

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Mittal RK, Holloway RH, Penagini R, Blackshaw LA, Dent J.** Transient lower esophageal sphincter relaxation. *Gastroenterology*. 1995;109(2):601-610. doi:10.1016/0016-5085(95)90351-8
- De Giorgi F, Palmiero M, Esposito I, Mosca F, Cuomo R.** Pathophysiology of gastro-oesophageal reflux disease. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2006;26(5):241-246.
- Iwakiri K, Hayashi Y, Kotoyori M, et al.** Transient lower esophageal sphincter relaxations (TLESRs) are the major mechanism of gastroesophageal reflux but are not the cause of reflux disease. *Dig Dis Sci*. 2005;50(6):1072-1077. doi:10.1007/s10620-005-2707-5
- Sifrim D, Holloway R.** Transient lower esophageal sphincter relaxations: how many or how harmful? *Am J Gastroenterol*. 2001;96(9):2529-2532. doi:10.1111/j.1572-0241.2001.04095.x
- Iwakiri K, Hoshino S, Kawami N.** Transient lower esophageal sphincter relaxation. *Nihon Rinsho*. 2016;74(8):1343-1348.
- Fox MR, Bredenoord AJ.** Oesophageal high-resolution manometry: moving from research into clinical practice. *Gut*. 2008;57(3):405-423. doi:10.1136/gut.2007.127993
- Rohof WOA, Boeckxstaens GEE, Hirsch DP.** High-resolution esophageal pressure topography is superior to conventional sleeve manometry for the detection of transient lower esophageal sphincter relaxations associated with a reflux event. *Neurogastroenterol Motil*. 2011;23(5):427-432, e173. doi:10.1111/j.1365-2982.2010.01654.x
- Yadlapati R, Kahrilas PJ, Fox MR, et al.** Esophageal motility disorders on high resolution manometry: Chicago classification version 4.0©. *Neurogastroenterol Motil*. 2021;33(1):e14058. doi:10.1111/nmo.14058
- Roman S, Holloway R, Keller J, et al.** Validation of criteria for the definition of transient lower esophageal sphincter relaxations using high-resolution manometry. *Neurogastroenterol Motil*. 2017;29(2). doi:10.1111/nmo.12920
- Babaei A, Bhargava V, Mittal RK.** Upper esophageal sphincter during transient lower esophageal sphincter relaxation: effects of reflux content and posture. *Am J Physiol Gastrointest Liver Physiol*. 2010;298(5):G601-G607. doi:10.1152/ajpgi.00486.2009

## KHẢO SÁT NGUYÊN NHÂN GÂY BỆNH VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO TRƯỚC TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG

Hoàng Thị Loan<sup>1</sup>, Hoàng Thị Thu Hà<sup>2</sup>, Nguyễn Đỗ Thị Ngọc Hiền<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định nguyên nhân của bệnh viêm màng bồ đào trước tại Bệnh viện Mắt Trung Ương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện tại Bệnh viện Mắt trung ương từ tháng 9 năm 2023 đến tháng 6 năm 2025. Tất cả bệnh nhân được khám lâm sàng và thực hiện các xét nghiệm để xác định nguyên nhân. Dữ liệu được thu thập bao gồm: tuổi, giới tính, đặc điểm lâm sàng và nguyên nhân gây bệnh. **Kết quả:** 43 bệnh nhân với 54 mắt thỏa mãn tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu. Tuổi trung bình là  $46,14 \pm 14,725$  tuổi (dao động từ 14 đến 69 tuổi) với 22 nam (51,2%). Thị lực chính kính dao động từ 0-2,0 logMAR với trung bình là  $0,462 \pm 0,523$  logMAR. 18 mắt (33,3%) có tăng nhãn áp, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa viêm màng bồ đào trước do virus và tăng nhãn áp ( $p < 0,05$ ). 32 bệnh nhân (74,4%) bị viêm màng bồ đào trước 1 bên mắt. Tỷ lệ viêm màng bồ đào nhiễm trùng (53,5%) nhiều hơn không nhiễm trùng (46,5%). Viêm màng bồ đào trước do cytomegalo virus (CMV) (32,6%) là nguyên nhân nhiễm trùng phổ biến nhất, sau đó là herpes

simplex virus (HSV) (9,3%) và varicella zoster virus (VZV) (4,7%). Viêm màng bồ đào trước vô căn (39,5%) gặp nhiều nhất ở nhóm không nhiễm trùng. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy viêm màng bồ đào trước nhiễm trùng là thường gặp với tác nhân chiếm tỷ lệ cao nhất là CMV. **Từ khóa:** Viêm màng bồ đào trước nhiễm trùng, virus, tăng nhãn áp, PCR thủy dịch

## SUMMARY

### ETIOLOGY OF ANTERIOR UVEITIS AT NATIONAL INSTITUTE OF OPHTHALMOLOGY

**Purpose:** To determine the etiological distribution and clinical characteristics of anterior uveitis at the National Institute of Ophthalmology. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted at the National Institute of Ophthalmology from September 2023 to June 2025. All patients underwent comprehensive clinical examinations and laboratory tests to determine the etiology. Collected data included age, sex, medical history, clinical features, and underlying causes. **Results:** A total of 43 patients (54 eyes) met the inclusion criteria. The mean age was  $46.14 \pm 14.73$  years (range: 14 to 69), with 22 males (51.2%). Best-corrected visual acuity ranged from 0 to 2.0 logMAR, with a mean of  $0.462 \pm 0.523$  logMAR. Eighteen eyes (33.3%) had elevated intraocular pressure (IOP), and there was a statistically significant association between viral anterior uveitis and elevated IOP ( $p < 0.05$ ). 32 patients (74.4%) had unilateral anterior uveitis. Infectious anterior uveitis accounted for 53.5%, which

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Loan

Email: hoangloan111998@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025

was more common than non-infectious causes (46.5%). Among infectious etiologies, cytomegalovirus (CMV) was the most common (32.6%), followed by herpes simplex virus (HSV, 9.3%) and varicella-zoster virus (VZV, 4.7%). Among non-infectious cases, idiopathic anterior uveitis was the most frequent (39.5%). **Conclusion:** This study demonstrates that infectious anterior uveitis is common, with CMV being the most frequently identified pathogen.

**Keywords:** Infectious anterior uveitis, virus, intraocular pressure, aqueous humor PCR.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm màng bồ đào (MBĐ) là thuật ngữ dùng để mô tả quá trình viêm của màng mạch mắt bao gồm mống mắt, thể mi, hắc mạc và các cấu trúc lân cận. Theo Priya Samalia và cộng sự (2025)<sup>1</sup>, viêm màng bồ đào trước là dạng phổ biến nhất, chiếm 73,6%. Tại Việt Nam, tỷ lệ này lần lượt là 46% và 40% theo báo cáo của Nguyễn Thị Mỹ Hạnh<sup>2</sup> và Đỗ Dung Hòa<sup>3</sup>. Có nhiều nguyên nhân gây bệnh khác nhau và cách thức điều trị thay đổi tùy theo từng loại nguyên nhân. Hiện nay, điều trị viêm màng bồ đào trước hầu hết mới chỉ dừng lại ở điều trị triệu chứng và biến chứng do chưa tìm được nguyên nhân gây bệnh rõ ràng. Vì thế, bệnh thường tái phát sau khi dùng điều trị. Việc xác định được nguyên nhân gây viêm màng bồ đào trước giúp bác sĩ lâm sàng đưa ra phác đồ điều trị cụ thể theo từng căn nguyên, giảm tỷ lệ tái phát.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu nhằm xác định nguyên nhân gây bệnh viêm màng bồ đào trước tại Bệnh viện Mắt Trung Ương.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 43 bệnh nhân với 54 mắt bị viêm màng bồ đào trước từ tháng 9 năm 2023 đến tháng 6 năm 2025 đến khám và điều trị tại Bệnh viện Mắt trung ương.

**Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân được chẩn đoán viêm màng bồ đào trước đang hoạt tính (theo tiêu chuẩn SUN - Standardization of Uveitis Nomenclature), với các dấu hiệu lâm sàng: giảm thị lực, đau nhức, cương tụ thể mi, tủa sau giác mạc, tyndall tiền phòng, xuất tiết, mủ tiền phòng, dính đồng tử, teo mống mắt, mất sắc tố mống mắt...

### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không đồng ý làm các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh hỗ trợ chẩn đoán.
- Bệnh nhân mắc bệnh lý toàn thân nặng không thể phối hợp thăm khám và theo dõi điều trị

## 2.2. Thiết kế và quy trình nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$\frac{p(1-p)}{d^2}$$

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)}$$

Lấy  $p=0,46$  theo nghiên cứu về viêm màng bồ đào của Nguyễn Thị Mỹ Hạnh năm 2017<sup>2</sup>

Tính cỡ mẫu theo công thức:  $n = 42$  (bệnh nhân)

Phương pháp chọn mẫu: chọn tất cả các bệnh nhân cho đến khi đủ cỡ mẫu.

Thu thập các thông tin cơ bản: tuổi, giới, tiền sử bệnh

Khám lâm sàng

- Thử thị lực có kính với bảng thị lực Snellen, đo nhãn áp

- Khám bán phần trước: cương tụ rìa, giác mạc, tủa sau giác mạc (kích thước, hình thái, phân bố), định lượng tế bào viêm tiền phòng Tyndall, mống mắt, đồng tử

Lấy bệnh phẩm dịch tiền phòng làm xét nghiệm PCR (HSV, CMV, VZV, Haemophilus influenzae, HHV, Enterovirus, EBV...). Xét nghiệm máu tìm nguyên nhân: Quantiferon-TB tìm Lao, xét nghiệm ngưng kết hồng cầu Treponema pallidum để tìm bệnh giang mai, xét nghiệm ELISA Toxoplasma, xét nghiệm phân loại kháng nguyên bạch cầu người HLA-B27, chụp X-quang tim phổi. Xét nghiệm toàn thân: kháng thể kháng HIV, HbsAg, công thức máu, máu lắng, chức năng gan thận.

**Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu tuân thủ các qui tắc đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, được thông qua Hội đồng đạo đức và được mã hóa, giữ bí mật thông tin của bệnh nhân.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 9 năm 2023 đến tháng 6 năm 2025, chúng tôi tiến hành nghiên cứu, thu thập số liệu và khám 54 mắt của 43 bệnh nhân viêm màng bồ đào trước đến khám và điều trị tại Bệnh viện Mắt Trung ương.

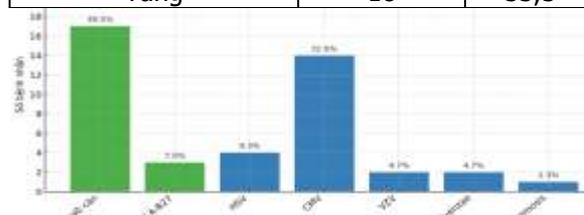
**3.1. Đặc điểm của bệnh nhân.** Có 43 bệnh nhân với 54 mắt viêm MBĐ trước tham gia nghiên cứu từ tháng 9/2023 đến tháng 6/2025. Độ tuổi trung bình là  $46,14 \pm 14,725$  tuổi (từ 14 đến 69 tuổi) với 22/43 nam (51,2%), trong đó số người ở độ tuổi lao động (20-59) chiếm 72%. Không có bệnh nhân nào có tiền sử suy giảm miễn dịch, có 2/43 bệnh nhân (4,7%) có tiền sử nhiễm virus zona vùng mặt trước đó. Có 11/43 bệnh nhân (25,6%) bị viêm MBĐ trước 2 mắt. Có tới 30/54 (55,6%) mắt có thị lực tốt  $\geq 20/40$ , 18/54 (33,3%) mắt có thị lực trung bình từ 20/50-20/200 và chỉ có 6/54 (11,1%) mắt có thị lực kém dưới 20/200. Thị lực chỉnh kính dao động từ 0-2,0 logMAR với trung bình là  $0,462 \pm 0,523$  logMAR. 18/54 (33,3%) mắt có tăng nhãn

áp. Bảng 3.1 mô tả đặc điểm của bệnh nhân VMĐ trong nghiên cứu.

**Bảng 3.1: Đặc điểm bệnh nhân viêm màng bồ đào trước trong nghiên cứu**

Đặc điểm	Tổng (n=43)	
	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Giới tính</b>		
Nam	22	51,2
Nữ	21	48,8
<b>Nhóm tuổi</b>		
0-19	2	4,7
20-39	14	32,6
40-59	17	39,5
≥60	10	23,3
<b>Tiền sử bệnh</b>		
Suy giảm miễn dịch, HIV	0	0
Nhiễm virus	2	4,7
<b>Số mắt bị bệnh</b>		
1 mắt	32	74,4
2 mắt	11	25,6
Đặc điểm	<b>Tổng số mắt (n=54)</b>	
	Số mắt (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt: ≥20/40	30	55,6
Trung bình: 20/50-20/200	18	33,3
Kém: <20/200	6	11,1

Bình thường	Nhãn áp	
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tăng	18	33,3



**Biểu đồ 3.1: Nguyên nhân viêm màng bồ đào trước**

Tỷ lệ viêm MĐ nhiễm trùng và không nhiễm trùng khá tương đồng, trong đó viêm MĐ nhiễm trùng chiếm tỷ lệ lớn hơn 23/43 (53,5%). Hai nguyên nhân viêm MĐ nhiễm trùng thường gặp nhất là CMV 14/43 (32,6%) và HSV 4/43 (9,3%), sau đó là VZV 2/43 (4,7%), H.influzae 2/43 (4,7%) và Toxoplasma 1/43 (2,3%). Viêm MĐ vô căn chiếm tỷ lệ cao nhất 17/43 (39,5%), HLA-B27 3/43 (7,0%) là nguyên nhân hàng đầu có thể xác định được của viêm MĐ không nhiễm trùng. Không có bệnh nhân nào được chẩn đoán giang mai, có 1 bệnh nhân có kết quả xét nghiệm Quantiferon (+) đã được hội chẩn chuyên khoa lao không phát hiện lao tiến triển nên vẫn được xếp vào nhóm viêm màng bồ đào trước vô căn.

**Bảng 3.2. Nguyên nhân viêm màng bồ đào trước theo nhóm tuổi**

Nguyên nhân	n (%)			
	0-19 tuổi (n=2)	20-30 tuổi (n=14)	40-59 tuổi (n=17)	≥60 tuổi (n=10)
Vô căn	1 (50%)	5 (35,7%)	7 (41,2%)	4 (40%)
HLA-B27	0	2 (14,3%)	1 (5,9%)	0
HSV	0	1 (7,1%)	1 (5,9%)	2 (20%)
CMV	1(50%)	5 (35,7%)	5 (29,4%)	3 (30%)
VZV	0	0	1 (5,9%)	1 (10%)
H.I	0	0	2 (11,8%)	0
Toxoplasma	0	1 (7,1%)	0	0

Viêm MĐ trước vô căn gặp nhiều nhất ở tất cả các nhóm tuổi. Viêm MĐ trước do HLA-B27 chỉ gặp trong nhóm tuổi 20-59, viêm MĐ do virus gặp nhiều hơn ở nhóm ≥ 40 tuổi và là nguyên nhân phổ biến nhất (60%) ở nhóm tuổi ≥ 60.

**Bảng 3.3. Mối liên quan giữa viêm màng bồ đào trước do virus và đặc điểm lâm sàng**

Đặc điểm lâm sàng	Viêm MĐ do virus (n=26)		Viêm MĐ không do virus (n=28)		OR	95% CI
	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)		
<b>Tăng nhãn áp</b>						
Có	13	72,3	5	27,8	4,6*	1,34-15,82
Không	13	36,1	23	63,9	1	
<b>Bạc màu mỏng mắt</b>						
Có	8	88,9	1	11,1	12,0*	1,38-104,34
Không	18	40,0	27	60,0	1	
<b>Đồng tử giãn nhẹ</b>						
Có	13	86,7	2	6,7	13,0**	2,55-66,4
Không	13	33,3	26	66,7	1	

\* p<0,05; \*\* p<0,001

Mắt bị viêm màng bồ đào trước do virus có nguy cơ tăng nhãn áp cao gấp 4,6 lần, bạc màu móng mắt cao gấp 12 lần và đồng tử giãn nhẹ cao gấp 13 lần mắt viêm màng bồ đào trước không do virus. Có mối liên quan giữa các dấu hiệu trên với viêm MBD trước do virus.

#### IV. BÀN LUẬN

Có 43 bệnh nhân viêm MBD trước với độ tuổi trung bình  $46,14 \pm 14,725$ , kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Priya Samalia<sup>1</sup> và Nguyễn Thị Mỹ Hạnh<sup>2</sup>, nhưng cao hơn báo cáo của tác giả Đỗ Dung Hòa<sup>3</sup>. Tỷ lệ nam: nữ xấp xỉ 1:1 tương tự với khảo sát của các tác giả Đỗ Dung Hòa và Priya Samalia. Tỷ lệ viêm MBD một mắt trong nghiên cứu của chúng tôi nhiều hơn hai mắt, các báo cáo khác cũng cho kết quả tương tự.<sup>2,3</sup>

Kết quả thị lực ban đầu của bệnh nhân viêm màng bồ đào trước trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với đa số nghiên cứu<sup>2,4</sup>. Phần lớn bệnh nhân có thị lực từ trung bình đến tốt khi mới chẩn đoán, và tỷ lệ thị lực kém ở mức thấp. Điều này khẳng định rằng nếu được phát hiện sớm và điều trị thích hợp, tiên lượng thị giác cho viêm màng bồ đào trước là khá khả quan.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 53,5% viêm MBD trước do nhiễm trùng (chủ yếu virus CMV, HSV) và 46,5% không nhiễm trùng (chủ yếu vô căn và HLA-B27) – có xu hướng tương đồng với các báo cáo từ khu vực châu Á<sup>2,3,5</sup> (tỷ lệ căn nguyên nhiễm trùng cao), nhưng khác biệt rõ rệt so với các khảo sát ở châu Âu – Mỹ<sup>6</sup> (phần lớn viêm MBD trước là không nhiễm trùng, vô căn hoặc liên quan HLA-B27). Viêm màng bồ đào trước vô căn chiếm tỷ lệ cao nhất tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả châu Á và Châu Âu-Mỹ.<sup>1,2</sup>

Viêm MBD trước do CMV chiếm 32,6% là nguyên nhân nhiễm trùng gặp nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi, gần với báo cáo tại các quốc gia châu Á<sup>4,5,7</sup>, tỷ lệ này là 33,3% trong nghiên cứu của tác giả N Kongyai<sup>5</sup>, 26,5% theo tác giả Yu-Ting Hsiao<sup>7</sup> và 21,1% của Lê Xuân Hùng<sup>4</sup>, nhưng thấp hơn khảo sát của Soon-Phaik Chee<sup>8</sup> (52,2%). Tỷ lệ này khác biệt so với nghiên cứu ở các nước phương Tây<sup>6</sup> (HSV, VZV là tác nhân hàng đầu gây viêm màng bồ đào trước nhiễm trùng (14,87%)). Nguyên nhân hay gặp thứ hai và thứ ba của viêm MBD trước nhiễm trùng trong nghiên cứu là HSV (chiếm 9,3%) và VZV 4,7%), tương đồng với báo cáo Yu-Ting Hsiao với tỷ lệ HSV và VZV lần lượt là 8,8% và 4,9%. Chúng tôi quan sát thấy có 2/43 (4,7%) viêm MBD trước liên quan đến Haemophilus influenzae,

đây là nguyên nhân nhiễm trùng hiếm gặp nhưng cũng đã được báo cáo 6 trường hợp (1,5%) trong nghiên cứu của tác giả Đỗ Dung Hòa.

Tỷ lệ viêm MBD trước liên quan HLA-B27 theo khảo sát của chúng tôi chiếm 7%, tương tự báo cáo của Nguyễn Thị Mỹ Hạnh và cộng (12%)<sup>2</sup>, thấp hơn nghiên cứu của tác giả Priya Samalia<sup>1</sup> (21,7%). Nguyên nhân do tỷ lệ mang kháng nguyên HLA-B27 ở người châu Á thấp hơn so với người châu Âu. Những so sánh này cho thấy vai trò quan trọng của yếu tố địa lý, chủng tộc trong dịch tễ học viêm màng bồ đào.

Căn nguyên viêm MBD trước do HLA-B27 trong nghiên cứu của chúng tôi phổ biến ở nhóm tuổi 20-60. Ở nhóm  $\geq 60$  tuổi, tỷ lệ viêm MBD nhiễm trùng (60%) cao hơn các nhóm tuổi khác. Kết quả này phù hợp với báo cáo của tác giả Priya Samalia<sup>1</sup> với nhận định viêm MBD liên quan đến bệnh tự miễn đạt đỉnh ở độ tuổi 20-59 và có sự khác biệt rõ rệt về nguy cơ viêm MBD do nhiễm trùng theo tuổi: người trẻ (0-19) và người già (60+) đều có nguy cơ mắc bệnh nhiễm trùng cao hơn.

#### V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mắc viêm MBD trước tương đồng ở cả 2 giới, bệnh thường gặp ở độ tuổi lao động. Viêm MBD trước vô căn gặp nhiều nhất ở tất cả các nhóm tuổi. Viêm MBD trước nhiễm trùng chiếm tỷ lệ cao (53,5%), trong đó CMV là nguyên nhân được tìm thấy nhiều nhất (32,6%), sau đó là HSV (9,3%) và VZV (4,7%). HLA-B27 là nguyên nhân hàng đầu có thể xác định được của viêm MBD trước không nhiễm trùng. Tuổi tác có liên quan đến nguyên nhân viêm màng bồ đào. Thị lực kém ở viêm MBD trước thấp (11,1%), tỷ lệ tăng nhãn áp, bạc màu móng mắt, đồng tử giãn ở viêm MBD trước do virus cao hơn nhóm không do virus ( $p < 0,05$ ). Mặc dù có thể định hướng nguyên nhân viêm MBD trước dựa trên một số dấu hiệu lâm sàng gợi ý, nhưng biểu hiện lâm sàng của viêm MBD trước rất đa dạng, các xét nghiệm toàn thân, PCR dịch tiền phòng cần được phổ biến rộng rãi để xác định nguyên nhân gây viêm MBD. Việc tìm ra nguyên nhân gây bệnh có vai trò quan trọng trong điều trị và tiên lượng bệnh.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Samalia, P., Sims, J. & Niederer, R. The Role of Ageing in the Clinical Presentation of Uveitis. *Am J Ophthalmol* 272, 58–66 (2025).
2. Nguyen, M., Siak, J., Chee, S.-P. & Diem, V. Q. H. The Spectrum of Uveitis in Southern Vietnam. *Ocul Immunol Inflamm* 25, S100–S106 (2017).
3. Do, H. D. et al. Pattern of Uveitis in Northern Vietnam. *Ocular Immunology and Inflammation*

- 1–12 (2024).
- Lê Xuân Hùng.** Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật phản ứng chuỗi Polymerase để phát hiện CMV, HSV trong thủy dịch của hội chứng Posner Schlossman [luận văn thạc sĩ]. Hà Nội: Đại học Y Hà Nội; 2012.
  - Kongyai, N. et al.** Viral causes of unexplained anterior uveitis in Thailand. *Eye* 26, 529–534 (2012).
  - Kalogeropoulos, D. et al.** The large Hellenic Study of Uveitis: epidemiology, etiologic factors and classification. *Int Ophthalmol* 43, 3633–3650 (2023).
  - Hsiao, Y.-T., Kuo, M.-T., Chiang, W.-Y., Chao, T.-L. & Kuo, H.-K.** Epidemiology and clinical features of viral anterior uveitis in southern Taiwan—diagnosis with polymerase chain reaction. *BMC Ophthalmol* 19, 87 (2019).
  - Chee, S.-P. & Jap, A.** Presumed fuchs heterochromic iridocyclitis and Posner-Schlossman syndrome: comparison of cytomegalovirus-positive and negative eyes. *Am J Ophthalmol* 146, 883–889.e1 (2008).

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SINH THIẾT TUY QUẠ DA DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM

Nguyễn Ngọc Cương<sup>1,2</sup>, Đỗ Huy Hoàng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm hình ảnh, kết quả mô bệnh học và mức độ an toàn của kỹ thuật sinh thiết tụy qua da dưới hướng dẫn siêu âm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu thực hiện trên 33 bệnh nhân có tổn thương tụy được chỉ định sinh thiết qua da dưới hướng dẫn siêu âm tại một bệnh viện tuyến trung ương từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2024. Các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học, kết quả mô bệnh học và tai biến được thu thập, phân tích và đánh giá. **Kết quả:** Bệnh nhân chủ yếu là nam giới (60,6%), tuổi trung bình  $63,6 \pm 11,2$ . Tổn thương tụy chủ yếu nằm ở đầu tụy (51,5%), giảm âm (81,8%) và bờ không đều (75,8%). Tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến chiếm 72,7%. Độ nhạy chẩn đoán là 92,3%, độ đặc hiệu 100%, độ chính xác 93,9%. Biến chứng gặp ở 6,1% trường hợp, đều nhẹ, không cần can thiệp. **Kết luận:** Sinh thiết tụy dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp có độ chính xác cao và mức độ an toàn chấp nhận được, có thể áp dụng rộng rãi tại các cơ sở có phương tiện siêu âm can thiệp và bác sĩ được đào tạo chuyên sâu.

**Từ khóa:** Khối u tụy, Sinh thiết u tụy, Sinh thiết u dưới siêu âm

### SUMMARY

#### ULTRASOUND-GUIDED PERCUTANEOUS PANCREATIC BIOPSY: DIAGNOSTIC PERFORMANCE AND CLINICAL SAFETY

**Objective:** To evaluate the imaging characteristics, histopathological outcomes, and safety of percutaneous ultrasound-guided pancreatic biopsy. **Materials and Methods:** This prospective descriptive study was conducted on 33 patients with pancreatic lesions who underwent ultrasound-guided

percutaneous biopsy at a central hospital from January 2023 to June 2024. Clinical, imaging, histological data, and procedure-related complications were collected and analyzed. **Results:** The majority of patients were male (60.6%) with a mean age of  $63.6 \pm 11.2$  years. Most pancreatic lesions were located in the head of the pancreas (51.5%), appeared hypoechoic (81.8%), and had irregular margins (75.8%). Adenocarcinoma accounted for 72.7% of histological diagnoses. The sensitivity, specificity, and overall diagnostic accuracy of the procedure were 92.3%, 100%, and 93.9%, respectively. Minor complications occurred in 6.1% of cases and required no specific treatment. **Conclusion:** Percutaneous ultrasound-guided pancreatic biopsy is a feasible and accurate method with an acceptable safety profile. It can be considered a practical alternative for tissue diagnosis in pancreatic lesions, especially in settings where endoscopic ultrasound is not readily available.

**Keywords:** pancreatic tumor, pancreatic biopsy, ultrasound guidance biopsy

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tụy là một trong những bệnh lý ác tính đường tiêu hóa có tiên lượng kém nhất, với tỷ lệ sống thêm 5 năm chỉ khoảng 9% ở mọi giai đoạn và dưới 3% ở giai đoạn muộn. Do đặc điểm tiến triển âm thầm, các triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu và vị trí giải phẫu sâu trong ổ bụng, phần lớn các trường hợp được chẩn đoán khi đã ở giai đoạn tiến triển hoặc di căn xa, làm hạn chế khả năng phẫu thuật triệt để – vốn chỉ áp dụng được cho khoảng 15–20% trường hợp [1]. Vì vậy, việc phát hiện và chẩn đoán sớm có vai trò then chốt trong cải thiện tiên lượng và lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp.

Tổn thương tụy được chia làm hai nhóm chính là tổn thương đặc và nang, với bản chất có thể là viêm, lành tính, tiền ung thư hoặc ác tính. Việc xác định chính xác mô bệnh học của tổn thương giúp tránh các phẫu thuật không cần thiết, đồng thời giúp quyết định liệu pháp triệt

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Cương

Email: nguyennngoccuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025