eyes with corneal ulcer $\leq 3\text{mm}$ and $> 3\text{mm}$ in diameter was 100% and 47.4%, respectively ($p=0.028$). **Conclusion:** Evacuation of hypopyon helps to diagnose the cause and to treat keratitis. This surgery should be done in patients who had small ulcer, unchanged exudates with decreased or unchanged hypopyon in anterior chamber after medical treatment.

Keywords: Keratitis, evacuation of hypopyon.

1. Đặt vấn đề

Ngày nhận bài: 28/03/2018, ngày chấp nhận đăng: 04/04/2018

Người phản hồi: Phạm Ngọc Đông, Email: dongpn69@gmail.com - Bệnh viện Mắt Trung ương.

Viêm loét giác mạc là một trong những nguyên nhân gây mù một mắt hàng đầu trên thế giới [1], [2]. Tại Việt Nam hiện nay chưa có số liệu thống kê về tỷ lệ mắc viêm loét giác mạc hàng năm. Tuy nhiên, viêm loét giác mạc vẫn luôn chiếm tỷ lệ cao tại các cơ sở nhãn khoa tuyến tỉnh và đây cũng là bệnh lý chủ yếu được điều trị tại Khoa Kết Giác mạc - Bệnh viện Mắt Trung ương. Nguyên nhân gây ra viêm loét giác mạc nhiễm trùng bao gồm vi khuẩn, virus, nấm, *Acanthamoeba*, và một tác nhân mới được phát hiện gần đây là *Microsporidia*. Việc chẩn đoán nguyên nhân đôi khi gặp khó khăn do không lấy được bệnh phẩm trên bề mặt giác mạc vì ổ viêm giác mạc sâu hoặc các triệu chứng lâm sàng không điển hình, không phù hợp với kết quả xét nghiệm vi sinh đã có.

Mủ tiền phòng là một dấu hiệu nặng trong viêm loét giác mạc. Mủ có thể ở dạng ngấn mủ trong tiền phòng, xuất tiết mặt sau giác mạc, xuất tiết bắc cầu mặt trước thể thủy tinh - móng mắt hoặc mủ dạng sợi lan theo góc tiền phòng. Mủ tiền phòng có thể chỉ chứa các tế bào viêm hoặc có cả tác nhân gây bệnh [3], [4]. Khi mủ trong tiền phòng quá nhiều, các tế bào viêm làm bít tắc vùng bè hoặc xuất tiết làm nghẽn đồng tử có thể dẫn đến tăng nhãn áp.

Các nghiên cứu về phẫu thuật rửa mủ tiền phòng còn rất hạn chế. Rửa mủ tiền phòng đã được Gao và cộng sự sử dụng phối hợp trong phẫu thuật ghép giác mạc xuyên và ghép giác mạc lớp [5]. Năm 2014, Jain và cộng sự đã thực hiện nghiên cứu đầu tiên để đánh giá vai trò của phẫu thuật rửa mủ tiền phòng. Nghiên cứu được tiến hành trên 23 mắt viêm loét giác mạc sâu do nấm. Các tác giả thấy rằng phẫu thuật ít có tác dụng trên những bệnh nhân có ổ loét rộng và thâm nhiễm sâu [6]. Cho đến nay, rửa mủ tiền phòng vẫn đang là một trong những phẫu thuật được thực hiện để điều trị một số trường hợp viêm loét giác mạc có mủ tiền phòng tại Khoa Kết Giác mạc - Bệnh viện Mắt Trung ương. Thực tế, cho thấy sau phẫu thuật có một số trường hợp tốt lên, nhưng cũng có không ít những trường hợp bệnh tiến triển nặng hơn. Đề tài này được thực hiện nhằm: *Đánh giá vai trò của phẫu*

thuật rửa mủ tiền phòng trong chẩn đoán và điều trị viêm loét giác mạc để từ đó đề xuất thời điểm thích hợp để chỉ định rửa mủ tiền phòng.

2. Đối tượng và phương pháp

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Kết Giác mạc - Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 1/2017 đến tháng 9/2017.

2.1. Đối tượng

Đối tượng nghiên cứu gồm 36 mắt của 36 bệnh nhân viêm loét giác mạc có mủ tiền phòng.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân bị viêm loét giác mạc đã rõ nguyên nhân có ngấn mủ tiền phòng > 3mm gây tăng nhãn áp, hoặc mủ dạng sợi lan theo góc tiền phòng, xuất tiết đặc mặt sau giác mạc, xuất tiết bắc cầu mặt trước thể thủy tinh - móng mắt có hoặc không kèm theo ngấn mủ tiền phòng.

Bệnh nhân được chẩn đoán viêm giác mạc, có mủ tiền phòng nhưng không lấy được bệnh phẩm bề mặt giác mạc làm xét nghiệm vi sinh tìm nguyên nhân.

Bệnh nhân được chẩn đoán loét giác mạc có mủ tiền phòng nhưng nghi ngờ nguyên nhân gây bệnh khác kết quả xét nghiệm vi sinh đã có.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân bị loét giác mạc thủng hoặc dọa thủng.

Bệnh nhân được chia thành 2 nhóm: 11 mắt, với 7 mắt viêm giác mạc chưa rõ nguyên nhân nhóm 1 được rửa mủ tiền phòng để chẩn đoán và 4 mắt loét giác mạc do vi khuẩn nhưng nghi ngờ do nấm, nhóm 2 được rửa mủ tiền phòng để điều trị gồm 25 mắt bị loét giác mạc do nấm.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng không có nhóm chứng.

Quy trình phẫu thuật:

Gây tê cạnh nhãn cầu bằng dung dịch Lidocain 2% × 5ml. Vào tiền phòng qua đường rạch giác mạc vùng rìa bằng dao 15°. Dùng kim 2 nòng hút mủ tiền phòng lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm vi sinh (soi tươi, nhuộm soi), sau đó rửa sạch tối đa mủ và xuất tiết tiền phòng. Đối với

những mắt đã được chẩn đoán viêm loét giác mạc do nấm, dịch rửa được sử dụng là dung dịch amphotericin B 0,1% (Amphotericin B 10mg/2ml pha trong 98ml glucose 5%). Dung dịch Ringer lactate được sử dụng trong trường hợp rửa mắt tiền phòng để chẩn đoán nguyên nhân gây bệnh. Khâu mép mổ bằng chỉ prolene 10 - 0 và bơm Ringer lactate tái tạo tiền phòng.

Ghi nhận kết quả xét nghiệm chất nạo bờ ổ loét và mũ tiền phòng. Bệnh được coi là khỏi khi hết các triệu chứng cơ năng, ổ loét biểu mô hóa hoàn toàn, thâm nhiễm rút hết tạo sẹo xơ, mũ và xuất tiết tiền phòng tiêu hết hoặc xuất tiết xơ hóa. Kết quả điều trị thất bại khi ổ loét hoại tử thủng phải ghép giác mạc xuyên điều trị hoặc mức nội nhãn.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học kỹ thuật của Bệnh viện Mắt Trung ương phê duyệt. Bệnh nhân được giải thích về phẫu thuật, các biến chứng trong và sau phẫu thuật và ký giấy đồng ý phẫu thuật, chấp nhận rủi ro có thể gặp trong và sau mổ.

3. Kết quả

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi trung bình của 36 bệnh nhân là 52 ± 13 (từ 28 đến 78 tuổi) với 18 bệnh nhân nam và 18 bệnh nhân nữ. Thời gian bị bệnh đến khi nhập viện là $23,8 \pm 29,8$ ngày (từ 3 đến 180 ngày). Thời gian điều trị nội trú đến khi phẫu thuật là $12 \pm 9,7$ ngày (từ 2 đến 49 ngày). 16/36 mắt (44,5%) có tiền sử chấn thương mắt, 3/36 mắt (8,3%) bị côn trùng bay vào và 17/36 mắt (47,2%) không rõ tiền sử chấn thương. Trong tổng số 36 mắt của nghiên cứu, có 4 mắt chỉ có mũ tiền phòng dạng ngắn mũ và 7 mắt chỉ có xuất tiết tiền phòng từ khi vào viện đến trước phẫu thuật. 25 mắt còn lại có thời điểm xuất hiện cả ngắn mũ kèm xuất tiết tiền phòng trong thời gian điều trị nội khoa trước phẫu thuật. Đặc điểm ngắn mũ tiền phòng khi vào viện và trước phẫu thuật như sau:

Bảng 1. Độ cao ngắn mũ tiền phòng khi vào viện và trước phẫu thuật

Thời điểm Độ cao mũ tiền phòng	Khi vào viện (n)	Trước phẫu thuật (n)
0	9	12
$\leq 2\text{mm}$	20	10
2 - 3mm	4	4
$> 3\text{mm}$	3	10

3.2. Kết quả của nhóm rửa mũ tiền phòng để chẩn đoán

Trong số những mắt rửa mũ tiền phòng để chẩn đoán, 7/7 mắt viêm giác mạc chưa rõ nguyên nhân đều tìm thấy nấm trong mũ tiền phòng. Với 4 mắt loét giác mạc do vi khuẩn nhưng nghi ngờ do nấm, có 1/4 mắt xét nghiệm mũ tiền phòng tìm thấy nấm. Bệnh nhân này được chuyển phác đồ điều trị theo hướng chống nấm, ổ loét biểu mô hóa tạo sẹo giác mạc. 3/4 mắt còn lại xét nghiệm mũ tiền phòng tìm thấy vi khuẩn tương tự như kết quả chất nạo bờ ổ loét, được giữ nguyên phác đồ điều trị. Kết quả có 1 mắt khỏi và 2 mắt điều trị thất bại. Trong số 2 mắt điều trị thất bại này, 1 mắt có ổ loét hoại tử thủng rộng phải ghép giác mạc để bảo tồn nhãn cầu; 1 mắt còn lại có các dấu hiệu lâm sàng không điển hình do bất kỳ tác nhân gây bệnh nào, ổ loét rộng gần toàn bộ giác mạc với nhiều đám thâm nhiễm nhu mô sâu. Bệnh nhân này đã được làm xét nghiệm PCR chất nạo ổ loét loại trừ tác nhân virus, xét nghiệm vi sinh chất nạo bề mặt ổ loét và mũ tiền phòng đều có trực khuẩn gram âm. Bệnh nhân không đáp ứng với điều trị nội khoa nên đã được ghép giác điều trị và lấy mảnh giác mạc bệnh lý làm xét nghiệm. Tuy nhiên, kết quả PCR mảnh giác mạc đều không tìm thấy nấm và *Microsporidia*. Kết quả điều trị của nhóm rửa mũ tiền phòng để chẩn đoán được thể hiện ở Bảng 2.

Bảng 2. Kết quả điều trị của nhóm 1

Xét nghiệm vi sinh	Nấm (+) n (%)	Nấm (-) n (%)	Tổng n (%)
Kết quả			

Giác mạc làm sẹo	8 (72,7)	1 (9,1)	9 (81,8)
Ghép giác mạc xuyên	0 (0)	2 (18,2)	2 (18,2)
Tổng	8 (72,7)	3 (27,3)	11 (100)

3.3. Kết quả của nhóm rửa mắt tiền phòng để điều trị

Trong số 25 mắt đã được chẩn đoán loét giác mạc do nấm dựa vào kết quả xét nghiệm vi sinh chất nạo bề mặt ổ loét, có 21/25 mắt (84%) tìm thấy nấm trong mắt tiền phòng, 4/21 mắt (16%) không thấy nấm. Kết quả điều trị của nhóm này như sau:

Bảng 3. Kết quả điều trị của nhóm 2

Xét nghiệm vi sinh	Nấm (+) n (%)	Nấm (-) n (%)	Tổng n (%)
Kết quả			
Giác mạc liền sẹo	13 (62,0)	2 (50,0)	15 (60,0)
Ghép giác mạc xuyên	4 (19,0)	1 (25,0)	5 (20,0)
Mức nội nhãn	4 (19,0)	1 (25,0)	5 (20,0)
Tổng	21 (84,0)	4 (16,0)	25 (100)

Tỷ lệ điều trị khỏi của nhóm tìm thấy nấm là 62% (13/21 mắt), có 8/21 mắt trong nhóm này điều trị thất bại phải chuyển sang ghép giác mạc xuyên hoặc mức nội nhãn.

Bảng 4. Đặc điểm bệnh nhân nhóm tìm thấy nấm trong mũ tiền phòng nhóm 2

Kết quả điều trị	Khỏi	Thất bại	p
Đặc điểm trước phẫu thuật			
Số ngày điều trị trước nhập viện	19,0 ± 14,6	24,0 ± 16,5	0,477
Số ngày điều trị nội trú	11,2 ± 7,0	12,5 ± 9,1	0,708
Diện tích loét vào viện (mm ²)	19,7 ± 12,5	41,8 ± 22,5	0,008
Diện tích loét trước phẫu thuật (mm ²)	20,7 ± 16,9	46,5 ± 23,2	0,008
Mủ TP lúc vào viện (mm)	2,0 ± 1,4	2,5 ± 2,4	0,529
Mủ TP trước phẫu thuật (mm)	1,7 ± 1,6	3,8 ± 2,2	0,023

(Diện tích loét = đường kính dọc × đường kính ngang)

Nhóm điều trị thất bại có diện tích ổ loét lớn hơn và mũ tiền phòng trước phẫu thuật cao hơn so với nhóm điều trị khỏi ($p < 0,05$).

Bảng 5. Đường kính ổ loét trước phẫu thuật và kết quả điều trị của nhóm 2

Kết quả điều trị	Khỏi n (%)	Thất bại n (%)	Tổng n (%)	p*
Đường kính loét				
≤ 3mm	6 (100)	0 (0)	6 (100)	0,028
> 3mm	9 (47,4)	10 (52,6)	19 (100)	
Tổng	15 (60)	10 (40)	25 (100)	

*Fisher's exact test.

Tỷ lệ điều trị khỏi của những mắt có đường kính loét ≤ 3mm cao hơn những mắt có đường kính loét > 3mm ($p = 0,028$).

Bảng 6. Sự thay đổi mũ tiền phòng sau thời gian điều trị nội khoa trước phẫu thuật và kết quả điều trị ở nhóm 2 (n = 20)

Kết quả điều trị	Khỏi	Thất bại	Tổng	p*
Thay đổi mũ tiền phòng				
Giảm	4 (100)	0 (0)	4 (100)	0,006
Không thay đổi	5 (83,3)	1 (16,7)	6 (100)	
Tăng	2 (20,0)	8 (80,0)	10 (100)	
Tổng	11 (55,0)	9 (45,0)	20 (100)	

*Phi Cramer's

Trong số những mắt có cả mủ và xuất tiết tiền phòng khi vào viện của nhóm 2, tỷ lệ khỏi của những mắt còn xuất tiết tiền phòng nhưng mủ giảm đi sau thời gian điều trị nội khoa trước phẫu thuật là 100%, của những mắt có mủ tiền phòng không thay đổi sau thời gian điều trị nội khoa là 83,3%. Tỷ lệ khỏi của những mắt có mủ tăng lên sau điều trị nội khoa chỉ đạt 20%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,006$).

4. Bàn luận

Viêm loét giác mạc là một trong những nguyên nhân chính gây mù lòa một mắt, đặc biệt ở các nước nhiệt đới, đang phát triển [1]. Trong số các nguyên nhân gây loét giác mạc, loét giác mạc do nấm vẫn là một thách thức lớn trong lâm sàng. Việc chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời đóng vai trò then chốt giúp kiểm soát bệnh một cách hiệu quả. Tuy nhiên, việc chẩn đoán nguyên nhân loét giác mạc đôi khi khó khăn, nhất là trong những trường hợp áp xe giác mạc do ổ thâm nhiễm sâu, trong khi biểu mô giác mạc còn nguyên vẹn nên không thể lấy được bệnh phẩm tại ổ viêm giác mạc. Hơn thế nữa, có những trường hợp biểu hiện lâm sàng không điển hình hoặc không tương xứng với kết quả xét nghiệm vi sinh từ bệnh phẩm chất nạo ổ loét. Trong những trường hợp chưa rõ nguyên nhân hoặc nghi ngờ chẩn đoán như vậy, việc rửa mủ tiền phòng để lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm vi sinh là một trong những biện pháp để chẩn đoán hoặc khẳng định lại chẩn đoán. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 7/7 mắt bị viêm giác mạc chưa rõ nguyên nhân đều tìm thấy nấm trong mủ tiền phòng, 1 mắt loét giác mạc do vi khuẩn nghi ngờ do nấm cũng đã tìm thấy nấm trong mủ tiền phòng, điều đo chứng tỏ viêm giác mạc do nấm có những biểu hiện khá đặc trưng, giúp cho định hướng chẩn đoán lâm sàng. Thời gian điều trị nội trú từ lúc nhập viện đến khi phẫu thuật ngắn nhất là 2 ngày với mục đích để phục vụ cho việc chẩn đoán nguyên nhân gây bệnh. Kết quả điều trị ở nhóm chẩn đoán cho thấy cả 7 mắt viêm giác mạc đều khỏi để lại sẹo giác mạc, mắt bị loét giác mạc do nấm cũng đã được chuyển

phác đồ điều trị thích hợp và được điều trị khỏi. Như vậy, đối với những mắt bị viêm loét giác mạc có mủ tiền phòng chưa rõ nguyên nhân, việc lấy mủ tiền phòng làm xét nghiệm vi sinh là một biện pháp hữu hiệu để chẩn đoán nguyên nhân và nên được thực hiện sớm để đưa ra phác đồ điều trị phù hợp với nguyên nhân gây bệnh. Đối với 2 mắt có xét nghiệm chất nạo ổ loét và mủ tiền phòng đều tìm thấy vi khuẩn nhưng điều trị vẫn thất bại, có thể do tình trạng kháng thuốc của vi khuẩn nên bệnh nhân không đáp ứng với điều trị nội khoa sau phẫu thuật rửa mủ tiền phòng và phải chuyển sang phẫu thuật ghép giác mạc xuyên. Tỷ lệ tìm thấy nấm trong mủ tiền phòng trong nghiên cứu của chúng tôi rất cao là 80,6% (72,7% ở nhóm 1 và 84% ở nhóm 2). Khác với những mắt loét giác mạc do vi khuẩn, mủ tiền phòng thường là mủ phản ứng chỉ chứa các tế bào viêm, ít khi có tác nhân gây bệnh. Trong viêm loét giác mạc do nấm, do sợi nấm có khả năng xuyên sâu qua cả màng descemet còn nguyên vẹn và vào tiền phòng nên mủ tiền phòng thường chứa nguyên nhân gây bệnh. Nghiên cứu của Xu và cộng sự cho thấy khoảng 52,6% số mắt bị loét giác mạc do nấm có mủ tiền phòng. Trong số 66 mắt được lấy mủ tiền phòng làm xét nghiệm nuôi cấy nấm, có 47% số mắt cho kết quả dương tính [3].

Việc điều trị viêm loét giác mạc bao gồm cả điều trị nội khoa và phẫu thuật (gọt giác mạc, rửa mủ tiền phòng, ghép giác mạc, khâu cò mi...) [7]. Điều trị viêm loét giác mạc nói chung, đặc biệt là viêm loét giác mạc do nấm hiện nay còn gặp nhiều khó khăn, tỷ lệ điều trị thất bại cao do bệnh nhân thường đến khi bệnh đã ở giai đoạn nặng, ổ loét kích thước rộng và thâm nhiễm sâu đặc. Ngoài ra, một số bệnh nhân có tiền sử dùng thuốc corticosteroid trước đó làm cho tác nhân nhiễm trùng phát triển mạnh và khó kiểm soát mặc dù đã được điều trị hết sức tích cực. Kết quả ở Bảng 3 cho thấy tỷ lệ khỏi của nhóm rửa mủ tiền phòng với mục đích điều trị là 60%. Có 40% số mắt điều trị thất bại, trong đó 20% số mắt ổ loét hoại tử thủng rộng phải chuyển mức nội nhãn và 20% số mắt phải ghép giác mạc.

Hiện nay, việc điều trị nội khoa còn gặp nhiều khó khăn do các loại thuốc chống nấm không có nhiều và không có sẵn dạng bào chế để sử dụng tại mắt, chủ yếu được pha chế từ thuốc tiêm tĩnh mạch. Hơn nữa, thuốc ngấm kém vào tổ chức và trong tiền phòng, đặc biệt là khi biểu mô còn nguyên vẹn vì thuốc không tan trong lipid. Một số nghiên cứu đã đề cập đến hiệu quả tiêm tiền phòng Amphotericin B với nồng độ 5 - 10µg/0,1ml [8], [9], [10]. Nghiên cứu của Yoon và cộng sự cho thấy mũ tiền phòng tiêu nhanh hơn ở nhóm được tiêm tiền phòng Amphotericin B nồng độ 10µg/0,1ml so với nhóm chứng và thuốc vẫn còn tồn tại trong tiền phòng sau khi tiêm 7 ngày [9]. Việc tìm thấy nấm với tỷ lệ rất cao trong mũ tiền phòng cho thấy vai trò của phẫu thuật rửa mũ tiền phòng trong điều trị những trường hợp viêm loét giác mạc có mũ tiền phòng. Phẫu thuật có tác dụng loại bỏ tác nhân gây bệnh một cách cơ học, vừa giúp đưa thuốc vào trong tiền phòng nhờ việc sử dụng dung dịch amphotericin B 0,1% (tương đương nồng độ 10µg/0,1ml) làm dịch rửa trong quá trình phẫu thuật.

Phẫu thuật rửa mũ tiền phòng vẫn được tiến hành thường quy để điều trị những trường hợp loét giác mạc có mũ tiền phòng nhưng vẫn đề lựa chọn thời điểm phẫu thuật hiện vẫn còn chưa có sự thống nhất. Trong loét giác mạc do vi khuẩn, mũ thường hình thành do độc tố của vi khuẩn và chỉ gồm bạch cầu chứ không phải do sự xâm nhập của tác nhân gây bệnh vào trong tiền phòng. Do vậy, đối với những mắt loét giác mạc chỉ có mũ tiền phòng dạng ngắn mũ mà không kèm theo mũ dạng xuất tiết, chỉ nên tiến hành phẫu thuật khi mũ tiền phòng > 3mm gây tăng nhãn áp. Đối với những trường hợp loét giác mạc do nấm, mũ thường chứa tác nhân gây bệnh, đặc biệt là những mắt có mũ dạng xuất tiết mặt sau giác mạc, xuất tiết bắc cầu hoặc mũ dạng sợi lan theo góc tiền phòng. Từ kết quả điều trị của những mắt tìm thấy nấm trong mũ tiền phòng, chúng tôi đã đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Kết quả ở Bảng 4 cho thấy diện tích ổ loét trước phẫu thuật và độ cao mũ tiền phòng của nhóm khỏi thấp hơn một

cách có ý nghĩa thống kê so với nhóm thất bại ($20,7 \pm 16,9\text{mm}^2$ và $46,5 \pm 23,2\text{mm}^2$; $p=0,008$; $1,7 \pm 1,6\text{mm}$ và $3,8 \pm 2,2$; $p=0,023$). Bảng 5 cho thấy những mắt có đường kính ổ loét $\leq 3\text{mm}$ có tỷ lệ điều trị khỏi cao hơn so với những mắt có đường kính ổ loét $> 3\text{mm}$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Jain và cộng sự cho thấy tỷ lệ thất bại điều trị cao khi ổ loét rộng và thâm nhiễm sâu và các tác giả khuyến cáo nên ưu tiên ghép giác mạc hơn là phẫu thuật rửa mũ tiền phòng trên những mắt này [6]. Kết quả ở Bảng 6 cho thấy trong số những mắt có cả mũ và xuất tiết tiền phòng của nhóm điều trị, sau một thời gian điều trị nội khoa, những mắt còn xuất tiết tiền phòng nhưng có mũ tiền phòng giảm đi hoặc không thay đổi trước khi phẫu thuật có tỷ lệ khỏi cao hơn so với những mắt có mũ tiền phòng tăng lên ($p=0,006$). Như vậy, mũ tiền phòng có thể là một yếu tố tiên lượng kết quả điều trị và để cân nhắc quyết định rửa mũ tiền phòng.

5. Kết luận

Viêm loét giác mạc, đặc biệt là viêm loét giác mạc do nấm hiện nay vẫn đang là thách thức lớn trên lâm sàng. Phẫu thuật rửa mũ tiền phòng có vai trò trong chẩn đoán nguyên nhân gây bệnh khi không lấy được bệnh phẩm trên bề mặt giác mạc hoặc nghi ngờ chẩn đoán, đồng thời giúp loại bỏ tác nhân gây bệnh một cách cơ học và giúp đưa thuốc vào trong tiền phòng. Phẫu thuật nên được thực hiện những mắt có đường kính ổ loét nhỏ hoặc thu gọn, xuất tiết tiền phòng không tiêu nhưng mũ tiền phòng giảm hoặc không thay đổi sau một thời gian điều trị nội khoa.

Tài liệu tham khảo

1. Gupta N, Tandon R, Gupta SK et al (2013) *Burden of corneal blindness in India*. Indian journal of community medicine: Official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine 38(4): 198-206.
2. Wang H, Zhang Y, Li Z et al (2014) *Prevalence and causes of corneal blindness*. Clin Exp Ophthalmol 42(3): 249-253.

3. Xu LJ, Song XS, Zhao J et al (2012) *Hypopyon in patients with fungal keratitis*. Chin Med J (Engl) 125(3): 470-475.
4. Bourcier T, Sauer A, Dory A et al (2017) *Fungal keratitis*. J Fr Ophtalmol 40(10): 882-888.
5. Gao H, Wang T, Zhang J et al (2010) *Clinical application of irrigation in therapeutic keratoplasty for suppurative keratitis with severe hypopyon*. Zhonghua Yan Ke Za Zhi 46(5): 400-404.
6. Jain R KA, Viridi AS et al (2014) *Role of evacuation of anterior chamber exudates as an adjunct in the management of deep fungal keratitis*. Adv Ophthalmol Vis Syst 1(4).
7. Upadhyay MP, Srinivasan M, Whitcher JP (2009) *Managing corneal disease: Focus on suppurative keratitis*. Community Eye Health 22(71): 39-41.
8. Kaushik S, Ram J, Brar G et al (2001) *Intracameral Amphotericin B: Initial experience in severe keratomycosis*. Cornea 20(7): 715-719.
9. Yoon KC, Md P, Jeong IY et al (2007) *Therapeutic effect of intracameral amphotericin B injection in the treatment of fungal keratitis*. Cornea 26(7): 814-818.
10. Sridhar MS, Sharma S, Gopinathan U et al (2002) *Anterior chamber tap: Diagnostic and therapeutic indications in the management of ocular infections*. Cornea 21(7): 718-722.