

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHƯƠNG PHÁP GHÉP MÀNG ỒI ĐIỀU TRỊ BỆNH GIÁC MẠC BỌNG

Võ Thị Thu Hồng¹, Lê Xuân Cung¹, Trương Như Hân¹

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá hiệu quả giảm đau và cải thiện các triệu chứng cơ năng của phương pháp ghép màng ối điều trị bệnh lý giác mạc bong có triệu chứng và tiên lượng thị lực thấp. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu loạt ca lâm sàng, gồm 12 mắt (trên 12 bệnh nhân) bị bệnh giác mạc bong có triệu chứng và tiên lượng thị lực thấp, được ghép màng ối điều trị tại Bệnh viện Mắt Trung Ương, từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Thời gian theo dõi trung bình là $45,5 \pm 43,4$ (từ 2-157 tuần). Đau giảm trong 91,7% mắt, trong đó 75% hết hoàn toàn triệu chứng đau. Các triệu chứng cơ năng kèm theo giảm đáng kể, không còn triệu chứng sợ ánh sáng (0,0%), cảm giác cộm vướng gập ở một mắt (8,3%), chảy nước mắt nhẹ ở bốn mắt (33,3%). Thị lực ít thay đổi, cải thiện trong hai mắt (16,7%). Biểu mô hóa hoàn toàn ở tất cả các mắt ở thời điểm sáu tuần. Một mắt phải mù nội nhãn do loét và tăng nhãn áp sau ghép màng ối 10 tháng. **Kết luận:** Ghép màng ối là phương pháp an toàn và giảm đau hiệu quả trong điều trị bệnh lý giác mạc bong có triệu chứng. Cần tiến hành thêm các đề tài nghiên cứu và so sánh hiệu quả giảm đau của màng ối và các phương pháp điều trị khác. **Từ khóa:** ghép màng ối, bệnh giác mạc bong, đau.

SUMMARY

THE RESULTS OF AMNIOTIC MEMBRANE TRANSPLANTATION FOR SYMPTOMATIC BULLOUS KERATOPATHY

Purpose: To evaluate the effectiveness of amniotic membrane transplantation (AMT) in relieving pain and discomfort in patients with symptomatic bullous keratopathy and poor visual potential. **Methods:** A prospective study of a case series, including 12 eyes (12 patients) with painful bullous keratopathy and poor visual potential. Amniotic membrane transplantation was performed. Pain relief, epithelial healing, and visual changes were analyzed. **Results:** The mean follow-up was $45,5 \pm 43,4$ (range 2 to 157 weeks). Pain relief was achieved in 91,7%, of which 75% were completely free of pain. Associated symptoms subsided significantly in all patients, including foreign body sensation in 1 (8,3%), no photophobia (0,0%), and tearing in 4 (33,3%) eyes. Vision improved in 2 (16,7%) patients. Complete epithelialization in all eyes at 6 weeks. One eye required enucleation due to ulceration and glaucoma 10 months after AMT. **Conclusion:** Amniotic

membrane transplantation was a safe and effective treatment modality of pain relief in the eyes with symptomatic bullous keratopathy. Further studies and comparisons of AMT and other treatments are needed.

Keywords: Amniotic membrane transplantation, Bullous keratopathy, Painful.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh giác mạc bong là rối loạn gây ra bởi suy giảm chức năng nội mô giác mạc, đặc trưng bởi phù nhu mô giác mạc. Khi mật độ tế bào nội mô giảm chỉ còn 300 – 500 tế bào/mm², các tế bào không còn khả năng bù trừ. Nhu mô giác mạc ngấm nước, hình thành các bong biểu mô, khi vỡ gây đau và các triệu chứng khó chịu tại mắt do kích thích các đầu dây thần kinh trên giác mạc. Có nhiều nguyên nhân gây mất bù nội mô giác mạc, bao gồm các phẫu thuật nội nhãn, chấn thương, glôcôm không kiểm soát, ghép giác mạc và các nguyên nhân gây mất bù nội mô. Phù biểu mô kéo dài có thể gây viêm loét giác mạc, hình thành tân mạch giác mạc, sẹo dẫn đến những bất lợi trong can thiệp phẫu thuật sau này. Điều trị phụ thuộc mức độ, nguyên nhân gây bệnh và tiên lượng thị lực sau can thiệp điều trị. Đối với các mắt có tiên lượng thị lực tốt, ghép giác mạc sẽ ưu tiên được lựa chọn giúp giảm đau và phục hồi thị lực. Tuy nhiên với mắt tiên lượng cải thiện thị lực kém, sẽ hướng đến các phương pháp can thiệp điều trị tránh phải mổ nhãn cầu như dùng kính tiếp xúc, chọc nhu mô trước, laser bề mặt giác mạc, phủ vật kết mạc [1].

Màng ối được ứng dụng điều trị nhiều bệnh lý trong nhãn khoa do tác dụng kích thích biểu mô hóa, giảm viêm, giảm hình thành sẹo, tân mạch, cung cấp chất nền cho tế bào phát triển. Trong bệnh lý giác mạc bong, màng ối giúp giảm đau theo nhiều cơ chế khác nhau. Một số giả thiết được đề xuất giải thích cơ chế giúp giảm đau của màng ối trong bệnh giác mạc bong. Màng ối tăng lớp chiều dày nhu mô đệm, giúp tăng chiều dày nhu mô và chất nền ngoại bào làm giảm áp suất thẩm thấu. Các proteoglycans giàu heparin sulphate trong lớp màng đáy thực hiện chức năng như màng ngăn hạn chế tính thấm của màng ối. Màng ối cung cấp bề mặt mới tạo thuận lợi cho biểu mô hóa, lớp màng đáy phủ lên lớp rỗ thần kinh giúp giảm đau. Ngoài ra, khả năng chống viêm của màng ối cũng góp phần giúp giảm đau cho người bệnh. Năm 1999,

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Thu Hồng

Email: hongqb2002@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

lần đầu tiên Pires R.T và cộng sự đã sử dụng thành công màng ối kiểm soát đau ở bệnh nhân bị bệnh giác mạc bong [5]. Nhiều nghiên cứu tiếp theo đã khẳng định tác dụng giảm đau, giảm viêm của màng ối trong điều trị bệnh giác mạc bong có triệu chứng. Tuy nhiên ở Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu nào về ghép màng ối điều trị bệnh lý giác mạc bong, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu nghiên cứu: *Đánh giá hiệu quả phương pháp ghép màng ối điều trị bệnh giác mạc bong.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh đến khám và điều trị bệnh giác mạc bong được ghép màng ối tại Bệnh viện Mắt Trung Ương từ 01/2020 đến 12/2021.

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân bệnh giác mạc bong có triệu chứng, chờ ghép giác mạc xuyên hoặc không có điều kiện ghép giác mạc.
- Bệnh nhân mất thị lực hoặc có tiên lượng thị lực không cải thiện với điều trị.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có tình trạng nhiễm trùng cấp tính.
- Bệnh nhân tăng nhãn áp và không có triệu chứng đau tại thời điểm phẫu thuật.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

* Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp, tiến cứu, loạt ca lâm sàng.

* Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

* Vật liệu ghép:

+ Màng ối tươi, được Ngân hàng Mắt tại Bệnh viện Mắt Trung ương thu nhận, xử lý và bảo quản ở tủ lạnh âm sâu -80°C.

+ Màng ối đã được bóc tách khỏi màng đệm và màng nuôi, được bảo quản trong ống Phanco chứa dung dịch MEM + Glycerin 99% với tỷ lệ 1:1, có nhỏ kháng sinh Oflovid.

+ Trước khi phẫu thuật 30 phút sẽ được lấy ra rửa đông và sử dụng.

* Các biến số nghiên cứu:

- Chỉ số về thị lực, nhãn áp.
- Đánh giá mức độ đau: chia thành 4 mức độ
Độ 0: Không đau.
Độ 1: Đau có thể chịu đựng được.
Độ 2: Đau có thể giảm với thuốc giảm đau.
Độ 3: Đau không giảm với thuốc giảm đau thông thường.

- Triệu chứng cơ năng: chảy nước mắt, sợ ánh sáng, cảm giác dị vật.

- Thời gian biểu mô hóa sau ghép màng ối.

- Tiêu chuẩn đánh giá kết quả: Phẫu thuật thành công khi bệnh nhân hết hoặc giảm đáng

kể triệu chứng đau và hết bong giác mạc hoặc tái phát bong mức độ nhẹ.

2.3. Quy trình phẫu thuật:

- Sát khuẩn, gây tê cạnh nhãn cầu.
- Khoan đánh dấu giác mạc đường kính 9-10mm, cách rìa 1-2mm.
- Bóc biểu mô bề mặt giác mạc bằng Gelaspon, forceps, dùng dao Cressent ở những vị trí biểu mô khó tách.
- Khoan cắt màng ối cùng kích thước đường kính giác mạc được đánh dấu (hoặc cắt màng ối bằng tay, theo diện biểu mô đã bóc sau khi đặt màng ối lên bề mặt giác mạc) với mặt biểu mô hướng lên trên.
- Khâu cố định màng ối bằng chỉ nylon 10-0 hoặc dán bằng keo sinh học.
- Đặt kính tiếp xúc.
- Tra thuốc kháng sinh và corticosteroid từ hai tuần đến một tháng sau phẫu thuật và giảm liều dần tùy tình trạng mắt.
- Cắt chỉ sau khi liền biểu mô tối thiểu một tuần.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm nhóm nghiên cứu: 12 bệnh nhân (9 nam, 3 nữ) tuổi trung bình là $69,1 \pm 11,5$ tuổi (từ 45 – 83 tuổi), thời gian bị bệnh trung bình trước phẫu thuật là $8,3 \pm 7,6$ tháng (từ 2 – 30 tháng), thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật ghép màng ối là $45,5 \pm 43,4$ tuần (từ 2 – 153 tuần).

Nhãn áp tại thời điểm phẫu thuật của bệnh nhân được đo bằng phương pháp Icare, nằm trong giới hạn bình thường từ 15 – 20 mmHg, trung bình $17,3 \pm 1,6$ mmHg.

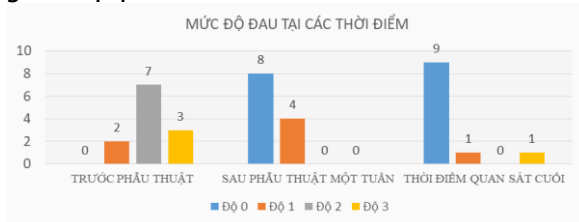
Bảng 1. Các nguyên nhân gây bệnh giác mạc bong

STT	Nguyên nhân gây bệnh giác mạc bong	n (mắt)	%
1	Phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh, đặt thể thủy tinh nhân tạo (Phaco + IOL)	6	50
2	Lấy thể thủy tinh ngoài bao	3	25
3	Phẫu thuật cắt bè củng mạc	2	16,7
4	Thất bại ghép nội mô giác mạc (DSEAK)	1	8,3
Tổng		12	100

Nguyên nhân gây bệnh giác mạc bong trong nhóm nghiên cứu gặp nhiều nhất là sau phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh, đặt thể thủy tinh nhân tạo (Phaco + IOL) chiếm 50%, sau lấy thể thủy tinh ngoài bao 25%, phẫu thuật cắt bè củng mạc điều trị bệnh lý glôcôm 16,7%, thất bại ghép sau phẫu thuật ghép giác mạc nội mô (DSEAK) 8,3% (bảng 1). Trong 12 mắt nghiên

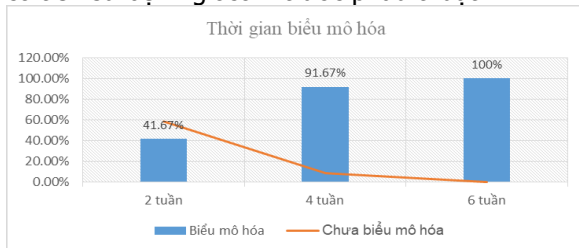
cứ có 9 mắt (75%) có bệnh lý kèm theo ngoài nguyên nhân gây bệnh chính, trong đó bốn mắt có chấn thương cũ, năm mắt có tiền sử phẫu thuật cắt bẻ.

Bệnh nhân trong nghiên cứu đều có tiên lượng thấp sau phẫu thuật, mức thị lực trước và sau phẫu thuật đều ở mức thấp từ ST (+) đến ĐNT 1m. Sau điều trị mức thị lực vẫn nằm khoảng từ ST (+) đến ĐNT 1m, thị lực không thay đổi ở 33,3% bệnh nhân, chỉ 16,7% bệnh nhân có sự cải thiện thị lực nhẹ, 50% bệnh nhân giảm thị lực.



Biểu đồ 1: Mức độ đau tại các thời điểm

Trước phẫu thuật có bảy bệnh nhân đau mức độ 2, ba bệnh nhân ở độ 3, mức độ đau đã giảm xuống đáng kể ngay một tuần sau phẫu thuật với tám bệnh nhân hết triệu chứng đau, bốn bệnh nhân còn đau ở độ 1. Kết quả này tiếp tục được giữ đến thời điểm quan sát cuối cùng với chín bệnh nhân hết triệu chứng đau, hai bệnh nhân còn đau ở mức độ 1 có thể chịu được không cần dùng thuốc giảm đau (Biểu đồ 1). Tuy nhiên có một bệnh nhân đau nhiều, liên quan đến tăng nhãn áp không kiểm soát được tại thời điểm sau phẫu thuật 10 tháng và phải bỏ mắt, bệnh nhân có tiền sử bệnh glôcôm trước phẫu thuật.



Biểu đồ 2: Thời gian liền biểu mô sau ghép màng ối

Thời gian liền biểu mô trung bình là $2,6 \pm 1,2$ tuần (từ 2-6 tuần) (Biểu đồ 2). Ở thời điểm quan sát cuối cùng, một mắt (8,3%) còn cảm giác cộm vướng, bốn mắt (33,3%) còn chảy nước mắt nhẹ.

Kết quả cuối cùng, theo tiêu chí nghiên cứu tỉ lệ thành công của phẫu thuật là 91,7% với 11 bệnh nhân, trong đó có chín bệnh nhân (75%) mắt hoàn toàn triệu chứng đau, hai bệnh nhân (16,7%) cải thiện một phần triệu chứng, và một bệnh nhân (9,3%) phải bỏ mắt do tăng nhãn áp.

Các dấu hiệu viêm không còn xuất hiện, một mắt phát triển mộng giả độ một, một mắt có co kéo màng ối, các biến chứng nhiễm trùng, hình thành u hạt, dính mi cầu không quan sát thấy.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh giác mạc bong gây đau và khó chịu cho người bệnh với nhiều mức độ khác nhau theo giai đoạn bệnh. Lựa chọn điều trị phụ thuộc giai đoạn, nguồn lực và tiên lượng thị lực sau can thiệp. Giai đoạn đầu bệnh nhân được điều trị nội khoa bằng nước mắt nhân tạo, tăng liên biểu mô, nước muối ưu trương NaCl 5%. Khi bệnh tiến triển, nhiều phương pháp điều trị khác nhau được áp dụng tuy nhiên vẫn có một số hạn chế. Sử dụng kính tiếp xúc kéo dài dễ gây nhiễm khuẩn, kêu gọi tân mạch và cần theo dõi sát, vật kết mạc không đáp ứng được yếu tố thẩm mỹ và hậu phẫu gây đau nhiều, nguy cơ suy giảm tế bào nguồn vùng rìa, giảm hiệu quả nếu bệnh nhân cần can thiệp cắt bẻ và ảnh hưởng đến chất lượng ghép giác mạc thì hai ở những bệnh nhân còn khả năng phục hồi thị lực, phương pháp gọt giác mạc bằng laser PRK (Photorefractive Keratectomy) cần tránh bị máy laser đặt tiền và nguy cơ nhiễm trùng, loét giác mạc thần kinh sau laser điều trị. Vì vậy các tác giả tiếp tục nghiên cứu tìm giải pháp điều trị tối ưu hơn, trong đó màng ối là lựa chọn với nhiều ưu điểm. Tất cả các bệnh nhân giác mạc bong trong nghiên cứu đều có tiên lượng thị lực thấp, đã điều trị nội khoa bằng dung dịch bôi trơn, tăng liên biểu mô và kính tiếp xúc thời gian dài tuy nhiên triệu chứng không cải thiện nên đã lựa chọn ghép màng ối giúp giảm đau tại thời điểm phẫu thuật [3,5,7].

Màng ối với nhiều đặc tính ưu việt được ứng dụng điều trị nhiều bệnh lý trong lĩnh vực nhãn khoa trong đó có bệnh lý giác mạc bong. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghép màng ối điều trị giác mạc bong mang lại hiệu quả giảm đau trong tất cả các bệnh nhân, trừ một bệnh nhân phải bỏ mắt ở thời điểm 10 tháng sau phẫu thuật, do không kiểm soát được nhãn áp trên mắt có bệnh lý glôcôm đã phẫu thuật cắt bẻ. Nhiều nghiên cứu của các tác giả trên thế giới cũng cho thấy kết quả giảm đau hiệu quả của phẫu thuật ghép màng ối. Nghiên cứu phẫu thuật ghép màng ối điều trị bệnh giác mạc bong đầu tiên của tác giả Pires R.T và cộng sự tiến hành năm 1995, n=50, có 90% bệnh nhân mất hoàn toàn triệu chứng đau, bốn mắt (8%) giảm đau một phần và chỉ một mắt (2%) không cải thiện triệu chứng với thời gian theo dõi trung bình là 33,8 tuần [5]. Các nghiên cứu kế tiếp của các tác giả khác cũng

đưa ra kết luận tương tự về hiệu quả của màng ối trong điều trị bệnh giác mạc bong. Các triệu chứng cơ năng về cảm giác dị vật, sợ ánh sáng, chảy nước mắt cũng giảm đáng kể. Tại thời điểm quan sát cuối cùng chỉ một bệnh nhân còn cảm giác cộm vướng, bốn bệnh nhân chảy nước mắt ít. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác [8]. Nghiên cứu năm 2003 của tác giả Espana EM và cộng sự tiến hành trên 18 mắt cũng cho thấy hiệu quả cao giúp giảm đau ở 88% mắt trong đó 66% giảm đau hoàn toàn, tỷ lệ còn các triệu chứng cảm giác dị vật gặp ở 5% mắt, chảy nước mắt 11% và sợ ánh sáng gặp ở 5% mắt [2].

Tác dụng giảm đau của màng ối cũng thể hiện qua thời gian liên biểu mô sớm sau ghép màng ối. Thời gian liên biểu mô hoàn toàn của các bệnh nhân trong nghiên cứu khá nhanh, trung bình là 2.6 tuần. Chúng tôi cho rằng 12 bệnh nhân trong nghiên cứu, mặc dù bảy mắt (58,3%) có tiền sử chấn thương hoặc đã phẫu thuật cắt bè điều trị bệnh lý glôcôm dẫn đến tiên lượng thị lực kém sau phẫu thuật, tuy nhiên không có mắt nào suy giảm tế bào nguồn vùng rìa gây ảnh hưởng đến thời gian liên biểu mô. Nghiên cứu loạt ca bệnh của tác giả Onur Furundaoturan và cộng sự (n=10, 2021) có thời gian liên biểu mô là 27.10 ± 13.05 , dài hơn nghiên cứu của chúng tôi, các tác giả cho rằng nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu đều có tiền sử sử dụng thuốc nhỏ mắt điều trị tăng nhãn áp, có độc tính lên bề mặt nhãn cầu gây nên tình trạng chậm liên biểu mô [6].

Thị lực trước và sau phẫu thuật của các bệnh nhân không có sự thay đổi đáng kể và đều ở mức thấp từ ST (+) đến ĐNT 1m, vì các bệnh nhân đều có tiên lượng thị lực kém sau can thiệp phẫu thuật. Không có bệnh nhân nào có chỉ định ghép màng ối trong thời gian chờ đợi ghép giác mạc do đó mức cải thiện thị lực không đáng kể. Một số nghiên cứu tiến hành trên nhóm đối tượng ghép màng ối trong thời gian chờ ghép giác mạc cho thấy màng ối ngoài tác dụng chống viêm, giảm đau, tăng liên biểu mô còn giúp cải thiện thị lực đáng kể. Nghiên cứu của tác giả Sirinavas S và cộng sự (n=7, 2006) có năm mắt (71,4%) tăng thị lực sau phẫu thuật từ BBT lên ĐNT trong ba mắt, từ 6/60 lên 6/24 ở một mắt và từ BBT lên 6/24 ở một mắt [7].

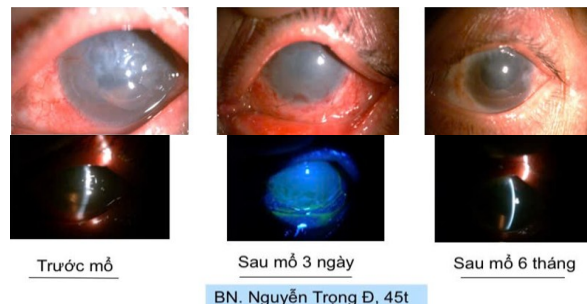
Kết quả của phẫu thuật ở thời điểm quan sát cuối cùng, tỷ lệ thành công đạt 91,7%, trong đó có 75% mắt hết hoàn toàn triệu chứng đau và không gặp biến chứng nghiêm trọng nào trừ một bệnh nhân phải bỏ mắt vì tăng nhãn áp tái phát. Các nghiên cứu về ghép màng ối điều trị bệnh

giác mạc bong của các tác giả trên thế giới cũng có kết quả thành công cao, nghiên cứu của tác giả Onur Furundaoturan và cộng sự (n=10, 2021) cho thấy toàn bộ các mắt trong nghiên cứu đều có sự cải thiện triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật ghép màng ối [6].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ghép màng ối là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả giúp giảm đau và giảm các triệu chứng cơ năng trong bệnh giác mạc bong có tiên lượng thị lực thấp. Ghép màng ối được lựa chọn giúp giảm đau tạm thời và cải thiện một phần thị lực trong thời gian chờ ghép giác mạc, phương pháp điều trị này có thể áp dụng tại các cơ sở y tế về nhãn khoa trên toàn quốc ở những quốc gia có nguồn giác mạc hiến hạn chế.

Một số hướng nghiên cứu khác đánh giá hiệu quả điều trị bệnh giác mạc bong có triệu chứng và tiên lượng thị lực thấp như phương pháp chọc nhu mô giác mạc, đây là một can thiệp đơn giản, hiệu quả so với phương pháp ghép màng ối [3,4]. Do đó, để nâng cao giá trị của nghiên cứu, cần theo dõi trên số lượng bệnh nhân lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn và mở rộng nghiên cứu so sánh hiệu quả với các phương pháp điều trị khác như chọc nhu mô giác mạc hoặc đánh giá hiệu quả sự phối hợp hai phương pháp điều trị.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đình Ngân.** Ghép màng ối trong điều trị về mặt nhãn cầu (Sách chuyên khảo. Nhà xuất bản Y học. 2020).
2. **Espana EM, Grueterich M, Sandoval H, và cộng sự.** Amniotic membrane transplantation for bullous keratopathy in eyes with poor visual potential. J Cataract Refract Surg. 2003; 29: p.279–284.
3. **Gregory ME, Spiteri-Cornish K, Hegarty B và cộng sự.** Combined amniotic membrane transplant and anterior stromal puncture in painful bullous keratopathy: clinical outcome and confocal microscopy. Can J Ophthalmol. 2011; 46: p.169–174.
4. **Paris F.S, E. D. Gonçalves, M. S. de Q. Campos và cộng sự.** Amniotic membrane transplantation versus anterior stromal puncture

- in bullous keratopathy: a comparative study. Br J Ophthalmol. 2013; 97: p.980–984.
5. **Pires RT, Tseng SC, Prabhasawat P, và cộng sự.** Amniotic membrane transplantation for symptomatic bullous keratopathy. Arch Ophthalmol. 1999; Pp.117:1291–1297.
 6. **Onur F, Melis P, Özlem B. S.** Palliative Efficacy of Intrastromal Amniotic Membrane Procedure in Symptomatic Bullous Keratopathy Patients. Turk J Ophthalmol. 2022;52:162-167.
 7. **Srinivas S, Mavrikakis E, Jenkins C.** Amniotic membrane transplantation for painful bullous keratopathy. European Journal of Ophthalmology / Vol. 17 no. 1, 2007; p.7-10
 8. **Siu GDYoung AL, Cheng II.** Long-term Symptomatic Relief Of Bullous Keratopathy with Amniotic Membrane Transplant. Int Ophthalmol. 2015; 35: p777–783.

MỨC ĐỘ NHẠY CẢM KHÁNG SINH CỦA CÁC CHỦNG MORAXELLA CATARRHALIS PHÂN LẬP ĐƯỢC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH NĂM 2023

Nguyễn Văn An^{1,2}, Nguyễn Văn Đức³, Lê Hạ Long Hải^{4,5}

TÓM TẮT

Moraxella catarrhalis là một loại vi khuẩn Gram âm hiếu khí, có khả năng gây ra các nhiễm trùng đường hô hấp. Vi khuẩn này đã đề kháng với nhiều kháng sinh thông dụng, khiến việc điều trị ngày càng khó khăn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang nhằm xác định đặc điểm phân bố và mức độ nhạy cảm với kháng sinh của các chủng M. catarrhalis phân lập được tại Bệnh viện đa khoa Tâm Anh năm 2023. **Kết quả:** Trong 465 chủng M. catarrhalis phân lập được, tỷ lệ phân bố vi khuẩn này cao nhất ở nhóm 1-4 tuổi (82,8%), sau đó giảm dần với các độ tuổi lớn hơn. Các chủng M. catarrhalis phân bố chủ yếu ở nam giới (58,9%) và ở khoa Nhi (99,4%). Vi khuẩn này nhạy cảm thấp nhất với azithromycin (36,3%), cefuroxime (52,5%) và cao nhất với levofloxacin (99,7%). Chưa phân lập được chủng M. catarrhalis nào không nhạy cảm với meropenem và amoxicillin-clavulanate. **Kết luận:** M. catarrhalis chủ yếu gây ra các nhiễm khuẩn hô hấp ở trẻ nhỏ, có xu hướng phân bố giảm dần từ 5 tuổi trở đi. Nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết của việc quản lý chặt chẽ việc sử dụng kháng sinh để kiểm soát hiệu quả tình trạng kháng kháng sinh do vi khuẩn này đã đề kháng ở mức độ cao một số kháng sinh thông dụng. Meropenem, amoxicillin-clavulanate và levofloxacin là những kháng sinh hiệu quả nhất để điều trị M. catarrhalis. **Từ khóa:** Moraxella catarrhalis, kháng kháng sinh, nhạy cảm, Bệnh viện đa khoa Tâm Anh.

SUMMARY

ANTIMICROBIAL SUSCEPTIBILITY PATTERNS OF MORAXELLA CATARRHALIS ISOLATES AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL IN 2023

¹Bệnh viện Quân y 103

²Học viện Quân y

³Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

⁴Đại học Y Hà Nội

⁵Bệnh viện Đa khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hạ Long Hải

Email: lehalonghai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.2.2025

Ngày duyệt bài: 12.3.2025

Moraxella catarrhalis is an aerobic, gram-negative bacterium associated with respiratory tract infections. Its increasing resistance to commonly used antibiotics poses significant challenges to treatment. **Methods:** This cross-sectional study aimed to assess the distribution characteristics and antimicrobial susceptibility patterns of M. catarrhalis strains isolated at Tam Anh General Hospital in 2023. **Results:** Of 465 M. catarrhalis isolates, the highest distribution rate of M. catarrhalis was observed in children aged 1-4 years (82.8%), with a declining trend in older age groups. Most isolates were from male patients (58.9%), predominantly in the Pediatrics Department (99.4%). The strains exhibited the lowest susceptibility to azithromycin (36.3%) and cefuroxime (52.5%), while demonstrating the highest sensitivity to levofloxacin (99.7%). No resistance was detected to meropenem or amoxicillin-clavulanate among the isolates. **Conclusions:** M. catarrhalis primarily affects young children, with its prevalence decreasing from 5 years of age. The study highlights the importance of reasonable antibiotic use to mitigate the rise of antibiotic resistance. Meropenem, amoxicillin-clavulanate, and levofloxacin remain the most effective treatment options for M. catarrhalis infections.

Keywords: Moraxella catarrhalis, antimicrobial resistance, susceptibility, Tam Anh General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Moraxella catarrhalis (trước đây còn gọi là Branhamella catarrhalis hoặc Neisseria catarrhalis) là một loại vi khuẩn Gram âm hiếu khí, có khả năng gây ra các nhiễm trùng đường hô hấp bao gồm: viêm tai giữa, viêm xoang, viêm phế quản cấp tính và viêm phổi, với tỷ lệ giảm dần theo độ tuổi [4]. Trước năm 1976, chưa có báo cáo nào về việc vi khuẩn này có khả năng sinh enzyme beta-lactamase [5]. Tuy vậy, kể từ khi phát hiện được các chủng M. catarrhalis có khả năng sinh enzyme beta-lactamase, việc điều trị kháng sinh đối với vi khuẩn này ngày càng trở nên khó khăn hơn do chúng có xu hướng gia tăng tính kháng thuốc, điều đó có thể dẫn tới các khó khăn trong công tác điều trị các nhiễm khuẩn đường hô hấp do