

lược phù hợp cho bệnh viện đa khoa thành phố Vinh trong lập kế hoạch và chuẩn bị tốt hơn cho việc điều trị bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Luật Bảo hiểm Y tế sửa đổi 2014 số 46/2014/QH13.**
2. **Bộ Y tế.** Báo cáo tổng kết công tác ngành y tế 2021 và nhiệm vụ, giải pháp chủ yếu năm 2022 số 76/BC-BYT.
3. **Phạm Minh Tuấn.** Cơ cấu bệnh tật của bệnh nhân nội trú và thực trạng nguồn nhân lực của bệnh viện đa khoa huyện Triệu Sơn tỉnh Thanh Hóa 2019. Published online 2021.

4. **Dương Công Chính.** Cơ cấu bệnh tật và một số dịch vụ cung cấp cho người bệnh điều trị nội trú tại bệnh viện Đa khoa huyện Hà Trung tỉnh Thanh Hóa năm 2019. Published online 2021.
5. **Đỗ Thị Thanh Toàn, Cao Thị Nhung, Lê Minh Giang, Đoàn Quốc Hưng.** Cơ cấu bệnh tật tại khoa điều trị nội trú bệnh viện đa khoa Đông Đa năm 2017-2019. Tạp Chí Nghiên Cứu Học. 2021; 143.
6. **Đàm Quang Tùng.** Nghiên cứu mô hình bệnh tật của bệnh nhân nội trú tại bệnh viện Lê Lợi thành phố Vũng Tàu từ năm 2017 đến 2021. Published 2022.
7. **Nguyễn Thị Minh Hải.** Cơ cấu bệnh tật của bệnh viện đa khoa Sơn Tây năm 2020 và 2021. Tạp chí Y học Việt Nam 2023;527;66.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU VIÊM LỆ QUẢN BẰNG PHẪU THUẬT RẠCH LỆ QUẢN CÓ ĐẶT ỐNG SILICON MINI MONOKA S1.1500

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

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định kết quả điều trị ban đầu sau phẫu thuật rạch lệ quản có đặt ống Silicon đơn nòng S1.1500 trên bệnh nhân viêm lệ quản. **Đối tượng - 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 lắng đọng xét nghiệm vi sinh, rạch lệ quản và đặt ống Mini monoka S1.1500 vào lòng lệ quản, rút ống sau 3 tháng và theo dõi bệnh nhân đến 6 tháng sau điều trị. **Kết quả:** Chúng tôi thu thập được tổng cộng 25 mắt trên 24 bệnh nhân viêm lệ quản đến khám tại khoa Tạo hình thẩm mỹ, bệnh viện Mắt TP HCM với độ tuổi trung bình $53,16 \pm 14,53$ và tỉ số giới nam : nữ là 1 : 7,33. Sau 6 tháng theo dõi, tỷ lệ điều trị thành công là 88%. Có 4% trường hợp thất bại hoàn toàn, 12% trường hợp có biến chứng (chít hẹp điểm lệ, u hạt viêm điểm lệ, lần lượt là 4% và 8%) và không có trường hợp tái phát. 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 và không có mẫu nào dương tính nhiều hơn hai loài. 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*). **Kết luận:** Viêm lệ quản nguyên phát là một bệnh hiếm gặp và thường bị chẩn đoán nhầm hoặc quá muộn. Chẩn đoán sớm rất quan trọng để chữa khỏi hoàn toàn. Điều trị viêm lệ quản cần phối hợp các phương pháp nặn lệ quản, rạch lệ quản và đặt ống silicon Mini monoka S1.1500 để nâng cao hiệu quả điều trị và hạn chế tái phát.

Từ khóa: viêm lệ quản, nguyên phát, rạch lệ quản, Mini monoka S1.1500, *Parvimonas micra*

SUMMARY

ASSESSMENT THE INITIAL RESULTS OF CANALICULITIS AFTER CANALICULOTOMY WITH MINI MONOKA S1.1500 INTUBATION

Purpose: To determine results after canaliculotomy with intubation S1.1500 Mini Monoka in managing canaliculitis. **Study design and Method:** The study reports a case series. From 2020 to 2021, we gathered 25 eyes who met the diagnostic criteria for canaliculitis. Then, dacryoliths and pus discharge were removed for microbiological testing. An incision was made in the lacrimal canal to insert a Mini-Monoka S1.1500 stent. Finally, we removed the stents after three months and patients underwent until six months of follow-up. **Results:** We gathered 25 eyes of 24 patients with an average age $53,16 \pm 14,53$. After six months, 88% of all cases were recorded success. 4% of all were completely failed, 12% with some complications (punctum stenosis and granuloma with 4% and 8%, respectively) and no relapse. The results showed that 88% (22 samples) of microbiology samples were positive, 22,73% of those were co-infected with 2 microorganisms, and none was more than two. Among those, 7 samples were positive with Gram-positive anaerobic coccus *Parvimonas micra* (rate 31.82% out of 22 samples were positive for microorganisms and 28% of total samples collected); of which, 4 samples (18.18%) were co-infected with other anaerobic species (3 Gram-negative bacteria:

¹Bệnh viện Mắt TP HCM

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Tôn Tường Trí Hải

Email: drtrihai@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2023

Ngày duyệt bài: 26.12.2023

Campylobacter rectus, Prevotella nanceiensis, Prevotella conceptionensis, and 1 Gram-positive Actinomyces turicensis). **Conclusion:** Primary canaliculitis is rare and easy to be misdiagnosed. Early diagnosis is very important in complete cure because the longer the disease duration is, the worse the complications and prognosis are. Treating needs canaliculus pressing combined with canaliculotomy and intubation S1.1500.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm lệ quản nguyên phát là một bệnh nhiễm trùng hiếm gặp và mạn tính của hệ thống lệ đạo, tần suất khoảng 2% - 4% trong số các bệnh lý về lệ bộ. Bệnh thường biểu hiện không điển hình với các triệu chứng như: chảy nước mắt, sưng đỏ lật điểm lệ, tiết dịch nhầy, mủ và thường dễ bị chẩn đoán nhầm với: viêm kết mạc góc trong, viêm bờ mi, viêm túi lệ hoặc chắp leo.

Trước đây, viêm lệ quản thường được điều trị nội khoa bằng cách chườm nóng, dùng kháng sinh, kháng viêm nhỏ tại chỗ hoặc toàn thân, kết hợp với nong điểm lệ và nặn sạch chất tiết nhưng tỷ lệ tái phát rất cao (khoảng 80%) [2, 3].

Trên thế giới, các phẫu thuật điều trị viêm lệ quản đã và đang thực hiện như nong điểm lệ (punctual dilatation), tạo hình điểm lệ (punctoplasty), tạo hình lệ quản có đặt ống Silicon (canaliculoplasty with intubation)... Việc rạch lệ quản làm tăng tỷ lệ thành công hơn do lệ quản được mở ra, curret đưa vào sâu và rộng hơn để lấy sạch tất cả chất kết tụ [3, 4]. Bên cạnh đó, phẫu thuật rạch lệ quản không can thiệp vào điểm lệ có kèm đặt ống silicon một nòng (punctum-sparing canaliculotomy with monocanicular intubation) đã mang lại hiệu quả điều trị khá cao và giảm thiểu nguy cơ tái phát [1,5].

Phẫu thuật loại bỏ tất cả các chất lắng đọng, sỏi trong lòng lệ quản có thể được xem là điều cần thiết để chữa khỏi vĩnh viễn viêm lệ quản và đã được chứng minh có lợi ích rõ ràng so với việc điều trị bảo tồn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài điều trị viêm lệ quản nguyên phát bằng phương pháp rạch lệ quản có đặt ống silicon một nòng S1.1500 nhằm xác định kết quả điều trị cũng như đưa ra phác đồ điều trị trong bệnh lý viêm lệ quản.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu báo cáo hàng loạt ca (case series). Từ năm 2020 đến năm 2021, tại khoa Tạo hình thẩm mỹ bệnh viện Mắt TP Hồ Chí Minh, chúng tôi thu thập được 25 mắt trên 24 bệnh nhân đến khám thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán viêm lệ quản. Sau đó, bệnh

nhân được tiến hành nặn lệ quản lấy dịch mủ, chất lắng đọng xét nghiệm vi sinh (có nuôi cấy kỵ khí và giải trình tự gen định danh vi khuẩn), rạch lệ quản và đặt ống Mini monoka S1.1500 vào lòng lệ quản, rút ống sau 3 tháng và theo dõi bệnh nhân đến 6 tháng sau điều trị.

Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm lệ quản

Bệnh nhân có đầy đủ các dấu hiệu sau: Chảy nước mắt, tiết dịch nhầy, mủ và hoặc sưng viêm góc trong mi mắt

Mủ hoặc sỏi chảy từ điểm lệ trên/ dưới/cả hai

Kết quả bơm rửa lệ đạo: kim chạm xương, nước xuống họng.

Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật tại lệ đạo trước đó: nối 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 có thai.

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

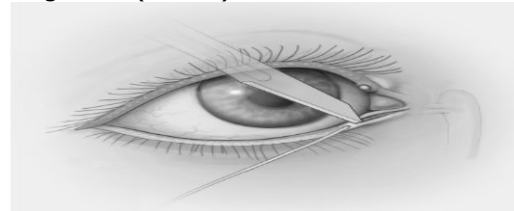
Bơm rửa lệ đạo nước trào tại chỗ hoặc điểm lệ đối diện

Phương pháp thu thập số liệu. 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.

Tại phòng mổ, phẫu thuật được tiến hành qua các bước:

- Tê tại chỗ bằng Lidocaine 2%.

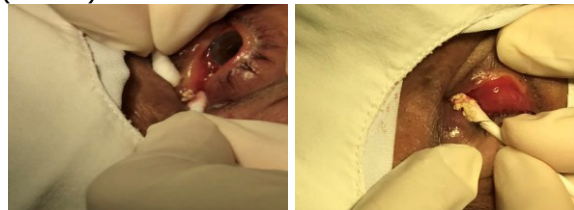
- Dùng dao 11G rạch lệ quản cách điểm lệ khoảng 2mm (Hình 1).



Hình 1: vị trí rạch lệ quản

Nguồn: James Khu and Ronald Mancini M.D.

- Lấy chất kết tụ, mủ, cặn lắng, nặn sạch sỏi (Hình 2).



Hình 2: Nặn lệ quản lấy sỏi

Nguồn: Tác giả

- Rửa hệ thống lệ đạo bằng dung dịch povidine 10%.

- Đặt ống Silicon mini Monoka S1.1500 vào lòng lệ quản.

- Điều kiện lấy bệnh phẩm thực hiện trong điều kiện vô trùng. Bệnh phẩm được trải lên lame và bảo quản trong ống nghiệm với nước muối sinh lý. Bệnh phẩm 1 phần được gửi đi soi tươi, nhuộm Gram trả kết quả sau 2 giờ. Một phần khác được ủ trong điều kiện 37° C trong 24 giờ trên thạch Chocolate (vì trùng ái khí, nấm) với điều kiện nồng độ CO₂ và độ ẩm chuyên biệt. Và một phần bệnh phẩm được ủ 37°C, được chuyển chở trong thạch Carry Bạc trong 72h (vì trùng kỵ khí). Các phép kiểm sinh hóa và giải trình tự gene được thực hiện để định danh các khuẩn vi khuẩn hoặc nấm mốc trên thạch. Kết quả định danh và kháng sinh đồ sẽ được trả sau 4 ngày (ái khí) và 10 ngày (kỵ khí).

- Bệnh nhân được xuất viện và hẹn tái khám sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng (rút ống) và 6 tháng.

Tính khoa học và Ý đức. Đề tài đã được nghiệm thu bởi Hội đồng Khoa học công nghệ bệnh viện Mắt TP Hồ Chí Minh, Quyết định số 849/QĐ-BVM.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm dịch tễ

Nhóm tuổi: Nghiên cứu được tiến hành trên 24 bệnh nhân với 25 mắt, độ tuổi trung bình 53,16 ± 14,53. Trong đó, nhóm tuổi từ 40 đến 60 chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 48%. Nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với độ tuổi trung bình mắc viêm lệ quản so với nghiên cứu của Kaberi (2019) là 59 tuổi; cao hơn so với Yilmaz (2016) và Kaliki (2012) lần lượt báo cáo là 49 tuổi và 48 tuổi; trong khi đó Qin Yang (2015) báo cáo tuổi trung bình mắc viêm lệ quản trong nghiên cứu tại Trung Quốc lên đến 72,5 tuổi [5,6,7,8].

Giới tính: Về giới tính, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ giới tính nam : nữ là 1 : 7,33. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu khác như nghiên cứu của Kaliki (2012) ghi nhận 54% số ca mắc là nữ và nghiên cứu của Xiang (2017) nữ chiếm tỷ lệ là 83,3% [5,9]. Bên cạnh đó, Kaberi và cộng sự (2019) cũng báo cáo tổng hợp ghi nhận phần lớn các nghiên cứu cũng cho thấy nữ giới mắc viêm lệ quản nhiều hơn nam, có thể do sự khác biệt về nội tiết tố giữa hai giới liên quan đến sự sụt giảm androgen của nữ giới ở tuổi mãn kinh, gây thay đổi thành phần phim nước mắt, thúc đẩy sự phát triển mạnh của vi khuẩn thường trú [5,6].

3.2. Đặc điểm lâm sàng. 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 68%

tương đồng với nghiên cứu của Kaliki (2012) là 65% và Yilmaz (2016) là 71,4% [5,7]. 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. Ngoài ra chúng tôi còn ghi nhận có 4% ca mắc ở cả hai lệ quản của cùng 1 mắt, tỉ lệ này trong nghiên cứu của Kaliki là 12% [5].

Viêm lệ quản nguyên phát không được chẩn đoán trong một thời gian dài bởi vì đây là một bệnh hiếm của hệ thống lệ đạo và biểu hiện lâm sàng thay đổi khác nhau. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi là 15,75 ± 8,25 tháng. Trong khi đó, thời gian mắc bệnh trung bình trong các nghiên cứu của Kaliki (2012) là 10 tháng, của Qin Zhang (2015) là 10,4 tháng và của Yilmaz (2016) là 17,0 ± 15,2 tháng [5,7,8]. Việc chẩn đoán sớm và chính xác từ ban đầu sẽ giúp hiệu quả điều trị được tối ưu hơn.

Về triệu chứng cơ năng trước điều trị, chúng tôi ghi nhận 100% bệnh nhân đều than phiền tiết dịch nhày, mù, tiếp theo là 32% có cộm xốn mắt, 28% đỏ mắt, sung huyết kết mạc và có 24% bệnh nhân có chảy nước mắt. Trong khi các tác giả như Kaliki báo cáo 85% bệnh nhân có chảy nước mắt sống và Yilmaz cũng ghi nhận chảy ghèn vàng, chảy nước mắt sống là các triệu chứng cơ năng phổ biến nhất ở bệnh nhân viêm lệ quản [5,7].

Về triệu chứng thực thể, sưng viêm góc trong mi nơi vị trí của lệ quản, mù đêm lệ, chất kết tụ ấn ra qua lệ quản là các triệu chứng thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ lần lượt là 56%, 92% và 60%. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Kaliki và Yilmaz với tỉ lệ sưng viêm góc trong mi lần lượt là 72% và 100% [5,7]. Yilmaz cũng báo cáo triệu chứng sỏi hay chất kết tụ ấn từ túi lệ lên lệ quản gặp ở 85,71% số ca [7]. Bên cạnh đó, chính sỏi lệ quản vừa là tác nhân cơ học, vừa là tác nhân vi sinh khiến việc điều trị nội rất khó đáp ứng và dễ tái phát. Các nghiên cứu của Pavilack (1992) và Zhang (2015) có 31% và 75% người bệnh có chất kết tụ lần lượt khi ấn túi lệ và khi súc rửa [4,8].

3.3. Kết quả vi sinh

Bảng 1. Kết quả vi sinh

| | 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 % |

Về kết quả vi sinh, 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, 3 mẫu hoàn toàn không phân lập được hay tìm thấy tác nhân vi sinh vật (chiếm tỉ lệ 12%). Trong số 22 mẫu dương tính, có 9 loài vi khuẩn kỵ khí được tìm thấy gồm 4 loài Gram dương chiếm tỷ lệ cao 10/22 (45,45%) 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 11 mẫu phát hiện (tỉ lệ 50% trên 22 mẫu dương tính với vi sinh vật và 44% 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*). 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 tỷ lệ *Actinomyces* dương tính trong các nghiên cứu thường rất cao [4,7]. Cụ thể, Yilmaz và cộng sự (2016) báo cáo 75% mẫu bệnh phẩm chất kết tụ trong lệ quản dương tính với chủng *Actinomyces* spp (vi khuẩn kỵ khí Gram dương). Các nghiên cứu của Merothra (2015) hay Kaberi (2019) cũng ghi nhận *Actinomyces israeli* là tác nhân vi sinh phổ biến nhất gây viêm và tạo chất kết tụ trong lòng lệ quản [2]. Điều này có thể giải thích do các nghiên cứu trên thực hiện ở người Châu Âu, da trắng còn nghiên cứu chúng tôi thực hiện trên bệnh nhân Châu Á, nơi điều kiện sống, chủng tộc, địa lý và mô hình bệnh tật đã khác nhiều.

Tuy các nghiên cứu có khác nhau về chủng vi khuẩn 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".

Có 2 bệnh nhân soi tươi có nấm sợi vách ngăn đơn độc trong dịch lệ quản, và 05 trường hợp (20%) dương tính với vi khuẩn ái khí *Staphylococcus coagulase* (-) có đồng nhiễm vi khuẩn kỵ khí Gram âm *Prevotella intermedia* (1/5 ca). Kết quả này cũng tương đồng với các tác giả Kaliki (2012), Anand (2004) cũng lần lượt báo cáo tỉ lệ bệnh phẩm dương tính với *Staphylococcus* là 39% và 66,6% [5,2].

3.4. Tính hiệu quả và an toàn của phẫu thuật. Về kết quả điều trị, sau mổ 1 tháng, các

triệu chứng cơ năng hầu như cải thiện hoàn toàn. Chỉ còn 4% bệnh nhân than phiền mắt đỏ ghèn. Các triệu chứng còn lại không còn được đề cập khi chúng tôi thăm khám (chiếm 0%). Chúng tôi theo dõi đến 3 tháng sau mổ và rút ống, các triệu chứng cơ năng đã hoàn toàn cải thiện. Sau 6 tháng theo dõi, bệnh gần như hồi phục hoàn toàn. Kết quả này cũng tương đồng với Yilmaz (2016) khi tác giả này báo cáo các triệu chứng cơ năng đã cải thiện hoàn toàn (100%) trong vòng 1 tháng sau phẫu thuật. Tuy nhiên, Yilmaz cũng báo cáo có 1 trường hợp chảy nước mắt tái phát sau 36 tháng theo dõi [7]. Còn trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 6 tháng theo dõi, có 4% bệnh nhân còn chảy nước mắt, kết quả bơm rửa lệ đạo không thông.

Về triệu chứng thực thể, sau mổ 1 ngày, tình trạng sưng nề góc trong mi không thay đổi, các triệu chứng mù tại điểm lệ có thuyên giảm. Riêng triệu chứng ấn túi lệ ra chất kết tụ tại điểm lệ giảm rõ rệt, còn 28% trường hợp ấn ra ít chất kết tụ 1 ngày sau phẫu thuật. Tuy nhiên, chúng tôi ghi nhận sự cải thiện rất rõ các triệu chứng thực thể tại thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau mổ. Cụ thể, chỉ có 1 trường hợp còn sưng viêm góc trong, không có trường hợp nào còn ra mù tại lệ quản. Có 96% trường hợp bơm rửa lệ đạo thông tốt sau 6 tháng phẫu thuật. Bên cạnh đó, có 8% bệnh nhân có u hạt góc trong gây khó chịu và mất thẩm mỹ nên chúng tôi xếp vào diện các trường hợp biến chứng phẫu thuật. Biến chứng này xử lý đơn giản không ảnh hưởng kết quả điều trị, không di chứng về sau.

Bằng phương pháp phân tích Kaplan - meier, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ thành công của phương pháp rạch lệ quản và đặt ống silicon Mini Monoka S1.1500 trong điều trị viêm lệ quản là 88%. Thời gian thành công duy trì kéo dài đến $172,8 \pm 17,3$ ngày. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Alam (2019) [10]. Gọi là thất bại điều trị khi các triệu chứng và dấu hiệu không thuyên giảm sau khi rạch lệ quản và gọi là tái phát khi đợt viêm lệ quản xuất hiện lại sau 1 tháng khỏi bệnh hoàn toàn. Tỷ lệ thành công trong nghiên cứu của Alam là 85% sau 17 tháng theo dõi. Từ đó tác giả đưa ra kết luận: rạch lệ quản là một phương pháp an toàn, hiệu quả và nêu bật quan điểm: "Sự hiện diện của chất kết tụ làm tăng nguy cơ tái phát cao hơn"[10].

Nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào tái phát. So với các nghiên cứu khác như nghiên cứu của tác giả Lin (2011) ghi nhận 7 (21%) trường hợp tái phát sau thời gian

theo dõi 24 tháng; nghiên cứu của Alam (2019) có 6 (15%) trường hợp tái phát, những bệnh nhân này đều có bệnh nền là đái tháo đường đi kèm [7,10].

IV. KẾT LUẬN

Viêm lệ quản nguyên phát là một bệnh hiếm gặp và thường bị chẩn đoán nhầm hoặc đã quá muộn. Chẩn đoán sớm rất quan trọng để chữa khỏi hoàn toàn. Điều trị viêm lệ quản cần phối hợp các phương pháp nặn lệ quản, rạch lệ quản và đặt ống silicon Mini monoka S1.1500 để nâng cao hiệu quả điều trị và hạn chế tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khu, J. and R. Mancini**, Punctum-sparing canaliculotomy for the treatment of canaliculitis. *Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery*, 2012. 28(1): p. 63-65.
2. **Mehrotra, N., et al.**, Actinomycosis of eye: Forgotten but not uncommon. *Anaerobe*, 2015. 35: p. 1-2.
3. **Kim, U.R., B. Wadwekar, and L. Prajna**,

- Primary canaliculitis: The incidence, clinical features, outcome and long-term epiphora after snip-punctoplasty and curettage. *Saudi Journal of Ophthalmology*, 2015. 29(4): p. 274-277.
4. **Pavilack, M.A. and B.R. Frueh**, Thorough curettage in the treatment of chronic canaliculitis. *Archives of ophthalmology*, 1992. 110(2): p. 200-202.
5. **Kaliki, S., et al.**, Primary canaliculitis: clinical features, microbiological profile, and management outcome. *Ophthalmic plastic & reconstructive surgery*, 2012. 28(5): p. 355-360.
6. **Feroze, K.B. and B.C. Patel**, Canaliculitis. 2019.
7. **Yilmaz, M.B., et al.**, Canaliculitis awareness. *Turkish journal of ophthalmology*, 2016. 46(1): p. 25.
8. **Zhang, Q., et al.**, Clinical characteristics, treatment patterns, and outcomes of primary canaliculitis among patients in Beijing, China. *BioMed research international*, 2015. 2015.
9. **Xiang, S., et al.**, Clinical features and surgical outcomes of primary canaliculitis with concretions. *Medicine*, 2017. 96(9).
10. **Alam, M.S., N.S. Poonam, and B. Mukherjee**, Outcomes of canaliculotomy in recalcitrant canaliculitis. *Saudi Journal of Ophthalmology*, 2019. 33(1): p. 46-51.

ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN QUAN CỦA CHỈ SỐ SỐC VỚI MỨC ĐỘ NẶNG Ở BỆNH NHÂN ĐA CHẤN THƯƠNG

Nguyễn Thị Lan Anh¹, Trịnh Văn Đông¹, Nguyễn Thị Thúy Ngân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa chỉ số sốc (shock index: SI) và các chỉ số đánh giá mức độ nặng chấn thương khác: RTS, ISS, lactat, BE (base excess: kiềm dư) ở bệnh nhân (BN) đa chấn thương (ĐCT). **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** 82 bệnh nhân đa chấn thương (không có chấn thương sọ não và chấn thương tủy sống) vào viện được phẫu thuật cấp cứu trong vòng 24 giờ đầu sau chấn thương. Tính giá trị trung bình, mối tương quan giữa SI tại thời điểm vào phòng mổ cấp cứu với RTS, ISS, lactat và BE máu. **Kết quả:** Chỉ số sốc tương quan nghịch, chặt chẽ với điểm RTS ($r = -0,54, p < 0,05$), tương quan đồng biến mức độ trung bình với điểm ISS thời điểm vào phòng mổ ($r = 0,37, p < 0,05$). Chỉ số sốc tương quan thuận với chỉ số lactat máu, mức độ chặt ($r = 0,68, p < 0,05$), tương quan nghịch mức độ chặt với chỉ số BE máu ($r = -0,63, p < 0,05$). Giá trị SI trung bình trên bệnh nhân có ISS 25-40 là $1,03 \pm 0,28$; RTS ≤ 9 là $1,77 \pm 0,54$; lactat $> 2\text{mmol/l}$ là $1,20 \pm 0,36$; BE ≤ -6 là $1,37 \pm 0,4$. **Kết luận:** Chỉ số sốc tương quan

thuận với chỉ số ISS và lactat máu, tương quan nghịch với chỉ số RTS và BE máu.

Từ khóa: Chỉ số sốc, lactat máu, BE máu, đa chấn thương, ISS, RTS

SUMMARY

EVALUATION RELATIONSHIP BETWEEN SHOCK INDEX WITH SEVERITY OF PATIENTS WITH POLYTRAUMA

Objective: To evaluation relationship between shock index with other indices predicting the severity of trauma: RTS, ISS, lactat, BE. **Materials and method:** 82 patients diagnosed with polytrauma (without traumatic brain injury and spinal cord injury) were admitted to the emergency operating room within the first 24 hours of injury. We determined the mean, correlation between the shock index at the time of admission with RTS, ISS, blood lactate and BE (base excess) concentrations. **Result:** The shock index showed a positive correlation, of moderate strength, with the ISS score at the time of admission ($r = 0.37, p < 0.05$). The shock index was inversely correlated with the RTS score, with a tight degree of correlation ($r = -0.54, p < 0.05$). Additionally, the shock index exhibited a positive correlation with blood lactate levels ($r = 0.68, p < 0.05$). The mean shock index in patients with ISS 25-40 was 1.03 ± 0.28 ; RTS ≤ 9 was 1.77 ± 0.54 ; lactat $> 2\text{mmol/l}$ was 1.20 ± 0.36 ; BE ≤ -6 was 1.37 ± 0.4 . **Conclusion:** The shock index showed positive correlation with ISS and blood lactat,

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Lan Anh

Email: lananhclc@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2023

Ngày duyệt bài: 22.12.2023