

MẮT THỊ LỰC DO TỤ MÁU Ồ MÁT SAU PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MÍ ĐÔI TRÊN BỆNH NHÂN RỐI LOẠN ĐÔNG MÁU: BÁO CÁO MỘT CA LÂM SÀNG

Phạm Thị Việt Dung^{1,2,3,✉}, Lưu Phương Lan¹

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Tụ máu sau phẫu thuật là biến chứng thường gặp và mất thị lực vĩnh viễn là biến chứng nặng nề nhất của phẫu thuật tạo hình mí đôi. Bài báo thông báo ca lâm sàng: bệnh nhân nữ 22 tuổi, bị chảy máu, tụ máu ồ mắt sau phẫu thuật tạo hình mí đôi liên quan tới rối loạn đông máu do dị dạng tĩnh mạch chi dưới. Do tình trạng rối loạn đông máu nặng, không thể can thiệp phẫu thuật lấy máu tụ, giảm áp, cầm máu, điều trị bằng nội khoa được đẩy mạnh với nguyên tắc: điều chỉnh tình trạng rối loạn đông máu, giảm áp lực ổ mắt bằng steroid và lợi tiểu cùng với các biện pháp hỗ trợ khác. Sau 11 tháng, thị lực mắt phải phục hồi hoàn toàn trong khi mắt trái mất thị lực vĩnh viễn. Nguyên nhân gây chảy máu, cơ chế gây mất thị lực, cách phòng ngừa và điều trị được tác giả bàn luận. Kết luận của bài báo khẳng định tụ máu và tăng áp lực ổ mắt là nguyên nhân gây mất thị lực. Rối loạn đông máu làm tăng nguy cơ tụ máu lớn, chảy máu không cầm và gây hạn chế chỉ định can thiệp ngoại khoa giải ép ổ mắt nên rất cần được khám sàng lọc và xét nghiệm trước mổ.

Từ khóa: Tụ máu ổ mắt, chảy máu ổ mắt, mất thị lực, biến chứng phẫu thuật tạo hình mí mắt.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tụ máu sau phẫu thuật là một trong những biến chứng thường gặp nhất sau phẫu thuật tạo hình mí mắt. Theo một báo cáo phân tích dữ liệu đa trung tâm, đa quốc gia, tỷ lệ gặp các khối máu tụ sau tạo hình mí mắt là 0,2%, tỉ lệ tụ máu ổ mắt được DeMere (1974) báo cáo là 0,04% và Hass (2004) là 0,05%, tỉ lệ mất thị lực vĩnh viễn là 0,0045%.¹⁻³ Mất thị lực là biến chứng sớm trong 1 tuần đầu tiên và là biến chứng nghiêm trọng nhất sau mổ tạo hình mí mắt. Nguyên nhân mất thị lực phổ biến nhất là do tụ máu ổ mắt, ngoài ra có thể do thủng nhãn

cầu, thiếu máu cục bộ thần kinh thị giác và tăng áp lực ổ mắt đã được báo cáo.³ Tác giả thông báo một trường hợp hiếm gặp, bệnh nhân bị mất thị lực vĩnh viễn mắt trái sau khi bị tụ máu ổ mắt do phẫu thuật tạo hình mí đôi trên bệnh nhân rối loạn đông máu liên quan tới dị dạng tĩnh mạch bẩm sinh.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 22 tuổi, được phẫu thuật tạo hình mí đôi bằng kỹ thuật đường mổ nhỏ tại 1 cơ sở SPA trái phép 2 ngày trước khi vào viện. Ngay sau mổ, vết mổ xuất hiện chảy máu rỉ rả không cầm kèm theo sưng nề bầm tím tăng dần 2 mắt. Khi xuất hiện nhìn mờ 2 bên mắt bệnh nhân mới đến khám. Bệnh nhân bị dị dạng tĩnh mạch chân trái bẩm sinh thì thoáng có những đợt đau nhức chân trái, tự dùng aspirin. Trong

Tác giả liên hệ: Phạm Thị Việt Dung,

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: phamvietdung@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 31/12/2021

Ngày được chấp nhận: 21/01/2022

tiền sử bệnh nhân cũng từng có đợt xuất huyết dạ dày kèm rối loạn đông máu. Tuy nhiên, bệnh nhân đã ngừng thuốc và không có bất kỳ biểu hiện gì bất thường trong 6 năm qua.

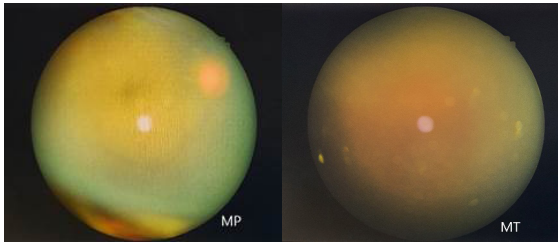
Tại thời điểm nhập viện, vết mổ rỉ máu, hai bên mí mắt sưng căng, tụ máu lớn mí trên, dưới, sung huyết, phù kết mạc 2 bên, với bên trái nặng hơn bên phải gây tụ máu đen đầy lồi kết mạc qua khe mi, hạn chế vận nhãn và mờ mắt 2 bên, mắt trái căng tức, hờ mi, nhãn cầu lồi, thị lực đếm ngón tay (ĐNT) 0,5 m, mắt phải còn nhắm kín, thị lực ĐNT 1m, cả 2 mắt chưa bị loét giác mạc (Hình 1). Xét nghiệm máu cho thấy: Tiểu cầu giảm 90 G/l (Bình thường 150 - 400 G/l), Prothrombin giảm 50 % (Bình thường 70-140%), fibrinogen giảm nặng 0,48 g/l (Bình thường 2 - 4 g/l), D-Dimer tăng > 7,65 mg/l (Bình thường < 0,48 mg/l), nghiệm pháp rơm (+). Siêu âm mắt 2 bên cho thấy dịch kính vẫn đục rải rác, liềm giảm âm quanh nhãn cầu, võng mạc phản âm đều, mắt trái phù giác mạc. Chụp đáy mắt không huỳnh quang là hình ảnh che lấp trước võng mạc khó quan sát đáy mắt 2 bên, gai thị mắt phải còn hồng, bờ rõ (Hình 2). Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) hàm mắt cho kết quả phù nề tụ máu dưới da trán mí trên, ổ mắt 2 bên chủ yếu phía trên, ngoài, bên trái nhiều hơn bên phải, gây chèn ép đầy lồi nhãn cầu ra trước xuống dưới (Hình 3). Ngoài ra khám thấy đùi căng bàn chân trái ngấn, thiếu sần, có tình trạng giãn tĩnh mạch ngoài nghèo, xanh tím và các ngón chân biến dạng (Hình 4). Siêu âm doppler mạch cho thấy hình ảnh dị dạng tĩnh mạch lan tỏa trong cơ vùng đùi, căng chân bên trái, không thấy hẹp tắc động mạch, không thấy huyết khối chi dưới 2 bên. Bệnh nhân được chẩn đoán giảm thị lực mắt hai bên do tụ máu hốc mắt sau mổ tạo hình mí đôi trên bệnh nhân rối loạn đông máu rải rác trong lòng mạch (DIC)

do biến chứng của dị dạng tĩnh mạch.

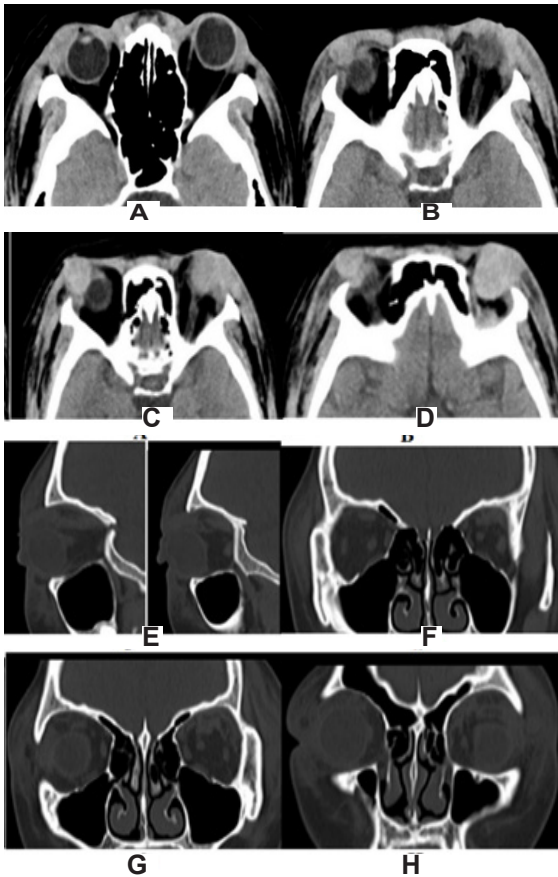
Bệnh nhân đã được điều trị theo nguyên tắc điều chỉnh tình trạng rối loạn đông máu bằng truyền huyết tương tươi đông lạnh, tiểu cầu, tủa lạnh yếu tố VIII kết hợp giảm áp lực nội nhãn bằng việc cắt tung chỉ khâu da, lấy 1 phần máu cục ở vết mổ kết hợp điều trị nội khoa bằng corticoid, lợi tiểu và tra thuốc hạ nhãn áp. Bên cạnh đó, tránh khô giác mạc bằng tra nước mắt nhân tạo thường xuyên, đắp gạc ẩm mắt 2 bên. Kháng sinh tại chỗ và toàn thân chống nhiễm khuẩn sau mổ cũng được thực hiện. Tuy nhiên, sau 2 ngày tích cực truyền các chế phẩm máu, tình trạng rối loạn đông máu không cải thiện, do đó phẫu thuật lấy máu tụ, mở cửa sổ xương bờ ngoài ổ mắt không thể thực hiện được. Sau điều trị nội khoa kéo dài 2 tuần theo nguyên tắc trên, vết mổ cầm máu, liền sẹo, hết sưng nề, mắt phải thị lực tốt hơn, ĐNT 2m, nhưng mắt trái mất hoàn toàn thị lực, không phân biệt sáng tối. Bệnh nhân tiếp tục được chuyển sang Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương điều trị rối loạn đông máu trong vòng 1 tháng cho đến khi tình trạng đông máu về bình thường, tình trạng lúc xuất viện thị lực mắt phải phục hồi tốt, chụp đáy mắt đĩa thị hồng bờ rõ, mạch máu và võng mạc vùng hậu cực không thấy tổn thương, thị lực mắt trái không cải thiện, không quan sát được đáy mắt. Hiện tại, sau 11 tháng, thị lực mắt phải phục hồi hoàn toàn nhưng mắt trái mất thị lực vĩnh viễn.



Hình 1. Bệnh nhân sau mổ mí 2 ngày



Hình 2. Ảnh chụp đáy mắt sau mổ mí mắt ngày thứ 2: Hình ảnh vẫn đục trước võng mạc, khó quan sát đáy mắt 2 bên, mắt phải gai thị còn hồng bờ rõ.



Hình 3. Ảnh CLVT: Hình ảnh máu tụ ổ mắt tập chung chủ yếu ở phía trên và phía ngoài, bên trái nhiều hơn bên phải gây đẩy lùi nhãn cầu trái. Mặt phẳng ngang: (A), (B), (C), (D), mặt phẳng đứng dọc mắt trái (E), mặt phẳng đứng ngang (F), (G), (H).



Hình 4. Giãn tĩnh mạch bẩm sinh gây thiếu sản biến dạng chân trái.

III. BÀN LUẬN

Các biến chứng sau phẫu thuật tạo hình mí mắt hầu hết xảy ra trong 24h đầu (96%), trong đó hơn một nửa xảy ra trong phẫu thuật hoặc trong 6h đầu sau phẫu thuật.³ Mặc dù hiếm cũng đã có báo cáo chảy máu muộn sau phẫu thuật 9 ngày.² Các triệu chứng hay gặp nhất sau chảy máu ổ mắt là đau (66%) và căng tức (64%), mất thị lực (34%), nhìn đôi (13%), hạn chế vận nhãn, lồi mắt, sung huyết, phù nề kết mạc... là các biểu hiện của tăng áp lực nội nhãn và trong ổ mắt.³

Christie và cộng sự đã báo cáo rằng phần lớn các trường hợp tụ máu ổ mắt sau khi phá vỡ vách ổ mắt.¹ Tụ máu ổ mắt sau mổ tạo hình mí đôi được phân ra tụ máu trước vách và tụ máu sau vách. Tụ máu nếu chỉ ở trước vách tức chỉ giới hạn ở mí mắt không có nguy cơ giảm thị lực, còn tụ máu sau vách gây áp lực chèn ép ảnh hưởng đến nhãn cầu. Khi có can thiệp lấy mỡ ổ mắt thì chảy máu cả trước và sau vách đều có thể xảy ra.

Các nguyên nhân gây chảy máu được đưa ra là do lực kéo quá mức trong khi lấy túi mỡ gây tổn thương các mạch máu sau ổ mắt hoặc cầm máu không tốt ở mạch máu túi mỡ. Bên cạnh đó, chảy máu rỉ rả trên diện cắt có thể liên quan đến phản xạ giãn mạch sau tác dụng của adrenalin. Ngoài ra tăng áp lực tĩnh mạch trong ổ mắt sau căng thẳng, ho, nôn cũng có thể làm

bong các cục máu đông ở đầu các mạch nhỏ gây chảy máu. Trong báo cáo của Hass chảy máu ở mắt gặp ở phương pháp cắt túi mỡ bằng đốt điện 46% và 41% ở kỹ thuật kẹp-cắt, 13% ở các kỹ thuật khác.³

Cùng với các nguyên nhân trên thì có một số bệnh lý liên quan đến chảy máu ở mắt. Thường gặp nhất là tăng huyết áp, sau đó là các bệnh lý mạch máu, rối loạn đông máu, bạch cầu cấp, xơ gan và tăng nhãn áp, sử dụng thuốc chống đông trước phẫu thuật (aspirin, thuốc chống viêm không steroid, coumadin). Nôn hoặc ho nặng, tăng hoạt động thể chất sau mổ gây chảy máu cũng đã được ghi nhận.³ Trong dị dạng tĩnh mạch bẩm sinh có tình trạng rối loạn đông máu nội mạch khu trú mạn tính với tăng D-Dimer kết hợp giảm fibrinogen máu và giảm tiểu cầu có thể tiến triển thành đông máu rải rác trong lòng mạch sau chấn thương và phẫu thuật.⁶

Giả thuyết phổ biến nhất để giải thích nguyên nhân mất thị lực khi có tụ máu ở mắt là do tăng thể tích đột ngột trong một khoang cố định dẫn đến tăng áp lực nội nhãn và trong ổ mắt. Áp lực trung bình của động mạch mắt là khoảng 80 mmHg. Áp lực này có thể dễ dàng bị tăng lên vượt ngưỡng bình thường khi có máu tụ ở mắt và làm tắc động mạch trung tâm võng mạc gây ra thiếu máu cục bộ võng mạc và thần kinh thị. Các mạch máu nuôi thần kinh thị giác bị kéo căng khi lồi mắt dẫn đến tổn thương thần kinh thị giác cũng là nguyên nhân trực tiếp làm giảm thị lực.^{2,4,5} Áp lực tăng và mạch nuôi thần kinh thị bị kéo căng khi mắt bị đẩy lồi làm thiếu máu thần kinh thị được cho là nguyên nhân dẫn đến mất thị lực trong trường hợp này.

Mức độ sưng nề, tụ máu cũng như mức độ tăng áp lực ở mắt là một yếu tố tiên lượng. Khi bệnh nhân vào viện, bên mắt phải bị mất thị lực nhẹ hơn, ít sưng nề tụ máu và không bị đẩy lồi nhãn cầu, không hở mi, không hạn chế vận nhãn, nhãn cầu không căng cứng như mắt

trái, sau điều trị đã dần hồi phục được. Điều đó chứng tỏ, nhãn cầu vẫn có cơ hội hồi phục khi bệnh nhân được điều trị tích cực. Trong khi đó, khi vào viện mắt trái tụ máu lớn, đã bị đẩy lồi, nhãn cầu căng cứng, thị lực giảm nghiêm trọng. Tình trạng này đã kéo dài 48 giờ trước khi vào viện. Kết quả là dù được điều trị nội khoa tích cực, mắt trái vẫn bị mất thị lực vĩnh viễn. Kết quả này cũng phù hợp với nhận định của một số tác giả khi cho rằng thời gian vàng để giải ép, giảm áp lực ở mắt để thần kinh thị có thể phục hồi là 24h đầu.^{4,7} Do đó, thị lực của mắt tổn thương sẽ có cơ hội hồi phục cao hơn nếu bệnh nhân được điều trị đúng, tích cực và điều trị sớm.

Tụ máu ở mắt là một biến chứng hiếm gặp và có thể dẫn đến mất thị lực vĩnh viễn nhưng có thể ngăn chặn trong nhiều trường hợp. Việc phòng ngừa biến chứng luôn bắt đầu từ chuẩn bị trước phẫu thuật, phát hiện các nguy cơ tiềm ẩn: tăng huyết áp, bệnh lý mạch máu, rối loạn đông máu, khai thác tiền sử dùng thuốc... thông qua việc hỏi, khám lâm sàng, khai thác tiền sử và xét nghiệm đông máu cơ bản. Khám mắt và phát hiện các bất thường thị giác trước đó cũng rất cần thiết.³ Trong phẫu thuật việc cầm máu là rất quan trọng. Sau phẫu thuật, bệnh nhân cần được nghỉ ngơi tránh vận động mạnh, xúc động và cúi xuống để đề phòng chảy máu do tăng áp lực đột ngột làm bật cục máu đông ở mép vết mổ. Chườm mát vùng mắt 24 - 48 giờ đầu giúp co mạch, giảm chảy máu và sưng nề vùng mắt. Khi bị biến chứng chảy máu, sự phát hiện sớm các triệu chứng gợi ý, chụp cắt lớp vi tính xác định tụ máu và can thiệp cấp cứu kịp thời, giải ép cho thần kinh thị là cần thiết. Giải ép thần kinh thị bằng biện pháp ngoại khoa, chọc tháo máu tụ hoặc mở cửa sổ xương bờ ngoài ổ mắt nên được chỉ định sớm. Tuy nhiên, khi bệnh nhân trong bệnh cảnh phức tạp, vẫn rối loạn đông máu nặng làm không thể chỉ định can

thIỆP NGOẠI KHOA ngay lập tức, thì các biện pháp hỗ trợ nội khoa: điều chỉnh yếu tố đông máu, giảm phù nề, chống viêm, lợi tiểu, hạ nhãn áp được áp dụng tích cực. Điều trị đúng, tích cực và điều trị sớm sẽ đem lại cơ hội phục hồi thị lực cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Chảy máu sau mổ là một trong các yếu tố thuận lợi gây tụ máu ổ mắt làm tăng nguy cơ biến chứng mất thị lực sau phẫu thuật. Do đó, xét nghiệm đông cầm máu và khám sàng lọc các bệnh lý gây rối loạn đông máu là bắt buộc để giảm nguy cơ biến chứng nặng nề này. Khi xảy ra biến chứng giảm thị lực do tụ máu ổ mắt, sự phối hợp đa chuyên khoa: ngoại khoa, huyết học, nhãn khoa để điều trị sớm, tích cực nhằm điều chỉnh rối loạn động máu, cầm máu, hạ nhãn áp kịp thời là rất cần thiết để cứu thị lực của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kaoutzanis C, Winocour J, Gupta V, et al. Incidence and Risk Factors for Major Hematomas in Aesthetic Surgery: Analysis of

129,007 Patients. *Aesthet Surg J.* 2017; 37(10): 1175-1185.

2. Lelli GJ, Lisman RD. Blepharoplasty complications. *Plast Reconstr Surg.* 2010; 125(3): 1007-1017.

3. Hass AN, Penne RB, Stefanyszyn MA, Flanagan JC. Incidence of Postblepharoplasty Orbital Hemorrhage and Associated Visual Loss. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2004; 20(6): 426-432.

4. Mahaffey PJ, Wallace AF. Blindness following cosmetic blepharoplasty--a review. *Br J Plast Surg.* 1986; 39(2): 213-221.

5. Christie B, Block L, Ma Y, Wick A, Afifi A. Retrobulbar hematoma: A systematic review of factors related to outcomes. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg JPRAS.* 2018; 71(2): 155-161.

6. Domp Martin A, Acher A, Thibon P, et al. Association of Localized Intravascular Coagulopathy With Venous Malformations. *Arch Dermatol.* 2008; 144: 873-877.

7. Lee KYC, Tow S, Fong K. Visual recovery following emergent orbital decompression in traumatic retrobulbar haemorrhage. *Ann Acad Med Singapore.* Published online 2006.

Summary

VISUAL LOSS DUE TO ORBITAL HEMATOMA AFTER DOUBLE EYELID SURGERY IN A PATIENT WITH COAGULOPATHY: A CASE REPORT

Hematoma is most frequent and permanent blindness is the most serious complications of blepharoplasty. This article reported a 22-years-old female patient suffered from blindness in the left eye due to hematoma after a double eyelid surgery. She was found with coagulopathy and lower extremity venous malformation in the past. Due to the severe coagulation disorder, it was impossible to perform surgery to remove the hematoma, to reduce pressure and to stop hemorrhage. Medical treatment was promoted with the treatment principles as to control the hemorrhage and reduce the orbital pressure. After 11 months, her right eye completely recovered while her left eye has permanent vision loss. Causes of bleeding, hematoma, mechanism

of vision loss, prevention and treatment of this complication were discussed by the author. The article confirms that high pressure of orbital resulted from hematoma caused blindness.

Keywords: Hematoma, orbital hemorrhage, visual loss, blepharoplasty complications.