

nền tảng giải phẫu – kỹ thuật cho SCAIF trong tái tạo ống họng tại bối cảnh Việt Nam, đồng thời bổ sung bằng chứng so sánh với y văn quốc tế.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu kết hợp phẫu tích xác tươi và chuỗi ca lâm sàng cho thấy vật thương đòn (SCAIF) có nền tảng giải phẫu ổn định, vùng cấp máu đáng tin cậy và kỹ thuật thu hoạch đơn giản, không đòi hỏi vi phẫu. Trên lâm sàng, SCAIF cho phép tái tạo ống họng hiệu quả với thời gian phẫu thuật rút ngắn và tỷ lệ biến chứng thấp, không ghi nhận biến chứng nặng trong loạt ca của chúng tôi. Những đặc điểm này khiến SCAIF trở thành lựa chọn phù hợp cho tái tạo ống họng sau cắt hạ họng – thanh quản toàn phần, đặc biệt trong bối cảnh nguồn lực vi phẫu còn hạn chế hoặc ở bệnh nhân nguy cơ cao.

Dựa trên các bằng chứng giải phẫu và kết quả bước đầu, chúng tôi khuyến nghị cân nhắc SCAIF như một lựa chọn ưu tiên khi khuyết hổng yêu cầu mô mỏng, dẻo và chiều dài che phủ vừa đủ, có thể ống hóa. Các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn, đối chứng trực tiếp với các vật tự do (RFFF, ALT, vật hồng trằng), thời gian theo dõi dài và đánh giá toàn diện chức năng nuốt, chất lượng sống sẽ cần thiết để khẳng định thêm vị thế của SCAIF trong phẫu thuật tái tạo tổn thương ống họng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Clark JR, Gilbert R, Irish J, Brown D,

Neligan P, Gullane PJ. Morbidity After Flap Reconstruction of Hypopharyngeal Defects. The Laryngoscope. 2006;116(2): 173-181. doi:10.1097/01.mlg.0000191459.40059.fd

2. Reiter M, Baumeister P. Reconstruction of laryngopharyngectomy defects: Comparison between the supraclavicular artery island flap, the radial forearm flap, and the anterolateral thigh flap. Microsurgery. 2019;39(4): 310-315. doi: 10.1002/micr.30406
3. Kokot N, Mazhar K, Reder LS, Peng GL, Sinha UK. The Supraclavicular Artery Island Flap in Head and Neck Reconstruction: Applications and Limitations. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2013; 139(11): 1247. doi:10.1001/jamaoto.2013.5057
4. Emerick KS, Herr MA, Deschler DG. Supraclavicular flap reconstruction following total laryngectomy. The Laryngoscope. 2014;124(8): 1777-1782. doi:10.1002/lary.24530
5. Vinh VQ, Van Anh T, Ogawa R, Hyakusoku H. Anatomical and Clinical Studies of the Supraclavicular Flap: Analysis of 103 Flaps Used to Reconstruct Neck Scar Contractures: Plastic and Reconstructive Surgery. 2009;123(5):1471-1480. doi:10.1097/PRS.0b013e3181a205ba
6. Coleman JJ, Searles JM, Hester TR, et al. Ten years experience with the free jejunal autograft. The American Journal of Surgery. 1987;154(4): 394-398. doi:10.1016/0002-9610(89)90011-1
7. Granzow JW, Suliman A, Roostaeian J, Perry A, Boyd JB. Supraclavicular Artery Island Flap (SCAIF) vs Free Fasciocutaneous Flaps for Head and Neck Reconstruction. Otolaryngol-head neck surg. 2013;148(6): 941-948. doi:10.1177/0194599813476670
8. Pallua N, Kim BS. Pre-expanded Supraclavicular Artery Perforator Flap. Clinics in Plastic Surgery. 2017;44(1):49-63. doi:10.1016/j.cps.2016.08.005

TỔN THƯƠNG MẮT TRONG BỆNH LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG: ĐỤC THỂ THỦY TINH, TỔN THƯƠNG VỔNG MẠC VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

Nguyễn Thị Mai Hương¹, Đỗ Thị Tùng Lâm², Nguyễn Văn Đoàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá tổn thương mắt với các yếu tố nguy cơ trong bệnh lupus ban đỏ hệ thống (SLE). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 46 bệnh nhân được chẩn đoán Lupus ban đỏ hệ thống và phát hiện có tổn thương mắt tại Trung tâm Dị ứng – Miễn dịch lâm sàng – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2019 tới tháng 8/2020. **Kết quả:** Trong tổn thương mắt ở bệnh nhân

lupus ban đỏ hệ thống đục thể thủy tinh chiếm 25%. Tỷ lệ này tăng cao hơn rõ rệt ở nhóm dùng corticoid ≥ 5 năm (66,7%) so với nhóm dùng corticoid < 5 năm (33,3%) và tăng gấp 3.6 lần (OR 3,6; CI 95%: 1,03–12,54; $p < 0,05$). Nhóm bệnh nhân SLE có đục thể thủy tinh thường đi kèm với đợt cấp SLE nặng (61,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$). Tổn thương võng mạc ở bệnh nhân SLE gồm viêm mạch võng mạc chiếm 18,5%, vi mạch võng mạc chiếm 15,2%, và tổn thương do HCQ/Cloroquine chiếm 10,9%. Trong đó, thời gian bệnh nhân mắc bệnh ≥ 10 năm có nguy cơ tổn thương võng mạc cao hơn rõ rệt do HCQ/Cloroquine so với nhóm có thời gian mắc bệnh < 10 năm (OR 19,4; CI 95%: 1,88–201,18; $p < 0,01$). Các bệnh nhân có tổn thương võng mạc chủ yếu gặp đợt cấp SLE nặng/rất nặng (93,1%). Và tỷ lệ tổn thương võng mạc ở bệnh nhân dương tính với kháng thể ANA, anti-dsDNA và các kháng thể APS lần lượt là 61,9%, 62,5%, và 66,7%. **Kết luận:** Đục

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Hương

Email: nguyenmaihuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.10.2025

Ngày duyệt bài: 13.11.2025

thể thủy tinh và tổn thương võng mạc là biến chứng mắt thường gặp ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống, đặc biệt liên quan đến thời gian dùng corticoid và HCQ/Cloroquine kéo dài, thời gian mắc bệnh lâu năm và đợt cấp của bệnh. Do đó, cần theo dõi và tầm soát định kỳ nhằm phát hiện sớm và hạn chế nguy cơ mất thị lực ở bệnh nhân SLE. **Từ khóa:** SLE, lupus, võng mạc, đục thể thủy tinh, HCQ

SUMMARY

OCULAR MANIFESTATIONS IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: CATARACT, RETINOPATHY, AND RISK FACTORS

Objectives: To evaluate ocular involvement and associated risk factor in patients with systemic lupus erythematosus (SLE). **Methods and Methodology:** Across-sectional descriptive study on 46 patients diagnosed with SLE and occur ocular involvement in the center of Allergology and Clinical Immunology in Bach Mai Hospital from August 2019 to August 2020. **Results:** Common ocular manifestations in SLE patients are cataracts (25%) and retinal involvement. The prevalence of cataracts was significantly higher in patients receiving long-term corticosteroid for ≥ 5 years compared with <5 years (66.7% vs. 33.3 OR = 3.6; 95% CI: 1.03–12.54; $p < 0.05$). Furthermore, the occurrence of cataracts was more frequently associated with SLE flares (61.1%, $p = 0.001$). In term of retinal involvement in SLE, it included retinal vasculitis (18.5%), microangiopathy (15.2%), and hydroxychloroquine (HCQ)/chloroquine (CQ)-induced retinopathy (10.9%). Patients with disease duration ≥ 10 years had a significantly greater risk of HCQ/CQ-related retinopathy compared to those with shorter disease duration (<10 years) (OR = 19.4; 95% CI: 1.88–201.18; $p < 0.01$). Retinal lesions occurred predominantly in patients with severe or very severe flares (93.1%) and were more common in those positive for ANA (61.9%), anti-dsDNA (62.5%), and antiphospholipid antibodies (66.7%). **Conclusions:** Cataracts and retinopathy are common ocular complications in SLE, particularly associated with prolonged corticosteroid or HCQ/chloroquine exposure, long-standing disease, and severe flares. Regular ophthalmologic surveillance is therefore essential for early detection and timely intervention to reduce the risk of irreversible vision loss in SLE patients. **Keywords:** SLE, lupus, cataracts, retinopathy, HCQ

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (Systemic lupus erythematosus, SLE) là một bệnh tự miễn phức tạp, diễn biến khó lường, xen kẽ các giai đoạn ổn định là đợt cấp, ảnh hưởng tới nhiều cơ quan, trong đó có mắt. Bệnh được điều trị chủ yếu sử dụng các thuốc là corticosteroid, thuốc chống sốt rét tổng hợp và các thuốc ức chế miễn dịch.

Tổn thương mắt có thể là biểu hiện ban đầu của bệnh, có thể liên quan đến hoạt động của bệnh SLE, đi kèm với tổn thương tại các cơ quan nội tạng khác. Tỷ lệ tổn thương mắt ở bệnh nhân

SLE tương đối cao có thể lên tới 30% gồm tổn thương mí mắt, cấu trúc ngoài của mắt, màng cứng, giác mạc, mạch máu võng mạc, võng mạc và thần kinh thị giác. Trong đó tổn thương đục thể thủy tinh và võng mạc là các nguyên nhân hàng đầu dẫn tới mất hay giảm thị lực ở bệnh nhân SLE. Ngoài ra, tổn thương mắt ở bệnh nhân SLE liên quan các tác dụng phụ do thuốc trong quá trình điều trị như thuốc chống sốt rét, corticoid, thuốc ức chế miễn dịch.

Tại Việt Nam, nghiên cứu của Cát Vân Anh¹ ghi nhận tổn thương mắt ở bệnh nhân SLE là 33,95%; song chưa phân tích được đầy đủ các yếu tố nguy cơ liên quan tổn thương mắt với bệnh SLE. Vì lý do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *"Đánh giá tổn thương mắt và các yếu tố nguy cơ trong bệnh lupus ban đỏ hệ thống"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 46 bệnh nhân được chẩn đoán Lupus ban đỏ hệ thống và phát hiện có tổn thương mắt tại Trung tâm Dị ứng – Miễn dịch lâm sàng – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2019 tới tháng 8/2020

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân SLE được chẩn đoán bằng tiêu chuẩn chẩn đoán SLICC 2012, khám phát hiện tổn thương mắt.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có tiền sử bệnh mắt trước khi mắc bệnh SLE; bệnh nhân vào viện các lần sau và không phát hiện tổn thương mắt mới xuất hiện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, ước lượng mẫu một tỉ lệ:

$$n = Z_{1-\alpha}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

p: Tỷ lệ ước đoán của mẫu

- **Các bước tiến hành nghiên cứu:**

+ Khai thác tiền sử, bệnh sử: hỏi các triệu chứng về mắt

+ Khám toàn thân: xác định tình trạng toàn thân, ý thức, tổn thương tại các cơ quan tim mạch, hô hấp, thận, thần kinh.

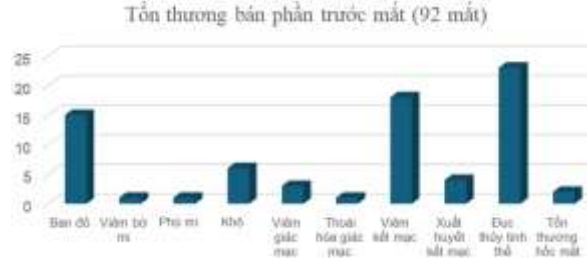
+ Khám tại mắt: Đánh giá chức năng: thị lực, thị trường, nhãn áp. Đánh giá về thực thể: mí mắt, kết mạc, giác mạc,... kiểm tra đánh giá khô mắt; Siêu âm mắt, chụp cắt lớp võng mạc, chụp mạch huỳnh quang nếu cần.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu. Các số liệu thu thập được nhập, quản lý và xử lý số bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Sử dụng các thuật toán thống kê, kiểm định giá trị trung bình, tỉ lệ với $p=0.05$; chi-square test, kiểm định χ^2 giữa hai biến, tìm mối tương quan giữa các đại lượng.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đục thể thủy tinh và các yếu tố nguy cơ trong bệnh lupus ban đỏ hệ thống



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ tổn thương bán phần trước mắt (N=92)

Trong các tổn thương bán phần trước của mắt bao gồm tổn thương ban đỏ ở mí mắt chiếm 16,3%; tổn thương tại tuyến lệ với tình trạng khô mắt là 6,5%; viêm kết mạc mắt chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổn thương tại kết mạc chiếm 19,6%. Đục thể thủy tinh chiếm 25% và tổn thương tại hốc mắt chiếm 2,2%.

Bảng 3.1: Đục thể thủy tinh thể và thời gian sử dụng corticoid

Tổn thương	Thời gian sử dụng corticoid		OR	Khoảng tin cậy 95%	p
	<5 năm	≥5 năm			
Bình thường	18 64,3%	10 35,7%	3,6	1,03-12,54	<0,05
Đục TTT	6 33,3%	12 66,7%			

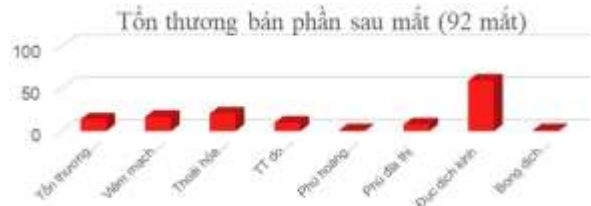
Tỷ lệ đục thể thủy tinh thể với bệnh nhân dùng corticoid dưới 5 năm và từ 5 năm trở lên lần lượt là 33,3% và 66,7%. Tỷ lệ đục thể thủy tinh thể tăng 3,6 lần ở nhóm thời gian dùng corticoid từ 5 năm trở lên với OR 3,6; khoảng tin cậy 95% là 1,03 – 12,54 có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.2: Đục thể thủy tinh thể và đợt cấp của bệnh

Tổn thương	Mức độ đợt cấp				p
	Nhẹ	Trung bình	Nặng	Rất nặng	
Bình thường	0 0,0%	2 7,1%	11 39,3%	15 53,6%	0,001
Đục thủy tinh thể	1 5,6%	5 27,8%	11 61,1%	1 5,6%	

Nhóm đục thể thủy tinh thể có tỷ lệ đợt cấp mức độ nặng cao nhất là 61,1%, mức độ trung bình là 27,8% và thấp nhất là mức độ nhẹ và rất nặng là 5,6% với $p = 0,001$.

3.2 Tổn thương võng mạc và các yếu tố nguy cơ trong bệnh lupus ban đỏ hệ thống



Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ tổn thương bán phần sau mắt (n=92)

Tổn thương bán phần sau của mắt hay gặp nhất là đục dịch kính 65,2%; theo sau là tổn thương tại võng mạc với tổn thương viêm mạch võng mạc hay gặp nhất là 18,5%; sau đó tổn thương vi mạch võng mạc 15,2% và tổn thương võng mạc do HCQ/Cloroquine là 10,9%.

Bảng 3.3: Tổn thương võng mạc do HCQ/Cloroquin với thời gian mắc bệnh

Tổn thương	Thời gian mắc		OR	Khoảng tin cậy 95%	p
	<10 năm	≥10 năm			
Không tổn thương	34 82,9%	7 17,1%	19,4	1,88 – 201,18	0,009
TT võng mạc do HCQ/Cloroquin	1 20,0%	4 80,0%			

Nhóm bệnh nhân có tổn thương võng mạc do HCQ/Cloroquin có 4 bệnh nhân (80,0%) có thời gian mắc bệnh từ 10 năm trở lên, tăng nguy cơ tổn thương võng mạc với thời gian mắc bệnh kéo dài trên 10 năm với OR 19,4; khoảng tin cậy 95% là 1,88 – 201,18 với $p < 0,01$.

Bảng 3.4: Tổn thương võng mạc và đợt cấp lupus (SLEDAI)

Tổn thương võng mạc	Mức độ đợt cấp		OR	p
	Nhẹ, trung bình	Nặng, rất nặng		
Bình thường	4 23,5%	13 76,5%	4,15	>0,05
Tổn thương võng mạc	2 6,9%	27 93,1%		

Nhóm tổn thương võng mạc có đợt cấp nặng và rất nặng là 93,1% cao hơn nhóm có đợt cấp mức độ nhẹ và trung bình. Nguy cơ tổn thương võng mạc tăng 4,15 với đợt cấp nặng, rất nặng với OR 4,15 không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.5: Tổn thương võng mạc và kháng thể tự miễn

Kháng thể kháng	Bình thường	TT võng mạc	p
ANA	16 38,1%	26 61,9%	>0,05

Ds-DNA	12 37,5%	20 62,5%	
APS	4 33,3%	8 66,7%	

Tỉ lệ tổn thương võng mạc ở bệnh nhân có dương tính với kháng thể ANA, dsDNA và các kháng thể APS lần lượt là 61,9%; 62,5% và 66,7%, với $p > 0,05$

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đục thể thủy tinh và các yếu tố nguy cơ trong bệnh lupus ban đỏ hệ thống

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương bán phần trước mắt thường gặp nhất là đục thể thủy tinh (25%), tiếp đến viêm kết mạc (19,6%), ban đỏ da mi mắt (16,3%) và khô mắt (6,5%). Kết quả phù hợp với nhiều nghiên cứu trước, cho thấy đục thể thủy tinh là tổn thương phổ biến nhất ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống (SLE). Nghiên cứu của Khaled Alderaan và cộng sự² phân tích trên 11.887 người-năm cho thấy tỷ lệ đục thể thủy tinh 13,2/1000 người-năm, trung bình theo dõi 4,1 năm cho mỗi bệnh nhân; nghiên cứu của Sirikarn Tangcheewinsirikul và cộng sự³ trên 483 bệnh nhân nhi SLE cho thấy có 9% trẻ phát triển bệnh đục thể thủy tinh với thời gian theo dõi trung bình là 4.2 năm. Kết quả này khác biệt so với nghiên cứu của chúng tôi, do bệnh nhân chủ yếu ở độ tuổi trưởng thành.

Ngoài ra, tỉ lệ khô mắt và viêm kết mạc trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Cát Vân Anh 2017 với tổn thương mí mắt là 22,8% và khô mắt là 27,56%¹. Theo Theo Anna J. và cộng sự⁴, hội chứng khô mắt là biểu hiện mắt phổ biến trong SLE với tỷ lệ hiện mắc ước tính là 25-35%. Đa số bệnh nhân bị SLE phát triển hội chứng Sjögren thứ phát. Nghiên cứu của Manoussakis và cộng sự khảo sát trên 283 bệnh nhân SLE xác định 9,2% có hội chứng Sjogren (SSj) thứ phát⁵.

Liều prednisolone tích lũy ~10mg/ngày trong 10 năm là yếu tố dự báo mạnh cho đục thể thủy tinh (RR = 2,9, $p=0,001$). Nguy cơ tăng gấp ba lần khi bệnh nhân dùng prednisolone ≥ 10 năm (RR = 3,1; KTC 95%: 1,6–5,7; $p = 0,0005$) và tăng gấp đôi ở bệnh nhân dùng prednisolone khoảng 10 mg / ngày trong 3-10 năm (RR = 2,3; KTC 95%, 1,3-4,3; $P = 0,0065$). Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân điều trị prednisolone liều cao 1-2mg/kg/ngày trong các đợt hoạt động bệnh, sau đó duy trì methylprednisolone 8-12mg/ngày, có tỷ lệ đục thể thủy tinh là 33,3% nếu điều trị dưới 5 năm và 66,7% nếu điều trị trên 5 năm. Nguy cơ đục thể thủy tinh tăng 3,6 lần ở nhóm dùng

corticosteroid ≥ 5 năm (KTC 95%: 1,03–12,54; $p < 0,05$). Đặc biệt, trong số bệnh nhân đục thể thủy tinh, có 61,1% thuộc nhóm bệnh hoạt động nặng theo thang điểm SLEDAI với $p=0,001$. Nghiên cứu của Khaled Alderaan và cộng sự², nguy cơ đục thể thủy tinh tăng 30% cho mỗi lần tăng 2 điểm SLEDAI (RR =1,3; CI 95%, 1,1-1,5; $p= 0.0005$) và tăng gấp đôi nếu bệnh nhân có huyết áp tâm thu trung bình trên 140mmHg trong thời gian trung bình 4,1 năm (RR =2,2; CI 95%, 1,4 – 3,3; $p= 0.0006$). Nghiên cứu của Manoussakis và cộng sự thấy rằng bệnh nhân bị đục thể thủy tinh có nhiều khả năng bị viêm thận lupus hơn so với nhóm không đục thể thủy tinh (67% với 40%, $p = 0.001$)³.

4.2. Tổn thương võng mạc và các yếu tố nguy cơ ở bệnh lupus ban đỏ hệ thống

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương bán phần sau hay gặp nhất là đục dịch kính (65,2%), song ảnh hưởng thị lực chủ yếu là tổn thương võng mạc: vi mạch võng mạc (15,2%) và viêm mạch võng mạc (18,2%), tương tự với nghiên cứu của Cát Vân Anh tổn thương vi mạch tuần hoàn là 5,5%, viêm mạch võng mạc là 8,7% tính trên tổng số bệnh nhân.¹

Theo nghiên cứu Ushiyama và cộng sự⁶, tỉ lệ bệnh võng mạc lupus là 10% (7/69 trường hợp), trong khi ở bệnh nhân SLE nhập viện tỉ lệ này cao hơn là 27,3%. Các báo cáo khác cũng ghi nhận tỉ lệ này có thể lên tới 29%⁷. Tổn thương võng mạc là nguyên nhân chính gây giảm hay mất thị lực ở bệnh nhân lupus, với tỉ lệ dao động từ 3% ở những bệnh nhân SLE kiểm soát bệnh tốt và khoảng 30% ở những bệnh nhân hoạt động bệnh toàn thân, theo Anna J và cộng sự⁴. Các tổn thương thường gặp bao gồm xuất tiết bông, xuất huyết võng mạc, xuất tiết cứng, vôi phình mạch, bong võng mạc xuất tiết, thoái hóa võng mạc, hoặc tổn thương võng mạc do độc tính của hydroxychloroquine (HCQ)/chloroquine.

Nghiên cứu trên 60 bệnh nhân mắc SLE, 40% có lắng đọng giống drusen ở võng mạc⁸. Độc tính của chloroquine hoặc hydroxychloroquine được đặc trưng bởi sự tiến triển tổn thương hoàng điểm trung tâm hai bên, có thể phát hiện qua soi đáy mắt hoặc chụp OCT. Nghiên cứu của Wolfe và cộng sự trên 3995 bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống hoặc viêm khớp dạng thấp đã sử dụng HCQ trong đó 1538 bệnh nhân đang sử dụng HCQ cho thấy 6,5% bệnh nhân ngừng điều trị vì vấn đề về mắt, 1,8% báo cáo liên quan tới võng mạc và độc tính liên quan tới thời gian điều trị, tuổi, cân nặng và liều HCQ hằng ngày⁹. Bệnh võng mạc xảy ra rất hiếm trong 5 năm đầu điều trị với liều

HCQ < 6,5 mg/kg/ngày và chỉ 1% trong 10 năm đầu¹⁰ và tăng gần 20% sau 20 năm sử dụng. Ngoài ra liều HCQ > 5mg/kg/ngày làm tăng nguy cơ tổn thương võng mạc 5-7 lần. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ tổn thương võng mạc do HCQ/Cloroquin là 10,9 %. Đa số bệnh nhân này (80%) có thời gian mắc bệnh ≥10 năm. Nguy cơ tổn thương võng mạc do HCQ/ chloroquine ở nhóm có bệnh kéo dài ≥10 năm cao hơn 19,4 lần so với nhóm <10 năm (OR = 19,4; KTC 95%: 1,88–201,18; $p < 0,01$). Tỷ lệ cao trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do mẫu bệnh nhân nghiên cứu là nhóm bệnh nhân điều trị nội trú và số lượng bệnh nhân nghiên cứu còn hạn chế.

Tổn thương ở mắt là một dấu hiệu cho hoạt động bệnh toàn thân có thể xảy ra ở 1/3 tổng số bệnh nhân SLE. Tỷ lệ liên quan đến võng mạc trong SLE dao động 7–26%¹¹ và là biểu hiện ở mắt phổ biến thứ hai sau viêm khô kết mạc mắt¹². Đây là biến chứng đe dọa thị lực nghiêm trọng, với tỷ lệ lên đến 29% ở bệnh nhân SLE có hoạt động bệnh toàn thân. Sự hiện diện của bệnh mạch máu võng mạc được xem là chỉ dấu quan trọng cho hoạt động bệnh. Một số nghiên cứu còn cho thấy tỷ lệ sống sót ở bệnh nhân có tổn thương võng mạc thấp hơn so với nhóm không có tổn thương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm có tổn thương võng mạc có tỷ lệ đợt cấp nặng và rất nặng là 93,1% cao hơn đáng kể nhóm có đợt cấp mức độ nhẹ và trung bình. Nguy cơ xuất hiện đợt cấp nặng và rất nặng ở nhóm có tổn thương võng mạc cao gấp 4,15 lần (OR = 4,15), tuy nhiên khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê do cỡ mẫu còn nhỏ ($p > 0,05$).

Về cơ chế bệnh sinh, SLE được xem là bệnh qua trung gian phức hợp miễn dịch, trong đó bệnh võng mạc lupus xảy ra do sự lắng đọng phức hợp miễn dịch tại các mạch máu võng mạc¹³. Ranju Kharel (Sitaula) và cộng sự¹¹ ghi nhận tỷ lệ kháng thể kháng nhân (ANA) và kháng thể kháng dsDNA ở bệnh nhân SLE có bệnh mạch máu võng mạc lần lượt là 87,5% và 72,7%. Các kháng thể kháng phospholipid dương tính cao hơn được thấy ở bệnh nhân SLE ở bệnh nhân bị bệnh võng mạc so với những người không bị bệnh võng mạc là 18,1 so với 4,4%. Tỷ lệ kháng thể kháng phospholipid dương tính cũng cao hơn ở nhóm có bệnh võng mạc (18,1%) so với nhóm không bệnh võng mạc (4,4%), mặc dù khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Một số nghiên cứu còn cho thấy có tới 24% bệnh nhân tắc mạch võng mạc không có yếu tố nguy cơ tim mạch, nhưng lại có hiệu giá

kháng thể kháng phospholipid cao — cao hơn nhiều so với dân số đối chứng (<9%)¹⁴.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ dương tính với ANA, dsDNA và kháng thể kháng phospholipid ở nhóm có tổn thương võng mạc lần lượt là 61,9%, 62,5% và 66,7%. Tuy nhiên, so sánh với nhóm không có tổn thương, sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Đục thể thủy tinh và tổn thương võng mạc là biến chứng mắt thường gặp ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống, đặc biệt liên quan đến thời gian dùng corticoid và HCQ/Cloroquine kéo dài, thời gian mắc bệnh lâu năm và đợt cấp của bệnh. Do đó, cần theo dõi và tầm soát định kỳ nhằm phát hiện sớm và hạn chế nguy cơ mất thị lực ở bệnh nhân SLE.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cát Văn Anh VVD.** Nghiên cứu các tổn thương mắt trên bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống. Y học Việt Nam. 2017;454(Tháng 5):241-252.
2. **Alderaan K, Sekicki V, Magder LS, Petri M.** Risk factors for cataracts in systemic lupus erythematosus (SLE). Rheumatol Int. 2015;35(4):701-708.
3. **Tangcheewinsirikul S, Ding Z, Chan N, et al.** Prevalence and Time to Cataract Development in Childhood-Onset Systemic Lupus Erythematosus. J Rheumatol. 2025;52(Suppl 1):180-181.
4. **Anna J. Ramos Fontanari Mrccl, et al.** Ocular manifestations of systemic lupus erythematosus. Minerva Oftalmol. 2017;59:95-106.
5. **Manoussakis MN, Georgopoulou C, Zintzaras E, et al.** Sjögren's syndrome associated with systemic lupus erythematosus: clinical and laboratory profiles and comparison with primary Sjögren's syndrome. Arthritis Rheum. 2004;50(3):882-891.
6. **Ushiyama O, Ushiyama K, Koarada S, et al.** Retinal disease in patients with systemic lupus erythematosus. Ann Rheum Dis. 2000;59(9):705-708.
7. **Gold DH, Morris DA, Henkind P.** Ocular findings in systemic lupus erythematosus. Br J Ophthalmol. 1972;56(11):800-804.
8. **Invernizzi A, dell'Arti L, Leone G, et al.** Drusen-like Deposits in Young Adults Diagnosed With Systemic Lupus Erythematosus. Am J Ophthalmol. 2017;175:68-76.
9. **Wolfe F, Marmor MF.** Rates and predictors of hydroxychloroquine retinal toxicity in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. Arthritis Care Res. 2010;62(6):775-784.
10. **Jorge A, Ung C, Young LH, Melles RB, Choi HK.** Hydroxychloroquine retinopathy - implications of research advances for rheumatology care. Nat Rev Rheumatol. 2018;14(12):693-703.