

Kết quả tốt sau mổ (mRS 0-3) chiếm 61,9%, cao hơn nghiên cứu của Zijlstra (40%) với thể tích máu tụ và tình trạng lâm sàng trước mổ là tương đương, tác giả mở sọ giải áp ở 61,8% trường hợp và tỷ lệ tử vong lên tới 38,2%. Dal-Sung Ryu (2017) nghiên cứu 24 trường hợp vỡ phình mạch não giữa có máu tụ thấy rằng trong nhóm có thể tích máu tụ lớn có đến 50% tử vong sau mổ, tác giả cũng khuyến cáo trong những trường hợp này nên cân nhắc mở sọ giải áp, chọc hút tối đa máu tụ [5], [7].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 42 trường hợp máu tụ trong não do vỡ túi phình động mạch não giữa trong thời gian từ 2020 đến 2022 chúng tôi rút ra kết luận sau: phẫu thuật mở sọ giải áp, lấy máu tụ, kẹp cổ túi phình đối với các trường hợp lâm sàng trước mổ nặng, kích thước túi phình và thể tích máu tụ lớn có hiệu quả tương đối tốt, giảm tỷ lệ tử vong sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yang Wuyang, Huang Judy** (2015) Treatment of middle cerebral artery (MCA) aneurysms: a review of the literature. Chinese Neurosurgical Journal, 1(1): 1.

2. **Morita A., Kirino T., Hashi K., et al.** (2012) The natural course of unruptured cerebral aneurysms in a Japanese cohort. N Engl J Med, 366(26): 2474-2482.
3. **de los Reyes K., Patel A., Bederson J. B., et al.** (2013) Management of subarachnoid hemorrhage with intracerebral hematoma: clipping and clot evacuation versus coil embolization followed by clot evacuation. J Neurointerv Surg, 5(2): 99-103.
4. **Nguyễn Quang Thành, Nguyễn Thế Hào, Phạm Quỳnh Trang** (2023) Nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị phẫu thuật chảy máu dưới nhện do vỡ phình động mạch não giữa. Tạp chí Y học Việt Nam, 525(1B).
5. **Zijlstra I. A., van der Steen W. E., Verbaan D., et al.** (2018) Ruptured middle cerebral artery aneurysms with a concomitant intraparenchymal hematoma: the role of hematoma volume. Neuroradiology, 60(3): 335-342.
6. **Ngô Mạnh Hùng** (2021) Kết quả điều trị vi phẫu thuật phình động mạch não giữa tại Bệnh viện Việt Đức. Tạp chí Y học Việt Nam, 501(1).
7. **Ryu D. S., Shim Y. S.** (2017) Importance of Hematoma Removal Ratio in Ruptured Middle Cerebral Artery Aneurysm Surgery with Intracerebral Hematoma. J Cerebrovasc Endovasc Neurosurg, 19(1): 5-11.
8. **Kang H. S., Han M. H., Kwon B. J., et al.** (2004) Postoperative 3D angiography in intracranial aneurysms. AJNR Am J Neuroradiol, 25(9): 1463-1469.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ DỊCH TỄ VIÊM GIÁC MẠC DO MICROSPORIDIA

Trần Khánh Sâm¹, Nguyễn Thị Vân Quỳnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng các mắt viêm, loét giác mạc (VLGM) do Microsporidia được ghép giác mạc xuyên điều trị tại Bệnh viện Mắt Trung ương và xác định yếu tố nguy cơ gây bệnh và yếu tố chỉ định ghép. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên các mắt viêm, loét giác mạc do Microsporidia đã được ghép giác mạc xuyên điều trị tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2020. Tiến hành thu thập thông tin về dịch tễ, yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng, điều trị. **Kết quả:** Nghiên cứu thực hiện trên 63 mắt của 62 bệnh nhân, nữ giới chiếm ưu thế (74,6%), 1 bệnh nhân có tổn thương cả 2 mắt. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 60,8±10,1 tuổi. Thời gian diễn biến triệu chứng đến khi chẩn đoán xác định là 10,1 ± 9,7 tháng (từ 1,3 đến 50,2 tháng). Yếu tố nguy cơ gây

bệnh phổ biến liên quan đến chấn thương mắt (15,9%), tra nhỏ steroid kéo dài (31,7%), bệnh lí bề mặt nhãn cầu (28,6%). Thị lực đa số mức thấp từ dưới ĐNT 3m là 92,0%. Yếu tố chỉ định ghép gồm có: viêm, loét giác mạc kém đáp ứng với điều trị (43 mắt, 68,3%), loét doạ thủng và thủng (6 mắt, 9,6%). **Kết luận:** Yếu tố nguy cơ gây bệnh hàng đầu là chấn thương mắt liên quan đến nông nghiệp. Cần nghi đến Microsporidia khi bệnh diễn biến kéo dài, kém đáp ứng điều trị, dấu hiệu thực thể. Cần tăng cường tuyên truyền để nâng cao nhận thức của người dân.

Từ khóa: Microsporidia, VLGM, viêm giác mạc

SUMMARY

CLINICAL FEATURE AND DEMOGRAPHIC RISK FACTORS FOR MICROSPORIDIAL STROMAL KERATITIS

Purpose: To review the clinical finding of patients with Microsporidial stromal keratitis who underwent penetrating keratoplasty to determine which factors at presenting visit that can predict the risk factors and the needs of surgery. **Methods:** A retrospective descriptive study of all cases, who was diagnosed and underwent therapeutic corneal transplantation between January 2018 and December

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Vân Quỳnh

Email: ngvanquynh95@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.11.2023

Ngày duyệt bài: 4.12.2023

2020 at Viet Nam Eye Hospital. Data collected including demographics, clinical finding, management was analyzed. Potential predictors for TPK was obtained and determine which factors at presenting. **Results:** 63 eyes of 62 patients was analysed. Bilateral involvement was seen in 1 patient (1.6%). 74.6% of patients were female. The mean age was 60.8±10.1 years (range 34-86). The mean duration of symptoms was 10.1± 9.7 months (range 1.3-50.2 months). Risk factors include using long-term topical steroid, a history of ocular trauma. Visual acuity was ≤ CF 3m in 92.0%. Keratic precipitates were present in 47.6%, hypopyon were present in 66.7%. The reason for performing TPK includes medically unresponsive ulcer in 43 eyes (68.3%), perforated ulcer and impending perforation in 6 eyes (9.6%). **Conclusions:** The most common risk factors: ocular trauma, prolonged steroid eyedrops. The diagnosis of Microsporidial stromal keratitis can be challenging and usually presents with non-specific corneal infiltration refractory to antimicrobial therapy. Therefore, we should consider Microsporidia in the differential diagnosis of infectious keratitis. **Keywords:** Microsporidia. Stromal keratitis. Corneal ulcer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ca bệnh viêm giác mạc sâu do Microsporidia được báo cáo lần đầu tiên ở nước ta năm 2013¹ và ngày càng trở nên phổ biến. Ước tính VLGM do Microsporidia chiếm từ 0,4% đến 4%² các nguyên nhân nhiễm trùng giác mạc và đang có xu hướng ngày càng gia tăng ở nước ta. Bệnh diễn biến âm ỉ, dễ chẩn đoán nhầm với một số tác nhân khác dẫn đến hệ quả là chẩn đoán muộn, điều trị muộn, tác nhân đã xâm nhập sâu. Một số nghiên cứu gần đây cho rằng các thuốc điều trị nhiễm trùng do Microsporidia dựa vào 5 đích tác dụng: polyamine (đồng phân polyamin), methionine aminopeptidase 2 (fumagillin), chitin (nikkomycins) và topoisomerases (fluoroquinolones) và hệ thống vi ống (benzimidazole). Cho đến nay mới chỉ có một vài báo cáo lâm sàng điều trị nội khoa thành công. Tuy nhiên với điều kiện nước chưa có các chế phẩm như fumagillin, nikkomycins, điều trị hiện nay chủ yếu tập trung: phối hợp thuốc chống nấm, kháng sinh và thuốc diệt kí sinh trùng. Điều trị VLGM do Microsporidia còn nhiều thách thức do đến nay vẫn chưa có thuốc đặc hiệu. Các tác giả trên thế giới đều cho rằng, ghép giác mạc là phương pháp hiệu quả để loại bỏ tác nhân khó điều trị này.^{3,4} Việc nghiên cứu sâu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố nguy cơ gây bệnh là rất cần thiết giúp phát hiện và chẩn đoán sớm, nhằm loại trừ tác nhân gây bệnh. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, các yếu tố nguy cơ gây bệnh và các yếu tố chỉ định ghép giác mạc trên các bệnh*

nhân này nhằm nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Hồ sơ bệnh án (HSBA) của các bệnh nhân VLGM do Microsporidia đã được ghép GMX điều trị tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2020.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: HSBA không đủ thông tin nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu: tính theo số bệnh nhân VLGM do Microsporidia đã được ghép GMX điều trị, tính theo công thức:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} p(1-p)/(p.\epsilon)^2$$

Trong đó: n: số bệnh nhân

α: mức ý nghĩa thống kê, α= 0,05

Z_{1-α/2} = 1,96; p=0,79 dựa vào kết quả nghiên cứu của Huang(2020)³ là 78,6%.

ε: sai số mong muốn 0,15

Áp dụng công thức trên cỡ mẫu: n= 45

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu. Thu thập thông tin nhóm đối tượng nghiên cứu thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ từ hồ sơ bệnh án, kết quả khám cũ. Đối tượng nghiên cứu được thu thập thông tin: tuổi, giới, yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng, kết quả xét nghiệm vi sinh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Nghiên cứu được thực hiện trên 63 mắt của 62 bệnh nhân, bệnh nhân nữ chiếm ưu thế (tỉ lệ nữ/ nam=2,9/1) (p<0,01). Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 60,8±10,1 tuổi (thấp nhất 34 tuổi, cao nhất là 86 tuổi). Đa số bệnh nhân ≥40 tuổi, chiếm 96,8%.

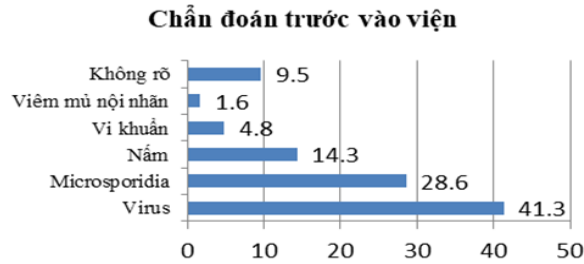
Bảng 3.1. Đặc điểm chung

Đặc điểm chung		%
Số mắt		63 (100%)
Tuổi trung bình		60,8±10,1 (34-86)
Giới	Nam	25,4
	Nữ	74,6
Nghề nghiệp	Làm ruộng	76,2
	Công nhân	15,9
	Cán bộ, công chức	7,9
Địa dư	Nông thôn	71,4
	Thành thị	23,8
	Miền núi	4,8
Yếu tố	Tra steroid kéo dài	31,7

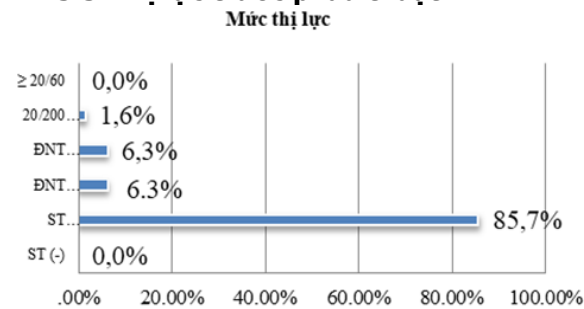
nguy cơ	Phẫu thuật mắt	28,6
	Chấn thương	15,9
	Đái tháo đường	11,1
	Bệnh lí dạ dày ruột	14,3
	Không xác định	17,5
Thời gian diễn biến	< 1 tháng	0
	1-<3 tháng	20,6
	3-<6 tháng	17,5
	6-<12 tháng	27,0
	≥ 12 tháng	34,9

Thời gian trung bình từ khi khởi phát đến khi được ghép giác mạc $10,1 \pm 9,7$ tháng (1,1-50,2 tháng). Phần lớn các mắt có thời gian diễn biến bệnh ≥ 6 tháng chiếm tỉ lệ cao (61,9%). Yếu tố nguy cơ gây bệnh phổ biến gồm: tra cortico-steroid tại chỗ kéo dài (31,7%), tiền sử phẫu thuật tại mắt (28,6%), chấn thương (15,9%). Chấn thương nông nghiệp: bụi, đất bắn bắn vào mắt hoặc chấn thương (9 mắt, 14,3%), tiền sử viêm giác mạc do virus trước đây (3 mắt, 4,8%), 2 mắt tắc lệ đạo (3,2%), lông quặm, (2 mắt, 3,2%).

3.2. Chẩn đoán nguyên nhân trước vào viện



3.3. Thị lực trước phẫu thuật

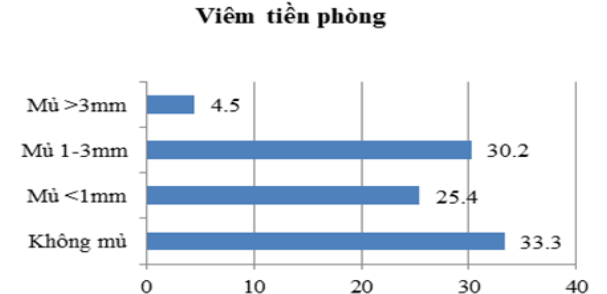


Biểu đồ 3.2. Thị lực trước phẫu thuật

Thị lực trước phẫu thuật chủ yếu ở mức dưới ĐNT 1m chiếm 85,7%, 7,9% số mắt còn lại có mức thị lực từ ĐNT 3m trở lên (biểu đồ 3.2)

3.4. Đặc điểm tổn thương thực thể. Đa số tổn thương trong nghiên cứu là loét giác mạc chiếm 77,8%, trong đó 6 mắt tổn thương hoại tử mất chất dẫn đến loét giác mạc dọa thủng và thủng (6 mắt, 9,6%), 14 mắt viêm nhu mô giác mạc sâu chiếm tỉ lệ 22,2%. 100% số mắt có tổn

thương thâm nhiễm nhu mô sâu (trên 1/3 chiều dày giác mạc), hầu hết tổn thương thâm nhiễm đa ổ chiếm 81,0%. Kích thước đường kính thâm nhiễm nhu mô giác mạc trung bình là $6,1 \pm 1,9$ mm (nhỏ nhất là 2,0 mm, lớn nhất là 10,0 mm).



Biểu đồ 3.3. Phản ứng viêm tiền phòng

Phản ứng tiền phòng nhiều mức độ, 30 mắt có phản ứng màng bồ đào (47.6%), dính mống mắt (12 mắt, 19,0%), tân mạch mống mắt (7 mắt, 11,1%)

Trong nghiên cứu có 81,0% số mắt (51 mắt) được chẩn đoán xác định trước mổ bằng các bệnh phẩm: chất nạo ổ loét, bệnh phẩm gọt giác mạc, dịch tiền phòng, 19,0% số mắt còn lại (12 mắt) được chẩn đoán xác định sau mổ dựa trên bệnh phẩm mảnh giác mạc bệnh lí. Ba phương pháp xét nghiệm được áp dụng để chẩn đoán xác định tác nhân Microsporidia là nhuộm soi (59 mắt, 93,6%), xét nghiệm PCR (2 mắt, 3,2%), xét nghiệm mô bệnh học (2 mắt, 3,2%) trên 4 loại bệnh phẩm là chất nạo ổ loét, bệnh phẩm gọt giác mạc, dịch tiền phòng, mảnh giác mạc bệnh lí sau ghép.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 60,8 tuổi, 74,6% bệnh nhân là nữ giới, trong đó 1 bệnh nhân là nam giới bị viêm giác mạc 2 mắt. Nghiên cứu trên thế giới cho thấy viêm giác mạc do Microsporidia không liên quan đến giới tính, tỉ lệ mắc nam và nữ là tương đương. Tỉ lệ bệnh nhân là nông dân trong nghiên cứu chiếm tỉ lệ cao 76,2% phù hợp với nhiều nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. So với các nghiên cứu trên thế giới, yếu tố nguy cơ gây bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi không có nhiều khác biệt. 17,5% số mắt trong nghiên cứu không xác định được yếu tố nguy cơ gây bệnh có thể là do bệnh diễn biến kéo dài, bệnh nhân không chú ý đến hoặc không nhớ được yếu tố nguy cơ gây bệnh. Trong nhóm xác định được yếu tố nguy cơ gây bệnh thì chấn thương, phẫu thuật tại mắt, tra nhỏ steroid tại mắt kéo dài là các yếu tố nguy cơ gây bệnh phổ

biến nhất, thường gặp ở bệnh nhân trẻ tuổi, trong khi đó bệnh lí bề mặt nhãn cầu và tiền sử phẫu thuật mắt là yếu tố nguy cơ thường gặp ở bệnh nhân cao tuổi. trong đó chấn thương liên quan đến nông nghiệp thường gặp là bụi, đất bẩn, lá cây, côn trùng... Đây là những yếu tố dễ gặp ở nước ta do nước ta là nước nông nghiệp, nhiều bụi bặm, điều kiện vệ sinh môi trường không tốt, đặc biệt vùng nông thôn. Cơ chế lây truyền chủ yếu qua đường phân miệng: nhiễm bào tử từ người và động vật mang mầm bệnh qua thức ăn nước uống chứa mầm bệnh, đường hô hấp khi tiếp xúc với giọt bắn có chứa bào tử trường thành hoặc lây truyền trực tiếp qua vết xước da, tổn thương mắt hoặc lây truyền qua đường tình dục. Vùng dịch tễ cao, bào tử có thể gây nhiễm thông qua tiếp xúc với bụi, nước bẩn hoặc chấn thương; tỉ lệ mắc cao hơn vào mùa mưa (Sharma và cs, 2011).⁵ Ngoài ra một số tác giả cho thấy có mối liên quan giữa Microsporidia và đeo kính tiếp xúc, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào sử dụng kính tiếp xúc, có thể đa phần đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là nông dân, lứa tuổi ít có nhu cầu sử dụng kính tiếp xúc.

Đa phần bệnh nhân đã được khám và điều trị không đặc hiệu, có tới 31,7% số mắt có tra corticosteroid tại chỗ kéo dài. Trên thực tế việc sử dụng corticosteroid có thể còn cao hơn do ghi nhận của chúng tôi chỉ dựa trên khai thác hồ sơ bệnh án, kết quả khám cũ, đặc biệt với tác nhân chưa được nhiều bác sĩ quan tâm như microsporidia. Việc tra nhỏ steroid tại mắt làm suy giảm đáp ứng miễn dịch tại chỗ, tạo điều kiện thuận lợi để tác nhân nhiễm trùng lưu giữ, gây bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi còn xác định một yếu tố nguy cơ quan trọng 14,3% bệnh nhân có tiền sử bệnh lí dạ dày ruột: áp xe gan (1 bệnh nhân, 1,6%), nhiễm giun lươn ruột, viêm màng não (1 bệnh nhân 1,6%), viêm dạ dày-dạ tràng (5 bệnh nhân). Có thể lí giải điều này: Microsporidia có thể gây bệnh ở nhiều cơ quan: tim, não, thận, phổi, dạ dày, ruột. Có thể thói quen sinh hoạt, ăn sống có ảnh hưởng đến tác nhân này. Do vậy cần tìm hiểu về phong tục tập quán, thói quen ăn uống sinh hoạt ở các vùng khác nhau nhằm phát hiện yếu tố liên quan đến vấn đề này. Một số địa phương có thói quen ăn gỏi, thực vật thủy sinh không nấu chín, rau sống, tái lấu có thể nhiễm bệnh do sử dụng nguồn thực phẩm tồn tại mầm bệnh.

Phần lớn trường hợp có thời gian mắc bệnh kéo dài trên 6 tháng chiếm 61,9%, có tới 34,9% mắt có thời gian bệnh diễn biến trên 12 tháng.

Thời gian trung bình từ khi biểu hiện triệu chứng đến khi được ghép giác mạc trong nghiên cứu của chúng tôi là 10,1 tháng tương đồng với nghiên cứu của Sabhapandit (2016)⁴ là 288,0±114,5 ngày (từ 3 ngày tới 4 năm), Vemuganti (2005)⁶ 3 tháng đến 4 năm. Nghiên cứu của nhiều tác giả trên thế giới đã chỉ ra diễn biến mạn tính là đặc điểm nổi bật của viêm giác mạc sâu do Microsporidia. Bệnh thường diễn biến âm ỉ, dai dẳng với nhiều đợt tái phát dẫn đến dễ bị chẩn đoán nhầm với một số tác nhân khác, hệ quả là chẩn đoán xác định muộn và bệnh nhân được điều trị muộn sau khi bệnh đã diễn biến qua thời gian dài. Triệu chứng thực thể VLGM do Microsporidia thường không điển hình: mi nễ, co quắp mi, nhiều dử, tiết tố, có thể kèm loét giác mạc, Triệu chứng hay gặp nhất là tổn thương thâm nhiễm nhu mô màu trắng xám hoặc trắng đục, đôi khi tạo thành ổ áp xe trong nhu mô. Thâm nhiễm có thể có 1 ổ hoặc nhiều ổ riêng biệt nhập lại với nhau, tương ứng với vị trí loét. Phản ứng viêm tiền phòng biểu hiện: phản ứng màng bồ đào, mù tiền phòng nhiều mức độ. Theo Sabhapandit và cs (2016)⁴, hình ảnh tổn thương giác mạc đa số: thâm nhiễm nhu mô nhiều ổ, tỏa lan, phù nhu mô, phản ứng tiền phòng, loét giác mạc và thâm nhiễm đơn ổ chỉ ở 6 mắt (17,6%). Theo Garg và cs (2013)⁷, 33% bệnh nhân có thâm nhiễm sâu, đa ổ, xuất tiết mặt sau, 33,4% bệnh nhân có thâm nhiễm một ổ, 29,1% có loét giác mạc. Das và cộng sự (2011)⁸ báo cáo về trường hợp bào tử có thể xuyên qua màng Descemet còn nguyên vẹn trên bệnh nhân viêm giác mạc sâu do Microsporidia. Nhiều tác giả cho rằng, nên nghĩ đến tác nhân Microsporidia trên các mắt viêm nhu mô giác mạc sâu không rõ nguyên nhân, kém đáp ứng với điều trị.

Thị lực trước mổ thấp (dưới ĐNT 3m) chiếm tỉ lệ khá cao (92,0%) do đa phần tổn thương che lấp trục quang học kèm theo tình trạng viêm tiền phòng và đục môi trường trong suốt liên quan đến tuổi và tình trạng viêm dai dẳng. 100% số mắt được phẫu thuật có thâm nhiễm nhu mô sâu cho thấy phần lớn số mắt được phẫu thuật đang tổn thương mức độ nặng, mầm bệnh thâm nhập sâu. Với tác nhân chưa có thuốc điều trị đặc hiệu như Microsporidia, việc điều trị càng có nhiều thách thức. Chẩn đoán ban đầu chúng tôi ghi nhận từ tuyến cơ sở bệnh nhân điều trị hầu hết không chính xác 71,5%, với chẩn đoán phổ biến nhất là VLGM do virus Herpes. 28,6% số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đã được chẩn đoán xác định trước nhập viện chiếm cao

hơn so với Sabhapandit (2016) là 14,7%, Huang (2020) là 14,3%,^{3,4} Đây là kết quả khả quan cho thấy khả năng nhận diện và chẩn đoán đã được nâng cao đáng kể. Các tác giả trên thế giới cũng chỉ ra rằng: bệnh cảnh không điển hình, thời gian diễn biến kéo dài, đa phần bệnh nhân chẩn đoán và điều trị tuyến dưới, chẩn đoán chủ yếu dựa trên kinh nghiệm lâm sàng. Điều này ảnh hưởng đến việc xử trí ban đầu và thị lực bệnh nhân. Mặt khác, chẩn đoán nhầm lẫn ban đầu làm kéo dài thời gian điều trị, gây tổn kém cho bệnh nhân, tăng gánh nặng kinh tế. Kết quả này có lẽ do triệu chứng bệnh âm ỉ, không đặc hiệu, xét nghiệm cơ sở y tế địa phương chưa được trang bị đầy đủ, thông tin về bệnh chưa nhiều, người bệnh ít chú ý, chỉ khi bệnh ảnh hưởng thị lực, khả năng lao động sinh hoạt bệnh nhân mới đi khám. Do vậy cần nâng cao vai trò cận lâm sàng tìm nguyên nhân cũng như cần nâng cao ý thức thầy thuốc với tác nhân kém đáp ứng điều trị cần nghĩ đến tác nhân Microsporidia.

V. KẾT LUẬN

Do bệnh cảnh lâm sàng viêm giác mạc do Microsporidia khác nhau nên cần phối hợp lâm sàng và cận lâm sàng để chẩn đoán. Yếu tố nguy cơ gây bệnh hàng đầu là chấn thương mắt liên quan đến nông nghiệp. Ngoài các dấu hiệu kích thích mắt, nhìn mờ, các bệnh nhân có đặc điểm chung là bệnh diễn biến kéo dài, ít đáp ứng điều trị theo hướng vi khuẩn, virus, dấu hiệu thực thể tổn thương nhu mô đa ổ, màu trắng xám, và dấu

hiệu phản ứng màng bồ đào. Cần tăng cường tuyên truyền về bệnh lý này trên các phương tiện thông tin đại chúng để nâng cao nhận thức của người dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Ngọc Đông, Đặng Thị Minh Tuệ, Trần Anh Thư.** Tác nhân viêm giác mạc nhu mô lần đầu tiên được phát hiện ở Việt Nam. Tạp Chí Dược Học Quân Sự. 2015;8:174-179.
2. **Mai Thị Liên, Phạm Ngọc Đông.** Tình Hình Viêm Loét Giác Mạc Nhiễm Trùng Tại Bệnh Viện Mắt Trung Ương 5 Năm 2013-2017. Trường Đại Học Y Hà Nội; 2019.
3. **Huang HY, Wu CL, Lin SH, et al.** Microsporidial stromal keratitis: characterisation of clinical features, ultrastructural study by electron microscopy and efficacy of different surgical modalities. Br J Ophthalmol.
4. **Sabhapandit S, Murthy SI, Garg P, Korwar V, Vemuganti GK, Sharma S.** Microsporidial Stromal Keratitis: Clinical Features, Unique Diagnostic Criteria, and Treatment Outcomes in a Large Case Series. 2016;35(12):6.
5. **Sharma S, Das S, Joseph J, Vemuganti GK, Murthy S.** Microsporidial Keratitis: Need for Increased Awareness. Surv Ophthalmol. 2011; 56(1):1-22.
6. **Vemuganti GK, Garg P, Sharma S, Joseph J, Gopinathan U, Singh S.** Is Microsporidial keratitis an emerging cause of stromal keratitis? – a case series study. BMC Ophthalmol. 2005; n5(1):19.
7. **Garg P.** Microsporidia Infection of the Cornea—A Unique and Challenging Disease. Cornea. 2013;32:S33.
8. **Das S.** Intraocular Invasion by Microsporidial Spores in a Case of Stromal Keratitis. Arch Ophthalmol. 2011;129(4):512.

ĐẶC ĐIỂM KHỚP BÀN TAY TRÊN SIÊU ÂM CỦA VIÊM KHỚP DẠNG THẤP VÀ VIÊM KHỚP VẢY NẾN

Vũ Thị Vân Anh¹, Lê Thị Liễu², Nguyễn Thị Phương Thủy^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả và so sánh đặc điểm tổn thương khớp bàn tay trên siêu âm ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp và viêm khớp vảy nến. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 13 bệnh nhân viêm khớp vảy nến và 12 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có triệu chứng sưng và/hoặc đau tại các khớp bàn tay (khớp bàn ngón tay, khớp gian đốt ngón

gân, khớp gian đốt ngón xa) điều trị tại Trung tâm Cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2023 đến tháng 8/2023. **Kết quả:** Có tổng cộng 25 khớp bàn tay trên 13 bệnh nhân viêm khớp vảy nến được đánh giá. Trên 25 khớp được khảo sát có 18 khớp viêm màng hoạt dịch (chiếm 72%), 2 khớp có viêm gân gấp (chiếm 8,0%), 8 khớp có viêm gân duỗi (chiếm 32,0%), 8 khớp có bào mòn xương (chiếm 32,0%), 2 khớp có tràn dịch (chiếm 8,0%). Trên bệnh nhân viêm khớp dạng thấp, có tổng cộng 28 khớp bàn tay ở 12 bệnh nhân được đánh giá. Trong 28 khớp này, có 13 khớp viêm màng hoạt dịch (chiếm 46,4%), 22 khớp có viêm gân gấp (chiếm 78,6%), 3 khớp viêm gân duỗi (chiếm 10,7%), 3 khớp có bào mòn xương (chiếm 10,7%), 3 khớp tràn dịch khớp (chiếm 10,7%).

Từ khóa: siêu âm khớp bàn tay, viêm khớp dạng thấp, viêm khớp vảy nến.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Vân Anh

Email: vuthivananh272@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2023

Ngày duyệt bài: 01.12.2023