

mạch chủ bụng, trong khi góc tạo bởi hai động mạch chậu chung không có sự khác biệt đáng kể. Những kết quả này góp phần làm rõ hơn đặc điểm hình thái học của động mạch chủ bụng ở người Việt Nam trên hình ảnh CLVT, từ đó cung cấp cơ sở dữ liệu tin cậy cho chẩn đoán hình ảnh và can thiệp mạch theo hướng cá thể hóa dựa trên giới tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nanki A, Ali N, Bennett F.** Anatomy, Abdomen and Pelvis, Celiac Trunk. 2018.
2. **Miora Lovatiana R, Lova Hasina Ny Ony Narindra R, Emmylou Prisca Gabrielle A, Hasina Dina R, Lucie S, Ahmad A.** Morphométrie et variantes anatomiques des artères digestives vues au Scanner. Annales africaines de médecine. 2023;doi:10.4314/aamed.v16i4.4
3. **Maryam F, Mohammad M, Ali H, Fateme M, Mohammad Mehdi Baradaran M.** Anatomical variation of celiac axis, superior mesenteric artery, and hepatic artery: Evaluation with multidetector computed tomography angiography. Journal of Research in Medical Sciences. 2016;21(1):129-129. doi:10.4103/1735-1995.196611
4. **Pavlov SP, Baibakov SE, Zyablova EI, Nosulya IG.** Variant Anatomy and Morphometric Characteristics of the Celiac Trunk and its Branches According to Multislice Computed Tomography. Журнал анатомии и гистопатологии. 2024;doi:10.18499/2225-7357-2023-12-4-62-67
5. **Nguyễn Minh T.** Đặc điểm hình thái, kích thước và phân nhánh của động mạch chủ bụng trên cắt lớp vi tính đa dãy ở người trưởng thành.
6. **Trần Quang L.** Đặc điểm hình ảnh động mạch chủ bụng và các nhánh bên trên cắt lớp vi tính 256 dãy tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. Luận án bác sĩ nội trú. Y Hà Nội; 2022.
7. **Lê Văn C.** Các dạng và kích thước động mạch ở người Việt Nam. Y học chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh; 2012.
8. **Khoa NX, Trung NT, Quang NX, et al.** Nghiên cứu giải phẫu động mạch chủ bụng trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính đa dãy. Tạp chí Y học Cộng đồng. 2023/10/21/ 2023;64(6)doi:10.52163/yhc.v64i6.826
9. **Đặng Nguyễn Trung A.** Nghiên cứu kích thước và phân nhánh của động mạch chủ ở người Việt Nam trưởng thành. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh; 2020.
10. **Sahni D, Aggarwal A, Gupta T, et al.** Abdominal Aorta. In: Tubbs RS, Shoja MM, Loukas M, eds. Bergman's Comprehensive Encyclopedia of Human Anatomic Variation. 1 ed. Wiley; 2016:619-681.

NGHIÊN CỨU TÁC NHÂN - ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG - ĐIỀU TRỊ VIÊM KẾT MẠC SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN MẮT THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Chí Trung Thế Truyền¹,
Đinh Hữu Vân Quỳnh¹, Vũ Thị Việt Thu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, tác nhân và điều trị viêm kết mạc sơ sinh tại bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh. **Phương pháp:** Nghiên cứu loạt ca, bao gồm tất cả các bệnh nhi bị viêm kết mạc sơ sinh tại bệnh viện Mắt TP HCM, từ ngày 01 tháng 03 năm 2020 đến ngày 28 tháng 02 năm 2021 thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Dữ liệu thu thập: định danh và tỉ lệ tác nhân gây viêm kết mạc sơ sinh, triệu chứng lâm sàng theo tác nhân và kết quả điều trị. **Kết quả:** Chlamydia trachomatis là nguyên nhân chính với tỷ lệ 45%, Lậu cầu chiếm tỷ lệ 15%, nhóm vi khuẩn không đặc hiệu 40%, không ghi nhận Herpes simplex. Triệu chứng ở nhóm tác nhân lây truyền qua đường sinh dục thường xuất hiện sớm trước 10 ngày tuổi, đỏ mắt, ghèn vàng số lượng nhiều, tái tạo nhanh dưới 60 phút. Và ngược lại ở nhóm vi khuẩn không đặc hiệu.

Kết luận: Điều trị sớm, tích cực và chính xác dựa trên triệu chứng và kết quả phân lập tác nhân sớm, chính xác đem lại kết quả tốt, không để xảy ra biến chứng và không để lại di chứng. **Từ khóa:** Viêm kết mạc sơ sinh, tác nhân, đặc điểm lâm sàng, điều trị

SUMMARY

IDENTIFICATION OF AGENT, CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OF NEONATAL CONJUNCTIVITIS AT EYE HOSPITAL of HCMC

Purpose: Study the clinical characteristics, causative agents and treatment of neonatal conjunctivitis at Eye Hospital of HCMC. **Methods:** Case series study, including all pediatric patients with neonatal conjunctivitis at Eye Hospital of HCMC, from March 1, 2020 to February 28, 2021 who met the sampling criteria. Collected data: identification and rate of causative agents of neonatal conjunctivitis, clinical symptoms by agent and treatment results. **Results:** Chlamydia trachomatis is the main cause with the rate of 45%, Gonorrhoea accounted for 15%, non-specific bacteria group 40%, Herpes simplex was not found. Symptoms in the group of sexually transmitted agents usually appear before 10 days of

¹Bệnh viện Mắt TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Chí Trung Thế Truyền

Email: truyennguyenmd@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2025

Ngày duyệt bài: 28.7.2025

age, red eyes, large amount of yellow discharge, rapid regeneration under 60 minutes. And vice versa in the group of non-specific bacteria. **Conclusion:** Early, aggressive and accurate treatment based on symptoms and results of early and accurate isolation of the agent brings good results, no complications and no sequelae.

Keywords: of neonatal conjunctivitis, causative agents, clinical characteristics, treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý viêm kết mạc sơ sinh được Tổ chức Y tế Thế giới định nghĩa là tình trạng viêm kết mạc xảy ra trong vòng 28 ngày đầu sau sinh [7]. Hiện nay, tỷ lệ bệnh từ 2% đến 12%, thay đổi theo từng quốc gia và phụ thuộc vào tình trạng bệnh lây truyền qua đường sinh dục [3][9].

Tác nhân gây bệnh được chia thành 3 nhóm, trong đó vi khuẩn là nguyên nhân chính, hóa chất và siêu vi rất ít gặp. Nhóm vi khuẩn Gram (+) như *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae* là tác nhân thường gặp trong viêm kết mạc sơ sinh. Các vi khuẩn Gram (-) như *Nisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Haemophilus influenzae*, *Escherichia coli*, *Moraxella catarrhalis*... mặc dù ít gặp hơn nhưng lại gây bệnh với mức độ nặng nề. Đặc biệt, lậu cầu có khả năng gây mù do thủng giác mạc [2][8]. *Chlamydia trachomatis* ngoài việc gây viêm kết mạc còn có khả năng gây viêm mũi xoang, viêm tai giữa, viêm phổi nhũ nhi... làm ảnh hưởng đến chức năng hô hấp, thính lực của trẻ [5][8],[10]. Việc xác định tác nhân gây bệnh là yếu tố then chốt trong chẩn đoán và điều trị viêm kết mạc sơ sinh. Các phương pháp truyền thống như nhuộm Gram, soi tươi, nuôi cấy được xem là tiêu chuẩn trong việc phân lập, định danh vi khuẩn với ưu điểm dễ thực hiện, chi phí thấp và có độ đặc hiệu cao. Tuy nhiên, hạn chế của phương pháp này khi độ nhạy chưa cao, thể hiện qua việc nuôi cấy thất bại đối với một số tác nhân như siêu vi [6], *Chlamydia trachomatis*. Ngày nay, việc áp dụng các kỹ thuật mới như xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang (ELISA), phản ứng khuếch đại gen (PCR) đã giúp cho việc xác định tác nhân gây bệnh càng trở nên thuận tiện và chính xác hơn [4].

Tại Việt Nam, viêm kết mạc sơ sinh vẫn là một bệnh lý nhiễm trùng thường gặp đối với trẻ sơ sinh, và đến nay việc chẩn đoán xác định, phân lập tác nhân gây bệnh gần như không được thực hiện một cách triệt để và có hệ thống tại Khoa Nhi BV Mắt TP HCM và cũng chưa có công bố chính thức từ các cơ sở y tế khác. Điều này ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị và công tác dự phòng. Vì vậy đề tài "Nghiên cứu tác nhân -

đặc điểm lâm sàng - điều trị viêm kết mạc sơ sinh tại Bệnh viện Mắt TP HCM" được thực hiện nhằm nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán xác định, phân lập các tác nhân gây bệnh, cập nhật cho phác đồ điều trị và hướng đến phục vụ đối với các chuyên khoa, chuyên ngành liên quan như Nhi khoa, Sơ Sinh, Sản phụ khoa, Y tế dự phòng...

Mục tiêu tổng quát: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, tác nhân và điều trị viêm kết mạc sơ sinh tại bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh.

Mục tiêu chuyên biệt: 1. Xác định tỉ lệ các tác nhân thường gặp gây bệnh viêm kết mạc sơ sinh tại bệnh viện Mắt TP HCM

2. Xác định tỉ lệ các đặc điểm dân số xã hội, bệnh lý, biểu hiện lâm sàng thường gặp của viêm kết mạc sơ sinh tại bệnh viện Mắt TP HCM.

3. Cập nhật điều trị theo tác nhân gây viêm kết mạc sơ sinh tại bệnh viện Mắt TP HCM.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Dân số mục tiêu: Dân số trẻ sơ sinh bị viêm kết mạc.

Dân số chọn mẫu: Bệnh nhi bị viêm kết mạc sơ sinh đến khám và điều trị tại bệnh viện Mắt TP HCM, từ ngày 01 tháng 03 năm 2020 đến ngày 28 tháng 02 năm 2021.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Trẻ sơ sinh bị viêm kết mạc và thân nhân bệnh nhi đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không có đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu loạt ca, bao gồm tất cả các bệnh nhi bị viêm kết mạc sơ sinh tại bệnh viện Mắt TP HCM, từ ngày 01 tháng 03 năm 2020 đến ngày 28 tháng 02 năm 2021 thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

Phương tiện nghiên cứu

Nhân lực

- Tập thể bác sĩ khoa mắt Nhi BV Mắt TP HCM: khám và chẩn đoán viêm kết mạc sơ sinh.

- Khoa Xét nghiệm BVM: thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng giúp chẩn đoán tác nhân viêm kết mạc sơ sinh.

- Công ty Nam Khoa Biotek: thực hiện phản ứng khuếch đại gen PCR.

Vật lực

- Phương tiện thăm khám lâm sàng: phòng ngoại trú bệnh viện Mắt TP HCM

- Phương tiện chẩn đoán cận lâm sàng: khối Xét nghiệm bệnh viện Mắt TP HCM và công ty Nam Khoa Biotek.

+ Bộ dụng cụ lấy mẫu bệnh phẩm.

- + Bộ dụng cụ xét nghiệm nhuộm Gram, soi tươi.
- + Bộ dụng cụ PCR tầm soát 3 tác nhân lây truyền qua đường sinh dục.
- Phương tiện quản lý, thu thập, xử lý số liệu: hồ sơ bệnh án, phiếu thu thập số liệu, điện thoại di động, máy tính cá nhân.

Quy trình tiến hành. Quy trình tiếp nhận bệnh nhân và thăm khám lâm sàng được ghi nhận vào phiếu thông tin bệnh nhân.

Quy trình điều trị

- Lâm sàng và xét nghiệm (vi sinh và PCR) phù hợp chẩn đoán: điều trị theo phác đồ sẵn có của Khoa Nhi bệnh viện Mắt TP HCM.
- Lâm sàng và xét nghiệm (vi sinh và PCR) chưa phù hợp chẩn đoán: theo dõi sát, điều trị bước đầu kháng sinh nhỏ tại chỗ Levofloxacin 1.5%. Điều trị thay đổi tùy theo đáp ứng lâm sàng và xét nghiệm trả về sau.

Thu thập – xử lý – phân tích số liệu

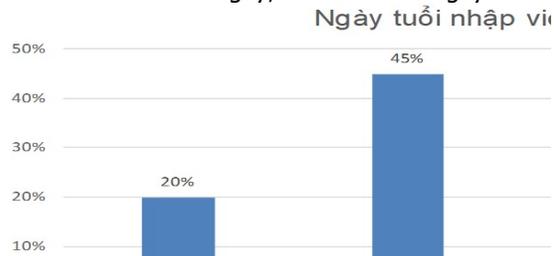
- Dữ liệu được ghi nhận vào phiếu thu thập, nhập, phân tích, xử lý bằng phần mềm SPSS 11.5.
- Kiểm định thống kê bằng các phép kiểm t, phép kiểm chi bình phương.
- Mức ý nghĩa P – value $\leq \alpha = 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dịch tễ

Tuổi trung bình: 21.7 ± 13.5 ngày, 80% đến BV sau 2 tuần tuổi.

- Nhỏ nhất: 5 ngày, Lớn nhất: 53 ngày.



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu phân bố theo tuổi

Nhận xét: Viêm kết mạc sơ sinh trong nghiên cứu tập trung nhiều ở nhóm tuổi từ 15 – 21 ngày tuổi tỷ lệ 45%); nhóm bệnh nhi đến bệnh viện trễ sau 3 tuần tuổi chiếm 35%.

Giới tính

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu phân bố theo giới tính

- Chênh lệch giới tính: nam 72.2%, nữ 27.8%.
- Cục Dân số kế hoạch hóa gia đình 2019: tỷ số giới tính khi sinh là 111,5 bé trai/100 bé gái.

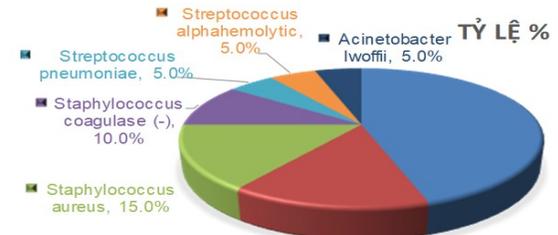
Nơi ở. 45% tại Tp.HCM; 55 % tại các nơi khác BV Mắt, Khoa Mắt Nhi là cơ sở y tế chuyên khoa sâu của các tỉnh phía Nam.

Bảo hiểm dưới 6 tuổi: nơi ở của trẻ được ghi theo hộ khẩu thường trú của cha mẹ.

Đặc điểm tác nhân. Tác nhân gây bệnh- phân lập: Phân lập tác nhân gây bệnh trên 20 bệnh nhi bị viêm kết mạc sơ sinh, được lấy mẫu gòn thực hiện nhuộm Gram, soi tươi tìm song cầu Gram (-), nuôi cấy và làm PCR.

- Kết quả có 9/20 trường hợp là Chlamydia trachomatis chiếm 45.0%, Neisseria gonorrhoeae 3/20 trường hợp chiếm 15%, vi khuẩn Gram (+) 7/20 trường hợp chiếm 35% %; 1 trường hợp trực khuẩn Gram (-) chiếm 5%. Không ghi nhận tác nhân Herpes simplex. Vậy 100% viêm kết mạc sơ sinh là do vi khuẩn.

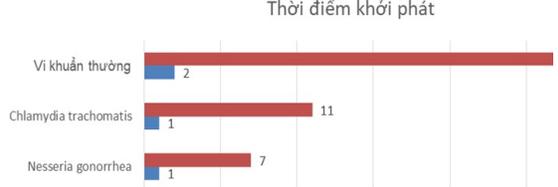
- Không có trường hợp nào nhiễm hai tác nhân trở lên.



Biểu đồ 3.2. Tần suất tác nhân gây bệnh

Đặc điểm lâm sàng

Thời điểm khởi phát



Biểu đồ 3.3. Thời điểm xuất hiện triệu chứng theo tác nhân

Nhận xét: Theo tác nhân, triệu chứng tại mắt xuất hiện sớm nhất trong nhóm Neisseria gonorrhoeae, không quá 7 ngày, trung bình 3 ngày; nhóm Chlamydia trachomatis và Gram dương 7-9 ngày, khó phân biệt. Chỉ có 1 trường hợp Streptococcus alphasolymolytic xuất hiện rất muộn 30 ngày sau sinh, nghi ngờ không phải do lây truyền qua đường sinh dục.

Tình trạng viêm phụ khoa theo nhóm tác nhân

Bảng 3.1. Bảng phân phối tình trạng viêm phụ khoa theo nhóm tác nhân

Phát hiện bệnh phụ khoa của mẹ	VK thường	Neisseria gonorrhoea	Chlamydia trachomatis
Không	63%	67%	67%
Có	38%	33%	33%
p	>0.05	>0.05	>0.05

Tỉ lệ ghi nhận mẹ có bệnh phụ khoa trước sanh ở nhóm viêm kết mạc sơ sinh do tác nhân lây truyền qua đường sinh dục (*Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, Herpes simplex) không khác so với nhóm viêm kết mạc sơ sinh do các vi khuẩn khác. Trong nhóm nghiên cứu, 2/3 bà mẹ không ghi nhận có bệnh lý phụ khoa trước sanh.

Triệu chứng thực thể

Bảng 3.2. Bảng phân phối triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	VK thường	Nesseria gonorrhoeae	Chlamydia trachomatis
Ghèn vàng xanh	100.0%	100.0%	100.0%
Thành lập nhanh	37.5%	100.0%	66.7%
Phù mi	25.0%	100.0%	88.9%
Kết mạc cương tụ	100.0%	100.0%	100.0%
Kết mạc xuất huyết	12.5%	0.0%	0.0%
Giác mạc tổn thương	12.5%	0.0%	0.0%
Tắc lệ đạo	50.0%	33.3%	0.0%
Bị một mắt	37.5%	0.0%	44.4%
Bị hai mắt	62.5%	100.0%	55.6%

Đặc điểm lâm sàng viêm kết mạc gồm đỏ mắt, tăng tiết nước mắt, ghèn mắt, có thể kèm xuất huyết kết mạc. Bệnh thường biểu hiện ở 2 mắt hoặc khởi phát ở 1 mắt, sau đó lây sang mắt còn lại. Các dấu chứng kể trên trên cũng tương tự bệnh lý viêm kết mạc trên những nhóm đối tượng khác. Tuy nhiên, đi sâu vào phân tích, nghiên cứu thống kê một số khác biệt về triệu chứng lâm sàng giữa các nhóm tác nhân nhân gây bệnh.

- Ghèn xuất hiện trong tất cả các trường hợp, trong đó ghèn vàng như mù, số lượng rất nhiều đóng kín cả mắt và tái tạo rất nhanh, liên tục; trào ra ngoài khi tách 2 mi mắt là đặc trưng của viêm kết mạc do *Neisseria gonorrhoeae*. Ghèn vàng, số lượng nhiều, bắm hơn 1/2 chiều dài mi mắt và tái tạo nhanh trong vòng 1 giờ thường gặp ở tác nhân *Chlamydia trachomatis*. Ghèn số lượng ít, bắm vùng khóe mắt, thường xuất hiện sau khi trẻ thức dậy thường do các tác nhân vi khuẩn khác.

- Cương tụ kết mạc là tiêu chuẩn chẩn đoán viêm kết mạc sơ sinh, do đó xuất hiện ở tất cả các trường hợp, không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tác nhân lây truyền qua đường sinh dục và các vi khuẩn còn lại. Tuy nhiên thực tế lâm sàng cho thấy, cương tụ kết mạc mức độ nặng nề, xuất hiện cả ở kết mạc mi,

kết mạc nhãn cầu và cả vùng kết mạc cùng đồ thường xuất hiện ở nhóm tác nhân lây truyền qua đường sinh dục.

- Xuất huyết kết mạc chỉ thấy trong nhóm VK thường. Ghèn, nước mắt có lẫn máu chảy ra từ mắt trẻ sơ sinh gây rất nhiều lo lắng cho người nhà bệnh nhi. Xuất huyết kết mạc do tổn thương lớp mạch máu nông của kết mạc mi. Bệnh nhi sơ sinh với đặc trưng cấu trúc giải phẫu vùng mi mắt, kết mạc mỏng manh, dễ tổn thương khi vành mi, nhỏ thuốc. Chính vì vậy, việc hướng dẫn cách vành mi và chăm sóc mắt cho thân nhân bệnh nhi cũng là một nội dung cần được thực hiện trong quá trình thăm khám, điều trị viêm kết mạc sơ sinh.

- Tổn thương giác mạc là biến chứng đáng sợ nhất trong bệnh lý viêm kết mạc sơ sinh do lậu cầu. Tuy nhiên, không ghi nhận tổn thương giác mạc trong tất cả các trường hợp lậu cầu trong nghiên cứu. Tổn thương giác mạc ghi nhận trong nhóm VK thường, chỉ ở mức độ tróc biểu mô ít, lành tốt với điều trị và không để lại biến chứng.

Như vậy, việc kết hợp khai thác kỹ bệnh sử chi tiết, ghi nhận tiền căn đầy đủ và thăm khám cẩn thận sẽ giúp các nhà lâm sàng có thể định hướng được nhóm tác nhân gây bệnh trong viêm kết mạc sơ sinh.

Phác đồ điều trị

Neisseria gonorrhoea: điều trị nội trú

Kháng sinh tại chỗ (tác dụng hỗ trợ):

Thuốc nhỏ mắt kháng sinh Tobramycine 0,3% (Tobrex 0,3%), Ofloxacin 0,3% (Oflovid 03%), moxifloxacin 0,5% (Vigamox 0,5%), Levofloxacin 0,5% - 1,5% (Cravit 0,5% hoặc 1,5%), ciprofloxacin 0,3% nhỏ 6-10 lần/ngày

Thuốc mỡ kháng sinh (khi cần):

Tobramycine 0,3% (Tobrex) hoặc Ofloxacin 0,3% (Oflovid) tra mắt 2-3 lần/ngày

Kháng sinh toàn thân (trường hợp không có triệu chứng toàn thân):

- Cefotaxime: 100 mg/kg (TM) liều duy nhất

- Ceftriaxone: 25-50 mg/kg (TM hoặc TB) liều duy nhất, không quá 125 mg. Không dùng ceftriaxon khi trẻ có tình trạng tăng bilirubine máu và không dùng chung các chất chứa canxi.

- Trường hợp trẻ có dấu hiệu toàn thân: chuyển bệnh viện Nhi Đồng để theo dõi và điều trị.

Chlamydia trachomatis: điều trị ngoại trú hoặc nội trú nếu bệnh nhi ở xa

Kháng sinh tại chỗ: Thuốc nhỏ mắt kháng sinh Tobramycine 0,3% (Tobrex 0,3%), Ofloxacin 0,3% (Oflovid 03%), moxifloxacin 0,5% (Vigamox 0,5%), Levofloxacin 0,5% - 1,5% (Cravit 0,5% hoặc 1,5%), ciprofloxacin

0,3% nhỏ 6-10 lần/ngày

Thuốc mỡ kháng sinh (khi cần): Tobramycine 0,3% (Tobrex) hoặc Ofloxacin 0,3% (Oflovid) tra mắt 2-3 lần/ngày

Kháng sinh toàn thân:

– Erythromycin 12,5 mg/kg/liều, 4 lần/ngày trong 14 ngày (ưu tiên)

– Hoặc Azithromycin 20mg/kg, 1 lần/ngày trong 3 ngày

Lưu ý: Erythromycin dùng trên trẻ sơ sinh có thể gây ra bệnh lý hẹp môn vị phì đại (trẻ thường nôn sau ăn, sụt cân, táo bón, suy dinh dưỡng) cần theo dõi khi sử dụng.

Các vi khuẩn khác điều trị ngoại trú hoặc nội trú nếu bệnh nhi ở xa

Thuốc nhỏ mắt kháng sinh Tobramycine 0,3% (Tobrex 0,3%), Ofloxacin 0,3% (Oflovid 0,3%), moxifloxacin 0,5% (Vigamox 0,5%), Levofloxacin 0,5% - 1,5% (Cravit 0,5% hoặc 1,5%), ciprofloxacin 0,3% nhỏ 6-10 lần/ngày

Thuốc mỡ kháng sinh (khi cần): Tobramycine 0,3% (Tobrex) hoặc Ofloxacin 0,3% (Oflovid) tra mắt 2-3 lần/ngày.

Việc thay đổi kháng sinh tại chỗ tùy thuộc vào đáp ứng lâm sàng và kết quả kháng sinh đồ.

Herpes simplex virus type 2: Các trường hợp nghi ngờ nhiễm Herpes simplex kết mạc, giác mạc và da vùng quanh mắt trên trẻ sơ sinh (<30 ngày tuổi): chuyển bệnh viện Nhi Đồng theo dõi và điều trị do nguy cơ cao tiến triển viêm não-màng não. Tuy nhiên trong nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào nhiễm Herpes simplex.

Kết quả điều trị theo phác đồ: 100% bệnh nhi hết triệu chứng tại mắt sau 5-7 ngày điều trị. Không ghi nhận biến chứng, di chứng tại mắt và toàn thân trong tất cả các nhóm tác nhân.

IV. KẾT LUẬN

Tác nhân gây bệnh: 100% là vi khuẩn

Nhóm tác nhân lây truyền qua đường sinh dục: Chlamydia trachomatis là nguyên nhân chính với tỷ lệ 45%. Lậu cầu chiếm tỷ lệ 15%, không ghi nhận Herpes simplex.

Nhóm tác nhân không lây truyền qua đường sinh dục, Staphylococcus aureus chiếm 25%, Streptococcus pneumoniae chiếm 10%, Acinetobacter chiếm 5%.

Kết hợp các phương pháp phân lập Real PCR và nuôi cấy cho phép xác định 100% tác nhân.

Đặc điểm lâm sàng: Trẻ sơ sinh bị viêm kết mạc do nhóm tác nhân lây truyền qua đường sinh dục thường xuất hiện sớm trước 10 ngày tuổi với triệu chứng đỏ mắt, ghèn vàng số lượng nhiều, tái tạo nhanh dưới 60 phút.

Viêm kết mạc sơ sinh do nhóm tác nhân không

lây truyền qua đường sinh dục thường xuất hiện sau 10 ngày tuổi với biểu hiện ghèn số lượng ít, tái tạo chậm, có kèm tắc lệ đạo trong 50%.

Xây dựng phác đồ điều trị. Điều trị sớm, tích cực và chính xác dựa trên triệu chứng và kết quả phân lập tác nhân sớm, chính xác đem lại kết quả tốt, không để xảy ra biến chứng và không để lại di chứng.

V. KIẾN NGHỊ

Viêm kết mạc sơ sinh cần được chẩn đoán xác định tác nhân, không nên chỉ dựa triệu chứng lâm sàng. Trong đó, việc lựa chọn phương pháp phân lập phù hợp, có độ chính xác cao giúp nâng cao hiệu quả điều trị viêm kết mạc. Vì thế, việc xây dựng một quy trình tiếp cận chi tiết và phác đồ điều trị chuẩn về bệnh lý viêm kết mạc sơ sinh nhằm tạo sự thống nhất trong các cơ sở y tế là cần thiết.

Tăng cường cung cấp thông tin về bệnh lý viêm kết mạc sơ sinh trong cộng đồng; giúp nhân bệnh nhi có cách chăm sóc, xử trí ban đầu phù hợp và nâng cao mức độ tuân thủ điều trị. Đồng thời tư vấn cho cha mẹ trẻ sơ sinh đi khám và tư vấn điều trị bệnh lây qua đường sinh dục.

Mở rộng nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, tại đa trung tâm, đưa các tác nhân siêu vi như Adeno virus và vi khuẩn không điển hình như Nisseria meningitidis nhằm mô tả đặc điểm bệnh lý viêm kết mạc sơ sinh tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Nhi Đồng 2** (2019), Hướng dẫn điều trị nhi khoa, Nhà xuất bản Y học Hồ Chí Minh.
2. **Hoàng Thị Minh Châu** (2014), Bệnh học kết mạc, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
3. **Phạm Thu Lan** (2014), "Vi sinh trong nhãn khoa". Nhân khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 346-359.
4. **Phạm Hùng Vân** (2009), "PCR và Real-Time PCR: các vấn đề cơ bản và áp dụng thường gặp". Nhà xuất bản Y học, Hồ Chí Minh, 34-69.
5. **Kristina Adachi, Nielsen-Saines Karin, Klausner Jeffrey D** (2016), "Chlamydia trachomatis infection in pregnancy: the global challenge of preventing adverse pregnancy and infant outcomes in Sub-Saharan Africa and Asia". BioMed research international, 2016.
6. **John Brock Harris, Holmes Amy P , Therapeutics** (2017), "Neonatal herpes simplex viral infections and acyclovir: An update". The Journal of Pediatric Pharmacology, 22 (2), 88-93.
7. **World Health Organization** (1986), Conjunctivitis of the newborn: prevention and treatment at the primary health care level, World Health Organization.
8. **Bahman Pourabbas, Rezaei Zahra, Mardaneh Jalal, Shahian Mozghan, Alborzi Abdolvahab** (2018), "Prevalence of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infections among pregnant women and eye colonization of

- their neonates at birth time, Shiraz, Southern Iran". BMC infectious diseases, 18 (1), 1-4.
9. **Song Tang, Li Ming, Chen Hongbo, Ping Guo, Zhang Chun, Wang Shusheng** (2017), "A chronological study of the bacterial pathogen changes in acute neonatal bacterial conjunctivitis in southern China". BMC ophthalmology, 17 (1), 174.

10. **Andrew Zikic, Schünemann Holger, Wi Teodora, Lincetto Ornella, Broutet Nathalie, Santesso Nancy** (2018), "Treatment of neonatal chlamydial conjunctivitis: A systematic review and meta-analysis". Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society, 7 (3), e107-e115.

THEO DÕI HUYẾT ĐỘNG LIÊN TỤC BỆNH NHÂN SỐC TIM BẰNG CATHETER SWAN – GANZ OXIMETRY

Phạm Xuân Thắng¹, Nguyễn Hữu Quân^{1,2}, Nguyễn Anh Tuấn³,
Nguyễn Duy Minh³, Nguyễn Quốc Linh³, Nguyễn Văn Nghĩa¹,
Nguyễn Minh Hiếu¹, Nguyễn Thu Thủy¹, Nguyễn Tuấn Đạt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đánh giá vai trò của theo dõi huyết động liên tục bằng catheter Swan – Ganz cho bệnh nhân sốc tim. **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả tiến cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán sốc tim theo tiêu chuẩn IABP – SHOCK II (2012) và được thăm dò huyết động bằng catheter Swan – Ganz từ tháng 11 năm 2023 đến tháng 11 năm 2025. **Kết quả:** BN trẻ tuổi nhất là 41 tuổi và lớn tuổi nhất là 91 tuổi, tuổi trung bình $73,65 \pm 15,5$ (tuổi). Nam chiếm 64,71% và nữ chiếm 35,29%, BMI trung bình là $23,9 \pm 3,6$. Nhóm đối tượng có bệnh lý đồng mắc thường gặp nhất là tăng huyết áp (64,7%) và đái tháo đường (58,8%). Các thông số huyết động tại thời điểm T0 ở nhóm chung là: chỉ số tim CI = $2,24 \pm 0,7$ (ml/phút/m²), công suất tim (CPO) = $0,79 \pm 0,41$, CVP = $12,3 \pm 5,69$ (mmHg), áp lực động mạch phổi bít PAOP = $19,24 \pm 6,5$ (mmHg), chỉ số xung động mạch phổi PAPI = $1,83 \pm 1,96$ (mmHg), độ bão hòa oxy tĩnh mạch trộn SvO₂ (%) = $62,15 \pm 11,1$. Chỉ số độ bão hòa oxy tĩnh mạch trộn ở thời điểm T0 nhóm sống sót cao hơn nhóm tử vong: $63,84 \pm 8,87$ (sống sót) và $57,44 \pm 15,44$ (tử vong). Quá trình hồi sức huyết động trong 24 giờ đầu cho thấy các thông số huyết động: chỉ số tim (CI) và công suất tim (CPO) đều có xu hướng cải thiện. Xu hướng liều thuốc vận mạch sử dụng có sự khác nhau: chỉ số vận mạch (VIS) giảm từ $98,8 \pm 107,9$ (thời điểm T0) xuống $81,5 \pm 131,9$ (thời điểm T24) ở nhóm sống sót và ngược lại tăng từ $89,75 \pm 24,65$ lên đến $92,5 \pm 63,3$ ở nhóm tử vong. Tỷ lệ tử vong của bệnh nhân trong nghiên cứu là

26% (n=9). **Kết luận:** Tái thông mạch vành trong thời gian sớm nhất có thể và hồi sức huyết động bằng catheter Swan – Ganz giúp theo dõi các thông số huyết động liên tục giúp tối ưu điều trị bệnh nhân sốc, giảm được liều thuốc vận mạch đồng thời vẫn duy trì được cung lượng tim và tưới máu mô thỏa đáng, có thể là một yếu tố giúp cải thiện tỉ lệ tử vong.

Từ khóa: Sốc tim, catheter động mạch phổi, Swan- Ganz, nhồi máu cơ tim, cung lượng tim (CO), chỉ số tim (CI), công suất tim (CPO).

SUMMARY

THE ROLE OF CONTINUOUS HEMODYNAMIC MONITORING USING SWAN-GANZ CATHETER IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION-INDUCED CARDIOGENIC SHOCK

Objective: To assess the clinical utility of continuous hemodynamic monitoring via Swan-Ganz pulmonary artery catheterization (PAC) in patients with cardiogenic shock and to identify procedural advantages and challenges encountered during its application in critical care settings. **Methods:** This prospective observational study included patients aged ≥ 18 years diagnosed with cardiogenic shock based on the IABP-SHOCK II (2012) criteria and who underwent invasive hemodynamic assessment using a Swan-Ganz catheter. Hemodynamic variables were continuously monitored and recorded at baseline (T0), 6 hours (T6h), 12 hours (T12h), and 24 hours (T24h) post-catheterization for trend analysis. Implementation feasibility was evaluated based on procedural time, success rate on first attempt, operator profile, and associated complications. **Results:** A total of 34 patients with cardiogenic shock secondary to acute myocardial infarction (AMI) who had undergone coronary revascularization via percutaneous coronary intervention (PCI) were enrolled. The mean age was 73.65 ± 15.5 years (range: 41–91), with male predominance (64.71%). The mean body mass index (BMI) was 23.9 ± 3.6 kg/m². Hypertension (64.7%) and type 2 diabetes mellitus (58.8%) were the most prevalent comorbidities. At baseline (T0), mean hemodynamic parameters across the cohort were as

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Xuân Thắng

Email: pxthanghmu92@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2025

Ngày duyệt bài: 25.7.2025