

and Presepsin-Diagnostic and Prognostic Significance in Sepsis. Journal of West African College of Surgeons, pp.10-4103.

9. **Mahiabeen, F., Saha, U., al** (2022), An update on treatment options for methicillin-resistant

Staphylococcus aureus bacteremia: A systematic review, Cureus, pp.14(11).

10. **Niederman, M. S., Baron, R. M., Bouadma, L., et al.** (2021), Initial antimicrobial management of sepsis, Critical care, 25, pp.1-11.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN VIÊM BỜ MI

Đoàn Kim Thành¹, Đinh Hoàng Yên²,
Huỳnh Võ Mai Quyên², Dương Nguyễn Hồng Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân viêm bờ mi. **Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca. 168 mắt của 87 bệnh nhân chẩn đoán viêm bờ mi tại bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh năm 2025. Quy trình nghiên cứu được tiến hành: Khám, sàng lọc bệnh nhân vào nghiên cứu. Thu thập các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng bằng bảng câu hỏi, khám lâm sàng và cận lâm sàng qua sinh hiển vi, máy OCULUS Keratograph® 5M. Phân loại viêm bờ mi theo giải phẫu (viêm bờ mi trước, sau, hỗn hợp) và chức năng (viêm bờ mi nhẹ, trung bình, nặng). Viêm bờ mi sau và hỗn hợp mức độ nặng được nặn tuyến đánh giá khả năng nặn tuyến (MGE score). Số liệu được thu thập và nghiên cứu đánh giá yếu tố liên quan. **Kết quả:** Tuổi trung bình 62,1±11,8 tuổi. Nữ giới chiếm cao hơn (79,3%). Đa số là thị lực tốt (81,2%). Viêm bờ mi thường gặp triệu chứng: cộm vướng, chảy nước mắt, giãn mạch, cương tụ bờ mi và tắc lỗ đổ tuyến. Trong đó, triệu chứng cộm vướng và thực thể có tương quan mạnh nhất với tình trạng viêm bờ mi nặng là cộm vướng ($p < 0,001$; OR=23,2) và tắc lỗ đổ tuyến meibomius ($p=0,028$, OR=2,2). OSDI trung bình 36,6 ±13,3; đa số là nặng (64,9%). Chất lượng chất tiết tuyến (MQ score) trung bình 1,16 ±0,06. TBUT trung bình 5,0±1,7 giây với TBUT ≤5 giây chiếm chủ yếu (66,1%). Meiboscore trung bình 2,82 ± 0,1. MGE trung bình 1,8 ± 0,7. Trong nghiên cứu ghi nhận đa số là viêm bờ mi hỗn hợp (63,1%) và viêm bờ mi nặng (64,9%). **Kết luận:** Nghiên cứu ghi nhận đa số là viêm bờ mi hỗn hợp và bệnh mức độ nặng. Tình trạng khô mắt nặng theo OSDI là chủ yếu. Thay đổi cấu trúc, chức năng tuyến meibomius rõ rệt.

Từ khoá: Viêm bờ mi, đặc điểm lâm sàng viêm bờ mi, các yếu tố liên quan, khô mắt, rối loạn chức năng tuyến meibomius (MGD), OSDI, Keratograph 5M.

SUMMARY

ASSESSMENT OF CLINICAL

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Dương Nguyễn Hồng Hải

Email: drhai7898@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

CHARACTERISTICS AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS WITH BLEPHARITIS

Purpose: To investigate the clinical characteristics and associated factors in patients with blepharitis. **Subject and methods:** This is a descriptive case series study of 168 eyes (of 87 patients) diagnosed with blepharitis were included at Ho Chi Minh City Eye Hospital in 2025. The study procedure involved the following steps: clinical examination, patient screening for eligibility; collection of epidemiological and clinical data via questionnaires, physical examination, and ancillary tests using slit-lamp biomicroscopy and the OCULUS Keratograph® 5M. Blepharitis was classified anatomically (anterior, posterior, or mixed) and functionally (mild, moderate, or severe). Severe posterior and mixed blepharitis cases underwent meibomian gland expression to evaluate expressibility (MGE score). Data were collected and analyzed to identify associated factors. **Results:** The average age was 62.1±11.8 years. Females accounted for the majority of patients (79.3%). Most patients had good visual acuity (81.2%). Common symptoms included foreign body sensation, tearing (epiphora), telangiectasia, eyelid hyperemia and meibomian gland orifice obstruction. Among these, the symptom and sign that were most strongly correlated with severe blepharitis were foreign body sensation ($p < 0.001$; OR = 23.2) and meibomian gland orifice obstruction ($p = 0.028$; OR = 2.2). The mean Ocular Surface Disease Index (OSDI) was 36.6±13.3, with the majority of cases classified as severe (64.9%). The average quality of Meibomian gland secretions (MQ score) was 1.16 ± 0.06. The mean Tear Break-Up Time (TBUT) was 5.0±1.7 seconds, with TBUT ≤5s being the predominant finding (66.1%). The mean Meiboscore was 2.82±0.1, and the mean Meibomian Gland Expressibility (MGE) was 1.8±0.7. The majority of cases in the study were mixed blepharitis (63.1%) and severe blepharitis (64.9%). **Conclusion:** Most cases in this study were mixed-type and severe blepharitis. Severe dry eye disease (OSDI). Marked structural and functional alterations of the meibomian glands.

Keywords: Blepharitis, clinical characteristics of blepharitis, associated factors, dry eye, meibomian gland dysfunction (MGD), OSDI, Keratograph 5M.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm bờ mi là tình trạng viêm ở bờ mi mắt,

là một trong những tình trạng thường gặp nhất trong thực hành lâm sàng nhãn khoa^{1,2}. Cơ chế gây bệnh là đa yếu tố và nguyên nhân gây bệnh chưa được biết rõ¹⁻³, nhiều bằng chứng chỉ ra viêm bờ mi có liên quan tới các yếu tố truyền nhiễm, dị ứng, bệnh hệ thống và môi trường³.

Nhiều tài liệu chỉ ra rằng triệu chứng lâm sàng và thực thể của viêm bờ mi chưa đặc hiệu¹. Các thông tin về đặc điểm lâm sàng, dịch tễ và mối tương quan giữa chúng vẫn chưa được biết đầy đủ, nên hiện tại vẫn còn thiếu hệ thống chẩn đoán thống nhất về tình trạng bệnh³. Hiện nay, việc điều trị viêm bờ mi còn chủ yếu dựa vào đánh giá và kinh nghiệm lâm sàng¹, điều này gây ra những hạn chế nhất định trong việc chẩn đoán và điều trị bệnh.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá các đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan phổ biến nhất trong viêm bờ mi, từ đó góp phần nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán viêm bờ mi tại khoa Khám Mắt – Bệnh viện Mắt TP HCM thỏa tiêu chí chọn mẫu từ tháng 10/2024 đến tháng 10/2025.

Tiêu chí chọn mẫu

Tiêu chuẩn chọn vào: Bệnh nhân được chẩn đoán viêm bờ mi tại thời điểm thăm khám. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân tại thời điểm khám đang mắc các bệnh lý bề mặt nhãn cầu khác cần điều trị cấp: Bọng kết – giác mạc, loét giác mạc dọa thủng/thủng, bệnh lý chấn thương nhãn cầu (dị vật/rách bờ mi, kết – giác mạc), tắc lệ đạo, bệnh lý tuyến lệ (viêm, áp xe tuyến lệ). Các bệnh lý cấp tính (Tăng áp cấp, Viêm màng bồ đào, viêm mủ nội nhãn).

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện từ tháng 10/2024 đến tháng 10/2025 tại khoa Khám mắt, Bệnh viện Mắt TP HCM.

Cỡ mẫu: Nghiên cứu mô tả loạt ca.

Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân chẩn đoán viêm bờ mi đến khám tại khoa khám mắt – BV Mắt TP HCM. Hỏi bệnh sử và khám lâm sàng. Những bệnh nhân thỏa tiêu chí chọn mẫu được nhận vào nghiên cứu. Thu thập thông tin hành chính, tiền sử, bệnh sử, đo thị lực, nhãn áp và khám toàn diện bằng đèn sinh hiển vi đánh giá đặc điểm lâm sàng và ghi nhận chất lượng chất tiết tuyến (MQ score). Đánh giá cấu trúc tuyến meibomius (meiboscore) bằng máy OCULUS

Keratograph® 5M. Bệnh nhân được phân loại viêm bờ mi thành: Viêm bờ mi nhẹ – trung bình – nặng, viêm bờ mi trước – sau – hỗn hợp. Viêm bờ mi hỗn hợp và sau, mức độ nặng được nhận bờ mi và đánh giá khả năng nhận tuyến (MGE score). Thu thập kết quả lâm sàng và cận lâm sàng, tiến hành phân tích kết quả và bàn luận.

Phương pháp thống kê: Phân tích, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Mô tả: sử dụng trung bình, độ lệch chuẩn (phân phối chuẩn), trung vị và khoảng tứ phân vị (phân phối không chuẩn), bảng phân phối tần số (biến định lượng). Kiểm định và so sánh: Kiểm định t so sánh trung bình mẫu độc lập, kiểm định chi bình phương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

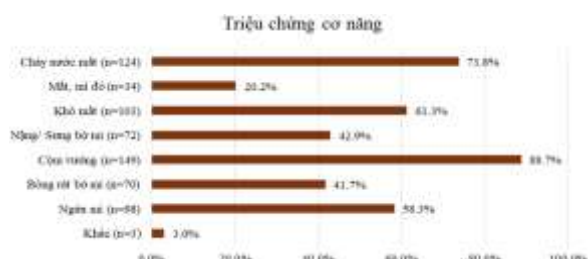
Đặc điểm lâm sàng. Nghiên cứu tiến hành trên 168 mắt (87 bệnh nhân) viêm bờ mi thỏa tiêu chí chọn mẫu. Các đặc điểm lâm sàng trình bày dưới đây

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ và tiền căn

Đặc điểm dịch tễ (n=87)	Kết quả
Tuổi	62,1±11,8*
Giới tính: Nam (%)	18 người (20,7%)
Nữ (%)	69 người (79,3%)
Đặc điểm tiền căn	Tần suất (%)
Tiền căn bệnh lý toàn thân (n=68)	
Tăng huyết áp	48 (70,6%)
Rối loạn lipid máu	46 (67,7%)
Đái tháo đường	27 (39,7%)
Viêm dạ dày	4 (5,9%)
Khác	11 (16,2%)
Tiền căn bệnh lý tại mắt (n=124)	
Viêm bờ mi	66 (53,3%)
Khô mắt	59 (47,6%)
Mổ thay thủy tinh thể	37 (29,8%)
Viêm kết mạc	29 (23,4%)
Khác (chấp lẹo, viêm giác mạc, sạn vôi)	22 (17,7%)

*Trình bày dưới dạng số trung bình ± độ lệch chuẩn

Nghiên cứu 87 bệnh nhân có tuổi trung bình là 62,1±11,8 tuổi. Nữ giới chiếm cao hơn (79,3%). Có 68 bệnh nhân có bệnh lý toàn thân (78,2%), trong đó tăng huyết áp và rối loạn lipid máu (RLLP máu) thường gặp nhất (70,6% và 67,7%), đái tháo đường 39,7%; viêm dạ dày là 5,9%, các tiền căn khác (đau lưng, viêm xoang...) là 16,2%. Nghiên cứu có 124 mắt (73,8%) có tiền căn bệnh tại mắt. Trong đó phổ biến nhất là viêm bờ mi (53,3%), khô mắt (47,6%), bệnh nhân thay thủy tinh thể (29,8%) và viêm kết mạc (23,4%); các nhóm bệnh lý khác (chấp lẹo, sạn vôi, viêm giác mạc) chiếm 17,7%.

**Biểu đồ 1. Triệu chứng cơ năng**

Nghiên cứu trên 168 mắt ghi nhận triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là cộm vướng, chảy nước mắt, khô mắt và ngứa mi (lần lượt 88,7%, 73,8%, 61,3% và 58,3%); tiếp theo là cảm giác bỏng/rát bờ mi (41,7%), cảm giác nặng/sưng bờ mi (42,9%); ít gặp hơn là mắt, mi mắt đỏ (20,2%); các triệu chứng khác (chói, ghèn) không đáng kể (3%).

**Biểu đồ 2. Triệu chứng thực thể**

Triệu chứng thực thể hay gặp nhất là giãn mạch, cương tụ bờ mi; tắc lỗ đổ tuyến bờ mi (89,3% và 72%); bọt bờ mi, chất tiết bờ mi và vảy/gàu lông mi lần lượt là 51,8%, 47,6% và 42,3%; ít gặp hơn là mọc lông xiêu, rụng lông mi và viêm giác mạc chấm (24,4%, 13,7% và 6%), triệu chứng khác (rận mi, tân mạch rìa, bạc lông mi...) chiếm 12,0%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng (n=168)		Kết quả	
Thị lực:	Thị lực tốt	138 (81,2%)	
	Thị lực trung bình	18 (10,6%)	
	Thị lực kém	12 (7,1%)	
Điểm chỉ số bề mặt nhãn cầu (OSDI)	Không khô mắt	36,6 ±13,3*	
	Khô mắt nhẹ	12 (7,1%)	
	Khô mắt trung bình	20 (11,9%)	
	Khô mắt nặng	27 (16,1%)	
		109 (64,9%)	
Thời gian vỡ phim nước mắt (TBUT)		5,0±1,7*	
	TBUT ≤5 giây	111(66,1%)	
	TBUT >5 giây	57 (33,9%)	
Phân loại VBM			
Theo giải phẫu		Theo chức năng	
Viêm bờ mi trước	4 (2,4%)	Viêm bờ mi nhẹ	24 (14,3%)
Viêm bờ mi sau	8 (34,5%)	Viêm bờ mi trung bình	35 (20,8%)
Viêm bờ mi hỗn hợp	106 (63.1%)	Viêm bờ mi nặng	109 (64.9%)

Các kết quả nếu không chú thích được trình bày dưới dạng tần suất (%)

Trong nghiên cứu 168 mắt ghi nhận đa số có thị lực tốt ($\geq 4/10$) với 138 mắt (81,2%). Thị lực trung bình (1/10 – 4/10) là 10,6% và kém là 7,1%. Điểm OSDI trung bình $36,6 \pm 13,3$, mức độ nặng theo OSDI có 109 mắt (64,9%), mức độ trung bình và nhẹ là 16,1% và 11,9%; không khô mắt là 12 mắt (7,1%). TBUT trung bình $5,0 \pm 1,7$ giây, tổng mẫu có TBUT ≤ 5 giây là 66,1%. Bệnh nhân đến khám chủ yếu là viêm bờ mi hỗn hợp và viêm bờ mi sau (lần lượt 63,1% và 34,5%), viêm bờ mi trước có 4 mắt (2,4%); tình trạng viêm bờ mi nặng cao nhất với 109 mắt (64,9%). Tiếp theo là viêm bờ mi trung bình và nhẹ (lần lượt 20,8% và 14,3%).

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng

*Trình bày dưới dạng số trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn

Đặc điểm tuyến meibomius	Số trung bình $\pm$ SD
Chất lượng chất tiết (MQ score)	$1,16 \pm 0,06$
Mức độ mất tuyến (meiboscore)	$2,82 \pm 0,1$
Khả năng nặng tuyến (MGE)	$1,8 \pm 0,7$

Nghiên cứu ở 168 mắt, ghi nhận chất lượng chất tiết tuyến meibomius (MQ score) trung bình $1,16 \pm 0,06$. Meiboscore trung bình $2,82 \pm 0,1$. Tổng mắt có chỉ định nặng tuyến là 109 mắt, MGE trung bình là $1,8 \pm 0,7$.

Bảng 4. Tương quan các biến với tình trạng viêm bờ mi nặng

Triệu chứng	Viêm bờ mi nặng OR (KTC95%)	p
Tiền căn RLLP máu	5,7 (2,8 – 11,5)	<0,001
Cộm vướng	23,2 (5,1 – 104,8)	<0,001
OSDI nặng	109 (15,5 – 766,9)	<0,001

Tắc lỗ đổ tuyến bờ mi	2,2 (1,1 – 4,3)	0,028
-----------------------	-----------------	-------

p: kiểm định Pearson χ^2

Bệnh nhân RLLP máu thường gặp viêm bờ mi nặng nhiều hơn (OR=5,7, $p<0,001$). Triệu chứng cơ năng thường gặp trong viêm bờ mi nặng là cộm vướng (OR=23,2, $p<0,001$); triệu chứng thực thể thường gặp là tắc lỗ đổ tuyến bờ mi (OR=2,2, $p=0,028$). Bệnh nhân VBM nặng thường liên quan mạnh đến khô mắt mức độ nặng theo OSDI (OR=109, $p<0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 168 mắt của 87 bệnh nhân có tuổi trung bình $62,1 \pm 11,8$ tuổi, kết quả tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hưng (2023)⁴ với tuổi trung bình là 68,32 tuổi. Nữ giới thường gặp hơn nam giới (79,3%). Hầu như các nghiên cứu khác đều ghi nhận viêm bờ mi thường gặp ở nữ giới, trung niên. Có thể do tình trạng thoái hóa chức năng tuyến meibomius (MGD) tăng theo tuổi gây nên sự giảm sản xuất androgen hoặc mất cân bằng estrogen, ảnh hưởng tiêu cực đến sự bài tiết và thay đổi thành phần lipid⁵; ngoài ra còn làm giảm chất lượng lớp phim nước mắt, tắc nghẽn lỗ đổ tuyến gây viêm bờ mi. Tiền căn thường gặp là tăng huyết áp, RLLP máu, kết quả này tương đồng với tác giả Nguyễn Thị Hưng (2023)⁴. Trong số 168 mắt tham gia nghiên cứu, có 73,8% mắt có tiền căn tại mắt, trong đó viêm bờ mi và khô mắt là phổ biến nhất, kết quả tương đồng nghiên cứu của tác giả Serge Doan (2020)⁶ với tiền căn bệnh tại mắt 79,2%. Kết quả phản ánh tình trạng VBM mạn tính và mối liên hệ giữa viêm bờ mi – khô mắt của bệnh nhân trong nghiên cứu.

Các triệu chứng cơ năng thường gặp là cộm vướng, chảy nước mắt và khô mắt; kết quả tương đồng với tác giả M. A. Lemp (2009)² với cộm, khô mắt và chảy nước mắt gặp nhiều (53% và 36%). Triệu chứng thực thể hay gặp nhất là giãn mạch/ cương tụ bờ mi và tắc lỗ đổ tuyến meibomius, bọt bờ mi. Có thể vì bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu là VBM mạn, thường liên quan tới tình trạng MGD, nên hay xuất hiện các triệu chứng tăng sinh mạch máu tại bờ mi, tắc lỗ đổ tuyến meibomius. MGD cũng gây ra sự thay đổi thành phần lipid làm mất ổn định màng phim nước mắt và khô mắt, từ đó hình thành bọt bờ mi.⁵

Thị lực trung vị là 7(4; 8), đa số mắt có thị lực tốt (81,2%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Trần Lê Phương Loan (2023)⁷ ghi nhận tỷ lệ nhóm thị lực cao chiếm đa số (60%). Cho thấy phần lớn bệnh viêm bờ mi có thị lực bảo tồn tốt, phù hợp đặc điểm bệnh mạn tính ở

bờ mi vốn chủ yếu ảnh hưởng đến chất lượng màng phim nước mắt và sự ổn định thị giác động hơn là giảm thị lực vĩnh viễn⁵. Điểm OSDI trung bình $36,6 \pm 13,3$, mức độ nặng chiếm đa số, kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu tác giả Trịnh Thị Hà (2024) có 93,6% bệnh nhân OSDI mức độ vừa và nặng. M.A.Lemp² cũng báo cáo hơn 85% bệnh nhân khô mắt có kèm với MGD, cho thấy mối liên quan mạnh mẽ giữa khô mắt viêm bờ mi. TBUT trung bình trong nghiên cứu là $5,00 \pm 1,7$ giây, tỷ lệ bệnh nhân có mắt ổn định màng phim nước mắt ($TBUT \leq 5$ giây) là 66,1%; nghiên cứu của tác giả Zhenyu Wei (2022)⁸ cũng ghi nhận TBUT trung bình thấp với $4,1 \pm 2,3$ giây. Về phân loại vị trí tổn thương bờ mi, trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm viêm bờ mi hỗn hợp chiếm tỷ lệ cao nhất (63,1%), tiếp theo là viêm bờ mi sau, trong khi viêm bờ mi trước chỉ chiếm 2,4%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của C. Wang (2021) viêm bờ mi hỗn hợp cao nhất. Về mức độ nặng, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận viêm bờ mi nặng đa số. Kết quả này góp phần nêu bật vai trò của MGD (nguyên nhân chủ yếu gây VBM sau – hỗn hợp) trong cơ chế bệnh sinh viêm bờ mi; ngoài ra, còn kết hợp giữa các yếu tố khác như tuổi tác (lớn tuổi, tổn thương tuyến meibomius), bệnh lý nền (RLLP máu), viêm bờ mi mạn, các yếu tố này đều góp phần làm tăng tỷ lệ bệnh nặng.

Chất lượng chất tiết tuyến meibomius (MQ score) trung bình $1,16 \pm 0,06$, kết quả thể hiện rằng đa số có thay đổi chất tiết tuyến. Có thể giải thích cho sự biến đổi này là do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là viêm bờ mi sau và hỗn hợp, nên bệnh cảnh MGD xuất hiện nhiều hơn làm chất lượng chất tiết suy giảm. Meiboscore trung bình là $2,82 \pm 0,1$, gần tương đồng với nghiên cứu của tác giả R.V. Reshmi Nair (2023)⁹ là $3,16 \pm 1,14$. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tổn thương tuyến meibomius cao có thể vì phần lớn đều là viêm bờ mi mạn tính. Mathers¹⁰ và cộng sự đã báo cáo có tới 74% viêm bờ mi mạn tính có tình trạng mất tuyến meibomius ở một và cả hai mắt. Tổng số mắt có chỉ định nặn tuyến meibomius là 109 mắt, MGE trung bình $1,8 \pm 0,7$; điểm trung bình MGE thường cao và cao hơn so với nhóm bình thường, phản ánh mức độ tắc nghẽn và giảm chức năng tuyến meibomius ở nhóm bệnh lý.

Bệnh nhân RLLP máu là yếu tố nguy cơ của viêm bờ mi nặng, phù hợp với xu hướng được ghi nhận gần đây RLLP máu và rối loạn chuyển hóa đang được xem là yếu tố nguy cơ của VBM¹. Các triệu chứng bông rát bờ mi, cộm vướng thường gặp trong viêm bờ mi nặng, đặc biệt cộm

vướng gặp nhiều nhất, có thể giải thích theo cơ chế bệnh sinh là do rối loạn tiết lipid, viêm mạn tính bờ mi bề mặt nhãn cầu⁵. Bệnh nhân viêm bờ mi nặng thường xuất hiện khô mắt nặng theo OSDI hơn đáng kể. Viêm bờ mi nặng, kéo dài, có tổn thương cấu trúc và chức năng tuyến meibomius cũng làm nặng hơn các triệu chứng khô mắt¹. Tắc lỗ đổ tuyến bờ mi liên quan với viêm bờ mi nặng, phản ánh tắc lỗ đổ tuyến meibomius là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây khô mắt thể bay hơi và viêm bờ mi, làm giảm ổn định màng phim nước mắt và tăng viêm bề mặt nhãn cầu⁵.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 168 mắt (của 87 bệnh nhân) ghi nhận đa số là viêm bờ mi hỗn hợp, mức độ nặng. Tình trạng khô mắt nặng. Có sự thay đổi cấu trúc và chức năng tuyến meibomius rõ rệt. Qua kết quả trên cho thấy viêm bờ mi không chỉ là bệnh lý tại chỗ bờ mi mà còn biểu hiện viêm mạn tính ảnh hưởng toàn bộ hệ thống bề mặt nhãn cầu. Sự phối hợp giữa rối loạn bài tiết tuyến, giảm ổn định màng phim nước mắt và đáp ứng viêm kéo dài đóng vai trò trung tâm, góp phần làm nặng thêm triệu chứng. Do đó, việc điều trị bệnh cần được tiếp cận toàn diện, hướng đến kiểm soát viêm, cải thiện chức năng tuyến và ổn định màng phim nước mắt lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lin A, Ahmad S, Amescua G, et al. Blepharitis Preferred Practice Pattern(R). Ophthalmology. Apr 2024;131(4):P50-P86. doi:10.1016/j.opht.2023.12.036
2. Lemp MA, Nichols KK. Blepharitis in the United States 2009: a survey-based perspective on

- prevalence and treatment. Ocul Surf. Apr 2009;7(2 Suppl): S1-S14. doi:10.1016/s1542-0124(12)70620-1
3. Nelson JD, Shimazaki J, Benitez-del-Castillo JM, et al. The international workshop on meibomian gland dysfunction: report of the definition and classification subcommittee. Invest Ophthalmol Vis Sci. Mar 2011;52(4):1930-7. doi:10.1167/iops.10-6997b
 4. Nguyễn Thị Hưng, Nguyễn Tiến Đạt, Trần Thúy Liên, Vũ Văn Trường. Research on clinical characteristics and related factors of Blepharitis at Duc Giang General Hospital in 20200.
 5. Sabeti S, Kheirkhah A, Yin J, Dana R. Management of meibomian gland dysfunction: a review. Surv Ophthalmol. Mar-Apr 2020;65(2): 205-217. doi:10.1016/j.survophthal.2019.08.007
 6. Doan S, Zagórski Z, Palmares J, et al. Eyelid disorders in ophthalmology practice: results from a large international epidemiological study in eleven countries. Ophthalmology and Therapy. 2020;9(3):597-608.
 7. Trần Lê Phương Loan, Trần Khánh Sâm, Vũ Hoàng Việt Chi. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm bờ mi kết giác mạc tại bệnh viện Mắt Trung Ương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;532(18)
 8. Wei Z, Liang J, Cao K, et al. A multi-center study evaluating the correlation between meibomian gland dysfunction and depressive symptoms. Sci Rep. Jan 10 2022;12(1):443. doi:10.1038/s41598-021-04167-x
 9. Nair RVR, Jacob S, Praveena KK, Latha NV, Vishnupriya M. A study to assess meibomian gland morphology using meibography in posterior blepharitis patients and normal population: A hospital-based observational study. Kerala Journal of Ophthalmology. 2023;35(1):42-48. doi:10.4103/kjo.kjo_135_21
 10. Mathers WD, Shields WJ, Sachdev MS, Petroll WM, Jester JV. Meibomian gland dysfunction in chronic blepharitis. Cornea. 1991;10(4):277-285.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU NÃO NHẸ ĐƯỢC TIÊU HUYẾT KHỐI

Nguyễn Tuấn Anh^{1,5}, Mai Duy Tôn^{1,2,3}, Nguyễn Đức Long^{1,4},
Nguyễn Thị Tuyết Trinh³, Nguyễn Tiến Dũng^{1,2,3}

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Y Dược ĐHQGHN

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trung tâm Đột quỵ Bệnh viện Bạch Mai

⁴Bệnh viện Xanh Pôn

⁵Trung tâm Y tế Hải Hà

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Dũng

Email: nguyentientungtm29@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

Điều trị tiêu huyết khối cho nhóm người bệnh nhồi máu não nhẹ vẫn còn nhiều tranh cãi. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị người bệnh nhồi máu não nhẹ được tiêu huyết khối bằng alteplase tại Trung tâm Đột quỵ Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11 năm 2023 đến tháng 11 năm 2024. Nghiên cứu được thiết kế dạng nghiên cứu quan sát, hồi cứu, theo dõi dọc, thu tuyển được 36 người bệnh thỏa mãn trong số 932 người bệnh nhồi máu não nhẹ nhập viện trong 24 giờ đầu của bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy: tuổi trung bình 66,33±9,37; nam giới chiếm 66,7%; tỉ lệ nhập viện trong 3 giờ đầu chiếm 63,9%; tỉ lệ nhồi