

- LUX-Lung 7 Trials. Clinical Lung Cancer. Volume 19, Issue 4, July 2018, Pages e465-e479
9. **Y Inoue, N Inui, K Asada, M Karayama, et al** (2015). Phase II study of erlotinib in elderly patients with non-small cell lung cancer harboring epidermal growth factor receptor mutations. Cancer Chemotherapy and Pharmacology volume 76, pages155–161
10. **Anh, P. N., Việt, Đình N., Việt, H. T. B., & Hạnh, C. X..** (2024). Đánh giá kết quả điều trị bước 1 bằng Osimertinib trong Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV có đột biến EGFR tại Bệnh viện phổi Trung Ương giai đoạn 2019-2022. Tạp Chí Y học Cộng đồng, 65.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM BỜ MI KẾT GIÁC MẠC

Trần Khánh Sâm¹, Nguyễn Thị Vân Quỳnh², Trần Lê Phương Loan²

TÓM TẮT

Viêm bờ mi kết giác mạc (VBMKGM) đặc trưng bởi tình trạng viêm mạn tính bờ mi kèm theo viêm kết mạc và/hoặc giác mạc. Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị viêm bờ mi kết giác mạc trên đối tượng bệnh nhân Việt Nam. Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 31 bệnh nhân được chẩn đoán viêm bờ mi kết giác mạc tại khoa Giác mạc, Bệnh viện Mắt Trung ương trong thời gian từ tháng 7/2022 đến tháng 8/2023. Kết quả: 45 mắt (31 BN) được đưa vào nghiên cứu, tỉ lệ nữ/nam=2/1. Tuổi trung bình $14,0 \pm 11,5$ tuổi (từ 3-50 tuổi). Sau 3 tháng điều trị các bệnh nhân đều đạt trạng thái lui bệnh, không có hiện tượng tái phát. Kết luận: Viêm bờ mi kết giác mạc là bệnh lý thường gặp ở trẻ em do vậy cần chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời để tránh tổn thương nhãn cầu không hồi phục cũng như góp phần cải thiện thị lực. Liệu pháp điều trị cơ bản gồm chăm sóc mi, kháng sinh và chống viêm steroids.

Từ khóa: viêm bờ mi kết giác mạc, viêm bờ mi do tụ cầu, viêm bờ mi mạn tính

SUMMARY

THERAPEUTIC OUTCOMES OF BLEPHAROKERATOCONJUNCTIVITIS

Blepharokeratoconjunctivitis (BKC) is a chronic inflammatory condition that affects the eyelids (blepharo-), cornea (kerato-), and conjunctiva (conjunctivitis). It is commonly seen in children and is most associated with acne rosacea in adults and can lead to long-term complications if not managed properly. Purpose: To evaluate symptoms, clinical signs and treatment outcomes of BKC. Methods: In a prospective study of all patients with a diagnosis of BKC attending the Cornea department between July 2022 and August 2023 at a tertiary referral centre (Viet Nam Eye Hospital, Viet Nam). We further noted the clinical characteristics, management and treatment outcomes of all patients. Results: A total of 45 eyes from 31 patients were included. There were 21 females and 10 males. The mean age was 14.0 ± 11.5

years (range 3-50 yo). After 3 months follow-up, all patients showed clinical improvement and disease remission with no adverse events reported and no recurrence. Conclusions: With early treatment and proper management, most cases of BKC can be controlled, preventing long-term complications.

Keywords: Blepharokeratoconjunctivitis, BKC, chronic blepharokerato-conjunctivitis, staphylococcal phlyctenular disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm bờ mi kết giác mạc (VBMKGM) đặc trưng bởi tình trạng viêm mạn tính bờ mi kèm theo viêm kết mạc và/ hoặc giác mạc. Bệnh lý có thể gặp ở nhiều lứa tuổi nhưng hay gặp hơn ở trẻ em và bệnh diễn biến nặng hơn, trường hợp nặng có thể gây nhược thị thậm chí có thể dẫn đến mù lòa. Bệnh được biết đến nhiều hơn ở người lớn có liên quan đến bệnh trứng cá đỏ (acne rosacea). Một vài tên gọi khác của nhóm bệnh lý này được mô tả như viêm giác mạc bờ mi do tụ cầu, viêm giác mạc bọt, trứng cá đỏ ở trẻ em,... Yếu tố nguy cơ làm bệnh trầm trọng gồm có nữ giới, bệnh một mắt, trẻ lớn, có sợ ánh sáng.^{1,2} Tại Việt Nam, những năm gần đây đã có nhiều nghiên cứu về viêm bờ mi mạn tính, tuy nhiên các nghiên cứu này mới dừng lại trong việc đánh giá tổn thương bờ mi và đưa ra kết quả điều trị theo từng nguyên nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. BN được chẩn đoán VBMKGM khám và điều trị tại bệnh viện Mắt Trung ương từ 7/2022 đến 08/2023

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân VBMKGM thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán Farpour và McClellan (2001)³:

- Viêm bờ mi trước và/hoặc viêm bờ mi sau: phù nề, sung huyết mi, vảy bờ mi, giãn mạch mi, lông mi mọc bất thường, mụn mủ, viêm tắc tuyến meibomius, chắp/ lệo, rối loạn chức năng tuyến meibomius
- Viêm kết mạc: cương tụ kết mạc và/ hoặc viêm kết mạc dạng bọt

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Vân Quỳnh

Email: ngvanquynh95@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025

- Viêm giác mạc: viêm giác mạc chấm nông, thâm nhiễm giác mạc, viêm loét giác mạc rìa, viêm giác mạc dạng bong, tân mạch giác mạc, sẹo giác mạc,...

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đang có bệnh lí mắt khác kèm theo:

+ Mi mắt (dính mi cầu, u mi mắt, bất thường cấu trúc mi,...)

+ Kết mạc (viêm kết mạc mùa xuân, viêm kết mạc dị ứng, viêm kết mạc cấp...)

+ Giác mạc (viêm giác mạc rìa do miễn dịch, nhiễm trùng, loạn dưỡng,...)

- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- NC mô tả tiến cứu không có nhóm chứng, cỡ mẫu tối thiểu n=32 mắt

2.2.2. Các bước tiến hành nghiên cứu

- Hỏi bệnh, khám lâm sàng, xét nghiệm CLS

- CDXD, giải thích cho bệnh nhân, người nhà tự nguyện tham gia NC, đánh STT

- Điều trị theo phác đồ

- Hẹn bệnh nhân khám lại, bệnh nhân được khám, chẩn đoán, điều trị và theo dõi ghi nhận biến chứng sau điều trị 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng.

- Thu thập thông tin ghi bệnh án nghiên cứu

- Phân tích và xử lí số liệu dựa trên phần mềm SPSS 20.0

2.2.3. Phác đồ điều trị

Chăm sóc mi: chườm ấm, mát xa, vệ sinh mi (2 lần/ ngày)

Điều trị tại chỗ

- Theo nguyên nhân:

+ Quinolone thế hệ 4 (Moxifloxacin 0,5%- Vigamox, Alcon®) 4 lần/ ngày

+ Mỡ quinolone thế hệ 2 (Ofloxacin 0,3%- Oflovid, Santen®) thoa bờ mi 2 lần/ ngày

+ TH có nhiễm nấm, kết hợp đánh bờ mi Amphotericin B 0,15% 2 lần/ ngày.

+ Liệu pháp corticoid tại chỗ: Dung dịch fluorometholone 0,1% x 2 lần/ ngày

- Bổ trợ: Nước mắt nhân tạo: Hyaluronic acid 0,1% x 4 lần/ ngày

Điều trị toàn thân

- Trẻ em ≤12 tuổi: Azithromycin 250 mg/ngày x 3 ngày liên tiếp trong 1 tuần, lặp lại trong 4 tuần; người lớn và trẻ lớn >12 tuổi: Doxycycline 100 mg/ ngày x 20 ngày.

2.3. Đánh giá kết quả điều trị

- Đánh giá dựa trên sự thay đổi triệu chứng và dấu hiệu bờ mi kết mạc

- Đánh giá kết quả chung chia làm 3 mức độ (tốt, trung bình, xấu)

- Kết quả tốt: có đồng thời các tiêu chí

+ Thị lực tăng hoặc không đổi

+ Hết triệu chứng, dấu hiệu

+ Để lại sẹo hoặc tân mạch giác mạc

- Kết quả trung bình

+ Thị lực tăng hoặc không đổi và/hoặc

+ Giảm cơ bản triệu chứng và dấu hiệu

- Kết quả xấu

+ Thị lực giảm và/hoặc

+ Dấu hiệu tăng nặng và/ hoặc có biến chứng (tăng nhãn áp, bội nhiễm)

- Tái phát: Có giai đoạn lui bệnh hoàn toàn, các triệu chứng xuất hiện lại đầy đủ

2.4. Đạo đức nghiên cứu. NC được tiến hành sau khi thông qua hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Mắt Trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

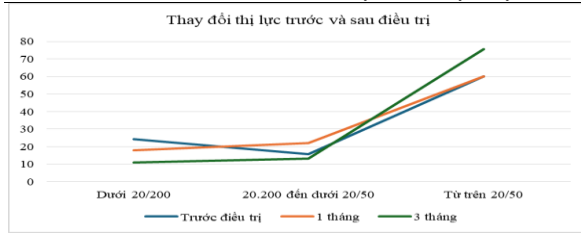
3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu. NC thực hiện trên 45 mắt của 31 đối tượng (14 BN tổn thương 2 mắt và BN tổn thương 1 mắt). Nhóm tuổi từ 6- <12 tuổi chiếm đa số (61,3%). Tuổi trung bình đối tượng là $14,0 \pm 11,5$ tuổi (3-50 tuổi); nữ cao gấp 2,1 lần nam (21 nữ, 10 nam)

3.2. Đặc điểm lâm sàng. 31/45 đối tượng có tiền sử bệnh mắt chiếm 93,3%. Trong đó phổ biến nhất là chắp, lệo chiếm 24,4% (11 mắt). Chỉ có 3 mắt được phát hiện lần đầu, không có tiền sử khác tại mắt. Tiền sử chắp, lệo và viêm kết mạc xuất hiện ở cả nam và nữ với tỉ lệ tương đương.

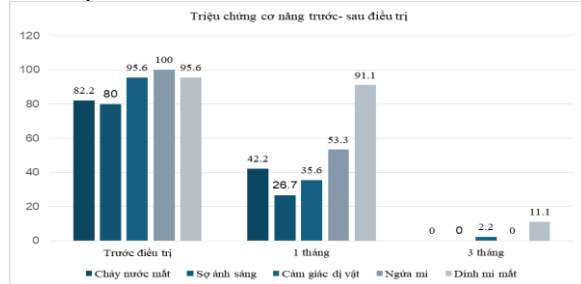
3.2.1. Mức độ triệu chứng trước điều trị. Ngứa mi, dính mi mắt, và kích thích mắt là các triệu chứng chính của VBMKGM trong đó ngứa mi là triệu chứng gặp ở 100% đối tượng, tiếp theo là dính mi mắt và cảm giác dị vật chiếm 95,6%, chảy nước mắt (82,2%), sợ ánh sáng (80,0%).

3.2.2. Đặc điểm tổn thương thực thể. 100% có viêm bờ mi trước và sau với dấu hiệu điển hình là vảy tiết bờ mi và rối loạn chức năng tuyến meibomius. Dấu hiệu phổ biến tiếp theo là giãn mạch mi (66,7%), chắp lệo chiếm 42,2%. Dấu hiệu ít gặp hơn là bất thường lông mi (13,3%), mụn mủ (20,0%). 100% có cương tụ kết mạc, 6,7% có viêm kết mạc bong đi kèm. Tổn thương giác mạc phổ biến nhất là viêm giác mạc chấm nông (84,4%) thường đi kèm tổn thương giác mạc khác, không trường hợp nào có viêm giác mạc chấm nông đơn thuần. Viêm giác mạc bong là tổn thương ít gặp (2,2%).

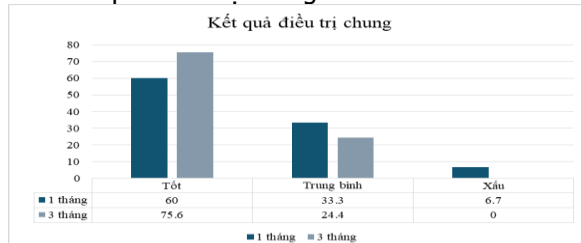
3.2.3. Kết quả điều trị. Thay đổi thị lực trước và sau điều trị

**Biểu đồ 1. Thị lực trước và sau điều trị**

Thay đổi triệu chứng cơ năng trước và sau điều trị

**Biểu đồ 2. Thay đổi triệu chứng cơ năng trước và sau điều trị****Bảng 1. Thay đổi trước và sau điều trị (n=45)**

Dấu hiệu	Trước điều trị	Sau điều trị	
		1 tháng	3 tháng
Mi mắt			
Bất thường lông mi	13,3	4,4	2,2
Chấp, leo	42,2	22,2	0,0
Giãn mạch mi	66,7	66,7	66,7
MGD	100	44,4	33,3
Vảy tiết	100	0,0	0,0
Mụn mủ, loét bờ mi	20,0	2,2	0,0
Kết mạc			
Cương tụ	100	0,0	0,0
Viêm KM bông	6,7	2,2	0,0
Giác mạc			
Viêm chấm nông	84,4	15,6	0,0
Thâm nhiễm	60,0	11,1	0,0
Viêm GM rìa	57,8	0,0	0,0
Loét GM	20,0	0,0	0,0
Viêm GM bông	2,2	0,0	0,0
Sẹo GM	51,1	71,1	71,1
Tân mạch	68,9	40,0	17,8

Kết quả điều trị chung**Biểu đồ 3. Kết quả điều trị chung**

Sau 1 tháng điều trị tỉ lệ kết quả tốt tăng từ 60,0% lên 75,6% sau 3 tháng; kết quả xấu giảm từ 6,7% xuống 0,0% ở thời điểm 3 tháng. Không trường hợp nào bệnh tăng nặng hoặc tái phát. Khi đánh giá sự khác biệt kết quả điều trị ở các thời điểm theo dõi, đều có ý nghĩa thống kê với $p=0,0109$.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình nghiên cứu là $14,0 \pm 11,5$ tuổi (3 tuổi-50 tuổi), thường gặp ở nhóm tuổi 6 đến dưới 12 tuổi chiếm 61,3%, tương đồng với nghiên cứu của Hamada⁴ (2012, 15,7 tuổi), H Al-Hayouti⁵ (2019 10,6 tuổi). Có thể thấy VBMKGM là bệnh lí có thể gặp ở nhiều lứa tuổi, tuy nhiên phổ biến nhất ở trẻ em. Do vậy cần đặt ra chẩn đoán VBMKGM trên trẻ em đặc biệt nhóm tuổi học đường để tránh bỏ sót dẫn đến chẩn đoán và điều trị muộn.

Khoảng 2/3 đối tượng là nữ giới tương đồng với Farpour và McClellan (2001)³ là 62,5%, H Al-Hayouti (2019)⁵ 64,5%, Teo (2012)⁶ với 80,4% là nữ giới. Tuy nhiên sự phân bố bệnh nhân theo giới trong phổ bệnh này không nhất quán. Trong nghiên cứu của Hammersmith (2005)⁷ tỉ lệ nam/nữ tương đương (~1). Tự chung lại, bệnh lí có vẻ xu hướng gặp nhiều ở nữ giới, có thể liên quan đến sự thay đổi nội tiết tố nữ (estrogen và progesterone) tác động đến quá trình tiết meibum của tuyến meibomius. Cho thấy đây thì có thể là yếu tố gợi ý bệnh.

Chẩn đoán VBMKGM chủ yếu dựa vào lâm sàng. Phần lớn bệnh nhân phản nản vì ngứa mi, dính mi mắt, sợ ánh sáng, cảm giác dị vật, diễn biến kéo dài, điều trị nhiều đợt không đỡ. Trong các triệu chứng, ngứa mi là tình trạng nổi bật nhất, xuất hiện ở 100% đối tượng nghiên cứu. Kết quả này tương đồng với tác giả Gupta (2010, n=615)⁸ với triệu chứng ngứa mi chiếm tỉ lệ gần 100%. Đây là triệu chứng thể hiện tính chất viêm mạn tính của bờ mi trong các bệnh lí viêm bờ mi nói chung và VBMKGM nói riêng.

100% cả đối tượng trong nghiên cứu đều có tình trạng viêm bờ mi trước và sau. Kết quả này tương đồng với Gupta (2010)⁸, Teo (2012)⁶. Đặc điểm vảy bờ mi là vảy ướt gây nên tình trạng dính mi buổi sáng, ít gặp vảy gàu hình trụ.

Triệu chứng VBMKGM tương tự viêm bờ mi mạn tính, tuy nhiên triệu chứng kích thích mắt biểu hiện rõ rệt hơn và mức độ nặng nề hơn. 100% đối tượng có cương tụ kết mạc. Tổn thương viêm kết mạc bông- đây là đặc trưng của phản ứng quá mẫn muộn với kháng nguyên tụ cầu, tuy nhiên tổn thương này rất ít gặp, chỉ xuất hiện ở 3 mắt chiếm 6,7%. Kết quả này

tương tự với Gupta (2010)⁸ và Hamada (2012)⁸ 100% có cương tụ kết mạc và khoảng 10% có bong kết mạc vùng rìa kèm theo.

Tổn thương giác mạc đa dạng trong đó viêm giác mạc bong và viêm giác mạc rìa là tổn thương điển hình hơn cả. Vị trí tổn thương hay gặp trong là nơi bờ mi tiếp xúc với bề mặt nhãn cầu: vị trí 2 giờ, 4 giờ, 8 giờ và 10 giờ thường gặp ở vị trí rìa dưới. Trường hợp nặng, tổn thương có thể xuất hiện ở cả 360° vùng rìa. Loét giác mạc cũng gặp ở 9 mắt chiếm 20,0% với đặc điểm ổ loét vùng rìa, kích thước nhỏ, đáy sạch, chỉ một vài trường hợp, ổ loét nhỏ, cạnh vị trí trung tâm. Các tổn thương không đặc hiệu giác mạc gồm có viêm giác mạc chấm nông (84,5%), tân mạch giác mạc (68,9%), sẹo giác mạc (51,1%). Đây là các dấu hiệu có thể xuất hiện do rối loạn chức năng tuyến meibomius, tác động của nhiều loại thuốc tra độc bề mặt nhãn cầu, tổn thương cơ học do dụi mắt lông xiêu, cọ sát bờ mi và bề mặt nhãn cầu. Do vậy, thầy thuốc nên thăm khám toàn diện để tránh bỏ sót tổn thương.

Phác đồ điều trị cơ bản bao gồm chăm sóc mi: chườm ấm, vệ sinh và mát xa mi, kháng sinh phổ rộng, chống viêm steroid tại mắt, toàn thân và nước mắt nhân tạo. Trong nghiên cứu, chúng tôi sử dụng chung một phác đồ cho tất cả đối tượng. Tuy nhiên nhóm tetracycline có thể ảnh hưởng đến quá trình phát triển xương, và răng của trẻ nhỏ, nên với những đối tượng ≤ 12 tuổi, chúng tôi sử dụng azithromycin, nhóm đối tượng > 12 tuổi, chúng tôi sử dụng doxycycline. Hiệu quả của nhóm tetracycline và macrolide trong điều trị MGD đã được nhiều tác giả công nhận. Với ưu điểm thời gian bán hủy dài do thuốc tích tụ trong mô nên azithromycin được sử dụng liều thấp, ngắt quãng. Tham khảo ý văn các phác đồ sử dụng azithromycin đường uống với liều trung bình 5mg/kg/ngày, ngắt quãng trong 4 đến 6 tuần kết hợp với corticosteroid tại chỗ nhằm kiểm soát đáp ứng viêm cho kết quả tốt.¹ Trong nghiên cứu sử dụng chống viêm corticosteroid nhẹ, có lợi trong việc hạn chế biến chứng tăng nhãn áp trên trẻ em, do vậy không ghi nhận biến chứng liên quan đến corticosteroid.

Phần lớn các triệu chứng đều đều giảm và giảm nhanh trong tháng đầu tiên; sau 3 tháng điều trị, có xu hướng ổn định, không phát hiện trường hợp nào có biểu hiện nặng hơn tuy nhiên dính mi mắt là triệu chứng cải thiện ít nhất, có thể là do tác dụng phụ của một số dung dịch vệ sinh mi có sẵn và việc sử dụng mỡ bôi bờ mi cũng làm ảnh hưởng đến đánh giá triệu chứng này. Đa phần trong nghiên cứu đối tượng là trẻ

em, việc chăm sóc, vệ sinh mi cũng như việc tuân thủ điều trị phụ thuộc rất lớn vào gia đình. Do vậy khuyến cáo thầy thuốc nên dành nhiều thời gian hướng dẫn bệnh nhân và người nhà các kĩ thuật chăm sóc mi.

Sự thay đổi dấu hiệu lâm sàng là không đồng nhất tại các thời điểm theo dõi. Tổn thương kết mạc là dấu hiệu đáp ứng rõ rệt nhất với điều trị, 100% đối tượng hết cương tụ kết mạc ở thời điểm 1 tháng theo dõi và không tái phát ở thời điểm 3 tháng. Tổn thương giác mạc đáp ứng nhanh tại thời điểm 1 tháng sau điều trị. Trong khi đó tổn thương bờ mi: viêm bờ mi trước (loét bờ mi, mụn mủ, vảy tiết), chắp/leo giảm nhanh sau 1 tháng và hết sau 3 tháng điều trị; trong khi các dấu hiệu viêm bờ mi sau cải thiện sau 1 tháng điều trị và giảm chậm sau 3 tháng. Đối với dấu hiệu giãn mạch mi, dường như không có sự thay đổi sau 3 tháng điều trị. Có thể thời gian theo dõi và điều trị chưa đủ dài để nhận thấy sự thay đổi tổn thương. Thêm vào đó, giãn mạch mi là dấu hiệu gián tiếp gợi ý bệnh tiến triển mạn tính, gây biến đổi cấu trúc mô học không hồi phục. Do vậy việc phát hiện và điều trị sớm viêm bờ mi kết giác mạc là cần thiết.

V. KẾT LUẬN

VBMKGM là bệnh lí có thể kiểm soát tuy nhiên dễ tái phát, phụ thuộc rất lớn vào khả năng tuân thủ điều trị của người bệnh cũng như sự phối hợp của thầy thuốc và người bệnh/người nhà đặc biệt trên đối tượng trẻ nhỏ chưa có khả năng tuân thủ đúng phác đồ điều trị. Mục tiêu điều trị của bệnh là loại trừ tác nhân gây bệnh, kiểm soát và hạn chế các tổn thương giác mạc, hạn chế biến chứng, từ đó làm giảm triệu chứng cơ năng, cải thiện dấu hiệu lâm sàng. Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả tiến cứu không có nhóm chứng tuy nhiên hạn chế của nghiên cứu là cỡ mẫu chưa đủ lớn, thời gian theo dõi chưa đủ dài. Chúng tôi khuyến nghị cần tiếp tục theo dõi trong thời gian dài hơn với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá hiệu quả điều trị nhóm bệnh này, đặc biệt là khả năng tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Blepharokeratoconjunctivitis (BKC) of Childhood - EyeWiki.**
2. **Loan TLP, Sâm TK, Chi VHV.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm bờ mi kết giác mạc tại Bệnh Viện Mắt Trung Ương. VMJ. 2023;532(1B).
3. **Farpour B, McClellan KA.** Diagnosis and Management of Chronic Blepharokeratoconjunctivitis in Children. Journal of Pediatric Ophthalmology & Strabismus. 2001;38(4):207-212.

4. **Hamada S, Khan I, Denniston AK, Rauz S.** Childhood blepharokeratoconjunctivitis: characterising a severe phenotype in white adolescents. *British Journal of Ophthalmology*. 2012;96(7):949-955.
5. **Al-Hayouti H, Daniel M, Hingorani M, Calder V, Dahlmann-Noor A.** Meibography and corneal volume optical coherence tomography to quantify damage to ocular structures in children with blepharokeratoconjunctivitis. *Acta Ophthalmologica*. 2019;97(7):e981-e986.
6. **Teo L, Mehta JS, Htoon HM, Tan DTH.** Severity of Pediatric Blepharokeratoconjunctivitis in Asian Eyes. *American Journal of Ophthalmology*. 2012;153(3):564-570.e1.
7. **Hammersmith KM, Cohen EJ, Blake TD, Laibson PR, Rapuano CJ.** Blepharokeratoconjunctivitis in Children. *Archives of Ophthalmology*. 2005;123(12):1667-1670.
8. **Gupta N, Dhawan A, Beri S, D'souza P.** Clinical spectrum of pediatric blepharokeratoconjunctivitis. *Journal of American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus*. 2010;14(6):527-529.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA SIÊU ÂM NỘI SOI TRONG CHẨN ĐOÁN U GIST DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Dương¹, Nguyễn Trọng Ngà¹
Trần Đức Cảnh¹, Nguyễn Diệ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi, hình ảnh siêu âm nội soi, các phương pháp can thiệp, kết quả mô bệnh học thu được của các khối u dưới niêm mạc xuất phát từ lớp cơ thành dạ dày có kích thước lớn hơn 2 cm và đánh giá hiệu quả, độ nhạy, độ đặc hiệu của siêu âm nội soi trong chẩn đoán u GIST dạ dày. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang và tiến cứu trên 21 bệnh nhân có u dưới niêm mạc dạ dày phát hiện qua nội soi đường tiêu hoá trên được thực hiện bệnh viện K từ tháng 11/2023 đến 12/2024. Từ những bệnh nhân nội soi phát hiện có u dưới niêm mạc dạ dày có chỉ định thực hiện kỹ thuật siêu âm nội soi chẩn đoán khối u. Chọn ra các khối u xuất phát từ lớp cơ thành dạ dày được chẩn đoán là u GIST hoặc u cơ dạ dày có chỉ định can thiệp sinh thiết hoặc phẫu thuật. Thu thập hình ảnh nội soi, đặc điểm trên siêu âm nội soi và kết quả mô bệnh học đưa vào nghiên cứu. **Kết quả:** Độ tuổi hay gặp nhất của u GIST trên 50 tuổi. Tỷ lệ mắc u GIST ở nam nữ là tương đối đồng đều 1/1. Đau bụng là lý do chính khiến bệnh nhân phải đi khám (chiếm tỷ lệ 80,9%). 71,4 số bệnh nhân đến khám có triệu chứng được chẩn đoán u GIST. Cũng giống các khối u dưới niêm mạc khác tại dạ dày, các khối u GIST có bề mặt nhẵn chiếm đa số 50%. Khối u có lõm trung tâm chiếm tỷ lệ 42,8%. Trong 21 bệnh nhân, 76,1% được chẩn đoán u GIST, 19% là u cơ. Kích thước trung bình của khối u là 32±11 mm (dao động từ 21-52 mm), trong đó 71,5% khối u GIST có kích thước lớn hơn 3 cm. U GIST giảm âm không đồng nhất chiếm 73,3%, đồng nhất chiếm 21,4%. Tăng sinh mạch (85,7%) và nang trống âm (71,4%) là đặc điểm phổ biến của u GIST. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán âm tính, giá trị dự đoán dương tính, độ chẩn đoán chính xác của siêu âm nội soi trong chẩn

đoán u GIST dạ dày lần lượt là: 85%, 66,7%, 66,6%, 87,5% và 85,7%. **Kết luận:** Siêu âm nội soi nên là phương pháp đánh giá hàng đầu được lựa chọn sau nội soi cho các khối u dưới niêm mạc có kích thước lớn hơn 2cm tại dạ dày. Siêu âm nội soi có giá trị chẩn đoán chính xác, chẩn đoán phân biệt cao giữa u GIST và các khối u xuất phát từ lớp cơ thành dạ dày khác.

Từ khóa: u dưới niêm mạc, siêu âm nội soi, GIST.

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF ENDOSCOPIC ULTRASOUND IN THE DIAGNOSIS OF GASTRIC GIST AT K HOSPITAL

Background: This study aims to describe the clinical characteristics, endoscopic images, endoscopic ultrasound images, intervention methods, and histopathological results of submucosal tumors originating from the muscular layer of the stomach with sizes larger than 2 cm, and to evaluate the effectiveness, sensitivity, and specificity of endoscopic ultrasound in diagnosing gastric GIST tumors. **Population and methods:** A prospective cross-sectional study was conducted on 21 patients with gastric submucosal tumors detected through upper gastrointestinal endoscopy at K Hospital from November 2023 to December 2024. Patients who underwent endoscopy and were found to have gastric submucosal tumors with an indication for endoscopic ultrasound (EUS) were selected. Tumors originating from the muscular layer of the gastric wall that were diagnosed as GIST or gastric leiomyoma and had indications for biopsy or surgical intervention were included. Endoscopic images, EUS characteristics, and histopathological results were collected and incorporated into the study. **Results:** The most common age group for GIST tumors is over 50 years old. The incidence of GIST tumors in males and females is relatively equal at 1/1. Abdominal pain is the main reason patients seek medical attention (accounting for 80.9%). 71.4% of patients who come for examination with symptoms are diagnosed with GIST tumors. Similar to other submucosal tumors in the stomach, GIST tumors with smooth surfaces are predominant at 50%. Tumors with central depression

¹Bệnh viện K Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Dương

Email: drphduong@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025