

5. **Mei H, Pu J, Yang C, Zhang H, Zheng L, Tong Q.** Laparoscopic versus open pyeloplasty for ureteropelvic junction obstruction in children: a systematic review and meta-analysis. *J Endourol.* 2011;25(5):727-36.
6. **Song C, Park H, Park S, Moon KH, Kim KS.** The change in renal function in the supranormal hydronephrotic kidney after pyeloplasty. *BJU Int.* 2007;99(6):1483-6.
7. **Caione P, Lais A, Nappo SG.** One-port retroperitoneoscopic assisted pyeloplasty versus open dismembered pyeloplasty in young children: preliminary experience. *J Urol.* 2010;184(5):2109-15.
8. **Lima M, Tursini S, Ruggeri G, Gargano T, Libri M, Domini M.** One trocar assisted pyeloplasty (OTAP): initial experience and codification of a technique. *Pediatr Med Chir.* 2007;29(2):108-11.
9. **Bansal R, Ansari MS, Srivastava A, Kapoor R.** Long-term results of pyeloplasty in poorly functioning kidneys in the pediatric age group. *J Pediatr Urol.* 2012;8(1):25-8.
10. **Chertin B, Pollack A, Koulikov D, Rabinowitz R, Shen O, Hain D, et al.** Does renal function remain stable after puberty in children with prenatal hydronephrosis and improved renal function after pyeloplasty? *J Urol.* 2009;182(4 Suppl):1845-8.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT BÀN CHÂN BỆT BẰNG ỐC NÂNG KHỚP DƯỚI SÊN

Trương Hoàng Vĩnh Khiêm¹, Đỗ Phước Hùng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nâng khớp dưới sên với ốc chẹn là phương pháp xâm lấn tối thiểu, được ghi nhận mang lại hiệu quả cao trong điều trị bàn chân bẹt. Tuy nhiên chưa có tổng kết đánh giá của loại phẫu thuật này trên người Việt Nam xem liệu có phù hợp hay không? **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật bàn chân bẹt vô căn có triệu chứng bằng ốc nâng khớp dưới sên tại các thời điểm trước mổ, sau mổ 6 tuần và lần tái khám sau cùng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** thực hiện nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, quan sát 11 bệnh nhân dưới 16 tuổi, bị bàn chân bẹt có triệu chứng không đáp ứng với điều trị bảo tồn được phẫu thuật bằng ốc nâng khớp dưới sên. **Kết quả:** Góc xương sên-xương bàn 1 trên phim thẳng (T1M) sau mổ trung bình là $2.67 \pm 0.40^\circ$ so với trước mổ là $32.07 \pm 2.08^\circ$. Góc sên-ghe trước mổ (APTN) sau mổ trung bình $12.54 \pm 0.76^\circ$ so với trước mổ là $23.29 \pm 1.11^\circ$. Độ không che phủ xương sên-xương ghe (TNU) trước mổ ở mức trung bình và nặng lần lượt là 45.5% và 54.5%, trong khi TNU sau mổ chỉ ở mức nhẹ và bình thường lần lượt là 36.4% và 63.6%. Góc Meary (MA) sau mổ trung bình của toàn cỡ mẫu $7.7 \pm 0.32^\circ$ so với trước mổ là $23.3 \pm 1.28^\circ$. Góc nghiêng xương gót (CP) sau mổ trung bình của toàn cỡ mẫu $15.62 \pm 1.02^\circ$ so với trước mổ là $11.32 \pm 0.95^\circ$. Góc sên gót bình diện nghiêng (LTC) sau mổ trung bình của toàn cỡ mẫu $41.27 \pm 0.76^\circ$, so với trước mổ là $46.1 \pm 6.89^\circ$. Độ nghiêng xương sên (TD) sau mổ trung bình của toàn cỡ mẫu là $17.91 \pm 0.91^\circ$, so với trước mổ là $30.17 \pm 3.79^\circ$. Điểm AOFAS trung bình sau mổ 90.55 ± 2.54 , nhỏ nhất 85, lớn nhất 95. So với trước mổ là 69.95 ± 2.21 . **Kết luận:**

Điều trị bàn chân bẹt bằng ốc nâng khớp dưới sên là một phẫu thuật ít xâm lấn, tỉ lệ biến chứng thấp, mang lại hiệu quả cải thiện về lâm sàng và cấu trúc tương quan giải phẫu trên hình ảnh học X quang.

Từ khóa: bàn chân bẹt, AOFAS, vít chẹn nâng khớp dưới sên, hàn khớp dưới sên.

SUMMARY

RESULTS OF FLATFOOT TREATMENT WITH A SUBTALAR SCREW

Background: Subtalar arthrodesis with a screw is a minimally invasive surgical technique that is recognized as highly effective in the treatment of flatfoot. However, there has not been a comprehensive summary or evaluation of this technique in the Vietnamese population to determine its suitability. **Objective:** To evaluate the results of surgical treatment for symptomatic idiopathic flatfoot using a subtalar screw at the time points of pre-surgery, 6 weeks post-surgery, and the final follow-up examination. **Methods and materials:** This study used a descriptive case series design, observing 11 patients under 16 years of age with symptomatic flatfoot who had failed non-operative treatment and subsequently underwent subtalar arthrodesis surgery using a screw. **Results:** The mean Talo-First Metatarsal Angle on AP view (T1M) was $2.67 \pm 0.40^\circ$ post-surgery, compared to $32.07 \pm 2.08^\circ$ pre-surgery. The mean Anteroposterior Talonavicular Coverage Angle (APTN) post-surgery was $12.54 \pm 0.76^\circ$ compared to $23.29 \pm 1.11^\circ$ pre-surgery. Preoperative Talonavicular Uncoverage (TNU) was categorized as moderate and severe at 45.5% and 54.5%, respectively, while postoperative TNU was categorized as mild and normal at 36.4% and 63.6%, respectively. The Meary's Angle (MA) post-surgery was $7.7 \pm 0.32^\circ$ compared to $23.3 \pm 1.28^\circ$ pre-surgery. The Calcaneal Pitch Angle (CP) was $15.62 \pm 1.02^\circ$ compared to $11.32 \pm 0.95^\circ$ pre-surgery. The mean Lateral Talocalcaneal Angle (LTC) post-surgery was $41.27 \pm 0.76^\circ$, compared to $46.1 \pm 6.89^\circ$ pre-surgery. The mean Talar Declination Angle (TD) was $17.91 \pm 0.91^\circ$,

¹Bệnh viện FV

²Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trương Hoàng Vĩnh Khiêm

Email: truonghkiem@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

compared to $30.17 \pm 3,79^0$ pre-surgery. The mean American Orthopaedic Foot and Ankle Society (AOFAS) score post-surgery was $90.55 \pm 2,54$ (range 85 to 95), which was an improvement compared to the pre-surgery mean of 69.95 ± 2.210 . **Conclusion:** Flatfoot treatment using a subtalar screw is a less invasive surgical procedure with a low risk of complications. Both clinical symptoms and anatomical structures observed on X-ray images showed significant improvement. **Keywords:** flatfoot, AOFAS, subtalar screw, subtalar arthrodesis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàn chân bẹt vô căn thường ít được quan tâm cho đến khi nó có triệu chứng như đau dọc theo cung trong bàn chân, đau tại khớp dưới sên, đau gôi, khó đi bộ đường dài và thậm chí ảnh hưởng tới dáng bộ đòi hỏi có sự can thiệp^{1,2}.

Căn cứ trên các hiểu biết về diễn tiến giải phẫu bệnh, sinh lí bệnh bàn chân bẹt vô căn, Chamber năm 1946³ đã thực hiện phẫu thuật nâng khớp dưới sên với ốc chẹn. Đây được xem là phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, trong đó 1 "stent" hay "ốc" được đặt vào khoang dưới sên với chức năng ngăn cản sự xoay bất thường của xương sên nhằm duy trì được sự tương quan động của các cấu trúc giải phẫu xung quanh. Kể từ đó đến nay có nhiều cải biến để hoàn thiện hơn kĩ thuật này và đem lại kết quả đáng mong đợi^{4,5}.

Hiện tại chưa có nghiên cứu, tổng kết đánh giá của loại phẫu thuật này trên người Việt Nam. Phẫu thuật này có thích hợp trên người Việt nam hay không? trong đó đa số bệnh nhân có thói quen đi chân trần hay mang giày thấp, hiện vẫn chưa có lời giải đáp.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật bàn chân bẹt vô căn có triệu chứng bằng ốc nâng khớp dưới sên tại các thời điểm trước mổ, sau mổ 6 tuần và lần tái khám sau cùng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Bệnh nhân từ 16 tuổi trở xuống

Bị tật bàn chân bẹt có triệu chứng

Không đáp ứng các phương pháp điều trị bảo tồn như các biện pháp kéo giãn, thay đổi hoạt động, mang giày độn chỉnh hình...

Tiêu chuẩn loại trừ. Các mẫu bị loại ra khỏi nghiên cứu một trong những đặc điểm sau:

- Bàn chân bẹt thứ phát do chấn thương hoặc bệnh lý thần kinh cơ.
- Biến dạng cổ chân-bàn chân bẩm sinh.
- Kết hợp với các biến dạng khác.

- Tiền căn gãy xương, trật khớp chân cùng bên.

Cách thực hiện và thu thập số liệu

Bước 1: Thu thập thông tin mẫu nghiên cứu

Thu thập các hồ sơ bệnh án thoả các tiêu chí ≤ 16 tuổi, bị bàn chân bẹt có triệu chứng, không đáp ứng điều trị bảo tồn và đã được phẫu thuật tại bệnh viện FV từ 06/2013-12/2021.

Các số liệu được thu thập vào các thời điểm ngay trước mổ, sau mổ 6 tuần và lần tái khám sau cùng dựa trên hồ sơ bệnh án.

Thu thập phim X quang và điểm số AOFAS (American Orthopaedic Foot and Ankle Society score) các lần tái khám từ hồ sơ và hình ảnh lưu trữ trên PACS. Đo đạc các thông số trên phim thẳng và nghiêng bằng phần mềm đọc X quang kĩ thuật số Union-Microsoft.

Bước 2: Xác định góc T1M (talus-first metatarsal angle) tạo bởi trục dọc xương sên và xương bàn 1 trên phim thẳng (hình 1).



Hình 1: Cách xác định góc T1M (từ trái sang phải: hình trước mổ, sau mổ 6 tuần và lần tái khám sau cùng được ghi nhận)

Nguồn: tư liệu nghiên cứu

Bước 3: Xác định góc APTN (Anteroposterior talonavicular coverage angle - Góc sên ghe trước sau) là góc được tạo nên bởi 2 đường thẳng, 1 đường đi qua 2 điểm tận của xương ghe; 1 đường đi qua 2 điểm tận của mặt khớp xương sên trên phim X quang thẳng (hình 2)



Hình 2: Cách xác định góc APTN (từ trái sang phải: hình trước mổ, sau mổ 6 tuần và lần tái khám sau cùng được ghi nhận)

Nguồn: tư liệu nghiên cứu

Bước 4: Xác định tỉ số TNU (Talonavicular uncoverage percent - Độ không bao phủ xương sên) là tỉ số giữa góc tạo bởi đường thẳng nối 2 điểm cuối của mặt khớp xương sên và một đường thẳng vẽ từ trung điểm của đường vừa kẻ với rìa trong của mặt khớp xương ghe trên phim X quang thẳng. Nó biểu thị cho tỉ lệ phần trăm chòm xương sên không được che phủ bởi xương ghe (hình 3).



Hình 3: Cách xác định tỉ số TNU (từ trái sang phải: hình trước mổ, sau mổ 6 tuần và lần tái khám sau cùng được ghi nhận)

Nguồn: tư liệu nghiên cứu

Bước 5: Xác định Góc MA (Meary's angel) là góc tạo bởi trục dọc xương sên và xương bàn 1 trên phim nghiêng (hình 4).



Hình 4: Cách xác định góc MA (từ trái sang phải, từ trên xuống: hình trước mổ, sau mổ 6 tuần và lần tái khám sau cùng được ghi nhận)

Nguồn: tư liệu nghiên cứu

Bước 6: Xác định góc CP (Calcaneal pitch angle- Góc nghiêng xương gót) là góc được tạo nên bởi đường thẳng ngang bề mặt nền của bàn chân đứng lên – đường thẳng đi qua 2 điểm thấp nhất ở mặt lòng xương gót trên phim X quang nghiêng (hình 5).



Hình 5: Cách xác định góc CP (từ trái sang phải, từ trên xuống: hình trước mổ, sau mổ 6 tuần và lần tái khám sau cùng được ghi nhận)

Nguồn: tư liệu nghiên cứu

Bước 7: Xác định góc LTC (Lateral talocalcaneal angle- Góc sên gót bình diện nghiêng) là góc được tạo nên bởi đường thẳng qua trục xương sên và đường thẳng đi qua bề mặt mặt lòng của xương gót trên phim X quang nghiêng (hình 6).



Hình 6: Cách xác định góc LTC (từ trái sang phải, từ trên xuống: hình trước mổ, sau mổ 6 tuần và lần tái khám sau cùng được ghi nhận)

Nguồn: tư liệu nghiên cứu

Bước 8: Xác định góc TD (Talar declination angle - Độ nghiêng xương sên) là góc được tạo bởi đường thẳng qua trục xương sên và đường thẳng đi qua bề mặt nền của bàn chân đứng lên trên phim X quang nghiêng (hình 7).



Hình 7: Cách xác định góc TD (từ trái sang phải, từ trên xuống: hình trước mổ, sau mổ 6 tuần và lần tái khám sau cùng được ghi nhận)

Nguồn: tư liệu nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Góc T1M sau mổ trung bình là $2.67 \pm 0.4^{\circ}$, so với trước mổ là $32.07 \pm 2.08^{\circ}$ cho thấy góc T1M cải thiện đáng kể, giảm khoảng 29.4° .

Góc APTN sau mổ trung bình $12.54 \pm 0.76^{\circ}$ so với trước mổ là $23.29 \pm 1.11^{\circ}$, góc APTN giảm khoảng 10.75° .

Độ không che phủ xương sên-xương ghe

(TNU) trước mổ ở mức trung bình và nặng lần lượt là 45.5% và 54.5%, trong khi độ không che phủ xương sên-xương ghe (TNU) sau mổ chỉ có ở mức nhẹ và bình thường lần lượt là 36.4% và 63.6%.

Góc MA sau mổ trung bình của toàn cỡ mẫu $7.7 \pm 0.32^\circ$ so với trước mổ là $23.3 \pm 1.28^\circ$, cho thấy góc MA cải thiện đáng kể, giảm khoảng 15.6° .

Góc CP sau mổ trung bình là $15.62 \pm 1.02^\circ$ so với trước mổ là $11.32 \pm 0.95^\circ$, tăng khoảng 4.3° .

Góc LTC sau mổ trung bình của toàn cỡ mẫu $41.27 \pm 0.76^\circ$, so với trước mổ là $46.1 \pm 6.89^\circ$, góc LTC giảm khoảng 4.83° .

Độ nghiêng xương sên (TD) sau mổ trung bình là $17.91 \pm 0.91^\circ$, so với trước mổ là $30.17 \pm 3.79^\circ$, độ nghiêng xương sên giảm khoảng 12.26° .

Điểm AOFAS trung bình sau mổ 90.55 ± 2.54 , nhỏ nhất 85, lớn nhất 95. So với trước mổ là 69.95 ± 2.21 . Có thể thấy cải thiện lâm sàng sau mổ là rất lớn, tăng bình quân 20.6 điểm. Đặc biệt điểm số này được ghi nhận khi tái khám ở thời điểm sau mổ khá lâu, trung bình 75.5 ± 20.3 tháng.

Có 2/11 (18,2%) bệnh nhân có ghi nhận hạn chế khi chơi thể thao mạnh. Tuy nhiên không bị giới hạn bởi các hoạt động sinh hoạt thường ngày hay đi bộ.

Có 2/22 (9,1%) trường hợp có ghi nhận đau khoang dưới sên. Tình trạng này không kéo dài và đáp ứng tốt với thuốc giảm đau, kháng viêm. Không có trường hợp nào cần mổ lại.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi góc T1M có giảm trung bình khoảng 29.4° , từ 32.07° trước mổ còn 2.67° sau mổ. Cải thiện này là bền vững bởi số đo thay đổi ở lần tái khám lúc 6 tuần và lần tái khám sau cùng khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu cho kết quả khá tương đồng với kết quả của tác giả Panos và Orestis Megremis (2019)⁶, giảm trung bình khoảng 29.4° , từ 33.78° trước mổ còn 5.11° sau mổ.

Góc APTN giảm 10.75° từ 23.29° trước mổ còn 12.54° sau mổ. Nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Cristian Indino (2018)⁷ giảm từ 21.7° còn 13.8° với chân phải, 23.9° còn 13.8° với chân trái.

Độ không che phủ xương sên-xương ghe (TNU) giảm đáng kể sau phẫu thuật. Không có TNU mức độ trung bình, nặng trong mẫu nghiên cứu sau khi mổ, tương tự với kết quả của tác giả Panos và Orestis Megremis (2019).

Góc MA thay đổi giảm 15.6° từ 23.3 trước mổ còn 7.7° sau mổ. Robin T. A. L. de Bot (2019) ghi nhận góc MA giảm 14° từ 22.4° trước mổ còn 8.4° sau mổ.

Góc nghiêng xương gót (CP) tăng 4.3° từ

11.32° trước mổ lên 15.62° sau mổ. Nghiên cứu của Robin T. A. L. de Bot (2019)⁸ ghi nhận góc CP tăng từ 11.7° lên 14.5° .

Góc LTC giảm 4.83° từ 46.1° trước mổ còn 41.27° sau mổ. Nghiên cứu cho kết quả khá tương đồng với kết quả của tác giả Cristian Indino (2018).

Chúng tôi ghi nhận được độ nghiêng xương sên (TD) thay đổi giảm 12.26° so sánh giữa trước và sau khi mổ, kết quả này tương đồng với tác giả Panos và Orestis Megremis (2019) là 14.09° .

Điểm số đánh giá lâm sàng sau mổ (AOFAS) cải thiện đáng kể, điểm số trung bình sau mổ là 90.55, trước mổ là 69.95, tăng 20.6 điểm. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Lee và cộng sự (2006), cũng ghi nhận sự thay đổi từ 71.9 tăng lên 91.3 điểm. Panos và Orestis Megremis (2019) nghiên cứu trên 28 bàn chân cho thấy điểm AOFAS thay đổi từ 65.14 tăng lên 88.85.

Biến chứng trong và sau khi phẫu thuật: 18.2% bệnh nhân hạn chế khi chơi thể thao mạnh, 9.1% trường hợp đau khoang dưới sên không có trường hợp mổ lại. Trong khi đó, tác giả Robin T. A. L. de Bot (2019) ghi nhận 18.75% hạn chế khi chơi thể thao mạnh, 26.9% có tình trạng đau khoang dưới sên và 23.1% phải mổ lại.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật bàn chân bet bằng ốc nâng khớp dưới sên là một phẫu thuật ít xâm lấn, mang lại hiệu quả cải thiện đáng kể về lâm sàng và cấu trúc tương quan giải phẫu trên hình ảnh học X quang, đồng thời có tỉ lệ biến chứng thấp. Tuy nhiên, để có cái nhìn khách quan và chính xác hơn cần tiến hành nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn. Ngoài ra, có thể tiến hành nghiên cứu tiến cứu có nhóm chứng với thời gian theo dõi dài hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Harris WH.** The correlation between minor or unrecognized developmental deformities and the development of osteoarthritis of the hip. *Instr Course Lect.* 2009;58:257-259.
2. **Rodriguez N, Chung DJ, Dobbs MB.** Rigid pediatric pes planovalgus: conservative and surgical treatment options. *Clin Podiatr Med Surg.* 2010; 27(1): 79-92. doi:10.1016/j.cpm.2009.08.004
3. **Chambers EFS.** An operation for the correction of flexible flat feet of adolescents. *West J Surg Obstet Gynecol.* 1946;54:77-86.
4. **Shah NS, Needleman RL, Bokhari O, Buzas D.** 2013 Subtalar Arthroereisis Survey: The Current Practice Patterns of Members of the AOFAS. *Foot Ankle Spec.* 2015;8(3):180-185. doi:10.1177/1938640015578514
5. **Brancheau SP, Walker KM, Northcutt DR.** An analysis of outcomes after use of the Maxwell-Brancheau Arthroereisis implant. *J Foot Ankle*

- Surg Off Publ Am Coll Foot Ankle Surg. 2012;51(1):3-8. doi:10.1053/j.jfas.2011.10.019
6. **Megremis P, Megremis O.** Arthroereisis for Symptomatic Flexible Flatfoot Deformity in Young Children: Radiological Assessment and Short-Term Follow-Up. J Foot Ankle Surg Off Publ Am Coll Foot Ankle Surg. 2019;58(5):904-915. doi:10.1053/j.jfas.2019.01.012
7. **Indino C, Villafañe JH, D'Ambrosi R, et al.** Effectiveness of subtalar arthroereisis with endorthesis for pediatric flexible flat foot: a retrospective cross-sectional study with final follow up at skeletal maturity. Foot Ankle Surg Off J Eur Soc Foot Ankle Surg. 2020;26(1):98-104. doi:10.1016/j.fas.2018.12.002
8. **de Bot RTAL, Stevens J, Hermus JPS, Staal HM, van Rhijn LW, Witlox AM.** Clinical and Radiological Outcomes of Subtalar Kalix II Arthroereisis for a Symptomatic Pediatric Flexible Flatfoot. Foot Ankle Spec. 2021;14(1):9-18. doi:10.1177/1938640019892062

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN BỐT OTA ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Bà Nguyễn Thị Hằng¹, Nguyễn Lan Anh¹, Lê Thị Thu Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một đặc điểm lâm sàng của các bệnh nhân bốt Ota điều trị tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 08/2023 đến 07/2025. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang đặc điểm lâm sàng và hình ảnh trên 44 bệnh nhân được chẩn đoán bốt Ota. Thu thập đặc điểm lâm sàng (tuổi, giới, đặc điểm tổn thương da, màu sắc, phân loại theo Tanino...). Dữ liệu được phân tích bằng SPSS 26.0. **Kết quả:** Tuổi bệnh nhân từ 2 đến 43 tuổi (trung bình 15,23 ± 10,032), Tỷ lệ nam: nữ : 2,67:1. 86,6% bệnh nhân bốt Ota khởi bệnh ≤ 10 tuổi. Thường gặp ở một bên mặt. Có 2 trường hợp là anh em trong cùng một gia đình. 38 bệnh nhân phân loại được theo Tanino (86,36%), trong đó loại I chiếm 13,64%, loại II chiếm 25%, loại III chiếm 38,63%, và loại IV chiếm 9,09%; có 6 bệnh nhân không phân loại được theo Tanino (13,64%). **Kết luận:** Đặc điểm lâm sàng của bốt Ota rất đa dạng nên chưa có phân loại chi tiết nào bao gồm được tất cả các trường hợp. Việc nhận biết các đặc điểm lâm sàng giúp định hướng điều trị bốt Ota.

Từ khóa: bốt Ota, Tanino, đặc điểm lâm sàng.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF OTA'S NEVUS PATIENTS TREATED AT 108 MILITARY CENTRE HOSPITAL

Objectives: Examination of some clinical features of Ota's nevus patients treated at 108 Military central Hospital. from August 2023 to July 2025. **Methods:** A cross-sectional descriptive study of ota's nevus was conducted by reviewing the clinical characteristics and photographs of forty-four patients. Statistical analysis was used to compare outcomes and determine contributing factors clinical

features (local symptoms, lesion morphology, lesion location) were collected. Data were analyzed using SPSS version 26.0. **Results:** Patient ages ranged from 2 months to 43 years (mean 15.23 ± 10.032 years), The male to female ratio was 2.67:1, 86.6% of patients with Ota nevus had onset of the disease ≤ 10 years old. Usually occurs on one side of the face. There were 2 cases of siblings in the same family; 38 patients were classified according to Tanino (86.36%), of which type I accounted for 13.64%, type II accounted for 25%, type III accounted for 38.63%, and type IV accounted for 9.09%; 6 patients could not be classified according to Tanino (13.64%). **Conclusion:** The clinical features of nevus of Ota are very diverse, so there is no detailed classification that covers all cases. Recognizing the clinical features helps guide the treatment of nevus of Ota.

Keywords: Nevus of Ota, Tanino, characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nevus of Ota (Bốt Ota) là một bệnh lý lành tính của các tế bào sắc tố da bẩm sinh được mô tả lần đầu tiên vào năm 1939 bởi hai bác sỹ người Nhật là Ota và Tanino. Biểu hiện của bệnh là những dát màu nâu, nâu tím, tím xanh hoặc xanh đen thường tập trung ở vùng chi phối của dây V[5, 7, 8]. Thường ở 1 bên mặt, có thể gặp ở 2 bên mặt. Những mảng sắc tố này không chỉ gặp ở da mà còn ở củng mạc, niêm mạc mũi, niêm mạc vòm miệng hoặc kết hợp với các dị dạng mao mạch (Phakomatosis pigmentovascularis). Bốt Ota có thể lan rộng và ngày càng đậm lên làm ảnh hưởng đến thẩm mỹ và tâm lý người bệnh. Trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu về bốt Ota từ đặc điểm lâm sàng đến khả năng đáp ứng của bốt Ota với điều trị. Ở Việt Nam cũng có một số tác giả đã công bố kết quả nghiên cứu về bốt Ota, nhưng do đặc điểm lâm sàng rất đa dạng nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm góp phần đưa ra những đặc điểm lâm sàng của Bốt Ota theo nhiều cách phân loại của các tác giả trên thế

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Bà Nguyễn Thị Hằng

Email: newhang279@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.11.2025

Ngày duyệt bài: 12.12.2025