

- and trial sequential analysis. BMC Neurol, 2023. 23(1): p. 159.
4. Wang, B. and Y.L. He, Association of the TNF-alpha gene promoter polymorphisms at nucleotide -238 and -308 with acne susceptibility: a meta-analysis. Clin Exp Dermatol, 2019. 44(2): p. 176-183.
  5. Lee, Y.H., et al., Association between TNF-alpha promoter -308 A/G polymorphism and Alzheimer's disease: a meta-analysis. Neurol Sci, 2015. 36(6): p. 825-32.
  6. Corrêa, G.T., et al., Association of -308 TNF-alpha promoter polymorphism with clinical aggressiveness in patients with head and neck squamous cell carcinoma. Oral Oncol, 2011. 47(9): p. 888-94.

## KHẢO SÁT CÁC ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC CỦA VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO

Nguyễn Thị Uyên Duyên<sup>1</sup>, Nguyễn Lê Thành Đạt<sup>2</sup>, Võ Thị Hoàng Lan<sup>2</sup>,  
Đoàn Lương Hiền<sup>1</sup>, Trần Đình Minh Huy<sup>2</sup>, Đoàn Kim Thành<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ nguyên nhân và các đặc điểm lâm sàng của viêm màng bồ đào ở người trưởng thành tại Bệnh Viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện tại khoa Dịch Kính Vồng Mạc từ tháng 12 năm 2022 đến tháng 5 năm 2023. Tất cả bệnh nhân được khám lâm sàng đầy đủ và thực hiện các xét nghiệm hỗ trợ liên quan. Dữ liệu được thu thập bao gồm: tuổi, giới tính, vị trí địa lý, đặc điểm lâm sàng, vị trí giải phẫu và nguyên nhân gây bệnh. **Kết quả:** 96 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Tuổi trung bình là 41,64 ± 14,5 tuổi (dao động từ 19 đến 71 tuổi) với 61 nam (63,5%). Gần 2/3 bệnh nhân bị viêm màng bồ đào một bên mắt. Viêm màng bồ đào sau thường gặp nhất (43,7%), kế đến là viêm màng bồ đào trước (31,3%), viêm màng bồ đào toàn bộ (20,8%) và viêm màng bồ đào trung gian (4,2%). Tỷ lệ viêm màng bồ đào nhiễm trùng (47,9%) nhiều hơn không nhiễm trùng (33,3%) và vô căn (18,8%). Viêm võng mạc do Cytomegalovirus (CMV) là nguyên nhân nhiễm trùng phổ biến nhất (34,8%), kế đến là Herpes Simplex Virus (HSV) (23,9%) và Lao (19,6%), trong khi đó ở nhóm nguyên nhân không nhiễm trùng, Vogt-Koyanagi-Harada (VKH) chiếm tỷ lệ cao nhất (31,2%), kế đến là hội chứng Posner-Schlossman (21,9%), và nhãn viêm giao cảm (12,5%). Phù hoàng điểm là biến chứng thường gặp nhất. **Kết luận:** Nghiên cứu cắt ngang ban đầu cho thấy viêm màng bồ đào ở người trưởng thành tại Thành Phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. Viêm màng bồ đào nhiễm trùng thường gặp hơn không nhiễm trùng với ba tác nhân chiếm tỷ lệ cao nhất là CMV, HSV, Lao.

**Từ khóa:** Bệnh Vogt-Koyanagi-Harada, viêm võng mạc do Cytomegalovirus, lao ở mắt, Viêm màng bồ đào nhiễm trùng.

<sup>1</sup>Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Uyên Duyên

Email: uyenduyenpy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 22.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.12.2023

Ngày duyệt bài: 23.01.2024

### SUMMARY

#### CROSS-SECTIONAL SURVEY ABOUT THE EPIDEMIOLOGY OF UVEITIS AT HO CHI MINH CITY EYE HOSPITAL, VIETNAM

**Purpose:** To identify the etiologies, and clinical manifestations of adulthood uveitis at a tertiary eye hospital in Ho Chi Minh City, Vietnam. **Method:** A cross-sectional survey was conducted at the Department of Retina and Vitreous, Ho Chi Minh City Eye Hospital, Vietnam between December 2022 to May 2023. The patients underwent a comprehensive ophthalmic examination and laboratory tests as per identical protocol. The main outcomes included: age, gender, geographic distribution, clinical manifestation, anatomical localisation, and etiology of the disease. **Result:** A total of 96 cases with uveitis diagnosis were included in the surveys. The mean age was 41,64 ± 14,5 years (ranged between 19 years and 71 years) with 61 males (63,5%). Approximately two out of three patients presented with unilateral involvement. Posterior uveitis was the most common (43,7%), followed by anterior uveitis (31,3%), panuveitis (20,8%), and intermediate uveitis (4,2%). The proportion of infectious uveitis (47,9%) was higher than noninfectious uveitis (33,3%) and idiopathic uveitis (18,8%). CMV retinitis was found to be positive in 34,8% of the infectious etiologies, followed by HSV (23,9%) and Tuberculosis (19,6%), while the most common etiologies in the non-infectious group were VKH disease (31,2%), Posner-Schlossman syndrome (21,9%), and sympathetic ophthalmia (12,5%). Macular edema was the complication most frequently identified all the cases. **Conclusion:** The cross-sectional survey preliminary advocated the posterior localisation to be the most common manifestation in adulthood uveitis in Ho Chi Minh City, Vietnam. Infectious uveitis was more frequently identified with the highest prevalence of CMV retinitis, Herpes Simplex, and Tuberculosis than non-infectious etiologies.

**Keywords:** VKH disease, CMV retinitis, ocular Tuberculosis, infectious uveitis.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm màng bồ đào (VMBĐ) là một bệnh lý viêm tại mắt với tỷ lệ gây mù khoảng 25% ở các nước đang phát triển<sup>1</sup>, chủ yếu trong độ tuổi lao động.<sup>2</sup>

Sự hiểu biết về tỷ lệ các nguyên nhân VMBĐ trong dân số ở từng khu vực địa lý giúp bác sĩ lâm sàng nắm được mức độ quan trọng của bệnh và sự phổ biến của các nguyên nhân gây bệnh để đưa ra chẩn đoán sơ bộ và chẩn đoán phân biệt. VMBĐ không nhiễm trùng chiếm tỷ lệ cao ở các nước phát triển, ví dụ như Úc,<sup>3</sup> trong khi đó VMBĐ nhiễm trùng phổ biến hơn ở nước đang phát triển.<sup>4</sup> Một thách thức lớn là các nguyên nhân gây bệnh thay đổi theo từng khu vực và thời gian,<sup>4</sup> nên để trả lời câu hỏi tỷ lệ các nguyên nhân VMBĐ hiện nay tại Việt Nam như thế nào? Chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Khảo sát các nguyên nhân VMBĐ tại Bệnh Viện Mắt Thành Phố Hồ Chí Minh, Việt Nam."

Mục tiêu của nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ các nguyên nhân và đặc điểm lâm sàng VMBĐ ở người trưởng thành tại Bệnh Viện Mắt Thành Phố Hồ Chí Minh, Việt Nam.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên những bệnh nhân VMBĐ từ 18 tuổi trở lên tại phòng khám khoa Dịch Kính Vọng Mạc Bệnh Viện Mắt Thành Phố Hồ Chí Minh từ tháng 12/2022 đến tháng 5/2023. Những bệnh nhân bị loại khỏi nghiên cứu khi: (1) Có tiền sử chấn thương và phẫu thuật nội nhãn trong vòng 3 tháng, (2) Sẹo đục giác mạc, đục thủy tinh thể khó quan sát bán phần sau, (3) Không phải cư dân thường trú tại Việt Nam, (4) VMBĐ ổn định không hoạt động.

Dữ liệu thu thập được nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. Tất cả bệnh nhân được khai thác bệnh sử, tiền sử bản thân và gia đình. Sau đó người bệnh được đo nhãn áp và thị lực chính kính. Tăng nhãn áp khi giá trị nhãn áp đo được  $\geq 21$  mmHg.<sup>2</sup> Mức độ giảm thị lực được phân loại theo Tổ Chức Y Tế Thế Giới<sup>5</sup>. Bệnh nhân sau đó được bác sĩ khám mắt toàn diện dưới sinh hiển vi và soi đáy mắt gián tiếp. Các cận lâm sàng về hình ảnh học được thực hiện trong một số trường hợp cần thiết. Ngoài ra bệnh nhân được xét nghiệm VMBĐ thường qui gồm tổng phân tích tế bào máu, chức năng gan và thận, chụp XQuang ngực, xét nghiệm nhanh Giang Mai, kháng thể HIV, Toxoplasma và Toxocara. Những trường hợp chưa tìm được nguyên nhân, người bệnh được chỉ định thêm xét nghiệm HLA-B27, QuantiFERON-TB.

Xét nghiệm chuỗi polymerase dịch tiền phòng đối với các bệnh nhân VMBĐ sau và VMBĐ toàn bộ khi các xét nghiệm huyết thanh trên âm tính. Nguyên nhân VMBĐ được chia thành ba nhóm gồm VMBĐ nhiễm trùng, VMBĐ

không nhiễm trùng và VMBĐ vô căn. Phần lớn các nguyên nhân được chẩn đoán dựa trên tiêu chuẩn của Nhóm Công Tác Về Danh Pháp VMBĐ Chuẩn Hóa.<sup>6</sup> VMBĐ là vô căn khi chưa tìm được nguyên nhân sau khi đã thăm khám và thực hiện các xét nghiệm hỗ trợ.

Phân tích dữ liệu bằng phần mềm STATA 16.0, dùng thống kê mô tả gồm trung bình và tần suất. Sử dụng phép kiểm Chi bình phương hoặc phép kiểm chính xác Fisher so sánh các biến định tính, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị  $p < 0,05$  với độ tin cậy 95%.

Các bệnh nhân tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu và được bảo mật thông tin. Nghiên cứu được sự đồng ý và phê duyệt của Hội Đồng Đạo Đức Trong Nghiên Cứu Y Sinh Học, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh với mã số 22829-DHYD.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 96 bệnh nhân VMBĐ tham gia nghiên cứu từ tháng 12/2022 đến tháng 5/2023. Độ tuổi trung bình là  $41,6 \pm 14,6$  tuổi (từ 19 đến 71 tuổi) với 61/96 nam (63,5%), trong đó số người ở độ tuổi lao động (20-60 tuổi) chiếm 86,5%. Ba khu vực chiếm số lượng bệnh nhân VMBĐ nhiều nhất gồm Thành Phố Hồ Chí Minh (33%), Đồng Nai (12,8%) và Bình Dương (8,5%). Bảng 2 mô tả đặc điểm nhân chủng học và đặc điểm lâm sàng bệnh nhân VMBĐ trong nghiên cứu.

**Bảng 2: Đặc điểm bệnh nhân viêm màng bồ đào trong nghiên cứu**

Đặc điểm	Tổng (n=96)	
	n	(%)
<b>Giới tính</b>		
Nam	61	63,5
Nữ	35	36,5
<b>Nhóm tuổi</b>		
18-40	48	50,0
41-60	35	36,5
>60	13	13,5
<b>Thị lực</b>		
$\geq 6/18$	36	37,5
<6/18-6/60	23	24,0
<6/60-6/30	5	5,2
<6/30	32	33,3
<b>Nhãn áp (mmHg)</b>		
Bình thường	78	81,3
Tăng	18	18,7
<b>Diễn tiến</b>		
Cấp tính	85	88,5
Mạn tính	2	2,1
Tái phát	9	9,4
<b>Số mắt ảnh hưởng</b>		

Một mắt	61	64,0
Hai mắt	35	34,0

VMĐĐ sau chiếm tỷ lệ cao nhất 42/96 (43,7%), thứ hai là VMĐĐ trước 30/96 (31,3%), thứ ba là VMĐĐ toàn bộ 20/96 (20,8%), và VMĐĐ trung gian thấp nhất 4/96 (4,2%). VMĐĐ trước (22/30, 73,3%) và VMĐĐ sau (30/42, 71,4%) ảnh hưởng chủ yếu ở một mắt, trong khi VMĐĐ toàn bộ (14/20, 70%) ảnh hưởng lên hai mắt ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ bệnh nhân VMĐĐ một mắt 61/96 (64%). Số người VMĐĐ cấp tính chiếm 85/96 ca (88,5%), mạn tính 2/96 (2,1%), tái phát 9/96 (9,4%).

Có đến 60/96 (62,5%) bệnh nhân có thị lực thấp hơn 6/18 do VMĐĐ, trong đó 23/96 (24%) người giảm thị lực mức độ trung bình, 5/96 (5,2%) giảm thị lực nặng và 32/96 (33,3%) bệnh nhân bị mù. Số bệnh nhân mù hai mắt 9/96 (9,4%), và mù một mắt 23/96 (24%). Trong các bệnh nhân VMĐĐ trước, có 20/30 (66,7%) không giảm thị lực ( $p < 0,001$ ), trong VMĐĐ sau có 34/42 (81%) thị lực thấp hơn 6/18 ( $p = 0,001$ ) và có 14/20 (70%) VMĐĐ toàn bộ có giảm thị lực ( $p = 0,44$ ). Các biến chứng của VMĐĐ

được ghi nhận gồm: phù hoàng điểm 39/96 (40,6%), phù gai thị 26/96 (27,1%), tăng nhãn áp 18/96 (18,8%), bong võng mạc 9/96 (9,4%). Tỷ lệ tăng nhãn áp trong VMĐĐ trước 12/18 (66,7%) cao hơn so với các vị trí khác ( $p < 0,001$ ), trong khi đó các biến chứng phù gai thị, phù hoàng điểm, bong võng mạc chỉ xảy ra ở VMĐĐ sau và VMĐĐ toàn bộ ( $p < 0,001$ ).

Dựa trên thăm khám lâm sàng và xét nghiệm hỗ trợ, có 78/96 (81,2%) trường hợp VMĐĐ có nguyên nhân hoặc liên quan bệnh toàn thân. Bảng 2 mô tả nguyên nhân VMĐĐ theo vị trí giải phẫu. Tỷ lệ VMĐĐ nhiễm trùng là 46/96 (47,9%), trong đó ba tác nhân thường gặp nhất là CMV 16/46 (34,8%), HSV 11/46 (23,9%) và Lao 9/46 (19,6%). HSV chủ yếu gây VMĐĐ sau và toàn bộ 8/11 (72,7%) với bệnh cảnh hoại tử võng mạc cấp. Trong các bệnh nhân viêm võng mạc do CMV, có 11/16 (68,8%) người đồng nhiễm HIV. VMĐĐ không nhiễm trùng chiếm 32/96 (33,3%) với ba nguyên nhân thường gặp nhất là bệnh VKH 10/32 (31,2%), hội chứng Posner-Schlossman 7/32 (21,9%)

**Bảng 3: Nguyên nhân VMĐĐ theo vị trí giải phẫu**

Nguyên nhân	n(%)				
	VMĐĐ trước (n=30)	VMĐĐ trung gian (n=4)	VMĐĐ sau (n=42)	VMĐĐ toàn bộ (n=20)	Tổng (n=96)
Lao	1(1,0%)	1(1,0%)	7(7,5%)	0	9(9,4%)
Giang mai	0	0	0	1(1,0%)	1(1,0%)
HSV	3(3,1%)	0	6(6,3%)	2(2,1%)	11(11,6%)
CMV	0	0	16(16,7%)	0	16(16,7%)
Varicella Zoster Virus	0	0		1(1,0%)	1(1,0%)
Toxoplasma	0	0	1(1,0%)	0	1(1,0%)
Toxocara	0	0	4(4,2%)	1(1,0%)	5(5,2%)
Candida albicans	0	0	0	1(1,0%)	1(1,0%)
Histoplasma	0	0	1(1,0%)	0	1(1,0%)
HLA-B27	1(1,0%)	0	0	0	1(1,0%)
Bệnh Behçet	0	0	0	1(1,0%)	1(1,0%)
VKH	0	0	0	10(10,5%)	10(10,5%)
VMĐĐ dị sắc Fuchs	1(1,0%)	0	0	0	1(1,0%)
Viêm pars plana	0	1(1,0%)	0	0	1(1,0%)
VMĐĐ trung gian không viêm pars plana	0	2(2,1%)	0	0	2(2,1%)
Posner-Schlossman	7(7,3%)	0	0	0	7(7,3%)
Nhãn viêm giao cảm	0	0	1(1,0%)	3(3,1%)	4(4,2%)
Viêm hắc mạc ngoài ngoèo	0	0	3(3,1%)	0	3(3,1%)
MEWDS	0	0	1(1,0%)	0	1(1,0%)
APMPPE	0	0	1(1,0%)	0	1(1,0%)
Vô căn	17(17,7%)	0	0	1(1,0%)	18(18,8%)

MEWDS: Multiple evanescent white dot syndrome

APMPPE: Acute posterior multifocal placoid pigment epitheliopathy

Nhãn viêm giao cảm 4/32 (12,5%). Tất cả bệnh nhân VKH bị ảnh hưởng lên hai mắt, trong khi HSV 10/11 (90,9%) và hội chứng Posner Schlossman 7/7 (100%) chủ yếu ảnh hưởng đến một mắt.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong 6 tháng, có 96 bệnh nhân VMBĐ với độ tuổi trung bình  $41,6 \pm 14,6$  kết quả này khá tương đồng với độ tuổi trung bình VMBĐ ở khu vực châu Á,<sup>7-9</sup> và thấp hơn phương Tây.<sup>3</sup> Tỷ lệ nam giới là 63,5% tương đồng với một số quốc gia đang phát triển.<sup>2,9</sup>

Đa số bệnh nhân VMBĐ trong nghiên cứu diễn tiến cấp tính, tuy nhiên trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Mỹ Hạnh,<sup>9</sup> và Silpa-Archa<sup>8</sup> tỷ lệ VMBĐ mạn tính cao hơn. Dạng cấp tính có xu hướng cao hơn ở các bệnh viện tuyến ban đầu, trong khi VMBĐ mạn tính phổ biến hơn ở bệnh viện chuyên khoa.<sup>4</sup> Trong nghiên cứu chúng tôi VMBĐ cấp tính vẫn cao hơn do bệnh viện tại địa phương chưa đủ điều kiện chẩn đoán và điều trị nên bệnh nhân thường được chuyển tuyến đến bệnh viện Mắt TP. Hồ Chí Minh. Ngoài ra do thời gian nghiên cứu ngắn nên những trường hợp VMBĐ cấp tính thường dẫn đến tàn suất thăm khám thường xuyên hơn, nên khả năng được ghi nhận cao hơn trong một khoảng thời gian nhất định.<sup>4</sup>

VMBĐ sau chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu chúng tôi (43,7%), nghiên cứu của Oruc và cộng sự<sup>10</sup> cũng cho tỷ lệ VMBĐ sau nhiều nhất. Tuy nhiên, phần lớn nghiên cứu khác trên thế giới lại cho thấy VMBĐ trước phổ biến hơn các dạng còn lại.<sup>2,3,9</sup> Tỷ lệ VMBĐ sau cao trong nghiên cứu do nó thường gặp ở các bệnh viện tuyến chuyên khoa hơn, trong khi VMBĐ trước lại phổ biến ở cơ sở y tế tuyến đầu. Ngoài ra, nghiên cứu được thực hiện tại phòng khám chuyên khoa Dịch Kính Vồng Mạc nên có thể có sai lệch chọn lựa. VMBĐ trung gian có tỷ lệ thấp nhất và hầu hết các nghiên cứu khác đều cho kết quả tương tự.<sup>4</sup>

Chỉ 1/3 bệnh nhân VMBĐ trước trong nghiên cứu chúng tôi có giảm thị lực, kết quả này cũng tương tự với tác giả Nguyễn Thị Mỹ Hạnh, Chen Shih-Chou.<sup>7</sup> Trong khi đó có đến 81% bệnh nhân VMBĐ sau và 70% VMBĐ toàn bộ có thị lực thấp hơn 6/18, do các biến chứng của viêm màng bồ đào thường xảy ra ở bán phần sau hơn. 9,4% bệnh nhân bị mù hai mắt trong nghiên cứu chúng tôi, theo tác giả Silpa-Archa<sup>8</sup> là (7,2%), Solomon<sup>2</sup> (23%).

Tỷ lệ VMBĐ một mắt trong nghiên cứu

chúng tôi nhiều hơn hai mắt, các nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự.<sup>2,7,9</sup> Riêng Tại Thái Lan,<sup>8</sup> số bệnh nhân VMBĐ hai mắt và một mắt gần bằng nhau.

Tại các quốc gia đang phát triển,<sup>4</sup> nhiễm trùng vẫn là nguyên nhân hàng đầu với tỷ lệ 30-50%. Trong nghiên cứu chúng tôi tỷ lệ VMBĐ nhiễm trùng là 47,9% với viêm vồng mạc do CMV chiếm nhiều nhất (16,7%), tỷ lệ này của Oruc và cộng sự<sup>10</sup> (15,1%). Trong số những bệnh nhân CMV, có 70% người dương tính HIV, trong nghiên cứu Oruc và cộng sự<sup>10</sup> là 92,2%. Ở một số nghiên cứu khác,<sup>3,7</sup> tỷ lệ viêm vồng mạc do CMV thấp hơn khá nhiều. HSV (chiếm 11,6%) là nguyên nhân VMBĐ thường gặp thứ hai trong nghiên cứu, nó chiếm 10% trong VMBĐ trước. Theo tác giả Nguyễn Thị Mỹ Hạnh<sup>9</sup> tỷ lệ này là (12,2%). VMBĐ do Lao chiếm 9,4% xếp hàng thứ ba trong VMBĐ nhiễm trùng. Kết quả này khá tương đồng với các nước thuộc khu vực Đông Nam Á.<sup>8,9</sup> Trong khi tại Âu Mỹ, VMBĐ do Lao chiếm dưới 3% do các nước này có tỷ lệ nhiễm Lao thấp.<sup>4</sup>

Tỷ lệ VMBĐ không nhiễm trùng phổ biến hơn ở các nước phát triển.<sup>3,7</sup> Trong nghiên cứu chúng tôi, VMBĐ không nhiễm trùng chiếm 33,3%, trong đó bệnh VKH chiếm nhiều nhất. Tỷ lệ VKH khá cao tại các nước khu vực châu Á như Việt Nam,<sup>9</sup> Thái Lan,<sup>8</sup> Đài Loan,<sup>7</sup> do bệnh có liên quan đến chủng tộc da màu như Châu Á, người Tây Ban Nha, người Mỹ da đỏ.<sup>4</sup> Tại phương Tây<sup>3</sup> VKH ít gặp hơn (dưới 4%). Hội chứng Posner-Schlossman đứng thứ hai trong nghiên cứu chúng tôi, chiếm 22% trong số các nguyên nhân không nhiễm trùng. Tỷ lệ này khoảng 11-14% trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Hạnh,<sup>9</sup> Chen Shih-Chou.<sup>7</sup> Nhãn viêm giao cảm chiếm 12,5% trong số các nguyên nhân không nhiễm trùng. Tỷ lệ này là 7,8% theo tác giả Nguyễn Thị Mỹ Hạnh.<sup>9</sup> Các tác giả khác<sup>3,7,8</sup> báo cáo tỷ lệ nhãn viêm giao cảm chiếm dưới 4%.

Hạn chế của nghiên cứu chúng tôi là địa điểm thực hiện tại khoa Dịch Kính Vồng Mạc nên có thể dẫn đến sai lệch chọn lựa. Ngoài ra, do dân số nghiên cứu chủ yếu từ khu vực phía Nam nên có thể chưa phản ánh chính xác tỷ lệ các nguyên nhân VMBĐ tại Việt Nam, vì vậy cần có một nghiên cứu trong tương lai thực hiện trên tất cả bệnh nhân sinh sống ở nhiều vùng trong nước để có một tỷ lệ chính xác hơn.

#### V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cắt ngang ban đầu cho thấy tỷ lệ giảm thị lực do VMBĐ là 62,5%, trong đó có

33,3% người bị mù vì căn bệnh này. Bệnh thường gặp ở độ tuổi lao động từ 20-60 tuổi (86,5%), nam giới chiếm (63,5%). VMBĐ sau thường gặp nhất (43,7%), kể đến là VMBĐ trước (31,3%), VMBĐ toàn bộ (20,8%), VMBĐ trung gian (4,2%). VMBĐ nhiễm trùng chiếm (47,9%), VMBĐ không nhiễm trùng (33,3%), VMBĐ vô căn (18,8%). Ba tác chiếm tỷ lệ cao nhất trong VMBĐ nhiễm trùng gồm CMV (34,8%), HSV (23,9%) và Lao (19,6%). Trong số nguyên nhân không nhiễm trùng, thường gặp nhất là bệnh VKH (31,2%), hội chứng Posner-Schlossman (21,9%) và nhãn viêm giao cảm (12,5%).

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rao NA. Uveitis in developing countries. Indian journal of ophthalmology. 2013;61(6):253. doi:10.4103/0301-4738.114090
2. Solomon L, Tsegaw A. Pattern of Uveitis at a Tertiary Eye Care and Training Center, North-West Ethiopia. Ocular immunology and inflammation. Oct-Nov 2022;30(7-8):1848-1852. doi:10.1080/09273948.2021.1964030
3. Zagora SL, Symes R, Yeung A, Yates W, Wakefield D, McCluskey P. Etiology and clinical features of ocular inflammatory diseases in a tertiary referral centre in Sydney, Australia. Ocular immunology and inflammation. 2017;25(sup1):S107-S114. doi:10.1080/09273948.2016.1247871
4. Tsirouki T, Dastiridou A, Symeonidis C, et al. A focus on the epidemiology of uveitis. Ocular immunology inflammation 2018;26(1):2-16. doi:10.1080/09273948.2016.1196713
5. Organization WH. Consultation on development of standards for characterization of vision loss and visual functioning. WHO Prevention of Blindness Deafness Consultado en. 2003 2003;27 (WHO/PBL/03.91) Accessed May 9, 2023. http://www.who.int/pbd/blindness/operational\_research/en/
6. Jabs DA, McCluskey P, Oden N, et al. Development of Classification Criteria for the Uveitides. American journal of ophthalmology. 2021;228:96-105. doi:10.1016/j.ajo.2021.03.061
7. Chen S-C, Chuang C-T, Chu M-Y, Sheu S-J. Patterns and Etiologies of Uveitis at a Tertiary Referral Center in Taiwan. Ocular immunology and inflammation. 2017;25(sup1):S31-S38. doi:10.1080/09273948.2016.1189577
8. Silpa-Archa S, Noonpradej S, Amphornphruet A. Pattern of uveitis in a referral ophthalmology center in the central district of Thailand. Ocular immunology and inflammation. 2015;23(4): 320-328. doi:10.3109/09273948.2014.943773
9. Nguyen M, Siak J, Chee S-P, Diem VQH. The spectrum of uveitis in Southern Vietnam. Ocular Immunology Inflammation. 2017;25(sup1):S100-S106. doi:10.1080/09273948.2016.1231826
10. Oruc S, Kaplan AD, Galen M, Kaplan HJ. Uveitis referral pattern in a midwest university eye center. Ocular immunology and inflammation. 2003;11(4): 287-298. doi: 10.1076/ocii.11.4. 287.18270

## MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ PEPSIN TRONG NƯỚC BỌT VỚI ĐẶC ĐIỂM CƠ THẬT THỰC QUẢN DƯỚI TRÊN CÁC BỆNH NHÂN CÓ BIỂU HIỆN TRÀO NGƯỢC

Nguyễn Thuỳ Linh<sup>1,2</sup>, Lê Đình Tùng<sup>1</sup>, Đào Việt Hằng<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm pepsin trong nước bọt bằng kỹ thuật Peptest và mối liên quan giữa nồng độ pepsin với cơ thắt thực quản dưới (LES) trên các bệnh nhân có biểu hiện trào ngược. **Đối tượng và phương pháp:** Cắt ngang mô tả trên các bệnh nhân có biểu hiện trào ngược từ tháng 06/2020 đến 03/2023 tại Viện nghiên cứu và đào tạo Tiêu hoá, Gan mật. Nghiên cứu sử dụng kỹ thuật Peptest phát hiện pepsin trong nước bọt, sau đó định lượng nồng độ pepsin. LES được đánh giá bằng kỹ thuật đo áp lực và nhu động thực quản độ phân giải cao (HRM). **Kết**

**quả:** 141 bệnh nhân với tuổi trung bình  $43,1 \pm 11,7$ , tỉ lệ nam giới chiếm 42,6%. Cảm giác trào ngược là triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất (73,0%). Tỉ lệ mẫu Peptest nước bọt dương tính là 89,9% với mẫu 1 (nồng độ pepsin trung bình 79,1 ng/ml) và 81,8% với mẫu 2 (nồng độ pepsin trung bình 62,6 ng/ml). Không có sự khác biệt về nồng độ pepsin trong nước bọt giữa nhóm áp lực LES khi nghỉ (nền)/(nhịp nuốt) của LES thấp/bình thường, IRP4s thấp/bình thường, EGJ – CI thấp/ bình thường, các nhóm hình thái EGJ và giữa nhóm IRP4s kết hợp với nhu động thực quản giảm hoặc bình thường ( $p < 0,05$ ). Có mối tương quan yếu giữa áp lực LES khi nghỉ (nhịp nuốt), IRP4s với nồng độ pepsin trong nước bọt. **Kết luận:** Tỉ lệ mẫu Peptest dương tính và nồng độ pepsin trong nước bọt trên các bệnh nhân có biểu hiện trào ngược dạ dày – thực quản cao. Có mối tương quan yếu giữa áp lực LES khi nghỉ (nhịp nuốt), IRP4s tuy nhiên không có mối tương quan giữa áp lực LES khi nghỉ (nền) và EGJ – CI với nồng độ pepsin trong nước bọt.

**Từ khóa:** pepsin, Peptest, LES, trào ngược dạ dày thực quản

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Viện nghiên cứu và Đào tạo Tiêu hoá, Gan mật

Chịu trách nhiệm chính: Đào Việt Hằng

Email: daoviethang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.12.2023

Ngày duyệt bài: 24.01.2024