

- Thị Oanh (2022), "Kiến thức, thái độ về sức khỏe sinh sản vị thành niên và thực hành tình dục an toàn của học sinh trường Trung học phổ thông Phan Đăng Lưu, Thành phố Hải Phòng năm 2021", Tạp chí Y học Dự phòng. 32(1), tr. 158-165. DOI: <https://doi.org/10.51403/0868-2836/2022/544>
- Lê Bích Quyên và Cs** (2022), Nghiên cứu kiến thức, thái độ và thực hành về sức khỏe sinh sản ở học sinh thuộc các trường THPT tại huyện Kế Sách thuộc tỉnh Sóc Trăng năm 2021, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, số 54 năm 2022, tr 84-91, <https://doi.org/10.58490/ctump.2022i54.362>
 - Tôn Thị Huyền Trang và Cs** (2022), "Hành vi quan hệ tình dục trước hôn nhân và một số yếu tố liên quan của học sinh tại các trường trung học phổ thông trên địa bàn quận Gò Vấp, Thành phố Hồ Chí Minh năm 2022", Tạp chí Y học Dự phòng. 32(7), tr. 50-59. <https://doi.org/10.51403/0868-2836/2022/841>
 - Yayat Suryatti** (2018), "Knowledge, attitude and Practice of Adolescents Student on Sexual and Reproductive Health in selected government and private senior high school in Cimahi City, West Java, Indonesia: Inputs for an action plan", International journal of Scientific and Technology research. 7(12) (180-194).
 - T. Ganchimeg và các cộng sự** (2014), "Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study", Bjpg. 121 Suppl 1, tr. 40-8.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM GIÁC MẠC DO ONG ĐỐT

Nguyễn Thanh Nam¹, Biện Thị Cẩm Vân¹, Trần Quang Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng viêm giác mạc do ong đốt và đánh giá kết quả điều trị sau 3 tháng. **Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo loạt ca gồm 34 trường hợp ong đốt giác mạc tại khoa Tạo hình Thẩm mỹ - Thần kinh Nhãn khoa Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian từ tháng 6/2018 đến tháng 3/2019. Mô tả các đặc điểm lâm sàng trước và sau điều trị, phương pháp phẫu thuật và biến chứng sau 3 tháng. Tìm mối tương quan giữa thời gian đến viện và độ nặng của viêm giác mạc. **Kết quả:** 88,2% xảy ra chấn thương khi đang lái xe máy. Thời gian đến viện 1-3 ngày là 47,1%. Thị lực nhập viện trung bình là đếm ngón tay 1m. Nhấn áp nhập viện trung bình 16,3±2,4 mmHg. Vị trí dị vật thường gặp nhất là cạnh trung tâm (26,5%). Độ sâu dị vật ở nhu mô sâu chiếm đa số (64,7%). Viêm giác mạc mức độ nặng chiếm 58,8%. Mức độ viêm giác mạc có liên quan với thời gian đến viện. Phẫu thuật lấy dị vật và rửa tiền phòng một lần thực hiện ở 73,5% trường hợp. Thị lực trung bình tái khám 3 tháng là 3/10. Biến chứng sau 3 tháng: dẫn đồng tử 38,2%, bạc mống mắt 35,3%, đục giác mạc 32,4%, đục thủy tinh thể 14,7%, tăng nhãn áp 2,9%, còn dị vật 2,9%. **Kết luận:** Thời gian đến viện càng muộn thì mức độ viêm giác mạc càng nặng. Phẫu thuật lấy ngòi ong sớm, rửa tiền phòng, kết hợp với liệu pháp steroid liều cao tại chỗ và toàn thân cho thấy hiệu quả giảm phù giác mạc và phản ứng viêm tiền phòng. Thị lực bệnh nhân có cải thiện chậm. Biến chứng đáng lo ngại là đục giác mạc và tăng nhãn áp.

Từ khóa: ong đốt giác mạc, phẫu thuật lấy dị vật, liệu pháp steroids.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF BEE-STING KERATOPATHY

Purpose: Describe clinical findings of bee-sting keratopathy and evaluate the result of management after 03 months. **Methods:** Case series report involve 34 case in which bee-sting of the cornea at Ocularplastic- Ocular neuropathy Department in Ho Chi Minh Eye hospital. **Results:** 88.2% of injuries occurred while riding motorbike. Time to hospital between 1 and 3 days is 47.1%. Average visual acuity at admission was counting fingers 1 meter. Average intraocular pressure was 16,3+-2.4 mmHg. The severity of keratitis is related to the time of hospitalization. Surgery to remove foreign bodies and surgical evacuation once is performed in about 73.5% of cases. Average visual acuity after 3-month re-examination is 3/10. Complications after 3 months are 3/10. Complications after 3 months: dilated pupils, 38.2% iris atrophy, 32.4% corneal opacity, 14.7% cataracts, 2.9% ocular hypertension, 2.9% remaining foreign bodies. **Conclusion:** The later it takes to visit hospital, the more severe the keratitis is. Stinger removal surgery, surgical evacuation, and combination of high-dose topical and systemic steroids have been shown to be effective in reducing corneal edema and inflammatory reactions in the anterior chamber. The patient's visual acuity was improved slowly. Complications which concern are corneal opacity and ocular hypertension. **Keywords:** Cornea bee-sting, foreign body removing surgery, steroids therapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ong đốt vào giác mạc là một chấn thương mắt hiếm gặp nhưng rất nguy hiểm. Ngoài tổn thương cơ học do ngòi ong xuyên vào giác mạc, trầm trọng hơn cả là tổn thương gây ra bởi nọc ong. Nọc ong chứa các polypeptide và enzyme, trong đó phospholipase A2 và melittin chiếm khoảng 75% [3][2]. Hai chất này là nguyên nhân

¹Bệnh viện Mắt TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Biện Thị Cẩm Vân

Email: biencamvan@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.01.2024

Ngày duyệt bài: 2.2.2024

chủ yếu gây vỡ màng tế bào giải phóng kali và các amin hữu cơ (như histamine và dopamine), vỡ dưỡng bào phóng thích histamine và các chất hóa hướng động gây viêm (heparin, bradykinins, yếu tố hóa hướng động bạch cầu ái toan,...); gây vỡ tiểu cầu giải phóng serotonin làm phù và đau. Melittin còn có khả năng làm biến đổi cấu trúc protein và lipid của thủy tinh thể, làm thủy tinh thể đục [4][9]. Các enzyme trong nọc ong gây ra phản ứng quá mẫn tuýp I (hóa hướng động bởi IgE) làm cương tụ kết mạc, phù kết mạc, phù giác mạc [4]. Nọc ong còn chứa Apamin gây độc thần kinh bằng cách chặn kênh kali [5], [7], [9]. Tiếp đến là hàng loạt biến chứng như nhiễm trùng nhu mô giác mạc, viêm màng bồ đào trước, đục thủy tinh thể, glaucoma, viêm thần kinh thị, thậm chí là mất thị lực vĩnh viễn,...[6]. Vấn đề điều trị bệnh lý này vẫn còn đang được tranh luận. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Đánh giá kết quả điều trị viêm giác

mạc do ong đốt" với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng viêm giác mạc do ong đốt và đánh giá kết quả điều trị sau 3 tháng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân bị ong đốt vào giác mạc có chỉ định nhập viện điều trị tại Bệnh Viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 06/2018 đến tháng 03/2019.

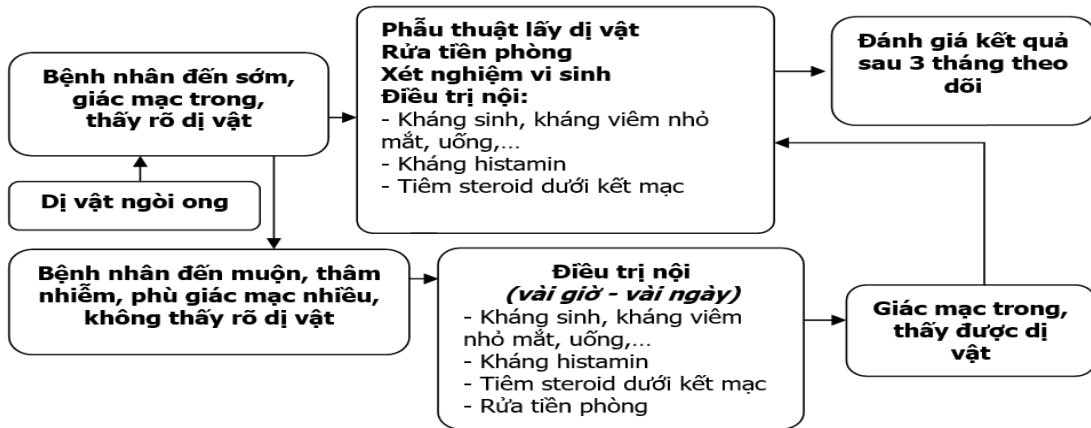
Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên bị ong đốt giác mạc và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có các bệnh lý khác tại mắt trước đó (có hoặc không có phẫu thuật) gây giảm thị lực. Bệnh nhân không tái khám đầy đủ.

Thiết kế nghiên cứu: Báo cáo loạt ca

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Quy trình điều trị:



Điều trị cụ thể: dexamethasone 4mg/ml 0,5 ngày hoặc khi hết khuyết biểu mô, vigamox 0,5% nhỏ mắt 6 lần/ngày, fluorometholone 0,1% nhỏ mắt 10 lần/ngày, atropine 1% nhỏ mắt 2 lần/ngày, pde oflovid 0,3% nhỏ mắt 2 lần/ngày, medrol 16mg uống liều 0,8mg/kg trong tuần đầu sau đó giảm liều dần 8mg mỗi tuần, ofloxacin 200 uống 1v x 2, dudencer 20mg uống 1v, rupafin 10mg uống 1 viên.

Quy trình phẫu thuật: -Bệnh nhân được đánh dấu mắt sẽ phẫu thuật.

- Sát trùng mi mắt và bờ mi bằng povidone iodine 10%, sát trùng bề mặt nhãn cầu và kết mạc bằng nhỏ povidone iodine 5% vào túi cùng kết mạc ngay trước mổ.

- Gây tê tại chỗ bằng tetracaine 0,5%.

- Nếu dị vật nông, còn phần đuôi thì dùng kẹp không mẫu gấp dị vật ra nhẹ nhàng, tránh làm gãy. Nếu dị vật sâu hơn nhưng có thể quan

sát được thì dùng kim tách bờ mép giác mạc rộng ra, đẩy dị vật từ từ lên cao và gấp ra khỏi giác mạc.

- Trường hợp dị vật sâu hơn nữa, dùng dao 11 rạch vuông góc với mặt phẳng giác mạc, ngay phía trên ngọn (nơi đầu dị vật đi vào giác mạc trước) của dị vật đi xuống và cẩn thận dừng ở vị trí có thể giúp bộc lộ để lấy dị vật ra.

- Nếu dị vật vào tiền phòng một phần, rạch đường phụ giác mạc gần rìa, bơm nhầy vào tiền phòng, dùng forceps kẹp đầu dị vật ra ngoài.

- Nếu dị vật vào hoàn toàn trong tiền phòng thì sau khi bơm nhầy thì thực hiện thao tác đười nhầy để dị vật theo ra ngoài.

- Trường hợp các ca rửa tiền phòng, sau khi mở đường phụ rìa giác mạc thì dùng ống tiêm chứa 10ml dung dịch lactate ringer với đầu kim tù tiến hành bơm và ấn mép vết mổ cho dịch ra ngoài. Nếu có nhầy thì bơm rửa nhầy sạch cũng

là một cách rửa tiền phòng.

- Lấy bệnh phẩm vùng thêm nhiễm giác mạc làm xét nghiệm vi sinh.

- Rửa sạch vết mổ, khâu 1 nốt giác mạc bằng chỉ nylon 10.0 nếu vết rạch giác mạc sâu. Kết thúc phẫu thuật tiêm kháng sinh và steroid dưới kết mạc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi, giới tính. Tuổi trung bình là 31±7, thấp nhất là 19 và cao nhất là 59 tuổi. Trong đó có 12 BN nữ, 22 BN nam.

3.2. Hoàn cảnh bị ong đốt

Hoàn cảnh xảy ra tai nạn: 88,2% bị ong đốt giác mạc khi đang lái xe máy, 11,8% bị ong đốt giác mạc khi đang làm vườn.

3.3. Thời gian đến viện từ khi bị ong đốt. Bệnh nhân đến viện trong vòng 1 ngày là 14,7%, bệnh nhân đến viện trong 1-3 ngày là 47,1%, bệnh nhân đến viện sau 3 ngày là 38,2%.

3.4. Thị lực nhập viện. Thị lực nhập viện trung bình là ĐNT 1m. Thị lực thấp nhất là BBT, cao nhất là 8/10.

3.5. Số lượng, vị trí, độ sâu ngòi ong. 70,6% trường hợp tìm thấy 1 ngòi ong. 20,6% tìm thấy 2 dị vật gồm ngòi ong và các phần cơ thể côn trùng. 8,8% trường hợp không tìm thấy dị vật.

Dị vật nằm cạnh trung tâm chiếm 26,5%. Tiếp đến là vị trí trung tâm chiếm 20,6%. Vùng gần rìa và vùng rìa có dị vật chiếm 14,7%. Còn lại 8,8% không rõ vị trí dị vật.

Đa số dị vật xuyên qua nhu mô sâu vào tiền phòng một phần chiếm 64,7%. Dị vật nằm ở giữa nhu mô chiếm 20,6%. 8,8% trường hợp dị vật rơi vào tiền phòng. Chỉ có 5,9% dị vật còn nằm ở nhu mô nông và lộ trên bề mặt giác mạc.

3.6. Đặc điểm viêm giác mạc do ong đốt

Bảng 1. Độ sâu thâm nhiễm giác mạc

Độ sâu thâm nhiễm	Nhu mô nông	1/3 nhu mô	2/3 nhu mô	Toàn bộ
Số lượng	2	10	18	4
Tỷ lệ (%)	5,9	29,4	52,9	11,8

Bảng 2. Đường kính thâm nhiễm giác mạc

Đường kính thâm nhiễm	1mm	2mm	3mm	Không rõ
Số lượng	5	21	7	1
Tỷ lệ (%)	14,7	61,8	20,6	2,9

Mức độ phù giác mạc: Giác mạc phù mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,8%. Có 35,3% giác mạc phù trung bình và 5,9% giác mạc phù nhẹ.

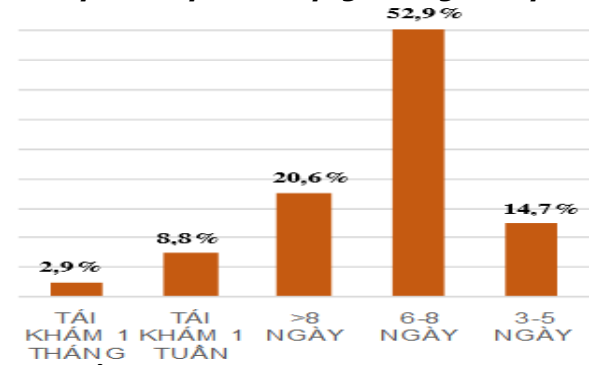
Bảng 3. Mức độ viêm giác mạc theo thời gian đến viện

Mức độ viêm giác mạc	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Thời gian đến viện (ngày)
Nhẹ	4	11,8	0,4 ± 0,1
Trung bình	10	29,4	1,6 ± 0,7
Nặng	20	58,8	5,5 ± 3,2

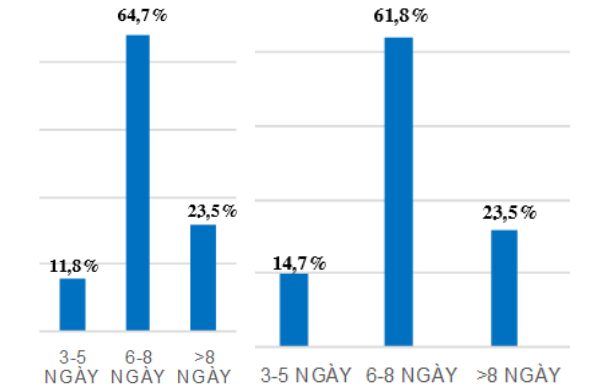
Tổn thương khác: mù tiền phòng 8,8%, bạc móng mắt 14,7%, đục thủy tinh thể 32,4%, dẫn đồng tử 55,9%.

3.7. Kết quả điều trị. 100% bệnh nhân được lấy dị vật tại phòng mổ. Phẫu thuật lấy dị vật + rửa tiền phòng 1 lần được thực hiện trên 41,2% trường hợp. Lấy dị vật + rửa tiền phòng 2 lần thực hiện trên 8,8% trường hợp. Rửa tiền phòng đơn lẻ thực hiện trong 17,6% trường hợp.

Sự cải thiện tình trạng viêm giác mạc



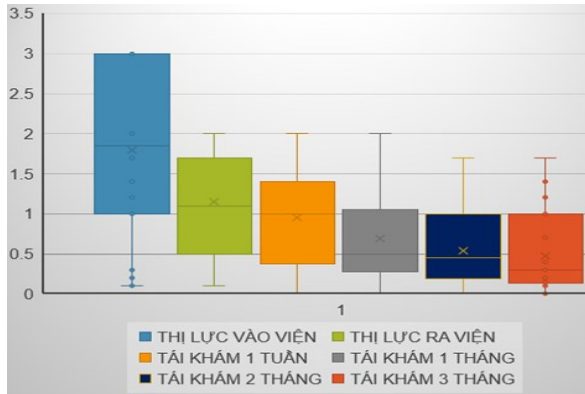
Biểu đồ 1. Thời gian hết phù giác mạc



Biểu đồ 2. Thời gian hết thâm nhiễm và lành biểu mô

Đa số bệnh nhân hết đau nhức mắt trong 6-8 ngày chiếm 64,7%. Có 26,5% bệnh nhân hết đau nhức trong 3-5 ngày và 8,8% hết đau nhức trong >8 ngày.

Nhãn áp trung bình tái khám sau 1 tuần là 18,2±5,2mmHg, có 4 trường hợp tăng nhãn áp. Nhãn áp trung bình tái khám sau 1 tháng là 18±5,4mmHg, có 3 trường hợp tăng nhãn áp. Sau 3 tháng nhãn áp trung bình là 17,2±4,9mmHg, có 1 trường hợp tăng nhãn áp.



Biểu đồ 3. Diễn tiến thị lực

Thị lực có xu hướng tăng dần. Thị lực logMAR trung bình lúc ra viện là 1,1 tương đương ĐNT 4m. Thị lực logMAR trung bình tái khám 2 và 3 tháng là 0,5 tương đương 3/10.

Bảng 4. Biến chứng sau 3 tháng

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dẫn đồng tử	13	38,2
Bạc mống mắt	12	35,3
Đục giác mạc	11	32,4
Đục thủy tinh thể	5	14,7
Còn dị vật	1	2,9
Tăng nhãn áp	1	2,9

100% bệnh nhân có sẹo giác mạc

Soi tươi: không có trường hợp nào có nấm

Nuôi cấy vi khuẩn 48 giờ: 100% trường hợp âm tính

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng. Viêm giác mạc do ong đốt là bệnh lý tiến triển nhanh và gây nhiều biến chứng, làm suy giảm thị lực của bệnh nhân. Tai nạn ong đốt giác mạc xảy ra phần lớn khi bệnh nhân đang lái xe máy, cho thấy đây là phương tiện di chuyển được sử dụng nhiều nhưng luôn tiềm ẩn khả năng dị vật vào mắt.

Thời gian đến viện ảnh hưởng đến tiến triển của các triệu chứng, nếu bệnh nhân đến bệnh viện sớm thì giác mạc có thể chưa phù nhiều, khả năng khám thấy ngòi ong và lấy ra được sẽ cao hơn.

Tác động gây viêm do nọc ong bao gồm sự phá vỡ màng tế bào gây giải phóng histamine, serotonin, các chất hóa hướng động gây viêm bởi các peptide và enzyme (như melittin, apamin, iminimine, phospholipase A, bradykinin, hyaluronidase,...). Phản ứng quá mẫn tuýp I (hóa hướng động bởi IgE) cũng bị kích hoạt bởi các enzyme này. Ngòi ong thường ghim sâu vào giác mạc và nằm lại trong thời gian dài nên tác dụng của độc tố lên giác mạc càng trầm trọng

hơn [2][4][5][7][9].

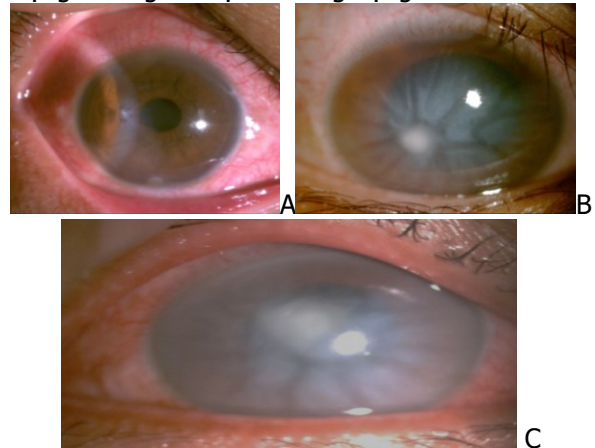
Do sự tiến triển nhanh của viêm và phù giác mạc, thời gian đến viện khá dài nên thị lực nhập viện của bệnh nhân thường rất thấp: trung bình là ĐNT 1m. Mức thị lực này cũng tương tự với các báo cáo của Vuslat[8].

Việc xác định số lượng dị vật giúp phẫu thuật viên tránh bị bỏ sót khi phẫu thuật lấy ngòi ong, giúp giảm thiểu số lần phẫu thuật cho bệnh nhân, tránh việc tồn lưu dị vật gây thêm biến chứng cho mắt về sau. Một số trường hợp không tìm thấy dị vật có thể do bệnh nhân bị đốt bởi các loài ong thuộc họ ong vò vẽ, vì các loài này khi đốt không để lại ngòi.[5]

Đặc điểm viêm giác mạc do ong đốt:

Đường kính thâm nhiễm phổ biến khoảng 2mm, thường là khu trú, có hình tròn màu trắng đục, đáy sạch và bờ khá rõ nét. Vùng thâm nhiễm thường bao quanh khu vực ngòi ong ghim vào giác mạc nên đôi khi che lấp dị vật khiến việc quan sát thấy ngòi ong rất khó khăn. Thâm nhiễm sâu có thể do ngòi ong thường ghim sâu vào giác mạc (nhu mô sâu và vào tiền phòng). Giác mạc phù nặng và nhanh là do tác dụng của các đa peptide, sự phóng thích serotonin cùng với phản ứng quá mẫn tuýp I.

Nọc ong có tác dụng gây viêm rất nhanh lên giác mạc và các thành phần trong tiền phòng, bao gồm cả tác dụng cấp tính và dài hạn. Vì vậy, thời gian tiếp xúc với nọc ong càng lâu thì tình trạng viêm giác mạc sẽ càng nặng nề hơn.



Hình 1. (A) Bệnh nhân bị ong đốt giác mạc đến viện sau 4 giờ, (B) Bệnh nhân bị ong đốt giác mạc đến viện sau 1 ngày, (C) Bệnh nhân bị ong đốt giác mạc đến viện sau 6 ngày

4.2. Kết quả điều trị. 100% bệnh nhân đều được lấy dị vật tại phòng mổ. Hầu hết phẫu thuật lấy dị vật thành công ở lần đầu tiên chiếm 73,5%. Chúng tôi thực hiện rửa tiền phòng ở tất

cả các bệnh nhân kể cả các bệnh nhân không tìm thấy dị vật ngoài ong để giảm tác dụng của nọc ong lên nội mô giác mạc, mỏng mắt, thủy tinh thể,...

Phải lấy dị vật lần hai trong một số trường hợp ngoài ong nằm ở vị trí khó quan sát, hoặc nằm trong vùng thâm nhiễm, giác mạc phù nhiều, tiền phòng có phản ứng viêm nên việc thấy rõ hướng đi của ngoài ong để dùng kim hoặc dao rạch trở nên khó khăn. Mặt khác khi quan sát trên đèn khe, có thể thay đổi độ rộng và hướng chiếu của khe sáng để thấy được ngoài ong, còn khi quan sát bằng đèn phẫu thuật lại khó xác định hơn.

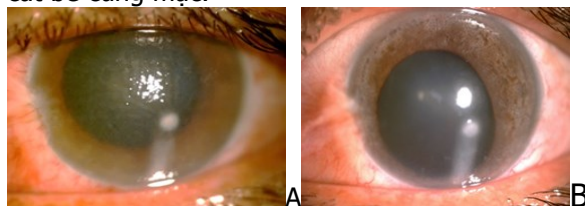
Có thể thấy rằng việc dùng corticosteroid ngay từ đầu hay không vẫn tùy thuộc vào đánh giá của từng bác sĩ [10]. Nhìn chung các báo cáo có khuynh hướng sử dụng corticosteroid tích cực ngay từ đầu, theo thống kê của Kim năm 2014 có 79% các báo cáo điều trị chấn thương giác mạc do ong đốt có sử dụng corticosteroid [10]. Chúng tôi sử dụng dexamethason 4mg 1/2A tiêm dưới kết mạc, kết hợp với corticosteroid nhỏ mắt, toàn thân và kháng sinh phổ rộng cho kết quả giảm thâm nhiễm và phù giác mạc khá tốt. Thời gian hết thâm nhiễm phần lớn trong khoảng từ 6-8 ngày.

Qua quá trình điều trị cho thấy có cải thiện thị lực, từ sau khi phẫu thuật lấy ngoài ong đến những ngày tiếp theo và tái khám định kì. Thị lực tuy có cải thiện nhưng diễn tiến khá chậm, sau 3 tháng theo dõi thì đa số các trường hợp khó đạt thị lực cao như ban đầu. Thị lực cuối cùng phụ thuộc nhiều yếu tố như vị trí sẹo, độ trong của giác mạc, đục thủy tinh thể,...

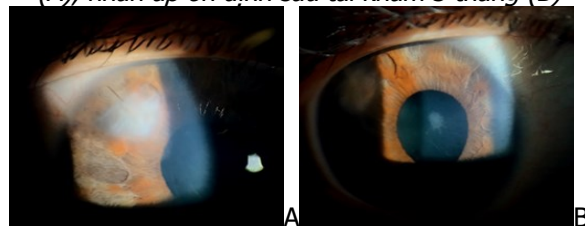
Biến chứng đục giác mạc xuất hiện ở 32,4% bệnh nhân tái khám sau 3 tháng, trong đó có 1 trường hợp giác mạc mất bù và 1 trường hợp có bong biểu mô giác mạc. Đục giác mạc có thể do số lượng và chức năng của lớp nội mô giác mạc bị khiếm khuyết gây ra bởi tổn thương cơ học của ngoài ong và tổn thương do độc tố nọc ong. Các báo cáo của Gurlu [8] và J.H. Kim [10] đều cho thấy sự sụt giảm đáng kể của mật độ tế bào nội mô so với mắt lành. Bên cạnh đó, hình thái của tế bào nội mô cũng bị thay đổi.

Tăng nhãn áp: cũng là biến chứng đáng quan tâm dù tỷ lệ xảy ra thấp hơn. Tăng nhãn áp xuất hiện ở tái khám 1 tuần có 4 trường hợp, nhãn áp lần lượt là 24mmHg, 24,5mmHg, 30mmHg và 37,2mmHg. Các bệnh nhân được cho thuốc nhỏ mắt combigan 2 lần/ngày và hẹn tái khám. Khi tái khám sau 3 tháng, chỉ còn 1 bệnh nhân có nhãn áp cao 40mmHg và không

đáp ứng với thuốc nhỏ mắt nên được chỉ định cắt bè cùng mạc.



Hình 2. Một trường hợp tăng nhãn áp sau 1 tuần (A), nhãn áp ổn định sau tái khám 3 tháng (B)



Hình 3. Một trường hợp tổn thương ngoài ong sau 3 tháng (A). Biến chứng đục giác mạc, đục thủy tinh thể, đục màng mắt (B)

Trường hợp ở Hình 3 cho thấy sự rủi ro và nguy cơ xảy ra biến chứng viêm giác mạc, mất bù giác mạc khi để lại ngoài ong tồn lưu trong giác mạc. Bởi vì chúng ta không thể chắc chắn rằng độc tố của ngoài ong đã hết hay chưa, giác mạc của bệnh nhân có còn phản ứng gì với ngoài ong tồn lưu hay không và tác dụng dài hạn của nọc ong là gì. Vì vậy, dù bệnh nhân có tiến triển tốt về triệu chứng của giác mạc và cải thiện thị lực thì vẫn nên được phẫu thuật lấy ngoài ong ra sớm khi có thể để phòng ngừa biến chứng nặng cho giác mạc.

V. KẾT LUẬN

Viêm giác mạc do ong đốt cần được điều trị tích cực bằng corticosteroid tại chỗ và toàn thân, kết hợp với kháng sinh. Phẫu thuật lấy dị vật được thực hiện ngay khi quan sát được dị vật, có kèm theo rửa tiền phòng. Kết hợp giữa điều trị nội và phẫu thuật lấy dị vật phù hợp, đúng lúc sẽ giúp cải thiện tốt các triệu chứng. Sau khi bệnh nhân xuất viện và tái khám cần được khám mắt toàn diện để theo dõi và phát hiện sớm các biến chứng giúp điều trị sớm, đem lại thị lực tốt nhất cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ahmed F. et al.** (2015), "Corneal Abrasions and Corneal Foreign Bodies", *Prim Care*. 42 (3), pp. 363-375.
2. **Ang W. J. et al.** (2017), "A Case Series of Bee Sting Keratopathy With Different Outcomes in Malaysia", *Cureus*. 9 (2), pp. e1035.
3. **Archeri E. S. et al.** (2002), "Ocular lesions arising after stings by hymenopteran insects", *Cornea*. 21

- (3), pp. 328-330.
4. **Brown T. C.** (2013), "Reactions to honeybee stings: an allergic prospective", *Current opinion in allergy clinical immunology* 13 (4), pp. 365-371.
 5. **Bücherl W. et al.** (2013), *Venomous Animals and Their Venoms: Venomous Vertebrates*, Elsevier.
 6. **Chuah G. et al.** (1996), "Case reports and mini review of bee stings of the cornea", *Singapore medical journal*. 37, pp. 389-391.
 7. **Fitzgerald K. T. et al.** (2006), "Hymenoptera stings", *Clin Tech Small Anim Pract.* 21 (4), pp. 194-204.
 8. **Gürlü V. P. et al.** (2006), "Corneal bee sting-induced endothelial changes", *Cornea.* 25 (8), pp. 981-983.
 9. **Habermann** (1972), "Bee and wasp venoms", *Science* 177 (4046), pp. 314-322.
 10. **Kim J. H. et al.** (2014), "Corneal bee sting controlled with early surgical intervention and systemic high-dose steroid therapy", *Case Rep Ophthalmol Med.* 2014, pp. 140626.

GIÁ TRỊ DỰ BÁO CỦA ST CHÊNH LÊN Ở CHUYỂN ĐẠO AVR ĐỐI VỚI BỆNH THÂN CHUNG ĐỘNG MẠCH VÀNH TRÁI HOẶC BỆNH BA NHÁNH MẠCH VÀNH TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM KHÔNG ST CHÊNH LÊN

Đào Thị Thanh Bình¹, Nguyễn Minh Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ mắc và giá trị dự đoán bệnh thân chung động mạch vành trái hoặc bệnh ba nhánh mạch vành với dấu hiệu ST chênh lên ở chuyển đạo aVR ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim không ST chênh lên. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang gồm 140 bệnh nhân nhồi máu cơ tim không ST chênh lên (NMCTKSTCL) ở độ tuổi 34 - 95 (tuổi). Các dữ liệu nhân trắc học được thu thập. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được đo điện tâm đồ (ECG), định lượng nồng độ Troponin - I hs và được chụp động mạch vành cản quang (theo qui trình chẩn đoán và điều trị của bệnh viện). Bệnh nhân NSTEMI được phân loại thành 2 nhóm: có hay không có ST chênh lên ở aVR. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $65,94 \pm 11,95$ (năm). Trong đó, có 83 bệnh nhân nam (59,29%) và 57 bệnh nhân nữ (40,71%). Có 45 bệnh nhân NMCTKSTCL có ST chênh lên ở aVR (chiếm 32,14%). Bệnh nhân chung động mạch vành trái (LM) hoặc bệnh 3 nhánh mạch vành (3VD) được ghi nhận ở 32 bệnh nhân NMCTKSTCL có ST chênh lên ở aVR (chiếm 71,11%). Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, tỉ số khả dĩ dương (LR +) của đoạn ST chênh lên ở chuyển đạo aVR trong dự đoán bệnh LM/3VD lần lượt là 45,07%; 81,16%; 71,11%; 2,39. Dấu hiệu ST chênh lên ở chuyển đạo aVR kết hợp ST chênh xuống ở chuyển đạo thành bên có giá trị tiên đoán dương cao nhất (76,47%), độ đặc hiệu cao nhất (94,2%) và tỉ số khả dĩ dương (LR +) cũng cao nhất (3,16). **Kết luận:** Bệnh nhân NMCTKSTCL có đoạn ST chênh lên ở aVR có nguy cơ mắc bệnh thân chung động mạch vành trái hay bệnh 3 nhánh mạch vành là 32,14%. Đoạn ST chênh lên ở aVR đơn thuần hoặc kết hợp với ST chênh

xuống thành bên có giá trị dự báo bệnh mạch vành nặng ở bệnh nhân NMCTKSTCL.

Từ khóa: NMCTKSTCL, nhồi máu cơ tim không ST chênh lên, điện tâm đồ, aVR, bệnh thân chung động mạch vành trái, bệnh 3 nhánh mạch vành.

SUMMARY

ASSESSING THE PREDICTING SIGNIFICANCE OF ST SEGMENT ELEVATION IN LEAD AVR FOR DETECTING LEFT MAIN OR TRIPLE VESSEL CORONARY ARTERY DISEASE IN PATIENTS PRESENTING WITH NON-ST ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION

Objectives: Assess the prevalence and diagnostic accuracy of ST segment elevation in lead aVR for predicting left main or triple vessel coronary artery disease in patients with non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI). **Methodology:** Total 140 patients with NSTEMI having age 34-95 years were included in this case control study. The data on demographic details was collected. All patients underwent electrocardiography (ECG) and cardiac specific Troponin-I assessment. Patients were categorized as NSTEMI with or without ST-elevation in lead aVR. Coronary angiography was performed in all patients and angiographic results were noted. **Results:** Mean age of patients was $65,94 \pm 11,95$ years. There were 83 (59,29%) males and 57 (40,71%) female patients. 45 (32,14%) patients of NSTEMI had ST elevation in aVR (STeAVR). Left main (LM) or tripple vessel disease (3VD) was found in 32 (71,11%) patients with STeAVR. Sensitivity, specificity, positive predictive value and positive likelihood ratio of STeAVR for LM or 3VD were 45,07%, 81,16%, 71,11% and 2,39 respectively. STeAVR with ST depression in lateral leads has the highest positive predictive value, specificity and likelihood ratio (76,4%; 94,2%; 3,16 respectively). **Conclusion:** In NSTEMI patients, ST segment elevation in aVR is associated with the risk of left main or triple vessel coronary artery disease is

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
 Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Thanh Bình
 Email: binhdt@pnt.edu.vn
 Ngày nhận bài: 01.12.2023
 Ngày phản biện khoa học: 19.01.2024
 Ngày duyệt bài: 2.2.2024