

# ĐẶC ĐIỂM VÀ NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lê Thị Hồng Nhung<sup>1,2,✉</sup>, Đỗ Dung Hòa<sup>1,2</sup>  
Đào Thị Kim Yến<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Hiền<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Viêm màng bồ đào là một trong những nguyên nhân quan trọng gây suy giảm thị lực với biểu hiện lâm sàng và căn nguyên đa dạng. Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân gây viêm màng bồ đào ở bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 90 bệnh nhân được chẩn đoán viêm màng bồ đào tại Khoa Mắt trong giai đoạn 2023 – 2024. Viêm màng bồ đào gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi lao động (82,2%) và ở nữ giới (60,4%). Tổn thương hai mắt chiếm 61,1% trường hợp. Viêm màng bồ đào toàn bộ là thể giải phẫu thường gặp nhất (35,6%), tiếp theo là viêm màng bồ đào trước (32,2%). Nhìn mờ là triệu chứng phổ biến nhất (84,6%), trong khi đau mắt, đỏ mắt và ruồi bay lần lượt gặp ở 49,5%, 38,5% và 16,5% bệnh nhân. Viêm màng bồ đào vô căn chiếm tỷ lệ cao nhất (48,9%). Trong nhóm nguyên nhân nhiễm trùng, viêm màng bồ đào do *Toxocara* gặp nhiều nhất, trong khi hội chứng Vogt–Koyanagi–Harada là nguyên nhân không nhiễm trùng phổ biến nhất. Việc đánh giá toàn diện đặc điểm lâm sàng và căn nguyên có vai trò quan trọng trong chẩn đoán chính xác, điều trị sớm, phòng ngừa biến chứng và bảo tồn chức năng thị giác.

**Từ khóa:** Viêm màng bồ đào, đặc điểm lâm sàng, nguyên nhân.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm màng bồ đào (VMBĐ) là viêm các thành phần của màng bồ đào và, hoặc các cấu trúc liên kề.<sup>1</sup> VMBĐ dẫn đến 5 - 10% trường hợp suy giảm thị lực trên toàn thế giới. Có tới 35% bệnh nhân bị VMBĐ bị mất thị lực đáng kể dẫn tới mù lòa.

Căn nguyên của VMBĐ rất đa dạng, gồm nhiễm trùng, không nhiễm trùng và giả dạng.<sup>2</sup> VMBĐ mạn tính có thể là một vấn đề kéo dài suốt đời, có thể kiểm soát bằng điều trị nhưng tái phát ngay sau khi dừng điều trị.<sup>3</sup>

Các nghiên cứu quốc tế trước đây đã phát hiện tỷ lệ mắc VMBĐ cao hơn ở những quần thể có tỷ lệ người châu Phi và Nam Á. Một

nghiên cứu của Hoa Kỳ ở người cao tuổi cũng cho thấy tỷ lệ VMBĐ cao, đặc biệt là VMBĐ trước, ở những bệnh nhân 65 tuổi trở lên, trong đó nữ giới có tỷ lệ mắc cao hơn nam giới và phụ nữ bị mắc VMBĐ mạn tính nhiều hoặc tái phát nhiều hơn nam giới.<sup>4</sup> VMBĐ nhiễm trùng không phổ biến ở các nước phát triển. Ngược lại, tại các nước đang phát triển, VMBĐ nhiễm trùng được báo cáo là phổ biến hơn.<sup>5</sup>

Trong nghiên cứu dịch tễ học VMBĐ tại miền Nam Việt Nam, VMBĐ do nhiễm trùng như lao, nhiễm *Toxocara* hay nhiễm Herpes là phổ biến, VMBĐ do Toxoplasmosis hiếm gặp hơn. VMBĐ vô căn, hội chứng VKH và bệnh Behcet là VMBĐ không nhiễm trùng phổ biến nhất.<sup>6</sup> Tuy nhiên, các vấn đề tại thời điểm khởi phát VMBĐ chưa được nghiên cứu sâu. Bệnh có tỷ lệ khá cao ở độ tuổi lao động nên gây ảnh hưởng lâu dài đến công việc của bệnh nhân cũng như ảnh hưởng đến toàn xã hội. Việc chẩn đoán đúng bệnh để

Tác giả liên hệ: Lê Thị Hồng Nhung

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: lethihongnhung@hmu.edu.vn

Ngày nhận: 25/05/2026

Ngày được chấp nhận: 14/06/2026

có thái độ xử trí kịp thời, theo dõi bệnh nhân để có thể làm giảm nguy cơ trầm trọng của bệnh cũng như giảm các biến chứng bệnh. Vì thế, việc nắm bắt các dấu hiệu bệnh toàn diện luôn là cần thiết để ngăn ngừa những biến chứng nguy hiểm do bệnh gây ra và giúp cho việc điều trị dễ đạt được kết quả như mong muốn, nên chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Bệnh nhân được chẩn đoán VMBĐ ở ít nhất 1 mắt, theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Nhóm nghiên cứu chuẩn hóa pháp danh bệnh Viêm màng bồ đào (Standardization of Uveitis Nomenclature) đến khám tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2023 đến tháng 10/2024.<sup>3</sup> Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm các bệnh nhân có viêm nội nhãn ngoại sinh sau phẫu thuật, bệnh viêm hốc mắt, hội chứng giả bong bao, viêm mống mắt sau chấn thương, thái ghép giác mạc, viêm thượng củng mạc, viêm củng mạc; các bệnh nhân không thể hoặc không hợp tác

trong quá trình thăm khám (do tình trạng toàn thân nặng, quá già yếu, quá bé).

### 2. Phương pháp

#### *Thiết kế nghiên cứu*

Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Mẫu nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành trên 90 bệnh nhân được khám và chẩn đoán VMBĐ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

*Phương tiện nghiên cứu:* Các phương tiện sẵn có phục vụ khám, theo dõi bệnh tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội (Bảng thị lực, sinh hiển vi, hồ sơ bệnh án, máy tính). Các bệnh nhân đảm bảo tiêu chuẩn lựa chọn và không có các tiêu chuẩn loại trừ sẽ được chỉ định và thực hiện bộ xét nghiệm cơ bản bao gồm: chụp phim phổi, Quantiferon, HIV test nhanh, TPHA. Ngoài các xét nghiệm cơ bản được chỉ định cho tất cả các bệnh nhân, các xét nghiệm chuyên sâu được chỉ định dựa trên hình thái viêm màng bồ đào của từng bệnh nhân, kết quả của xét nghiệm cận lâm sàng và chỉ định của các bác sĩ chuyên khoa có liên quan (Bảng 1), từ đó giúp cho chẩn đoán xác định nguyên nhân gây VMBĐ.

**Bảng 1. Các xét nghiệm tìm nguyên nhân**

STT	Xét nghiệm
1	Chụp phim phổi
2	Quantiferon
3	TPHA
4	Xét nghiệm miễn dịch tìm: toxocara, toxoplasma, Dengue, Bartonella, ...
5	HIV test nhanh
6	HLA B27
7	Xét nghiệm dịch tiền phòng (PCR, nuôi cấy, giải phẫu bệnh, đếm tế bào dòng chảy) tìm vi rút, vi khuẩn, tế bào ác tính...
8	Xét nghiệm tìm nguyên nhân viêm mạch võng mạc: RF, ANA, Ds-DNA, ANCA, kháng thể kháng phospholipid...
9	MRI sọ não

Chẩn đoán xác định nguyên nhân gây VMBĐ dựa trên kết quả của thăm khám lâm sàng và của các xét nghiệm cận lâm sàng tương ứng. Một số chẩn đoán đặc biệt được dựa trên các tiêu chí phân loại chẩn đoán quốc tế như sau: hội chứng Vogt-Koyanagi-Harada, bệnh Behçet, bệnh sarcoid, và hoại tử võng mạc cấp tính.<sup>7-10</sup> Viêm màng bồ đào do toxoplasma được chẩn đoán dựa trên các biểu hiện lâm sàng và ít nhất một xét nghiệm huyết thanh dương tính IgG có hoặc không kèm IgM dương tính với *Toxoplasma gondii*. Chẩn đoán viêm màng bồ đào do toxocara dựa trên các dấu hiệu lâm sàng bao gồm viêm u hạt võng mạc kèm dải tăng sinh xơ đến gai thị, và phản ứng viêm dịch kính. Xét nghiệm huyết thanh dương tính với *Toxocara* có giá trị ủng hộ chẩn đoán. Tiêu chí chẩn đoán hội chứng Posner – Schlossman bao gồm các giai đoạn viêm mống mắt nhẹ một mắt, tái phát, có một vài tua hạt sau giác mạc, kết hợp với tăng nhãn áp cấp tính và kết quả PCR dịch tiền phòng âm tính.

Các biến số nghiên cứu bao gồm:

+ Nhóm chỉ số về đặc điểm chung bệnh nhân: Tuổi (0 - 14, 15 - 59, ≥ 60); Giới (nam, nữ); Mức độ tái phát (1 đợt, 2 đợt, ≥ 3 đợt); Địa dư (Đồng bằng, Trung du, Miền núi); Thời gian mắc bệnh (thời gian từ khi bệnh nhân phát hiện

triệu chứng tại mắt lần đầu);

+ Nhóm chỉ số về đặc điểm lâm sàng: triệu chứng cơ năng (nhìn mờ, đau mắt, đỏ mắt, ruồi bay), Thị lực, Vị trí viêm (trước/ trung gian/ sau/ toàn bộ); Số mắt bị (1 mắt/ 2 mắt); + Nhóm chỉ số về nguyên nhân (VMBĐ vô căn, Bệnh Behçet, hội chứng Vogt-Koyanagi-Harada, Viêm khốp vảy nến, Sarcoidosis, khác).

#### Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS để thống kê và phân tích các biến số.

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích về mục đích và nội dung nghiên cứu trước khi tiến hành phỏng vấn, chỉ tiến hành khi có sự đồng ý tham gia của đối tượng nghiên cứu. Toàn bộ các thông tin dữ liệu về tình trạng bệnh của người bệnh được giữ bí mật tuyệt đối và không được sao lưu chuyển nhượng nếu không được sự cho phép của bệnh nhân. Số liệu trung thực khách quan được xử lý chính xác, khoa học. Nghiên cứu chỉ được tiến hành khi có sự chấp thuận của Bệnh Viện Đại học Y Hà Nội và Trường Đại học Y Hà Nội.

## III. KẾT QUẢ

### 1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

**Bảng 2. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu (n = 90)**

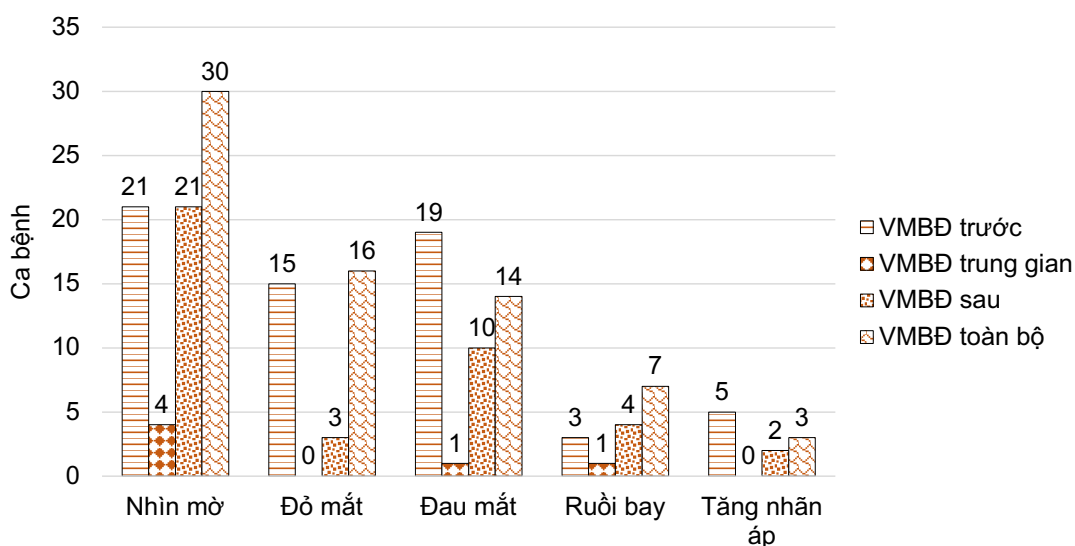
	Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tuổi	0 - 14 tuổi	3	3,3
	15 - 59 tuổi	74	82,2
	≥ 60 tuổi	13	14,4
Giới	Nam	36	39,6
	Nữ	54	60,4
Khu vực sống	Đồng bằng	62	68,9
	Trung du	14	15,6
	Miền núi	14	15,6

	Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Số mắt viêm	Một mắt	35	38,9
	Hai mắt	55	61,1
Vị trí VMBĐ	VMBĐ trước	29	32,2
	VMBĐ trung gian	4	4,4
	VMBĐ sau	25	27,8
	VMBĐ toàn bộ	32	35,6
Số đợt tái phát	0 đợt	36	40,0
	1 - 2 đợt	34	37,8
	> 3 đợt	20	22,2

Tổng số 90 bệnh nhân có 36 bệnh nhân nam (39,6%) và 54 bệnh nhân nữ (60,4%). Độ tuổi trung bình tại thời điểm nghiên cứu là 39.8 tuổi. Tỷ lệ VMBĐ cao nhất gặp ở nhóm tuổi lao động (82,2%). Về khu vực sống, tỷ lệ VMBĐ cao nhất ở vùng đồng bằng (68,9%) tiếp đến là hai khu vực trung du và miền núi cùng có tỷ lệ 15,6%.

Các bệnh nhân có tỷ lệ viêm ở hai mắt cao hơn (61,1%) so với một mắt. Theo phân loại vị trí viêm, VMBĐ toàn bộ chiếm tỷ lệ cao nhất (35,5%) tiếp đó là VMBĐ trước (32,2%) và VMBĐ sau (27,8%), VMBĐ trung gian chiếm tỷ lệ thấp nhất (4,4%).

## 2. Đặc điểm triệu chứng cơ năng theo vị trí VMBĐ



**Biểu đồ 1. Phân bố triệu chứng theo vị trí viêm**

Trong tổng số bệnh nhân, nhìn mờ là triệu chứng phổ biến nhất với 76 trường hợp, chiếm tỷ lệ cao ở tất cả các nhóm VMBĐ, đặc biệt ở VMBĐ toàn bộ (39,5%), tiếp theo là VMBĐ trước và VMBĐ sau (mỗi loại 27,6%). Triệu chứng đỏ mắt (34 Bệnh

nhân) và đau mắt (44 ca) được ghi nhận chủ yếu ở bệnh nhân VMBĐ trước (lần lượt chiếm 44,1% và 43,2%) và VMBĐ toàn bộ (47,1% và 31,8%). Đối với triệu chứng ruồi bay (15 Bệnh nhân), tỷ lệ cao nhất được ghi nhận ở nhóm VMBĐ toàn bộ

(46,7%), theo sau là VMBĐ sau (26,7%), phản ánh vai trò của tổn thương dịch kính trong cơ chế sinh bệnh. Tăng nhãn áp được phát hiện trong 10 trường hợp, với tỷ lệ cao nhất ở VMBĐ trước

(50%), gợi ý nguy cơ biến chứng tăng nhãn áp ở nhóm này cần được lưu ý trong theo dõi và điều trị.

### 3. Nguyên nhân viêm màng bồ đào

**Bảng 3. Phân loại nguyên nhân viêm màng bồ đào (VMBĐ)**

Nguyên nhân	Tần số	Tỉ lệ (%)
VMBĐ vô căn	44	48,9
VMBĐ nhiễm trùng	20	22,2
Toxoplasma	3	3,3
Toxocara	8	8,9
CMV	7	7,8
Zona	2	2,2
VMBĐ không nhiễm trùng	26	28,9
VMBĐ trong bệnh viêm cột sống dính khớp	5	5,6
Hội chứng Vogt-Koyanagi-Harada	13	14,4
Bệnh Sarcoid	1	1,1
Bệnh Behcet	5	5,6
Vảy nến	1	1,1
Hội chứng Posner Schlossman	1	1,1
Tổng cộng	90	100,0

Về nguyên nhân mắc, nhóm VMBĐ vô căn chiếm tỷ lệ cao nhất, với 44 trường hợp (48,9%). VMBĐ do nguyên nhân nhiễm trùng chiếm 22,2%, trong đó Toxocara là tác nhân phổ biến nhất (8,9%), tiếp theo là CMV (7,8%), Toxoplasma (3,3%) và zona (2,2%). Nhóm VMBĐ không nhiễm trùng chiếm tỷ lệ 28,9%. Hội chứng Vogt-Koyanagi-Harada là nguyên nhân nổi bật nhất trong nhóm này với 13 trường hợp (14,4%), tiếp theo là bệnh Behcet và viêm cột sống dính khớp, mỗi bệnh chiếm 5,6%. Các nguyên nhân khác như sarcoid, vảy nến và hội chứng Posner Schlossman có tần suất thấp hơn, mỗi nguyên nhân chiếm 1,1%.

## IV. BÀN LUẬN

Viêm màng bồ đào (VMBĐ) là bệnh lý nội

nhãn phức tạp, gặp chủ yếu ở nhóm tuổi lao động và có nguy cơ gây suy giảm thị lực đáng kể nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. Kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2023 – 2024 cho thấy bệnh gặp ở cả hai giới, tuy nhiên nữ giới có xu hướng chiếm tỷ lệ cao hơn giống với nghiên cứu hiệp hội viêm Châu Á Thái Bình Dương, các nghiên cứu tại Malaysia, Trung Quốc, Đức.<sup>11-13</sup> Độ tuổi mắc bệnh trung bình 39,8 chủ yếu nằm trong nhóm lao động, phản ánh ảnh hưởng lớn của bệnh đến chất lượng cuộc sống và khả năng lao động của người bệnh. Đa số bệnh nhân đến khám khi bệnh đã kéo dài hoặc tái phát nhiều lần, cho thấy tính chất mạn tính và dễ tái phát của VMBĐ.

Về triệu chứng cơ năng, nhìn mờ là biểu hiện thường gặp nhất ở hầu hết các thể bệnh. Đau mắt, đỏ mắt thường nổi bật hơn trong VMBĐ trước, trong khi ruồi bay và giảm thị lực âm thầm gặp nhiều ở VMBĐ trung gian và VMBĐ sau. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh và đặc điểm giải phẫu của từng thể bệnh. Một số trường hợp ghi nhận tăng nhãn áp, cho thấy nguy cơ biến chứng glacom thứ phát nếu tình trạng viêm kéo dài hoặc điều trị corticosteroid không được theo dõi chặt chẽ.

Về đặc điểm lâm sàng, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy VMBĐ toàn bộ chiếm tỷ lệ cao nhất sau đó VMBĐ trước trong khi các nghiên cứu trên thế giới lại cho thấy hay gặp ở VMBĐ trước là thường gặp nhất.<sup>14,15</sup> Điều này có thể do một số nguyên nhân như bệnh nhân thường đi khám khi bệnh có biểu hiện nặng (VMBĐ toàn bộ gây ảnh hưởng trực tiếp lên thị lực), các bệnh nhân có biểu hiện VMBĐ trước thường được điều trị ngay ở các tuyến cơ sở. Phần lớn bệnh nhân bị một mắt, tuy nhiên các trường hợp hai mắt thường liên quan đến bệnh toàn thân hoặc các nguyên nhân tự miễn như hội chứng VKH, bệnh Behcet, Sarcoidosis... Thị lực giảm ở nhiều mức độ khác nhau, phụ thuộc vào vị trí viêm, mức độ hoạt động của phản ứng viêm và các biến chứng đi kèm như phù hoàng điểm, đục thể thủy tinh hoặc tổn thương dịch kính. Các dấu hiệu thực thể thường gặp gồm cương tụ rìa, tua giác mạc, phản ứng tiền phòng, đục dịch kính và tổn thương võng mạc – hắc mạc ở các thể viêm sau.

Về nguyên nhân gây bệnh, nghiên cứu ghi nhận cả nhóm nguyên nhân nhiễm trùng (28,9%) và không nhiễm trùng (22,2%). Trong đó, các nguyên nhân nhiễm trùng do Toxocara gặp nhiều nhất. Thật vậy, Việt Nam là nước nông nghiệp, do đó các hoạt động sản xuất nông nghiệp, tiếp xúc với nguồn đất và nguồn nước nhiễm Toxocara tiếp đó có thể là nguyên nhân của tỷ lệ cao VMBĐ do Toxocara được

ghi nhận trong nghiên cứu này. Các nguyên nhân VMBĐ do CMV, Toxoplasma và Zona vẫn chiếm tỷ lệ đáng kể, tương ứng với đặc điểm dịch tễ của các nước thuộc khu vực Châu Á và Châu Á Thái Bình Dương.<sup>16,17</sup> Nghiên cứu của chúng tôi chưa phát hiện bệnh nhân VMBĐ do lao trong khi đó trong nghiên cứu của miền Nam Việt Nam, lao chiếm tỉ lệ cao trong VMBĐ nhiễm trùng (14%). Sự khác biệt này có thể do chênh lệch thời gian giữa 2 nghiên cứu và tỷ lệ bệnh nhân được tiêm chủng được nâng cao và Bộ Y Tế có nhiều chương trình giảm thiểu số bệnh nhân mắc lao. Sự khác biệt này cũng có thể do tại thời điểm nghiên cứu bệnh nhân chưa phát hiện bệnh lao. Nhóm nguyên nhân không nhiễm trùng bao gồm hội chứng VKH là phổ biến nhất (14,4%), sau đó đến bệnh Behcet và VMBĐ trong bệnh viêm cột sống dính khớp liên quan HLA-27. Bệnh Sarcoid, Behcet, vảy nến và hội chứng Posner Schlossman chiếm tỉ lệ thấp nhất. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Hạnh và cộng sự (2017) ở miền Nam Việt Nam.<sup>6</sup> VMBĐ do VKH được báo cáo là phổ biến ở Nhật Bản (10,1%) và ít phổ biến ở Châu Âu và Trung Đông.<sup>18</sup> Tuy nhiên, vẫn còn một tỷ lệ lớn (48,9%) trường hợp chưa xác định được căn nguyên rõ ràng mặc dù đã được thăm khám và làm xét nghiệm cận lâm sàng. Điều này cho thấy việc chẩn đoán nguyên nhân VMBĐ còn gặp nhiều khó khăn, đòi hỏi phối hợp đa chuyên khoa và áp dụng các phương tiện chẩn đoán hiện đại.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy việc đánh giá toàn diện đặc điểm lâm sàng và đi tìm căn nguyên của bệnh viêm màng bồ đào có vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán chính xác, giúp cho điều trị đúng hướng, phòng ngừa biến chứng và bảo tồn chức năng thị giác.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Academy of Ophthalmology.

What is uveitis? AAO Eye Health – What Is Uveitis? Published 2023. Accessed April 1, 2023.

2. Deschenes J, Murray PI, Rao NA, Nussenblatt RB. International Uveitis Study Group (IUSG): clinical classification of uveitis. *Ocul Immunol Inflamm.* 2008;16(1):1-2. doi:10.1080/09273940801899822

3. Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT; Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data: results of the First International Workshop. *Am J Ophthalmol.* 2005;140(3):509-516. doi:10.1016/j.ajo.2005.03.057

4. Acharya NR, Tham VM, Esterberg E, et al. Incidence and prevalence of uveitis: results from the Pacific Ocular Inflammation Study. *JAMA Ophthalmol.* 2013;131(11):1405-1412. doi:10.1001/jamaophthalmol.2013.4237

5. Rao NA. Uveitis in developing countries. *Indian J Ophthalmol.* 2013;61(6):253-254. doi:10.4103/0301-4738.114090

6. Nguyen M, Siak J, Chee SP, Diem VQH. The spectrum of uveitis in Southern Vietnam. *Ocul Immunol Inflamm.* 2017;25(suppl 1):S100-S106. doi:10.1080/09273948.2016.1231826

7. Sève P, Cacoub P, Bodaghi B, et al. Uveitis: Diagnostic work-up. A literature review and recommendations from an expert committee. *Autoimmun Rev.* 2017;16(12):1254-1264.

8. Classification Criteria for Sarcoidosis-Associated Uveitis. *Am J Ophthalmol.* 2021;228:220-230.

9. Rathinam SR, Babu M. Algorithmic approach in the diagnosis of uveitis. *Indian J Ophthalmol.* 2013;61(6):255-262.

10. Ramanan AV, Dick AD, Benton D, et al. A randomised controlled trial of the clinical effectiveness, safety and cost-effectiveness of adalimumab in combination with methotrexate

for the treatment of juvenile idiopathic arthritis associated uveitis (SYCAMORE Trial). *Trials.* 2014;15:14.

11. Rajan RS, Mohamed SO, Salowi MA, et al. Demography and clinical pattern of newly diagnosed uveitis patients in Malaysia. *J Ophthalmic Inflamm Infect.* 2022;12:28. doi:10.1186/s12348-022-00306-1

12. Hao T, Yang L, Li B, et al. Epidemiology of 2000 Chinese uveitis patients from Northeast China. *Br J Ophthalmol.* 2021;105:317-321. doi:10.1136/bjophthalmol-2020-316256

13. Grajewski RS, Caramoy A, Frank KF, et al. Spectrum of uveitis in a German tertiary center: review of 474 consecutive patients. *Ocul Immunol Inflamm.* 2015;23:346-352. doi:10.3109/09273948.2014.1002567

14. Abaño JM, Galvante PR, Siopongco P, et al. Review of epidemiology of uveitis in Asia: pattern of uveitis in a tertiary hospital in the Philippines. *Ocul Immunol Inflamm.* 2017;25(suppl 1):S75-S80. doi:10.1080/09273948.2017.1335755

15. Tsirouki T, Dastiridou A, Symeonidis C, et al. A focus on the epidemiology of uveitis. *Ocul Immunol Inflamm.* 2018;26(1):2-16. doi:10.1080/09273948.2016.1196713

16. Akhter M, Toy B. Big data-based epidemiology of uveitis and related intraocular inflammation. *Asia Pac J Ophthalmol.* 2021;10(1):60. doi:10.1097/APO.0000000000000364

17. Durrani OM, Tehrani NN, Marr JE, Moradi P, Stavrou P, Murray PI. Degree, duration, and causes of visual loss in uveitis. *Br J Ophthalmol.* 2004;88(9):1159-1162. doi:10.1136/bjo.2003.037226

18. Read RW, Holland GN, Rao NA, et al. Clinical spectrum and management options in Vogt-Koyanagi-Harada disease. *Clin Ophthalmol.* 2017;11:1179-1192. doi:10.2147/OPHTH.S125597

## Summary

### CLINICAL CHARACTERISTICS AND ETIOLOGIES OF UVEITIS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Uveitis is a major cause of visual impairment with diverse clinical manifestations and etiologies. This study aimed to describe the clinical characteristics and causes of uveitis in patients at Hanoi Medical University Hospital. A cross-sectional study was conducted on 90 patients diagnosed with uveitis at the Department of Ophthalmology during 2023 – 2024. Uveitis was most common in the working-age group (82.2%) and in females (60.4%). Bilateral involvement accounted for 61.1% of cases. Panuveitis was the most common anatomical type (35.6%), followed by anterior uveitis (32.2%). Blurred vision was the most frequent symptom (84.6%), while ocular pain, red eye, and floaters were reported in 49.5%, 38.5%, and 16.5% of patients, respectively. 48.9% of patients were diagnosed with Idiopathic uveitis. Among infectious causes, Toxocara-associated uveitis was the most common, whereas Vogt–Koyanagi–Harada syndrome was the leading noninfectious etiology. Comprehensive evaluation of clinical manifestations and etiologies is important for accurate diagnosis, early treatment, prevention of complications, and preservation of visual function.

**Keywords:** Uveitis, clinical characteristics, etiology.