

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

account for 42.8%. Among 21 patients, 76.1% were diagnosed with GIST tumors, 19% with leiomyoma tumors. The average size of tumors was 32 ± 11 mm (ranging from 21-52 mm), with 71.5% of GIST tumors measuring larger than 3 cm. Heterogeneous hypoechoic GIST tumors account for 73.3%, homogeneous ones account for 21.4%. Hypervascular (85.7%) and hypoechoic cysts (71.4%) are common characteristics of GIST tumors. The sensitivity, specificity, negative predictive value, positive predictive value, and diagnostic accuracy of endoscopic ultrasound in diagnosing gastric GIST tumors are: 85%, 66.7%, 66.6%, 87.5%, and 85.7%, respectively. **Conclusion:** EUS should be the primary diagnostic modality following endoscopy for submucosal tumors larger than 2cm in the stomach. EUS provides high diagnostic accuracy and differentiation capability between GIST and other muscular-origin tumors of the gastric wall. **Keywords:** submucosal tumor, endoscopic ultrasound, GIST.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U dưới niêm mạc dạ dày được định nghĩa là các tổn thương, các khối u vào lòng ống tiêu hoá mà niêm mạc phủ phía trên khối u giống với niêm mạc bình thường xung quanh (1).

U dưới niêm mạc dạ dày có thể phát triển từ bất kì lớp nào của thành dạ dày và một số trường hợp u dưới niêm mạc có thể được hình thành do các khối, các tổ chức đè đẩy vào lòng ống tiêu hoá. Đa số các trường hợp u dưới niêm mạc đường tiêu hoá không gây triệu chứng, tuy nhiên trong một số trường hợp khối u có thể gây triệu chứng như đau bụng, nuốt khó, nôn ra máu. Trong một nghiên cứu sớm, tần suất phát hiện u dưới niêm mạc trong nội soi thường quy là 0,36% (2). Nhờ vào sự phát triển, ứng dụng rộng rãi của nội soi trong tầm soát và chẩn đoán, tần suất phát hiện ngày càng tăng và trong một nghiên cứu gần đây tỉ lệ này là 0,76% (3). U dưới niêm mạc đường dạ dày có thể là tổn thương lành tính cũng có thể là tổn thương ác tính ví dụ như u mô đệm đường tiêu hoá (GIST) hoặc là u carcinoid (4).

U GIST hay còn gọi là u mô đệm đường tiêu hóa là một khối u dưới niêm mạc ác tính hay gặp nhất ở đường tiêu hóa (5). U GIST là khối u trung mô của đường tiêu hóa có nguồn gốc từ tế bào ở thành ống tiêu hóa hay tế bào Cajal. Bệnh chiếm khoảng 0,2% các bệnh lý đường tiêu hóa, với tỷ lệ mắc bệnh khoảng 1,5/100.000 dân. Theo thống kê, hàng năm tại Hoa Kỳ có khoảng 5000 ca mới mắc.

Trong thời gian qua tại bệnh viện K số bệnh nhân đến khám và đánh giá u dưới niêm mạc đường tiêu hoá trên nhằm mục đích chẩn đoán u GIST ngày một tăng lên. Khoa Nội soi- thăm dò chức năng đã được trang bị hệ thống nội soi siêu

âm của hãng OLYMPUS nhằm hướng tới hiệu quả trong công tác chẩn đoán chính xác u dưới niêm mạc đường tiêu hoá trên, giúp các bác sĩ lâm sàng đưa ra các phương án theo dõi và điều trị phù hợp với từng loại u dưới niêm mạc khác nhau.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

✦ Từ tháng 11 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024, 21 bệnh nhân được chẩn đoán có khối u dưới niêm mạc dạ dày qua nội soi và kích thước khối lớn hơn 2 cm. Bệnh nhân được thực hiện siêu âm nội soi đánh giá là khối u xuất phát từ lớp cơ thành dạ dày và có kết quả giải phẫu bệnh sau can thiệp tại khoa Thăm dò chức năng bệnh viện K.

✦ Quy trình nghiên cứu: 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.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

✦ **Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu

✦ **Cỡ mẫu nghiên cứu:** mẫu thuận tiện

✦ **Xử lý số liệu:** Các thông tin thu thập được mã hóa, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

✦ **Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành dưới sự đồng thuận, đảm bảo quyền lợi và sức khoẻ bệnh nhân. Các thông tin được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và lý do đi khám của bệnh nhân

Bảng 3.1: Tuổi và giới (n=21)

Giới Tuổi	Nam (n=12)		Nữ (n=9)		Tổng (n=21)	
	SL	%	SL	%	SL	%
≤ 20 tuổi	1	8,3	1	11,1	2	9,5
20- 50 tuổi	4	33,3	2	22,2	6	28,6
> 50 tuổi	7	58,4	5	77,7	13	61,9

Nhận xét: Từ bảng 3.1 cho ta thấy: độ tuổi chiếm tỷ lệ lớn nhất là bệnh nhân trên 50 tuổi có 13 BN chiếm 61,9%; thấp nhất là 2 bệnh nhân dưới 20 tuổi chiếm 3,1%. Phân bố nhóm tuổi nam nữ khá là tương đồng. 57,4 % bệnh nhân là nam giới (12 bệnh nhân) cao gấp 1,2 lần tỉ lệ bệnh nhân là nữ giới (42,6%; 9 bệnh nhân).

Bảng 3.2: Lý do khám bệnh

Triệu chứng	Số lượng	Phần trăm
Không có triệu chứng	8	38%
Đau bụng	10	47,6%
Nôn, buồn nôn	1	1,5%
Có từ hai triệu chứng trở lên	2	4,9%
Tổng	21	100%

Nhận xét: - Bệnh nhân đi khám vì đau bụng chiếm tỉ lệ cao nhất (10 bệnh nhân, chiếm 80,9%).

- Nôn và buồn nôn là triệu chứng hay gặp thứ hai chiếm tỉ lệ 1,5 %. Trong đó có 3 bệnh nhân có cả hai triệu chứng trên chiếm tỉ lệ 4,9%.

- Bệnh nhân không triệu chứng chiếm 38% (8 bệnh nhân).

3.2 Đặc điểm trên hình ảnh nội soi

Bảng 3.3: Hình thái bề mặt khối u trên nội soi

Hình thái bề mặt trên nội soi	Số lượng	Tỷ lệ %
Bề mặt nhẵn	15	71,4%
Có lõm	5	7,9%
Có loét	1	1,7%
Tổng	21	100%

Nhận xét: Phần lớn các khối u dưới niêm mạc có bề mặt nhẵn chiếm 71,4%. Bề mặt có loét hoặc lõm chiếm lần lượt 1,7 và 7,9%.

3.3. Đặc điểm khối u trên siêu âm nội soi

Bảng 3.4: Đặc điểm khối u trên siêu âm nội soi

Đặc điểm trên siêu âm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Đồng nhất	10	47,7
Không đồng nhất	11	52,3
Ranh giới		
Rõ	8	38,1%
Không rõ ràng	13	61,9%
Đặc điểm về siêu âm nội soi		
Khối u nhiều thùy	5	23,8%
Vôi hóa	8	38%
Có nang	11	52,3%
Tăng sinh mạch	10	47,6

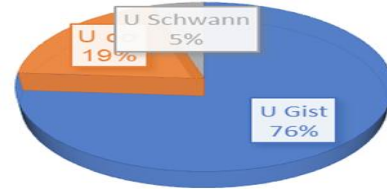
Nhận xét: Về đặc điểm tính chất âm của khối u thì những khối u có tính chất giảm âm chiếm tỉ lệ 52,3% (11 bệnh nhân). Còn lại là những khối u dạng hỗn hợp âm chiếm tỉ lệ 47,7%. Về ranh giới của khối u thì khối u có ranh giới không rõ chiếm 61,9% (13 bệnh nhân), các khối u có ranh giới rõ ràng chỉ chiếm 38,1% còn lại (8 bệnh nhân).

Bảng 3.5: Phương pháp can thiệp chẩn đoán mô bệnh học

Phương pháp	Số lượng	Phần trăm
Mở niêm mạc sinh thiết	5	23,8%
EUS- FNA/B	4	19,1%
Phẫu thuật	12	57,1%

Nhận xét: Các khối u được can thiệp phẫu thuật chiếm tỉ lệ 57,1% (12 bệnh nhân). 5 bệnh nhân được mở niêm mạc sinh thiết khối u chiếm tỉ lệ 23,8% và 4 bệnh nhân được sinh thiết qua siêu âm nội soi.

KẾT QUẢ MÔ BỆNH HỌC



Biểu đồ 3.1: Kết quả mô bệnh học thu được sau can thiệp

Nhận xét: Kết quả mô bệnh học thu được sau can thiệp, các khối u được xác định chẩn đoán là GIST chiếm 76,1% (16 bệnh nhân). Chỉ có 4 trường hợp chẩn đoán là u cơ chiếm tỉ lệ 19% và 1 bệnh nhân có kết quả là schwannoma chiếm tỉ lệ 4,9%.

Bảng 3.6: Liên quan giữa kích thước và tính chất khối u

Kích thước khối u	Giá trị (mm)
Khối u lớn nhất	52 mm
Khối u nhỏ nhất	21 mm
Kích thước trung bình	32±11 mm

Nhận xét: Phần lớn u GIST đánh giá có kích thước lớn hơn 3 cm chiếm tỉ lệ 71,5% (10 bệnh nhân). Các khối u từ 2 đến 3 cm chỉ chiếm 28,5% (4 bệnh nhân)

Bảng 3.7: Liên quan giữa đặc điểm trên siêu âm nội soi với tính chất khối u

Hình thái siêu âm	U cơ		U GIST	
	Số bệnh nhân	Tỉ lệ	Số BN	Tỷ lệ
Tính chất âm				
Đồng nhất	6	100%	3	21,4
Không đồng nhất	0		11	73,3
Ranh giới				
Rõ	5	66,7	2	14,2
Không rõ	1	33,3	12	85,8
Đặc điểm âm trên siêu âm nội soi				
Tăng sinh mạch	1	16,7	9	64,3
Nang trống âm	0	0	12	85,7
Nhiều thùy múi	2	33,3	3	21,4
Vôi hóa	2	33,3	6	42,8

Nhận xét:

- Phần lớn các khối u GIST là các khối giảm âm không đồng nhất chiếm tỉ lệ 73,3%.

- Các khối u GIST ranh giới rõ chỉ chiếm 14,2% (2 bệnh nhân), còn lại 85,8% là ranh giới không rõ ràng

- Tăng sinh mạch và nang trống âm là hai hình thái hay gặp nhất trong khối u GIST chiếm tỉ lệ 85,7 và 71,4%.

- Các đặc điểm hình ảnh như vôi hóa, nhiều thủy mủi gặp ít hơn và cùng gặp cả trong khối u cơ lạnh tính.

3.4. Giá trị của siêu âm nội soi trong chẩn đoán u GIST đường tiêu hóa

Bảng 3.8: Giá trị của SANS trong chẩn đoán u GIST

		Sinh thiết- Phẫu thuật- EUS- FNAB- Mô bệnh học		Tổng
		U GIST	Không phải U GIST	
SANS	U GIST	16	3	19
	Không phải u GIST	5	1	6
	Tổng	21	4	25

Nhận xét:

Giá trị của SANS trong chẩn đoán u GIST dạ dày với tiêu chuẩn vàng là kết quả sinh thiết, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, mô bệnh học sau phẫu thuật và chẩn đoán cuối cùng:

- Độ nhạy: 85%
- Độ đặc hiệu: 66,67%
- Giá trị dự đoán dương tính: 87,5%
- Giá trị dự đoán âm tính: 66,6%
- Độ chẩn đoán chính xác: 85,7%

IV. BÀN LUẬN

Trong các bệnh lý ác tính, tuổi và giới tính là yếu tố quan trọng giúp tiên lượng bệnh và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp. Nghiên cứu của chúng tôi trên 21 bệnh nhân cho thấy người trên 50 tuổi chiếm hơn 60%, cao gấp 3 lần nhóm dưới 50 tuổi. Kết quả này phù hợp với đặc điểm phát triển từ từ của khối u GIST có nguy cơ ác tính thấp, thường được phát hiện tình cờ khi khám tổng quát. Nghiên cứu của chúng tôi gần giống với nghiên cứu của Kyong-Mee Kim và các cộng sự (6) trên 700 bệnh nhân u GIST tại Hàn Quốc cũng cho thấy 67% (535 bệnh nhân) trên 50 tuổi, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Markku Miettinen và cộng sự (7).

Về giới tính, tỉ lệ nữ/nam là 2,7/1 với 10 bệnh nhân nữ (71,5%) và 4 bệnh nhân nam (28,5%). Nhiều nghiên cứu cũng đã xác nhận tỉ lệ nữ giới cao hơn trong nghiên cứu của Vaicekauskas R (8) có 74,1% số bệnh nhân có u GIST là nữ giới.

Triệu chứng chính khiến bệnh nhân đi khám là đau bụng (47,6%), buồn nôn và nôn (1,5%), hoặc cả hai triệu chứng (4,9%). Đáng chú ý, 38% bệnh nhân không triệu chứng được phát

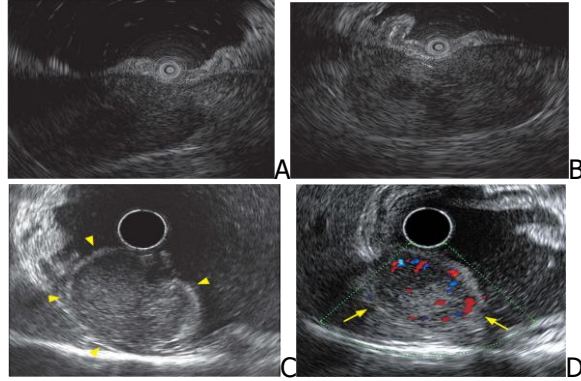
hiện tình cờ. Nghiên cứu của chúng tôi có khác biệt đôi chút với nghiên cứu của các tác giả khác khi mà triệu chứng đau bụng chiếm tỉ lệ lớn hơn khoảng 70% số các trường hợp đi khám. Các triệu chứng của u dưới niêm mạc hay u GIST ở giai đoạn đầu thường không đặc hiệu, dễ nhầm với viêm dạ dày, viêm loét thoáng qua. Khi khối u phát triển kích thước lớn gây cản trở lưu thông đường tiêu hóa hoặc kèm theo có loét, xuất huyết thì các triệu chứng lâm sàng có thể rõ ràng và nhiều hơn. Theo nghiên cứu của tác giả Nishida T và cộng sự (9) đau cũng là triệu chứng chính hay gặp ở các khối u GIST, cũng trong nghiên cứu này, đau bụng là triệu chứng chiếm > 50% lí do đi khám của bệnh nhân.

Về hình thái bề mặt khối u, 71,4% khối u có bề mặt nhẵn chiếm đa số, 1,7% có loét và 7,9% có lõm, điều này giúp phân biệt với u cơ và mô tụy lạc chỗ. Kích thước trung bình của tổn thương trên 21 bệnh nhân nghiên cứu là 32±11 mm, lớn nhất 52 mm và nhỏ nhất 21 mm. Phần lớn các khối u GIST (71,5%) có kích thước lớn hơn 3 cm.

Ngày nay mặc dù có nhiều phương pháp chẩn đoán hình ảnh học không xâm lấn hỗ trợ các bác sĩ trong công việc chẩn đoán các hình thái u dưới niêm mạc, siêu âm nội soi vẫn là phương pháp được lựa chọn thứ hai sau nội soi giúp chẩn đoán chính xác đặc điểm và tính chất của các hình thái u dưới niêm mạc dạ dày nhất là với u GIST. Trong 21 bệnh nhân, 16 bệnh nhân (76,1%) được chẩn đoán xác định là u GIST, 4 bệnh nhân (19%) là u cơ. Về đặc điểm âm trên siêu âm nội soi, 73,3% u GIST có tính chất giảm âm không đồng nhất, 21,4% có tính đồng nhất. Phần lớn các khối u cơ đều là các khối giảm âm đồng nhất. Về ranh giới thì chỉ 14,2% u GIST có ranh giới rõ, 85,8% có ranh giới không rõ ràng, cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Rolanda và cộng sự (8). Bên cạnh những yếu tố như là tính chất âm và ranh giới tổn thương, nhiều nhóm tác giả đã đưa ra hình thái tính chất bên trong khối u trên siêu âm giúp các bác sĩ định hướng đến chẩn đoán nguy cơ ác tính của khối u bao gồm: tăng sinh mạch, chia nhiều thùy, có nang trống âm, vôi hóa (10). Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tăng sinh mạch và nang trống âm là hai hình thái về âm hay gặp nhất trong khối u GIST chiếm tỉ lệ lần lượt là 85,7 và 71,4%. Các đặc điểm như vôi hóa, nhiều thủy mủi gặp ít hơn và cũng gặp cả trong khối u cơ lạnh tính.



Hình 1: Sinh thiết khối u bằng phương pháp mở niêm mạc



Hình 2: Một số đặc điểm nội soi siêu âm giúp hướng tới u GIST

A: Khối U GIST dạ dày xuất phát từ lớp cơ trên hình ảnh siêu âm nội soi

B: Hình ảnh nang trắng âm trong khối u GIST dạ dày

C: Hình ảnh vỏ tăng âm trên siêu âm nội soi giúp hỗ trợ trong chẩn đoán U GIST

D: Hình ảnh tăng sinh mạch trong khối u GIST dạ dày

V. 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wiech T, Walch A, Werner M. Histopathological classification of nonneoplastic and neoplastic gastrointestinal submucosal lesions. *Endoscopy* 2005; 37: 630–4
2. Hedenbro JL, Ekelund M, Wetterberg P. Endoscopic diagnosis of sub- mucosal gastric lesions. The results after routine endoscopy. *Surg Endosc* 1991;5:20-23.
3. Lim YJ, Son HJ, Lee JS, et al. Clinical course of subepithelial lesions detected on upper gastrointestinal endoscopy. *World J Gastroenterol* 2010;16:439-444.
4. Chak A. EUS in submucosal tumors. *Gastrointest. Endosc.* 2002; 56: S43–8.
5. Hwang JH, Saunders MD, Rulyak SJ, et al. A prospective study comparing endoscopy and EUS in the evaluation of GI subepithelial masses. *Gastrointest Endosc* 2005;62:202-8.
6. Kim KM, Kang DW, Moon WS, et al. Gastrointestinal Stromal Tumor Committee; Korean Gastrointestinal Pathology Study Group. Gastrointestinal stromal tumors in Koreans: It's incidence and the clinical, pathologic and immunohistochemical findings. *J Korean Med Sci.* 2005;20:977–84.
7. Miettinen M, Majidi M, Lasota J. Pathology and diagnostic criteria of gastrointestinal stromal tumors (GISTs): A review. *Eur J Cancer.* 2002;38(Suppl 5):S39–51
8. Vaicekauskas R, Urbonienė J, Stanaitis J, Valantinas J. Evaluation of Upper Endoscopic and Endoscopic Ultrasound Features in the Differential Diagnosis of Gastrointestinal Stromal Tumors and Leiomyomas in the Upper Gastrointestinal Tract. *Visc Med.* 2020 Aug;36(4):318-324
9. Nishida T, Kumano S, Sugiura T et al. Multidetector CT of high-risk patients with occult gastrointestinal stromal tumors. *AJR Am. J. Roentgenol.* 2003; 180: 185–9.
10. Palazzo L, Landi B, Cellier C, Cuillerier E, Roseau G, Barbier JP. Endosonographic features predictive of benign and malignant gastrointestinal stromal cell tumours. *Gut.* 2000;46:88-92.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHÔ MẮT Ở NGƯỜI LỚN TUỔI

Trần Khánh Sâm², Vũ Thị Sao¹, Nguyễn Thị Thu Thủy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị khô mắt ở người lớn tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu trên bệnh nhân ≥50 tuổi được chẩn đoán khô mắt tại Bệnh viện Mắt Trung

ương (8/2023-10/2024). Tiến hành các khám nghiệm: khai thác triệu chứng bằng bảng hỏi OSDI, test TBUT, nhuộm bề mặt nhãn cầu; test Schirmer I phân độ MGD; đo chiều cao liềm nước mắt (TMH) và chụp tuyến Meibomius. Điều trị theo phác đồ và đánh giá kết quả điều trị sau 4 tuần, 8 tuần và 12 tuần. **Kết quả:** Nghiên cứu thực hiện trên 70 mắt (35 bệnh nhân), 4 nam và 31 nữ. Triệu chứng cơ năng cải thiện ngay sau 4 tuần điều trị với điểm OSDI trung bình giảm ($p<0,001$). TBUT và tổn hại bề mặt nhãn cầu bắt đầu cải thiện dần sau mỗi đợt điều trị. Chế tiết nước mắt cải thiện chậm với giá trị test Schirmer I tăng sau 12 tuần và TMH tăng sau 8 tuần với $p<0,001$. Tổn thương tuyến Meibomius giảm mức độ nặng sau 8 tuần. Mức độ mất diện tích tuyến Meibomius không

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Khánh Sâm

Email: trankhansam@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025