

Trong ung thư đại trực tràng, việc cắt bỏ đoạn đại tràng hoặc trực tràng chứa khối u kèm nạo đủ số lượng hạch là phương pháp điều trị tiêu chuẩn. Theo một khảo sát toàn quốc tại Nhật Bản, tỉ lệ nạo hạch D3 ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng giai đoạn II và III tăng dần theo thời gian, từ 58% năm 2001 tăng lên 75% năm 2010.<sup>6</sup> Tại bệnh viện Nhân dân Gia Định, tất cả bệnh nhân có chẩn đoán trước mổ là ung thư đại trực tràng sẽ được nạo hạch trong mổ và các mức độ nạo hạch được áp dụng theo phân loại của Nhật Bản.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận ở 11 bệnh nhân mắc hội chứng liệt ruột kéo dài sau mổ có 6 trường hợp (54,5%) viêm phúc mạc, 4 bệnh nhân thủng túi thừa đại tràng và 2 là bệnh lý ung thư. Sau phân tích hồi qui đơn biến, chúng tôi kết luận được rằng tình trạng viêm phúc mạc làm tăng nguy cơ mắc hội chứng liệt ruột kéo dài sau phẫu thuật lên 8,5 lần với  $p=0,02$ .

Tất cả người bệnh mắc hội chứng liệt ruột và liệt ruột kéo dài đều có thời gian nằm viện từ sau mổ đến lúc xuất viện dài hơn người bệnh không mắc hội chứng này, lần lượt là 8,1 ngày (ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 15 ngày); 13 ngày (ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 43 ngày) và 6,8 ngày (ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 15 ngày), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê khi thực hiện phép kiểm t với phương sai khác nhau,  $p < 0,05$ . Kết quả cũng cho thấy người bệnh mắc các hội chứng này có tỉ lệ đặt lại sonde mũi dạ dày, xì miệng nối, tụ dịch sau mổ, suy hô hấp, nhiễm trùng vết mổ cao hơn so với nhóm chứng,  $p < 0,001$ .

## V. KẾT LUẬN

Hội chứng liệt ruột và liệt ruột kéo dài ở

bệnh nhân phẫu thuật cắt đại tràng và trực tràng vẫn là một vấn đề cần quan tâm sau mổ với tỉ lệ mắc ở mỗi nhóm còn tương đối cao. Qua các trường hợp có biến chứng nặng trong nhóm liệt ruột kéo dài, cần theo dõi sát bệnh nhân để phát hiện các bất thường sau mổ sớm, tránh nhầm lẫn với liệt ruột sinh lý sau mổ. Đây là nghiên cứu thực hiện trong thời gian ngắn, cỡ mẫu tương đối hạn chế, từ đó đưa ra các kết quả nghiên cứu còn giới hạn, tuy nhiên đây là tiền đề cho các nghiên cứu lớn hơn trong tương lai.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vather R, Trivedi S, Bissett I.** Defining postoperative ileus: results of a systematic review and global survey. *J Gastrointest Surg.* May 2013; 17(5): 962-72. doi:10.1007/s11605-013-2148-y
2. **Hưng BT, Trang CTH.** Tác dụng của điện châm trên bệnh nhân liệt ruột cơ năng sau mổ nội soi lấy sỏi mật. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 10/11 2022; 158(10): 127-134. doi:10.52852/tcncyh.v158i10.1051
3. **Millan M, Biondo S, Fracalvieri D, Frago R, Golda T, Kreisler E.** Risk factors for prolonged postoperative ileus after colorectal cancer surgery. *World J Surg.* Jan 2012;36(1):179-85. doi:10.1007/s00268-011-1339-5
4. **Moghadamyeghaneh Z, Hwang GS, Hanna MH, et al.** Risk factors for prolonged ileus following colon surgery. *Surg Endosc.* Feb 2016; 30(2): 603-609. doi:10.1007/s00464-015-4247-1
5. **Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, et al.** Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS((R))) Society Recommendations: 2018. *World J Surg.* Mar 2019;43(3):659-695. doi:10.1007/s00268-018-4844-y
6. **Seo SHB, Carson DA, Bhat S, et al.** Prolonged postoperative ileus following right- versus left-sided colectomy: A systematic review and meta-analysis. *Colorectal Dis.* Dec 2021;23(12):3113-3122. doi:10.1111/codi.15969

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MÔ BỆNH HỌC U HẮC TỔ ÁC TÍNH HẮC MẠC TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2015-2024

Hoàng Lê Dung<sup>1</sup>, Phạm Ngọc Đông<sup>2</sup>,  
Phạm Thị Minh Châu<sup>2</sup>, Hoàng Anh Tuấn<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Lê Dung

Email: hldung2011@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của u hắc tố ác tính hắc mạc tại Bệnh viện Mắt Trung ương giai đoạn năm 2015 – 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên kết quả mô bệnh học và hồ sơ bệnh án của 85 bệnh nhân tại Bệnh viện Mắt Trung ương trong 10 năm (2015 – 2024). **Kết quả:** Nghiên cứu trên 85 bệnh nhân với độ tuổi trung bình 52.5±15.7 tuổi; tỷ lệ nam/nữ là 1.1/1. Có 58/85 mắt (68.2%) có thị lực trước điều trị < ĐNT 1m; 18.6% mắt có nhãn áp cao. 5/85 bệnh nhân (5.9%) có tiền sử điều trị bệnh lý ung thư.

Xuất huyết nội nhãn gặp ở 8/85 mắt (chiếm 9.4%); 90.6% số mắt có bong võng mạc. Khối u chủ yếu ở võng mạc hậu cực (57.6%) và ít gặp ở võng mạc chu biên (8.2%). Hình dạng chủ yếu của khối u trên siêu âm B là hình nấm, chiếm 41/85 mắt (48.2%) và chủ yếu có mật độ âm trung bình – thấp (61.2%). Trên mô bệnh học, phần lớn khối u thuộc loại hỗn hợp tế bào, chiếm 61.2% mắt, còn lại 25.9% u tế bào hình thoi và 12.9% là u tế bào dạng biểu mô. Đường kính đáy lớn nhất trung bình là  $12.6 \pm 1.5$  mm, trong đó, có 72.9% có kích thước u vừa với đường kính đáy lớn nhất  $\leq 16$ mm và chiều cao đỉnh  $< 10$ mm, và 7.3% khối u có đường kính đáy lớn nhất  $\leq 16$ mm kèm chiều cao đỉnh  $< 2.5$ mm. Đa số u có xâm lấn củng mạc ở các mức độ khác nhau (94.1%) và 44.7% có xâm lấn võng mạc. Xâm lấn thể mi, mạch máu và thị thần kinh ít gặp, lần lượt là 18.8%, 11.8% và 3.5% khối. **Kết luận:** U hắc tố ác tính hắc mạc ở Việt Nam thường gặp ở người trung niên, không có sự khác biệt về giới. Đa số bệnh nhân đến viện khi thị lực giảm nặng và có bong võng mạc. Khối u chủ yếu ở vùng hậu cực, có kích thước trung bình, trên siêu âm có hình dạng nấm và mật độ âm trung bình–thấp. Mô bệnh học chủ yếu là loại hỗn hợp tế bào, thường xâm lấn củng mạc, ít xâm lấn thể mi, mạch máu và thị thần kinh. Kết quả cho thấy đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của u hắc tố ác tính hắc mạc tại Việt Nam tương tự các nghiên cứu quốc tế, song bệnh vẫn được phát hiện ở giai đoạn muộn khi khối u gây giảm thị lực nặng, gây biến chứng bong võng mạc và có chỉ định cắt bỏ nhãn cầu. **Từ khóa:** U hắc tố ác tính hắc mạc

## SUMMARY

### CLINICAL AND HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CHOROIDAL MELANOMA AT THE VIETNAM NATIONAL EYE HOSPITAL FROM 2015 TO 2024

**Objective:** To describe the clinical and histopathological characteristics of choroidal malignant melanoma at the Vietnam National Eye Hospital during the period 2015–2024. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted based on histopathological results and medical records of 85 patients treated at the Vietnam National Eye Hospital from January 1, 2015, to December 31, 2024. **Results:** The study included 85 patients with a mean age of  $52.5 \pm 15.7$  years; the male-to-female ratio was 1.1:1. Before treatment, 68.2% (58/85) of eyes had visual acuity  $<$  counting fingers at 1 m, and 18.6% had elevated intraocular pressure. A history of cancer treatment was recorded in 5.9% of patients. Intraocular hemorrhage was observed in 9.4%, and retinal detachment occurred in 90.6% of eyes. The tumors were mainly located in the posterior pole (57.6%) and less commonly in the peripheral retina (8.2%). On B-scan ultrasonography, 48.2% of tumors showed a mushroom shape and 61.2% had medium-to-low echogenicity. Histopathologically, most tumors were of mixed-cell type (61.2%), followed by spindle-cell type (25.9%) and epithelioid-cell type (12.9%). The mean largest basal diameter was  $12.6 \pm 1.51$  mm. Tumors of medium size (largest basal diameter  $\leq 16$  mm and height  $< 10$  mm) accounted for 72.9%, while 18.3% were large ( $> 16$  mm). Scleral invasion

was observed in 94.1% of cases, retinal invasion in 44.7%, and less frequent invasion of the ciliary body (18.8%), blood vessels (11.8%), and optic nerve (3.5%). **Conclusion:** Choroidal malignant melanoma in Vietnam predominantly affects middle-aged individuals with no significant sex difference. Most patients present at an advanced stage with severe visual loss and retinal detachment. Tumors are typically located in the posterior pole, of medium size, mushroom-shaped with medium-to-low echogenicity on ultrasonography. The mixed-cell type is most common histopathologically, with frequent scleral invasion but limited involvement of the ciliary body, vasculature, and optic nerve. The clinical and histopathological features are consistent with international reports; however, the disease is often diagnosed late, when severe visual impairment, retinal detachment, and enucleation are common.

**Keywords:** Choroidal malignant melanoma.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U hắc tố ác tính (UHTAT) hắc mạc là khối u ác tính nội nhãn thường gặp nhất ở người trưởng thành, có thể gây suy giảm thị lực, phá hủy cấu trúc nhãn cầu và đe dọa tính mạng. Mặc dù chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng, đặc điểm mô bệnh học là tiêu chuẩn vàng và mang lại những thông tin quan trọng về tiên lượng của bệnh nhân. UHTAT hắc mạc thường gặp ở người dân chủng tộc da trắng do sự thiếu hụt sắc tố melanin, thể hiện qua móng mắt nhạt màu, da dễ bắt nắng. Theo SEER, tỷ lệ mắc bệnh lý UHTAT màng bồ đào tại Mỹ là 5.1 ca/triệu người<sup>1</sup>. Trong khi đó, những nghiên cứu gần đây nhất về cộng đồng mắc bệnh người Châu Á cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm người này chỉ ước tính khoảng 0.2-0.6 ca/ triệu người<sup>2</sup>. UHTAT hắc mạc có thể được chẩn đoán dựa trên lâm sàng qua soi đáy mắt quan sát được khối u và cận lâm sàng với vai trò chủ yếu của siêu âm. Tuy nhiên, mô bệnh học vẫn là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh. Tại Việt Nam, có rất ít đề tài nghiên cứu về các đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của u hắc tố ác tính hắc mạc, đặc biệt là về mức độ xâm lấn của khối u vào các cấu trúc xung quanh. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học u hắc tố ác tính hắc mạc tại Bệnh viện Mắt Trung ương giai đoạn 2015-2024*" nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học của u hắc tố ác tính hắc mạc.

## 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 U hắc tố ác tính hắc mạc được điều trị cắt bỏ nhãn cầu trong 10 năm từ tháng

1/2015 đến 12/2024.

**2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các bệnh nhân được chẩn đoán mắc u hắc tố ác tính hắc mạc trên kết quả mô bệnh học từ 01/2015 – 12/2024.

**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.

**2.4. Đạo đức trong nghiên cứu:** Đề tài nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng xét duyệt đề cương bộ môn Mắt Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội. Nghiên cứu được Bệnh viện Mắt Trung ương chấp thuận. Mọi thông tin cá nhân và tình trạng bệnh tật của người bệnh được giữ kín, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi phân tích hồi cứu trong 10 năm với 85 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, tương ứng với 85 mắt mắc UHTAT hắc mạc trên kết quả mô bệnh học.

Số lượng BN UHTAT hắc mạc CBNC theo năm



**Biểu đồ 3.1. Số lượng BN mắc UHTAT hắc mạc được phẫu thuật CBNC theo năm**

**Nhận xét:** Bệnh có xu hướng phân bố ngẫu nhiên, với xu hướng tăng dần rõ rệt từ năm 2021. Năm 2024 có nhiều BN được CBNC nhất (17 bệnh nhân).

#### 3.1. Đặc điểm bệnh nhân theo tuổi, giới, mắt bị bệnh.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc theo giới, với tỷ lệ nam/ nữ là 1.1/1. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 52.5±15.7 tuổi, với BN trẻ tuổi nhất là 7 tuổi và cao tuổi nhất là 84 tuổi. Bệnh có xu hướng tăng dần theo tuổi, với tỷ lệ mắc nhiều nhất ở nhóm BN > 60 tuổi là 41.2%. BN < 40 tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 24.7%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Chao (2025) với độ tuổi trung bình là 52 tuổi<sup>3</sup>.

#### 3.2. Lý do vào viện

**Bảng 3.1. Lý do vào viện**

Lý do vào viện	N số BN (%)
Nhìn mờ	60 (70.6%)
Đau nhức mắt	17 (20%)
Nguyên nhân khác	13 ( 9,4%)
<b>Tổng</b>	<b>85 (100%)</b>

**Nhận xét:** Phần lớn bệnh nhân đến khám do nhìn mờ (70.6%), sau đó là đau nhức mắt (20%). Các triệu chứng khác bao gồm mất thị trường, chớp sáng và đỏ mắt ít là nguyên nhân đưa bệnh nhân đi khám. Kết quả này cao hơn so với tác giả Chao (2025) với 60% bệnh nhân đi khám do có triệu chứng nhìn mờ, mất thị trường 15%<sup>3</sup>. Điều này có thể do sự khác biệt trong thời điểm nghiên cứu, do nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào những BN khối u lớn khi đã có chỉ định cắt bỏ nhãn cầu, và vì vậy nhìn mờ là triệu chứng chiếm phần lớn.

**3.3. Tiền sử điều trị bệnh lý ung thư:** Có 5/85 BN trong nghiên cứu có tiền sử bệnh lý ung thư đã điều trị, chiếm 5.9%. Trong số những bệnh nhân này có 3 bệnh nhân có tiền sử điều trị ung thư đại tràng, 2 bệnh nhân điều trị ung thư phổi. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Mahendraraj (2016) dựa trên dữ liệu của SEER là 13%<sup>1</sup>.

#### 3.4. Thị lực và nhãn áp của mắt bệnh trước CBNC

**Bảng 3.2. Thị lực và nhãn áp trước phẫu thuật**

Đặc điểm		N (số mắt)	Tỷ lệ (%)
Mức độ thị lực	>20/30	1	1.2
	20/200 - 20/30	16	18.8
	ĐNT1m - <20/200	10	11.8
	<ĐNT1m	58	68.2
<b>Tổng</b>		85	100
Nhãn áp	Bình thường	69	81.2
	Tăng (>22mmHg)	16	18.6
<b>Tổng</b>		85	100

**Nhận xét:** 68.2% bệnh nhân có thị lực < ĐNT 1m. Chỉ có 1 bệnh nhân có thị lực > 20/30. Đa số bệnh nhân được khoét bỏ nhãn cầu có thị lực giảm từ gần mù – mù. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả B.Đ.Quân (2022) với 87.5% BN mắc UHTAT màng bồ đào có thị lực < 20/400<sup>4</sup>. Đa số bệnh nhân có nhãn áp bình thường (81.2%), 16/85 BN có tăng nhãn áp (18.6%), trong nghiên cứu của B.Đ. Quân là 6.3%<sup>4</sup>.

#### 3.5. Biến chứng bong võng mạc và xuất huyết nội nhãn

**Bảng 3.3. Biến chứng bong võng mạc và xuất huyết nội nhãn**

Biến chứng	N (Số mắt)	Tỷ lệ %	
Xuất huyết nội nhãn	Không	77	90.6
	Có	8	9.4
	<b>Tổng</b>	85	100
Bong võng mạc	Không	8	9.4
	Có	77	90.6
	<b>Tổng</b>	85	100

**Nhận xét:** Xuất huyết nội nhãn (dịch kính và tiền phòng) chỉ xuất hiện ở 8/85 mắt, chiếm 9.4%. Đa số mắt bệnh có bong võng mạc (90.6%). Bong võng mạc trong UHTAT là bong võng mạc xuất tiết do tổn thương lớp biểu mô sắc tố và là một dấu hiệu khẳng định sự xâm lấn của khối u. Tác giả B.Đ.Quân (2022) có kết quả tương đồng với chúng tôi, với 87.6% mắt có bong võng mạc <sup>4</sup>

**3.6. Đặc điểm về số lượng khối u:** 100% mắt mắc UHTAT chỉ có 1 khối u. Theo y văn các khối u hắc tố ác tính hắc mạc nguyên phát thường là 1 khối u ở 1 mắt, khác với u hắc mạc di căn thường có thể 1 hoặc nhiều u và xuất hiện 1 hoặc 2 mắt. <sup>5</sup>

**3.7. Đặc điểm về vị trí khối u:**

**Bảng 3.4. Vị trí khối u**

Vị trí	N (số mắt)	Tỷ lệ (%)
VM hậu cực	49	57.6
VM xích đạo	29	34.1
VM chu biên	7	8.2
<b>Tổng</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** 49/85 mắt chiếm 57.6% khối u vị trí hậu cực, 34.1% khối u có vị trí ở võng mạc xích đạo. Ở võng mạc chu biên chỉ có 7/85 khối u. Do hắc mạc ở vị trí hậu cực và sau xích đạo có nhiều tế bào hắc tố melanocytes khiến u dễ xuất hiện ở vị trí này, đây cũng là nguyên nhân chính khiến phần lớn bệnh nhân có nhìn mờ rõ rệt.

**3.8. Đặc điểm trên siêu âm**

**Bảng 3.5. Hình dạng u và mức độ phản hồi âm trên siêu âm**

Đặc điểm trên siêu âm		N (số mắt)	Tỷ lệ %
Hình dạng	Hình vòm	39	45.9
	Hình nấm	41	48.2
	Hình tỏa lan	5	5.9
	<b>Tổng</b>	<b>85</b>	<b>100</b>
Mức độ phản hồi âm	Cao	33	37.5
	Trung bình – thấp	52	61.2
	<b>Tổng</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** U hình nấm và hình vòm là hai hình dạng thường gặp nhất của UHTAT, với tỷ lệ gần tương đương (45.9% và 48.2%). Số ít khối u (5.9%) có hình dạng tỏa lan. Phần lớn (62.5%) khối u có mật độ âm trung bình – thấp. Phần lớn BN của nghiên cứu chúng tôi có các khối u lớn và đã phá vỡ màng Bruch, vậy nên hình nấm là hình dạng thường gặp hơn cả.

**3.9. Đặc điểm loại mô bệnh học**

**Bảng 3.6. Phân loại mô bệnh học**

Tác giả	Loại MBH (%)		
	Loại hỗn hợp	Loại TB hình	Loại TB dạng

	TB	thoi	biểu mô
Broggi (2020)	50-60	30-40	10-15
B.Đ. Quân (2022) <sup>4</sup>	56.3	32.1	12.5
H.L. Dung (2025) <sup>6</sup>	61.2	25.9	12.9

**Nhận xét:** Loại hỗn hợp tế bào là phân tuýp mô bệnh học nhiều nhất, chiếm 52/85 mắt (61.2%), tiếp đó là loại tế bào hình thoi (25.9%) và cuối cùng là loại tế bào dạng biểu mô (12.9%). Kết quả này cho thấy loại hỗn hợp tế bào chiếm ưu thế và tỷ lệ của chúng tôi đối với loại mô bệnh học này cao hơn so với nghiên cứu của Broggi (2020) và của Quân (2022), lần lượt là 50-60% và 56.3% <sup>4,6</sup>

**3.10. Đặc điểm về kích thước khối u**

**Bảng 3.7. Kích thước khối u**

Kích thước u	N (số mắt)	Tỷ lệ (%)
Lớn	16	18.8
Vừa	62	72.9
Nhỏ	7	8.3
<b>Tổng</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** 62 khối u chiếm 72.9% có kích thước vừa, 18.8% có kích thước lớn. Chỉ có 7/85 khối u có kích thước nhỏ (7.3%). Kích thước đường kính đáy lớn nhất trung bình là 12.6 ± 1.5 mm. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Fernadez (2022) là 12.97 ± 3.1 mm <sup>7</sup>. Đa số bệnh nhân được cắt bỏ nhãn cầu khi khối u có kích thước vừa theo phân loại của COMS, với đường kính đáy lớn nhất <16 mm và chiều cao đỉnh khối u < 10mm.

**3.11. Đặc điểm xâm lấn của u trên mô bệnh học**

**Bảng 3.8. Đặc điểm xâm lấn của u trên mô bệnh học**

Tác giả	Tỷ lệ xâm lấn (%)				
	Củng mạc	Võng mạc	Thể mi	Mạch máu	Thị thần kinh
COMS (1998) <sup>8</sup>	56	49	6-12	14	<5
B.Đ. Quân (2022) <sup>4</sup>	96.9	69	25	-	6.2
H.L. Dung (2025)	94.1	44.7	18.8	11.8	3.5

**Nhận xét:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ xâm lấn vào củng mạc và võng mạc là cao nhất. Xâm lấn vào các cấu trúc thể mi, mạch máu và thị thần kinh tương đối ít gặp. Đặc biệt, 80/85 bệnh nhân chiếm 94.1% có xâm lấn củng mạc. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Quân (2022) là 96.9% nhưng cao hơn nhiều so với nghiên cứu của COMS trên 536 mắt cắt bỏ nhãn cầu (1998) với chỉ 56% khối u có xâm lấn củng mạc. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương đồng về tỷ lệ xâm lấn võng mạc, mạch máu và thị thần kinh so với COMS (1998) và có tỷ lệ xâm lấn thể mi cao hơn. Các yếu tố mô bệnh

học này đều góp phần trong tiên lượng di căn và tử vong của bệnh nhân mắc UHTAT hắc mạc, đặc biệt là xâm lấn thể mi và mạch máu <sup>4,8</sup>

#### IV. KẾT LUẬN

U hắc tố ác tính hắc mạc là bệnh lý ác tính nội nhãn thường gặp với biểu hiện lâm sàng đa dạng, trong đó phần lớn bệnh nhân đến khám khi thị lực đã giảm nặng và khối u có kích thước trung bình đến lớn. Siêu âm B cho thấy đa số khối u có hình nấm và mật độ âm trung bình – thấp, phù hợp với đặc trưng của u hắc tố ác tính. Phẫu thuật khoét bỏ nhãn cầu là phương pháp điều trị chủ yếu tại Việt Nam và tại Bệnh viện Mắt Trung ương trong giai đoạn 2015–2024. Đặc điểm mô bệnh học trên những mắt đã cắt bỏ nhãn cầu cho thấy chủ yếu là u dạng hỗn hợp tế bào, với tỷ lệ xâm lấn củng mạc và võng mạc cao, nhưng xâm lấn thể mi, mạch máu và thị thần kinh ít gặp.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mahendraraj K, Lau CS, Lee I, Chamberlain RS. Trends in incidence, survival, and management of uveal melanoma: a population-based study of 7,516 patients from the Surveillance, Epidemiology, and End Results database (1973-2012). Clin Ophthalmol.

- 2016;10:2113-2119. doi:10.2147/OPHTH.S113623
2. Manchegowda P, Singh AD, Shields C, et al. Uveal Melanoma in Asians: A Review. Ocul Oncol Pathol. Jun 2021;7(3):159-167. doi:10.1159/000512738
3. Chao AN, Chao A, Chang WY, et al. A 39-Year Nationwide Study of Uveal Melanoma in Taiwan. Cancer Med. Apr 2025;14(8):e70754. doi:10.1002/cam4.70754
4. Quân BĐ. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng mô bệnh học và đánh giá kết quả điều trị u hắc tố ác tính màng bồ đào. 2022.
5. Shields CL, Shields JA, Gross NE, Schwartz GP, Lally SE. Survey of 520 eyes with uveal metastases. Ophthalmology. Aug 1997;104(8):1265-76. doi:10.1016/s0161-6420(97)30148-1
6. Broggi G, Russo A, Reibaldi M, et al. Histopathology and Genetic Biomarkers of Choroidal Melanoma. Applied Sciences. 2020;10(22):8081.
7. Fernandes AG, Tavares JHC, Branco AMC, Morales MC, Belfort Neto R. Choroidal melanoma tumor profile and treatment pattern for newly diagnosed patients at a reference public hospital in Sao Paulo, Brazil. BMC Ophthalmol. Dec 28 2022;22(1):511. doi:10.1186/s12886-022-02742-y
8. Histopathologic characteristics of uveal melanomas in eyes enucleated from the Collaborative Ocular Melanoma Study. COMS report no. 6. Am J Ophthalmol. Jun 1998;125(6):745-66. doi:10.1016/s0002-9394(98) 00040-3

## KẾT QUẢ ĐI XA RĂNG NANH TRÊN LÂM SÀNG BẰNG T-LOOP BLUE ELGILOY TRÊN NGƯỜI BỆNH CHỈNH NHA TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2024-2025

Phạm Thị Hồng Thuỳ, Trần Thị Huyền, Nguyễn Thị Ninh

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu của đề tài:** Nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng ở các người bệnh chỉnh nha có chỉ định đi xa răng nanh bằng T-loop Blue Elgiloy và kết quả đi xa răng nanh trên lâm sàng ở nhóm người bệnh này. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên 15 người bệnh chỉnh nha từ 14 tuổi trở nên với 20 răng nanh được chỉ định đi xa, từ tháng 12/2024 đến 7/2025, tại khoa RHM-Bệnh viện ĐHY Hải Phòng. Các chỉ số nghiên cứu gồm có: đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, thói quen ăn nhai, kiểu sai lệch khớp cắn, kiểu sai lệch xương, các đặc điểm của răng nanh: độ nghiêng, độ xoay, độ trôi trong quá trình điều trị. **Kết quả:** Cho thấy đi xa răng

nanh bằng T-loop Blue Elgiloy có hiệu quả tốt, sau 18 tuần mức độ di chuyển đạt được là  $16,8 \pm 0,9$  mm, khả năng kiểm soát xoay, nghiêng và trôi tốt. **Kết luận:** Sử dụng T-loop Blue Elgiloy trong việc đi xa răng nanh có hiệu quả và kiểm soát tốt độ nghiêng, xoay và trôi của răng nanh.

**Từ khóa:** Đi xa răng nanh, T-loop Blue Elgiloy, chỉnh nha có nhổ răng hàm nhỏ

#### SUMMARY

### CLINICAL OUTCOME OF MAXILLARY CANINE DISTALIZATION USING BLUE ELGILOY T-LOOP IN ORTHODONTIC PATIENTS AT HAIPHONG UNIVERSITY OF MEDICINE HOSPITAL IN 2024-2025

**Objective:** To describe the clinical characteristics of orthodontic patients indicated for maxillary canine distalization using T-loop made of Blue Elgiloy, and to evaluate the clinical outcomes of canine distalization in this group of patients. **Subjects and Methods:** The study was conducted on 15 orthodontic patients aged 14 years and older, with a total of 20 canines

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

<sup>2</sup>Học viên Bác sĩ Nội trú Khoa Răng Hàm Mặt

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hồng Thuỳ

Email: pthongthuy@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025