

BN điều trị nội khoa ổn định, 01 BN truyền máu và 01 BN phải nút mạch; ngoài ra có 01 BN sốt cần thêm kháng sinh. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước, như Kiều Đức Vinh (chảy máu phải nút mạch 0,8%, truyền máu 11,6%)⁴ và Shun Kai Chang (truyền máu 1,4%, sốt 10,6%, nhiễm trùng huyết 1,4%).⁵ Chảy máu vẫn là biến chứng thường gặp nhất trong tán sỏi thận qua da do tổn thương nhu mô thận hoặc mạch máu trong quá trình chọc dò và tán sỏi. Như vậy, tán sỏi thận qua da hầm nhỏ không dẫn lưu thận vẫn được đánh giá là phương pháp an toàn, với tỷ lệ biến chứng thấp và chủ yếu ở mức độ nhẹ, có thể kiểm soát bằng điều trị nội khoa.

V. KẾT LUẬN

Tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ không dẫn lưu thận là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân sỏi thận phức tạp, giúp rút ngắn thời gian nằm viện và giảm nhu cầu giảm đau sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Thiên Phúc, Lê Vũ Chuyên, Cao Mạnh Linh.** Kết quả bước đầu kỹ thuật tán sỏi qua da không mở thận ra da. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2019;3(543):113-119.

2. **Ismail Nalbant, Ufuk Ozturk, Nevzat Can Sener, et al.** The comparison of standard and tubeless percutaneous nephrolithotomy procedures. Int Braz J Urol. 2012;38(6):795 - 801.
3. **Nikoufar P, Hodhod A, Hadi R A, et al.** Safety and efficacy of ambulatory tubeless mini-percutaneous nephrolithotomy in the management of 10-25 mm renal calculi A retrospective study. Canadian Urological Association journal = Journal de l'Association des urologues du Canada. 2024;18(10):341-347.
4. **Kiều Đức Vinh, Trần Các, Trần Đức.** Kết quả phẫu thuật lấy sỏi thận qua da tại bệnh viện 108. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2015;4:111 - 116.
5. **Shun Kai Chang, Ian Seng Cheong, Ming Chin Cheng, et al.** Pressure compression of the cccess tract for tubeless percutaneous nephrolithotomy. Urol Sci. 2015;30:19 - 23.
6. **Wei-Hong Lai, Yeong-Chin Jou, Ming-Chin Cheng, et al.** Tubeless percutaneous nephrolithotomy: Experience of 1000 cases at a single institute. Urological Science. 2017;28:23 - 26.
7. **Bùi Hoàng Thảo.** Kết quả tán sỏi qua da đường hầm nhỏ không dẫn lưu thận: Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà nội; 2019.
8. **Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Nguyễn Tuấn Vinh, Lê Trọng Khôi.** Đánh giá kết quả và độ an toàn của phẫu thuật lấy sỏi qua đường hầm nhỏ trong điều trị sỏi thận đơn giản. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2016;4:38 - 43.

ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC CỦA MẮT U NGUYÊN BÀO VỖNG MẠC ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ CẮT BỎ NHÃN CẦU THỨ PHÁT GIAI ĐOẠN 2018-2022

Nguyễn Bá Việt¹, Nguyễn Thị Thu Hà²,
Phạm Thị Minh Châu³, Hoàng Anh Tuấn³, Hoàng Lê Dung⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm mô bệnh học của các mắt u nguyên bào vồng mạc được điều trị cắt bỏ nhãn cầu thứ phát trong 5 năm (từ 1/2018 đến 12/2022) tại bệnh viện Mắt Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu trên 82 hồ sơ bệnh án tại bệnh viện Mắt Trung Ương của các bệnh nhân được chẩn đoán u nguyên bào vồng mạc điều trị cắt bỏ nhãn cầu thứ phát từ tháng 1/2018 đến 12/2022. **Kết quả:** Số lượng mắt u nguyên bào vồng mạc được cắt bỏ nhãn cầu thứ phát tăng dần (2018 có 15 mắt, 2019 có 9 mắt, 2020 có 15 mắt, 2021 có 21 mắt, 2022 có 22

mắt). Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 12,76 ±13,81 tháng. Tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 48,8% và 51,2%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu 82 mắt gồm 1 mắt u xuất ngoại hốc mắt, 7 mắt nhóm D và nhiều nhất nhóm E với 75 mắt (91,4%). Kích thước khối u trung bình là 10,02 ± 2,75mm, phần lớn các mắt có kích thước <15mm (98,6%) do đã được điều trị hóa chất trước. Các trường hợp có yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao chiếm tỷ lệ 47,5%, trong đó: xâm nhập hắc mạc (19,5%), xâm nhập bán phần trước (19,5%), xâm nhập thị thần kinh sau lá sàng (18,3%) nhưng không có trường hợp có tế bào u tại diện cắt. Phần lớn u phát triển theo hướng hỗn hợp 57/82 mắt (69,5%). Có 22% không xác định độ biệt hóa của u. Không có mối liên quan giữa kích thước khối u và yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao. Ở nhóm điều trị hóa chất ≤ 6 đợt, khả năng có yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao ít hơn chiếm 42,4% trong khi nhóm điều trị hóa chất > 6 đợt có yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao chiếm 75% (khác biệt có ý nghĩa thống kê). **Kết luận:** Do việc phát triển các phương pháp điều trị u nguyên bào vồng mạc với phối hợp hóa chất và điều trị tại mắt, cắt bỏ nhãn cầu thứ phát đang tăng dần. Có sự thay đổi về một số đặc

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

³Bệnh viện Mắt Trung Ương

⁴Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc Gia

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Việt

Email: nguyentruongbaviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2025

Ngày duyệt bài: 30.9.2025

điểm mô bệnh học nhưng vẫn chứng minh được không có bất lợi hay xâm lấn sâu và rộng do trì hoãn điều trị cắt bỏ nhãn cầu nguyên phát.

Từ khóa: U nguyên bào võng mạc, cắt bỏ nhãn cầu thứ phát, yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao

SUMMARY

HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SECONDARY ENUCLEATION IN RETINOBLASTOMA PATIENTS 2018–2022

Objective: To describe the histopathological characteristics of retinoblastoma that secondary enucleation over a 5-year period (from January 2018 to December 2022) at the Vietnam National Eye Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective study was conducted on 82 medical records of patients diagnosed with retinoblastoma who underwent secondary enucleation from January 2018 to December 2022 at the Vietnam National Eye Hospital. **Results:** The number of secondary enucleation retinoblastoma increased gradually over the years (15 eyes in 2018, 9 eyes in 2019, 15 eyes in 2020, 21 eyes in 2021, and 22 eyes in 2022). The mean age of patients was 12.76 ± 13.81 months. The proportions of male and female patients were 48.8% and 51.2%, respectively, with no statistically significant difference. Among the 82 secondary enucleation retinoblastomas, there were 1 eyes extrorbital, 7 eyes group D, and the majority was 91.4% group E (75 eyes). The mean tumor size was 10.02 ± 2.753 mm. Due to chemoreduction, almost tumors (98.6%) that were in the group ≤ 15 mm. High-risk histopathological features were observed in 47.5% of cases, including choroidal invasion (19.5%), anterior segment invasion (19.5%), and post-laminar optic nerve invasion (18.3%). However, no tumor cells were found at the cutting surface. Most tumors exhibited a mixed growth pattern, found in 57 out of 82 eyes (69.5%). There were 22% of difficulties determined by histopathological characteristics. There was no correlation between tumor size and the presence of high-risk histopathological features. In the group receiving ≤ 6 cycles of chemotherapy, the rate of high-risk histopathological features was lower at 42.4%, while in the group receiving > 6 cycles, this rate was significantly higher at 75% (a statistically significant difference). **Conclusion:** With the advancement of retinoblastoma treatment methods, combining chemotherapy with focal therapies, the number of secondary enucleations has increased. Although there have been changes in some histopathological characteristics, there is no evidence of unfavorable or extraocular invasion caused by delaying primary enucleation.

Keywords: Retinoblastoma, Secondary Enucleation, High-risk histopathological.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên bào võng mạc (UNBVM) là khối u nội nhãn ác tính hay gặp trẻ em¹, thường gặp trẻ dưới 5 tuổi với tỷ lệ 95%^{2,3}. Nếu không được điều trị, khối u sẽ phát triển nhanh, phá hủy nhãn cầu và xâm lấn tổ chức hốc mắt, thị thần

kinh đồng thời có thể di căn qua đường máu gây tử vong cho trẻ^{4,5}.

Trước đây, điều trị u nguyên bào võng mạc tại Việt Nam chủ yếu là cắt bỏ nhãn cầu (CBNC) nguyên phát mục đích để giữ tính mạng cho trẻ. Từ 10 năm trở lại đây, phân loại quốc tế về UNBVM nội nhãn cùng với sự phát triển về phác đồ điều trị bao gồm hóa chất toàn thân và hoặc hóa chất nội động mạch mắt đã được áp dụng trong điều trị tại Việt Nam đã gia tăng tỷ lệ điều trị bảo tồn nhãn cầu. Tuy nhiên, vẫn có các trường hợp điều trị bảo tồn thất bại, buộc phải thực hiện cắt bỏ nhãn cầu thứ phát để giữ tính mạng cho trẻ.

Cắt bỏ nhãn cầu thứ phát sau thất bại của điều trị bảo tồn hoặc sau điều trị hóa chất toàn thân giúp giảm hoạt tính trong trường hợp khối u nhóm E có biến chứng (tăng nhãn áp, viêm tổ chức hốc mắt, xâm lấn thị thần kinh...) hoặc xuất ngoại dẫn đến sự thay đổi về đặc điểm, tính chất và xâm nhập tế bào u trên mô bệnh học (MBH). Đặc biệt là các đặc điểm mô bệnh học nguy cơ cao của UNBVM quyết định điều trị hóa chất hậu phẫu và giảm tỷ lệ tái phát hốc mắt. Tuy nhiên tại Việt Nam, nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của UNBVM cắt bỏ nhãn cầu thứ phát chưa được báo cáo. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: "Đặc điểm mô bệnh học của các mắt u nguyên bào võng mạc được điều trị cắt bỏ nhãn cầu thứ phát giai đoạn 2018-2022" với mục tiêu: *Nhận xét đặc điểm mô bệnh học của u nguyên bào võng mạc được điều trị cắt bỏ nhãn cầu thứ phát giai đoạn 2018-2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu và thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu trên các hồ sơ bệnh án tại bệnh viện Mắt Trung Ương của các bệnh nhân được chẩn đoán UNBVM điều trị cắt bỏ nhãn cầu thứ phát trong 5 năm từ tháng 1/2018 đến 12/2022.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả hồ sơ bệnh án của bệnh nhân UNBVM được phẫu thuật cắt bỏ nhãn cầu có kết quả mô bệnh học.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các hồ sơ không đủ thông tin để đánh giá về các tiêu chí lâm sàng và mô bệnh học
- Các bệnh nhân UNBVM cắt bỏ nhãn cầu nguyên phát (chưa điều trị tại chỗ và hóa chất)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi phân tích hồi cứu trong vòng 5 năm tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2022 với 82 bệnh nhân tương ứng với 82 mắt UNBVM có chỉ định

phẫu thuật cắt bỏ nhãn cầu thứ phát. Các mắt này đều được điều trị hóa chất toàn thân 2-6 đợt và được cắt bỏ nhãn cầu thứ phát do thất bại của bảo tồn nhãn cầu hoặc sau khi hóa chất toàn thân giúp giảm hoạt tính phát triển u trong trường hợp khối u nhóm E có biến chứng (tăng nhãn áp, viêm tổ chức hốc mắt, xâm lấn thị thần kinh...) hoặc xuất ngoại hốc mắt.

3.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân

3.1.1. Đặc điểm về giới tính: Trong nghiên cứu này có 42 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 51,2% và 40 bệnh nhân là nam chiếm tỷ lệ 48,8%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,007$.

3.1.2. Đặc điểm về nhóm tuổi và hình thái mắt bị bệnh

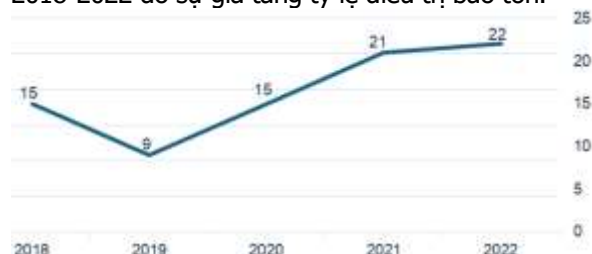
Bảng 3.1. Đặc điểm về nhóm tuổi và hình thái mắt bị bệnh

Hình thái	Một mắt		Hai mắt		Tổng
Nhóm tuổi	n(BN)	%	n(BN)	%	n(BN)
≤ 12 tháng	19	55,9%	41	85,4%	60
13 tháng – 24 tháng	10	29,4%	5	10,4%	15
> 24 tháng	5	14,7%	2	4,2%	7
Tuổi trung bình	12,89 ±13,86		13,01 ±14,01		12,76 ±13,81

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân được cắt bỏ nhãn cầu thứ phát là 12,76 ± 13,81 tháng. Trong nhóm bệnh nhân hình thái một mắt, tuổi trung bình là 12,89 ± 13,86 tháng, số bệnh nhân được phẫu thuật CBNC dưới 24 tháng tuổi chiếm 85,3%. Nhóm bệnh nhân hình thái hai mắt (1 mắt CBNC và 1 mắt điều trị bảo tồn) tuổi trung bình là 13,01 ± 14,01 tháng, đa số bệnh nhân hình thái hai mắt CBNC thứ phát dưới 12 tháng tuổi chiếm 85,4%.

3.1.3. Số lượng CBNC thứ phát theo năm

Nhận xét: Trong 5 năm, số lượng mắt CBNC thứ phát năm 2019 là thấp nhất với 9 mắt, và cao nhất năm 2022 với 22 mắt. Số lượng mắt CBNC thứ phát có xu hướng tăng dần trong giai đoạn 2018-2022 do sự gia tăng tỷ lệ điều trị bảo tồn.



Biểu đồ 3.1. Số lượng mắt CBNC thứ phát theo năm

3.1.4. Phân loại nhóm bệnh của mắt UNBVM được cắt bỏ nhãn cầu thứ phát

Bảng 3.2. Phân loại nhóm bệnh của mắt UNBVM được CBNC thứ phát

Phân nhóm	D	E	Xuất ngoại
N (mắt)	7	75	1
%	7,6%	91,4%	1,2%

Nhận xét: Hầu hết các mắt CBNC thứ phát là nhóm E với 75 mắt chiếm 91,4%, nhóm D với chiếm tỷ lệ 7,6% và 1 mắt có u xuất ngoại chiếm 1,2%.

3.2. Độ mô học

3.2.1. Kích thước khối u

Bảng 3.3. Phân nhóm kích thước khối u

	≤10mm	10mm-15mm	≥15mm
N (Mắt)	43	38	1
%	52,3	46,3	1,2

Nhận xét: Kích thước khối u trung bình là 10,02 ± 2,753mm. Sau hóa chất, hầu hết các mắt CBNC thứ phát <15mm chiếm tỷ lệ 98,6% trong đó khối u ≤ 10mm và khối u từ 10-15mm chiếm phần lớn với tỷ lệ lần lượt là 46,3% và 52,3%. Hóa trị làm co nhỏ kích thước khối u giúp cho điều trị bảo tồn nhãn cầu hoặc an toàn cho việc cắt bỏ nhãn cầu trong một số trường hợp nhóm E có biến chứng (tế bào u xâm lấn tiền phòng, xâm lấn thị thần kinh, tăng nhãn áp) để giảm phát tán khối u trong quá trình phẫu thuật CBNC.

3.2.2. Hướng phát triển của u



Biểu đồ: 3.2. Hướng phát triển của u

Nhận xét: Các khối u phát triển theo kiểu hỗn hợp chiếm đa số với 57 mắt chiếm 69,5%, kiểu hướng nội và hướng ngoại chiếm tỷ lệ ít hơn lần lượt là 19,5% và 11%.

3.2.3. Đặc điểm độ mô học

Bảng 3.4. Đặc điểm độ mô học của các mắt CBNC thứ phát

Loại biệt hóa	n (mắt)	%
Không biệt hóa	32	39
Kém biệt hóa	17	20,7
Biệt hóa vừa	10	12,2
Biệt hóa cao	5	6,1
Không xác định	18	22

Nhận xét: Ở các bệnh nhân cắt bỏ nhãn cầu thứ phát, nhóm không biệt hóa chiếm tỷ lệ cao nhất 39% tương ứng với 32 mắt, điều này chứng tỏ sự ác tính của tế bào u vẫn còn hoạt tính mạnh sau hóa chất, vì vậy sau hóa trị những trường hợp không kiểm soát được khối u bắt buộc phải cắt bỏ nhãn cầu để bảo tồn tính mạng cho

trẻ. Bên cạnh đó, giống với các khối u nguyên bào khác, UNBVM nhạy cảm với hóa trị, mô u có thể bị hoại tử, hình thành mô liên kết hoặc bị vôi hóa, do đó nhóm không xác định được độ mô học chiếm tỷ lệ lên đến 22% (18 mắt).

3.2.4. Các yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao

Bảng 3.5. Phân loại các trường hợp có yếu tố MBH cao

Đặc điểm		n(mắt)	%
Không xâm nhập		42	51,2
Có	Xâm nhập bán phần trước	16	19,5
	Xâm nhập hắc mạc thành đám	16	19,5
	Xâm nhập củng mạc	5	6,1
	Xâm nhập thị thần kinh sau lá sàng	15	18,3

Nhận xét: Các trường hợp có yếu tố nguy cơ trên MBH chiếm tỷ lệ 47,5%. Các trường hợp yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao hầu hết đòi hỏi điều trị bổ trợ sau cắt bỏ nhãn cầu nhằm giảm tỷ lệ tái phát hốc mắt và di căn để kéo dài sự sống cho trẻ. Trong đó xâm nhập bán phần trước và xâm nhập hắc mạc thành đám chiếm tỷ lệ cao đều là 19,5%. Xâm nhập thị thần kinh sau lá sàng chiếm tỷ lệ 18,3% và xâm nhập củng mạc với 5 trường hợp (6,1%). Việc phát hiện sớm và điều trị ngay giúp thu nhỏ khối u, an toàn trong quá trình phẫu thuật.

3.3. Môi liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học

3.3.1. Môi liên quan giữa kích thước u và yếu tố MBH nguy cơ cao trên nhóm CBNC thứ phát

Bảng 3.6. Môi liên quan giữa kích thước u và yếu tố MBH nguy cơ cao

Yếu tố MBH nguy cơ cao	Có		Không		p	OR (95% CI)
	n (mắt)	%	n (mắt)	%		
Kích thước u						
≤10 mm	33	57,9	14	56	0,05	1,08 (0,42-2,79)
>10 mm	24	42,1	11	44		

Nhận xét: Tỷ lệ có yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao trong nhóm u kích thước >10mm chiếm tỷ lệ 57,9%, cao hơn nhóm kích thước u ≤ 10mm là 42,1%. Không có mối liên hệ rõ rệt giữa kích thước u và yếu tố MBH nguy cơ cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,05.

3.3.2. Môi liên quan giữa số đợt điều trị hóa chất và một số đặc điểm mô bệnh học

Bảng 3.7. Môi liên quan giữa số đợt điều trị hóa chất và đặc điểm mô bệnh học

Đặc điểm	Điều trị hóa chất	≤6 đợt	>6 đợt	p	OR (95% CI)
		n(%)	n(%)		
Độ mô học	Không	28	4	0,2	2,211

	biệt hóa	(42,4)	(25)		(0,645-7,581)
	Có biệt hóa	38 (57,6)	12 (75)		
Yếu tố MBH nguy cơ cao	Không	38 (57,6)	4 (25)	0,019	4,071 (1,187-13,963)

Nhận xét: Tỷ lệ khối u có biệt hóa trên những trường hợp điều trị hóa chất ≤ 6 đợt hoặc >6 đợt có sự khác nhau. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Yếu tố MBH nguy cơ cao có ở nhóm CBNC thứ phát điều trị hóa chất > 6 đợt chiếm tỷ lệ nhiều hơn là 75%. Ở nhóm điều trị hóa chất ≤ 6 đợt, khả năng có yếu tố MBH nguy cơ cao ít hơn chiếm 42,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p = 0,019. Tỷ lệ xuất hiện yếu tố MBH nguy cơ cao ở những mắt điều trị hóa chất > 6 đợt tăng đáng kể. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của quyết định thời điểm phẫu thuật. Nếu sau 6 chu kỳ hóa trị mà khối u không thuyên giảm nên cân nhắc CBNC kịp thời, việc cố gắng kéo dài hóa chất không cải thiện khả năng bảo tồn nhãn cầu mà còn tạo điều kiện cho khối u phát triển.

IV. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu số lượng mắt UNBVM được cắt bỏ nhãn cầu thứ phát tăng dần (2018 có 15 mắt, 2019 có 9 mắt, 2020 có 15 mắt, 2021 có 21 mắt, 2022 có 22 mắt). Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 12,76 ±13,81 tháng. Tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 48,8% và 51,2%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu 82 mắt 7 mắt nhóm D và nhiều nhất nhóm E với 75 (91,4%) và 1 mắt u xuất ngoại hốc mắt. Kích thước khối u trung bình là 10,02 ± 2,753mm, hóa chất làm thoái triển u nên phần lớn các mắt có kích thước <15mm (98,6%). Các trường hợp có yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao chiếm tỷ lệ 47,5%, trong đó xâm nhập hắc mạc (19,5%), xâm nhập bán phần trước (19,5%), thị thần kinh sau lá sàng (18,3%) nhưng không có trường hợp có tế bào tại diện cắt. Phần lớn u phát triển theo hướng hỗn hợp 57/82 mắt (69,5%). Có 22% không xác định độ biệt hóa của u. Không có mối liên quan giữa kích thước khối u và yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao. Ở nhóm điều trị hóa chất ≤ 6 đợt, khả năng có yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao ít hơn chiếm 42,4% trong khi nhóm điều trị hóa chất > 6 đợt có yếu tố mô bệnh học nguy cơ cao chiếm 75% (khác biệt có ý nghĩa thống kê). Do việc phát triển các phương pháp điều trị UNBVM với việc phối hợp hóa chất và điều trị tại mắt, sự gia tăng tỷ lệ điều trị bảo tồn nhãn cầu dẫn tới việc cắt bỏ nhãn cầu thứ phát đang tăng dần. Có các thay đổi về một số đặc điểm mô

bệnh học nhưng vẫn chứng minh được không có bất lợi hay xâm lấn sâu và rộng do trì hoãn điều trị cắt bỏ nhãn cầu nguyên phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chau PTM, Ha NH, Cuong H.** Epidemiology, Clinical Management, and Genetic Counseling of Retinoblastoma in Vietnam. In: Prakash G, Iwata T, eds. *Advances in Vision Research, Volume IV: From Basic to Translational Research — Developing Diagnostics and Therapeutics for Genetic Eye Diseases*. Springer Nature Singapore; 2024:117-130.
2. **Abdelazeem B, Abbas KS, Shehata J, et al.** Survival trends for patients with retinoblastoma

between 2000 and 2018: What has changed? *Cancer Med.* 2022;12(5):6318-6324.

3. **Atima MO, Idakwo U, Komolafe O, et al.** Presentation pattern and survival rate of retinoblastoma following chemotherapy: a prospective study. *BMC Pediatr.* 2023;23:538.
4. **Ancona-Lezama D, Dalvin LA, Shields CL.** Modern treatment of retinoblastoma: A 2020 review. *Indian J Ophthalmol.* 2020;68(11):2356-2365.
5. **Wang L, Chen J, Shen Y, et al.** Incidence, mortality, and global burden of retinoblastoma in 204 countries worldwide from 1990 to 2021: Data and systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2021. *Neoplasia.* 2024;60:101107.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ MÁU TỤ NGOÀI MÀNG CỨNG TRÊN LỀU CẤP TÍNH DO CHẤN THƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Phạm Trọng Nam^{1,2}, Hoàng Kim Tuấn¹, Phạm Xuân Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị máu tụ ngoài màng cứng trên lều do chấn thương từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2024 tại bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 66 hồ sơ bệnh nhân được chẩn đoán xác định tụ máu ngoài màng cứng trên lều trong khoảng thời gian trên, được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An. Các kết quả chính bao gồm: đặc điểm phẫu thuật (kỹ thuật mổ, máu truyền, nguồn chảy máu), kết quả sau mổ (biến chứng, thời gian nằm viện...); so sánh tri giác tại thời điểm trước mổ và lúc ra viện, so sánh điểm chức năng thần kinh theo thang điểm GOS tại các thời điểm 1 và 3 tháng sau phẫu thuật và 1 số yếu tố liên quan. **Kết quả:** 81,2% mở nắp sọ lấy máu tụ + ghép lại mảnh xương sọ; Nguồn chảy máu đa số từ đường vỡ xương (84,8%); 50% không truyền máu trong mổ. Kết quả sau mổ: Thở máy >48h ở 34,8% trường hợp; biến chứng thường gặp nhất là phù não (15,2%); Thời gian nằm viện trung bình 13,9; đa số từ 7-14 ngày (63,6%). Tri giác lúc ra viện cải thiện so với trước mổ (13,9 so với 10,5; $p<0,001$); tỷ lệ bệnh nhân GOS V tại các thời điểm 1 tháng và 3 tháng lần lượt là 16,7% và 50,0%. 1 bệnh nhân tử vong tại thời điểm 3 tháng sau PT (1,5%). Sự cải thiện rõ về chức năng thần kinh ở thời điểm 3 tháng so với 1 tháng là có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$). Điểm GCS thấp (≤ 12) trước mổ, đề dấy đường giữa >10mm và thời gian thở máy >48h có liên quan mức phục hồi chức năng thần kinh kém hơn ở

thời điểm 1 tháng. Tại thời điểm 3 tháng, chỉ có yếu tố điểm GCS thấp trước mổ có liên quan đến mức phục hồi thần kinh kém hơn. **Kết luận:** Phẫu thuật lấy máu tụ ngoài màng cứng cho kết quả phục hồi thần kinh tốt với tỷ lệ biến chứng và tử vong thấp. Điểm GCS ban đầu là yếu tố tiên lượng tốt cho hồi phục chức năng dài hạn, nhấn mạnh vai trò then chốt của can thiệp ngoại khoa sớm trước khi tri giác bệnh nhân xấu đi. **Từ khóa:** Chấn thương sọ não, máu tụ ngoài màng cứng, phẫu thuật sọ não.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF ACUTE SUPRATENTORIAL EPIDURAL HEMATOMA FOLLOWING TRAUMATIC BRAIN INJURY AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Background: This study aims to evaluate the surgical outcomes of acute supratentorial EDH at Nghe An General Friendship Hospital from January 2023 to December 2024. **Methods:** We conducted a retrospective cross-sectional study on 66 patients diagnosed with acute supratentorial EDH who underwent surgical evacuation. Key variables included surgical techniques, intraoperative bleeding source, need for blood transfusion, postoperative complications, length of hospital stay, and neurological outcomes. Glasgow Coma Scale (GCS) scores were compared pre- and postoperatively. Functional outcomes were assessed using the Glasgow Outcome Scale (GOS) at 1 and 3 months, and prognostic factors were analyzed. **Results:** Craniotomy with bone flap replacement was performed in 81.2% of cases. The bleeding source was most commonly from skull fractures (84.8%). No intraoperative blood transfusion was required in 50% of patients. Mechanical ventilation >48 hours was needed in 34.8%. The most frequent complication was cerebral edema (15.2%). Average hospital stay was 13.9 days, with 63.6% discharged between days 7–14. GCS scores improved significantly from 10.5 preoperatively to 13.9 at

¹Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Trọng Nam

Email: phamtrọngnam.pttk@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 01.10.2025