

V. KẾT LUẬN

NB UTĐTT có HMNT có mức độ điều chỉnh tâm lý trung bình ($42,9 \pm 13,0$) và ghi nhận sự tích cực trong việc điều chỉnh mối quan hệ ($29,0 \pm 5,1$). Người chăm sóc cũng ghi nhận sự tích cực trong việc điều chỉnh mối quan hệ với NB ($29,5 \pm 5,3$). Kết quả nghiên cứu cho thấy sự liên quan giữa trình độ học vấn, loại HMNT, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế, thời gian chăm sóc ảnh hưởng đến mối quan hệ của người chăm sóc và NB. Cần xây dựng các chương trình tư vấn hỗ trợ tâm lý nhằm nâng cao khả năng điều chỉnh tâm lý cho bệnh nhân ung thư đại trực tràng có HMNT và người chăm sóc.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Đây là đề tài nhận được kinh phí tài trợ từ Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo hợp đồng số 58/2024/HĐ-ĐHYD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (WHO).** Colorectal cancer. Updated 11/07/2023. Accessed 15/10/2023
2. **Maria Agastya, Lieske Bettina.** Colostomy Care. 01/2023 ed. StatPearls 2023. Updated

28/05/2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56050>

3. **Thái Thanh Trúc, Lai Phú Chi, Vũ Thu Thủy.** Mức độ điều chỉnh tâm lý và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân mang hậu môn nhân tạo. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2020;24(1):121-127.
4. **Gautam Sital PA, Koirala Surya, Paudel Dipak,.** Psychosocial adjustment among patients with ostomy: a survey in stoma clinics, Nepal. Nursing: Research and Reviews 2016; 6:13-21.
5. **Gautam Sital, Poudel Anju.** Effect of gender on psychosocial adjustment of colorectal cancer survivors with ostomy. J Gastrointest Oncol. 2016;7(6):938-945. doi:10.21037/jgo.2016.09.02
6. **Kilic Sevcan Toptas, Oz Fatma.** Family Caregivers' Involvement in Caring with Cancer and their Quality of Life. Asian Pac J Cancer Prev. 2019;20(6):1735-1741. doi:10.31557/apjcp.2019.20.6.1735
7. **Fernández Martínez Daniel, Rodríguez Infante Antonio, Otero Díez Jorge Luis, Baldonado Cernuda Ricardo Felipe, Mosteiro Díaz María Pilar, García Flórez Luis Joaquín.** Is my life going to change? -a review of quality of life after rectal resection. J Gastrointest Oncol. 2020;11(1):91-101. doi:10.21037/jgo.2019.10.03
8. **Morgan Tessa, Ann Williams Lisa, Trussardi Gabriella, Gott Merryn.** Gender and family caregiving at the end-of-life in the context of old age: A systematic review. Palliat Med. 2016;30(7):616-624. doi:10.1177/0269216315625857

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TUYẾN MEIBOMIAN TRÊN BỆNH NHÂN KHÔ MẮT CỔ HỘI CHỨNG SJÖGREN NGUYÊN PHÁT

Võ Thị Thu Hồng¹, Đầu Thị Ngọc Anh²,
Đặng Thị Minh Tuệ¹, Nguyễn Thu Trang^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn chức năng tuyến meibomian (MGD) trên bệnh nhân khô mắt cổ hội chứng Sjögren nguyên phát (pSS) và nhận xét mối liên quan giữa rối loạn chức năng tuyến meibomian với khô mắt trên bệnh nhân có hội chứng Sjögren nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 20 bệnh nhân (40 mắt) khô mắt có hội chứng Sjögren nguyên phát (pSS) tại khoa Giác mạc – Bệnh viện Mắt Trung ương. **Kết quả:** Bệnh nhân pSS trong nghiên cứu có tuổi trung bình là $53,2 \pm 11,7$; tỷ lệ nữ/nam là 9/1. Chức năng của tuyến meibomian trên bệnh nhân pSS bị rối loạn ở nhiều mức độ: thay đổi hình thái mi

mắt (bờ mi dày: 55%, sung huyết mạch máu bờ mi: 50%, nút lỗ tuyến meibomian: 42,5%); tình trạng tiết của tuyến meibomian chủ yếu độ 1 (50%) và độ 2 (37,5%); chất lượng chất tiết của tuyến meibomian phần lớn là dịch mỡ đục (57,5%); số mắt mất tuyến meibomian từ độ 1 trở lên chiếm 90%. Mức độ khô mắt có mối liên quan với tình trạng tiết của tuyến meibomian. Không có mối liên quan giữa mức độ khô mắt với chất lượng chất tiết của tuyến meibomian và mức độ mất tuyến meibomian. Không có mối liên quan giữa mức độ MGD với các mức độ khô mắt. **Kết luận:** Ở bệnh nhân pSS có biểu hiện MGD ở nhiều mức độ. Không có mối liên quan rõ ràng giữa MGD với khô mắt trên bệnh nhân pSS.

Từ khóa: hội chứng Sjögren nguyên phát, khô mắt, rối loạn chức năng tuyến Meibomian.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF MEIBOMIAN GLAND DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH PRIMARY SJÖGREN'S SYNDROME DRY EYE DISEASE

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Thu Hồng.

Email: hongqb2002@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025

Objectives: Describe the clinical characteristics of meibomian gland dysfunction (MGD) in dry eye patients with primary Sjögren's syndrome (pSS) and review the association between meibomian gland dysfunction and dry eye disease in patients with primary Sjögren's syndrome. **Subjects and methods:** Case study research is conducted in 20 dry eye patients (40 eyes) with pSS at the Cornea Department of Vietnam National Eye Hospital. **Results:** The average age of the patients is $53,2 \pm 11,7$, female – to – male ratio is of 9/1. Function of meibomian glands is disordered at many levels: change in lid morphology (thick lid margin: 55%, lid margin hyperemia: 50%, meibomian orifice plug: 42,5%); expressibility of meibomian glands is principally grade 1 (50%) and grade 2 (37,5%); quality of expressed lipid is mostly cloudy fluid (57,5%); meibomian gland dropout from grade 1 or higher accounts for 90%. Dry eye severity level has association with expressibility of meibomian gland. There is no relationship between dry eye severity level and quality of expressed lipid, meibomian gland dropout level. There is no relationship between MGD severity level and dry eye severity levels. **Conclusions:** pSS patients express various levels of MGD. There is no clear association between MGD and dry eye in pSS patients. **Keywords:** primary Sjögren's Syndrome, dry eye, Meibomian gland dysfunction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn chức năng tuyến meibomian (MGD) là bệnh lý khá phổ biến, tuy nhiên bệnh thường không được quan tâm chẩn đoán sớm do không có bất cứ triệu chứng cơ năng nào ở giai đoạn sớm. MGD ở giai đoạn tiến triển gây nhiều khó chịu ở mắt, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Nếu bệnh không được điều trị có thể dẫn đến các tổn thương thứ phát bề mặt nhãn cầu. Tỷ lệ mắc bệnh giữa các nghiên cứu là khác nhau, dao động từ 3,5 – 70% [2] do có sự khác nhau về định nghĩa, các tiêu chuẩn chẩn đoán, cách lựa chọn đối tượng nghiên cứu và cách tổ chức nghiên cứu.

Hội chứng Sjögren (Sjögren's syndrome - SS) là hội chứng viêm mạn tính tự miễn, có thể là nguyên phát hoặc thứ phát sau các bệnh lý tự miễn khác như Lupus ban đỏ, viêm khớp dạng thấp. Hội chứng Sjögren nguyên phát (primary Sjögren's syndrome - pSS) là hội chứng hiếm gặp, tỷ lệ dân số mắc hội chứng này trong các nghiên cứu rất khác nhau, dao động từ 3,3 đến 103 trên 100.000 dân [3] gây ra khô mắt, khô miệng, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Bệnh nhân SS thường ít được quan tâm chẩn đoán vì triệu chứng khô mắt do đó thường được chẩn đoán muộn sau một thời gian dài có triệu chứng khô mắt.

Khô mắt vừa là triệu chứng, vừa là bệnh, có thể gây ra nhiều tổn thương nghiêm trọng đến

các cấu trúc bề mặt của mắt và thị lực một cách từ từ và liên tục.

Trước đây, khô mắt trên bệnh nhân SS thường được mô tả là khô mắt do thiếu nước do yếu tố tự miễn dịch gây tổn thương tuyến lệ. Cho đến nay, trên thế giới ngày càng có nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng khô mắt ở bệnh nhân SS có thể do đồng thời cả rối loạn chức năng tuyến Meibomian và sự giảm tiết của tuyến lệ gây ra [5-8], tuy nhiên các nghiên cứu về vấn đề này ở Việt Nam còn chưa nhiều. Để góp phần vào các nghiên cứu về rối loạn chức năng tuyến Meibomian trên bệnh nhân khô mắt có hội chứng Sjögren, từ đó đánh giá mối liên quan giữa các bệnh lý này, góp phần chẩn đoán đúng bệnh và mức độ bệnh, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này với hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng rối loạn chức năng tuyến meibomian trên bệnh nhân khô mắt có hội chứng Sjögren nguyên phát.
2. Nhận xét mối liên quan giữa rối loạn chức năng tuyến meibomian với khô mắt trên bệnh nhân có hội chứng Sjögren nguyên phát.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân đến khám tại khoa Giác mạc – Bệnh viện Mắt Trung ương thỏa mãn:

Tiêu chuẩn lựa chọn: 1) tiêu chuẩn chẩn đoán khô mắt theo hội thảo khô mắt 2017 (TFOS DEWS II): chỉ số bệnh bề mặt nhãn cầu (OSDI) ≥ 13 điểm, thời gian vỡ phim nước mắt (TBUT) < 10 giây; và 2) tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng Sjögren theo AECG 2002: có khô mắt, khô miệng, sưng tuyến nước bọt; test Schirmer I < 5 mm/5 phút; xét nghiệm tự kháng thể trong máu anti – Ro/SSA và/hoặc anti – La/SSB dương tính và chưa phát hiện các bệnh tự miễn khác kèm theo trước đây.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân đang mắc các bệnh mắt khác kèm theo: các bệnh mắt cấp tính, biến dạng bờ mi; tiền sử xạ trị vùng đầu cổ, HIV/AIDS, u lympho, bệnh sarcoid, bệnh amyloid, sử dụng thuốc kháng cholinergic.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh.

Cách tiến hành nghiên cứu: Thu thập các đặc điểm tuổi, giới, chỉ số OSDI. Đánh giá đặc điểm của khô mắt: test Schirmer I, test TBUT, nhuộm bề mặt nhãn cầu, tổn thương biểu mô bờ mi do cọ xát (LWE). Đánh giá hình thái mi mắt, tình trạng tiết và chất tiết tuyến meibomian. Chụp tuyến meibomian bằng máy Keratograph 5M. Làm xét nghiệm chẩn đoán hội chứng Sjögren.

2.3. Xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm SPSS 26 để thống kê tỷ lệ %, tính giá trị trung bình, phân tích mối liên quan giữa các biến định tính bằng test χ^2 , Fisher's Exact.

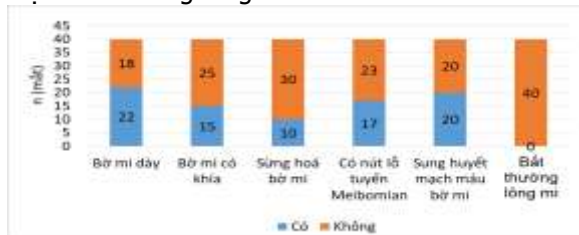
2.4. Đạo đức nghiên cứu. Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng Bộ môn Mắt – Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội và Hội đồng khoa học Bệnh viện Mắt Trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên 20 bệnh nhân mắc pSS, trong đó đa số là bệnh nhân nữ với tỷ lệ nữ/nam là 9/1. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của là $53,2 \pm 11,7$ tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 72 tuổi và nhỏ tuổi nhất là 34 tuổi.

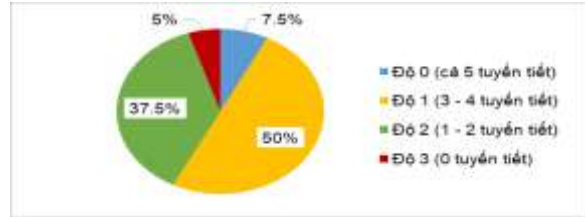
3.2. Đặc điểm lâm sàng MGD trên bệnh nhân khô mắt có pSS

3.2.1. Đặc điểm hình thái mi mắt. Số mắt biểu hiện bờ mi dày, sung huyết mạch máu bờ mi, nút lỗ tuyến meibomian chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 55%, 50% và 42,5%. Không có biểu hiện bất thường lông mi ở cả 40 mắt.



Biểu đồ 3.1: Đặc điểm hình thái mi mắt

3.2.2. Tình trạng tiết và chất tiết của tuyến meibomian. Trong 40 mắt, tình trạng tiết của tuyến meibomian chủ yếu ở độ 1 và độ 2 với tỷ lệ lần lượt là 50% và 37,5%.



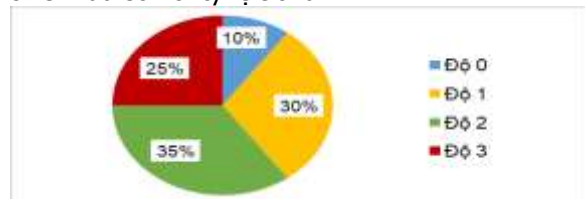
Biểu đồ 3.2: Tình trạng tiết của tuyến meibomian

Số mắt có dịch mờ đục chiếm tỷ lệ cao với 57,5%. Có 27,5% số mắt có dịch trong suốt, 15% số mắt có dịch mờ đục có hạt và không có mắt nào có dịch đặc như kem đánh răng.



Biểu đồ 3.3: Chất tiết của tuyến meibomian

3.2.3. Tình trạng mắt tuyến meibomian
Đánh giá tình trạng mắt tuyến meibomian trên máy Keratograph 5M, trong số 40 mắt, số mắt có mắt tuyến meibomian từ độ 1 trở lên chiếm đa số với tỷ lệ 90%.



Biểu đồ 3.4: Tình trạng mắt tuyến meibomian

3.3. Mối liên quan giữa MGD và khô mắt trên bệnh nhân pSS

Bảng 3.1: Mối liên quan giữa mức độ MGD và mức độ khô mắt

		Mức độ MGD											
		Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4		Độ 5		Tổng	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mức độ khô mắt	Độ 1	0	0	0	0	0	0	1	10	0	0	1	2,5
	Độ 2	0	0	0	0	1	5,3	0	0	0	0	1	2,5
	Độ 3	1	50	3	60	13	68,4	4	40	1	25	22	55
	Độ 4	1	50	2	40	5	26,3	5	50	3	75	16	40
	Tổng	2	100	5	100	19	100	10	100	4	100	40	100

Fisher's Exact Test: $p = 0,57$

Trong nghiên cứu, khô mắt nặng (độ 3 và độ 4) chiếm đa số với 95%, trong đó khô mắt độ 3 phân bố chủ yếu ở nhóm MGD độ 3 với 13/22 mắt. Không có mối liên quan giữa mức độ MGD và mức độ khô mắt ($p > 0,05$).

Bảng 3.2: Mối liên quan giữa mức độ MGD và tổn thương biểu mô bờ mi do cọ xát (LWE)

		Mức độ MGD											
		Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4		Độ 5		Tổng	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mức	Độ 0	0	0	1	20	2	10,5	1	10	0	0	4	10

độ LWE	Độ 1	0	0	0	0	4	21	4	40	1	25	9	22,5
	Độ 2	1	50	1	20	4	21	4	40	1	25	11	27,5
	Độ 3	1	50	3	60	9	47,5	1	10	2	50	16	40
	Tổng	2	100	5	100	19	100	10	100	4	100	40	100

Fisher's Exact Test: $p = 0,64$

Tổn thương biểu mô bờ mi do cọ xát (LWE) độ 2 và độ 3 chiếm tỷ lệ cao với 67,5%, trong đó LWE độ 3 phân bố chủ yếu ở nhóm MGD độ 3 với 9/16 mắt. Không có mối liên quan giữa mức độ MGD và mức độ LWE ($p > 0,05$).

Bảng 3.3: Mối liên quan giữa mức độ khô mắt và tình trạng tiết của tuyến meibomian

		Mức độ khô mắt									
		Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4		Tổng	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mức độ tình trạng tiết tuyến Meibomian	Độ 0	0	0	0	0	0	0	3	18,7	3	7,5
	Độ 1	0	0	1	100	15	68,2	4	25	20	50
	Độ 2	1	100	0	0	5	22,7	9	56,3	15	37,5
	Độ 3	0	0	0	0	2	9,1	0	0	2	5
	Tổng	1	100	1	100	22	100	16	100	40	100

Fisher's Exact Test: $p < 0,05$

Tình trạng tiết của tuyến meibomian chủ yếu ở độ 1 và độ 2, trong đó tình trạng tiết của tuyến meibomian độ 1 phân bố chủ yếu ở nhóm khô mắt độ 3 với 15/20 mắt, tình trạng tiết của tuyến meibomian độ 2 phân bố chủ yếu ở nhóm khô mắt độ 4 với 9/15 mắt. Có mối liên quan giữa mức độ khô mắt và mức độ tình trạng tiết của tuyến meibomian ($p < 0,05$).

Bảng 3.4: Mối liên quan giữa mức độ khô mắt và chất tiết của tuyến meibomian

Mức độ khô mắt	Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Chất tiết tuyến meibomian										
Dịch trong suốt	0	0	0	0	6	27,3	5	31,3	11	27,5
Dịch mờ đục	1	100	1	100	15	68,2	6	37,4	23	57,5
Dịch mờ đục có hạt	0	0	0	0	1	4,5	5	31,3	6	15
Dịch đặc như kem đánh răng	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	1	100	1	100	22	100	16	100	40	100

Fisher's Exact Test: $p = 0,18$

Trong nghiên cứu này, số mắt có dịch mờ đục chiếm tỷ lệ cao nhất, phân bố ở cả 4 mức độ khô mắt trong đó phân bố chủ yếu ở nhóm khô mắt độ 3 với 15/23 mắt. Không có mối liên quan giữa mức độ khô mắt với chất tiết tuyến meibomian ($p > 0,05$).

Bảng 3.5: Mối liên quan giữa mức độ khô mắt và tình trạng mất tuyến meibomian

Mức độ khô mắt	Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mức độ mất tuyến meibomian										
Độ 0	0	0	0	0	1	4,5	3	18,7	4	10
Độ 1	0	0	0	0	9	40,9	3	18,7	12	30
Độ 2	0	0	0	0	8	36,4	6	37,6	14	35
Độ 3	1	100	1	100	4	18,2	4	25	10	25
Tổng	1	100	1	100	22	100	16	100	40	100

Fisher's Exact Test: $p = 0,30$

Tình trạng mất tuyến meibomian chiếm tỷ lệ khá đồng đều ở các mức độ từ độ 1 – độ 3 với lần lượt là 30%, 35% và 25%. Tình trạng mất tuyến meibomian độ 2 phân bố chủ yếu ở nhóm khô mắt độ 3 với 8/14 mắt. Tình trạng mất tuyến meibomian độ 3 phân bố ở tất cả các mức độ khô mắt, trong đó phân bố chủ yếu ở nhóm khô mắt độ 3 và độ 4 với tỷ lệ như nhau là 4/10 mắt. Không có mối liên quan giữa mức độ khô mắt với mức độ mất tuyến meibomian quan sát trên máy Keratograph 5M ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Hội chứng Sjögren nguyên phát là hội chứng hiếm gặp, đặc trưng bởi hai biểu hiện chính là khô mắt và khô miệng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân pSS đều có biểu hiện khô mắt, trong đó khô mắt nặng độ 3 và độ 4 chiếm đa số với 95%. Bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu là nữ với tỷ lệ nữ/nam là 9/1, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Hương Trà (2022) [1] và các nghiên cứu khác trên thế giới trên đối tượng pSS [3, 4]. Khô mắt gây ra

bởi pSS chiếm tỷ lệ chủ yếu ở nữ do pSS tương tự như các bệnh tự miễn khác, thường gặp ở nữ. Đồng thời pSS gây ảnh hưởng nhiều đến tuyến lệ, tuyến meibomian và các cấu trúc bề mặt nhãn cầu. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $53,2 \pm 11,7$ tuổi. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy hội chứng Sjögren nguyên phát thường khởi phát ở lứa tuổi trung niên [1, 4].

Trong các nghiên cứu đã công bố, MGD ở bệnh nhân pSS có các đặc điểm như mật độ nang tuyến dày hơn, đường kính nhỏ hơn, mật độ tế bào viêm quanh tuyến dày hơn bệnh nhân MGD đơn thuần, thay đổi tình trạng tiết và chất tiết, dị sản lỗ tuyến [6, 7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số mắt có biểu hiện bờ mi dày, sung huyết mạch máu bờ mi, nút lỗ tuyến meibomian chiếm tỷ lệ cao. Tuy nhiên những thay đổi hình thái mi mắt sinh lý cũng xảy ra theo sự gia tăng của tuổi bên cạnh ảnh hưởng của pSS.

Tình trạng tiết của tuyến meibomian trong nghiên cứu chủ yếu ở độ 1 (có 3-4 tuyến tiết) và độ 2 (có 1-2 tuyến tiết). Hội chứng Sjögren nguyên phát gây ảnh hưởng đến tình trạng tiết của tuyến meibomian không hoàn toàn. Nghiên cứu của Sullivan và cộng sự (2018) [6] cũng có kết luận tương tự với khoảng 50% số tuyến meibomian còn tiết ở bệnh nhân pSS. Có sự thay đổi chất lượng chất tiết tuyến meibomian ở bệnh nhân pSS trong nghiên cứu, tương tự kết quả nghiên cứu của Sullivan và cộng sự (2018) [6].

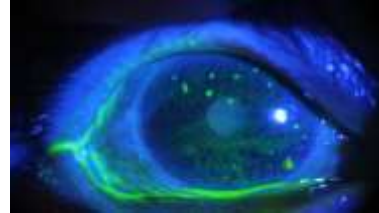
Trong nghiên cứu, tình trạng mất tuyến meibomian trên máy Keratograph 5M chủ yếu từ độ 1 trở lên. Kết quả của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu khác về MGD. Nghiên cứu của Arita và cộng sự (2009) [2] cho thấy điểm meiboscore ở nhóm bệnh nhân MGD cao hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân khô mắt - không MGD ($p < 0,0001$).

Nhiều nghiên cứu trên thế giới kết luận các đặc điểm của MGD và khô mắt ở bệnh nhân pSS kém hơn những bệnh nhân không mắc pSS [6]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy có mối liên quan giữa mức độ khô mắt và mức độ tình trạng tiết của tuyến meibomian ($p < 0,05$). Tình trạng tiết của tuyến meibomian độ 1 phân bố chủ yếu ở nhóm khô mắt độ 3, tình trạng tiết của tuyến meibomian độ 2 phân bố chủ yếu ở nhóm khô mắt độ 4. Tuy nhiên nghiên cứu chưa thấy có mối liên quan rõ ràng giữa mức độ MGD và các mức độ khô mắt; mức độ khô mắt với mức độ chất tiết và mức độ mất tuyến meibomian. Lý do có thể do cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ và ở bệnh nhân pSS có sự kết hợp của khô mắt giảm tiết và khô mắt bay hơi, khô mắt cũng tác động ngược

lại tới tuyến meibomian và gây ra MGD.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân pSS có biểu hiện MGD ở nhiều mức độ. Không có mối liên quan rõ ràng giữa MGD với khô mắt trên bệnh nhân pSS.



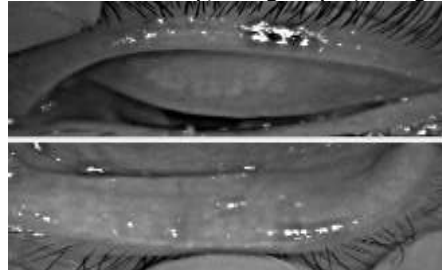
Hình ảnh tổn thương viêm chấm, sợi giác mạc



Hình ảnh nhuộm kết mạc, LWE độ 2



Hình ảnh bờ mi dày, sung huyết, sừng hoá



Hình ảnh mất tuyến meibomian độ 3

Hình ảnh minh họa bệnh nhân nữ, 61 tuổi

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Hương Trà, Đặng Thị Minh Tuệ.** Đặc điểm khô mắt trên bệnh nhân mắc hội chứng Sjögren nguyên phát. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;511(1):173.
2. **Arita R, Itoh K, Maeda S, Maeda K, Furuta A, Fukuoka S và các cộng sự.** Proposed diagnostic criteria for obstructive meibomian gland dysfunction. Ophthalmology. 2009;116(11):2058-63. e1.
3. **Bodakçi E.** Clinical and serological characteristics of anti-Ro/SS-A and anti-La/SS-B negative primary Sjögren's syndrome: a comparative study. European Review for Medical & Pharmacological Sciences. 2024;28(5).
4. **Ramos-Casals M, Solans R, Rosas J, Camps MT, Gil A, del Pino-Montes J và các cộng sự.** Primary Sjögren syndrome in Spain: clinical and immunologic expression in 1010 patients. Medicine. 2008;87(4):210-9.

5. **Schaumberg DA, Nichols JJ, Papas EB, Tong L, Uchino M, Nichols KK.** The international workshop on meibomian gland dysfunction: report of the subcommittee on the epidemiology of, and associated risk factors for, MGD. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2011;52(4):1994-2005.
6. **Sullivan DA, Dana R, Sullivan RM, Krenzer KL, Sahin A, Arica B và các cộng sự.**

Meibomian Gland Dysfunction in Primary and Secondary Sjogren Syndrome. Ophthalmic Res. 2018; 59(4):193-205.

7. **Villani E, Beretta S, De Capitani M, Galimberti D, Viola F, Ratiglia R.** In vivo confocal microscopy of meibomian glands in Sjögren's syndrome. Investigative ophthalmology & visual science. 2011;52(2):933-9.

PHÂN TÍCH TÁC ĐỘNG NGÂN SÁCH CỦA ECHINOCANDINS TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM NẤM CANDIDA XÂM LẤN TẠI VIỆT NAM

Lê Diễm Quỳnh¹, Nguyễn Trần Như Ý², Phan Thanh Dũng³,
Võ Ngọc Yến Nhi², Nguyễn Thị Thu Thủy²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm nấm Candida xâm lấn (IC) là bệnh lý nhiễm trùng nghiêm trọng gây nhiều biến chứng nặng nề và tỉ lệ hiện mắc ngày càng tăng, đặc biệt trên người bệnh (NB) có hệ miễn dịch kém. Anidulafungin, là thuốc kháng nấm thuộc nhóm echinocandin mới, đã được phê duyệt để điều trị nhiễm nấm IC nhưng chưa được bảo hiểm y tế (BHYT) chi trả. Việc đánh giá chi trả bảo hiểm cho anidulafungin trong điều trị IC tại Việt Nam (VN) cần dựa trên cơ sở khoa học, cụ thể là tác động ngân sách (TĐNS) của thuốc lên quỹ BHYT. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu (NC) sử dụng thiết kế mô hình hóa bằng mô hình cây quyết định nhằm đánh giá TĐNS giữa hai phương án (không anidulafungin và có anidulafungin) trong khoảng thời gian 5 năm. Các tham số đầu vào của mô hình phân tích dựa trên phân tích tổng quan hệ thống và tham vấn ý kiến chuyên gia lâm sàng. NC dựa trên quan điểm cơ quan BHYT, chỉ tính chi phí (CP) trực tiếp y tế. **Kết quả:** Phân tích TĐNS khi đưa anidulafungin vào danh mục BHYT cho thấy với tỉ lệ thanh toán (TT) 100% và tỉ lệ tiếp cận điều trị tăng dần từ 21,09% (năm 1) đến 29,09% (năm 5), anidulafungin giúp tăng 209 NB đáp ứng điều trị (thành công với phác đồ đầu tay), tăng 589 NB sống sót sau khi kết thúc điều trị và tăng 7.005 số năm sống đạt được (LYG) trên toàn dân số IC mục tiêu. Đồng thời, sử dụng anidulafungin giúp tiết kiệm tổng ngân sách (NS) của BHYT và NB 18,97 tỉ VND; trong đó, NS quỹ BHYT tiết kiệm 16,13 tỉ VND. **Kết luận:** Với mức chi trả BHYT 100%, sử dụng anidulafungin giúp tiết kiệm NS chi trả BHYT trong 5 năm đồng thời gia tăng thêm số NB sống sót. Kết quả đề tài là cơ sở khoa học cho các cơ quan thực hiện chính sách y tế cần nhắc nhở nâng cao tiếp cận điều trị cho NB và phân bổ nguồn lực y tế hợp lý.

Từ khóa: Tác động ngân sách, anidulafungin, nhiễm nấm Candida xâm lấn, mô hình

SUMMARY

BUDGET IMPACT ANALYSIS OF ECHINOCANDINS IN THE TREATMENT OF INVASIVE CANDIDA INFECTION IN VIETNAM

Background: Invasive candidiasis (IC), a severe infectious disease that can cause complications, is on the rise, particularly affecting individuals with compromised immune systems. Anidulafungin, a recently approved echinocandin antifungal, is designed for IC treatment. The consideration for reimbursing anidulafungin for IC treatment in Vietnam necessitates a thorough examination of its scientific evidence, emphasizing the budgetary impact of the drug on the health insurance fund. **Methods:** This study adopts a modeling approach utilizing a decision-tree model with two scenarios: one without anidulafungin and the other with anidulafungin, spanning a 5-year period. Input parameters for the model were derived from a systematic review and insights obtained from expert interviews. The study was conducted from the perspective of the Vietnamese healthcare payer, focusing solely on direct medical costs. **Results:** The budget impact analysis of integrating anidulafungin into the Vietnamese health insurance drug list reveals that, with a 100% coverage rate and a gradual increase in the treatment access rate from 21.09% (year 1) to 29.09% (year 5), anidulafungin increased the number of patients responding to the treatment (success with the first-line regimen) by 209, raised the count of patients surviving after the end of treatment by 589, and contributed to a total of 7,005 Life Years Gained (LYG) across the entire population with IC over a 5-year period. The use of anidulafungin within this timeframe results in a substantial budget saving of 18.97 billion VND, with the health insurance fund budget accounting for 16.13 billion VND. **Conclusions:** With 100% health insurance coverage for anidulafungin, there is significant budget saving over 5 years while concurrently increasing the number of survivors. The findings of this study offer a scientific foundation for health policy implementation agencies to consider, aiming to improve treatment access for patients and allocate medical resources judiciously.

¹Bệnh viện Đa Khoa Đà Nẵng

²Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

³Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Thủy

Email: thuyntt1@hiu.vn

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025