ISSN: 1859-1779

Nghiên cứu Y học

Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh;28(5):146-153
https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2025.05.19

Đánh giá kết quả điều trị tổn thương mắt cấp tính trên bệnh nhân dị ứng thuốc mức độ nặng

Lâm Hưng Hiệp[1,*], Nguyễn Công Kiệt[2], Nguyễn Xuân Thảo[3]

[1]Phòng khám Đa khoa Victoria Healthcare, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
[2]Bộ môn Mắt Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
[3]Khoa Mắt Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Mục tiêu: (1) Xác định tỉ lệ mức độ tổn thương mắt trên bệnh nhân dị ứng thuốc mức độ nặng trong giai đoạn cấp tính; (2) Kết quả của việc điều trị tổn thương mắt trên bệnh nhân dị ứng thuốc mức độ nặng trong giai đoạn cấp tính; (3) Đánh giá di chứng mắt mạn tính trên bệnh nhân dị ứng thuốc mức độ nặng tại bệnh viện Chợ Rẫy bắt đầu từ tháng 12/2023 đến tháng 6/2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca, trên 64 mắt của 32 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên đã được chẩn đoán xác định tổn thương mắt do dị ứng thuốc mức độ nặng và được điều trị tại khoa Nhiệt Đới bệnh viện Chợ Rẫy. Thời gian thực hiện đề tài từ tháng 12/2023 đến tháng 06/2024.

Kết quả: Nghiên cứu được thực hiện trên 64 mắt của 32 bệnh nhân bao gồm 17 nữ (53,1%) và 15 nam (46,9%) với tuổi trung bình 49,41±18,9 tuổi. Tỷ lệ tổn thương mắt do dị ứng thuốc mức độ 1 là 56,2%, độ 2 là 21,9%, độ 3 là 21,9%. Tỉ lệ mắc bệnh nguyên nhân do thuốc allopurinol chiếm 28,1% trên tổng số ca. Tỉ lệ tổn thương mắt cấp tính với cương tụ kết mạc chiếm 96,9%, viêm kết mạc 90,6%, viêm kết mạc giả mạc 43,8%, dính mi cầu 21,9%, lông xiêu chiếm 6,3%. Hầu hết dùng thuốc nước mắt nhân tạo 64 mắt (100%), kháng sinh tại chỗ 100%, kháng viêm steroid 20 mắt (31,3%), thuốc mỡ nước mắt nhân tạo 16 mắt (25%), tách dính mi cầu 14 mắt (21,9%). Tình trạng thị lực được cải thiện từ lúc nhập viện đến sau 3 tháng, với 20,3% mắt có thị lực logMAR >1, 12,5% thị lực logMAR từ 0,3-1 và 67,2% mắt có thị lực log MAR <0,3 lúc nhập viện, sau 3 tháng sau khi xuất viện, thị lực log MAR từ 0,3-1 chiếm 18,8%, thị lực log MAR <0,3 chiếm 81,3%. Tỉ lệ di chứng mắt sau 3 tháng với cương tụ kết mạc chiếm 37,5%, viêm kết mạc 3,1%, bất thường mi mắt 15,6%, lông xiêu chiếm 9,4%, khô mắt chiếm 9.4%, hầu hết gặp ở tổn thương mắt cấp tính mức độ 3

Kết luận: Tỉ lệ tổn thương mắt cấp tính mức độ 3 sẽ để lại biến chứng mắt mạn tính nhiều hơn so với mức độ nhẹ hơn. Tuy nhiên, có sự cải thiện thị lực đáng kể lúc nhập viện so với sau xuất viện 3 tháng. Tỉ lệ biến chứng không quá nghiêm trọng với tổn thương mi mắt mức độ nhẹ, và cương tụ kết mạc chiếm đa số, tình trạng khô mắt chiếm tỉ lệ thấp, không có biến chứng nào gây giảm thị lực.

Từ khoá: hội chứng Steven-Johnson; dị ứng thuốc; biến chứng mắt mạn tính

Ngày nhận bài: 03-03-2025 / Ngày chấp nhận đăng bài: 16-05-2025 / Ngày đăng bài: 22-05-2025
*Tác giả liên hệ: Lâm Hưng Hiệp. Phòng khám đa khoa Victoria Healthcare, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: bs.hiepgd@gmail.com
© 2025 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Abstract

EVALUATION OF THE RESULTS OF TREATMENT OF SEVERE OCULAR COMPLICATIONS IN THE ACUTE STAGE OF PATIENTS WITH SEVERE DRUG ALLERGY

Lam Hung Hiep, Nguyen Cong Kiet, Nguyen Xuan Thao

Objective: (1) To determine the rate of eye damage in patients with severe drug allergy in the acute stage; (2) To assess the results of eye treatment in patients with severe drug allergy in the acute stage; (3) To evaluate chronic eye sequelae in patients with severe drug allergy at Cho Ray Hospital from December 2023 to in June 2024.

Methods: A prospective study design was used to describe a series of cases, over 64 eyes of 32 patients aged 18 years and older who were diagnosed with severe drug allergy and treated at the Department of Tropical Medicine, Cho Ray Hospital. The study duration was from 12/2023 to 06/2024.

Results: The study included 64 eyes of 32 patients, among which 17 were female (53.1%) and 15 were male (46.9%), with the mean age of 49.41 ±18.9 years. The rate of eye damage due to grade 1 drug allergy was 56.2%, grade 2 was 21.9%, grade 3 was 21.9%. The incidence of allopurinol-induced diseases accounted for 28.1% of the total cases. The rates of acute eye injury were 96.9% for conjunctival congestion, 90.6% for conjunctivitis, 43.8% for pseudoconjunctivitis, 21.9% for eyelid adhesion, and 6.3% for trichiasis. Most indicated treatments were artificial tears (100%), topical antibiotics (100%), anti-inflammatory steroids (31.3%), artificial tear ointment (25%) and eyelid adhesion separation (21.9%). Vision status improved from the time of admission to 3 months after discharge. Specifically, the rates of logMAR vision at hospitalization of over 1 were 20.3%, from 0.3 to 1 were 12.5% and under 0.3 were 67.2%. At 3-month follow-up after discharge, log MAR vision score from 0.3 to 1 accounted for 18.8%, and under 0.3 accounted for 81.3%. The rates of eye sequelae at 3-month follow-up were 37.5% for conjunctival congestion, 3.1% for conjunctivitis, 15.6% for eyelid abnormalities, 9.4% for trichiasis, and 9.4% for dry eyes. Most were diagnosed in acute grade-3 eye damage.

Conclusion: Grade-3 eye damage causes more incidence of chronic eye complications than lower grade damage. Yet, our findings demonstrated a significant improvement in vision at admission compared to 3 months after discharge, with no serious reduction in vision. The complication rate was not too serious with mild eyelid damage, and conjunctival congestion accounted for the majority, dry eyes occurred in a low rate, and there were no complications that cause vision loss.

Keywords: Steven-Johnson syndrome; drug allergy; chronic eye complications

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị ứng thuốc luôn là vấn đề được quan tâm trong lĩnh vực y tế của nước ta cũng như nhiều nước trên thế giới. Hiện nay, khi thuốc điều trị ngày càng phát triển thì tỉ lệ dị ứng thuốc ngày càng tăng, gây nhiều hậu quả nghiêm trọng, thậm chí tử vong [1]. Hội chứng Steven-Johnson do thuốc, thường đặc trưng bởi sự chết tế bào trong biểu bì dẫn đến sự phồng rộp và bong tróc biểu bì, da, niêm mạc, gây tổn thương vĩnh viễn niêm mạc bị ảnh hưởng như miệng, hậu môn, bộ phận sinh dục, mắt [2]. Tổn thương mắt mà nghiêm trọng nhất là loét giác mạc dẫn đến mù loà. Di chứng mắt gồm: khô mắt, sẹo giác mạc, lông xiêu, quặm, giảm thị lực ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống [3]. Những năm gần đây, trên thế giới có nhiều nghiên cứu tổn thương mắt trên hội chứng Steven-Johnson do dị ứng thuốc, đặc biệt có những nghiên cứu hồi cứu khoảng 10 năm để theo dõi di chứng mắt để lại. Hiện nay, tại Việt Nam ít có một nghiên cứu nào theo dõi, đánh giá tổn thương mắt do dị ứng thuốc. Từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đánh giá kết quả điều trị tổn

thương mắt cấp tính trên bệnh nhân dị ứng thuốc mức độ nặng" để nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng của các mức độ tổn thương mắt ở giai đoạn cấp, qua đó đánh giá kết quả điều trị mắt ở giai đoạn cấp tính.

Mục tiêu nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng tổn thương mắt trên bệnh nhân dị ứng thuốc mức độ nặng trong giai đoạn cấp tính. Kết quả điều trị mắt trên bệnh nhân dị ứng thuốc mức độ nặng trong giai đoạn cấp tính. Di chứng mắt trên bệnh nhân dị ứng thuốc mức độ nặng sau 3 tháng xuất viện.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán dị ứng thuốc có tổn thương mắt điều trị nội trú tại khoa Nhiệt Đới bệnh viện Chợ Rẫy và đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 12/2023 đến tháng 06/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn loại trừ

Tất cả các trường hợp như từ chối tham gia nghiên cứu, có dị ứng thuốc mà không có tổn thương mắt hoặc có di chứng về mắt trước đó như sẹo giác mạc, lông xiêu, biến dạng mi mắt, viêm bờ mí đều được loại khỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca.

2.2.2. Cỡ mẫu

Các đối tượng thỏa mãn các yêu cầu chọn mẫu sẽ được đưa vào mẫu nghiên cứu theo phương pháp chọn mẫu chủ đích. Các bệnh nhân được lựa chọn theo trình tự thời gian, không phân biệt giới tính, mức độ nặng nhẹ, giai đoạn của bệnh.

2.2.3. Phương pháp thực hiện

Thông tin bệnh nhân được thu thập từ hồ sơ chẩn đoán và điều trị của khoa Nhiệt Đới bệnh viện Chợ Rẫy và bằng cách tiếp cận trực tiếp, khám và điều trị tại khoa Nhiệt Đới và tái khám tại khoa Mắt bệnh viện Chợ Rẫy.

Khám lâm sàng: Lúc nhập viện, sau xuất viện 1 tháng, sau xuất viện 3 tháng. Bao gồm: đo thị lực, khám sinh hiển vi: đánh giá mức độ tổn thương mắt, nghiệm pháp Schirmer test.

Phân độ tổn thương mắt cấp tính

Độ 1 (có 1 trong các triệu chứng sau):

- Viêm bờ mi.
- Bất thường chỗ nối da niêm mi mắt: loét bờ mi.
- Kết mạc cương tụ, sung huyết.
- Viêm kết mạc.

Độ 2 (có 1 trong các triệu chứng sau):

- Viêm kết mạc giả mạc.
- Dính kết mạc có hồi phục.
- Cạn cùng đồ kết mạc.
- Viêm giác mạc chấm nông.

Độ 3 (có 1 trong các triệu chứng sau):

- Loét giác mạc.
- Dính mi cầu, dính kết mạc không hồi phục.

2.2.4. Biến số nghiên cứu

Thị lực: tính bởi công thức Log MAR = -log(thập phân)

Mi mắt: viêm bờ mí, bất thường bờ mi mắt, lông xiêu, hở mi.

Kết mạc: cương tụ kết mạc, viêm kết mạc giả mạc, dính mi cầu, sừng hoá kết mạc.

Giác mạc: viêm giác mạc, loét giác mạc, sẹo giác mạc.

Các thông tin khác được thu thập thông qua bộ câu hỏi soạn phát sẵn cho bệnh nhân tự điền.

2.2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu

Các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Tuổi trung bình là 49,41 ± 18,94, thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 86 tuổi. Nữ chiếm tỉ lệ cao hơn nam (53,1% so với 46,9%). Có 90,6% bị hội chứng Steven-Johnson so với 9,4% có hội chứng hoại tử thương bì nhiễm độc. Các loại thuốc gây dị ứng chiếm tỉ cao như: Allopurinol 28,1%, thuốc an thần chống động kinh và thuốc kháng sinh chiếm 15,6%, thuốc kháng viêm nonsteroid chiếm 9,36%, không rõ loại

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2025.05.19

thuốc nào chiếm 21,98% (Bảng 1).

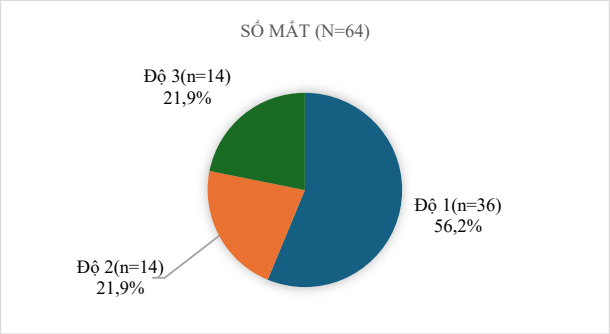
Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		Số bệnh nhân (N)	Tỉ lệ (%)
Tuổi trung bình năm)	49,41 ± 18,94(18-86 tuổi)	32	
Giới tính	Nam	15	46,9
	Nữ	17	53,1
Chẩn đoán	Hội chứng Steven-Johnson	29	90,6
	Hoại tử thượng bì nhiễm độc	3	9,4
Thuốc gây dị ứng	An thần, động kinh	5	15,6
	Allopurinol	8	28,1
	Kháng sinh	5	15,6
	Kháng viêm (NSAID)	3	9,36
	Hạ sốt	1	3,12
	Thuốc điều trị virus ARN	1	3,12
	Đông y	1	3,12
	Không rõ loại	10	21,98

3.2. Đặc điểm tổn thương và điều trị mắt ở giai đoạn cấp tính

3.2.1. Đặc điểm tổn thương mắt ở giai đoạn cấp tính

Tỉ lệ mắt có tổn thương ở mức độ 1 cao nhất chiếm 56,2%, mắt có tổn thương ở mức độ 2 và 3 có tỉ lệ 21,9% (Hình 1).



Hình 1. Mức độ tổn thương mắt ở giai đoạn cấp tính

Tổn thương mắt có viêm bờ mí chiếm tỉ lệ cao 59,4%, p <0,001, có ý nghĩa thống kê (phép kiểm Chi bình phương), bất thường mi mắt 46,9%, p <0,001, có ý nghĩa thống kê (phép kiểm Chi bình phương) với tổn thương mắt mức độ 3 chiếm 100%, lông xiêu chiếm 6,3%, p=0,025, có ý nghĩa thống kê (phép kiểm Chi bình phương) (Bảng 2).

Tổn thương mắt với kết mạc cương tụ chiếm 96,9% với p=0,448, không có ý nghĩa thống kê (phép kiểm Chi bình phương) mức độ 2 và mức độ 3 chiếm hầu hết. Viêm kết mạc giả mạc chiếm 43,8%, p <0,001, có ý nghĩa thống kê (phép kiểm Chi bình phương). Dính mi cầu chiếm 21,9%, p <0,001, có ý nghĩa thống kê (phép kiểm Chi bình phương), đa số tổn thương mắt mức độ 3 (Bảng 3).

3.2.2. Điều trị tổn thương mắt ở giai đoạn cấp tính

Dùng nước mắt nhân tạo chiếm 100%, nước NaCl 0,9% chiếm 100%, dùng thuốc nhỏ kháng sinh 100%, thuốc kháng viêm steroid 31,3%, dùng thuốc mỡ nước mắt nhân tạo tra mắt 25%, p <0,001, có ý nghĩa thống kê (phép kiểm Chi bình phương). Số mắt tách dính mi cầu 21,9%, p <0,001, có ý nghĩa thống kê (phép kiểm Chi bình phương) (Bảng 4).

3.3. Đặc điểm tổn thương của di chứng mắt mạn tính

3.3.1. Thị lực

Tỉ lệ mắt có thị lực log MAR <0,3 chiếm 81,3% chiếm tỉ lệ cao với p <0,001, có ý nghĩa thống kê (phép kiểm Chi bình phương), thị lực logMAR từ 0,3-1 chiếm 18,8% với p <0,001, có ý nghĩa thống kê (phép kiểm Chi bình phương), không có trường hợp nào thị lực logMAR >1 (Bảng 5).

Thị lực log MAR lúc nằm viện log MAR >1 chiếm 21,9%, logMAR<0,3 chiếm 65,6%, logMAR từ 0,3-1 chiếm 12,5%, sau 3 tháng tỉ lệ mắt có thị lực log MAR <0,3 chiếm 81,3% chiếm tỉ lệ cao với p <0,001, có ý nghĩa thống kê (phép kiểm Chi bình phương), thị lực logMAR từ 0,3-1 chiếm 18,8% với p <0,001, có ý nghĩa thống kê (phép kiểm Chi bình phương), không có trường hợp nào thị lực logMAR >1 (Bảng 6).

Thị lực trung bình lúc nhập viện: logMAR 0,348±0,476 và sau 3 tháng LogMAR 0,121±0,203 với p <0,001, phép kiểm Paired Samples Test, so sánh thị lực giữa 2 nhóm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Bảng 7).

3.3.2. Di chứng mi mắt, kết mạc, giác mạc

Cương tụ kết mạc chiếm tỉ lệ cao với 37,5%, p <0,001, có ý nghĩa thống kê (phép kiểm Chi bình phương), bất thường mi mắt chiếm 15,6%, p <0,001, có ý nghĩa thống kê (phép kiểm Chi bình phương) chiếm tỉ lệ cao nhất trong biến chứng mi mắt, viêm bờ mi chiếm 12,5%, p <0,001, có ý nghĩa thống kê (phép kiểm Chi bình phương), lông xiêu với 9,4%, p=0,025, có ý nghĩa thống kê (phép kiểm Chi bình phương), viêm kết mạc 3,1%, p <0,001, có ý nghĩa thống kê (Bảng 8).

Tỉ lệ khô mắt chiếm 9,4%, p=0,006, có ý nghĩa thống kê

(phép kiểm Chi bình phương) xảy ra ở tổn thương mắt mức độ 2 và mức độ 3 (Bảng 9).

Bảng 2. Tổn thương mi mắt ở giai đoạn cấp

	Độ 1 (n=36)		Độ 2 (n= 14)		Độ 3 (n=14)		Tổng cộng (n=64)		Giá trị p
	Số mắt (N)	Tỉ lệ (%)	Số mắt (N)	Tỉ lệ (%)	Số mắt (N)	Tỉ lệ (%)	Số mắt (N)	Tỉ lệ (%)	
Viêm bờ mi	12	33,3	12	85,7	14	100	38	59,4	<0,001
Bất thường mi mắt	4	11,1	12	85,7	14	100	30	46,9	<0,001
Lông xiêu, quặm	0	0	2	14,2	2	14,2	4	6,3	0,025

Bảng 3. Tổn thương kết mạc, giác mạc ở giai đoạn cấp tính

	Độ 1 (n =36)		Độ 2 (n = 14)		Độ 3 (n= 14)		Tổng cộng (n = 64)		Giá trị p
	Số mắt (N)	Tỉ lệ (%)	Số mắt (N)	Tỉ lệ (%)	Số mắt (N)	Tỉ lệ (%)	Số mắt (N)	Tỉ lệ (%)	
Kết mạc cương tụ	34	94,4	14	100	14	100	62	96,9	0,448
Viêm kết mạc	30	83,3	14	100	14	100	58	90,6	0,076
Viêm kết mạc giả mạc	0	0	14	100	14	100	28	43,8	<0,001
Dính mi cầu	0	0	0	0	14	100	14	21,9	<0,001

Bảng 4. Điều trị tổn thương mắt ở giai đoạn cấp

	Độ 1 (n = 36)		Độ 2 (n= 14)		Độ 3 (n =14)		Tổng cộng (n=64)		Giá trị p
	Số mắt (N)	Tỉ lệ (%)	Số mắt (N)	Tỉ lệ (%)	Số mắt (N)	Tỉ lệ (%)	Số mắt (N)	Tỉ lệ (%)	
Kháng sinh	36	100	14	100	14	100	64	100	
Tobramycine 0,3%	36	100	0	0	0	0	36	56,3	<0,001
Levofloxacine 0,5%			12	85,7	12	85,7	24	37,5	<0,001
Moxifloxacine 0,5%			2	14,3	2	14.3	4	6,3	0,064
Kháng viêm			8	50	12	100	20	31,3	
Flumetholon 0,1			6	42,9	10	71,4	16	25	<0,01
Lotemax			2	14,3			2	3,1	0,025
NaCl 0,9%	36	100	14	100	14	100	64	100	
Nước mắt nhân tạo	36	100	14	100	14	100	64	100	
Thuốc mỡ nước mắt nhân tạo			4	14,3	12	85,7	16	25,0	<0,001
Lấy giả mạc, tách dính mi mắt.					14	100	14	21,9	<0,001

Bảng 5. Thị lực sau theo dõi sau 3 tháng

Thị lực Log MAR	Độ 1		Độ 2		Độ 3		Tổng cộng		Giá trị p
	Số mắt (N=36)	Tỉ lệ (%)	Số mắt (N=14)	Tỉ lệ (%)	Số mắt (N=14)	Tỉ lệ (%)	Số mắt (N=64)	Tỉ lệ (%)	
>1	0	0	0	0	0	0	0	0	
0,3-1	0	0	6	42,9	6	42,9	12	18,8	<0,001
< 0,3	36	100	8	57,1	8	57,1	52	81,3	<0,001

Bảng 6. So sánh thị lực lúc nhập viện và sau 3 tháng

Thị lực	Nhập viện		Sau 3 tháng		Giá trị p
	Số mắt (N=64)	Tỉ lệ (%)	Số mắt (N=64)	Tỉ lệ (%)	
LogMAR>1	14	21,9	0	0	
0,3 ≤ LogMAR ≤ 1	8	12,5	12	18,8	<0,001
Log MAR < 0,3	42	65,6	52	81,3	<0,001

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2025.05.19

Bảng 7. So sánh thị lực trung bình lúc nhập viện và sau 3 tháng

	Nhập viện	Sau 3 tháng	Giá trị p
Thị lực trung bình	LogMAR 0,348±0,476	LogMAR 0,121±0,203	<0,001

Phép kiểm Paired Samples Test

Bảng 8. Di chứng mi mắt, kết mạc, giác mạc sau 3 tháng

	Độ 1		Độ 2		Độ 3		Tổng cộng		Giá trị p
	Số mắt (N=36)	Tỉ lệ (%)	Số mắt (N=14)	Tỉ lệ (%)	Số mắt (N=14)	Tỉ lệ (%)	Số mắt (N=64)	Tỉ lệ (%)	
Viêm bờ mi	0	0	2	14,3	6	42,9	8	12,5	<0,001
Bất thường mi mắt	0	0	4	28,6	6	42,9	10	15,6	<0,001
Lông xiêu	0	0	2	14,3	4	28,6	6	9,4	0,025
Cương tụ kết mạc	2	5,6	12	85,7	10	71,4	24	37,5	<0,001
Viêm kết mạc	0	0	0	0	2	14,3	2	3,1	<0,001

Bảng 9. Đánh giá tình trạng khô mắt sau 3 tháng

	Độ 1		Độ 2		Độ 3		Tổng cộng		Giá trị p
	Số mắt (N=64)	Tỉ lệ (%)	Số mắt (N=64)	Tỉ lệ (%)	Số mắt (N=64)	Tỉ lệ (%)	Số mắt (N=64)	Tỉ lệ (%)	
Khô mắt	0	0	2	11,1	4	33.3	6	9.4	0,006
Schrimer test (Bình thường)	34	100	16	88,9	8	66,7	58	90,6	

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi khảo sát trên 64 mắt của 32 bệnh nhân, gồm 15 nam và 17 nữ, (46,9% và 53,1%) ở các độ tuổi khác nhau,với độ tuổi trung bình 49 ±18, so với kết quả của Nguyễn Minh Hoàng là tỉ lệ nam 42 (50%) nữ 42 (50%), độ tuổi 52 ±19,54, Tóth G với nam 20 (46,7%), 28 nữ (53,3%), độ tuổi nhiều nhất 32,1 ± 22,4 tuổi [5]. Tuổi trung niên mắc nhiều nhất, nữ mắc nhiều hơn nam,dùng thuốc thường xuyên kéo dài gây nguy cơ dị thuốc càng cao6. Tỉ lệ dị ứng thuốc chủ yếu là đường uống, chiếm 30 ca (93%), do tỉ lệ dùng thuốc hiện nay chiếm đa số nhưng đường tiêm cho thấy thời gian khởi phát nhanh từ lúc dùng thuốc dến triệu chứng dị ứng đầu tiên. Các loại thuốc gây dị ứng thuốc phổ biến gây dị ứng thuốc gồm: thuốc an thần chống động kinh, thuốc trị gout (Allopurinol), thuốc kháng sinh, thuốc kháng viêm non steroid, đông y, có kết quả tương đương với Nguyễn Minh Hoàng, Tóth G, Shanbhag SS [3-5] (Hình 10).

Về nguyên nhân loại thuốc gây dị ứng thuốc, kết quả tương đương với Nguyễn Minh Hoàng, phù hợp tại Việt Nam [4]. Tỉ lệ giới tính, cũng như độ tuổi phù hợp với tác giả Nguyễn Minh Hoàng và Tóth G [4,5].

Bảng 10. So sánh tỉ lệ thuốc gây dị ứng của tác giả với các tác giả khác

	Tác giả (n=32)	Nguyễn Minh Hoàng	Shanbhag SS	Tóth G
Thuốc an thần, động kinh	15,6% (5 ca)	32,1% (27 ca)	35,73%	14,6% (7 ca)
Allopurinol	25% (8 ca)	27,4% (23 ca)		
Kháng sinh	12,5% (4 ca)	8,3% (7 ca)	37,27%	20,8% (10 ca)
Kháng viêm (NSAID)	12,5% (4 ca)	6% (5 ca)	15.93%	29,2% (14 ca)
Đông y	3,1% (1 ca)	21,4% (18 ca)		
Không rõ loại	31,3% (10 ca)			

Mức độ tổn thương mức độ 1 chiếm 53,1% chiếm tỉ lệ cao nhất, độ 2 chiếm 28,1%, độ 3 chiếm 18,8%, so với kết quả của Nguyễn Minh Hoàng với độ 1 là 31%, độ 2 là 26,2%, độ 3 là 28,6%. Ta thấy tổn thương mắt mức độ 1 chiếm cao nhất. Trong khi tác giả Abrol A với tỉ lệ 25,9% mức độ 1, 62,9% mức độ 2 và 11,1% mức độ 3 [7]. Điều này cho thấy tổn

thương mắt mức độ nhẹ chiếm tỉ lệ cao. Với tổn thương về mi mắt: trong nghiên cứu của chúng tôi có 59,4% viêm bờ mí, 9,4% bất thường mi mắt, 6,3% lông xiêu so với 72,6% viêm bờ mí, 50% bất thường mi mắt, 4,8% lông xiêu của Nguyễn Minh Hoàng [4]. Cho thấy kết quả tương đương nhau, viêm bờ mí chiếm tỉ lệ cao, trong khi bất thường bờ mí, lông xiêu gặp trong tổn thương mắt mức độ nặng. Với tổn thương kết mạc thì cương tụ sung huyết kết mạc chiếm 96,9%, viêm kết mạc chiếm 90,6%, viêm kết mạc giả mạc 43,8%, dính mi cầu 15,6% so với 85,7% cương tụ kết mạc, viêm kết mạc giả mạc chiếm 51,2%, dính mi cầu 4,8% của Nguyễn Minh Hoàng [4]. Điều này phù hợp với tỉ lệ sung huyết, cương tụ kết mạc chiếm tỉ lệ cao, các tổn thương khác cũng cho tỉ lệ tương đương.

Với 100% dùng nước mắt nhân tạo, 93,75% dùng thuốc nhỏ kháng sinh, 31,3% thuốc nhỏ kháng viêm steroid, 25% thuốc mỡ nước mắt nhân tạo so với 83,3% dùng nước mắt nhân tạo, 85,7% bằng thuốc nhỏ kháng sinh, 75% thuốc nhỏ corticoid, 80,9% thuốc tra mỡ mắt của Nguyễn Minh Hoàng [4]. Ta thấy tỉ lệ dùng nước mắt nhân tạo và thuốc nhỏ kháng sinh không thể thiếu trong điều trị tổn thương mắt, tỉ lệ khác nhau dùng thuốc nhỏ corticoid và thuốc tra mở mắt là do mức độ tổn thương mắt độ 1 của tôi nhiều hơn của tác giả Nguyễn Minh Hoàng [4]. Tỉ lệ tách dính mi cầu thành công là 18,75%, do đó không có chỉ định ghép màng ối trong tất cả các ca tổn thương mắt mức độ 2, mức độ 3.

Mức độ hồi phục thị lực sau 3 tháng đạt kết quả khả quan với 81,3% thị lực log MAR <0,3,thị lực log MAR từ 0,3 đến 1 chiếm 18,8%, không có ca nào thị lực log MAR <1, so với kết quả 64,4% thị lực logMAR <0,3, 24,7% thị lực log MAR từ 0,3-1 của Ma DH gần như tương đương. Đánh giá tình trạng khô mắt sau 3 tháng, tỉ lệ khô mắt chiếm 9,4% cao hơn với kết quả 3,3% của Abrol A và thấp so kết quả 33,8% của Tóth G [5,7,8]. Do đánh giá thời gian ngắn sau 3 tháng so với nghiên cứu thời gian dài của Tóth G nên tỉ lệ khô mắt thấp hơn. Di chứng mi mắt,kết mạc với cương tụ kết mạc chiếm tỉ lệ cao với 18,7%, có sự bất thường mi mắt 15,6%, viêm bờ mí 12,5%, lông xiêu 6,3%. So sánh với nghiên cứu Tóth G, thì cương tụ kết mạc chiếm 56,3%, lông xiêu 38,8% và với nghiên cứu Van Zyl L thì 79,6% bất thường mi mắt, cương tụ kết mạc 40,7% [5,9]. Có sự chênh lệch lơn về tỉ lệ lông xiêu do cỡ mẫu nhỏ và thời gian nghiên cứu của tôi ngắn,tuy nhiên cương tụ kết mạc và bất thường mi mắt chiếm tỉ lệ cao.

Do đây là bệnh hiếm gặp, nghiên cứu này là nghiên cứu tiến cứu, dữ liệu thu thập chính xác, có giá trị thực tiễn, trong các tác giả các nước trên thế giới đa số dựa vào hồi cứu, trên số liệu có sẵn. Tuy nhiên, nghiên cứu này thực hiện trong thời gian quá ngắn nên không thể đánh giá được biến chứng mạn tính một cách toàn diện. Cần có một nghiên cứu dài hơn để đánh giá biến chứng mắt mạn tính trên bệnh nhân dị ứng thuốc và cho kết quả điều trị hiệu quả hơn.

5. KẾT LUẬN

Tổn thương mắt do dị ứng thuốc trong giai đoạn cấp tính cho tỉ lệ mức độ 1 là 56,2% chiếm tỉ lệ cao nhất, độ 2 và độ 3 chiếm 21,9%.Tổn thương mắt cấp tính về mi mắt có 59,4% là viêm bờ mi chiếm tỉ lệ cao, cương tụ kết mạc chiếm 96,9%, viêm kết mạc giả mạc chiếm 43,1%, lông xiêu 6,3%, dính mi cầu 21,9%.Với việc điều trị nội khoa, dùng nước mắt nhân tạo 100%, kháng sinh 100%, 31,3% dùng kháng viêm steroid, 21,9% mắt tách dính mi mắt thành công.Tỉ lệ di chứng mắt mạn tính sau xuất viện 3 tháng, cương tụ kết mạc chiếm 37,5%, bất thường mi mắt 15,6%, viêm bờ mí 12,5%, lông xiêu 9,4%, khô mắt 9,4%. Thị lực log MAR <0,3 chiếm 81,3% cho tỉ lệ cao.

Do đó, nếu được chăm sóc và điều trị tốt, sẽ làm giảm tỉ lệ di chứng mạn tính, do đó thị lực không bị ảnh hưởng.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Lâm Hưng Hiệp

https://orcid.org/0009-0006-1468-0053

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Lâm Hưng Hiệp

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Lâm Hưng Hiệp, Nguyễn Xuân Thảo.

Thu thập dữ liệu: Lâm Hưng Hiệp, Nguyễn Xuân Thảo.

Giám sát nghiên cứu: Nguyễn Công Kiệt, Nguyễn Xuân Thảo.

 https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2025.05.19

Nhập dữ liệu: Lâm Hưng Hiệp

Quản lý dữ liệu: Lâm Hưng Hiệp

Phân tích dữ liệu: Lâm Hưng Hiệp, Nguyễn Xuân Thảo.

Viết bản thảo đầu tiên: Lâm Hưng Hiệp.

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Nguyễn Công Kiệt, Nguyễn Xuân Thảo

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số 982/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 16/10/2023.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Khan DA, Solensky R. Drug allergy. J Allergy Clin Immunol. 2010;125(Suppl2):S126-37.
2. Mockenhaupt M, Viboud C, Dunant A, et al. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: assessment of medication risks with emphasis on recently marketed drugs. The EuroSCAR-study. J Invest Dermatol. 2008;128(1):35-44.
3. Shanbhag SS, Sangwan VS, Singh A, et al. Clinical Aspects of Stevens-Johnson Syndrome/Toxic Epidermal Necrolysis With Severe Ocular Complications in India. Front Med (Lausanne). 2021;8:643955.
4. Nguyễn Minh Hoàng. Tổn thương mắt ở bệnh nhân có hội chứng Stevens-Johnson và Lyell do dị ứng thuốc. Trường Đại học Y Hà Nội. 2020.
5. Tóth G, Lukács A, Stachon T, et al. Clinical Characteristics and Treatment of Ophthalmic Sequelae of Stevens–Johnson Syndrome and Toxic Epidermal Necrolysis at a Tertiary Eyecare Centre in Hungary. Ophthalmology and Therapy. 2024;doi:10.1007/s40123-024-00924-z.
6. Mirakian R, Ewan PW, Durham SR, et al. BSACI guidelines for the management of drug allergy. Clin Exp Allergy. 2009;39(1):43-61.
7. Abrol A, Gulanikar A, Thakre S, Patel A. Study of Ocular Manifestations of Stevens-Johnson Syndrome/Toxic Epidermal Necrolysis. Indian Dermatol Online J. 2020;11(4):570-574.
8. Ma DH, Tsai TY, Pan LY, et al. Clinical Aspects of Stevens-Johnson Syndrome/Toxic Epidermal Necrolysis With Severe Ocular Complications in Taiwan. Front Med (Lausanne). 2021;8:661891.
9. Van Zyl L, Carrara H, Lecuona K. Prevalence of chronic ocular complications in Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. Middle East Afr J Ophthalmol. 2014;21(4):332-5.