

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG BỀ MẶT NHÃN CẦU Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Nguyễn Thị Thu Thủy¹, Phạm Thị Phương¹

TÓM TẮT

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là bệnh mạn tính toàn thân hay gặp nhất trong các bệnh tự miễn, với tổn thương ngoài khớp hay gặp là tổn thương bề mặt nhãn cầu^{1,2}. **Mục tiêu:** mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị các tổn thương bề mặt nhãn cầu (BMNC) ở bệnh nhân VKDT. **Đối tượng và phương pháp:** mô tả tiến cứu, lấy mẫu thuận tiện các bệnh nhân VKDT khám và điều trị tại khoa Giác mạc - BV Mắt TW từ 10/2019 đến 12/2021. Khám BN bằng bộ câu hỏi OSDI, BUT, đo lệim nước mắt, Schirmer, nhuộm BMNC, điều trị nội khoa kết hợp ghép giác mạc nếu có chỉ định và đánh giá kết quả điều trị. **Kết quả:** 18 BN (36 mắt), tuổi trung bình 57,18 (39-73 tuổi), tỉ lệ nữ/nam: 3.5/1. Thời gian VKDT > 5 năm: 13 ca, < 5 năm: 5 ca. Có 4 ca có di chứng khớp, 14 ca chưa có di chứng khớp. Có 9 ca được điều trị toàn thân, 9 ca chưa điều trị. Tất cả BN đều bị khô mắt giảm chế tiết, 3 BN loét nhuộm giác mạc (GM) trung tâm, 6 BN loét GM rìa, không có BN viêm thượng củng mạc và viêm củng mạc. **Kết luận:** Tổn thương BMNC ở bệnh nhân VKDT bao gồm: Khô mắt giảm chế tiết, viêm loét GM hình liềm ở vùng rìa, có thể thủng GM. Tổn thương mắt không tương xứng với mức độ nặng và tình trạng cấp tính của bệnh khớp, tuy nhiên có mối liên quan chặt chẽ với thời gian mắc bệnh. Điều trị toàn thân phối hợp mang lại kết quả điều trị tốt hơn, làm hạn chế biến chứng tại mắt. **Từ khóa:** bề mặt nhãn cầu, viêm khớp dạng thấp, khô mắt

SUMMARY

CLINICAL MANIFESTATIONS AND TREATMENT OUTCOMES OF OCULAR SURFACE DAMAGE IN RHEUMATOID ARTHRITIS

Rheumatoid arthritis (RA) is most common systemic autoimmune disease that have ocular manifestations including ocular surface damage. **Purpose:** To describe the clinical characteristics and evaluate the treatment outcomes of ocular surface involvement in patients with RA. **Materials and methods:** A prospective descriptive study was conducted on RA patients who were examined and received treatment at the Cornea Department of the National Eye Hospital from October 2019 to December 2021. All patients underwent a comprehensive clinical examination, including the OSDI, TBUT, Schirmer's test, ocular surface staining. Medical treatment and surgical treatment was realised and the evaluation of treatment outcomes was noted. **Results:** 18 patients

with an average age of 57.18 years. The female-to-male ratio was 3.5/1. The duration of RA was more than 5 years in 13 cases and less than 5 years in 5 cases. Four cases had joint complications, while 14 cases did not. Nine cases were undergoing systemic treatment, while 9 cases had not received complete treatment. Dry eye was present in 100% of the patients, 3 patients having central corneal ulcers and 6 patients having peripheral ulcerative keratitis. There were no cases of scleritis and episcleritis. **Conclusion:** Ocular surface damage in RA include hyposecretion dry eye and peripheral ulcerative keratitis. Filamentous keratitis and peripheral corneal ulcers or corneal perforation can develop in complicated severe cases. The severity of the symptoms correlates with the age and duration of RA, but does not correlate with the severity of arthritis. Systemic treatment is an important factor in determining treatment outcomes and prognosis.

Keywords: ocular surface, rheumatoid arthritis, dry eye

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp là bệnh hệ thống tự miễn mãn tính, đặc trưng bởi tổn thương bao khớp hoạt dịch, ảnh hưởng đến các khớp nhỏ và vừa. Như các bệnh tự miễn khác, bệnh VKDT có biểu hiện ở các cơ quan ngoài khớp, trong đó tổn thương bề mặt nhãn cầu (BMNC) là tổn thương thường gặp, chiếm tỉ lệ 33.9-70% theo các nghiên cứu trên thế giới¹. Các tổn thương BMNC ở bệnh nhân VKDT bao gồm: khô mắt, viêm thượng củng mạc, viêm củng mạc, viêm loét giác mạc vùng rìa,¹⁻⁴

Tổn thương BMNC có thể xuất hiện ở bất cứ thời điểm nào và bất cứ giai đoạn hoạt động nào của bệnh VKDT. Tuy nhiên, có rất ít nghiên cứu về tổn thương mắt ở BN VKDT ở Việt Nam và chưa có nghiên cứu về tổn thương BMNC. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện nhằm mục tiêu: *Đánh giá đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị các tổn thương bề mặt nhãn cầu ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân có tổn thương bề mặt nhãn cầu và có bệnh nền VKDT đến khám và điều trị tại phòng khám và khoa Giác mạc BV Mắt Trung ương từ 10/2019 đến 12/2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, lấy mẫu thuận tiện.

¹Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Thủy

Email: thuyoph@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025

Các bước tiến hành: Khai thác triệu chứng cơ năng theo bảng câu hỏi về chỉ số bề mặt nhãn cầu OSDI. Ghi nhận các tổn thương bề mặt nhãn cầu qua khám sinh hiển vi đèn khe và các test nhuộm. Phối hợp với khoa cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai chẩn đoán và kiểm soát bệnh viêm khớp dạng thấp song song với việc điều trị tại chỗ tại mắt. Theo dõi và đánh giá kết quả điều trị.

Tiêu chí đánh giá kết quả điều trị: điểm OSDI, BMNC giảm bắt màu, liền ổ loét GM

✓ Tốt nếu có cải thiện sau thời gian điều trị dưới 2 tuần

✓ Trung bình nếu thời gian có cải thiện sau điều trị từ 2 đến 3 tuần

✓ Kém nếu không cải thiện sau điều trị từ 3 tuần trở lên

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

• **Đặc điểm lâm sàng nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

- **Đặc điểm về dịch tễ và hình thái tổn thương BMNC:** 18 bệnh nhân với tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 57.18 (thấp nhất là 39, cao nhất là 73 tuổi), nhiều nhất là độ tuổi 61-70 tuổi.

Tỉ lệ nữ/nam: 3.5/1.

18 BN (100%) bị khô mắt (11 bệnh nhân khô mắt nặng và 7 bệnh nhân khô mắt vừa).

3 bệnh nhân loét nhãn giác mạc trung tâm, 6 bệnh nhân viêm loét giác mạc rìa, không có bệnh nhân viêm thượng củng mạc và viêm củng mạc.

- **Về đặc điểm viêm khớp dạng thấp ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu:** Thời gian VKDT trên 5 năm có 13 ca, dưới 5 năm: 5 ca.

Có 4 ca đã có di chứng khớp, 14 ca chưa có di chứng khớp.

XN xác định tình trạng viêm khớp tiến triển (RF, anti-CCP): 10 ca có XN tăng cao, 6 ca không cao, 2 ca chưa có kết quả. XN xác định viêm hoạt tính (VSS, CRP): 10 ca có XN cao, 8 ca không cao.

- **Mối liên quan giữa viêm khớp dạng thấp và tổn thương bề mặt nhãn cầu:**

Bảng 1: Liên quan giữa thời gian bị viêm khớp với tổn thương GM

Thời gian	Số bn	Khô mắt nặng	Loét rìa	Loét trung tâm	Thủng rìa	Thủng trung tâm
<5 năm	5	1	1	0	0	0
>5 năm	13	10	5	3	5	2

Bảng 2: Liên quan giữa xét nghiệm RF/anti-CCP với tổn thương GM

XN	Số bn	Khô mắt nặng	Loét rìa	Loét trung tâm	Thủng rìa	Thủng trung tâm
Cao	10	6	3	3	2	2
Không cao	6	3	2	0	2	0

Bảng 3: Liên quan giữa máu lắng / CRP với tổn thương GM

XN	Số bn	Khô mắt nặng	Loét rìa	Loét trung tâm	Thủng rìa	Thủng trung tâm
Cao	10	6	4	2	3	1
Không cao	8	5	2	1	2	1

Tình trạng viêm khớp tiến triển và tình trạng viêm hoạt tính không có mối liên quan với mức độ khô mắt ($p>0.05$) và tổn thương giác mạc.

Bảng 4: Liên quan giữa mức độ tổn hại tại khớp (có di chứng) với tổn thương GM

Mức độ di chứng	Số bn	Khô mắt nặng	Loét rìa	Loét trung tâm	Thủng rìa	Thủng trung tâm
Có	4	2	2	1	2	0
Không	14	9	4	2	3	2

Mức độ tổn hại tại khớp không có mối liên quan với mức độ khô mắt ($p>0.05$) và tổn thương giác mạc.

• **Điều trị.** Về điều trị tại mắt: 10 ca có kết quả tốt, 5 ca có kết quả trung bình và 2 ca có kết quả kém

Về điều trị toàn thân: 9 ca được điều trị, 9 ca chưa được điều trị đầy đủ

Bảng 5: Liên quan giữa việc có phối hợp thuốc toàn thân với kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Số BN	Tốt	Trung bình	Kém
Có phối hợp thuốc TT	9	7 (77.8%)	1 (11.1%)	1 (11.1%)
Không phối hợp thuốc TT	9	4 (44.4%)	4 (44.4%)	1 (11.2%)

IV. BÀN LUẬN

• **Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

- **Đặc điểm dịch tễ và hình thái tổn thương BMNC.** Độ tuổi của nhóm BN nghiên cứu là độ tuổi thường gặp VKDT ở Việt Nam: 36-65 tuổi⁵.

Tỉ lệ nữ nhiều hơn nam do bệnh viêm khớp dạng thấp có tỉ lệ nữ giới mắc bệnh cao hơn nam giới, tỉ lệ nữ/nam từ 2/1 đến 3/1³. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu tình hình VKDT tại bệnh viện Bạch Mai, tỉ lệ bệnh nhân nữ/nam là 11.98/1⁵. Tỉ lệ nữ/nam ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp có tổn thương bề mặt nhãn cầu lại càng cao. Tỉ lệ này là 11.8/1 trong nghiên cứu của Zlatanovic và cộng sự².

- **Tổn thương bề mặt nhãn cầu.** Theo các nghiên cứu trên thế giới, tỉ lệ khô mắt ở bệnh nhân VKDT là 28%-71.4%^{4,6-8}. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Lê Thị Dương và cộng sự báo cáo tỉ lệ khô mắt ở bệnh nhân VKDT là 53.8%⁹. Trong nghiên cứu này, do đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Mắt Trung ương, các BN đến khám thường do có triệu chứng ở mắt do đó tỉ lệ khô mắt cao hơn các nghiên cứu khác (100%).

Các bệnh nhân trong nghiên cứu đều có khô mắt giảm chế tiết với biểu hiện: giảm TBUT, liềm nước mắt giảm, Schirmer giảm, bắt màu BMNC và viêm GM sợi, phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả khác¹.

Hầu hết các nghiên cứu trên thế giới đều nói đến khô mắt ở bệnh nhân VKDT có liên quan đến hội chứng Sjogren thứ phát¹. Cơ chế gây khô mắt ở bệnh nhân VKDT khá phức tạp do liên quan đến tình trạng viêm và chuỗi các phản ứng miễn dịch tạo nên. Thứ nhất, trong VKDT, phản ứng viêm gây tích tụ cytokin tại tuyến lệ, phá hủy cấu trúc tuyến làm giảm tiết nước mắt cơ bản. Mặt khác, các phức hợp miễn dịch làm tổn hại thần kinh nhận cảm của tuyến lệ, làm giảm tiết nước mắt phản xạ. Thứ hai, các cytokine gây viêm và chất trung gian hóa học lắng đọng trên bề mặt nhãn cầu, làm giác mạc bị sừng hóa, kích thích tế bào chết theo chương trình, trong đó có các tế bào đài kết mạc, làm giảm tiết mucin của lớp nước mắt. Thứ 3, các cytokine làm tăng áp suất thẩm thấu nước mắt, làm mất ổn định màng phim nước mắt. Sự tăng hoạt động của các lipase và protease do tác động của các yếu tố gây viêm cũng là một cơ chế gây mất ổn định màng phim nước mắt do gây phân cắt các lipid và protein.⁴ Như vậy, khô mắt ở bệnh VKDT là hình thái khô mắt do giảm chế tiết và có kèm yếu tố viêm.

Tỉ lệ loét GM rìa trong nghiên cứu chiếm 33.3%, cao hơn nhiều nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Paul Pandian và cộng sự cho tỉ lệ viêm loét GM rìa chỉ 1%¹. Do nghiên cứu của Paul Pandian và cộng sự được thực hiện trên BN VKDT với quy mô lớn, mang tính tầm soát, trong khi nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại bệnh viện Mắt Trung Ương, nơi tiếp nhận những ca có tổn thương bề mặt nhãn cầu nặng.

Tỉ lệ viêm thượng củng mạc và viêm củng mạc thấp, trung bình 0.05 và 0.02% trong các nghiên cứu². Nghiên cứu của Mc Gavin và cộng sự với 4210 bệnh nhân VKDT đã báo cáo kết quả tỉ lệ bệnh nhân viêm thượng củng mạc và củng mạc là 0.17% và 0.67%¹⁰, các tỉ lệ này trong nghiên cứu của Paul Pandian và cộng sự lần lượt

là 3% và 2%¹. Do nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện với cỡ mẫu nhỏ nên không gặp bệnh nhân viêm củng mạc và thượng củng mạc.

- **Mối liên quan giữa viêm khớp dạng thấp và tổn thương bề mặt nhãn cầu.** Thời gian mắc viêm khớp dạng thấp càng dài (>5 năm) thì mức độ khô mắt càng nặng, trong khi mức độ tiến triển và tình trạng viêm hoạt tính không liên quan đến mức độ khô mắt, kết quả này tương đồng với các kết quả của các tác giả khác.^{7,8} Thời gian mắc viêm khớp dạng thấp càng dài thì tỉ lệ bệnh nhân loét rìa thủng càng cao trong khi mức độ tiến triển và tình trạng viêm hoạt tính không ảnh hưởng đến tình trạng loét rìa và tổn thương bề mặt nhãn cầu. Trong nghiên cứu của Paul Pandian và cs, thời gian mắc viêm khớp ở nhóm bệnh nhân có tổn thương bề mặt nhãn cầu là 10.5 năm¹

• **Điều trị.** Mặc dù có tổn thương bề mặt nhãn cầu nặng nhưng số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu không điều trị toàn thân phối hợp chiếm tỉ lệ rất cao (50%). Do đặc điểm nhận thức và điều kiện kinh tế của nhóm bệnh nhân nghiên cứu còn hạn chế, mặt khác, VKDT là bệnh mãn tính, đòi hỏi điều trị thường xuyên và lâu dài, bảo hiểm y tế chưa phổ cập toàn dân, thuốc điều trị còn chưa được bảo hiểm thanh toán đầy đủ, nhiều bệnh nhân chưa tuân thủ và chưa kiểm soát tốt bệnh VKDT.

Nhóm bệnh nhân được kiểm soát tốt bệnh VKDT có kết quả điều trị về mắt tốt hơn nhóm bệnh nhân không được kiểm soát. Điều này là do cơ chế tạo thành các tổn thương bề mặt nhãn cầu ở bệnh nhân VKDT có liên quan đến cơ chế viêm kéo dài của bệnh. Nhiều giả thuyết về cơ chế bệnh sinh của VKDT đã được đưa ra nhưng phần lớn các nhà nghiên cứu đều chấp nhận giả thuyết dựa trên cơ sở miễn dịch học về việc phát hiện ra RF. RF là tự kháng thể bất thường được tiết ra bởi TB lympho B trong VKDT với tác dụng kháng Fc của IgG. Theo đó, các TB T CD4, đại thực bào, nguyên bào sợi và bạch cầu trung tính và sự bất thường trong việc sản xuất các cytokine gây viêm và các chất trung gian hóa học đều đã được chứng minh có liên quan trong cơ chế bệnh sinh của bệnh. Chính vì vậy, điều trị toàn thân trong VKDT không chỉ có vai trò kiểm soát quá trình viêm, hạn chế các đợt cấp mà còn có tác dụng hạn chế phá hủy các cơ quan khác, đặc biệt là mắt.

Tuy nhiên, các nghiên cứu về hiệu quả điều trị các tổn thương bề mặt nhãn cầu ở bệnh nhân VKDT vẫn còn hạn chế, cũng như các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị chưa được đánh giá rõ ràng.

V. KẾT LUẬN

Tổn thương bề mặt nhãn cầu ở bệnh nhân VKDT gồm: khô mắt, viêm loét GM hình liềm vùng rìa và thủng GM. Trong đó hay gặp nhất là khô mắt với biểu hiện khô mắt do giảm chế tiết, nếu nặng có thể gây biến chứng loét nhuyển, thủng giác mạc. Tổn thương mắt không tương xứng với mức độ nặng và tình trạng cấp tính của bệnh khớp, tuy nhiên có mối liên quan chặt chẽ với thời gian mắc bệnh.

Sử dụng thuốc toàn thân phối hợp mang lại kết quả điều trị tốt hơn và là yếu tố làm hạn chế biến chứng tổn thương bề mặt nhãn cầu nặng ở bệnh nhân VKDT.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần nghiên cứu rộng hơn với thời gian dài hơn để có thể bao quát hết các tổn thương BMNC và đánh giá kết quả cũng như yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

Với tỉ lệ khô mắt đạt 100% ở nhóm BN, nghiên cứu đặt ra khuyến nghị nên kiểm tra mắt cho toàn bộ BN VKDT, phân tích từng nhóm ở mức độ di chứng khớp, nhóm xét nghiệm RF và anti CCP, nhóm được dùng các thuốc điều trị khác nhau.

Cần có sự phối hợp giữa chuyên khoa mắt và chuyên khoa xương khớp nhằm mục đích kiểm soát yếu tố toàn thân để đem lại kết quả điều trị tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Paul Pandian V, Srinivasan R. Ocular manifestations of rheumatoid arthritis and their correlation with anti-cyclic citrullinated peptide

- antibodies. OPTH. Published online February 2015:393. doi:10.2147/OPHTH.S77210
- Zlatanović G, Veselinović D, Cekić S, Živković M, Đorđević- Jocić J, Zlatanović M. Ocular manifestation of rheumatoid arthritis-different forms and frequency. Bosn J of Basic Med Sci. 2010;10(4):323-327. doi:10.17305/bjbm.2010.2680
 - Prete M, Racanelli V, Digiglio L, Vacca A, Dammacco F, Perosa F. Extra-articular manifestations of rheumatoid arthritis: An update. Autoimmunity Reviews. 2011;11(2):123-131. doi:10.1016/j.autrev.2011.09.001
 - Punjabi OS, Adyanthaya RS, Mhatre AD, Jehangir RP. Rheumatoid Arthritis Is a Risk Factor for Dry Eye in the Indian Population. Ophthalmic Epidemiology. 2006;13(6):379-384. doi:10.1080/09286580600745969
 - Nguyễn Thị Ngọc Lan. Viêm khớp dạng thấp. Published online 2012.
 - Eldaly ZH, Saad SA, Hammam N. Ocular surface involvement in patients with rheumatoid arthritis: Relation with disease activity and duration. The Egyptian Rheumatologist. 2020;42(1):5-9. doi:10.1016/j.ejr.2019.05.004
 - Ma W, Wang G, Li X, et al. Study of Factors Influencing Dry Eye in Rheumatoid Arthritis. Journal of Ophthalmology. 2020;2020:1-8. doi:10.1155/2020/5768679
 - Abd-Allah NM, Hassan AA, Omar G, et al. Dry eye in rheumatoid arthritis: relation to disease activity. Immunological Medicine. 2020;43(2):92-97. doi:10.1080/25785826.2020.1729597
 - Lê Thị Dương NVH. Đặc điểm tổn thương mắt ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. Tạp chí Y học Việt Nam. September 2021:158-161.
 - McGavin DD, Williamson J, Forrester JV, et al. Episcleritis and scleritis. A study of their clinical manifestations and association with rheumatoid arthritis. British Journal of Ophthalmology. 1976;60(3):192-226. doi:10.1136/bjo.60.3.192

KHỞI PHÁT CHUYỂN DẠ BẰNG ĐẶT BÓNG ĐÔI SONDÉ FOLEY CẢI TIẾN KẾT HỢP VỚI OXYTOCIN Ở THAI PHỤ CỔ TỬ CUNG KHÔNG THUẬN LỢI TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Đặng Thùy Trang¹, Phạm Huy Hiền Hòa^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: "Nhận xét kết quả khởi phát chuyển dạ bằng bóng đôi sonde Foley cải tiến kết hợp với

truyền oxytocin ở thai phụ đủ tháng cổ tử cung không thuận lợi tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2024". **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 136 thai phụ tuổi thai > 37 tuần tại Khoa Sản Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Cổ tử cung chín muồi sau đặt bóng là 90,4%, tỷ lệ đẻ thường là 76,5%; 100% đẻ thường hoặc mổ đẻ trong vòng 24 giờ; thời gian trung bình đặt bóng đến khi tụt/tháo bóng: 6,2±3,1 giờ; thời gian truyền Oxytocin đến khi đẻ/mổ: 3,8± 1,9 giờ; đa số các thai phụ không gặp tại biến, biến chứng chiếm 81,6%, tỷ lệ trẻ sơ sinh có chỉ số Apgar phút thứ 1 ≥7 điểm chiếm 97,8%. **Kết luận:**

¹Bệnh viện Thanh Nhàn

²Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Huy Hiền Hòa

Email: phienhao@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025