

ngiên cứu là $15,7 \pm 8,1$ ngày, ngắn nhất 3 ngày, dài nhất là 50 ngày, tại thời điểm ra viện các bệnh nhân có tình trạng lâm sàng ổn định, đã cắt sốt, không còn đau bụng với số ngày cắt sốt trung bình là $11 \pm 6,3$ ngày, nhỏ nhất là 2 ngày, lớn nhất là 43 ngày; ca bệnh sốt kéo dài do có tình trạng nhiễm khuẩn huyết, bệnh nhân sau đó được chăm sóc điều trị ổn định và ra viện; trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào tử vong. Kết quả này tương tự với báo cáo của tác giả Nguyễn Công Long thời gian nằm viện trung bình là $17,83 \pm 8,47$ ngày, ngắn nhất 4 ngày, dài nhất là 39 ngày [3]. Có thể thấy áp xe gan là bệnh lý nhiễm trùng tiên lượng nặng nề, thời gian điều trị còn kéo dài, do vậy công tác chăm sóc hộ lý có vai trò hết sức quan trọng, góp phần quan trọng giúp bệnh nhân nhanh chóng phục hồi sức khỏe và khỏi bệnh.

V. KẾT LUẬN

Chọc hút áp xe gan là chỉ định cần thiết và an toàn đối với bệnh nhân áp xe gan. Điều dưỡng đóng vai trò quan trọng trong suốt quá trình can thiệp, góp phần nâng cao tính an toàn và hiệu quả của kỹ thuật, đặc biệt là hướng dẫn bệnh nhân liên quan tới bệnh lý, trấn an tâm lý

và hướng dẫn về tuân thủ lối sống cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đào Đức Tiến, Trần Hà Hiếu, Trần Văn Hiền,** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân áp xe gan do vi khuẩn điều trị tại Bệnh viện Quân y 175. Tạp chí y dược lâm sàng 108, 2022. 17: p. 72-77.
- Đoàn Anh Vũ,** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh áp xe gan bằng phương pháp nội khoa hoặc chọc hút mủ tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ và bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2016-2017. Tạp chí y dược học Cần Thơ, 2018. 13-14: p. 54-62.
- Nguyễn Công Long, T.V. Sơn,** Đánh giá kết quả điều trị ổ áp xe gan trên 5 cm bằng Sonde dẫn lưu. 2021. 507(2).
- Nguyễn Thị Huyền Trang, et al.,** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân áp xe gan điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí y dược lâm sàng 108, 2024. 19(1).
- Blessmann, J., et al.,** Epidemiology of amebiasis in a region of high incidence of amebic liver abscess in central Vietnam. Am J Trop Med Hyg, 2002. 66(5): p. 578-83.
- Lardiere-Deguelte, S., et al.,** Hepatic abscess: Diagnosis and management. J Visc Surg, 2015. 152(4): p. 231-43.
- Roediger, R., M. Lisker-Melman,** Pyogenic and Amebic Infections of the Liver. Gastroenterol Clin North Am, 2020. 49(2): p. 361-377.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, VI SINH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM LOÉT GIÁC MẠC SAU CHẤN THƯƠNG

Đoàn Kim Thành¹, Nguyễn Trần Kiên An¹, Lê Nhật Nam²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm loét giác mạc nhiễm trùng là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây mù/giảm thị lực trầm trọng. Bệnh khởi phát do sự mất cân bằng giữa hệ thống phòng thủ của bề mặt nhãn cầu và sự phát triển quá mức của vi sinh vật, trong đó chấn thương là yếu tố hàng đầu và là điều kiện tiên quyết tạo cơ hội cho vi sinh tấn công trực tiếp mô giác mạc. Do sự khác biệt về vị trí địa lý, trình độ kinh tế - xã hội nên loại vi sinh gây bệnh cũng phát triển khác nhau. Song song đó ý thức người dân còn hạn chế về độ nghiêm trọng của bệnh nên có những hành vi góp phần gây biến chứng. Như vậy việc chẩn đoán sớm và điều trị đúng từ đầu là vấn đề rất quan trọng, quyết định đến hiệu quả điều trị. Theo thời gian với tình hình kinh tế xã hội phát triển, tác nhân vi sinh ở các vùng

địa lý, dân cư cũng có thể thay đổi do đó các biểu hiện lâm sàng, đặc điểm vi sinh có thể có nhiều sự biến đổi theo. Nhằm cập nhật vấn đề mang tính thời sự và góp phần vào việc chẩn đoán, nâng cao hiệu quả điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, vi sinh và mối liên quan của các đặc điểm đó với tiên lượng thị lực và kết quả điều trị viêm loét giác mạc nhiễm trùng sau chấn thương. **Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, mô tả. Bệnh nhân được chẩn đoán viêm loét giác mạc có tiền căn bị chấn thương đến khám và điều trị tại khoa Giác mạc, Bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 5/2023 đến 11/2023. Có phiếu thu thập thông tin được sử dụng để ghi nhận bệnh sử, các yếu tố nguy cơ, kết quả xét nghiệm vi sinh, theo dõi điều trị và ghi nhận các đặc điểm lâm sàng tại mắt trước và sau điều trị. Viêm loét giác mạc do các nguyên nhân khác (virus, amip, bệnh lý tự miễn, đeo kính tiếp xúc) được loại khỏi nghiên cứu. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 60 mắt, tuổi trung bình là $47 \pm 11,1$ tuổi, nam mắc bệnh cao hơn nữ (71,7%). Đa số chấn thương là do tai nạn sinh hoạt (67%), trong đó tác nhân bụi đất chiếm hàng đầu (36,7%). Thời gian bị chấn thương trước vào viện trung vị là 10 ngày. Tỷ lệ soi tươi dương tính 62,7%, nuôi cấy dương tính 37,5% cho kết

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Lê Văn Thịnh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trần Kiên An

Email: kienan.nguyentran@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 27.5.2024

quả vi sinh đơn tác nhân do nấm chiếm nhiều nhất (45%), tiếp theo đa tác nhân chiếm 16,7%. Staphylococcus coagulase âm kháng Methicillin là tác nhân phổ biến nhất (86,6%). Lúc vào viện, 98,3% bệnh nhân có thị lực dưới 3/10. Có 58% bệnh nhân cần can thiệp phẫu thuật, trong đó 46,7% do biến chứng dọa thủng giác mạc, thủng giác mạc và chậm lành biểu mô giác mạc. Dẫn keo và kính tiếp xúc là phương pháp được lựa chọn nhiều nhất (65,7%). Thị lực sau điều trị có cải thiện đáng kể so với thị lực lúc vào viện ($p < 0,05$). **Kết luận:** Viêm loét giác mạc sau chấn thương chủ yếu do tai nạn sinh hoạt, bụi đất, thị lực ở mức mù vẫn chiếm ưu thế. Nấm là tác nhân gây bệnh phổ biến nhất. **Từ khóa:** viêm loét giác mạc nhiễm trùng, vi khuẩn, nấm.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, MICROBIOLOGICAL DIAGNOSIS AND CLINICAL OUTCOMES OF POST-TRAUMATIC INFECTIOUS KERATITIS

Background: Infectious keratitis is one of the leading causes of blindness/ severe vision impairment. That is triggered by an imbalance between ocular surface defense system and microbial overgrowth, in which trauma is the most common risk factor. Due to the disparity between geographical location and socio-economic status, pathologic microorganisms would develop differently. Besides, people' limited awareness about the severity of disease would partly induce to complications. Thus, prompt diagnosis and right treatment at the beginning is obviously critical related to the efficiency of treatment. As time goes on, clinical and microbiological characteristics may change along with the development of the socio-economic status and pathologic microorganisms. We conduct this research to update the current issues and contribute to prompt diagnosis, improved clinical outcomes. **Purpose:** To investigate the clinical and microbiological characteristics and correlation between these factors with clinical outcomes of post-traumatic infectious keratitis. **Method:** An observational prospective study was performed on patients diagnosed with post-traumatic infectious keratitis from May 2023 to November 2023 at the corneal department of Ho Chi Minh city Eye Hospital. A data collection form was used to document patient demographics, risk factors, microbiological diagnosis, pretreatment and posttreatment ocular characteristics. Any contact lens-induced keratitis was excluded from the study. **Results:** IK was diagnosed in 60 eyes, the mean age was $47 \pm 11,1y$. significantly more were male (71,7%) than female. The majority of patients (67%) had sustained domestic injury, in which dust is the most common factor (36,7%). The median time between onset of symptoms and presentation to the hospital was 10d. Smear-positive corneal scrapings were 62,7%, culture-positive results were 37,5%. Monomicrobial fungus was the most common (45%), followed by polymicrobial (16,7%). Methicillin – resistant coagulase negative Staphylococci was predominant isolates (86,6%). 98,3% patients had visual acuity less than 3/10 at presentation. 58%

patients required surgery, in which 46,7% cases got complications: impending/corneal perforation, persistent corneal epithelial defects. Gluing and wearing contact lens is the most selected method (65,7%). Visual acuity at 6 months was significantly improved than that at presentation ($p < 0,05$).

Conclusion: Post-traumatic keratitis is mainly secondary from domestic injury, dust, blindness is predominant. Fungus is the most common pathologic microorganism. **Keywords:** infectious keratitis, bacterial keratitis, fungal keratitis, clinical outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét giác mạc (VLGM) nhiễm trùng là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây mù/giảm thị lực trầm trọng. Bệnh khởi phát do sự mất cân bằng giữa hệ thống phòng thủ của bề mặt nhãn cầu và sự phát triển quá mức của vi sinh vật, trong đó chấn thương là yếu tố hàng đầu và là điều kiện tiên quyết tạo cơ hội cho vi sinh tấn công trực tiếp mô giác mạc.

Do sự khác biệt về vị trí địa lý, trình độ kinh tế – xã hội nên loại vi sinh gây bệnh cũng phát triển khác nhau. Xét nghiệm vi sinh (soi tươi, nhuộm gram, nuôi cấy) được xem là tiêu chuẩn vàng xác định tác nhân tuy nhiên không phải cơ sở y tế ở tuyến nào cũng có thể thực hiện được. Song song đó, ý thức người dân còn hạn chế về độ nghiêm trọng của bệnh nên có những hành vi góp phần gây biến chứng nặng nề dù được điều trị tích cực.

Như vậy việc chẩn đoán sớm và điều trị đúng từ đầu là vấn đề rất quan trọng, quyết định đến hiệu quả điều trị. Theo thời gian với tình hình kinh tế xã hội phát triển, tác nhân vi sinh ở các vùng địa lý, dân cư cũng có thể thay đổi do đó các biểu hiện lâm sàng, đặc điểm vi sinh có thể có nhiều sự biến đổi theo. Nhằm cập nhật vấn đề mang tính thời sự và góp phần vào việc chẩn đoán, nâng cao hiệu quả điều trị, nghiên cứu này được tiến hành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán viêm loét giác mạc, có tiền căn chấn thương giác mạc từ tháng 5/2023 đến 11/2023 tại Bệnh viện Mắt TPHCM.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu tiền cứu, mô tả hàng loạt ca.

Bệnh nhân đến khám và điều trị tại Khoa Giác mạc Bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ.

Tiêu chuẩn chọn vào: (1) Độ tuổi 18 trở lên, (2) được chẩn đoán VLGM có tiền căn chấn thương giác mạc. Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Không

hợp tác trong quá trình thăm khám, điều trị, tái khám, (2) VLGM do các nguyên nhân khác (virus, bệnh lý tự miễn, đeo kính tiếp xúc).

Tất cả bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu được thu thập thông tin về hành chính, tiền sử, bệnh sử, khám mắt toàn diện bằng máy sinh hiển vi, nhuộm fluorescein để đánh giá chi tiết tình trạng ổ loét, Lấy mẫu bệnh phẩm và xét nghiệm vi sinh. Theo dõi quá trình điều trị trong 6 tháng ghi nhận các đặc điểm lâm sàng, thị lực và biến chứng nếu có xảy ra.

Nhập số liệu từ phiếu thu thập số liệu vào phần mềm Microsoft excel và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

2.3. Y đức. Tất cả bệnh nhân đồng thuận tham gia nghiên cứu, đảm bảo bí mật các thông tin cá nhân. Nghiên cứu được sự đồng ý và phê duyệt của Hội đồng Y đức, trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng. Nghiên cứu gồm 60 mắt trên 60 bệnh nhân đạt tiêu chuẩn chọn vào mẫu nghiên cứu.

Tuổi trung bình là $47,0 \pm 11,1$ và phần lớn là nam giới (71,7%, n = 43). Nông dân là nhóm nghề nghiệp chiếm số lượng cao nhất (28,3%, n = 17). Yếu tố nguy cơ toàn thân và tại mắt liên quan tới lành vết loét giác mạc gồm đái tháo đường (5%, n = 3), glaucoma tuyệt đối, quặm mi dưới, rối loạn tuyến meibomius. Tỷ lệ 2 mắt phải và trái mắc bệnh gần ngang bằng nhau. Kích thước thâm nhiễm nhu mô giác mạc trung bình là $4 \pm 1,6$ mm. Đa số vị trí thâm nhiễm nằm ở trung tâm (60%, n = 36) và mù tiền phòng xuất hiện ở 35 mắt (58,3%). Đa số bệnh nhân có thị lực lúc vào viện dưới 3/10, trong đó thị lực mù ($\text{ĐNT} < 3\text{m}$) chiếm ưu thế (65%, n = 39).

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, yếu tố nguy cơ viêm loét giác mạc sau chấn thương

	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam	43	71,7
Nữ	17	28,3
Tuổi	$47,0 \pm 11,1$	
Nông dân	17	28,3
Yếu tố nguy cơ (ngoài chấn thương)		
Đái tháo đường	3	5
Glaucoma tuyệt đối	1	1,7
Quặm mi dưới	1	1,7
Rối loạn tuyến Meibomius	1	1,7
Đặc điểm lâm sàng		

Mắt bệnh		
Mắt phải	29	48
Mắt trái	31	52
Vị trí thâm nhiễm		
Trung tâm	36	60
Ngoại biên	24	40
Kích thước khuyết biểu mô giác mạc (mm)	$3,8 \pm 1,6$	
Kích thước thâm nhiễm nhu mô giác mạc (mm)	$4 \pm 1,6$	
Có mù tiền phòng	35	58,3
Thị lực lúc vào viện, LogMAR	$1,8 \pm 0,8$	
< ĐNT 3m	39	65,0
ĐNT 3m - <3/10	14	23,3
3/10 - < 7/10	6	10,0
$\geq 7/10$	1	1,7
Thị lực sau điều trị, LogMAR	$1,2 \pm 0,9$	
Có cải thiện	42	70
Không cải thiện	18	30

Tỷ lệ chấn thương do tai nạn sinh hoạt cao gấp 2 lần tai nạn lao động, tác nhân bụi đất chiếm hàng đầu (36,7%, n = 22), tiếp đến là thực vật (23,3%, n = 14). Thời gian bị chấn thương trước vào viện trung vị 10 ngày.

Bảng 2: Đặc điểm chấn thương liên quan viêm loét giác mạc

	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hoàn cảnh chấn thương		
Tai nạn lao động	20	33
Tai nạn sinh hoạt	40	67
Tác nhân chấn thương		
Bụi đất	22	36,7
Thực vật	14	23,3
Côn trùng	11	18,3
Mạt sắt	5	8,3
Hóa chất	4	6,7
Khác*	4	6,7

*Khác (vây cá, bao đường, nước có gas)

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng. Soi tươi được thực hiện 37/59 mắt, trừ 1 mắt do dị vật ngoài ong. Tỷ lệ soi tươi dương tính đạt 62,7% và 100% kết quả là nấm sợi. Nuôi cấy được thực hiện 15/40 mắt do các lý do như: lâm sàng biểu hiện rõ viêm loét giác mạc do nấm và kết quả soi tươi dương tính, mắt do dị vật ngoài ong. Tỷ lệ nuôi cấy dương tính đạt 37,5%, trong đó Staphylococcus coagulase (-) kháng Methicillin chiếm tỷ lệ cao nhất (86,6%, n = 13).

Kết quả vi sinh đơn tác nhân nấm chiếm tỷ lệ nhiều nhất (45%, n = 27), tiếp đến là đa tác nhân (gồm vi khuẩn và nấm) với 16,7%. 17 mắt có kết quả soi tươi và nuôi cấy đều âm tính và 1 mắt do dị vật ngoài ong không thực hiện xét

nghiệm được liệt kê không rõ nguyên nhân.

Bảng 3: Đặc điểm vi sinh viêm loét giác mạc sau chấn thương

		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Kết quả vi sinh (n=60)			
Vi khuẩn		5	8,3
Nấm		27	45
Đa tác nhân		10	16,7
Không rõ		18	30
Loại tác nhân			
Năm	Nấm sợi	37	100
	Nấm men	0	0
Vi khuẩn	Klebsiella ozaenae	1	6,7
	Pseudomonas aeruginosa	1	6,7
	Staphylococcus coagulase (-) kháng Methicillin	13	86,6

3.3. Kết quả điều trị. Tất cả bệnh nhân

được điều trị theo phác đồ của Bệnh viện Mắt TPHCM.

Thị lực trung bình sau điều trị là $1,2 \pm 0,9$ LogMAR. Sự khác biệt giữa thị lực lúc vào viện và sau điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Như vậy sau điều trị thị lực có cải thiện hơn so với thị lực lúc vào viện. Tỷ lệ bệnh nhân cần can thiệp phẫu thuật chiếm 58%, trong đó có 28/35 bệnh nhân được đánh giá điều trị kém do xảy ra các biến chứng gồm: dọa thủng giác mạc, thủng giác mạc và chậm lành biểu mô giác mạc chiếm lần lượt là 78,6% ($n = 22$), 14,3% ($n = 4$), và 7,1% ($n = 2$). Dán keo và đeo kính tiếp xúc là phương pháp phẫu thuật được lựa chọn nhiều nhất (65,7%, $n = 23$), và ghép giác mạc bảo tồn chiếm 5,71% ($n = 2$). Bệnh nhân nam bị VLGM có đáp ứng điều trị kém hơn so với bệnh nhân nữ ($p < 0,05$).

Bảng 4: Liên quan giữa đáp ứng điều trị kém với một số yếu tố khảo sát VLGM

Yếu tố khảo sát		Đáp ứng điều trị tốt (n=32) (%)	Đáp ứng điều trị kém (n=28) (%)	P
Giới tính	Nam	19 (59,4%)	24 (85,7%)	0,043*
	Nữ	13 (40,6%)	4 (14,3%)	
Yếu tố chấn thương				
Hoàn cảnh chấn thương	Tai nạn lao động	10 (31,3%)	10 (35,7%)	0,714**
	Tai nạn sinh hoạt	22 (68,7%)	18 (64,3%)	
Tác nhân chấn thương	Bụi đất	9 (28,1%)	13 (46,4%)	0,6*
	Thực vật	6 (18,8%)	5 (17,9%)	
	Côn trùng	3 (9,4%)	1 (3,5%)	
	Mạt sắt	8 (25%)	6 (25,2%)	
	Hóa chất	4 (12,5%)	1 (3,5%)	
	Khác	2 (6,2%)	1 (3,5%)	
Vi sinh				
Tác nhân	Vi khuẩn	2 (6,2%)	3 (10,7%)	0,73*
	Nấm	16 (50%)	11 (39,3%)	
	Đa tác nhân	6 (18,8%)	4 (14,3%)	
	Không rõ	8 (25%)	10 (35,7%)	
Lâm sàng				
Thị lực lúc vào viện	TL < ĐNT 3m	20 (62,5%)	19 (67,9%)	0,5*
	ĐNT 3m ≤ TL < 3/10	9 (28,1%)	5 (17,9%)	
	3/10 ≤ TL < 7/10	2 (6,3%)	4 (14,2%)	
	TL ≥ 7/10	1 (3,1%)	0	
Vị trí ổ loét	Trung tâm	22 (68,8%)	14 (50%)	0,139**
	Ngoại biên	10 (31,2%)	14 (50%)	
Kích thước khuyết biểu mô giác mạc (mm)		3,9 ± 1,5	3,6 ± 1,7	0,48***
Kích thước thâm nhiễm nhu mô giác mạc (mm)		4 ± 1,6	4 ± 1,7	0,93***
Mủ tiền phòng	Có	18 (56,3%)	17 (60,7%)	0,72**
	Không	14 (43,7%)	11 (39,3%)	
Thị lực sau điều trị	Có cải thiện	28 (87,5%)	14 (50%)	0,002*
	Không cải thiện	4 (12,5%)	14 (50%)	

*Phép kiểm Fisher's exact test, **Phép kiểm Chi Square, ***Phép kiểm student t test

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, VLGM sau chấn thương chủ yếu do tai nạn sinh

hoạt, bụi đất chiếm hàng đầu. Điều này có sự khác biệt so với các nghiên cứu trong nước trước đây [1] và ở Ấn Độ [2], Nepal [3] chủ yếu là do

tác nhân thực vật. Như vậy việc tăng cường tuyên truyền sử dụng kính bảo hộ cần được thực hiện để phòng tránh chấn thương xảy ra. Bệnh lý đái tháo đường là yếu tố nguy cơ toàn thân được ghi nhận nhiều nhất, tương tự với các kết quả nghiên cứu trước đó [1] [4]. Viêm loét giác mạc trên bệnh nhân đái tháo đường do các cơ chế như: khô mắt do giảm số lượng và chất lượng phim nước mắt, từ đó tăng nguy cơ tổn thương bề mặt nhãn cầu như viêm giác mạc chấm nông, trợt biểu mô tái phát và chậm lành biểu mô giác mạc, kèm với giảm mật độ thần kinh giác mạc gây giảm cảm giác giác mạc, làm tăng nguy cơ chấn thương bề mặt nhãn cầu [5].

Nấm là tác nhân gây bệnh hàng đầu, chủ yếu là nấm sợi – tương tự với kết quả nghiên cứu trong nước [1] [6] và các nước vùng nhiệt đới trước đó [7]. Mặc dù theo y văn, chấn thương do tác nhân thực vật được xem là một trong những yếu tố dự đoán cho VLGM do nấm, tuy nhiên nghiên cứu chúng tôi lại ghi nhận được tác nhân gây VLGM nhiều nhất là dị vật bụi đất và sự khác biệt giữa tác nhân gây chấn thương với vi sinh không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nghiên cứu của tác giả Taneja [8] cũng cho thấy VLGM chấn thương do thực vật, phần lớn tác nhân vi sinh đa dạng gồm cả nấm, vi khuẩn với tỷ lệ VLGM do nấm và vi khuẩn gần tương đương nhau. Nghiên cứu của tác giả Chen [9] so sánh VLGM do nấm và vi khuẩn ở 2 vùng nhiệt đới và cận nhiệt đới tại Đài Lan cho thấy sinh sống ở khu vực nhiệt đới là một yếu tố nguy cơ độc lập để xác định nấm, cho nên VLGM do nấm là một bệnh lý liên quan tới khí hậu, trong đó lượng mưa thấp và nhiệt độ cao là hai yếu tố khí tượng liên quan trực tiếp đến việc tăng tỷ lệ VLGM do nấm được ghi nhận được.

Tỷ lệ nuôi cấy âm tính khá cao 62,5%, tương tự với kết quả trong nước [1] [6]. Theo chúng tôi, thuốc nhỏ kháng sinh phổ rộng hiện nay được bán rộng rãi và dễ tiếp cận ở các tiệm thuốc tây nên tình trạng tự ý sử dụng thuốc nhỏ khá phổ biến trước khi bệnh trở nặng và cần đến cơ sở y tế khám, điều này góp phần ảnh hưởng đến kết quả nuôi cấy vi khuẩn. *Staphylococcus coagulase (-)* kháng Methicillin là vi khuẩn thường gặp nhất, tương tự với nghiên cứu trước đó tại Bệnh viện Mắt TPHCM [1] [10]. Tuy nhiên nghiên cứu của tác giả Đông [6] ở Bệnh viện Mắt Trung Ương cho kết quả khác biệt với *Pseudomonas aeruginosa* là vi khuẩn thường gặp nhất.

Bệnh nhân lành sẹo chỉ với điều trị nội chiếm 42%, gần tương đương với kết quả trong nước và ngoài nước của [1][6] [7]. Biến chứng thường

gặp là: dọa thủng giác mạc, thủng giác mạc và chậm lành biểu mô giác mạc. Tuy nhiên, thị lực sau điều trị nhìn chung và ở nhóm đáp ứng điều trị kém nhìn riêng đều có sự cải thiện tốt so với thị lực lúc vào viện ($p < 0,05$). Theo Hiệp hội nghiên cứu VLGM châu Á (ACSIKS) [7], tỷ lệ điều trị nội thành công được ghi nhận thấp nhất ở VLGM do nấm, đồng thời kết quả điều trị cũng kém hơn so với VLGM do tác nhân khác, có lẽ do hạn chế tính hiệu quả của thuốc nhỏ và thuốc uống kháng nấm. Nghiên cứu của tác giả Ng trên VLGM nhiễm trùng trong 10 năm tại Hong Kong phân tích hồi quy đơn biến các yếu tố nguy cơ, triệu chứng lâm sàng cho thấy có 3 yếu tố nguy cơ liên quan đến kết cục điều trị xấu, gồm: tuổi càng lớn (trung bình 62,7 tuổi) ($p = 0,05$), tiền căn có chấn thương giác mạc ($p = 0,009$), và kích thước ổ loét lớn hơn 3 mm ($p = 0,044$).

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng: viêm loét giác mạc xảy ra chủ yếu ở nam, nông dân. Đa số chấn thương giác mạc do tai nạn sinh hoạt (67%) với tác nhân bụi đất chiếm hàng đầu (36,7%). Lúc vào viện thị lực dưới ĐNT 3m chiếm tỷ lệ cao (65%).

Đặc điểm vi sinh: tỷ lệ soi tươi dương 62,7%, tỷ lệ nuôi cấy dương tính 37,5%. Đơn tác nhân nấm gây bệnh cao nhất với 45%, đa số là nấm sợi. Tiếp đến là đa tác nhân (nấm và vi khuẩn) chiếm 16,7%, vi khuẩn thường gặp nhất là *Staphylococcus coagulase (-)* kháng Methicillin.

Kết quả điều trị: thị lực sau điều trị có cải thiện so với thị lực lúc vào viện ($p < 0,05$). 58% bệnh nhân cần can thiệp phẫu thuật, trong đó 80% do xảy ra biến chứng: dọa thủng giác mạc, thủng giác mạc, chậm lành biểu mô giác mạc. Dán keo và đeo kính tiếp xúc là phương pháp được lựa chọn nhiều nhất (65,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **N. T. Q. Như**, "Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh viêm loét giác mạc do nấm và vi khuẩn," *Y học TP Hồ Chí Minh*, 2014.
2. **Chidambaram, J. D., Venkatesh Prajna, N., Srikanthi, P., Lanjewar, S., Shah, M., Elakkiya, S., Lalitha, P., & Burton, M. J.**, "Epidemiology, risk factors, and clinical outcomes in severe microbial keratitis in South India," *Ophthalmic epidemiology*, vol. 25, no. 4, pp. 297-305, 2018.
3. **Puri, L. R., Burn, H., Roshan, A., Biswakarma, R., & Burton, M.**, "Epidemiology and clinical outcomes of microbial keratitis in South East Nepal: a mixed-methods study," *BMJ open ophthalmology*, vol. 7, no. 1, 2022.
4. **T. N. Huy**, "Khảo sát tác nhân viêm loét giác mạc nhiễm trùng tại bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh," *Luận văn Bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh*, 2020.

5. **Chang, Y. S., Tai, M. C., Ho, C. H., Chu, C. C., Wang, J. J., Tseng, S. H., & Jan, R. L.**, "Risk of Corneal Ulcer in Patients with Diabetes Mellitus: A Retrospective Large-Scale Cohort Study," *Scientific reports*, vol. 10, no. 1, p. 7388, 2020.
6. **Dong, P. N., Hang, D. T. T., Duong, N. T. N., Lien, M. T., Chen, A. C., & Aldave, A. J.**, "Infectious keratitis in Vietnam: etiology, organisms, and management at Vietnam National Eye Hospital," *International journal of ophthalmology*, vol. 15, no. 1, pp. 128-134, 2022.
7. **Khor, W. B., Prajna, V. N., Garg, P., et al. & ACSIKS Group**, "The Asia Cornea Society Infectious Keratitis Study: A Prospective Multicenter Study of Infectious Keratitis in Asia," *American journal of ophthalmology*, vol. 195, pp. 161-170, 2018.
8. **Taneja, M., Ashar, J. N., Mathur, A., Nalamada, S., & Garg, P.**, "Microbial keratitis following vegetative matter injury," *International ophthalmology*, vol. 33, no. 2, p. 117-123, 2013.
9. **Chen, C. A., Hsu, S. L., Hsiao, C. H., Ma, D. H., Sun, C. C., Yu, H. J., Fang, P. C., & Kuo, M. T.**, "Comparison of fungal and bacterial keratitis between tropical and subtropical Taiwan: a prospective cohort study," *Annals of clinical microbiology and antimicrobials*, vol. 19, no. 1, p. 11, 2020.

KHẢO SÁT ĐỘNG LỰC VÀ THỰC HÀNH THAM GIA HIẾN MÁU CỦA SINH VIÊN KHỐI NGÀNH SỨC KHỎE TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2023

Võ Quang Trung¹, Đặng Hoàng Duy², Nguyễn Văn Pol¹,
Trần Thị Thanh Hiền², Nguyễn Thị Huyền Trâm^{2,3}

TÓM TẮT

Mở đầu: Hiến máu là hoạt động nhân đạo thiết thực, bởi vì máu chỉ có thể nhận được khi có người hiến máu. Trong đó, sinh viên khối ngành sức khỏe là lực lượng tiềm năng cho nguồn dự trữ máu hiến tặng an toàn và ổn định, lực lượng này có khả năng cung cấp thông tin về hiến máu và vận động người dân tham gia hiến máu. **Mục tiêu:** Khảo sát kiến thức tham gia hiến máu của sinh viên khối ngành sức khỏe tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang mô tả đã khảo sát 780 sinh viên khối ngành sức khỏe trong tháng 02 năm 2023. **Kết quả:** Trong số 780 sinh viên tham gia khảo sát, có 70,8% sinh viên đã từng hiến máu. Phép kiểm định Chi-bình phương/Fisher cho thấy, có mối quan hệ có ý nghĩa giữa thực hành hiến máu với các đặc điểm về giới tính ($p=0,001$), ngành học và năm học ($p<0,05$), tôn giáo ($p=0,016$), thu nhập cá nhân và nhu cầu truyền máu trong gia đình ($p=0,05$). Khảo sát về động lực tham gia hiến máu ghi nhận 85,5% động lực đến từ việc hiến máu để giúp đỡ gia đình và bạn bè. Các sinh viên không hiến máu cho biết lý do chủ yếu không tham gia hiến máu vì sợ đau (46,1%). **Kết luận:** Các sinh viên khối ngành sức khỏe có thái độ tích cực đối với thực hành hiến máu nhưng vẫn còn nhiều rào cản và quan niệm sai lầm ảnh hưởng tiêu cực đến động lực thực hành hiến máu của một bộ phận sinh viên.

Từ khóa: Động lực, thực hành, hiến máu, sinh viên khối ngành sức khỏe, Thành phố Hồ Chí Minh.

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh

³Trường Đại học Công nghệ Thành phố Hồ Chí Minh (HUTECH)

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Huyền Trâm

Email: pharm.huyentram@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 28.5.2024

SUMMARY

BLOOD DONATION AMONG HEALTHCARE STUDENTS: A CROSS-SECTIONAL STUDY OF MOTIVATION, AND PRACTICE IN HO CHI MINH CITY

Background: Blood donation is a practical humanitarian activity, as blood can only be received when someone donates blood. In particular, healthcare students are a potential force for a safe and stable reserve of donated blood, a force capable of providing information on blood donation and mobilizing people to participate in blood donation. **Objective:** This study was aimed at surveying the knowledge of student's health toward carrying out blood donation in Ho Chi Minh City for the period 2023. **Method:** A descriptive cross-sectional study involving 780 student's health was conducted in February 2023. **Results:** Among 780 students participating in the survey, 70.8% of students have donated blood. The Chi-square/Fisher test shows that there is a significant relationship between blood donation practice and gender ($p=0.001$), majors and levels ($p<0.05$), religions ($p=0.016$), personal income and the need for blood transfusion in the family ($p=0.05$). The survey on motivation to donate blood found that 85.5% of motivation came from donating blood to help family and friends. Students who did not donate blood reported that the main reason for not participating in blood donation was fear of pain (46.1%). **Conclusion:** Healthcare students have a positive attitude towards blood donation practice, but there are still many barriers and misconceptions that can negatively affect students' motivation to practice blood donation.

Keywords: Blood donation, motivation, practice, healthcare students, Ho Chi Minh City.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, tình trạng khan hiếm máu thường xuyên xảy ra ở các cơ sở chăm sóc sức khỏe do