

3. **Trường Đại học Y Hà Nội** (2012), "Tạng phủ - Kinh lạc, Nguyên nhân gây bệnh, Chẩn đoán học", Bài giảng y học cổ truyền tập 1, Nhà xuất bản y học, 45-101.
4. **Nguyễn Tử Siêu (biên dịch)**, "Tý luận thiên", Hoàng đế Nội kinh Tố vấn, Nhà xuất bản Lao động, 256-261.
5. **Nguyễn Bá Tĩnh**, "Quyển IV: Các bệnh có đau", Tuệ Tĩnh toàn tập, Nhà xuất bản Y học, 146-170.
6. **Hải Thượng Lãn Ông Lê Hữu Trác**, "Nội kinh yếu chỉ", Hải Thượng Lãn Ông y tông tâm lĩnh quyển 1, Nhà xuất bản Y học.
7. **Bộ y tế**, "Thoái hoá khớp", Lão khoa y học cổ truyền, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, 168-186.
8. **Nguyễn Thị Bay** (2021), "Quan niệm bệnh cơ xương khớp theo y học cổ truyền", Bệnh học những bệnh cơ xương khớp thường gặp, Nhà xuất bản y học, 375-386.

NHÃN VIÊM GIAO CẢM TÁI PHÁT: BÁO CÁO CA BỆNH

Vũ Thị Hằng¹, Chu Chí Hiếu¹, Phạm Thị Ngọc Bích², Nguyễn Quốc Anh², Phùng Thị Thuý Hằng¹, Nguyễn Như Nguyệt¹, Nguyễn Lan Hương³

TÓM TẮT

Nhãn viêm giao cảm là bệnh lý nặng với viêm màng bồ đào u hạt lan toả hai bên xảy ra ở mắt lành sau chấn thương mắt hoặc phẫu thuật một bên mắt. Bệnh chủ yếu xuất hiện trong 3 tháng đầu sau vết thương xuyên nhãn cầu hoặc phẫu thuật mắt. Chúng tôi báo cáo một ca bệnh nam, 19 tuổi xuất hiện mờ đột ngột mắt phải, sau chấn thương mắt trái xuyên nhãn cầu 50 ngày. Bệnh nhân được điều trị corticosteroid đơn độc, tuy nhiên sau 2 tháng xuất hiện mờ mắt tái phát. Sau khi nhận định đợt tiến triển nhãn viêm giao cảm, chúng tôi đã quyết định điều trị tấn công lại pulse methylprednisolon 1000mg/ ngày trong 3 ngày, phối hợp cyclosporin A 150mg/ngày. Sau 10 tháng điều trị thị lực mắt phải cải thiện (20/40), xét nghiệm chỉ số viêm bình thường. Chúng tôi kết luận, cần điều trị phối hợp corticosteroid và ức chế miễn dịch ngay từ đầu, cần nhắc nhở cần phẫu thuật bỏ nhãn cầu nếu kiểm soát viêm tốt và theo dõi sát sau dùng điều trị.

Từ khoá: Nhãn viêm giao cảm, chấn thương nhãn cầu, viêm màng bồ đào, kết tủa sừng mờ cườm.

SUMMARY

RECURRENT SYMPHATHETIC OPHTHALMIA: A CASE REPORT

Symphathetic ophthalmia (SO) is a rare, severe bilateral diffuse granulomatous panuveitis that usually results from surgical or penetrating trauma to one eye. The almost all cases of SO develop within 3 months after penetrating trauma and eye surgery. We report a case of a 19-year-old male with sudden decrease of visual acuity in the right eye, 50 days after penetrating injury to the left eye. The patient was treated with corticosteroids monotherapy, but after 2 months, blurred vision recurred. He has been diagnosed with relapsing SO, so we decided to

combine treatment with pulse methylprednisolon 1000mg/day x 3 days and cyclosporin A 150mg/day. After 10 months of treatment, visual acuity should improve (20/40), and inflammatory index tests were normal. In conclusion, a combination immunosuppressive therapy with close monitoring is crucial in the management of sympathetic ophthalmia to achieve remission, prevent recurrence, and potentially avoid the need for surgical intervention.

Keywords: symphathetic ophthalmia, ocular trauma, granulomatous panuveitis, mutton-fat keratic precipitates

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhãn viêm giao cảm là bệnh lý viêm màng bồ đào u hạt lan toả hai bên hiếm gặp, thường là tổn thương thứ phát sau vết thương xuyên nhãn cầu hoặc phẫu thuật ở một bên mắt. Rao và cộng sự trong các nghiên cứu thực nghiệm, đã nhấn mạnh vai trò của kháng nguyên S ở võng mạc và các vết thương xuyên thấu, tự kháng nguyên này kích hoạt một loạt các phản ứng miễn dịch và đỉnh điểm là gây ra tình trạng nhãn viêm giao cảm.¹ Triệu chứng nhãn viêm giao cảm có thể biến đổi như suy giảm thị lực, đau nhức mắt, sợ ánh sáng hay mất thị lực. Triệu chứng bán phần trước là viêm màng bồ đào cấp tính hai bên với tua mỡ cườm và ở bán phần sau gồm viêm dịch kính, bong võng mạc, viêm màng bồ đào sau, phù gai thị, nốt Dalen – Fuch. Chẩn đoán chủ yếu dựa trên lâm sàng. Các xét nghiệm hỗ trợ như siêu âm, OCT, chụp mạch huỳnh quang. Liệu pháp điều trị bao gồm corticosteroid (tại chỗ và toàn thân), ức chế miễn dịch. Một số bệnh nhân có thể tái phát ngay cả khi đã điều trị với corticosteroid và ức chế miễn dịch. Dưới đây chúng tôi trình bày trường hợp ca bệnh nhãn viêm giao cảm tái phát khi điều trị đơn độc corticosteroid, và phải sử dụng phối hợp ức chế miễn dịch để kiểm soát bệnh. Bệnh nhân đã cải thiện thị lực tốt sau 10 tháng điều trị. Hiện tại, sau dùng điều trị 6

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Mắt Trung Ương

³Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm: Vũ Thị Hằng

Email: vuhangbc92@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.7.2024

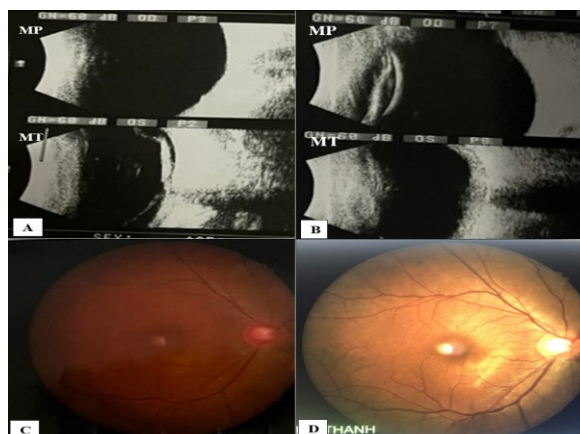
Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 25.9.2024

tháng, tình trạng mắt ổn định và bảo tồn được mắt giao cảm.

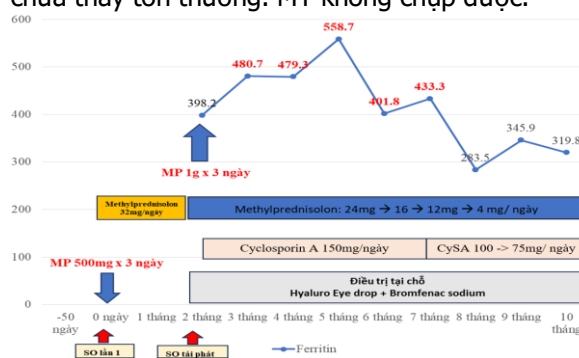
II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam, 19 tuổi, vào viện vì mờ mắt phải tăng dần. Tiền sử, bệnh nhân đã được chẩn đoán nhãn viêm giao cảm sau vết thương xuyên nhãn cầu mắt trái, rách củng mạc phôi kẹt tổ chức nội nhãn, đục võ thủy tinh thể do kéo chọc vào mắt cách 2 tháng. Tại thời điểm chẩn đoán lần 1, bệnh nhân đã được điều trị pulse corticosteroid (methylprednisolon 500mg) trong 3 ngày, sau đó điều trị đơn độc methylprednisolon với liều 32mg/ngày. Giai đoạn đầu sau điều trị, thị lực có cải thiện. Bệnh nhân đã được đề nghị phẫu thuật bỏ nhãn cầu (mắt chấn thương), tuy nhiên bệnh nhân từ chối phẫu thuật vì lí do thẩm mỹ. Bệnh nhân tiếp tục dùng methylprednisolon giảm liều dần đến 16mg/ngày. 2 tháng sau chẩn đoán nhãn viêm giao cảm lần 1, bệnh nhân xuất hiện nhìn mờ tăng lên, kèm đau mắt, chói mắt, bệnh nhân đến khám chúng tôi. Khám mắt tại thời điểm vào viện: thị lực (20/400), khám phần trước: kết mạc cương tụ, giác mạc trong, tua mỡ cườm mắt sau giác mạc, Tyldall tiền phòng (+), đồng tử phản xạ chậm, một vài điểm dính bờ đồng tử; khám phần sau: thể thủy tinh trong, dịch kính vẫn đục, gai thị phù nhẹ. MT: thị lực ST (-), kết mạc cương tụ, tua sau giác mạc, đồng tử dính bít, khó soi đáy mắt, teo nhãn cầu. Siêu âm scan B MP: vẫn đục dịch kính, võng mạch phản âm không đều, dày võng mạc; MT: toàn bộ dịch kính là đám phản hồi âm không đều, hình ảnh dải tăng sinh bám gai thị ra phía trước, dịch dưới võng mạc, teo nhãn cầu (hình 1). Xét nghiệm máu bạch cầu, CRPhs, Ferritin trong giới hạn bình thường. Với những triệu chứng cấp tính khám tại mắt và triệu chứng lâm sàng, bệnh nhân được chẩn đoán nhãn viêm giao cảm tái phát, chúng tôi quyết định điều trị pulse corticosteroid (methylprednisolon 1000mg/ngày) trong 3 ngày, sau pulse giảm liều methylprednisolon liều 24mg/ngày phối hợp Cyclosporin A 150mg/ngày. Sau 1 tuần thị lực bệnh nhân cải thiện, mắt phải đã nhìn rõ, mắt trái phân biệt được sáng – tối. Bệnh nhân tiếp tục điều trị medrol với liều giảm dần phối hợp Cyclosporin A 150mg/ngày. Bệnh nhân dùng methylprednisolon sau 7 tháng điều trị và Cyclosporin A sau 10 tháng điều trị, thị lực mắt phải ổn định, chúng tôi quyết định bảo tồn mắt phải cho bệnh nhân. Sau điều trị 6 tháng, thị lực mắt phải ổn định, không có dấu hiệu tái phát nhãn viêm giao cảm.



Hình 1: Ảnh siêu âm mắt, chụp đáy mắt không huỳnh quang trước và sau điều trị

A: Siêu âm mắt tại thời điểm tái phát nhãn viêm giao cảm: MP: Dịch kính vẫn đục rải rác, không bong võng mạc MT: Toàn bộ dịch kính là đám phản hồi âm không đều, hình ảnh dải tăng sinh bám gai thị ra phía trước, dịch dưới võng mạc, teo nhãn cầu. Trục nhãn cầu: MP: 25,2mm, MT: 19,2mm. B: Siêu âm mắt sau điều trị (thời điểm đã dùng thuốc điều trị 2 tháng) MP: Dịch kính vẫn đục rải rác, không bong võng mạc. MT: dịch kính vẫn đục, bong võng mạc toàn bộ, teo nhãn cầu. Trục nhãn cầu: MP 25,2mm, MT : 19,1 mm. C: Ảnh chụp đáy mắt không huỳnh quang tại thời điểm tái phát nhãn viêm giao cảm MP: Gai thị bờ mờ, lõm đĩa 5/10. Mạch máu võng mạc trung tâm chưa thấy tổn thương. MT: không chụp được. D: Ảnh chụp đáy mắt không huỳnh quang sau điều trị (tại thời điểm đã dùng thuốc 2 tháng). MP: Đĩa thị hồng bờ mờ nhẹ, lõm đĩa 5/10, thoái hoá võng mạc, mạch máu võng mạc trung tâm chưa thấy tổn thương. MT không chụp được.



Sơ đồ 1: Biến đổi chỉ số viêm và điều trị

(SO: Sympathetic Ophthalmia (Nhãn viêm giao cảm); Ferritin: ng/L; MP: methylprednisolon, CyS A: Cyclosporin A)

Bệnh nhân được dự phòng medrol 10mg/ngày trong 10 ngày sau chấn thương. Đã pulse methylprednisolon lần 1 tại lần đầu chẩn

đoán nhãn viêm giao cảm, tuy nhiên, tại thời điểm trước khi bệnh nhân đến với chúng tôi, liều methylprednisolon tấn công được dùng liều 500mg/ngày chứ không dùng liều 1000mg/ngày. Sau 2 tháng điều trị đơn độc methylprednisolon, bệnh nhân mờ mắt tăng lên, đã được chẩn đoán tái phát nhãn viêm giao cảm và được điều trị tấn công lại với liều pulse pulse methylprednisolon 1000mg/ngày trong 3 ngày. Tại thời điểm tái phát, bệnh nhân được chỉ định phối hợp Cyclosporin A liều 150mg/ngày (tương đương 3mg/kg/ngày), phối hợp điều trị tại chỗ. Chỉ số viêm của bệnh nhân trong giai đoạn 3 tháng đầu sau tái phát vẫn tiếp tục tăng Ferritin, sau đó giảm dần, đến 7 tháng sau tái phát bệnh, ferritin về ngưỡng bình thường. Trong khi, các chỉ số viêm khác (IL6, CRPs, bạch cầu) luôn trong giới hạn bình thường. Liều methylprednisolon được giảm dần trong điều trị và dừng hẳn sau 7 tháng điều trị. Cyclosporin A điều trị liều 150mg/ngày trong 7 tháng đầu tiên, sau đó được giảm dần, cho đến 10 tháng sau bệnh nhân được dừng điều trị. Sau dừng điều trị 6 tháng, bệnh nhân thị lực ổn định, xét nghiệm các chỉ số trong giới hạn bình thường, đặc biệt nồng độ cortisol máu cũng trong giới hạn bình thường sau dừng methylprednisolon.

III. BÀN LUẬN

Nhãn viêm giao cảm còn được gọi là "nhãn viêm đồng cảm: hoặc "viêm màng bồ đào giao cảm" là một quá trình viêm hiếm gặp do phản ứng quá mẫn muộn gây ra. Tình trạng này dẫn đến viêm màng bồ đào u hạt lan toả hai bên, thường gặp sau vết thương xuyên nhãn cầu hoặc các phẫu thuật tại mắt như phẫu thuật đục thủy tinh thể, phẫu thuật kính võng mạc phẫu thuật glôcôm, phẫu thuật cắt bỏ khối u ác tính màng mắt thậm chí cả phẫu thuật lác. Khoảng thời gian từ khi bị chấn thương hoặc phẫu thuật đến khi phát triển triệu chứng đầu tiên không thể tiên lượng trước được, thường dao động từ 5 ngày đến thậm chí nhiều năm sau chấn thương, 80% trường hợp phát triển trong vòng 3 tháng và 90% xuất hiện trong vòng 1 năm sau chấn thương mắt.² Cơ chế bệnh sinh chính xác của nhãn viêm giao cảm vẫn chưa rõ ràng. Wong và cộng sự đã chứng minh rằng bệnh nhân nhãn viêm giao cảm có tế bào lympho nhạy cảm với một số thành phần kháng nguyên của màng bồ đào và võng mạc.³ Chẩn đoán nhãn viêm giao cảm chủ yếu dựa khám lâm sàng và bệnh sử chấn thương nhãn cầu hở hoặc mắt đã phẫu thuật.

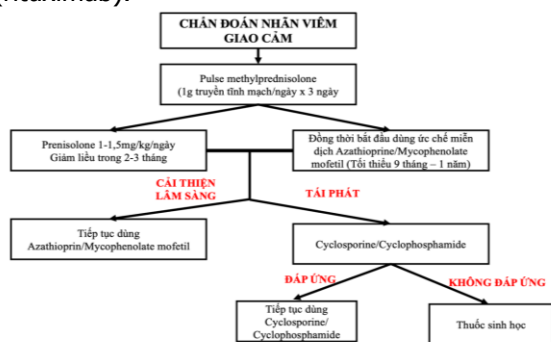
Triệu chứng cơ năng trong nhãn viêm giao cảm có thể có như giảm thị lực đến mất thị lực,

đau mắt, đỏ mắt, sợ ánh sáng và ruồi bay. Khám bán phần trước có thể thấy tua mỡ cườ trong tiền phòng bám mặt sau giác mạc, tuy nhiên trong một vài trường hợp cũng có thể không có phản ứng u hạt này xuất hiện. Phản ứng của bán phần trước cũng ghi nhận có sự thâm nhiễm tế bào lympho vào mống mắt thể mi, dẫn đến sự dày lên và dính mống mắt, điều này có thể dẫn đến tăng nhãn áp do hai cơ chế nghẽn đồng tử và nghẽn góc tiền phòng. Khám phần sau có sự khác biệt về giai đoạn cấp và giai đoạn mạn tính. Trong giai đoạn cấp, phần sau mắt có bong võng mạc thanh dịch đa ổ, viêm dịch kính từ trung bình đến nặng, viêm màng bồ đào sau, viêm hắc võng mạc và phù gai thị. Trong giai đoạn mạn tính của nhãn viêm giao cảm, biểu hiện phổ biến nhất là viêm màng bồ đào toàn bộ hoặc viêm màng bồ đào trước với tổn thương hắc võng mạc lan rộng, xơ hoá dưới võng mạc và tân mạch hắc mạc.⁴ Sự giảm, mất sắc tố hoặc xuất hiện các vết sẹo hắc võng mạc hình đồng tiền chủ yếu ở ngoại vi của đáy mắt.⁵ Bệnh nhân của chúng tôi có vẩn đục dịch kính và phù võng mạc, phù gai thị ở mắt phải (mắt giao cảm), mắt trái không quan sát được do đồng tử dính bí khó quan sát phía sau. Các tổn thương trong khám phần sau phù hợp triệu chứng trong giai đoạn nhãn viêm giao cảm cấp nên chúng tôi nhận định lần thứ 2 vào viện này là giai đoạn tiến triển của nhãn viêm giao cảm chứ không phải là nhãn viêm giao cảm mạn tính.

Một số thăm dò cận lâm sàng dùng để đánh giá tổn thương trong nhãn viêm giao cảm như siêu âm B, chụp đáy mắt không huỳnh quang, hay chụp cắt lớp võng mạc OCT,... vai trò của mỗi hình thức thăm dò chẩn đoán hình ảnh là khác nhau trong nhãn viêm giao cảm. Siêu âm B có thể cung cấp nhiều thông tin hữu ích cho chẩn đoán, như đánh giá tình trạng dịch kính, võng mạc và hắc mạc, gai thị, đặc biệt giúp đo độ dày hắc mạc ở những bệnh nhân không quan sát được bán phần sau do đục thủy tinh thể, dính sau hoặc viêm dịch kính. Các nghiên cứu chỉ ra hắc mạc dày lên lan toả và phù hoàng điểm ở bệnh nhân nhãn viêm giao cảm.²

Lựa chọn sử dụng corticosteroid toàn thân liều cao điều trị ban đầu trong bệnh nhãn viêm giao cảm phụ thuộc vào biểu hiện lâm sàng, mức độ nghiêm trọng của bệnh và thị lực tại thời điểm bắt đầu điều trị. Liệu pháp pulse methylprednisolone (1g/ngày) trong 3 ngày giúp giải quyết nhanh chóng các vấn đề như viêm dịch kính, bong võng mạc đa ổ, và viêm phần trước của mắt. Trong một vài trường hợp liệu pháp này có thể kéo dài 5-7 ngày dựa trên mức

độ nặng, tình trạng đáp ứng của mắt. Sau điều trị tấn công liều cao, corticosteroid toàn thân có thể giảm dần theo thời gian, dừng sau khoảng 2-3 tháng. Phối hợp corticosteroid và ức chế miễn dịch được bắt đầu ngay từ đầu để có thời gian ức chế miễn dịch có tác dụng và giảm tác dụng phụ của corticosteroid. Các thuốc ức chế miễn dịch được sử dụng bao gồm mycophenolate mofetil, azathioprine, cyclosporine và cyclophosphamide. Chawla chứng minh rằng điều trị trong vòng 15 ngày kể từ khi xuất hiện triệu chứng nhãn viêm giao cảm, có thể đạt được thị lực 20/40 hoặc cao hơn trong 85,7% ở mắt giao cảm và 21,4% ở mắt kích động duy trì thị lực tối thiểu 20/80.⁶ Tuy nhiên, bệnh nhân mắc nhãn viêm giao cảm vẫn có thể kháng trị, đáp ứng kém với liệu pháp corticosteroid, thậm chí cả khi có sử dụng ức chế miễn dịch. Trong trường hợp bệnh nhân tái phát, lựa chọn điều trị có thể thay đổi để phù hợp với tình trạng viêm hiện tại. Theo Max Damico, với những trường hợp dùng corticoid đơn độc có tái phát, có thể lựa chọn Cyclosporin A để kiểm soát nhãn viêm.⁷ Gần đây, Parcland có đề xuất tiếp cận điều trị phối hợp corticosteroid ngay từ đầu với ức chế miễn dịch. Nếu bệnh nhân đáp ứng, liệu pháp có thể chuyển sang giai đoạn duy trì, nhưng khi bệnh nhân tái phát, đổi nhóm ức chế miễn dịch là một lựa chọn, cụ thể, cyclosporin A (sơ đồ 2).⁸ Trong tương lai, những bệnh nhân kháng trị, tái phát (bệnh nhân vẫn có thể tiếp tục bị viêm dịch kính và màng đệm võng mạc) dù dùng thuốc ức chế miễn dịch bằng thuốc mycophenolate mofetil, azathioprin hoặc cyclosporin, có thể lựa chọn điều trị thuốc sinh học với kháng TNF α (adalimumab, infliximab,...) hay kháng CD20 (rituximab).



Sơ đồ 2: Tiếp cận điều trị nhãn viêm giao cảm⁸ (Azathioprine 50-150mg/ ngày (1-3mg/kg/ngày); Mycophenolate mofetil: 1-3 g/ngày; Cyclosporin: 2,5 – 5mg/kg/ngày, giảm chậm về liều duy trì liều 1mg/kg/ngày, trong thời gian lớn hơn 1-2 tháng)

Ở bệnh nhân của chúng tôi, khi chẩn đoán nhãn viêm lần 1, điều trị ban đầu của bệnh nhân được dùng liều methylprednisolone 500mg/ngày, sau đó giảm liều và điều trị đơn độc chứ không điều trị phối hợp. Vì bệnh nhân chưa được dùng thuốc ức chế miễn dịch ngay từ đầu và đã bị tái phát chúng tôi đã quyết định điều trị tấn công lại methylprednisolon 1000mg/ngày trong 3 ngày và phối hợp luôn ức chế miễn dịch cyclosporin A theo phác đồ cho nhãn viêm giao cảm tái phát thay vì bắt đầu lại từ mycophenolat mofetil hay azathioprine. Đồng thời, theo báo cáo của Damico, nếu tái phát khi điều trị đơn độc corticosteroid thì có thể lựa chọn cyclosporin A. Luận điểm này càng ủng hộ chúng tôi lựa chọn Cyclosporin A thay vì Azathioprin và Mycophenolate mofetil. Liều dùng Cyclosporin A được sử dụng 150mg/ngày (tương đương 3mg/kg/ngày, nằm trong khoảng 2,5-5mg/kg/ngày) theo phác đồ. Thời gian 3 tháng đầu sau điều trị, dù tình trạng thị lực cải thiện nhưng chỉ số ferritin trên lâm sàng có xu hướng tăng, nghi ngờ tình trạng viêm chưa ổn định, chúng tôi quyết định kéo dài thời gian điều trị corticosteroid. Trong tình huống mắt chấn thương trước đó bị mù hoặc bị thương nghiêm trọng, phương án phẫu thuật được chỉ định là cắt bỏ nhãn cầu. Điều kiện tiên quyết để phẫu thuật là khi đã kiểm soát đầy đủ tình trạng viêm bằng corticosteroid và thuốc ức chế miễn dịch. Trong kế hoạch ban đầu chúng tôi dự định sẽ mổ mắt sau 3 tháng kiểm soát được viêm để tránh tái phát. Tuy nhiên, vì cả hai mắt đều đáp ứng điều trị và tiến triển tốt, bệnh nhân có nguyện vọng giữ lại mắt, chúng tôi trì hoãn phẫu thuật và theo dõi sát cho bệnh nhân. Sau 10 tháng chỉ số viêm ổn định, mắt không có dấu hiệu tái phát. Kết quả sau 16 tháng kể từ thời điểm tái phát nhãn viêm giao cảm (10 tháng dùng thuốc và 6 tháng ngừng điều trị) thị lực bệnh nhân được bảo tồn 20/40, chỉ số viêm luôn trong ngưỡng bình thường. Bệnh nhân được quyết định bảo tồn mắt.

IV. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nhãn viêm giao cảm là một bệnh lí hiếm gặp sau vết thương xuyên nhãn cầu hoặc phẫu thuật tại mắt. Khi được chẩn đoán nhãn viêm giao cảm, điều trị corticosteroid liều phù hợp, kèm phối hợp ức chế miễn dịch ngay từ đầu giúp tiên lượng đáp ứng tốt, hạn chế tái phát cho bệnh nhân. Vấn đề phẫu thuật loại bỏ nhãn cầu (mắt nguyên nhân gây nhãn viêm) có thể cân nhắc trì hoãn nếu bệnh nhân đáp ứng điều trị, kiểm soát

viêm tốt, và bệnh nhân theo dõi sát sau dùng thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rao NA, Xu S, Font RL. Sympathetic Ophthalmia: An Immunohistochemical Study of Epithelioid and Giant Cells. *Ophthalmology*. 1985; 92(12): 1660-1662. doi:10.1016/S0161-6420(85) 34087-3.
2. Paulbuddhe V, Addya S, Gurnani B, Singh D, Tripathy K, Chawla R. Sympathetic Ophthalmia: Where Do We Currently Stand on Treatment Strategies? *Clinical Ophthalmology*. 2021;15:4201-4218. doi:10.2147/OPHTH.S289688.
3. Wong VG, Anderson R, O'Brien PJ. Sympathetic Ophthalmia and Lymphocyte Transformation. *American Journal of Ophthalmology*. 1971;72(5):960-966. doi:10.1016/0002-9394(71)91697-7.
4. Saatçi AO, Ayhan Z, İpek ŞC, Söylev Bajin M. Intravitreal Afibercept as an Adjunct to Systemic Therapy in a Case of Choroidal Neovascular Membrane Associated with Sympathetic Ophthalmia. *Turk J Ophthalmol*. 2018;48(4):209-211. doi:10.4274/tjo.09076.
5. Burkholder BM, Dunn JP. Multiple serous retinal detachments seen on wide-field imaging in a patient with sympathetic ophthalmia. *JAMA Ophthalmol*. 2014;132(10):1220. doi:10.1001/jamaophthalmol.2014.52.
6. Chawla R, Kapoor M, Mehta A, Tripathy K, Vohra R, Venkatesh P. Sympathetic Ophthalmia: Experience from a Tertiary Care Center in Northern India. *J Ophthalmic Vis Res*. 2018;13(4):439-446. doi:10.4103/jovr.jovr_86_17.
7. Damico FM, Kiss S, Young LH. Sympathetic Ophthalmia. *Seminars in Ophthalmology*. 2005;20(3):191-197. doi:10.1080/08820530500232100.
8. Parchand S, Agrawal D, Ayyadurai N, et al. Sympathetic ophthalmia: A comprehensive update. *Indian Journal of Ophthalmology*. 2022;70(6):1931. doi:10.4103/ijo.IJO_2363_21.

THỰC TRẠNG LO ÂU CỦA CHA MẸ BỆNH NHI NỘI SOI TIÊU HÓA GÂY MÊ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Đình Thảo¹, Phạm Thị Thu Hường², Đào Việt Hằng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu mô tả thực trạng lo âu của cha mẹ bệnh nhi NSTH gây mê và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến hành khảo sát trên các phụ huynh có bệnh nhi từ 8- 17 tuổi được chỉ định nội soi dạ dày gây mê tại Trung tâm Nội soi – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 11/2023 - 4/2024. Mức độ lo âu được đánh giá bằng thang điểm STAI bao gồm STAI-S (lo âu hiện tại) và STAI-T (lo âu chung). **Kết quả:** Nghiên cứu thu tuyển được 259 trẻ và phụ huynh. Tuổi trung bình của trẻ là 12,4 ± 2,4 (tuổi), 54,1% là nam. 66,8% phụ huynh là mẹ với độ tuổi trung bình là 39,8 ± 5,0 (tuổi). Nguyên nhân lo âu thường gặp của phụ huynh hay là lo không biết con bị bệnh gì (59,5%), lo phát hiện được bệnh sau nội soi (44,4%) và các tai biến đến nội soi (33,6%). 60,3% phụ huynh cảm thấy không lo do được nhân viên y tế giải thích và 39,4% do đã từng NSTH. Điểm STAI-S và STAI-T trung bình lần lượt là 38,9 ± 6,5 và 38,9 ± 6,3. Trên phân tích hồi quy đa biến, không có mối liên quan giữa một số yếu tố (tuổi trẻ, giới tính, bố/mẹ, tiền sử can thiệp của trẻ và bố mẹ) với điểm STAI. **Kết luận:** Lo âu là một vấn đề thường gặp ở phụ huynh trước khi trẻ NSTH. Các vấn đề lo lắng chủ yếu

của phụ huynh là tình trạng bệnh và các tai biến liên quan đến cuộc nội soi. Không có mối liên quan giữa mức độ lo âu với các một số yếu tố nhân khẩu và tiền sử nội soi trước đó. **Từ khóa:** Nội soi tiêu hóa, mức độ lo âu, điểm STAI

SUMMARY

PREVALENCE AND RISK FACTORS ASSOCIATED WITH ANXIETY OF PARENTS HAVING CHILDREN UNDERGOING GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY WITH SEDATION IN HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Aim: Describe the prevalence and risk factors associated with anxiety of parents having children undergoing gastrointestinal endoscopy with sedation (GIES) in Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** The study was conducted among parents who had children aged 8-17 years old, indicated with GIES at Endoscopy Centre – Hanoi Medical University Hospital between 11/2023 and 4-2024. Parental anxiety was evaluated by STAI score including STAI-S (state anxiety) and STAI-T (trait anxiety). **Results:** The study recruited 259 parents. The mean age of children was 12.4 ± 2.4 (year), 54.1% was boy. 66.8% of parents were mothers with the mean age of 39.8 ± 5.0 (year). The common causes of parental anxiety were “fear of unknown causes” (59.5%), “fear of finding some diseases” (44.4%) and “fear of complications” (33.6%). 60.3% of parents did not feel anxious due to health care staff’s explanation and undergoing endoscopy previously. The mean STAI-S and STAI-T scores were 38.9 ± 6.5 and 38.9 ± 6.3. In

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Hằng

Email: daoviethang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 25.9.2024