

sau đó đẩy thức ăn vào khẩu hầu. Nếu khoang miệng còn khoảng trống thì khối thức ăn sẽ trào ngược hoặc ứ lại trong khoang chết này. Duy trì đủ thể tích lưỡi, tối đa vận động – chức năng phần lưỡi còn lại, khoang miệng kín là nguyên lý chính để phục hồi chức năng nuốt [7],[8].

+ Chức năng nói: khi lưỡi có thể tích và độ di động thích hợp sẽ cho phép cấu thành phụ âm, nguyên âm và nguyên âm đôi; đồng thời khoang miệng cách li với khoang mũi. Nếu đảm bảo hai yêu cầu này, sẽ duy trì khả năng phát âm [7],[8].

- Thẩm mỹ: đánh giá sau 6 tháng, vạt che phủ đủ khuyết hồng, không co kéo tổ chức xung quanh và không biến dạng.

#### IV. KẾT LUẬN

Tái tạo khuyết hồng mức độ trung bình bằng vạt mũi má sau cắt ung thư khoang miệng là phương pháp hiệu quả, an toàn cao, thời gian phẫu thuật ngắn, ít có biến chứng. Cuống mạch mặt to, ít hoại tử vạt. Vạt mũi má là chọn lựa tốt để tái tạo khuyết hồng vùng khoang miệng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hàn Thị Vân Thanh.** "Nghiên cứu điều trị ung thư biểu mô khoang miệng có sử dụng kỹ thuật

tạo hình bằng vạt rãnh mũi má". Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội, 2013.

2. **Nguyễn Anh Khôi.** "Tái tạo khuyết hồng gần toàn bộ và toàn bộ lưỡi sau phẫu thuật trị ung thư lưỡi". Sở Khoa học và Công nghệ Thành phố Hồ Chí Minh, 2021.
3. **Joo YH, Cho JK, Koo BS, et al.** "Guidelines for the Surgical Management of Oral Cancer: Korean Society of Thyroid-Head and Neck Surgery". Clin Exp Otorhinolaryngol, 2019, 12(2):107-144.
4. **Maria L, Konstantinos V, Ioannis D, et al.** "Nasolabial pedicled compared with island flaps for intraoral reconstruction of oncological defects: complications, recovery of sensitivity, and assessment of quality of life". Br J Oral Maxillofac Surg 2016, 54(7):746-750.
5. **Mehta S KM.** "Principles of surgical management of oral cancer". In: Oral and Maxillofacial Surgery for the Clinician. Edited by Bonanthaya K PE, 1st ed. Springer Nature, 2021, 1869-1891.
6. **Rahpeyma A, Khajehahmadi S.** "The place of nasolabial flap in orofacial reconstruction: A review". Ann Med Surg (Lond) 2016, 12:79-87.
7. **Stretton C, Service J.** "Postoperative considerations in patients following oral cancer resection and surgical reconstruction: a review". Journal of Oral and Maxillofacial Anesthesia 2023, 2.
8. **Yi CR, Jeong WS, Oh TS, et al.** "Analysis of Speech and Functional Outcomes in Tongue Reconstruction after Hemiglossectomy". J Reconstr Microsurg 2020, 36(7):507-513.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ XẠ PHẪU GAMMA KNIFE UNG THƯ DI CĂN THÂN NÃO TẠI BỆNH VIỆN K

Phan Thanh Dương<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Liên<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Di căn não là khối u ác tính hay gặp nhất của não, gặp hơn 10 lần ung thư nguyên phát tại não. Tổn thương di căn não thường gặp ở 15 – 40% bệnh nhân ung thư. Tuy nhiên, di căn thân não ít gặp, chỉ chiếm khoảng 3 – 5% của tất cả các trường hợp di căn não. Hầu hết các tổn thương di căn thân não không thể phẫu thuật, do đó xạ trị được sử dụng rộng rãi. Xạ toàn não được coi là một phương pháp điều trị chính, tuy nhiên xạ toàn não làm tổn thương nhiều mô não lành và gây ra nhiều di chứng tại não. Xạ phẫu đang chứng minh sự hiệu quả trong điều trị ung thư di căn thân não, nhưng nhìn chung bị hạn chế do sự lo ngại về các tác dụng không mong muốn khi sử dụng liều xạ cao. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá kết quả điều trị ung thư di căn thân não bằng phương pháp xạ phẫu. **Đối tượng và phương pháp nghiên**

**cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 57 bệnh nhân ung thư di căn thân não từ tháng 7/2019 đến 7/2024. Bệnh nhân được lựa chọn di căn não từ 1 – 10 ổ, trong đó có tổn thương di căn thân não, chỉ số toàn trạng Karnofsky  $\geq$  60. Bệnh nhân được xạ phẫu bằng máy Gamma Knife thế hệ Icon với liều chỉ định 20 – 24 Gy với khối u < 2cm, 18 – 20 Gy với khối u 2 – 3 cm. Bệnh nhân được đánh giá đáp ứng triệu chứng lâm sàng và hình ảnh theo tiêu chuẩn RANO tại các thời điểm 6 tháng, 12 tháng, và kết quả sống thêm. **Kết quả:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ kiểm soát khối u thân não tại 6 tháng là 77,2%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 6 tháng là 70,5%; 12 tháng là 42,2%; 24 tháng là 30,8%, trung vị thời gian sống thêm toàn bộ là  $11,0 \pm 1,5$  tháng. **Kết luận:** Xạ phẫu là một phương pháp điều trị hiệu quả đối với tổn thương ung thư di căn thân não. **Từ khóa:** xạ phẫu, di căn não, thân não, sống thêm.

#### SUMMARY

#### GAMMA KNIFE STEREOTACTIC RADIOSURGERY FOR BRAIN STEM METASTASES AT NATIONAL CANCER HOSPITAL

**Objectives:** Brain metastasis is the most common malignant tumor of the brain, about 10 times

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Liên

Email: drduclien@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2024

Ngày duyệt bài: 12.11.2024

more common than primary brain cancer. Brain metastases are common in 15 - 40% of cancer patients. However, brain stem metastases are rare, accounting for only about 3 - 5% of all brain metastases. Most brainstem metastases cannot be treated surgically, so radiation therapy is widely used. Whole-brain radiation therapy is considered a main treatment method, but it damages many healthy brain tissues and causes many complications. Radiosurgery is proving effective in treating brain stem metastatic cancer, but is generally limited by concerns about side effects when using high radiation doses. Our study aims to evaluate the results of treatment of brain stem metastatic cancer by radiosurgery. **Methods:** We analyzed 57 patients with brain stem metastases from July 2019 to May 2024. Selected patients have brain metastases from 1 to 10 tumors, including brain stem metastatic lesions, KPS score  $\geq 60$ . Patients were treated by stereotactic radiosurgery using Leksell Gamma Knife ICON unit (Elekta AB) with dose of 20 - 24, 18 - 20Gy for lesions measuring  $< 2$ , 2.1 - 3 cm, respectively. Patients were assessed for clinical symptoms and imaging response according to RANO criteria at 6, 12 months and survival outcomes. **Results:** In our study, the 6-month brain stem tumor control rate was 77.2%. Overall survival rate at 6 months was 70,5%, 12 months was 42,2%, 24 months was 30,8%, overall survival time was  $11,0 \pm 1,5$  months. **Conclusion:** Combination Gamma Knife radiosurgery is an effective treatment for brain stem metastases. **Keywords:** radiosurgery, brain metastases, brain stem, overall survival.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Di căn não là khối u ác tính hay gặp nhất của não, gặp hơn 10 lần ung thư nguyên phát tại não. Di căn não là tiến triển hay gặp của các khối u ác tính của phổi, vú, thận, và ung thư hắc tố<sup>1</sup>. Tổn thương di căn não thường gặp ở 15 - 40% bệnh nhân ung thư<sup>2</sup>. Tuy nhiên, di căn thân não ít gặp, chỉ chiếm khoảng 3 - 5% của tất cả các trường hợp di căn não<sup>3</sup>. Do thân não có nhiều cấu trúc thần kinh quan trọng nên triệu chứng thường xuất hiện và tiến triển nhanh chóng ngay cả khi kích thước tổn thương nhỏ. Hầu hết các tổn thương di căn thân não không thể phẫu thuật, do đó xạ trị được sử dụng rộng rãi. Trong nhiều thập kỷ, xạ toàn não được coi là phương pháp điều trị chuẩn cho tất cả bệnh nhân di căn não. Tuy nhiên, xạ toàn não làm tổn thương nhiều mô não lành và gây ra nhiều di chứng tại não. Xạ phẫu não được đề xuất bởi Leksell trong những năm 1950s. Đối với tổn thương di căn tại thân não, điều trị xạ phẫu nhìn chung bị hạn chế do sự lo ngại về các tác dụng không mong muốn khi sử dụng liều xạ cao. Tỷ lệ biến chứng ảnh hưởng đến tính mạng đối với xạ phẫu tổn thương di căn thân não được báo cáo là từ 0 - 9,5%<sup>4,5,6</sup>. Tuy nhiên, các báo cáo nghiên cứu trong hai thập kỷ qua đang chứng

minh sự hiệu quả của xạ phẫu trong điều trị ung thư di căn thân não. Các nghiên cứu về xạ phẫu cho thấy tỷ lệ kiểm soát tại chỗ vượt trội từ 74-100% và thời gian sống thêm sau xạ phẫu trung bình từ 4 - 12 tháng<sup>4,5,6,7</sup>. Tại Việt Nam, xạ phẫu cũng đã được ứng dụng điều trị các tổn thương di căn não, trong đó có các tổn thương tại thân não. Tuy nhiên, hiện nay, chưa có nghiên cứu trong nước nào về kết quả xạ phẫu ung thư di căn thân não. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kết quả điều trị ung thư di căn thân não bằng phương pháp xạ phẫu.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư có kết quả mô bệnh học
- Số ổ di căn não 1 - 10 ổ, trong đó có tổn thương di căn thân não

- Chỉ số toàn trạng Karnofsky  $\geq 60$

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã được xạ toàn não trước đó.
- Bệnh nhân đã được phẫu thuật lấy khối u não di căn.

- Bệnh nhân có các bệnh ung thư khác kèm theo hoặc bệnh cấp và mãn tính trầm trọng có nguy cơ tử vong gần.

#### 2.1.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 7 năm 2019 đến tháng 7 năm 2024

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

#### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả

#### 2.2.2. Cỡ mẫu

- Cỡ mẫu: thuận tiện
- Trong nghiên cứu. chúng tôi đã thu thập được 57 bệnh nhân.

#### 2.2.3. Các bước tiến hành

- Bệnh nhân được khám lâm sàng, cận lâm sàng trước điều trị.

- Bệnh nhân được điều trị xạ phẫu bằng hệ thống máy xạ phẫu Leksell Gamma Knife ICON (Elekta AB, Thụy Điển). Liều điều trị: dựa theo nghiên cứu RTOG 90-05 tùy theo số lượng, vị trí, kích thước u

- $< 2$  cm: 20 - 24 Gy

- 2 - 3 cm: 18 - 20 Gy

- Bệnh nhân được đánh giá định kỳ mỗi 3 tháng.

#### 2.2.4. Các chỉ số đánh giá

- Đáp ứng tại u: dựa theo tiêu chuẩn RANO (Response Assessment in Neuro-Oncology).

- + Đáp ứng hoàn toàn: các tổn thương biến

mất, không cần sử dụng corticosteroid, tổn thương không phải đích biến mất + tình trạng lâm sàng ổn định hoặc cải thiện.

+ Đáp ứng một phần: giảm  $\geq 30\%$  tổng kích thước của các tổn thương đích + các tổn thương không phải đích không tiến triển + sử dụng corticosteroid giữ nguyên hoặc giảm + tình trạng lâm sàng ổn định hoặc cải thiện

+ Bệnh ổn định: tổn thương đích giảm dưới 30% hoặc tăng không quá 20% tổn kích thước + tổn thương không đích không tiến triển + sử dụng corticosteroid giữ nguyên hoặc giảm + tình trạng lâm sàng ổn định hoặc cải thiện.

+ Bệnh tiến triển: có một trong các yếu tố sau: tăng  $\geq 20\%$  tổng kích thước các tổn thương đích, tổn thương không phải đích tiến triển, xuất hiện tổn thương mới, tình trạng lâm sàng xấu hơn.

- Đánh giá thời gian sống thêm: theo phương pháp Kaplan – Meier bao gồm: sống thêm toàn bộ, sống thêm không tiến triển tại não.

+ Xác định các mốc thời gian

- Ngày bắt đầu xạ phẫu Gamma Knife
- Ngày xuất hiện bệnh tiến triển khi đánh giá đáp ứng khách quan.

- Ngày bệnh nhân tử vong
- Ngày có thông tin cuối cùng
- Ngày kết thúc nghiên cứu

+ Sống thêm toàn bộ: Là khoảng thời gian tính từ ngày bắt đầu điều trị đến thời điểm theo dõi có thông tin cuối cùng hoặc bệnh nhân tử vong.

+ Sống thêm không tiến triển tại não: Là khoảng thời gian tính từ khi bắt đầu điều trị đến khi tổn thương di căn não tiến triển (tăng kích thước, xuất hiện tổn thương mới).

**2.3. Xử lý số liệu**

- Các thông tin được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Mô tả: Trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn, giá trị min, max.

- So sánh các tỷ lệ: Sử dụng test  $\chi^2$ .

- Các so sánh có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm bệnh nhân**

**Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân**

Biến số	Kết quả
Tổng số bệnh nhân	57
Tuổi	
Trung bình	64,7 ± 9,3
Dao động	42 – 82
Giới	
Nam	40 (70,2 %)
Nữ	17 (29,8 %)
Triệu chứng thần kinh	
Có	43 (75,4 %)

Không	14 (24,6 %)
Chỉ số Karnofsky	
$\geq 90$	30 (52,6%)
$\leq 80$	27 (47,4%)
Số ổ di căn não	
1 ổ	5 (8,8 %)
2 – 5 ổ	30 (52,6 %)
6 – 10 ổ	22 (38,6 %)
Liều điều trị tại tổn thương thân não	
Trung vị	18 ± 1,8
Dao động	12 - 22
Vị trí u thân não	
Trung não	6 (10,5%)
Cầu não	48 (84,2%)
Hành não	3 (5,3%)

**Nhận xét:** Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 64,7 ± 9,3. Tỷ lệ nam/nữ là 1,48. 43 (75,4%) bệnh nhân có triệu chứng thần kinh. 30 (52,6%) bệnh nhân có chỉ số toàn trạng Karnofsky  $\geq 90$ ; 5 bệnh nhân (8,8%) di căn não 1 ổ. Với tổn thương di căn tại thân não, cầu não là vị trí hay gặp nhất (84,2%); liều điều trị trung vị là 18 Gy.

**3.2. Kết quả điều trị**

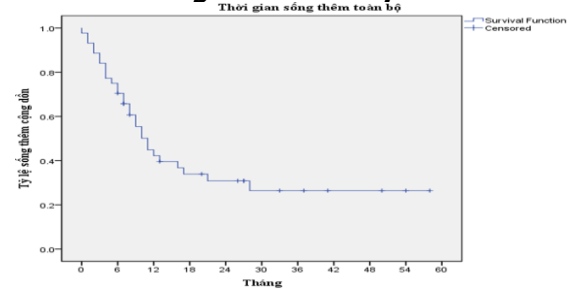
**3.2.1. Kết quả đáp ứng tại u thân não**

**Bảng 1. Kết quả đáp ứng tại khối u thân não tại thời điểm 6 tháng**

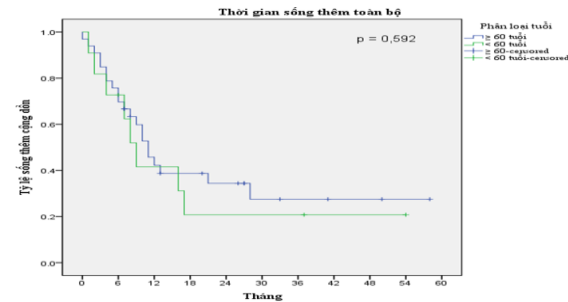
Kết quả đáp ứng	Tỷ lệ (%)
Hoàn toàn	5/57 (8,8%)
Một phần	23/57 (40,3%)
Giữ nguyên	16/57 (28,1%)
Tiến triển	13/57 (22,8%)

**Nhận xét:** Tỷ lệ kiểm soát khối u thân não tại thời điểm 6 tháng là 77,2%.

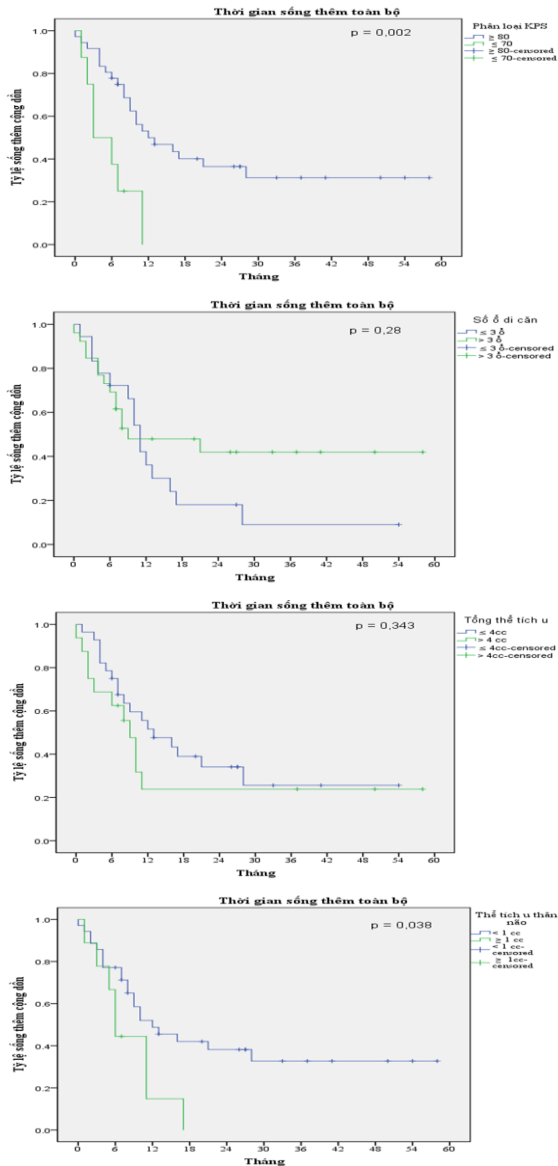
**3.2.2. Sống thêm toàn bộ**



**A**



**B**



**Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm toàn bộ (A) và một số yếu tố liên quan: (B). Liên quan theo tuổi. (C). Liên quan theo KPS. (D). Liên quan theo số ổ di căn não. (E). Liên quan theo tổng thể tích di căn não. (F). Liên quan theo thể tích u thân não**

**Nhận xét:** Thời gian sống thêm toàn bộ trung vị là 11,0 ± 1,5 tháng. Tỷ lệ sống thêm sống thêm toàn bộ tại thời điểm 6 tháng là 70,5%; 12 tháng là 42,2%; 24 tháng là 30,8%. Thời gian sống thêm toàn bộ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng toàn trạng KPS và thể tích u tại thân não. Không thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian sống thêm toàn bộ với các yếu tố: tuổi, số ổ di căn não và tổng thể tích u di căn.

#### IV. BÀN LUẬN

Các chiến lược chính điều trị di căn não bao gồm phẫu thuật, xạ toàn não và xạ phẫu, đơn thuần hoặc kết hợp. Cho đến nay, chiến lược điều trị nào là tối ưu còn nhiều tranh cãi. Đối với tổn thương di căn tại thân não, điều trị xạ phẫu nhìn chung bị hạn chế do sự lo ngại về các tác dụng không mong muốn khi sử dụng liều xạ cao. Tỷ lệ biến chứng ảnh hưởng đến tính mạng đối với xạ phẫu tổn thương di căn thân não được báo cáo là từ 0 – 9,5%<sup>4,5,6</sup>. Tuy nhiên, các báo cáo nghiên cứu trong hai thập kỷ qua đang chứng minh sự hiệu quả của xạ phẫu trong điều trị ung thư di căn thân não. Các nghiên cứu về xạ phẫu cho thấy tỷ lệ kiểm soát tại chỗ vượt trội từ 74-100% và thời gian sống thêm sau xạ phẫu trung bình từ 4 – 12 tháng<sup>4,5,6,7</sup>. Báo cáo lớn nhất là nghiên cứu phân tích đa trung tâm của Trifletti và cộng sự. Nghiên cứu bao gồm 547 bệnh nhân ung thư di căn thân não được điều trị bằng xạ phẫu Gamma Knife. Tỷ lệ kiểm soát tại chỗ tại 1 năm là 81,8% với liều xạ trung vị là 16Gy. Trong 1 phân tích đơn biến cho thấy liều xạ dưới 16 Gy liên quan với tỷ lệ kiểm soát tại chỗ kém hơn, tuy nhiên không có sự khác biệt trong phân tích đa biến<sup>6,7</sup>. Một nghiên cứu hồi cứu khác của L. Nicosia và cộng sự trên 105 bệnh nhân di căn thân não được điều trị xạ phẫu cho thấy tỷ lệ không tiến triển tại chỗ là 90,4%, thời gian sống thêm toàn bộ trung vị là 11 tháng<sup>8</sup>. Tác giả Murray nghiên cứu trên 44 bệnh nhân di căn thân não được xạ phẫu có hoặc không kết hợp với xạ toàn não, trong đó có 37 bệnh nhân kết hợp xạ toàn não cho thấy tỷ lệ không tiến triển tại chỗ tại 6 tháng và 1 năm lần lượt là 84,6% và 76,9%, thời gian sống thêm toàn bộ trung vị là 5,4 tháng<sup>5</sup>. Các kết quả nghiên cứu trên cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ kiểm soát khối u tại thân não tại thời điểm 6 tháng là 77,2%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung vị là 11,0 ± 1,5 tháng. Tỷ lệ sống thêm sống thêm toàn bộ tại thời điểm 6 tháng là 70,5%; 12 tháng là 42,2%; 24 tháng là 30,8%. Trong nghiên cứu, chúng tôi cũng nhận thấy rằng thời gian sống thêm toàn bộ có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng toàn trạng đánh giá theo thang điểm Karnofsky, trong đó nhóm có chỉ số KPS ≥ 80 có thời gian sống thêm tốt hơn (12 tháng sv 3 tháng, p = 0,002). Bên cạnh đó, thể tích khối u di căn thân não cũng là một yếu tố có ảnh hưởng đến tình trạng sống thêm. Nhóm có thể tích u thân não dưới 1 cm<sup>3</sup> có thời gian sống thêm toàn bộ cao hơn

đáng kể (12 tháng sv 6 tháng, p = 0,038).

## V. KẾT LUẬN

Xạ phẫu Gamma Knife là một phương pháp điều trị hiệu quả đối với bệnh nhân ung thư di căn tại thân não.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alexander E, 3rd, Moriarty TM, Davis RB, et al.** Stereotactic radiosurgery for the definitive, noninvasive treatment of brain metastases. *Journal of the National Cancer Institute.* Jan 4 1995;87(1):34-40. doi:10.1093/jnci/87.1.34
2. **Tosoni A, Ermani M, Brandes AA.** The pathogenesis and treatment of brain metastases: a comprehensive review. *Critical reviews in oncology/hematology.* Dec 2004;52(3):199-215. doi:10.1016/j.critrevonc.2004.08.006
3. **Soffietti R, Ruda R, Mutani R.** Management of brain metastases. *Journal of neurology.* Oct 2002;249(10):1357-69. doi:10.1007/s00415-002-0870-6
4. **Kilburn JM, Ellis TL, Lovato JF, et al.** Local control and toxicity outcomes in brainstem metastases treated with single fraction radiosurgery: is there a volume threshold for toxicity? *Journal of neuro-oncology.* Mar 2014; 117(1):167-74. doi:10.1007/s11060-014-1373-x
5. **Murray L, Menard C, Zadeh G, et al.** Radiosurgery for brainstem metastases with and without whole brain radiotherapy: clinical series and literature review. *Journal of radiation oncology.* 2017;6(1):21-30. doi:10.1007/s13566-016-0281-4
6. **Trifiletti DM, Lee CC, Winardi W, et al.** Brainstem metastases treated with stereotactic radiosurgery: safety, efficacy, and dose response. *Journal of neuro-oncology.* Nov 2015;125(2):385-92. doi:10.1007/s11060-015-1927-6
7. **Trifiletti DM, Lee CC, Kano H, et al.** Stereotactic Radiosurgery for Brainstem Metastases: An International Cooperative Study to Define Response and Toxicity. *International journal of radiation oncology, biology, physics.* Oct 1 2016;96(2): 280-288. doi:10.1016/j.ijrobp.2016.06.009
8. **Nicosia L, Navarra P, Pinzi V, et al.** Stereotactic radiosurgery for the treatment of brainstem metastases: a multicenter retrospective study. *Radiation oncology.* Aug 9 2022;17(1):140. doi:10.1186/s13014-022-02111-5

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH KHÔ MẮT Ở NGƯỜI LỚN TUỔI

Vũ Thị Sao<sup>1</sup>, Trần Khánh Sâm<sup>2</sup>, Phạm Thị Thu Thủy<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh khô mắt ở người lớn tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên bệnh nhân  $\geq 50$  tuổi được chẩn đoán khô mắt tại Bệnh viện Mắt Trung ương (8/2023-8/2024). Tiến hành các khám nghiệm: khai thác triệu chứng bằng bảng hỏi OSDI; test Schirmer I, test TBUT, hình thái võ phim nước mắt, nhuộm bề mặt nhãn cầu; phân độ MGD; đo chiều cao liềm nước mắt (TMH) và chụp tuyến Meibomius máy Keratography. **Kết quả:** Tổng số 27 bệnh nhân (54 mắt). Tuổi trung bình là  $58,22 \pm 6,89$  tuổi, tỉ lệ nữ/nam là 12,5/1. Điểm OSDI trung bình là  $48,67 \pm 13,57$  điểm, điểm Schirmer trung bình là  $4,48 \pm 2,09$ . TBUT trung bình là  $3,11 \pm 1,93$  điểm. 3 dạng võ phim nước mắt: vỡ ngẫu nhiên, vỡ dạng đường và vỡ dạng đốm với tỉ lệ lần lượt là 62,8%, 33,3% và 11,1%. Test nhuộm bề mặt nhãn cầu: tổn thương giác mạc  $4,65 \pm 2,02$ , kết mạc  $3,85 \pm 1,35$  điểm. 81,48 % mắt có MGD nhiều mức độ, TMH trung bình  $0,18 \pm 0,04$ mm, 66,7% mắt có tổn

thương tuyến Meibomius trên phim chụp. **Kết luận:** Khô mắt ở người lớn tuổi thường gặp ở phụ nữ đã mãn kinh, chủ yếu là dạng hỗn hợp (81,5%), khô mắt do giảm tiết đơn thuần chỉ chiếm 18,5%; với triệu chứng cơ năng và giảm tiết nước mắt ở mức độ trung bình. Bệnh thường đi kèm MGD với tỉ lệ 81,48%.

**Từ khóa:** Khô mắt, người lớn tuổi, MGD.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND SUB-CLINICAL CHARACTERISTICS OF DRY EYE IN ELDERLY PATIENTS

**Objective:** To describe the clinical and subclinical characteristics of dry eye disease in the elderly. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on patients aged 50 years and older who visited the Viet Nam National Eye Hospital (VNEH, Viet Nam) between August 2023 and August 2024 and were diagnosed with dry eye. Data collected included Schirmer I test, tear break up time (TBUT), corneal and conjunctival staining, Meibomian gland dysfunction (MGD) grading, tear film breakup pattern; quantitative tear meniscus height and MGD grading using Keratography 5M. **Results:** A total of 27 patients (54 eyes) met the inclusion criteria. The mean age was  $58.22 \pm 6.89$  years, male-to-female ratio was of 12,5/1. The mean OSDI score was  $48.67 \pm 13.57$ . The average score of Schirmer I, TBUT, corneal staining score and conjunctival staining score are:  $4.48 \pm 2.09$  mm;  $3.11 \pm 1.93$ s,  $4.65 \pm 2.02$ ;  $3.85 \pm 1.35$ .

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Sao

Email: vusao2102@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2024

Ngày duyệt bài: 14.11.2024