

CASES REPORT: INFECTIOUS FUNGAL SCLERITIS FOLLOWING PTERYGIUM SURGERY

La Van Long^{1*}, Le Xuan Cung², Duong Mai Nga²

¹Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

²Vietnam National Eye Hospital - 85 Ba Trieu Street, Hai Ba Trung Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 15/05/2026

Revised: 21/06/2026; Accepted: 26/07/2026

ABSTRACT

Scleritis is a rare inflammatory ocular disease characterized by intense inflammation and severe ocular pain. The condition is highly destructive to ocular tissues; without timely diagnosis and intervention, it can lead to devastating complications, including permanent vision loss. We report two clinical cases of necrotizing fungal scleritis following pterygium surgery, with diagnoses confirmed through microbiological testing. Both patients presented with severe pain occurring between ten days and fourteen days post-operatively, showing no response to initial treatment with antibiotics and corticosteroids. The scleritis lesions originated at the surgical site and expanded circumferentially along the anterior sclera. Both patients were successfully managed using a multimodal treatment approach, comprising surgical debridement of necrotic scleral and conjunctival tissues (leaving the sclera bare) combined with intensive topical and systemic antifungal therapy.

Keywords: Infectious scleritis, fungal scleritis, pterygium surgery.

*Corresponding author

Email: lalong998hmu@gmail.com **Phone:** (+84) 913643784 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD11.6095

BÁO CÁO LOẠT CA LÂM SÀNG: VIÊM CÙNG MẠC NHIỄM TRÙNG DO NẤM SAU PHẪU THUẬT MỘNG

Lã Văn Long^{1*}, Lê Xuân Cung², Dương Mai Nga²

¹Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Mắt Trung ương - 85 Phố Bà Triệu, P. Hai Bà Trưng, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 15/05/2026

Ngày sửa: 21/06/2026; Ngày đăng: 26/07/2026

TÓM TẮT

Viêm cùng mạc (VCM) là bệnh lý hiếm gặp, đặc trưng bởi tình trạng viêm và đau nhức dữ dội tại mắt. Bệnh có tính chất phá hủy mô rất mạnh, nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, bệnh có thể dẫn đến các biến chứng nặng nề, thậm chí là mất thị lực vĩnh viễn. Chúng tôi báo cáo hai ca lâm sàng VCM hoại tử do nấm sau phẫu thuật mộng, được chẩn đoán xác định dựa vào xét nghiệm vi sinh. Hai bệnh nhân đều có biểu hiện triệu chứng đau nhức dữ dội, xuất hiện sau phẫu thuật mộng 10 ngày đến 14 ngày, không đáp ứng với điều trị kháng sinh và corticoid. Ở VCM đều khởi phát tại vị trí mổ mộng và lan rộng lên trên, xuống dưới theo chu vi cùng mạc trước. Bệnh nhân được điều trị thành công với phác đồ điều trị đa phương thức: phẫu thuật cắt lọc tổ chức cùng mạc, kết mạc hoại tử, để hở cùng mạc và điều trị nội khoa chống nấm tích cực đường tại chỗ và toàn thân.

Từ khóa: Viêm cùng mạc nhiễm trùng, viêm cùng mạc do nấm, phẫu thuật mộng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm cùng mạc nhiễm trùng (VCMNT) là bệnh lý nhiễm trùng của lớp áo ngoài nhãn cầu, có thể do vi khuẩn, virus, nấm, ký sinh trùng,... VCMNT là thể bệnh rất hiếm gặp, chỉ chiếm tỷ lệ khoảng 5-10% số lượng bệnh nhân bị VCM, [1, 6, 7] trong đó tác nhân vi khuẩn chiếm tỷ lệ lớn nhất, hay gặp nhất là *Pseudomonas aeruginosa*. Tuy nhiên, nghiên cứu tại Ấn Độ cho thấy rằng, nấm là tác nhân chiếm tỷ lệ cao nhất (23.5 – 38%) [6], trong đó *Aspergillus flavus* là loài được phân lập nhiều nhất trên mắt bệnh nhân VCMNT do nấm [1, 6, 7]. Các yếu tố nguy cơ bao gồm chấn thương mắt, sự lan rộng của nhiễm trùng từ giác mạc hoặc nội nhãn, phẫu thuật tại mắt (như phẫu thuật mộng, đại diện cùng mạc...), sử dụng thuốc ức chế chuyển hóa hoặc xạ trị, tình trạng suy giảm miễn dịch và sử dụng corticosteroid tra tại mắt kéo dài [2].

Đặc điểm lâm sàng của các thể bệnh VCM có sự tương đồng, giao thoa và dễ nhầm lẫn. Vì vậy, khai thác đầy đủ yếu tố nguy cơ cũng như quá trình diễn biến bệnh lý và các phương pháp điều trị trước đó đóng vai trò vô cùng quan trọng, góp phần chẩn đoán phân biệt VCMNT với VCM không nhiễm trùng và VCM hoại tử do phẫu thuật. VCM không nhiễm trùng thường không có các yếu tố nguy cơ điển hình, nhưng các yếu tố như chấn thương, phẫu thuật cũng có thể là tác nhân khởi phát quá trình phản ứng tự miễn gây ra bệnh. Ngoài ra, có tới 42,4% bệnh nhân VCM không nhiễm trùng có liên quan đến một bệnh hệ thống tiềm ẩn [3].

VCM hoại tử sau phẫu thuật xuất hiện sau một cuộc phẫu thuật mắt không có biến chứng, đặc trưng bởi tình trạng viêm vô trùng tại hoặc gần vị trí phẫu thuật, liên quan đến cơ chế thiếu máu cục bộ và miễn dịch, thời gian xuất hiện có thể dao động nhưng thường là 3 tuần sau phẫu thuật, có thể liên quan đến bệnh lý tự miễn toàn thân [4]. Điều trị VCM không nhiễm trùng và VCM hoại tử sau phẫu thuật thường phải sử dụng liệu pháp corticoid, điều này có thể làm cho VCMNT trở nên nặng hơn nếu chẩn đoán nhầm lẫn, dễ dẫn đến các biến chứng nặng nề, đe dọa thị lực vĩnh viễn. Trong một nghiên cứu tại Hàn Quốc, có tới

89,3% trường hợp VCM có tiền sử phẫu thuật mộng có hoại tử cùng mạc [4], tuy nhiên, tác giả không phân loại rõ đây là thể VCM nhiễm trùng hay VCM hoại tử sau phẫu thuật. Tại Việt Nam, việc chẩn đoán nguyên nhân VCM còn gặp nhiều khó khăn do sự chồng lấp triệu chứng của các thể bệnh, cũng như thiếu kinh nghiệm thực tiễn do đây là bệnh lý ít gặp.

2. TRÌNH BÀY CA LÂM SÀNG

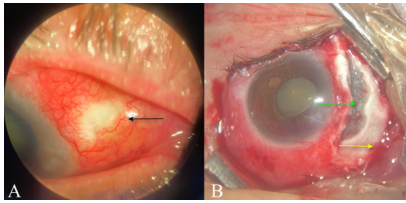
2.1. Ca lâm sàng số 1

Bệnh nhân nữ, 57 tuổi, vào viện vì mắt phải (MP) đau nhức khoảng 10 ngày. Bệnh xuất hiện sau phẫu thuật mộng ghép kết mạc tự thân, sử dụng chỉ khâu mũi rời, không áp thuốc chống chuyển hóa mitomycin C, trên MP cách 2 tuần. Thuốc điều trị hậu phẫu gồm kháng sinh và corticoid tra tại chỗ 7 ngày. Ngày thứ 7 sau phẫu thuật, bệnh nhân tái khám và đã được chẩn đoán MP: viêm cùng mạc, tiếp tục điều trị bằng kháng sinh và corticoid tra tại chỗ, phối hợp thêm Methylprednisolon 16mg uống trong 3 ngày nhưng bệnh không thuyên giảm. Tại thời điểm khám lần đầu, bệnh nhân than phiền vì triệu chứng đau dữ dội, đau tăng lên về đêm và khi liếc mắt, không đỡ khi sử dụng thuốc giảm đau. Bệnh nhân không được ghi nhận có tình trạng bệnh lý toàn thân như đái tháo đường, bệnh lý tự miễn, tình trạng suy giảm miễn dịch, sử dụng thuốc ức chế miễn dịch, hoặc có chấn thương trước đó. Khám sinh hiển vi (SHV) thấy MP mi nề nhiều, kết mạc cương tụ sâu, cùng mạc phía dưới mảnh ghép kết mạc của phẫu thuật mộng vị trí 3 giờ có ổ viêm dạng nốt khoảng 2x3mm, giác mạc trong, tiền phòng sâu sạch, bán phần sau chưa thấy tổn thương. Thị lực MP là 20/200, kính lỗ đạt 20/100, mắt trái (MT) là 20/30, đồng thời bệnh nhân có tình trạng đục thủy tinh thể hai mắt kèm theo, nặng hơn ở MP. Nhãn áp MP không đo được, MT 14mmHg tại thời điểm vào viện. Trên siêu âm B cho thấy MP thành nhãn cầu dày, theo dõi dịch thấp dưới võng mạc, chưa loại trừ bong hắc mạc khu trú vùng chu biên phía mũi.

*Tác giả liên hệ

Email: lalong998hmu@gmail.com Điện thoại: (+84) 913643784 DOI: 10.52163/ylc.v67iCD11.6095

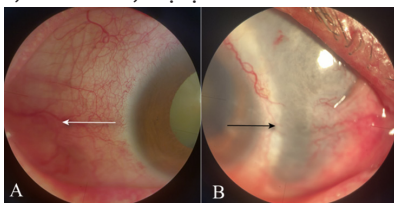
Bệnh nhân được lấy bệnh phẩm chất hoại tử củng mạc, kết quả soi tươi và nhuộm soi lần 1 cho kết quả vi khuẩn và nấm đều âm tính, bệnh nhân được chẩn đoán VCM nhiễm trùng nghi do vi khuẩn, bắt đầu điều trị bằng kháng sinh phổ rộng levofloxacin 1,5% tra tại chỗ mỗi giờ và truyền tĩnh mạch ceftazidime 1g x 2 lần/ngày, kèm theo chống viêm không steroid (NSAIDs) ketorolac 0.5% và atropin 1% tra tại chỗ. Tuy nhiên, sau 3 ngày, triệu chứng đau của bệnh nhân không được cải thiện và ổ VCM rò rỉ. Xét nghiệm vi sinh nhuộm soi và soi tươi chất hoại tử ổ VCM cho kết quả nấm sợi. Ngay sau đó, bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ mảnh ghép kết mạc, cắt lọc phần củng mạc hoại tử, rửa ổ viêm bằng dung dịch Amphotericin B 0,1%, để hờ củng mạc. Trong phẫu thuật quan sát thấy củng mạc hoại tử lan rộng về hai phía trên – dưới vị trí mổ mộng và ăn sâu xuống hết chiều dày củng mạc trước, có dạng hình lưới liềm kéo dài từ 1 giờ đến 5 giờ, rộng khoảng 2-2,5mm và lộ hắc mạc phía dưới. (Hình 1)



Hình 1. Ảnh chụp ổ VCM

Hình A: Ảnh chụp SHV khám bệnh sau vào viện 3 ngày thấy ổ VCM vị trí 3 giờ với kích thước khoảng 2x3mm tại vị trí phẫu thuật mộng (mũi tên đen). Hình B: Ảnh chụp SHV phẫu thuật sau khi cắt lọc tổ chức củng mạc và kết mạc hoại tử thấy ổ VCM hình lưới liềm kéo dài từ 1 giờ đến 5 giờ, rộng khoảng 2-2,5mm và lộ hắc mạc phía dưới (mũi tên xanh), kết mạc cắt lọc rộng và để hờ (mũi tên vàng).

Sau phẫu thuật, bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ chống nấm tích cực, bao gồm truyền rửa ổ VCM hàng ngày bằng amphotericin B 0,15%, tiêm dưới kết mạc fluconazol 0,2%, tra tại chỗ natamycin 5%, amphotericin B 0,15% 10 lần/ngày, ketorolac 0.5% và atropin 1%, và uống voriconazol 200mg hai lần mỗi ngày. Sau 1 tháng, MP hết đau nhức hoàn toàn, củng mạc sẹo hóa. Bệnh nhân được xuất viện và điều trị ngoại trú với natamycin 5% và amphotericin B 0,15% tra tại chỗ. Thị lực ra viện MP ĐNT 2m, MT 20/30, thị lực thử với kính lỗ không tăng.



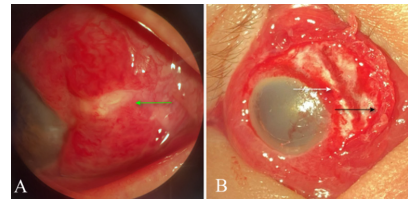
Hình ảnh 2. Ảnh khám qua sinh hiển vi tại thời điểm 2 tháng sau ra viện

Hình A: Ảnh 2 tháng sau ra viện cho thấy kết mạc góc ngoài cương tụ, củng mạc phù nhẹ (mũi tên trắng). Hình B: Ảnh chụp tại thời điểm 2 tháng sau ra viện thấy ổ VCM cũ sẹo hóa tốt (mũi tên đen). Thị lực tái khám sau 2 tháng MP ĐNT 1m, MT 20/50, kính lỗ MP không tăng, MT 20/40. Bệnh nhân có tình trạng đục thủy tinh thể nặng tại MP.

2.2. Ca lâm sàng số 2

Bệnh nhân nam 56 tuổi, đến khám vì MP đau nhức dữ dội kèm đỏ mắt 2 tuần, sau phẫu thuật mộng ghép kết mạc tự thân, sử dụng chỉ khâu mũi rời, không áp thuốc chống chuyển hóa mitomycin C, khoảng 1 tháng. Sau phẫu thuật, bệnh nhân đã được sử dụng dexamethasone 0,1%, và levofloxacin 1,5% tra tại chỗ 7 ngày. Hậu phẫu 4 tuần, tình trạng đau nhức ngày càng tăng, nặng hơn về đêm, khiến bệnh nhân không thể liếc mắt dễ dàng và triệu chứng không cải thiện với thuốc giảm đau. Xét nghiệm vi

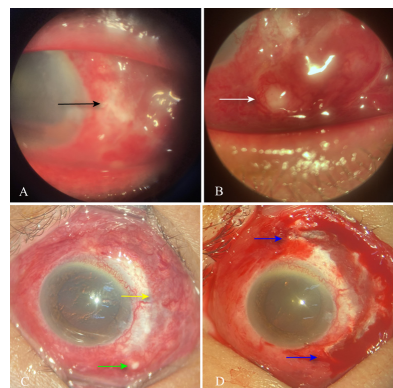
sinh nhuộm soi và soi tươi lần đầu cho kết quả cầu khuẩn Gram dương (+), mặc dù đã được điều trị bằng kháng sinh đường uống cefuroxim 500mg và tra tại chỗ moxifloxacin 0,5% nhưng bệnh không thuyên giảm. Bệnh nhân không được ghi nhận có tình trạng bệnh lý toàn thân như đái tháo đường, bệnh lý tự miễn, tình trạng suy giảm miễn dịch, sử dụng thuốc ức chế miễn dịch, hoặc có chấn thương trước đó. Tại thời điểm nhập viện, thị lực MP là 20/200, kính lỗ 20/100, MT là 20/80, kính lỗ 20/70, nhãn áp MP không đo được, MT là 19.5 mmHg. Tổn thương trên sinh hiển vi ghi nhận MP mi sưng nề, kết mạc cương tụ toàn bộ, ổ VCM tại vị trí mảnh ghép KM của phẫu thuật mộng phía mũi có dấu hiệu tích mủ phía dưới, mạch máu thượng củng mạc giãn rộng.



Hình 3. Ảnh chụp ổ VCM

Hình A: Ảnh chụp SHV khám bệnh thời điểm vào viện thấy ổ VCM tại vị trí nền ghép mộng 3 giờ có dấu hiệu tích mủ phía dưới, trên nền mảnh ghép kết mạc phẫu thuật mộng (mũi tên xanh). Hình B: Ảnh SHV phẫu thuật sau cắt lọc tổ chức củng mạc và kết mạc hoại tử thấy ổ VCM hình lưới liềm kéo dài từ 1 giờ đến 3 giờ, rộng 1-1,5mm (mũi tên trắng) và kết mạc hoại tử phải cắt bỏ rộng (mũi tên đen)

Sau 3 ngày điều trị tích cực bằng kháng sinh đường tiêm tĩnh mạch và tra tại chỗ nhưng triệu chứng không cải thiện, ổ VCM có xu hướng lan rộng, chúng tôi tiến hành phẫu thuật thăm dò lần thứ nhất. Sau khi cắt bỏ mảnh ghép kết mạc, tách kết mạc phía trên và dưới bờ ghép kết mạc cũ, cắt lọc tổ chức củng mạc hoại tử, thấy ổ VCM bị lộ hắc mạc từ vị trí 1 giờ đến 3 giờ. (Hình 3) Kết quả nhuộm soi, soi tươi, nuôi cấy không thấy nấm hoặc vi khuẩn. Do đó, bệnh nhân tiếp tục được điều trị bằng kháng sinh moxifloxacin 0,5% tra tại chỗ mỗi giờ một lần và ceftazidime 1000mg đường toàn thân. Tuy nhiên, tình trạng lâm sàng tiếp tục xấu đi với sự xuất hiện của hai ổ mủ mới tại vị trí 1 giờ và 4 giờ. Chúng tôi quyết định phẫu thuật thăm dò lần thứ hai sau khi nhập viện 18 ngày, lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm vi sinh. cắt lọc tiếp phần tổ chức củng mạc, kết mạc hoại tử và để hờ củng mạc. Kết quả vi sinh lần này thấy nấm sợi. Ổ VCM hoại tử lúc này đã lan rộng từ 12 giờ đến 5 giờ, lộ hắc mạc diện rộng. (Hình 4)

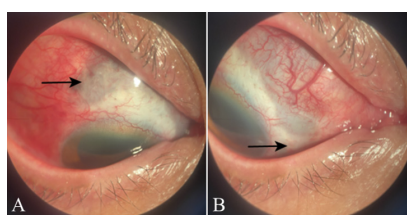


Hình 4. Ảnh sau phẫu thuật lần 1 và hình ảnh tổn thương trong phẫu thuật cắt lọc lần 2

Ảnh sau phẫu thuật cắt lọc lần 1 cho thấy: Hình A: nền tổn thương đã biểu mô hóa (mũi tên đen); Hình B: tại vị trí 4h, ổ mủ tái phát nhiều lần mặc dù đã được moxifloxacin 0,5% tra tại chỗ mỗi giờ một lần và ceftazidime 1000mg đường

toàn thân (mũi tên trắng). Ảnh trên sinh hiển vi phẫu thuật cho thấy: Hình C: nền tổn thương đã được cắt lọc biểu mô hóa tốt (mũi tên vàng); ổ mũ tái phát nhiều lần tại vị trí 4h (mũi tên xanh lam); Hình D: cắt lọc tổ chức hoại tử rộng thêm về phía 12h và 5h (mũi tên xanh lục)

Bệnh nhân được chuyển ngay sang phác đồ điều trị chống nấm tích cực tương tự ca lâm sàng số 1, truyền rửa ổ VCM hàng ngày bằng amphotericin B 0,15%, tiêm dưới kết mạc fluconazol 0,2%, tra tại chỗ natamycin 5% và amphotericin B 0,15% 10 lần/ngày, và uống voriconazol 200mg hai lần mỗi ngày. Sau 1 tháng điều trị nội trú, bệnh nhân được ra viện và tiếp tục điều trị ngoại trú bằng thuốc chống nấm natamycin 5% và amphotericin B 0,15% tra tại chỗ. Thị lực ra viện MP 20/200, MT 20/80, thị lực thử qua kính lỗ MP 20/160, MT 20/60. Kết quả tái khám sau 3 tháng cho thấy ổ VCM từ 12 giờ đến 5 giờ đã khỏi và sẹo hóa hoàn toàn, không có dấu hiệu tái phát. Thị lực tại thời điểm tái khám sau 3 tháng MP 20/100, MT 20/50, kính lỗ MP 20/70, MT 20/40.



Hình 5. Ảnh chụp SHV sau 3 tháng.

Hình A và B: Ổ VCM hoại tử đã biểu mô hóa hoàn toàn, không có dấu hiệu tái phát ở vị trí 12h và 5h (các mũi tên đen)

Bảng 1. Diễn biến bệnh theo thời gian

Ca lâm sàng	Diễn biến	Thời điểm
Ca lâm sàng số 1	Phẫu thuật mộng	Ngày 0
	Khởi phát triệu chứng	Ngày 4
	Vào viện – Lấy mẫu xét nghiệm vi sinh lần 1	Ngày 10
	Lấy mẫu xét nghiệm vi sinh lần 2	Ngày 14
	Đổi thuốc	Ngày 15
	Phẫu thuật cắt lọc	Ngày 18
	Ra viện	Ngày 36
Ca lâm sàng số 2	Phẫu thuật mộng	Ngày 0
	Khởi phát triệu chứng	Ngày 14
	Vào viện – Lấy mẫu xét nghiệm vi sinh lần 1	Ngày 28
Ca lâm sàng số 2	Phẫu thuật cắt lọc – Lấy mẫu xét nghiệm vi sinh lần 2	Ngày 31
	Phẫu thuật cắt lọc – Lấy mẫu xét nghiệm vi sinh lần 3	Ngày 46
	Đổi thuốc	Ngày 47
	Ra viện	Ngày 67

3. BÀN LUẬN

3.1. Tỷ lệ VCMNT trong các nghiên cứu chuyên khoa

VCMNT là một thể lâm sàng nặng nhưng chiếm tỷ lệ thấp

trong nhóm bệnh lý VCM. Theo nghiên cứu của Pavesio và cộng sự, thể bệnh này chỉ dao động từ 5% đến 10% tổng số bệnh nhân VCM [2]. Trong các nguyên nhân gây nhiễm trùng, tác nhân nấm chiếm từ 5% đến 38% tùy theo khu vực địa lý và yếu tố nguy cơ gây bệnh. Đáng chú ý, nghiên cứu tại Hàn Quốc cho thấy có mối liên quan lớn giữa việc có phẫu thuật mộng trước đó và sự phát triển của nhiễm trùng củng mạc hoặc hoại tử củng mạc [4]. Điều này nhấn mạnh rằng ở những bệnh nhân VCM, phẫu thuật mộng là yếu tố nguy cơ thường gặp dẫn đến các biến chứng phá hủy củng mạc nghiêm trọng.

3.2. Tính khó khăn trong chẩn đoán và điều trị bệnh

Khó khăn lớn nhất trong quản lý VCMNT chính là sự chồng lấp triệu chứng với các thể VCM không nhiễm trùng hoặc VCM hoại tử sau phẫu thuật. Như đã ghi nhận, VCM hoại tử sau phẫu thuật thường đặc trưng bởi tình trạng viêm vô trùng liên quan đến cơ chế miễn dịch và thiếu máu cục bộ, thường xuất hiện khoảng 3 tuần sau phẫu thuật [4]. Việc chẩn đoán nhằm giữ VCM hoại tử sau phẫu thuật và VCMNT, đặc biệt là VCMNT do nấm, có thể dẫn đến hậu quả nguy hiểm: nếu sử dụng corticoid liều cao để điều trị theo hướng miễn dịch, việc đó sẽ ức chế khả năng đề kháng của mô và làm tăng sự nhân lên của nấm, dẫn đến hoại tử củng mạc nhanh chóng. Ca lâm sàng số 2 có triệu chứng ban đầu bị che lấp và kết quả vi sinh lần đầu là cầu khuẩn Gram dương (+), mặc dù đã điều trị kháng sinh theo kết quả xét nghiệm vi sinh nhưng biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân không cải thiện, sau đó dựa vào kết quả vi sinh lần 2 khi dùng bệnh phẩm tổ chức củng mạc hoại tử sau cắt lọc mới tìm được nấm, khiến việc chẩn đoán xác định nguyên nhân bị trì hoãn. Điều này đòi hỏi bác sĩ lâm sàng phải hết sức cảnh giác, thận trọng chẩn đoán phân biệt các thể bệnh VCM và không ngần ngại tiến hành phẫu thuật thăm dò ổ VCM, thậm chí làm lại xét nghiệm vi sinh nhiều lần khi điều trị không hiệu quả. Việc lấy bệnh phẩm ổ VCM làm xét nghiệm vi sinh đóng vai trò đặc biệt quan trọng trong chẩn đoán và điều trị, vì phác đồ điều trị VCM không nhiễm trùng và nhiễm trùng là hoàn toàn khác nhau, liên quan đến việc có hoặc không sử dụng corticoid.

Từ 2 ca lâm sàng trên, chúng tôi rút ra bài học về kinh nghiệm chẩn đoán. Với những trường hợp VCM sau phẫu thuật mộng, nguyên nhân nhiễm trùng nên được đặt lên hàng đầu. Cần phải nghĩ đến nguyên nhân nấm khi triệu chứng không cải thiện với điều trị bằng kháng sinh, nhất là khi bệnh nhân đã từng được điều trị bằng corticoid trước đó.

3.3. Đặc điểm lâm sàng

Hai bệnh nhân trong báo cáo đều có triệu chứng nổi bật là đau nhức, đau tăng khi vận động nhãn cầu và tăng lên về đêm. Bệnh xuất hiện sau phẫu thuật mộng từ 10 ngày đến 14 ngày. Ổ VCM đều có điểm đồng nhất là khởi phát tại vị trí ổ mộng. Mặc dù khi khám trên SHV chỉ thấy ổ VCM khu trú tại vị trí mảnh ghép kết mạc, nhưng thực tế khi ổ VCM rò mũ thì tổn thương viêm hoại tử thường rộng hơn, đã tiến triển lan rộng ngầm bên dưới, lan về phía trên và dưới của mảnh ghép. Cả 2 ca lâm sàng trong khi phẫu tích thăm dò củng mạc đều thấy ổ VCM có xu hướng lan theo chu vi của củng mạc trước.

3.4. Điều trị theo nguyên nhân là nguyên tắc cốt lõi

Điều quan trọng nhất khi điều trị VCMNT là xác định chính xác tác nhân để có phương pháp điều trị đặc hiệu. Trước khi có kết quả vi sinh, bệnh nhân cần được bắt đầu với phác đồ kháng sinh tích cực, phổ rộng, phối hợp tra tại chỗ và toàn thân. 8 Với tác nhân nấm, cấu trúc củng mạc nghèo mạch máu khiến thuốc khó thẩm thấu, đòi hỏi phác đồ phối hợp đa phương thức và kéo dài: cắt lọc tổ chức hoại tử sớm, rửa vết thương bằng amphotericin B, kết hợp thuốc kháng nấm tra tại chỗ (natamycin, amphotericin B) và voriconazol toàn thân [8].

Theo nghiên cứu của Somasheila và cộng sự, bất kể bệnh nhân có tiền sử chấn thương trước đó hay không, VCM nhiễm trùng do vi khuẩn là nguyên nhân phổ biến nhất, chỉ bắt đầu điều trị kháng nấm khi liệu pháp kháng sinh thất bại hoặc có kết quả của xét nghiệm vi sinh. Lựa chọn điều trị kháng nấm khi chưa có bằng chứng vi sinh sẽ tồn tại một số nhược điểm. Do đáp ứng với thuốc kháng nấm thường chậm từ vài ngày đến vài tuần, nên có thể trôi qua thời điểm vàng trong điều trị nếu nguyên nhân cuối cùng hoàn toàn khác [1]. Theo Watson và Hayreh, VCM hoại tử đòi hỏi quá trình theo dõi và điều trị kéo dài nhiều tuần đến nhiều tháng [3].

Trong hai ca lâm sàng của chúng tôi, khi đã xác định chính xác nguyên nhân gây bệnh do nấm và điều trị theo đúng phác đồ chống nấm, bệnh nhân đều có đáp ứng rất tốt, mà biểu hiện đáp ứng đầu tiên là triệu chứng đau nhức cải thiện rõ rệt. Trong phẫu thuật điều VCMNT, cần chú ý tách kết mạc rộng về hai phía của ổ VCM đến tận tổ chức củng mạc lành lặn, cắt lọc sạch tổ chức củng mạc, kết mạc hoại tử (trong đó có cắt bỏ hoàn toàn mảnh ghép kết mạc), việc để hở củng mạc sau phẫu thuật, theo chúng tôi, sẽ giúp cho việc rửa ổ viêm sau phẫu thuật bằng Amphotericin B thuận lợi và đạt hiệu quả tốt hơn, cũng như thuốc chống nấm tra tại mắt ngấm vào ổ viêm tốt hơn. Do 2 ca lâm sàng đều có viêm lan rộng nên thời gian điều trị nội trú tích cực trung bình kéo dài khoảng 1 tháng. Sau giai đoạn nội trú, bệnh nhân vẫn cần được theo dõi sát và điều trị duy trì bằng thuốc chống nấm tra mắt đến khi quá trình sẹo hóa diễn ra hoàn toàn. Sự phục hồi thường đi kèm với quá trình xơ hóa và mỏng củng mạc tại vị trí tổn thương cũ.

5. KẾT LUẬN

VCMNT do nấm sau phẫu thuật mòng là một bệnh lý nguy hiểm, có tính phá hủy mô mạnh và rất khó chẩn đoán chính xác ở giai đoạn đầu. Việc khai thác kỹ bệnh sử, đặc biệt là các yếu tố nguy cơ như tiền sử phẫu thuật và việc sử dụng thuốc kháng sinh, corticoid trước đó, kết hợp với các dấu hiệu lâm sàng, làm xét nghiệm vi sinh nhiều lần khi có nghi ngờ và phẫu thuật thăm dò sớm là yếu tố quyết định để đưa ra phác đồ điều trị đúng đắn. Điều trị bằng phối hợp đa phương thức bao gồm cắt lọc tổ chức hoại tử và sử dụng kháng nấm tại chỗ, toàn thân đã cho thấy hiệu quả trong việc kiểm soát bệnh và thúc đẩy quá trình sẹo hóa củng mạc.

SỰ ĐỒNG Ý CỦA BỆNH NHÂN

Người bệnh đã được giải thích đầy đủ về mục đích cũng như nội dung của nghiên cứu này và đã ký văn bản đồng ý cho việc công bố thông tin và hình ảnh liên quan đến ca bệnh.

CHẤP THUẬN ĐẠO ĐỨC

Nghiên cứu được tiến hành sau khi được thông qua bởi hội đồng xét duyệt đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội và hội đồng khoa học của Bệnh viện Mắt Trung ương

CÁC TUYÊN BỐ

- Nghiên cứu này không nhận bất kỳ tài trợ nào từ các cá nhân hay tổ chức.

- Các tác giả trong nghiên cứu không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu này.

- Đóng góp của các tác giả:

+ Lã Văn Long: tham gia điều trị bệnh nhân, thu thập số liệu và viết bản thảo.

+ Lê Xuân Cung: Lên ý tưởng, tham gia điều trị, giám sát nghiên cứu và duyệt bản thảo cuối cùng.

+ Dương Mai Nga: Phân tích dữ liệu, chỉnh sửa bản thảo.

Tất cả các tác giả đã đọc và đồng ý với bản thảo cuối cùng.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin chân thành cảm ơn các bệnh nhân và tập thể cán bộ nhân viên tại khoa Giác mạc – Bệnh viện Mắt Trung ương đã hỗ trợ và tạo điều kiện thuận lợi để hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Jain, V., Garg, P., & Sharma, A. (2010). Scleritis: Differentiating infectious from noninfectious entities. *Cornea*, 29(1), 125-128. doi: 10.1097/ICO.0b013e3181a4dcd0
- [2] Pavesio, C. (Ed.). (2017). Scleritis. Cham: Springer International Publishing.
- [3] Watson, P. G., & Hayreh, S. S. (1976). Scleritis and episcleritis. *British Journal of Ophthalmology*, 60(3), 163-191. doi: 10.1136/bjo.60.3.163
- [4] Ahn, S. J., Oh, J. Y., Kim, M. K., & Lee, J. H. (2010). Clinical features, predisposing factors, and treatment outcomes of scleritis in the Korean population. *Korean Journal of Ophthalmology*, 24(6), 331-337. doi: 10.3341/kjo.2010.24.6.331
- [5] O'Donoghue, E., Lightman, S., Tuft, S., & Watson, P. G. (1992). Surgically induced necrotising sclerokeratitis (SINS)—precipitating factors and response to treatment. *The British Journal of Ophthalmology*, 76(1), 17-21. doi: 10.1136/bjo.76.1.17
- [6] Sharma S, Sheth JU, Murthy SI. Infectious scleritis: a review of etiologies, clinical features, and management strategies. *Front Ophthalmol (Lau-sanne)*. 2025 Feb 7;5:1493831. doi: 10.3389/fopht.2025.1493831. PMID: 39990248; PMCID: PMC11842368.
- [7] Murthy SI, Sabhapandit S, Balamurugan S, Subramaniam P, Sainz-de-la-Maza M, Agarwal M, Pavesio C. Scleritis: Differentiating infectious from non-infectious entities. *Indian J Ophthalmol*. 2020 Sep;68(9):1818-1828. doi: 10.4103/ijo.IJO_2032_20. PMID: 32823398; PMCID: PMC7690484.
- [8] Ruiz-Lozano RE, Garza-Garza LA, Davila-Cavazos O, Foster CS, Rodriguez-Garcia A. The clinical and pathogenic spectrum of surgically-induced scleral necrosis: A review. *Surv Ophthalmol*. 2021 Jul-Aug;66(4):594-611. doi: 10.1016/j.survophthal.2020.12.008. Epub 2021 Jan 8. PMID: 33422510.