

diabetic foot ulcers", International wound journal, 19(6), 1309–1318.

8. **Chawla, P., Sowani, A., Parikh, R., Gupta, A., Kesavadev, J., Gokalani, R., & Chawla, M.**

(2025), "Association between continuous glucose monitoring derived metrics and clinical parameters in Indian people living with type 2 diabetes", Primary Care Diabetes.

VẮT HÚT KẾT MẠC: BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Võ Nguyễn Hương Thảo¹, Lê Hương Xuân Nghi¹, Bùi Lê Đan Thanh¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Vắt hút nhãn cầu nói chung và vắt hút kết mạc nói riêng rất hiếm gặp. Nếu không được xử trí kịp thời và hiệu quả, tình trạng này có thể gây nên các biến chứng nghiêm trọng, bao gồm: chảy máu bởi chất hirudin - một chất chống đông - tiết ra từ vắt, nguy cơ sót dị vật rằng vắt là nguồn gây nhiễm trùng, và khả năng xâm nhập nhãn cầu. Chúng tôi báo cáo một ca lâm sàng bệnh nhân bị vắt hút kết mạc. **Ca lâm sàng:** Bệnh nhân nam, 39 tuổi, đến Bệnh viện Mắt vì mắt phải có một con vắt hút chặt vào kết mạc mi trên góc trong và rất khó tháo gỡ. Bệnh nhân được nhỏ thuốc tê Tetracain 0,5% vào kết mạc và bác sĩ trực cấp cứu dùng forceps gấp vắt ra qua sinh hiển vi một cách rất khó khăn. **Kết luận:** Ca lâm sàng hiếm gặp này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc bảo hộ mắt khi đi rừng, vì hiện tại vẫn chưa có khuyến cáo điều trị chính thức.

Từ khóa: vắt, tổn thương mắt, kết mạc, dị vật

SUMMARY

CONJUNCTIVAL LEECH INFESTATION: A CLINICAL CASE REPORT

Background: Ocular leech infestation—and conjunctival attachment in particular—is rare. Without timely and effective management, it may cause serious complications, including bleeding due to the anticoagulant hirudin, retained denticles acting as a nidus for infection, and possible intraocular penetration. We report a case of conjunctival leech infestation. **Case report:** A 39-year-old man presented to Ho Chi Minh City Eye Hospital with a leech firmly attached to the superior tarsal conjunctiva at the medial canthus of the right eye. Topical tetracaine 0.5% was instilled repeatedly, and the on-call emergency physician removed the leech at the slit lamp using non-toothed forceps with considerable difficulty. **Conclusions:** This rare case underscores the importance of eye protection during forest trekking and the lack of standardized management recommendations to date. **Keywords:** Leech; Eye Injuries; Conjunctiva; Foreign Bodies

I. TỔNG QUAN

Vắt là một ký sinh trùng, thuộc ngành giun

đốt, với danh pháp khoa học là Hirudenia[1]. Vắt rất phổ biến tại Việt Nam, tập trung nhiều tại các vùng rừng núi có độ ẩm, đầm lầy, sông suối (Quảng Bình, Tây Nguyên, Lâm Đồng,...) và hoạt động rất mạnh vào mùa mưa. Thức ăn chính của vắt là máu. Mỗi lần hút máu, chúng có thể hút một lượng máu rất lớn, có thể gấp đến 10 lần cơ thể của chúng, để tiêu hoá dần dần. Máu không bị đông trong cơ thể của vắt do một chất chống đông tên là Hirudin[2].

Vắt gây tổn thương ký chủ thông qua hai cơ chế: (1) cơ chế cơ học và (2) cơ chế hoá học. Vắt gây tổn thương cơ học cho ký chủ thông qua việc (a) bám rất dai và chặt vào cơ thể ký chủ, (b) cắt da ký chủ bằng các vi răng siêu nhỏ hình lưỡi cưa, tạo vết cắt chữ Y ngược, và (c) hút máu ký chủ. Về cơ chế hoá học, vắt tiết ra chất chống đông hirudin gây chống đông máu tại vị trí vắt bám trên cơ thể ký chủ. Hirudin gắn vào Thrombin - một chất quan trọng trong quá trình đông máu - gây bất hoạt Thrombin, dẫn đến ức chế các quá trình sau: (a) chuyển fibrinogen thành fibrin, (b) hoạt hoá yếu tố XIII và (c) tạo mạng lưới fibrin đông máu (Hình 2). Một điểm đáng lưu ý là không có thuốc giải độc đặc hiệu cho Hirudin[3].

Tại da và niêm mạc, vắt gây xuất huyết, viêm da tiếp xúc, loét niêm mạc, và bội nhiễm nếu làm sạch không đúng cách. Vắt có thể gây chảy máu không cầm dẫn đến mất máu. Tại mắt, vắt có thể gây ra các biến chứng nghiêm trọng, bao gồm: xuất huyết kết mạc, phản ứng dị ứng, viêm loét giác mạc, viêm mô tế bào hốc mắt do bội nhiễm Aeromonas (vi khuẩn thường trú trong ruột vắt)[3].

Tổn thương mắt do vắt rất hiếm gặp, y văn chỉ ghi nhận vài trường hợp rải rác trên thế giới, đặc biệt tập trung tại khu vực châu Á, với lứa tuổi đa dạng, chẳng hạn: bệnh nhân nam 67 tuổi tại Ấn Độ sống tại vùng rừng núi[4], bé gái 5 tuổi tại Nhật Bản sau khi tắm suối 5 ngày[5], bệnh nhân nam 50 tuổi tại Iran sau khi chữa bệnh bằng vắt tại vùng eo, sau đó cho vắt tiếp xúc trực tiếp vào mắt tại phòng khám[3], bệnh nhân nữ 66 tuổi tại Úc[6], bé trai 7 tuổi tại Thổ Nhĩ Kỳ[7], bệnh nhân nam 28 tuổi tại Anh

¹Bệnh viện Mắt TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Nguyễn Hương Thảo

Email: drhuongthao@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

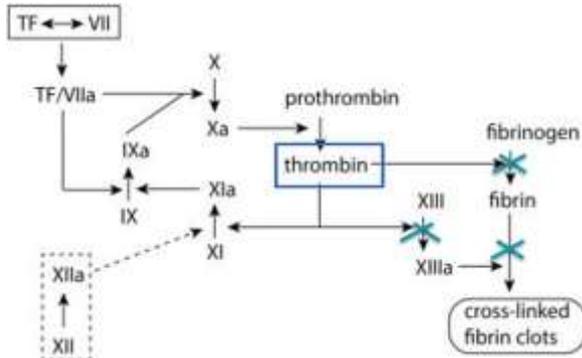
Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

Quốc[8], bé gái 4 tuổi tại Đức[9],... Thậm chí, vắt hút nhãn cầu có thể bị chẩn đoán nhầm, như một trường hợp bệnh nhân nam 32 tuổi tại Trung Quốc: Ban đầu, bệnh nhân được chẩn đoán nốt ruồi kết mạc (conjunctival pigmented nevus) tại mắt trái, được chỉ định kháng sinh và corticoid nhỏ 1 tuần, tuy nhiên triệu chứng không cải thiện. Bệnh nhân tìm đến cơ sở y tế khác, qua khai thác bệnh sử và thăm khám kỹ, bác sĩ ghi nhận một vật thể di động dưới kết mạc và tiền căn bị nước bắn vào mắt sau khi thăm nhà một người bạn nuôi vắt. Với chẩn đoán dị vật dưới kết mạc tại mắt trái, bệnh nhân được gỡ dị vật (sau khi gửi đến phòng thí nghiệm, dị vật được xác định là con vắt), được chỉ định kháng sinh nhỏ tại chỗ, và hoàn toàn hết triệu chứng sau 3 ngày[10].



Hình 1. Giác hút của vắt



Hình 2. Cơ chế chống đông của Hirudin

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 39 tuổi, đến Bệnh viện Mắt vì mắt phải cộm xốn rất nhiều sau khi đi rừng tại Bình Phước - một vùng rừng có độ ẩm cao tại Việt Nam giờ thứ 5. Bệnh nhân chỉ đi bộ trên rừng, không lội suối hay ao hồ. Qua thăm khám lâm sàng, chúng tôi ghi nhận: Mắt phải: Con vắt hút vào kết mạc mi trên góc trong, con vắt căng phồng, sung huyết, kết mạc mi trên nhạt màu (Hình 3); Các phần còn lại của nhãn cầu bình thường; Sinh hiệu ổn định.

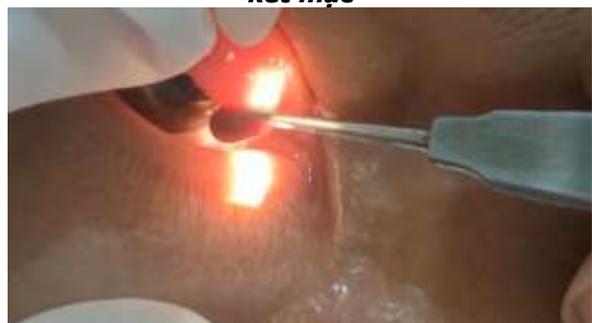


Hình 3. Qua thăm khám lâm sàng, ghi nhận con vắt sung huyết bám tại kết mạc mi trên góc trong của mắt phải

Bệnh nhân được nhỏ thuốc tê Tetracain 0,5% 3 lần vào kết mạc và chúng tôi thấy thân vắt có mềm hơn đôi chút. Chúng tôi thám sát thử lấy vắt bằng tăm bông nhưng không thành công, và ghi nhận con vắt hút rất chặt vào kết mạc mi trên (Hình 4). Do đó, chúng tôi quyết định dùng kẹp không mấu gỡ vắt qua sinh hiển vi, và quá trình gỡ vắt diễn ra tương đối khó khăn (Hình 5).



Hình 4. Chúng tôi sử dụng tăm bông để đánh giá và ghi nhận vắt hút rất chặt vào kết mạc



Hình 5. Chúng tôi quyết định dùng kẹp không mấu để gỡ vắt và gỡ rất nhiều khó khăn

Sau khi gỡ vắt, chúng tôi ghi nhận vết thương khô sạch, không xuất huyết, không sót dị vật rắng vắt. Sinh hiệu bệnh nhân ổn. Bệnh nhân được điều trị bằng Ofloxacin 0,3% nhỏ 6 lần/ngày để dự phòng nhiễm trùng, Optive nhỏ 6 lần/ngày và được hẹn tái khám sau 3 ngày.



Hình 6. Sau khi lấy vật, vết thương khô sạch, không chảy máu tiếp diễn

III. BÀN LUẬN

Hiện vẫn chưa có điều trị tiêu chuẩn hay khuyến cáo chính thức. Lực bám rất chắc của vật vào ký chủ là yếu tố chính gây khó khăn trong việc điều trị, có thể gây nhiều biến chứng phức tạp như đã nêu trên. Những phương pháp dân gian để hỗ trợ gắp vật qua da bao gồm: dùng côn 90°, hơi lửa, dùng nhiệt khói thuốc lá, dùng vôi tôi, dùng dầu khuyh diệp[8],... giúp làm mềm thân vật, dễ lấy ra khỏi mô ký chủ nhưng lại không thể áp dụng trong các trường hợp vật hút tại mắt vì nguy cơ gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm hơn như bong kết giác mạc do nhiệt hay hoá chất, sẹo giác mạc. Tuy nhiên, thật may mắn, trong các báo cáo ca lâm sàng trên thế giới về các trường hợp vật hút nhãn cầu, chúng tôi tìm thấy nhiều điểm chung trong việc điều trị (Bảng 1). Các nhà lâm sàng đều đồng thuận việc không nên cố gắng lấy vật ra bằng mọi cách khi thân vật cứng cứng, phản ứng dữ dội vì có thể làm vật hút vào sâu hơn, chặt hơn và có thể làm vật đứt thành nhiều mảnh hoặc sót lại mảnh cơ thể vật trong mô ký chủ gây nhiễm trùng thứ

phát. Phương pháp thường được các nhà lâm sàng lựa chọn là nhỏ thuốc tê nhiều lần tại chỗ hoặc sử dụng nước muối ưu trương để làm thân vật mềm ra, giúp quá trình lấy ra dễ dàng hơn. Tuy nhiên quá trình này cần thời gian chờ bao lâu vẫn chưa được đề cập tới. Thực tế, ca lâm sàng của chúng tôi cũng thực hiện nhỏ tê 3 lần với dung dịch Tetracain 0,5% cho bệnh nhân để chịu, đồng thời cũng thấy thân vật mềm hơn, nhưng việc thực hành lấy vật ra khỏi kết mạc mi vẫn không dễ dàng. Điều này có thể do sự khác biệt về đáp ứng với các loại thuốc tê khác nhau, hoặc do thời gian chờ để vật phản ứng vẫn chưa đủ, vẫn còn là vấn đề cần được bàn luận nhiều hơn. Như vậy, việc chờ để vật đáp ứng với thuốc tê hoặc nước muối ưu trương đạt được nhiều sự đồng thuận trong các báo cáo lâm sàng, bao gồm chúng tôi.

Khuyến cáo khác chúng tôi đưa ra trong quá trình gắp vật ra là sử dụng kẹp không máu, để tránh ảnh hưởng làm đứt đoạn thân vật cũng như giảm việc gây đau và chống cự của vật. Đồng thời, nên kẹp ở phần đầu giác hút, nên tiếp xúc vật và mô ký chủ giúp lấy vật ra trọn vẹn hơn. Điều này cũng được nói đến trong ca lâm sàng tại Trung Quốc[10].

Sau khi lấy vật trọn vẹn, kháng sinh dự phòng được đa số các nhà lâm sàng sử dụng để phòng ngừa nhiễm trùng do vật.

Về diễn tiến: Hầu hết các ca lâm sàng đều báo cáo bệnh nhân không xảy ra chảy máu tiếp diễn sau khi lấy vật và hết triệu chứng hoàn toàn sau 3 ngày[7].

Bảng 1. Một số phương pháp xử trí tại bệnh viện

Tác giả	Quốc gia	Xử trí	Toa thuốc về
Auw Harich, Leim & Kist (1998)[9]	Đức	Nhỏ Amethocaine: Vật tự rơi ra khỏi kết mạc → Dùng kẹp gắp vật ra từ cùng đồ	Thuốc mỡ Dexpanthenol bôi để làm dịu kết mạc (Không kháng sinh)
Lewis & Coombes (2006)[9]	Anh	- Rắc muối ăn trực tiếp lên vật → Dùng kẹp lấy vật ra khỏi mắt - Rửa mắt bằng 2 lít dung dịch nước muối sinh lý cho sạch muối ăn	Thuốc mỡ Chloramphenicol
Christopher Partyka & Toby (2006)[6]	Úc	Dùng nước muối ưu trương rửa tại chỗ	
Li, Shen & Jiang (2013)[10]	Trung Quốc	Nhỏ Oxybuprocaine 0,4%: Vật co lại → Dùng kẹp không răng nhẹ nhàng gắp vật ra khỏi kết mạc	- Chloramphenicol nhỏ mỗi 4 giờ - Fluorometholone nhỏ mỗi 6 giờ trong 3 ngày
BS Hương Thảo – Xuân Nghi – Đan Thanh (2025)	Việt Nam	Nhỏ Tetracain 0,5% nhiều lần & Gắp bằng kẹp không máu	- Kháng sinh nhỏ dự phòng - Nước mắt nhân tạo

Một điểm cần nhấn mạnh là mức độ hiếm gặp của tình huống này tại Việt Nam. So với các ca báo cáo ở Ấn Độ, Nhật Bản hay Iran, bệnh

nhân của chúng tôi là người trưởng thành trẻ, có tiền sử tiếp xúc với môi trường rừng nhưng không tắm suối. Điều này cho thấy ngay cả khi

không tiếp xúc trực tiếp với nguồn nước, nguy cơ vẫn tồn tại do vắt có thể bám vào kết mạc trong quá trình đi rừng.

Về xử trí, mặc dù nhiều tác giả khuyến cáo dùng dung dịch ưu trương hoặc nhỏ thuốc tê trực tiếp lên vắt để làm chúng co rút, trong ca bệnh của chúng tôi, vắt vẫn bám rất chặt dù đã nhỏ Tetracain nhiều lần. Điều này gợi ý rằng mức độ đáp ứng có thể khác nhau tùy loài vắt hoặc tình trạng sinh lý của ký sinh trùng. Do đó, việc chuẩn hóa phác đồ điều trị vẫn còn là thách thức.

Ngoài nguy cơ xuất huyết và nhiễm trùng cấp tính, cần lưu ý các biến chứng muộn như sẹo giác mạc, viêm mạn tính hoặc thậm chí giảm thị lực. Do đó, việc theo dõi sau thủ thuật là cần thiết, ngay cả khi bệnh nhân ổn định sau 3 ngày.

Vắt hút nhãn cầu rất hiếm gặp. Lực hút rất chặt của vắt vào ký chủ khiến quá trình lấy vắt rất khó khăn, đưa đến nguy cơ sót dị vật là nguồn nhiễm trùng có thể gây nên các biến chứng nghiêm trọng. Hiện nay, vẫn chưa có khuyến cáo điều trị chính thức cho các trường hợp vắt hút nhãn cầu, do đó, việc bảo hộ đúng cách khi đi rừng là cực kỳ quan trọng.

IV. KẾT LUẬN

Trường hợp này góp phần nhấn mạnh tầm quan trọng của giáo dục cộng đồng về bảo vệ mắt khi tham gia hoạt động tại rừng núi. Việc sử dụng kính bảo hộ nên được khuyến khích như một biện pháp phòng ngừa đơn giản nhưng hiệu quả. Đây cũng là báo cáo có ý nghĩa học thuật

khi bổ sung dữ liệu hiếm gặp từ Việt Nam vào y văn quốc tế về bệnh cảnh này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ralp Buchsbaum MB, John Pearse,** Vicki Pearse Animals Without Backbone Chicago: The University of Chicago Press 1987:312 - 317
2. **Sawyer R.** Neurobiology of the Leech New York: Cold Spring Harbor Laboratory 1981:7-26
3. **Daryabari SH, Hassanpour SR, Morshedi M.** Complications of leech therapy directly on the eyes. Oman J Ophthalmol. Sep-Dec 2021;14(3): 205-206. doi:10.4103/ojo.ojo_129_21
4. **Rubi Dey DO SDM.** Ocular Lecch Infestation Archives of Iranian Medicine September 2010;13 (5)
5. **Yoshikazu Ito TN, Mutsuko Ohara.** Ocular infestation by a juvenile leech, Myxobdella sinanensis in Japan. American journal of Ophthalmology Case Reports March 2022 25
6. **Partyka C, Fogg T.** Leech on the eye: a novel use for hypertonic saline. Emerg Med Australas. Feb 2009;21(1): 84-5. doi:10.1111/j.1742-6723.2009.01156.x
7. **Alcelik T, Cekic O, Totan Y.** Ocular leech infestation in a child. Am J Ophthalmol. Jul 1997;124(1): 110-2. doi:10.1016/s0002-9394(14) 71655-1
8. **Lewis G, Coombes A.** Adult ocular leech infestation. Eye (Lond). Mar 2006;20(3):391-2. doi:10.1038/sj.eye.6701862
9. **Auw-Haedrich C, Keim A, Kist M.** Conjunctival infestation of a child with Theromyzon tessulatum. Br J Ophthalmol. Sep 1998;82(9): 1093-4. doi:10.1136/bjo.82.9.e1090
10. **Li WW, Shen T, Jiang J.** Ocular leech infestation initially misdiagnosed as conjunctival pigmented nevus. Int J Ophthalmol. 2013;6(4): 557-8. doi:10.3980/j.issn.2222-3959.2013.04.28

CƠ SỞ DỮ LIỆU GEN VÀ GIẢI TRÌNH TỰ THỂ HỆ MỚI PHÁT HIỆN ĐỘT BIẾN ĐÁP ỨNG THUỐC UNG THƯ PHỔI TẠI VIỆT NAM

Vũ Thị Huyền¹, Nguyễn Thị Trang¹, Hoàng Công Minh¹,
Lê Tú Linh^{1,2}, Vũ Thị Lan Anh³, Lê Thị Minh Phương^{1,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xây dựng cơ sở dữ liệu gen ung thư phổi phù hợp cho bệnh nhân Việt Nam, ứng dụng trí tuệ nhân tạo (AI) và giải trình tự gen thế hệ mới (NGS) nhằm phát hiện các biến thể liên quan đến điều

trị. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên dữ liệu Y văn PubMed và 21 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn tiến triển (2024-2025). Kỹ thuật NGS được áp dụng trên mẫu mô ung thư, đồng thời sử dụng AI và xử lý ngôn ngữ tự nhiên (NLP) để sàng lọc dữ liệu từ các cơ sở quốc tế (ClinVar, COSMIC, OncoKB...). **Kết quả:** Hệ thống đã sàng lọc >400.000 tài liệu, trích xuất >9 triệu thực thể và xác định 97 gen liên quan đến sinh bệnh, tiên lượng và đáp ứng điều trị, trong đó có EGFR, KRAS, ALK, BRAF, TP53. Ở 21 bệnh nhân được giải trình tự, phát hiện 663 biến thể; 12 biến thể ở 11 bệnh nhân được xác định là gây bệnh và có thể gây bệnh liên quan điều trị đích, phổ biến nhất là EGFR del19 (66,7%) và EGFR L858R (16,7%). Ngoài ra, ghi nhận 1 trường hợp đồng biến thể del19 và T790M liên quan kháng thuốc TKI. Tần số alen biến thể (VAF) dao động

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phổi Trung Ương

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

⁴Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Minh Phương

Email: minhphuong88.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025