

Tương tự như kết quả nghiên cứu của Neugut và cộng sự (2019) về ảnh hưởng của phác đồ FOLFIRI hay FOLFOX đối với thời gian sống thêm, nghiên cứu của chúng tôi gợi ý hai phác đồ này không có sự khác biệt về PFS và OS⁶.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 40% bệnh nhân xuất hiện viêm da dạng trứng cá, trong đó 25% biểu hiện ở mức độ 1-2, 15% biểu hiện độ 3. Kết quả này có nhiều tương đồng với nghiên cứu CRYSTAL với tỉ lệ viêm da không nghiêm trọng là 35,8% và chỉ có 3 trường hợp (tương đương 0,5% gặp viêm da nghiêm trọng)³. Có thể thấy viêm da dạng trứng cá là một tác dụng phụ khá thường gặp khi điều trị với Cetuximab; vì thế trong thực hành lâm sàng cần chú ý phòng ngừa, sử dụng các thuốc hỗ trợ, điều trị kịp thời theo từng mức độ. Ngoài ra, tương tự như kết quả của nghiên cứu FIRE-3, phác đồ hóa trị kết hợp Cetuximab trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi cũng ghi nhận một số tác dụng phụ hay gặp khác, chủ yếu ở độ 1-2 và không có bệnh nào ở độ 4-5, như tăng men gan (50%) và tiêu chảy (60%) (so với tỉ lệ 67% và 57% của nghiên cứu FIRE-3)⁷. Như vậy, nghiên cứu này cũng như nhiều nghiên cứu khác đã cho thấy bệnh nhân có thể dung nạp tốt với phác đồ, các tác dụng phụ không mong muốn có thể quản lý được.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ Cetuximab kết hợp hóa chất trên đối tượng bệnh nhân ung thư đại trực tràng giai đoạn IV không có đột biến RAS/BRAF cho tỷ lệ đáp ứng toàn bộ cao (57,5%), trung vị thời gian sống thêm không tiến triển và sống thêm toàn bộ lần lượt là 12,0 tháng và 31,0 tháng; khả năng dung nạp với phác đồ tốt, các tác dụng phụ không mong muốn có thể quản lý được.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG VIÊM MŨ NỘI NHÃN SAU CHẤN THƯƠNG NHÃN CẦU HỞ CỦA DUNG DỊCH NHỎ MẮT LEVOFLOXACIN 1.5%

Giang Lan Anh*, Thẩm Trương Khánh Vân*

TÓM TẮT

**Bệnh viện Mắt Trung ương*

Chịu trách nhiệm chính: Thẩm Trương Khánh Vân

Email: langianglananh@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 13.9.2022

Ngày duyệt bài: 19.9.2022

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Li R, Liang M, Liang X, Yang L, Su M, Lai KP. Chemotherapeutic Effectiveness of Combining Cetuximab for Metastatic Colorectal Cancer Treatment: A System Review and Meta-Analysis. *Front Oncol.* 2020;10. Accessed August 23, 2022. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fonc.2020.00868>
2. Normanno N, De Luca A, Bianco C, et al. Epidermal growth factor receptor (EGFR) signaling in cancer. *Gene.* 2006;366(1):2-16. doi:10.1016/j.gene.2005.10.018
3. Merck KGaA, Darmstadt, Germany. Open, Randomized, Controlled, Multicenter Phase III Study Comparing 5FU/ FA Plus Irinotecan Plus Cetuximab Versus 5FU/FA Plus Irinotecan as First-Line Treatment for Epidermal Growth Factor Receptor-Expressing Metastatic Colorectal Cancer. *clinicaltrials.gov*; 2017. Accessed August 21, 2022. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00154102>
4. Therkildsen C, Bergmann TK, Henrichsen-Schnack T, Ladelund S, Nilbert M. The predictive value of KRAS, NRAS, BRAF, PIK3CA and PTEN for anti-EGFR treatment in metastatic colorectal cancer: A systematic review and meta-analysis. *Acta Oncol Stockh Swed.* 2014;53(7):852-864. doi:10.3109/0284186X.2014.895036
5. Holch JW, Ricard I, Stintzing S, Modest DP, Heinemann V. The relevance of primary tumour location in patients with metastatic colorectal cancer: A meta-analysis of first-line clinical trials. *Eur J Cancer Oxf Engl* 1990. 2017;70:87-98. doi:10.1016/j.ejca.2016.10.007
6. Neugut AI, Lin A, Raab GT, et al. FOLFOX and FOLFIRI Use in Stage IV Colon Cancer: Analysis of SEER-Medicare Data. *Clin Colorectal Cancer.* 2019; 18(2):133-140. doi:10.1016/j.clcc.2019.01.005
7. Heinemann V, von Weikersthal LF, Decker T, et al. FOLFIRI plus cetuximab versus FOLFIRI plus bevacizumab as first-line treatment for patients with metastatic colorectal cancer (FIRE-3): a randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2014;15(10):1065-1075. doi:10.1016/S1470-2045(14)70330-4

tuổi nhất là 62 tuổi). Trong đó, 2 nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là nhóm 16-45 tuổi (68%) và 46- 60 tuổi (18%). Phần lớn bệnh nhân có nghề nghiệp là lao động chân tay (70,0%). Đa số các trường hợp có hoàn cảnh chấn thương là tai nạn lao động chiếm tỷ lệ 64%, 32% là tai nạn sinh hoạt, tai nạn giao thông 4%. Tỷ lệ chấn thương mắt phải/ mắt trái là tương đương nhau 50% và 50%. Tỷ lệ viêm mủ nội nhãn sau khi dự phòng bằng kháng sinh nhỏ tại chỗ Levofloxacin 1.5% là 4,0% (2/50). Trong đó, cả 2 trường hợp có bệnh nguyên là vi khuẩn gram (+). Các yếu tố nguy cơ viêm mủ nội nhãn sau chấn thương bao gồm dị vật nội nhãn, đục võ thể thủy tinh, chấn thương ở vùng nông thôn, kết hợp nhiều yếu tố nguy cơ và chấn thương ở Zone I. Yếu tố không ảnh hưởng tới tỷ lệ viêm mủ nội nhãn là kích thước vết thương và thời gian đóng vết thương. **Kết luận:** Sử dụng kháng sinh tra tại chỗ Levofloxacin 1.5% là biện pháp ít hiệu quả trong dự phòng viêm mủ nội nhãn sau chấn thương nhãn cầu hở.

SUMMARY

THE EFFICIENCY IN ENDOPHTHALMITIS PROPHYLAXIS IN OPEN OCULAR TRAUMA OF TOPICAL LEVOFLOXACIN 1.5%

Objective: To evaluate the efficiency of topical Levofloxacin 1.5% in prophylaxis of post - open ocular trauma endophthalmitis. **Subjects and research methods:** Descriptive study without a control group on 51 open ocular trauma eyes treated at the Eye Trauma department of Vietnam National Eye Hospital from 8/2021 to 4/2022. **Results:** The male/female ratio in the study was approximately 2.6/1. The mean age was 34.84±14.15 years old (the youngest was 3 years old and the oldest was 62 years old). In which, the two age groups with the highest rate were 16-45 years old (68%) and 46-60 years old (18%). The majority of patients have occupation as manual labor (70.0%). Most of the cases of injury were occupational accidents, accounting for 64%, 32% were daily-life accidents, and 4% were traffic accidents. The percentages of right eye/left eye injury were similar, 50% and 50%, respectively. The proportion of endophthalmitis was 4% (2/50). The microorganisms were positive gram bacteria () and fungi (). Risk factors included intraocular foreign bodies, trauma cataract, rural trauma, combination of variety of risk factors and injuries on Zone I. Factors not affecting the rate of endophthalmitis were size of injury and time to hospitalization. **Conclusion:** Topical Levofloxacin 1.5% is a less effective prophylaxis of post – open ocular trauma endophthalmitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mủ nội nhãn sau chấn thương nhãn cầu hở là một biến chứng không thường gặp nhưng rất trầm trọng của chấn thương nhãn cầu hở¹. Đó là tình trạng nhiễm trùng tiến triển của các khoang nội nhãn (dịch kính hay thủy dịch) mà đường vào của tác nhân gây bệnh là vết thương giác mạc và/hoặc củng mạc². Tiên lượng viêm mủ nội nhãn sau chấn thương rất dè dặt. Việc

chẩn đoán sớm có thể cải thiện tiên lượng bệnh nhưng khó thực hiện do các tổn thương và quá trình viêm nhiễm của chấn thương che lấp. Vì vậy, điều quan trọng là dự phòng viêm mủ nội nhãn. Ở Việt Nam, chưa có một nghiên cứu nào đánh giá vai trò của kháng sinh tra bề mặt nhãn cầu trong điều trị dự phòng viêm mủ nội nhãn sau chấn thương nhãn cầu hở. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài "*Đánh giá hiệu quả điều trị dự phòng viêm mủ nội nhãn sau chấn thương nhãn cầu hở của dung dịch nhỏ mắt Levofloxacin 1.5%*" với mục tiêu:

Đánh giá kết quả của kháng sinh nhỏ tại chỗ Levofloxacin 1.5% trong dự phòng viêm mủ nội nhãn sau chấn thương nhãn cầu hở.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Là 50 mắt của 50 bệnh nhân bị chấn thương nhãn cầu hở được điều trị tại khoa Chấn thương mắt Bệnh viện Mắt Trung ương từ 8/2021 đến 4/2022.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương hở được điều trị tại khoa Chấn thương, có hồ sơ bệnh án lưu lại Bệnh viện Mắt Trung ương không có chỉ định bỏ nhãn cầu, có hồ sơ ghi chép đầy đủ, theo dõi thương xuyên và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Chúng tôi loại khỏi nghiên cứu tất cả các bệnh nhân đã được tiêm kháng sinh nội nhãn để dự phòng viêm mủ nội nhãn, các bệnh nhân có viêm mủ nội nhãn đã biểu hiện trên lâm sàng, bệnh nhân viêm mủ nội nhãn do nấm, bệnh nhân có bệnh toàn thân nặng, già yếu, trẻ em dưới 3 tuổi khó theo dõi và đánh giá.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Đây là nghiên cứu mô tả tiến cứu không có nhóm chứng với cỡ mẫu là 50 mắt. Chúng tôi chọn toàn thể liên tục các bệnh chấn thương nhãn cầu hở đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu. Là các phương tiện có sẵn tại bệnh viện Mắt Trung ương bao gồm: Bảng thị lực Snellen, kính sinh hiển vi, kính Volk 90D, kính soi đáy mắt trực tiếp, nhãn áp kế Maclakov, compas đo kích thước vị trí của tổn thương nhãn cầu, máy siêu âm A,B, máy chụp Xquang, Kháng sinh tra tại chỗ Levofloxacin 1.5% (Cravit 1.5, Santen), Kháng sinh đường toàn thân dạng viên Zinnat 250mg, dạng gói Zinnat 125mg.

2.3. Các bước tiến hành. Tất cả bệnh nhân được đánh giá và xử trí tổn thương theo các bước sau:

Hỏi bệnh, khám và ghi nhận các tổn thương ban đầu.

Phẫu thuật: Khâu bảo tồn nhãn cầu ngay sau quá trình khám lâm sàng

Sau phẫu thuật: tất cả các bệnh nhân đều được thực hiện quá trình điều trị bao gồm:

+Tra kháng sinh tại chỗ Levofloxacin 1.5% (Cravit 1.5) 10 lần/ngày trong 3 ngày đầu, tra 4 lần/ngày trong những ngày tiếp theo

+ Kháng sinh đường uống: đối với người lớn sử dụng Zinnat 250mg ngày uống 2 viên/ 2 lần, đối với trẻ nhỏ sử dụng Zinnat 125 mg dạng gói với liều 10mg/kg cân nặng, chia 2 lần mỗi ngày.

+ Thuốc chống viêm: Thuốc có steroid: thuốc tra Predfort, đường toàn thân (SoluMedrol 40mg, Medrol 16mg liều 0.5mg - 1mg/ kg cân nặng). Thuốc chống viêm NSAIDs: thuốc tra Indocollire.

+ Thuốc chống dính đồng tử, liệt thể mi: tra dung dịch Atropin 0,5%

+ Thuốc hạ nhãn áp: uống acetazolamid 0,25mg, tra dung dịch Timolol 0,5%, Azopt...

+ Sử dụng một số thuốc khác theo kèm như giảm đau, an thần, vitamin...

Khi tình trạng nhãn cầu và toàn thân ổn định, bệnh nhân được xuất viện và hẹn khám lại.

Theo dõi và đánh giá tình trạng viêm mù nội nhãn xuất hiện trong vòng 6 tuần sau chấn thương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Tỷ lệ giới nam/ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi xấp xỉ 2,6/1 (P=0,002, Binomial Test) với tỷ lệ nam giới chiếm 73% và nữ giới chiếm 27%. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 34,84±14,15 tuổi (nhỏ tuổi nhất là 3 tuổi và lớn tuổi nhất là 62 tuổi). Trong đó, 2 nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là nhóm 16-45 tuổi (68%) và 46- 60 tuổi (18%). Phần lớn bệnh nhân có nghề nghiệp là lao động chân tay (70%). Đa số các trường hợp có hoàn cảnh chấn thương là tai nạn lao động chiếm tỷ lệ 64%, 32% là tai nạn sinh hoạt, tai nạn giao thông 4%. Tỷ lệ chấn thương mắt phải/ mắt trái là tương đương nhau 50% và 50%.

3.2. Tỷ lệ viêm mù nội nhãn và bệnh nguyên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2/50 bệnh nhân bị viêm mù nội nhãn, chiếm tỷ lệ 4%. Trong đó, kết quả nhuộm soi dịch tiền phòng cho thấy cả 2 trường hợp viêm mù nội nhãn do vi khuẩn, chiếm tỷ lệ 100%.

3.3. Viêm mù nội nhãn và các yếu tố nguy cơ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 1/2 (50%) trường hợp viêm mù nội nhãn là tai nạn lao động, 1 trường hợp còn lại là tai nạn sinh

hoạt. Trong đó, 100% các trường hợp viêm mù nội nhãn có tác nhân gây chấn thương là kim loại. Tỷ lệ viêm mù nội nhãn trong nhóm vỡ đục thể thủy tinh là 12,5%, nhóm có dị vật nội nhãn là 18,2 %, nhóm chấn thương xảy ra ở nông thôn là 12,5%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,1$ ($p = 0,098; 0,045; 0,098$, Chi – square test). Không trường hợp nào trong nhóm có kích thước vết thương > 8mm và đóng vết thương muộn > 24h bị viêm mù nội nhãn. Tỷ lệ viêm mù nội nhãn ở bệnh nhân có số yếu tố nguy cơ ≥ 3 cao hơn nhóm bệnh nhân có số yếu tố nguy cơ từ 2 trở xuống với $p < 0,05$ ($p=0,017$, Chi – square test).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả 2 trường hợp bị viêm mù nội nhãn đều có vết thương ở Zone I, không có trường hợp nào bị viêm mù nội nhãn trong nhóm có vết thương ở Zone II, Zone III. Tuy nhiên, tỷ lệ viêm mù nội nhãn giữa nhóm có vết thương ở Zone I, Zone II và Zone III không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$ ($p = 0,694$)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân chấn thương nhãn cầu hở trong nghiên cứu của chúng tôi, như độ tuổi, giới, phân bố nghề nghiệp và hoàn cảnh chấn thương, khá tương đồng với các nghiên cứu trước đây. Đa số các bệnh nhân thuộc độ tuổi lao động và có nghề nghiệp là lao động chân tay. Tỷ lệ nam giới chiếm phần lớn do nam giới thường làm các công việc có nguy cơ hơn và trẻ em trai cũng nghịch ngợm hơn.

4.2. Tỷ lệ viêm mù nội nhãn – khả năng dự phòng viêm mù nội nhãn của dung dịch Cravit 1.5%. Tỷ lệ viêm mù nội nhãn trong nghiên cứu của chúng tôi là 4% - cao hơn so với tỷ lệ viêm mù nội nhãn sau vết thương xuyên nhãn cầu ở bệnh nhân được tiêm kháng sinh nội nhãn dự phòng tại Bệnh viện Mắt Trung ương trong nghiên cứu của Ngô Thị Hồng Thắm và cộng sự (2010) là 2%. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn nhiều khi so sánh với kết quả trong nghiên cứu của Soheilian và cộng sự đánh giá tỷ lệ viêm mù nội nhãn trên chấn thương nhãn cầu hở sau khi tiêm dự phòng kháng sinh nội nhãn (Gentamycin và Clindamycin) trên 170 bệnh nhân là 0,3%,. Tuy nhiên, tỷ lệ viêm mù nội nhãn trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Narang và cộng sự (2003) trên 32 bệnh nhân có vết thương xuyên nhãn cầu, tỷ lệ viêm mù nội nhãn sau khi tiêm kháng sinh nội nhãn dự phòng

(Vancomycin và Ceftazidim) là 6,25% (2/32). Do thời gian có hạn, nghiên cứu của chúng tôi chỉ có nhóm can thiệp, không có nhóm chứng để so sánh nhưng có thể thấy biện pháp sử dụng kháng sinh tra tại chỗ Levofloxacin 1.5% là biện pháp ít hiệu quả trong dự phòng viêm mủ nội nhãn sau chấn thương nhãn cầu hở.

4.3. Bệnh nguyên viêm mủ nội nhãn sau chấn thương. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp viêm mủ nội nhãn sau chấn thương nhãn cầu hở. Trong đó, cả 2 trường hợp có kết quả nuôi cấy vi sinh là cầu khuẩn gram (+). Dimacali và cộng sự (2020) – tác giả của một nghiên cứu hồi cứu 10 năm về viêm mủ nội nhãn nhiễm trùng ở Philippine – báo cáo đa số các trường hợp viêm mủ nội nhãn sau chấn thương có bệnh nguyên là vi khuẩn gram (+), bệnh nguyên là nấm thường gặp trong các trường hợp viêm mủ nội nhãn có viêm giác mạc hoặc mạn tính sau phẫu thuật². Nghiên cứu của Bhagat và cộng sự (2020) báo cáo bệnh nguyên thường gặp nhất là các loài cầu khuẩn⁶.

4.4. Viêm mủ nội nhãn và các yếu tố nguy cơ. Việc xác định có hay không các yếu tố nguy cơ viêm mủ nội nhãn trên từng bệnh nhân có ý nghĩa quan trọng. Về mặt lý thuyết, bất kì một vết thương xuyên nhãn cầu nào cũng đã có nguy cơ nhiễm trùng do phá vỡ sự toàn vẹn của nhãn cầu.

Dị vật nội nhãn được xem là một trong những yếu tố nguy cơ của viêm mủ nội nhãn sau chấn thương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ viêm mủ nội nhãn ở bệnh nhân có dị vật nội nhãn là 18,2%. Kết quả này thấp hơn so với tỉ lệ viêm mủ nội nhãn trong nghiên cứu của Narang và cộng sự (2008) sau tiêm nội nhãn vancomycin và ceftazidime (33,3%). Theo nghiên cứu Masouh Soheilian, viêm mủ nội nhãn phát triển ở 7/25 trường hợp có dị vật nội nhãn (28,0%) không được tiêm nội nhãn gentamycin và clindamycin – tỉ lệ này cao hơn so với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi; tuy nhiên, tỉ lệ viêm mủ nội nhãn ở bệnh nhân có dị vật nội nhãn trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tỉ lệ bệnh nhân có dị vật nội nhãn và tiêm kháng sinh nội nhãn trong nghiên cứu của Soheilian và cộng sự (0/27 trường hợp).

Đục võ thể thủy tinh chấn thương cho phép vi khuẩn xâm nhập từ trước ra sau nhãn cầu. Hơn nữa, chất thể thủy tinh đục võ cũng là môi trường tốt cho vi khuẩn phát triển, đồng thời làm tăng phản ứng viêm màng bồ đào. Vì vậy, đục võ thể thủy tinh cũng được xem là một trong những yếu tố nguy cơ của viêm mủ nội nhãn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ viêm mủ

nội nhãn trong nhóm đục võ thể thủy tinh là 12,5%. Tỉ lệ này cao hơn nhiều so với tỉ lệ viêm mủ nội nhãn ở nhóm đục võ thể thủy tinh và có tiêm kháng sinh nội nhãn trong nghiên cứu của Ngô Thị Hồng Thắm và cộng sự (2008) là 2,94%.

Hoàn cảnh chấn thương ở vùng nông thôn, kém vệ sinh cũng được coi là một yếu tố nguy cơ của viêm mủ nội nhãn sau chấn thương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả 2 trường hợp viêm mủ nội nhãn đều có hoàn cảnh chấn thương là ở vùng nông thôn. Tỉ lệ viêm mủ nội nhãn ở bệnh nhân có hoàn cảnh chấn thương ở vùng nông thôn trong nghiên cứu của chúng tôi là 12,5%. Sự khác biệt về tỉ lệ viêm mủ nội nhãn ở bệnh nhân chấn thương ở nông thôn và đô thị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Watanachai và cộng sự (2021) cũng như nghiên cứu của Dehghani và cộng sự (2014)^{1,7}. Điều này có thể được lý giải bởi điều kiện vệ sinh môi trường xảy ra tai nạn, sự kém phát triển y tế của các vùng nông thôn và khoảng cách tới các cơ sở y tế xa hơn ở thành thị.

Tỉ lệ viêm mủ nội nhãn ở các bệnh nhân có ≥ 3 yếu tố nguy cơ cao hơn so với nhóm có < 3 yếu tố nguy cơ trong nghiên cứu của chúng tôi với $p < 0,05$. Tương tự, nghiên cứu của Ngô Thị Hồng Thắm và cộng sự (2008) cũng cho thấy, sự kết hợp của chấn thương ở nông thôn và đục võ thể thủy tinh sẽ làm tăng cao nguy cơ viêm mủ nội nhãn.

Vị trí của vết thương nhãn cầu được xem xét như một yếu tố nguy cơ của viêm mủ nội nhãn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% các trường hợp viêm mủ nội nhãn có vị trí vết thương ở Zone I, mặc dù sự khác biệt về tỉ lệ viêm mủ nội nhãn theo vị trí vết thương trong nghiên cứu của chúng tôi không có ý nghĩa thống kê; có lẽ, đây là hạn chế của nghiên cứu cỡ mẫu nhỏ. Trong nghiên cứu của Watanachai và cộng sự (2021) và nghiên cứu của Sefidan và cộng sự (2022) đều cho thấy phần lớn bệnh nhân viêm mủ nội nhãn có vị trí vết thương ở Zone I^{7,8}. Điều này có thể được giải thích do vị trí phía trước của vết thương Zone I, cũng như sự không được bao phủ bởi kết mạc dẫn đến tăng khả năng xâm nhập của bệnh nguyên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian từ lúc chấn thương tới khi đóng vết thương không phải là yếu tố ảnh hưởng tới tỉ lệ viêm mủ nội nhãn. Nghiên cứu của Sefidan và cộng sự (2022) cũng cho kết quả tương tự⁸. Tuy nhiên, một số nghiên cứu trước đây khuyến cáo nên đóng vết thương sớm trước 24 giờ để giảm nguy cơ viêm mủ nội nhãn⁵.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ viêm mủ nội nhãn sau chấn thương nhãn cầu hở trong nghiên cứu của chúng tôi là 4%. Nghiên cứu cho thấy, sử dụng kháng sinh tra tại chỗ Levofloxacin 1.5% (không tiêm kháng sinh nội nhãn) là biện pháp ít hiệu quả trong dự phòng viêm mủ nội nhãn sau chấn thương nhãn cầu hở. Tỷ lệ viêm mủ nội nhãn ở bệnh nhân có chấn thương nhãn cầu hở được điều trị dự phòng bằng dung dịch tra tại chỗ Levofloxacin 1.5% cao hơn so với tỉ lệ viêm mủ nội nhãn ở các nghiên cứu dự phòng với kháng sinh tiêm nội nhãn.

Bệnh nguyên thường gặp trong viêm mủ nội nhãn sau chấn thương nhãn cầu hở là vi khuẩn gram (+).

Các yếu tố nguy cơ viêm mủ nội nhãn sau chấn thương nhãn cầu hở trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm dị vật nội nhãn, đục võ thể thủy tinh, chấn thương ở vùng nông thôn, có >=3 yếu tố nguy cơ và chấn thương ở vị trí Zone I. Các yếu tố không ảnh hưởng tới tỉ lệ viêm mủ nội nhãn trong nghiên cứu của chúng tôi là thời gian từ lúc chấn thương tới lúc đóng vết thương và kích thước của vết thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dehghani AR, Rezaei L, Salam H, Mohammadi Z, Mahboubi M.** Post Traumatic Endophthalmitis:

Incidence and Risk Factors. *Glob J Health Sci.* 2014;6(6):68-72. doi:10.5539/gjhs.v6n6p68

2. **Dimacali VG, Lim Bon Siong R.** Infectious endophthalmitis at a Philippine tertiary hospital: a ten-year retrospective study. *J Ophthalmic Inflamm Infect.* 2020;10:19. doi:10.1186/s12348-020-00208-0
3. **Ngô Thị Hồng Thắm.** Đánh Giá Hiệu Quả Của Tiêm Kháng Sinh Nội Nhãn Trong Dự Phòng Viêm Mủ Nội Nhãn Sau Vết Thương Xuyên Nhãn Cầu. Luận văn Thạc sỹ y học. Đại học Y Hà Nội; 2008.
4. **Soheilian M, Rafati N, Mohebbi MR, et al.** Prophylaxis of acute posttraumatic bacterial endophthalmitis: a multicenter, randomized clinical trial of intraocular antibiotic injection, report 2. *Arch Ophthalmol Chic Ill* 1960. 2007;125(4):460-465. doi:10.1001/archophth.125.4.460
5. **Narang S, Gupta V, Gupta A, Dogra MR, Pandav SS, Das S.** Role of Prophylactic Intravitreal Antibiotic in Open Globe Injuries. *Indian J Ophthalmol.* 2003;51(1):39-44.
6. **Bhagat N, Nagori S, Zarbin M.** Post-traumatic Infectious Endophthalmitis. *Surv Ophthalmol.* 2011;56(3):214-251. doi:10.1016/j.survophthal.2010.09.002
7. **Watanachai N, Choovuthayakorn J, Chokesuwattanaskul S, et al.** Risk factors and outcomes of post-traumatic endophthalmitis: a retrospective single-center study. *J Ophthalmic Inflamm Infect.* 2021;11:22. doi:10.1186/s12348-021-00254-2
8. **Bohrani Sefidan B, Tabatabaei SA, Soleimani M, et al.** Epidemiological characteristic and prognostic factors of post-traumatic endophthalmitis. *J Int Med Res.* 2022; 50(2): 03000605211070754. doi:10.1177/03000605211070754

KHẢO SÁT VÀ ĐỊNH DANH KHÁNG THỂ BẤT THƯỜNG Ở NHỮNG SẢN PHỤ CÓ TIỀN CẢN SẴY THAI

**Đặng Thị Kim Chi¹, Lê Kim Bá Liêm², Phạm Nguyễn Hữu Phúc²,
Phạm Nguyễn Huân², Hoàng Thị Thanh Thảo²,
Đặng Ngọc Yến Dung², Võ Minh Tuấn¹**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Có nhiều nguyên nhân dẫn đến sảy thai như bất thường nhiễm sắc thể, bệnh tự miễn, ... trong đó có do kháng thể bất thường (KTBT), là nguyên nhân hàng đầu gây tán huyết thai nhi và trẻ sơ sinh. Sàng lọc KTBT có ý nghĩa trong kiểm soát kết cục thai kỳ tuy nhiên hiện nay chưa có báo cáo về tỷ lệ KTBT trên thai phụ tại Việt Nam. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ KTBT ở thai phụ tại bệnh viện

Hùng Vương từ tháng 2/2022 đến tháng 8/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Phụ nữ mang thai đồng ý tham gia nghiên cứu cho xét nghiệm trước sinh tại phòng khám thai đơn trung tâm được chia thành hai nhóm. Nhóm chứng gồm những phụ nữ chưa từng có tiền căn sảy thai. Nhóm còn lại là nhóm bệnh gồm những phụ nữ có tiền căn sảy thai. Tất cả thai phụ tham gia nghiên cứu được sàng lọc KTBT. Những người có kết quả dương tính với KTBT được thực hiện xét nghiệm định danh kháng thể. **Kết quả:** Tỷ lệ KTBT là 0,59% (3/507). Tỷ lệ KTBT ở sản phụ có tiền căn sảy thai là 0,59% (2/338). Tỷ lệ kháng thể bất thường ở sản phụ không có tiền căn sảy thai là 0,59% (1/169). Kiểu xuất hiện KTBT kết hợp nhiều kháng thể chiếm đa số (66,67%), trong đó các kháng thể được phát hiện là: Anti E (20%), Anti M (20%), Anti Le^a (20%), Anti K (20%). **Kết luận:** Sàng lọc KTBT cho tất cả thai phụ như các nước phương Tây có thể không áp dụng tại Việt Nam do áp lực về chi phí xét nghiệm và tỷ

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Hùng Vương

Chịu trách nhiệm chính: Võ Minh Tuấn

Email: vominhhtuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.7.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.9.2022

Ngày duyệt bài: 20.9.2022