

ngiên cứu KEYNOTE-189⁹, tỷ lệ tác dụng phụ trong nghiên cứu của chúng tôi có vẻ thấp hơn, điều này có thể liên quan đến số lượng mẫu nhỏ và thời gian theo dõi còn ngắn.

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn có một số hạn chế. Thứ nhất, cỡ mẫu nhỏ với chỉ 20 bệnh nhân, do đó việc đánh giá chính xác về hiệu quả của phác đồ điều trị là khó khăn. Thứ hai, thời gian theo dõi trung bình chưa đủ dài để đưa ra kết luận về thời gian sống toàn bộ (OS). Thứ ba, đây là một nghiên cứu hồi cứu mô tả, điều này làm hạn chế khả năng kiểm soát các biến số và có thể dẫn đến sai lệch trong kết quả. Do đó, các nghiên cứu tiếp theo cần thực hiện trên quy mô lớn hơn và với thời gian theo dõi dài hơn để có thể đánh giá toàn diện hơn về hiệu quả của phác đồ này.

V. KẾT LUẬN

Tóm lại, kết quả nghiên cứu cho thấy rằng phác đồ phối hợp pembrolizumab với hóa trị bộ đôi có platinum là một lựa chọn hiệu quả và an toàn trong điều trị bước một cho bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV tại Việt Nam. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển ở nhóm có bộ tộc PD-L1>50% cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không bộ tộc PD-L1.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Freddie Bray BSc, MSc, PhD, Mathieu Laversanne MSc, et al** (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries.
2. **GLOBOCAN**. Vietnam Factsheet. In: International Agency for Research on Cancer (2022). Available at: <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheet.pdf>
3. **Ganti AK, Klein AB, Cotarla I, Seal B, Chou E**. Update of Incidence, Prevalence, Survival, and Initial Treatment in Patients With Non-Small Cell Lung Cancer in the US. *JAMA Oncol*. 2021;7(12):1824–1832. doi:10.1001/jamaoncol. 2021.4932
4. **Zappa C, Mousa SA**. Non-small cell lung cancer: current treatment and future advances. *Transl Lung Cancer Res*. 2016 Jun;5(3):288-300. doi: 10.21037/tlcr.2016.06.07. PMID: 27413711; PMCID: PMC4931124.
5. **Đỗ Hùng Kiên** (2023). Đánh giá kết quả điều trị pembrolizumab bước sau trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn, Tháng 3- Tập 523- Số 3, tr. 51-55
6. **Cần Xuân Hạnh** (2024). Đánh giá kết quả điều trị và tác dụng không mong muốn của phác đồ pembrolizumab kết hợp hoá trị trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV tại bệnh viện Phổi Trung ương. *Tạp chí y học Việt Nam*, Tháng 3- Số 1B, tr. 145-149.
7. **Minh Lanh, P., Công Minh, T., & Cẩm Phương, P.** (2022). Kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn iv bằng pembrolizumab kết hợp hóa trị. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 519(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v519i1.3562>
8. **Nguyễn, T. D., Cần, X. H., Nguyễn, T. L., & Đặng, T. L.** (2024). Đánh giá thời gian sống thêm trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn iv điều trị bằng phác đồ pembrolizumab kết hợp hóa trị tại bệnh viện phổi trung ương. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 536(1B). <https://doi.org/10.51298/vmj.v536i1B.8750>
9. **Gandhi Leena; Rodríguez-Abreu Delvys, et al**. Pembrolizumab plus Chemotherapy in Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer. *N. Engl. J. Med*. 2018, 378 (22), 2078–2092. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1801005>.
10. **Reck Martin; Rodríguez-Abreu Delvys, et al**. Pembrolizumab versus Chemotherapy for PD-L1-Positive Non-Small-Cell Lung Cancer. *N. Engl. J. Med*. 375 (19), 1823–1833. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1606774>.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ YẾU TỐ VI SINH HỌC GÂY VIÊM LỆ QUẢN

Nguyễn Thanh Nam¹, Biện Thị Cẩm Vân¹,
Tôn Tường Trí Hải², Huỳnh Quang Thắng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm lệ quản là một tình trạng viêm phần lệ quản của hệ thống lệ đạo hiếm gặp ^[5,9],

thường dễ bỏ sót và thường kéo dài do bị chẩn đoán nhầm lẫn với các bệnh lý bề mặt nhãn cầu khác ^[3]. Các nghiên cứu đã công bố trước đây chứng minh *Actinomyces israeli* là mầm bệnh phổ biến nhất gây viêm lệ quản^[3,5]. Trên thế giới, các tài liệu khảo sát về đặc điểm lâm sàng về viêm lệ quản khá khan hiếm. ^[7]. Mặt khác, tại Việt Nam việc chẩn đoán và điều trị bệnh viêm lệ quản hiện nay thường bị bỏ sót do hiểu biết về bệnh học cũng như tác nhân gây bệnh còn hạn chế, chẩn đoán sai thường dẫn đến các thủ thuật không cần thiết. Nền đề làm sáng tỏ vấn đề này, chúng tôi tiến hành: "Khảo sát đặc điểm lâm sàng và

¹Bệnh viện Mắt TP.Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Tôn Tường Trí Hải

Email: trihaimd@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 24.3.2025

yếu tố vi sinh học gây viêm lệ quản” với mục đích nhận biết rõ hơn đặc điểm lâm sàng và các yếu tố vi sinh học gây bệnh của viêm lệ quản để góp phần chẩn đoán sớm và có hướng điều trị tốt hơn. **Mục tiêu:** Xác định yếu tố vi sinh học gây viêm lệ quản. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu báo cáo hàng loạt ca (case series). Chúng tôi thu thập được 25 mắt thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán viêm lệ quản. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 57.16 và bệnh gặp ở nữ nhiều hơn nam. Triệu chứng nổi bật nhất xuất hiện ở 100% bệnh nhân là tiết dịch nhầy, mủ và ăn lỗ lệ ra mủ. Kết quả vi sinh cho thấy 88% số trường hợp cấy dương tính, trong đó có 22,73% mẫu dương tính phối hợp hai loài vi sinh vật. Vi khuẩn kỵ khí Gram dương *Parvimonas micra* dương tính nhiều nhất (tỉ lệ 31,82%). **Kết luận:** Viêm lệ quản nên được chẩn đoán nghi ngờ ở bất kì bệnh nhân nào có chảy nước mắt không giải thích được. Trước đây khi nói về viêm lệ quản nguyên phát thì sẽ nghĩ ngay đến *Actinomyces*, nhưng với các kết quả nghiên cứu gần đây quan niệm này đã thay đổi, vi sinh vật kỵ khí khác nổi lên như là một tác nhân phổ biến nhất là *Parvimonas* spp. **Từ khóa:** Viêm lệ quản, rách lệ quản, *Parvimonas micra*

SUMMARY

SURVEY OF CLINICAL AND MICROBIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CANALICULITIS

Introduction: Canaliculitis is an uncommon inflammatory condition of the canaliculi within the lacrimal drainage system [5,9], which is often overlooked and prolonged due to misdiagnosis as other ocular surface disorders [3]. Previous studies have demonstrated that *Actinomyces israelii* is the most common pathogen causing canaliculitis [3,5]. Globally, literature on the clinical features of canaliculitis is scarce [7]. In Vietnam, the diagnosis and treatment of canaliculitis are often missed due to limited knowledge of the disease and its causative agents. Misdiagnosis frequently leads to unnecessary procedures. To address this gap, we conducted a study titled: “Clinical and microbiological features of canaliculitis”, aiming to better understand the clinical characteristics and microbiological factors associated with canaliculitis, thereby contributing to early diagnosis and improved treatment strategies. **Objective:** To identify the microbiological factors causing canaliculitis. **Study methods:** A case series study. We collected data from 25 eyes that met the diagnostic criteria for canaliculitis. **Results:** The average age was 57.16, and the condition was more common in females than males. The most prominent symptom, observed in 100% of patients, included mucopurulent discharge and pus expression upon pressing the punctum. Microbiological analysis revealed an 88% positive culture rate, with 22.73% of samples demonstrating co-infection with two microbial species. The most frequently isolated pathogen was the Gram-positive anaerobic bacterium *Parvimonas micra*, accounting for 31.82% of cases. **Conclusion:** Canaliculitis should be suspected in any patient presenting with unexplained tearing. Previously, primary canaliculitis was predominantly attributed to

Actinomyces. However, recent research indicates that other anaerobic microorganisms, particularly *Parvimonas* spp., have emerged as the most common causative agents. **Keywords:** Canaliculitis, canaliculotomy, *Parvimonas micra*.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm lệ quản là một tình trạng viêm phần lệ quản của hệ thống lệ đạo hiếm gặp [5,9], dễ bỏ sót và dễ bị chẩn đoán nhầm lẫn với các bệnh lý bề mặt nhãn cầu khác [3]. Các nghiên cứu đã công bố trước đây chứng minh *Actinomyces israelii* là mầm bệnh phổ biến nhất gây viêm lệ quản [3,5]. Trên thế giới, các tài liệu khảo sát về đặc điểm lâm sàng về viêm lệ quản khá khan hiếm. [7]. Mặt khác, tại Việt Nam việc chẩn đoán và điều trị bệnh viêm lệ quản hiện nay thường bị bỏ sót do hiểu biết về bệnh học cũng như tác nhân gây bệnh còn hạn chế, chẩn đoán sai thường dẫn đến các thủ thuật không cần thiết. Nên để làm sáng tỏ vấn đề này, chúng tôi tiến hành: “Khảo sát đặc điểm lâm sàng và yếu tố vi sinh học gây viêm lệ quản” với mục đích nhận biết rõ hơn đặc điểm lâm sàng và các yếu tố vi sinh học gây bệnh của viêm lệ quản để góp phần chẩn đoán sớm và có hướng điều trị tốt hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu báo cáo hàng loạt ca (case series). Từ năm 2020 đến năm 2021, chúng tôi thu thập được 25 mắt trên 24 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán viêm lệ quản. Sau đó, bệnh nhân được tiến hành nặn lệ quản lấy dịch mủ, chất lỏng động xét nghiệm vi sinh, rách lệ quản

❖ Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Bệnh nhân có đầy đủ các dấu hiệu:
- + Chảy nước mắt và hoặc sưng viêm góc trong mi mắt.
- + Mủ hoặc sỏi chảy từ điểm lệ trên hoặc dưới hoặc cả hai.
- + Kết quả bơm rửa lệ đạo: kim chạm xương, nước xuống miệng.

❖ Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật lệ đạo trước đó: nặn lệ quản đứt, tạo hình điểm lệ, phẫu thuật tiếp khẩu túi lệ mũi, tiếp khẩu hồ lệ mũi.
- Bệnh nhân điều trị các bệnh lý bề mặt nhãn cầu: viêm loét giác mạc, khô mắt...
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không có điều kiện theo dõi, tái khám.

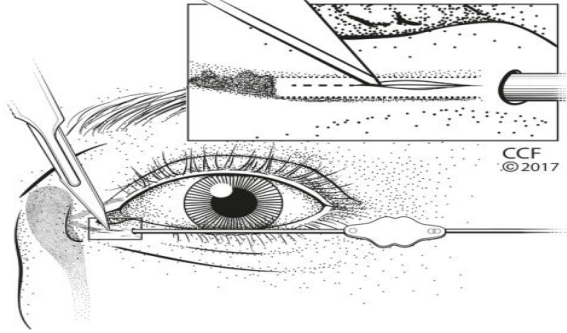
Tiến hành nghiên cứu:

- Bệnh nhân bị viêm lệ quản thỏa đủ các tiêu chuẩn chọn mẫu và không có các điều kiện loại trừ được đưa vào nghiên cứu.
- Bệnh nhân được khám nội và thực hiện các xét nghiệm tiền phẫu, đủ điều kiện phẫu

thuật, kí cam kết phẫu thuật.

– Tại phòng mổ, cách lấy bệnh phẩm tiến hành qua các bước:

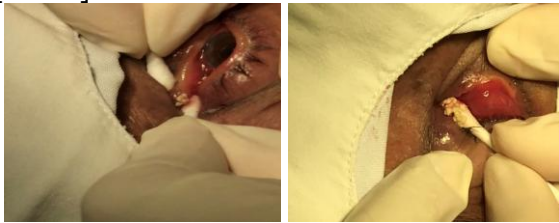
- + Tê tại chỗ bằng Lidocaine 2% 1-2ml.
- + Dùng dao 11G rạch lệ quản các điểm lệ khoảng 2mm [Hình 1].



Hình 1: Vị trí rạch lệ quản

(Nguồn: Edward J. Wladis)

- + Lấy chất kết tụ, mủ, cặn lắng, nặn sạch sỏi [Hình 2].



Hình 2: Nặn lệ quản lấy sỏi

(Nguồn: Hình ảnh bệnh nhân trong nghiên cứu)

- + Lấy bệnh phẩm đi phân lập vi sinh.
- + Tiến hành các bước phẫu thuật điều trị tiếp theo.
- + Băng mắt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng chung

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ

	Đặc điểm	Số lượng (%)
Tuổi trung bình	57.16 ± 13,431	
Giới tính Nam:Nữ	1:4	
Thời gian bệnh	16 (8.25 – 23.75) tháng	
Lệ quản	Trên Dưới Cả hai	2 (8,00%) 18 (72,00%) 5 (20,00%)
Bệnh mắt đi kèm	Viêm kết mạc Viêm loét giác mạc Rối loạn chức năng tuyến Meibomian	10 (40,00%) 1 (4,00%) 7 (28,00%)

Triệu chứng lâm sàng trước phẫu thuật

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật

		Số bệnh nhân (n=25)	
		Tần số	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng trước mổ	Tiết dịch nhầy, mủ	25	100,00
	Chảy nước mắt	19	76,00
	Đỏ mắt, sung huyết kết mạc	12	48,00
	Cộm xốn	9	36,00
Triệu chứng thực thể trước mổ	Án lõ lệ ra mủ	25	100,00
	Bơm rửa thông	25	100,00
	Điểm lệ đỏ, sưng phồng	23	92,00
	Sung góc trong mi	14	56,00

Kết quả vi sinh

Bảng 3. Kết quả định danh vi sinh gây bệnh viêm lệ quản

	Mẫu dương tính	Mẫu âm tính	Mẫu dương tính với 2 loại vi sinh trong các mẫu dương tính	Mẫu dương tính nhiều hơn 2 loại vi sinh
Tỉ lệ	88%	12%	22,73%	0%

Bảng 4. Chi tiết về kết quả cấy định danh vi sinh vật được trình bày trong bảng sau

Vi sinh vật	Kỵ khí	Gram dương	Gram âm	Số lượng mẫu dương tính (%)
Parvimonas micra	✓	✓		7 (28%)
Staphylococcus coagulase (-)		✓		5 (20%)
Actinomyces turicensis	✓	✓		1 (4%)
Slackia exigua	✓	✓		1 (4%)
Streptococcus constellatus	✓	✓		1 (4%)
Campylobacter rectus	✓		✓	1 (4%)
Prevotella intermedia	✓		✓	1 (4%)
Prevotella nanceiensis	✓		✓	1 (4%)
Prevotella conceptionensis	✓		✓	1 (4%)
Porphyromonas catoniae	✓		✓	1 (4%)
Nấm sợi vách ngăn				2 (8%)
Am tính hoàn toàn				3 (12%)

Trong 25 mẫu bệnh phẩm thu thập được, có 22 mẫu tồn tại vi sinh vật được cho là nguyên nhân gây bệnh viêm lệ quản (88% mẫu dương tính), 3 mẫu hoàn toàn không phân lập hay tìm thấy tác nhân vi sinh vật (12% mẫu âm tính). Trong số 22 mẫu đó, có 9 loài vi khuẩn kỵ khí được tìm thấy gồm 4 loài Gram dương và 5 loài Gram âm. Bằng phương pháp giải trình tự Gene

và so sánh với ngân hàng Gene trên NCBI, vi khuẩn kỵ khí Gram dương *Parvimonas micra* dương tính nhiều nhất với 7 mẫu phát hiện (tỉ lệ 31,82% trên 22 mẫu dương tính với vi sinh vật và 28% trên tổng số mẫu thu thập); trong đó có 4 mẫu (chiếm 18,18%) vi khuẩn này đồng nhiễm với một loài vi khuẩn kỵ khí khác (3 vi khuẩn Gram âm: *Campylobacter rectus*, *Prevotella nanceiensis*, *Prevotella conceptionensis* và 1 vi khuẩn Gram dương *Actinomyces turicensis*). Có 2 bệnh nhân soi tươi có nấm sợi vách ngăn đơn độc trong dịch lệ quản, không đồng nhiễm (8%) và 5 trường hợp dương tính với vi khuẩn ái khí *Staphylococcus coagulase (-)*; trong đó có 1 trường hợp đồng nhiễm vi khuẩn kỵ khí Gram âm *Prevotella intermedia*. Tổng cộng có 5 mẫu dương tính phối hợp 2 loài vi sinh, chiếm 22,73% tổng số các mẫu dương tính.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ và đặc điểm lâm sàng chung

Giới tính: Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng bệnh nhân nữ gấp 4 lần so với bệnh nhân nam, chiếm 80%; nữ mắc bệnh viêm lệ quản nhiều hơn có ý nghĩa thống kê so với nam giới. Tỉ lệ này tương đương với các nghiên cứu trên thế giới về bệnh viêm lệ quản của tác giả Shuai-Chun Lin và các cộng sự (nghiên cứu năm 2011 với tỉ lệ bệnh nhân nữ là 71%) và tác giả Xiang và các cộng sự (nghiên cứu năm 2017 với tỉ lệ bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ là 83,3%)^[1,4]. Sự khác biệt đó có thể phản ánh từ nguyên nhân như quá trình sinh lý hoặc do ảnh hưởng hormone của phụ nữ trong thời kỳ mãn kinh, gây ra sự giảm sản xuất nước mắt và giảm sự bảo vệ chống lại các yếu tố nhiễm trùng^[5].

Nhóm tuổi: Độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là $57.16 \pm$ độ lệch chuẩn 13,431, độ tuổi lớn nhất mẫu trong nghiên cứu là 80 và nhỏ nhất là 31. Độ tuổi trong nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Kaberi và các cộng sự (2019) là 59 tuổi và của tác giả Shuai-Chun Lin và các cộng sự (nghiên cứu năm 2011) với độ tuổi trung bình là 64 (30–89); tác giả Pavilack và Frueh (nghiên cứu năm 1992) với độ tuổi trung bình là 51(10–84); Vecsei và các cộng sự (nghiên cứu năm 1994) với độ tuổi trung bình là 52.3 (26–82); Anand và các cộng sự (nghiên cứu năm 2004) với độ tuổi trung bình là 69.6 (45–87); Marthin và các cộng sự (nghiên cứu năm 2005) độ tuổi trung bình là 67.5 (28–87). Trong khi đó, tác giả Qin Zhang và các cộng sự (nghiên cứu năm 2015) báo cáo tuổi trung bình mắc viêm lệ quản trong nghiên cứu

tại Trung Quốc lên đến 72,5 tuổi)^[1, 2].

Vị trí viêm lệ quản: Về vị trí lệ quản mắc bệnh, chúng tôi ghi nhận phần lớn lệ quản dưới là nơi bị ảnh hưởng nhiều nhất với tỉ lệ 72% tương đồng với nghiên cứu của Kaliki (2012) là 65% và Yilmaz (2016) là 71,4%. Điều này có thể được giải thích là vì lệ quản dưới là nơi dẫn lưu đến 75% lượng nước mắt của bề mặt nhãn cầu đồng nghĩa với việc tải lượng nước mắt cùng với vi khuẩn, chất lắng đọng (bụi, mỹ phẩm,...) cũng rất lớn; cộng thêm ảnh hưởng của trọng lực nên nguy cơ mắc bệnh ở lệ quản dưới cũng vượt trội hơn hẳn lệ quản trên.

Bệnh nền và bệnh mắt đi kèm: Khi thu thập biến số về bệnh mắt đi kèm theo bệnh viêm lệ quản, thì 10 bệnh nhân có viêm kết mạc kèm theo, 7 bệnh nhân có bệnh về mi mắt như rối loạn chức năng tuyến Meibomian và chỉ 1 trường hợp viêm loét giác mạc. Tương tự như trong nghiên cứu của tác giả Anand (2004) cũng ghi nhận 6 trường hợp có các bệnh về mi mắt^[2]. Trong nghiên cứu của tác giả Daniel Briscoe (2004) cỡ mẫu là 7 thì không ghi nhận bất kì trường hợp nào về bệnh mi mắt kèm theo^[6]. Tuy nhiên, chúng tôi còn ghi nhận viêm kết mạc đi kèm chiếm đến 10 trên 25 trường hợp bệnh nhân (40%), điều này cho thấy khả năng cao bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị nhầm là bệnh viêm kết mạc, góp phần khiến thời gian mắc bệnh trước khi được chẩn đoán bệnh kéo dài.

4.2. Triệu chứng lâm sàng trước điều trị. Viêm lệ quản nên được chẩn đoán nghi ngờ ở bất kì bệnh nhân nào có chảy nước mắt sống không giải thích được, viêm kết mạc tái phát, sưng và đau mi mắt. Sưng góc trong, đỏ vùng da xung quanh lỗ lệ, ấn lỗ lệ ra mủ thường là những dấu chứng quan trọng trong viêm lệ quản^[8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi về triệu chứng cơ năng của bệnh viêm lệ quản thu thập được nổi bật nhất thì tiết dịch nhầy, mủ là triệu chứng xuất hiện trong hầu hết các 100% bệnh nhân, tương đồng với kết luận trong nghiên cứu của tác giả Mohan (2008) cho thấy triệu chứng tiết dịch nhầy, mủ là một trong những dấu hiệu phổ biến trên những bệnh nhân trong nghiên cứu. Kế đến là chảy nước mắt chiếm 19 (76%) bệnh nhân, so sánh với nghiên cứu của tác giả Shuai-Chun Lin và các cộng sự (2011) biểu hiện lâm sàng chính của viêm lệ quản trong nghiên cứu 34 bệnh nhân là chảy nước mắt kèm với tiết dịch (94%). Bên cạnh đó, triệu chứng ít gặp hơn như đỏ mắt, sung huyết kết mạc có ở 12 (48%) bệnh nhân, so sánh với nghiên cứu của tác giả Shuai-Chun Lin và các cộng sự (2011) thì đỏ mắt, sung huyết kết mạc chiếm 32% số bệnh

nhân^[6]. Cuối cùng trong nghiên cứu của chúng tôi, cộm xốn xuất hiện ở 9 (36%) bệnh nhân.

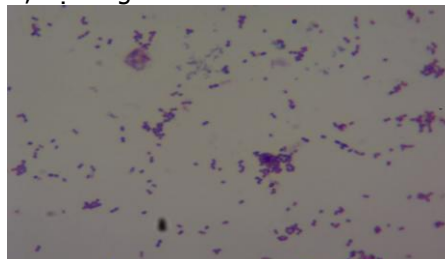
Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi về biến số triệu chứng thực thể cho kết quả như sau: triệu chứng ẩn lỗ lệ ra mủ và bơm rửa thông xuất hiện hầu như hoàn toàn 100% ở các bệnh nhân và điểm lệ đỏ, sưng phồng chiếm tỉ lệ 23/25 trường hợp (92%). Tiếp theo đó, sưng góc trong mi chiếm tỉ lệ 14 bệnh nhân (56%), so sánh với nghiên cứu của tác giả Shuai-Chun Lin và các cộng sự (2011) thì sưng góc trong ở 59% bệnh nhân^[5,6]. Tương tự như vậy, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng đạt được gần tương đồng như trong nghiên cứu của tác giả D.Briscoe và các cộng sự (2004) với cỡ mẫu 7 bệnh nhân của mình thì thu thập được ẩn túi lệ ra mủ là triệu chứng thực thể phổ biến nhất với tỉ lệ 100% bệnh nhân, kể đến là bơm rửa thông với 85,7% và cuối cùng sưng góc trong mi mắt 57,1%^[6].

4.3. Kết quả vi sinh. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, kết quả vi sinh được thực hiện từ phương pháp nuôi cấy nhuộm gram và định danh vi khuẩn bằng phương pháp giải trình tự Gene và so sánh với ngân hàng Gene trên NCBI lấy từ dịch mắt, sỏi hoặc chất kết tụ được thực hiện ở 25 bệnh nhân. Kết quả cấy vi khuẩn cho kết quả 22 mẫu tồn tại vi sinh vật được cho là nguyên nhân gây bệnh viêm lệ quản (88%), 3 mẫu hoàn toàn không phân lập được hay tìm thấy tác nhân vi sinh vật (chiếm tỉ lệ 12%). Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả cấy dương tính khá cao khi so sánh với các nghiên cứu được báo cáo khác của các tác giả Anand và các cộng sự (2004) có kết quả cấy dương tính 66,6%. Quan trọng nhất, chủng vi khuẩn gây bệnh viêm lệ quản nhiều nhất thu thập được trong nghiên cứu là vi khuẩn kỵ khí Gram dương *Parvimonas micra* với tỉ lệ phát hiện dương tính là 7 mẫu (tỉ lệ 31,82% trên 22 mẫu dương tính với vi sinh vật và 28% trên tổng số mẫu thu thập); trong đó có 4 mẫu vi khuẩn này đồng nhiễm với các loài vi khuẩn kỵ khí khác (3 vi khuẩn Gram âm: *Campylobacter rectus*, *Prevotella nanceiensis*, *Prevotella conceptionensis* và 1 vi khuẩn Gram dương *Actinomyces turicensis*). Theo sau đó, chúng tôi phân lập được *Staphylococcus coagulase* chiếm tỉ lệ cũng khá cao với 5/25 trường hợp (20 %), kết quả của chúng tôi tương đồng như trong nghiên cứu của tác giả Zaldivar và các cộng sự có 16 mẫu (70%) trên tổng số 23 bệnh nhân nuôi cấy dương tính, tác nhân vi sinh vật phổ biến được xác định là *Streptococcus* Spp. chiếm 5 trường hợp (21%). Cuối cùng, *Actinomyces turicensis* chỉ chiếm tỉ lệ 1 trường hợp (4%) không chiếm tỉ lệ nhiều như mong đợi

như trong những nghiên cứu của các tác giả khác.

Kết quả này khác với nhiều nghiên cứu của các tác giả trước. Trước đây, chất kết tụ được cho là đặc trưng sinh bệnh học của *Actinomyces*, bất kỳ viêm lệ quản có chất kết tụ trong lòng lệ quản thì kết quả cấy là *Actinomyces* hoặc tỷ lệ *Actinomyces* dương tính trong các nghiên cứu thường rất cao. Mặc khác, hầu hết các nghiên cứu được xuất bản báo cáo *Actinomyces*, các loài *Nocardia* và *Streptococcus* là sinh vật phổ biến^[6, 10]. Điều này làm thay đổi quan niệm về viêm lệ quản nguyên phát, trước đây khi nói về viêm lệ quản nguyên phát thì người ta sẽ nghĩ ngay đến *Actinomyces*, nhưng với các kết quả nghiên cứu gần đây quan niệm này đã thay đổi, các vi sinh vật khác nổi lên như là một tác nhân phổ biến nhất bao gồm: các loài *streptococcus* spp, *Staphylococcus* spp, nấm, *Parvimonas* spp...

Tuy nhiên, dù các nghiên cứu có khác nhau về chủng vi khuẩn kỵ khí gây bệnh nhưng nhìn chung tỷ lệ vi khuẩn kỵ khí gram dương chiếm đại đa số, do đó chúng tôi rút ra kết luận: "vi khuẩn kỵ khí Gram dương có vai trò quan trọng trong sinh bệnh học của viêm lệ quản". Nhằm được điều này, việc điều trị kháng sinh có phổ Gram dương kết hợp với thuốc điều trị vi khuẩn yếm khí từ ban đầu có thể hỗ trợ cải thiện hiệu quả của phương pháp phẫu thuật rạch lệ quản nặn sỏi, đặt ống silicon



Hình 4: Hình ảnh nhuộm Gram vi khuẩn *Parvimonas micra* được lấy từ dịch mắt bệnh nhân trong nghiên cứu

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Feroze K. B. và Patel B. C.** (2022), Canaliculitis, in StatPearls, Treasure Island (FL).
2. **Anand S. Hollingworth, K. Kumar, V. Sandramouli, S.** (2004), "Canaliculitis: the incidence of long-term epiphora following canaliculotomy", Orbit, số 23(1), tr. 19-26.
3. **Ang** (2013), "Genome Sequence of *Parvimonas micra* Strain A293, Isolated from an Abdominal Abscess from a Patient in the United Kingdom", Genome Announcements, số 1 (6), tr. e01025-13.
4. **Baldursdottir E., Sigurdsson H., Jonasson L., và Gottfredsson M.** (2010), "Actinomycotic canaliculitis: resolution following surgery and short topical antibiotic treatment", Acta Ophthalmol, số 88(3), tr. 367-70.

5. **Brazier J. S. và Hall V.** (1993), "Propionibacterium propionicum and infections of the lacrimal apparatus", Clin Infect Dis, số 17(5), tr. 892-3.
6. **Briscoe D., Edelstein E., Zacharopoulos I., Keness Y., Kilman A., Zur F., và Assia E. I.** (2004), "Actinomyces canaliculitis: diagnosis of a masquerading disease", Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol, số 242(8), tr. 682-6.
7. **Calonge M.** (2001), "The treatment of dry eye", Surv Ophthalmol, số 45 Suppl 2, tr. S227-39.
8. **Demant E. và Hurwitz J. J.** (1980), "Canaliculitis: review of 12 cases", Can J Ophthalmol, số 15(2), tr. 73-5.
9. **Freedman J. R., Markert M. S., và Cohen A. J.** (2011), "Primary and secondary lacrimal canaliculitis: a review of literature", Surv Ophthalmol, số 56(4), tr. 336-47.
10. **Fulmer N. L., Neal J. G., Bussard G. M., và Edlich R. F.** (1999), "Lacrimal canaliculitis", Am J Emerg Med, số 17(4), tr. 385-6.

THỰC TRẠNG SÂU RĂNG SỚM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở TRẺ 3 TUỔI NGƯỜI DÂN TỘC THIỂU SỐ TẠI 3 TỈNH MIỀN NÚI PHÍA BẮC VIỆT NAM

Bùi Hữu Tuấn^{1,3}, Võ Trương Như Ngọc², Bùi Việt Hùng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sâu răng sớm (ECC) là bệnh nhiễm trùng mạn tính phổ biến nhất ở trẻ em dưới 71 tháng tuổi. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ sâu răng sớm và một số yếu tố liên quan ở trẻ 03 tuổi người dân tộc thiểu số tại 3 tỉnh miền núi phía Bắc Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 1540 trẻ 03 tuổi tại 30 trường mầm non của các tỉnh Hòa Bình, Lạng Sơn và Bắc Kạn. **Kết quả:** Tỷ lệ ECC được ghi nhận là 91.3%; chỉ số dmft và dmfs tương ứng là 8.89 ± 4.7 và 14.1 ± 10.3 . Các yếu tố nguy cơ chính gây ECC là thói quen ăn vặt, chế độ ăn nhiều đường, bú bình về đêm, thói quen ngâm thức ăn, vệ sinh răng miệng kém và bất thường men răng. Ngoài ra, việc bố mẹ bị sâu răng hay thiếu kiến thức về dự phòng sâu răng cũng được xác định là yếu tố rủi ro đối với ECC. **Kết luận:** Tỷ lệ ECC ở trẻ 03 tuổi người dân tộc thiểu số ở mức rất cao. Do đó, cần có các biện pháp kiểm soát sâu răng thích hợp dựa trên các yếu tố nguy cơ đã được xác định. **Từ khóa:** Sâu răng sớm, chỉ số dmft, chỉ số dmfs.

SUMMARY

EARLY CHILDHOOD CARIES AND RELATED FACTORS IN 3 YEAR OLD ETHNIC MINORITY CHILDREN IN 3 NORTHERN MOUNTAINOUS PROVINCES OF VIETNAM

Background: Early childhood caries (ECC) is one of the most common chronic diseases in children under 71 months of age. **Objectives:** To determine the rate of early childhood caries and some related factors in 3-year-old ethnic minority children in 3

northern mountainous provinces of Vietnam.

Materials and methods: A cross-sectional study was conducted on 1540 children aged 3 years old at 30 preschools in Hoa Binh, Lang Son and Bac Kan provinces. **Results:** The rate of early childhood caries (ECC) was recorded as 91.3 %; the dmft and dmfs indexes were 8.89 ± 4.7 and 14.1 ± 10.3 , respectively. The main risk factors for ECC are snacking habits, high-sugar diets, nighttime bottle feeding, retains food in mouth, poor oral hygiene, and enamel abnormalities. In addition, parents having caries or lack of knowledge about caries prevention have also been identified as risk factors for ECC. **Conclusion:** The rate of ECC in 3-year-old children of ethnic minorities is very high. Therefore, appropriate caries control measures are needed based on identified risk factors. **Keywords:** early childhood caries, dmft index, dmfs index.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới; Sâu răng sớm (ECC) là bệnh mạn tính phổ biến nhất ở trẻ nhỏ, ảnh hưởng đến một nửa số trẻ em mẫu giáo trên toàn cầu [1]. Nguyên nhân của ECC là đa yếu tố, được đặc trưng bởi tình trạng rối loạn hệ vi sinh vật với sự gia tăng của vi khuẩn gây sâu răng. Bệnh thường xuất hiện sớm, tiến triển nhanh nên gây nhiều khó khăn trong việc điều trị và dự phòng [2]. Hậu quả của ECC làm tăng nguy cơ mắc sâu răng mới ở cả răng sữa và răng vĩnh viễn, ảnh hưởng tới sức khỏe răng miệng và chất lượng cuộc sống của trẻ, bao gồm việc tăng số lần đến phòng cấp cứu, rối loạn giấc ngủ, kéo dài ngày nghỉ học và làm giảm hiệu suất học tập [3].

Mặc dù phổ biến trên toàn thế giới, tỷ lệ mắc ECC là khác nhau giữa các quốc gia và các khu vực địa lý. Tỷ lệ lưu hành theo lục địa là 30% ở Châu Phi, 48% ở Châu Mỹ, 52% ở Châu Á, 43% ở Châu Âu và 82% ở Châu Đại Dương, cho thấy sự phân bố của ECC là không đồng nhất [4]. Tại Đông Nam Á, tỷ lệ mắc ECC là 79% và chỉ số

¹Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược Lâm sàng 108

²Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt-Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Hữu Tuấn

Email: buituan.rhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025