

- Ophthalmol, 25 (1), pp. 455.
5. **Lu Y. M., J. K. Chang, P. Y. Lin, Y. J. Lue** (2023), "Pre- and Post-Operative Education and Health-Related Quality of Life for Patients with Hip/Knee Replacement and Hip Fracture", *Healthcare (Basel)*, 11 (3).
6. **Pham L. T., T. N. Hoang** (2020), "Postoperative care and patient education in cataract surgery: A Vietnamese perspective", *Asian Journal of Ophthalmology*, 15 (3), pp. 145-152.
7. **Wang W., W. Yan, K. Fotis**, 13(3), (2020), "Cataract blindness and surgery productivity in Asia: Current status and trends.", *Int J Ophthalmol*, 13 (3), pp. 451-455.
8. **Wu S., D. Yao, S. Hua et al.** (2024), "Comparison of effect and safety of phacoemulsification surgery performed by resident and attending physicians", *Front Med (Lausanne)*, 11, pp. 1401482.
9. **Zhang Y., X. Ruan, H. Tang et al.** (2017), "Video-Assisted Informed Consent for Cataract Surgery: A Randomized Controlled Trial", *J Ophthalmol*, 2017, pp. 31

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG VIÊM TỔ CHỨC HỐC MẮT TRÊN NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Ngô Ngọc Bách¹, Nguyễn Quốc Anh², Hoàng Cương^{1,2}
Hà Huy Thiên Thanh², Phạm Thị Ngọc Bích²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng viêm tổ chức hốc mắt (VTCHM) ở người trưởng thành và phân tích một số nguyên nhân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 17 bệnh nhân (19 mắt) được chẩn đoán VTCHM tại Khoa Tạo hình thẩm mỹ mắt và vùng mặt Bệnh viện Mắt Trung ương (01-09/2025). Thu thập dữ liệu lâm sàng, xét nghiệm, hình ảnh và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Trong 17 bệnh nhân, nam chiếm 35,3% và nữ 64,7%, tuổi trung bình $49,71 \pm 17,15$ năm; tổn thương một mắt chiếm ưu thế 88,2% ($p=0,002$). Lâm sàng nổi bật với đau mắt 100%, đau khi liếc mắt 47,4%, lồi mắt 73,7%, hạn chế vận nhãn 73,7%, tăng nhãn áp 57,9% và thời gian khởi phát bệnh chủ yếu là dưới 1 tháng. Siêu âm ghi nhận viêm giảm âm quanh nhãn cầu ở 68,4%. Chẩn đoán hình ảnh cho thấy tổn thương các cơ vận nhãn (cả bụng cơ và chỗ bám gân), tổn thương tuyến lệ 47,4%, thâm nhiễm mỡ 26,3% và bất thường dây thần kinh thị giác 36,8%; kèm 2 trường hợp viêm đa xoang. Bạch cầu trung bình là $11,34 \pm 3,15$ G/L. Miễn dịch học ghi nhận 1 trường hợp ANA dương tính mức thấp, 1 trường hợp anti-SSB dương tính, và 1 trường hợp tăng IgG4 huyết thanh kèm mô bệnh học IgG4(+). Nuôi cấy/nhuộm soi phát hiện tụ cầu vàng, cầu khuẩn Gram dương và trực khuẩn Gram âm. **Kết luận:** Ở người trưởng thành, VTCHM chủ yếu khởi phát cấp tính hoặc bán cấp, thường một mắt; biểu hiện nhiễm trùng thường chiếm ưu thế, có thể xác định được nguyên nhân gây bệnh nhưng không loại trừ trường hợp không đặc hiệu. Tiếp cận chẩn đoán gồm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm miễn

dịch và vi sinh là nền tảng để tối ưu hóa điều trị cho người bệnh. **Từ khóa:** viêm tổ chức hốc mắt, viêm mô tế bào hốc mắt, viêm tổ chức hốc mắt vô căn.

SUMMARY

ADULT ORBITAL INFLAMMATORY DISORDERS: CLINICAL AND ANCILLARY FINDINGS

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of orbital inflammatory disease (OID) in adults and analyze putative etiologies. **Subjects and Methods:** Cross-sectional descriptive study of 17 patients (19 eyes) diagnosed with OID at the Oculofacial Plastic and Cosmetic Department, Vietnam National Institute of Ophthalmology, from January to September 2025. Clinical, laboratory, and imaging data were collected and analyzed with SPSS 20.0. **Results:** Among 17 patients, males comprised 35.3% and females 64.7%; mean age was 49.71 ± 17.15 years. Unilateral involvement predominated (88.2%; $p=0.002$). Prominent clinical features included ocular pain (100%), pain with eye movements (47.4%), proptosis (73.7%), extraocular motility restriction (73.7%), and high intraocular pressure (57.9%); onset was predominantly < 1 month. B-scan ultrasound showed a periscleral hypoechoic rim in 68.4%. CT/MRI demonstrated extraocular muscle involvement affecting both the muscle bellies and tendinous insertions, lacrimal gland involvement in 47.4%, orbital fat infiltration in 26.3%, and optic nerve abnormalities in 36.8%; with two cases accompanied by polysinusitis. Mean white blood cell count was $11.34 \pm 3.15 \times G/L$. Immunologic testing showed one case of low-titer antinuclear antibody (ANA) positivity, one anti-SSB-positive case, and one case with elevated serum IgG4 accompanied by IgG4-positive histopathology. Culture/gram staining identified *Staphylococcus aureus*, Gram-positive cocci, and Gram-negative rods. **Conclusion:** In adults, orbital inflammatory disease typically presents acutely or subacutely and is most often unilateral; infectious etiologies predominate, and an underlying cause can often be identified, although idiopathic cases still

¹Trường Đại Học Y Dược – Đại Học Quốc Gia Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Ngọc Bách

Email: ngongocbach1998@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

occur. An integrated diagnostic approach - combining clinical evaluation, orbital imaging, immunologic testing, and microbiology is essential to optimize patient management.

Keywords: orbital inflammatory disease, orbital cellulitis, nonspecific orbital inflammation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm tổ chức hốc mắt (Orbital Inflammatory Disease - OID), còn được gọi là viêm giả u hốc mắt, hội chứng viêm tổ chức hốc mắt vô căn, viêm tổ chức hốc mắt không đặc hiệu, lần đầu tiên được Gleason mô tả vào năm 1903 và chiếm khoảng 6% các bệnh liên quan đến hốc mắt. Đây là bệnh lý hốc mắt phổ biến thứ ba, sau bệnh mắt Graves và các bệnh lý tăng sinh tế bào lympho tự miễn. [1] Bệnh có thể chia thành hai nhóm chính gồm viêm tổ chức hốc mắt nhiễm trùng (viêm mô tế bào hốc mắt, VTCHM do vi khuẩn, do nấm, ký sinh trùng,...) và VTCHM không nhiễm trùng (VTCHM vô căn, bệnh u hạt, bệnh hốc mắt liên quan IgG4,...). [2]. Ngày nay, chẩn đoán có thể được thực hiện thông qua các phương pháp tiếp cận toàn diện khi xem xét tiền sử, các triệu chứng, xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh. Các triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng thường chồng chéo lên nhau. [3] Vì vậy, tại thời điểm nghiên cứu, chưa có một tiêu chuẩn chẩn đoán xác định chung cho VTCHM. Tuy nhiên, các biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất là đau mắt hoặc đau khi liếc mắt, lồi mắt, hạn chế vận nhãn, và có thể kèm theo giảm thị lực, song thị, sụp mí, phù nề, cương tụ kết mạc, sốt [4], [5]. Cộng hưởng từ (CHT) và cắt lớp vi tính (CLVT) đóng vai trò trong nhận diện VTCHM, phân biệt với u và nhiễm trùng, hỗ trợ các trường hợp cấp cứu, định hướng xét nghiệm hoặc sinh thiết. Các cơ quan biểu hiện chính trên chẩn đoán hình ảnh bao gồm cơ vận nhãn, tuyến lệ, mỡ hốc mắt, dây thần kinh thị giác và các xoang quanh hốc mắt. [6]

VTCHM là một bệnh lý đã được nghiên cứu khá nhiều trên thế giới về sinh bệnh học, biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp điều trị. Tuy nhiên, tại Việt Nam hiện nay vẫn chưa có nhiều những nghiên cứu về căn bệnh này. Với diễn biến phức tạp và nguy cơ biến chứng cao, việc chẩn đoán VTCHM vẫn còn nhiều hạn chế, gây khó khăn không nhỏ trong quá trình điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với đề tài: "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng viêm tổ chức hốc mắt trên người trưởng thành*", tập trung vào hai mục tiêu cụ thể:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

viêm tổ chức hốc mắt trên người trưởng thành.

2. Phân tích một số nguyên nhân viêm tổ chức hốc mắt trên người trưởng thành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên các bệnh nhân được chẩn đoán viêm tổ chức hốc mắt đến khám tại Bệnh viện Mắt Trung Ương từ tháng 01 năm 2025 đến tháng 09 năm 2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng chính là đau mắt hoặc đau khi liếc mắt kết hợp lồi mắt hoặc hạn chế vận nhãn, có hoặc không kèm theo một hoặc các biểu hiện sau: triệu chứng toàn thân: sốt, đau đầu, triệu chứng xoang, tiền sử toàn thân, giảm thị lực, tăng nhãn áp, song thị, sụp mí, phù nề, cương tụ kết mạc, tổn thương thị thần kinh. Bệnh nhân có dấu hiệu tổn thương trên phim CLVT hoặc CHT một hoặc các cơ quan sau: cơ vận nhãn, tuyến lệ, mỡ hốc mắt, dây thần kinh thị giác và các xoang quanh hốc mắt.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu và/hoặc mắc một số bệnh lý kèm theo: bệnh lý mắt tuyến giáp, bệnh lý dị dạng mạch máu, ung thư hốc mắt.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, lấy mẫu bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Cỡ mẫu là 19 mắt (17 bệnh nhân)

2.3. Các chỉ số và biến số nghiên cứu. Tuổi, giới tính (nam, nữ), tiền sử toàn thân, tiền sử tại mắt, thời gian xuất hiện bệnh, triệu chứng toàn thân, thị lực sau chỉnh kính tối ưu, nhãn áp.

Triệu chứng tại mắt: đau mắt, đau mắt khi liếc, lồi mắt, hạn chế vận nhãn, phù nề, kết mạc cương tụ, sụp mí thứ phát, song thị, tổn thương thị thần kinh.

Triệu chứng cận lâm sàng: cắt lớp vi tính (CLVT)/ Cộng hưởng từ (CHT); siêu âm B; xét nghiệm bạch cầu, Kháng thể kháng nhân (ANA); Kháng thể kháng bạch cầu trung tính (c-ANCA/PR3-ANCA; p-ANCA/MPO-ANCA), Kháng thể anti-Ro/SSA, Kháng thể anti-La/SSB, Kháng thể kháng CCP (anti-Cyclic Citrullinated Peptide / anti-CCP), Kháng thể kháng DNA sợi kép (anti - double-stranded DNA / anti-dsDNA), IgG4.

Kết quả sinh thiết, nhuộm soi hoặc nuôi cấy.

2.4. Xử lý số liệu. Số liệu thu thập được sẽ phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng viêm tổ chức hốc mắt

3.1.1. Đặc điểm chung



Hình 2. Biểu đồ bệnh nhân theo tổn thương mắt

Trong nghiên cứu với 17 bệnh nhân, có 11/17 bệnh nhân nữ chiếm 64,7% và 6/17 bệnh nhân nam chiếm 35,3%. Tuổi trung bình là $49,71 \pm 17,15$ với 3 nhóm tuổi: 18 – 40 (41,2%), 41 – 60 (23,5%) và trên 60 (35,3%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tổn thương một mắt chiếm 88,2% (15/17 bệnh nhân; $p = 0,002$).

Tiền sử bệnh lý tại mắt ghi nhận ở 4 mắt thuộc nhóm bệnh nhân tổn thương một bên, gồm thay thể thủy tinh nhân tạo cách 5 năm, chấn thương kèm viêm màng bồ đào cũ, chích chắp cách 3 tuần và phẫu thuật cắt u hạt hốc mắt cách 5 tháng. Có 4 trường hợp có tiền sử toàn thân, chủ yếu đái tháo đường với 3 trường hợp và 1 trường hợp viêm mũi họng do nhiễm virus SARS-CoV-2.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Lâm sàng	Đau mắt		Đau mắt khi liếc		Lỗi mắt		Hạn chế vận nhãn	
	Có	Không	Có	Không	Có	Không	Có	Không
Số mắt (n, %)	19 (100)	0 (0)	9 (47,4)	10 (52,6)	14 (73,7)	5 (26,3)	14 (73,7)	5 (26,3)

Trong số 19 mắt nghiên cứu, tất cả các trường hợp đều có triệu chứng đau mắt (19/19 mắt, 100%), với mức độ phân bố gồm 26,3% đau nhẹ, 47,4% đau trung bình và 26,3% đau nặng. Về vị trí, 47,4% đau quanh hốc mắt và 52,6% đau phối hợp cả quanh hốc mắt và sâu; đau mắt khi liếc chiếm 47,4%, nhiều hơn ở mắt phải so với mắt trái (6 so với 3 mắt). Bên cạnh đó, lỗi mắt gặp ở 13/17 bệnh nhân (73,7%), trong đó một bệnh nhân lỗi cả hai mắt, tổng cộng 14 mắt (8 mắt phải, 6 mắt trái). Đa số lỗi mắt thẳng trục (78,6%), còn lại là lệch trục (21,4%). Về mức độ, lỗi nhẹ chiếm ưu thế với 10 mắt (71,4%), lỗi trung bình chỉ ghi nhận ở 1 mắt (7,1%), còn lỗi nặng ở 3 mắt (21,4%). Hạn chế vận nhãn cũng là một triệu chứng thường gặp,

Có 5/17 bệnh nhân có thời gian mắc bệnh dưới 1 tuần, 7 bệnh nhân từ 1 tuần – 1 tháng, 4 bệnh nhân từ 1 tháng – 1 năm, 1 bệnh nhân trên 1 năm với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Triệu chứng chủ yếu là sốt và đau đầu, có thể kết hợp cùng nhau với lần lượt là 10/17 bệnh nhân và 11/17 bệnh nhân, ngoài ra triệu chứng xoang gặp ở 3 bệnh nhân và 2 bệnh nhân không có biểu hiện toàn thân.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng

a. Thị lực và nhãn áp



Hình 3. Biểu đồ thị lực bệnh nhân đến khám sau chỉnh kính tối ưu

Trong số 19 mắt, nhóm thị lực bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (42,11% - 8 mắt), sau đó đến nhóm thì lực giảm nhẹ và mất thị lực gần hoàn toàn là 21,05% (4 mắt), cuối cùng là thị lực giảm trung bình và giảm nặng (10,53% - 2 mắt và 5,26% - 1 mắt).

Số mắt có tăng nhãn áp là 11 mắt chiếm 57,9%, trung bình là $29,09 \pm 8,42$ mmHg với nhãn áp cao nhất là 45 mmHg và nhãn áp thấp nhất là 20 mmHg.

b. Đau mắt, đau mắt khi liếc, lỗi mắt và hạn chế vận nhãn

với 14/19 mắt (73,7%), trong đó mắt phải chiếm đa số (9 mắt) và mắt trái ít hơn (5 mắt). Xét theo hướng vận động, hạn chế lên trên được phát hiện ở 11 mắt, còn hạn chế xuống dưới, vào trong và ra ngoài đều gặp ở 8 mắt.

c. Cường tụ kết mạc, phù nề và sụp mí thứ phát

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Lâm sàng	Cường tụ kết mạc		Phù nề		Sụp mí thứ phát	
	Có	Không	Có	Không	Có	Không
Số mắt (n, %)	13 (68,4)	6 (31,6)	13 (68,4)	6 (31,6)	9 (47,4)	10 (52,6)

Trong nghiên cứu, 13/19 mắt (68,4%) ghi nhận tình trạng cường tụ kết mạc, phân bố ở mắt phải 6/19 và mắt trái 7/19. Về mức độ, có 1

mắt (7,7%) ở độ 1, 5 mắt (38,5%) độ 2, 3 mắt (23,1%) độ 3 và 4 mắt (30,7%) độ 4. Triệu chứng phù nề cũng được phát hiện ở 13/19 mắt (68,4%), trong đó mắt phải chiếm đa số (9 mắt) và mắt trái chiếm 4 mắt. Xét theo vị trí, phù nề mi mắt ghi nhận ở 13 mắt, phù nề kết mạc ở 4 mắt, và phù nề phối hợp cả hai vị trí ở 4 mắt. Riêng tình trạng sụp mi thứ phát gặp ở 9/19 mắt (47,4%), trong đó đa số thuộc về mắt phải.

d. Song thị và tổn thương thị thần kinh. Trong số 17 bệnh nhân, 7 bệnh nhân (41,2%) có biểu hiện song thị. Trong nhóm này, đa số ở mức độ 1 với 6 bệnh nhân (85,7%), còn lại 1 bệnh nhân (14,3%) ở mức độ 2. Đối với tổn thương thị thần kinh, ghi nhận ở 3/19 mắt (15,8%). Cụ thể, có 1 mắt phù gai độ 5, 2 mắt teo gai, ngoài ra có 1 mắt không soi được đáy mắt nên không đánh giá được tình trạng tổn thương.

3.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng

a. Siêu âm B. Trong số 19 mắt được khảo sát, 13 mắt (68,4%) xuất hiện viêm giảm âm quanh nhãn cầu, đây là một dấu hiệu thường gặp trong bệnh lý viêm tổ chức hốc mắt.

b. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) hoặc cộng hưởng từ (CHT). Tổn thương cơ vận nhãn gặp khá thường xuyên, trong đó: cơ trực trên 9 mắt (47,4%), cơ trực ngoài 7 mắt (36,8%), cơ trực dưới 5 mắt (26,3%), cơ trực trong 4 mắt (21,1%) và cơ nâng mi trên 8 mắt (42,1%). Các vị trí tổn thương được ghi nhận ở cả vùng bám gân cơ và bụng cơ, nhiều trường hợp ảnh hưởng đồng thời cả hai vị trí.

Tổn thương tuyến lệ xuất hiện ở 9/19 mắt (47,4%), bao gồm 4 mắt tổn thương thủy mi, 8 mắt tổn thương thủy hốc mắt, trong đó có 8 mắt ảnh hưởng phối hợp cả hai thủy. Thâm nhiễm mỡ hốc mắt được phát hiện ở 5/19 mắt (26,3%). Dây thần kinh thị giác có bất thường ở 7/19 mắt (36,8%). Bên cạnh đó, có 1 trường hợp (5,3%) giãn mạch máu, 1 trường hợp (5,3%) cương tụ mạch máu, 1 trường hợp (5,3%) tổn thương xương hốc mắt và 2 trường hợp áp xe hốc mắt (10,6% - bao gồm trường hợp tổn thương xương). Ngoài ra, 2 trường hợp viêm đa xoang (xoang hàm, xoang sàng và xoang bướm - trong đó có 1 bệnh nhân kết hợp thêm viêm xoang trán).

c. Xét nghiệm. Trong số 17 bệnh nhân, chỉ số bạch cầu trung bình là $11,34 \pm 3,15$ G/L. Khi phân loại theo mức độ, nhiều bệnh nhân ở nhóm tăng bạch cầu, một số ở mức bình thường, trong khi không ghi nhận trường hợp giảm đáng kể.

Chỉ có 11 trường hợp làm xét nghiệm miễn dịch. Kết quả cho thấy ANA dương tính 1 trường hợp, Anti-SSB dương tính 1 trường hợp, trong khi các xét nghiệm khác bao gồm c-ANCA, p-

ANCA, Anti-SSA, Anti-CCP và Anti-dsDNA đều âm tính. Đáng chú ý, có 1 trường hợp tăng bất thường IgG4; sinh thiết tổ chức đi kèm cho kết quả hóa mô miễn dịch IgG4 dương tính, gợi ý bệnh lý liên quan IgG4.

Một số trường hợp được tiến hành nhuộm soi hoặc nuôi cấy, kết quả cho thấy sự hiện diện một trường hợp có cầu khuẩn Gram dương (3+), trực khuẩn Gram âm (3+), một trường hợp trực khuẩn Gram âm (1+) và một trường hợp tụ cầu vàng.

3.2. Phân tích một số nguyên nhân viêm tổ chức hốc mắt. Trong 17 bệnh nhân, một số nguyên nhân có thể được xác định bao gồm: áp xe hốc mắt 2/17 (11,76%), viêm đa xoang 2/17 (11,76%), bệnh lý mắt liên quan IgG4 (IgG4-related ophthalmic disease /IgG4-ROD) 1/17 (5,88%), viêm sau điều trị chích chắp 1/17 (5,88%), tiền sử nhiễm virus SARS-CoV-2 gần đây 1/17 (5,88%), ANA dương tính mức thấp 1/17 (5,88%) và anti-SSB dương tính đơn độc 1/17 (5,88%). Còn lại 8/17 bệnh nhân (47,06%) chưa định hướng được nguyên nhân sau quá trình thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng.

Với hai bệnh nhân áp xe hốc mắt, trong đó một bệnh nhân có tiền sử điều trị đái tháo đường nhiều năm không ổn định và một bệnh nhân đã can thiệp cắt u hốc mắt cách 5 tháng, mô bệnh học là u nang bì, không loại trừ khả năng tồn lưu mô tổn thương sau phẫu thuật góp phần vào biểu hiện viêm nhiễm hốc mắt hiện tại. Bên cạnh đó, bệnh nhân VTCHM sau điều trị chắp 3 tuần - đây có thể tạo đường vào cho vi khuẩn lan hốc mắt. Các bệnh nhân biểu hiện chung là sốt, đau mắt, đau mắt khi liếc, hạn chế vận nhãn, phù nề, sụp mi thứ phát, bạch cầu tăng, nuôi cấy và nhuộm soi vi khuẩn dương tính (tụ cầu vàng, cầu khuẩn Gram dương, trực khuẩn Gram âm) gợi ý vai trò nổi bật của căn nguyên nhiễm trùng phù hợp với phân loại của Chandler về viêm mô tế bào hốc mắt trong VTCHM nhiễm trùng. [7] Hai trường hợp có viêm đa xoang trên hình ảnh CLVT kết hợp với triệu chứng xoang sẵn có vốn được coi là một trong các nguyên nhân phổ biến nhất gây bệnh. [8], [9] Ngoài ra, một trường hợp có tiền sử nhiễm virus SARS-CoV-2 với biểu hiện triệu chứng viêm mũi họng, viêm hốc mắt phù hợp y văn với một số ca lâm sàng đã được báo cáo. [10]



Hình 4. Bệnh nhân viêm tổ chức hốc mắt - áp xe hốc mắt - tiền sử phẫu thuật cắt u hốc mắt

Một bệnh nhân tăng nồng độ IgG4 huyết thanh và đã sinh thiết tổ chức làm hóa mô miễn dịch IgG4(+) kèm tổn thương tuyến lệ, cơ vận nhãn hai bên kết hợp lâm sàng điều trị nhiều đợt thường tái phát, hình ảnh phù hợp tiêu chuẩn chẩn đoán về IgG4-ROD của Takahira và cộng sự. Từ đó, có thể gợi ý nên sàng lọc bệnh lý IgG4-ROD ở các trường hợp phì đại tuyến lệ hai bên mắt, thường tái phát hoặc đáp ứng kém với corticoid. Trong xét nghiệm tự miễn, một trường hợp anti-SSB dương tính nhưng không thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng Sjögren theo Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ (American College of Rheumatology - ACR) và Liên đoàn Chống Thấp khớp Châu Âu (European League Against Rheumatism - EULAR) (2016). Một trường hợp khác có kết quả kháng thể kháng nhân (ANA) dương tính (1+), nhưng chủ yếu làm tăng độ nhạy sàng lọc và có độ đặc hiệu hạn chế cho bệnh tự miễn, do đó cần được diễn giải trong bối cảnh lâm sàng và các xét nghiệm đích kèm theo.

Như vậy, có 10 bệnh nhân (10 mắt) của nhóm nghiên cứu không tìm được nguyên nhân gây bệnh, nữ chiếm đa số với 7 trường hợp (70%), tuổi trung bình $55,70 \pm 15,67$ với khởi phát chủ yếu là cấp tính - bán cấp (70%) và giảm thị lực. Dấu hiệu lâm sàng ghi nhận: lồi mắt 8/10 (80%), đau mắt 10/10 (100%), đau tăng khi liếc 6/10 (60%), hạn chế vận nhãn 6/10 (60%), sụp mi thứ phát 5/10 (50%), song thị 4/10 (40%), tổn thương thị thần kinh 3/10 (30%). Chẩn đoán hình ảnh cho kết quả tỷ lệ tổn thương tuyến lệ cao (6 mắt - 60%), cơ trực trên 4/10 (40%), cơ trực ngoài 4/10 (40%) (cơ trực dưới 2/10, cơ trực trong 2/10 – cả bụng cơ và gân cơ, nhưng chủ yếu ở gân cơ), cơ nâng mi trên 4/10 (40%); thâm nhiễm mỡ hốc mắt 4/10 (40%); dày dây thần kinh thị giác 5/10 (50%). Tình trạng đau mắt (đặc biệt khi vận nhãn), lồi mắt, hạn chế vận nhãn, khởi phát cấp tính - bán cấp và thường một bên là điển hình của VTCHM vô căn ở người lớn; lứa tuổi trung niên và nữ chiếm ưu thế phù hợp dịch tễ học theo những nghiên cứu trên thế giới. Về hình ảnh, phì đại tuyến lệ, viêm cơ vận nhãn kèm tổn thương gân cơ và thâm nhiễm mỡ hốc mắt là các dấu hiệu rất đặc trưng. Ngược lại với bệnh mắt do tuyến giáp (Thyroid eye disease - TED) thường phì đại bụng cơ có xu hướng ở cơ trực dưới hoặc cơ trực trong, nên tổn thương chiếm ưu thế là cơ trực trên và cơ trực ngoài cùng tuyến lệ trong các trường hợp này không điển hình cho bệnh lý mắt tuyến giáp và ủng hộ VTCHM vô căn.

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy viêm tổ chức hốc mắt ở người trưởng thành chủ yếu khởi phát cấp tính - bán cấp và thường xảy ra một bên. Biểu hiện lâm sàng nổi bật là đau mắt, đau mắt khi liếc kèm theo lồi mắt, hạn chế vận nhãn và tăng nhãn áp, trong khi song thị và tổn thương thần kinh thị ít hơn. Siêu âm thường ghi nhận hình ảnh viền giảm âm quanh nhãn cầu. Trên CLVT/CHT, tổn thương nổi bật ở cơ vận nhãn (bao gồm cả gân cơ), tiếp đến là tuyến lệ, mỡ hốc mắt và đôi khi là dây thần kinh thị giác, có thể gặp thay đổi xương hốc mắt, giãn/cương tụ mạch máu và viêm đa xoang kèm theo. Xét nghiệm cho thấy bạch cầu tăng nhẹ. Miễn dịch học ghi nhận 1 trường hợp ANA hiệu giá thấp, 1 trường hợp anti-SSB dương tính đơn độc và một trường hợp IgG4-ROD (IgG4 huyết thanh tăng kèm mô bệnh học IgG4 (+)). Vi sinh phát hiện tụ cầu vàng cùng vi khuẩn Gram dương và Gram âm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Michael N Pakdaman et al.** Orbital inflammatory disease: Pictorial review and differential diagnosis. *World J Radiol.* 2014;6(4): 106-115.
2. **Aaron Fay; Peter J. Dolman.** Diseases and Disorders of the orbit and ocular adnexa. Elsevier. 2017.
3. **Lee, M.J., Hamilton, B.E., Pettersson, D. et al.** Radiologic imaging shows variable accuracy in diagnosing orbital inflammatory disease and assessing its activity. *Sci Rep.* 2020;10(1):21875.
4. **B N Swamy et al.** Idiopathic orbital inflammatory syndrome: Clinical features and treatment outcomes. *BMJ Journals.* 2007;91(12).
5. **Bahram Eshraghi et al.** Clinical characteristics, histopathology, and treatment outcomes in adult and pediatric patients with nonspecific orbital inflammation. *Journal of Current Ophthalmology.* 2019;31(3).
6. **Teresa A. Ferreira et al.** CT and MR imaging of orbital inflammation. *Neuroradiology.* 2018;60: 1253-1266.
7. **Chandler JR, Langfenbrunner DJ, Stevens ER.** The pathogenesis of orbital complications in acute sinusitis. *Laryngoscope.* 1970;80:1414-1428.
8. **Yung Jin Jeon et al.** Orbital complications of acute rhinosinusitis in adults: a 21-year experience. *Kosin Medical Journal.* 2024;39(2): 120-126.
9. **Shiaw-Yu Chang et al.** Identifying the Risk Factors for Orbital Complications in Isolated Sphenoid Rhinosinusitis. *Medicina.* 2024;60(1): 128.
10. **Usanee Tungsattayathitthan et al.** Bilateral Orbital Inflammation Associated with COVID-19 Infection: A Case Report and Brief Review of the Literature. *JHSMR.* 2023;41(1).