

cứu có cỡ mẫu nhỏ, làm tại một trung tâm. Cuối cùng nghiên cứu chỉ là cắt ngang, chưa theo dõi được kết cục ngắn hạn, trung hạn và dài hạn để tìm mối liên quan với nồng độ sdLDL-C ở bệnh nhân hội chứng vành cấp.

V. KẾT LUẬN

Đây là nghiên cứu nhằm khảo sát nồng độ sdLDL-C ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp. Nồng độ sdLDL-C trung bình ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp là $47,0 \pm 21,0$ mg/dL. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ sdLDL-C giữa các đặc điểm lâm sàng như tuổi, giới, thể lâm sàng của hội chứng mạch vành cấp cũng như số nhánh mạch vành tổn thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ta H, Lin B, Palaniappan LJCD. Vietnamese and Vietnamese-American health statistics, 2003-2019. 2020;
2. Vekic J, Zeljkovic A, Cicero AFG, et al. Atherosclerosis Development and Progression: The Role of Atherogenic Small, Dense LDL. *Medicina* (Kaunas, Lithuania). Feb 16 2022;58(2):doi:10.3390/medicina58020299
3. Srisawasdi P, Chaloeysup S, Teerajetgul Y, et al. Estimation of plasma small dense LDL cholesterol from classic lipid measures. *American journal of clinical pathology*. Jul 2011;136(1):20-9. doi:10.1309/ajcplhbjbgg9l3ils
4. Wu B, Yu Z, Tong T, et al. Evaluation of small dense low-density lipoprotein concentration for predicting the risk of acute coronary syndrome in Chinese population. 2020;34(3):e23085.
5. Emadzadeh MR, Alavi MS, Soukhtanloo M, et al. Changes in small dense low-density lipoprotein levels following acute coronary syndrome. *Angiology*. Apr 2013;64(3):216-22. doi:10.1177/0003319712441855
6. Fukushima Y, Hirayama S, Ueno T, et al. Small dense LDL cholesterol is a robust therapeutic marker of statin treatment in patients with acute coronary syndrome and metabolic syndrome. *Clinica chimica acta; international journal of clinical chemistry*. Jul 15 2011;412(15-16):1423-7. doi:10.1016/j.cca.2011.04.021
7. Pradhan A, Kuka R, Vishwakarma P, et al. Lipid Profile and Small Dense Low-Density Lipoprotein in Acute Coronary Syndrome Patients: Relationships to Demographic, Clinical, Angiographic, and Therapeutic Variables. *Journal of clinical medicine*. Nov 20 2022;11(22) doi:10.3390/jcm11226846
8. Singh A, Puhari R, Pradhan A, Ali W, Sethi RJC. Small dense low-density lipoprotein for risk prediction of acute coronary syndrome. 2021; 12(4):251.
9. Nishikura T, Koba S, Yokota Y, et al. Elevated small dense low-density lipoprotein cholesterol as a predictor for future cardiovascular events in patients with stable coronary artery disease. *Journal of atherosclerosis and thrombosis*. 2014;21(8):755-67. doi:10.5551/jat.23465
10. Katzell LI, Coon PJ, Rogus E, Krauss RM, Goldberg AP. Persistence of low HDL-C levels after weight reduction in older men with small LDL particles. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*. Mar 1995;15(3):299-305. doi:10.1161/01.atv.15.3.299

ĐẶC ĐIỂM SIÊU CẤU TRÚC SỢ LỖI: SO SÁNH VÙNG TRUNG TÂM VÀ NGOẠI VI Ở NGƯỜI VIỆT NAM

Phan Thị Thục Trang¹, Trần Văn Anh¹, Nguyễn Đoàn Tiến Linh¹,
Trần Ngọc Dũng², Vũ Anh Ngự³, Lê Tài Thế³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm siêu cấu trúc của sợi mô da ở người Việt Nam và so sánh sự khác biệt giữa vùng trung tâm và ngoại vi của sợi. **Đối tượng và phương pháp:** Tiến hành nghiên cứu 12 mẫu sợi mô da từ 06 bệnh nhân được chẩn đoán sợi mô dựa theo tiêu chuẩn JSS 2015 và điều trị phẫu thuật sợi mô tại Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

từ tháng 2-10/2023. Mẫu được phân tích dưới kính hiển vi điện tử truyền qua JEOL JEM 1400 theo quy trình ISO 9001:2015. **Kết quả:** Sợi mô da người Việt Nam duy trì cấu trúc cơ bản của da nhưng có các thay đổi đặc trưng: thượng bì: tế bào sắp xếp không đều, desmosome ngắn hơn ($233 \pm 7,2$ nm ở trung tâm so với $286 \pm 6,5$ nm ở ngoại vi, $p < 0,05$); màng đáy: giảm mật độ hemidesmosome, nhú chân bì không đều; chân bì: tăng sinh nguyên bào sợi và collagen với cấu trúc bất thường. Các biến đổi này rõ rệt hơn ở vùng trung tâm sợi. **Kết luận:** Sợi mô có những thay đổi đặc trưng về siêu cấu trúc, đặc biệt ở vùng trung tâm. Các phát hiện này góp phần làm rõ cơ chế bệnh sinh và định hướng điều trị sợi mô ở người Việt Nam.

Từ khóa: "Sợi mô; siêu cấu trúc; nguyên bào sợi; collagen; desmosome; người Việt Nam"

SUMMARY

ULTRASTRUCTURAL CHARACTERISTICS OF

¹Bệnh viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác, Học viện Quân y

²Bệnh viện 103, Học viện Quân y

³Viện 69, Bộ Tư lệnh Lăng

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Thục Trang

Email: thuctrangvb@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 26.3.2025

KELOIDS: A COMPARISON BETWEEN CENTRAL AND PERIPHERAL REGIONS IN VIETNAMESE PATIENTS

Objective: To evaluate ultrastructural characteristics of keloid scars in Vietnamese people and compare differences between central and peripheral regions. **Subjects and methods:** Study on 12 keloid samples of human skin tissue were taken from 06 patients that diagnosed with keloid based on JSS 2015 standards and treated with keloid surgery at Viet Nam National Institute Of Burns from February to October 2023. Samples were analyzed using JEOL JEM 1400 transmission electron microscope following ISO 9001:2015 protocol. **Results:** Vietnamese keloid scars maintain basic skin structure but show characteristic changes: epidermis: irregular cell arrangement, shorter desmosomes ($233 \pm 7.2\text{nm}$ in center vs $286 \pm 6.5\text{nm}$ in periphery, $p < 0.05$); basement membrane: reduced hemidesmosome density, irregular dermal papillae; dermis: increased fibroblasts and collagen with abnormal structure. These changes are more prominent in the central region. **Conclusion:** Keloid scars show characteristic ultrastructural changes, particularly in the central region. These findings contribute to understanding pathogenesis and treatment direction for keloids in Vietnamese people.

Keywords: "Keloid; ultrastructure; fibroblasts; collagen; desmosome; Vietnamese"

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sẹo lồi là một dạng bệnh lý rối loạn tăng sinh tổ chức xơ sợi lành tính¹, đặc trưng bởi sự phát triển vượt ra ngoài ranh giới của vết thương ban đầu; xảy ra phổ biến nhất ở ngực trước, vai, bắp tay, bụng và đùi². Tình trạng này không chỉ ảnh hưởng đến thẩm mỹ mà còn gây ra các triệu chứng như đau và ngứa, tác động nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng tới sự xuất hiện và phát triển của sẹo lồi bao gồm: chủng tộc, di truyền, chấn thương cơ học, yếu tố gây viêm... Chính bởi sự phức tạp về cơ chế bệnh sinh của sẹo lồi nên đã có nhiều phương pháp điều trị sẹo lồi được nghiên cứu và áp dụng như: corticoid, băng ép, áp lạnh, laser, phẫu thuật, xạ trị^{3,4}. Tuy nhiên kết quả điều trị cũng như tỷ lệ tái phát của sẹo lồi vẫn chưa đạt được yêu cầu mong muốn. Cơ chế bệnh sinh của sẹo lồi hiện nay vẫn còn nhiều vấn đề chưa sáng tỏ. Tại Việt Nam mặc dù đã có nhiều nghiên cứu về sẹo lồi, tuy nhiên các nghiên cứu về đặc điểm siêu cấu trúc của sẹo lồi ở người Việt Nam còn rất hạn chế. Hiểu biết về những đặc điểm này có ý nghĩa quan trọng trong việc làm sáng tỏ cơ chế bệnh sinh và phát triển các phương pháp điều trị hiệu quả.

Kính hiển vi điện tử truyền qua cho phép quan sát các đặc điểm siêu cấu trúc (SCT) các mô và tế bào ở cấp độ nanomet (nm) nhờ cấu

tạo và nguyên lý hoạt động là chùm tán xạ các hạt electron xuyên qua mẫu có kích thước siêu mỏng. Do đó các hình ảnh biến đổi ở cấp độ tế bào và dưới tế bào có thể được phân tích và đánh giá trên hình ảnh SCT rất rõ ràng, cho phép phát hiện các biến đổi rất nhỏ trong mô và tế bào⁵. Đây là kỹ thuật hiện đại giúp chẩn đoán chính xác các tổn thương và các biến đổi bệnh lý trong nghiên cứu y sinh học và mô học.

Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục đích:

1. *Mô tả đặc điểm siêu cấu trúc của sẹo lồi mô da ở người Việt Nam.*
2. *So sánh sự khác biệt về siêu cấu trúc giữa vùng trung tâm và ngoại vi của sẹo.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Lấy mẫu thuận tiện: 06 bệnh nhân được chẩn đoán sẹo lồi dựa theo tiêu chuẩn JSS 2015 (Japan Scar Workshop Scar Scale) với điểm đánh giá từ 15-25, được chỉ định và điều trị phẫu thuật sẹo lồi tại Viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 2 - tháng 10 năm 2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang.

2.3. Kỹ thuật thực hiện

- 6 mẫu sẹo lồi được chia thành 2 nhóm (12 mảnh kích thước $1 \times 1 \times 1\text{ mm}$): Nhóm TT gồm các mảnh mẫu ở trung tâm sẹo và nhóm NV gồm các mảnh ở vùng ngoại vi giáp với mô da lành.

- Mỗi mảnh mẫu được cố định ngay trong glutaraldehyd 2,5% đậm cacodylat 0,1M, pH 7,3. Sau đó qua các bước cố định trong osmic 1%, đúc mẫu trong khuôn nhựa Epoxy, cắt siêu mỏng với độ dày 70nm, làm tiêu bản siêu cấu trúc và nhuộm tương phản với uranyl acetat 1% và chì citrate.

- Soi mẫu và chụp ảnh ở độ phóng đại thích hợp trên kính hiển vi điện tử truyền qua (TEM) JEOL- JEM 1400 Nhật Bản tại Khoa Hình thái, Viện 69.

- Đo độ dài desmosome bằng phần mềm Image J.

Quy trình chuẩn bị tiêu bản siêu cấu trúc và soi mẫu theo tiêu chuẩn TCVN ISO 9001:2015 của Viện 69.

2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Tế bào thượng bì: phân lớp, hình dạng tế bào, liên kết desmosome (hình dạng, độ dài: được đo từ 2 mép của 2 đầu liên kết), melanosome (phân bố).

- Màng đáy, mật độ hemidesmosome, (số lượng hemidesmosome/trên một đơn vị độ dài của màng đáy).

- Nguyên bào sợi: mật độ (số nguyên bào sợi/

đơn vị diện tích chân bì), mạng lưới nội sinh chất.

- Collagen chân bì: sắp xếp bó sợi, kích thước sợi collagen (đường kính sợi collagen được xác định là đường kính ngang, vuông góc với sợi collagen được chụp dọc).

2.5. Xử lý thống kê. Sử dụng t-test để so sánh kết quả định lượng chiều dài các liên kết desmosome.

Sử dụng U Mann Whitney-test để so sánh kết quả nghiên cứu bán định lượng đường kính sợi collagen giữa các mẫu vùng trung tâm và các mẫu vùng ngoại vi.

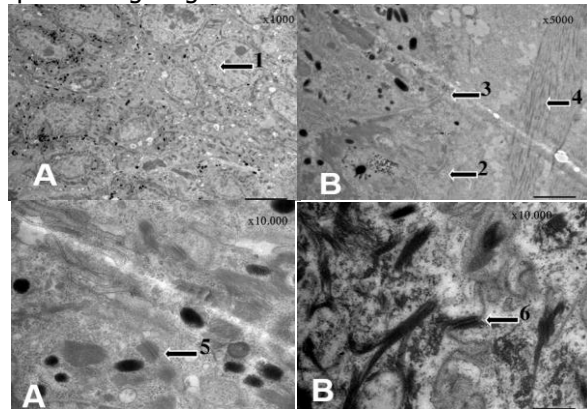
Mức ý nghĩa thống kê lựa chọn: $p < 0,05$.

Nghiên cứu được cấp chứng nhận chấp thuận số 20/2023/CNChT-HĐĐĐ do Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Học viện Quân y thông qua ngày 10/01/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Quan sát hình ảnh biến đổi siêu cấu trúc sẹo lồi trên các thành phần biểu bì và chân bì. Đặc điểm nổi bật được quan sát thấy dưới đây.

3.1. Thương bì và màng đáy. Quan sát trên tiêu bản SCT của mẫu sẹo lồi ở cả vùng trung tâm và ngoại vi đều cho thấy mẫu mô vẫn giữ được các cấu trúc chung của mô da: cấu trúc màng đáy còn, các tế bào đáy được liên kết với màng đáy bằng các liên kết hemidesmosome. Tuy nhiên các nhú chân bì không đều, mật độ hemidesmosome giảm hơn so với mẫu mô da bình thường. Các tế bào thượng bì vẫn có sự phân lớp khá rõ, tuy nhiên tương quan các lớp cũng như sự sắp xếp các tế bào trong cùng một lớp không đồng đều như ở mô da bình thường; các hắc tố melanosome vẫn tập trung nhiều ở vùng gần màng đáy (Hình 1). Không quan sát thấy cấu trúc nang lông và các tuyến quanh nang lông.



Hình 1. Siêu cấu trúc thượng bì của sẹo lồi mô da

A: Vùng trung tâm sẹo, B: Vùng rìa (giáp với da lành)

(1): các tế bào thượng bì lớp đáy và melanosome, (2): màng đáy, (3): hemidesmosome, (4): sợi collagen chân bì, (5): desmosome dạng hình khối, (6): desmosome có dạng hình thoi.

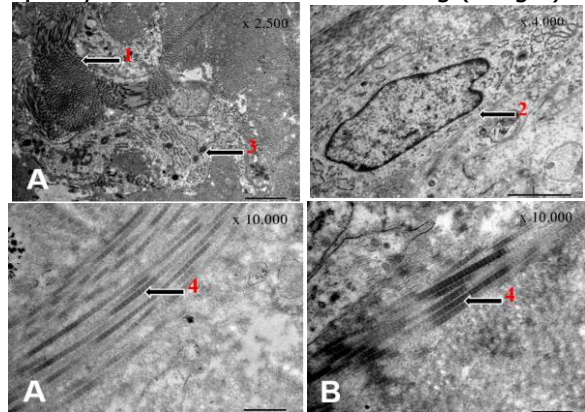
Các tế bào thượng bì liên kết với nhau bằng các desmosome. Ở các mẫu nhóm TT sẹo các desmosome chủ yếu có dạng hình khối (cubic-shaped), trong khi ở các mẫu ở nhóm NV có dạng hỗn hợp cả hình khối và hình thoi (spindle-shaped). Chiều dài của desmosome thể hiện trong bảng 1.

Bảng 1. Chiều dài desmosome ở sẹo lồi mô da (n=6)

Vùng	Chiều dài (nm)	p
Trung tâm (n=6)	$233 \pm 7,2^*$	<0,001
Ngoại vi (n=6)	$286 \pm 6,5^*$	

Độ dài trung bình các desmosome ở phần trung tâm của sẹo lồi thì dài hơn có ý nghĩa thống kê so với phần ngoại vi giáp mô da lành.

3.2. Chân bì. Phân tích bán định lượng trên tiêu bản TEM cho thấy: ở phần chân bì của cả các mẫu vùng trung tâm và vùng ngoại vi sẹo lồi đều có sự phân bố của nguyên bào sợi nhiều hơn so với mô da bình thường. Các nguyên bào sợi có hệ thống lưới nội sinh chất phát triển và được bao quanh bởi nhiều bó sợi collagen. Các bó sợi collagen sắp xếp khá lộn xộn, đan xen với nhau, các sợi collagen vẫn giữ được cấu trúc vân sáng tối xen kẽ, đường kính các sợi collagen có sự thay đổi so với mô da bình thường (Bảng 2).



Hình 2. Ảnh chụp chân bì của sẹo lồi mô da trên kính TEM

A: phần trung tâm sẹo, B: phần rìa sẹo;

1: bó sợi collagen, 2: nguyên bào sợi, 3: hệ thống lưới nội sinh chất của nguyên bào sợi, 4: sợi collagen.

Bảng 2. Kết quả nghiên cứu bán định lượng số lượng mẫu có đường kính sợi collagen, mật độ hemidesmosome và nguyên bào sợi thay đổi ở mẫu sẹo lồi mô da

Vùng		Trung tâm (n=6)			Ngoại vi (n=6)		
		Giảm	BT	Tăng	Giảm	BT	Tăng
Số mẫu có đường kính sợi collagen	Lớp nhú	0	0	6	0	0	6
	Lớp lưới	6	0	0	6	0	0
Số mẫu có mật độ hemidesmosome		6	0	0	6	0	0
Số mẫu có mật độ nguyên bào sợi		0	0	6	0	0	6

(BT: bình thường; mật độ hemidesmosome = số hemidesmosome/ 1 đơn vị độ dài màng đáy, mật độ nguyên bào sợi = số nguyên bào sợi trên một đơn vị diện tích vùng chân bì; các đánh giá giảm/BT/tăng được so sánh định tính với mô da bình thường)

Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$) về số lượng mẫu có thay đổi về đường kính collagen (ở cả lớp nhú và lớp lưới giữa), thay đổi mật độ hemidesmosome và nguyên bào sợi giữa nhóm trung tâm và ngoại vi.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đặc điểm siêu cấu trúc phù hợp với đặc trưng mô học của sẹo lồi mô da là sự tăng sinh lành tính của tổ chức liên kết. Về tổng thể sẹo lồi vẫn giữ được các cấu trúc chung của mô da bao gồm: cấu trúc các lớp tế bào thượng bì, melanosome, màng đáy, chân bì: lớp nhú và lớp lưới. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi cũng xác định được một số thay đổi đặc trưng về siêu cấu trúc của sẹo lồi bao gồm: (1) biến đổi về hình thái và kích thước của liên kết desmosome, (2) giảm mật độ hemidesmosome, (3) tăng sinh nguyên bào sợi và (4) thay đổi về sắp xếp và kích thước của sợi collagen.

Trên các lát cắt dọc (vuông góc với bề mặt da) của tiêu bản TEM quan sát thấy nhân tế bào to nhỏ khác nhau, điều này chứng tỏ tuy các tế bào thượng bì vẫn được phân lớp khá rõ nhưng sắp xếp tế bào không đồng đều như ở mô da bình thường.

Các tế bào thượng bì được liên kết cơ học với nhau nhờ liên kết desmosome. Ở mô da bình thường tất cả các desmosome đều có dạng thon dài (spindle-shaped) ⁶. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng dạng liên kết desmosome của sẹo lồi ở cả vùng trung tâm và ngoại vi đều có dạng hỗn hợp cả hình thoi và hình khối (cubic-shaped; dạng hình khối ngắn hơn so với dạng hình thoi). Độ dài trung bình của liên kết desmosome (bảng 1) cho thấy có các liên kết desmosome ở vùng trung tâm có độ dài trung

bình ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với ở vùng ngoại vi giáp da lành ($p<0,05$). Đồng thời độ dài trung bình các liên kết desmosome ở cả 2 vùng này đều ngắn hơn độ dài trung bình của liên kết desmosome ở biểu bì mô da bình thường của người Châu Á, khoảng 340nm⁷. Điều này có thể có nguyên nhân là do sự phân bố khác nhau của 2 dạng desmosome nói trên, ở mô da bình thường gần như toàn bộ là dạng hình thoi trong khi ở sẹo lồi chủ yếu là dạng hình khối, còn vùng ranh giới của sẹo lồi với mô da lành là hỗn hợp của cả 2 dạng này. Sự thay đổi về hình dạng và độ dài liên kết desmosome này ở sẹo lồi mô da có thể là do sự thay đổi về sắp xếp tế bào trong lớp thượng bì, dẫn đến diện tiếp xúc của 2 tế bào bị thay đổi (desmosome kết nối một vùng bề mặt của 2 tế bào cạnh nhau).

Các kết quả nghiên cứu tiêu bản TEM phần chân bì cho hình ảnh đặc trưng là sự tăng sinh của các bó sợi collagen được sản xuất bởi các nguyên bào sợi. Các nguyên bào sợi không chỉ tăng về mật độ mà còn được bao quanh bởi nhiều bó sợi collagen. Sự phát triển của hệ thống lưới nội sinh chất trong nguyên bào sợi cho thấy các tế bào này được hoạt hóa để tăng sản xuất các tổ chức liên kết. Một số nghiên cứu cũng chỉ ra rằng nguyên bào sợi ở sẹo lồi mô da không chỉ tăng sản xuất collagen mà dường như còn "lôi kéo" các nguyên bào sợi ở vùng lân cận tới vùng mô sẹo⁸. Tuy nhiên cơ chế của quá trình này thì phức tạp và hiện nay vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ.

Sự sắp xếp lộn xộn của các bó sợi collagen chân bì không chỉ làm tăng thể tích của mô sẹo (lồi lên trên bề mặt da), mà còn làm thay đổi kết cấu của lớp nhú. Màng đáy tuy vẫn nguyên vẹn nhưng các nhú chân bì to nhỏ, không đều như ở mô da bình thường, đồng thời mật độ hemidesmosome ở màng đáy cũng thấp hơn. Các sợi collagen vẫn giữ được cấu trúc, các vân sáng tối đều nhau và rõ nét, tuy nhiên các sợi collagen ở lớp nhú thì dày hơn trong khi ở lớp lưới thì mảnh hơn so với mô da lành. Điều này có thể là do sự thay đổi phân bố collagen typ I và typ III ở 2 lớp trên của mô sẹo lồi ⁶. Nghiên cứu bán định lượng chưa tìm thấy sự khác biệt về thay đổi kích thước sợi collagen ở vùng trung tâm sẹo so với vùng ngoại vi.

Các kết quả nghiên cứu của chúng tôi về một số thay đổi siêu cấu trúc của sẹo lồi được mô tả ở trên cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu trên nhóm người Thụy Điển (Châu Âu) ⁶. Sự khác nhau về vị trí địa lý có thể dẫn tới sự khác nhau về số liệu định lượng các kích thước các siêu cấu trúc cả ở mô da bình thường và mô da

seo. Tuy nhiên hiện nay chưa có nghiên cứu về các đặc điểm này ở mô da bình thường người Việt Nam.

Các kết quả của nghiên cứu này không chỉ đưa ra các thông tin về siêu cấu trúc sẹo lồi mô da ở người Việt Nam, nó còn có ý nghĩa cung cấp dữ liệu so sánh phục vụ cho các nghiên cứu phát triển các phương pháp điều trị sẹo lồi ở nước ta.

Tuy nhiên nghiên cứu này vẫn còn hạn chế về số lượng mẫu, do đó không thực hiện được nhiều nghiên cứu định lượng hình thái, đồng thời do vấn đề về đạo đức y học chưa lấy được nhóm chứng là mô da người Việt Nam bình thường.

Chính vì vậy, các nghiên cứu tiếp theo về sẹo lồi nên tập trung vào các hướng: (1) so sánh với mô da bình thường, (2) phân tích các protein và gen liên quan đến quá trình hình thành sẹo lồi, (3) đánh giá mối liên quan giữa các thay đổi siêu cấu trúc với đáp ứng điều trị.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm siêu cấu trúc sẹo lồi mô da ở người Việt Nam cơ bản vẫn giữ cấu trúc các lớp chung như da bình thường. Một số thay đổi về hình dạng, kích thước tế bào biểu bì, độ dài liên kết desmosome ngắn hơn; mật độ hemidesmosome ít hơn và các nhú chân bì không đều; tăng mật độ các nguyên bào sợi với hệ thống lưới nội sinh chất phát triển và được bao quanh bởi nhiều bó collagen to nhỏ khác nhau. Các sợi collagen sắp xếp lộn xộn và có sự thay đổi về đường kính ở cả lớp nhú và lớp lưới. Các biến đổi này tập trung nhiều ở vùng trung

tâm của sẹo lồi, giảm hơn ở phần ngoại vi giáp với vùng mô da lành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thế Trung.** Bông: những kiến thức chuyên ngành. Nhà xuất bản Y học; 2003.
2. **Matsumoto NM, Peng W, Aoki M, et al.** Histological analysis of hyalinised keloidal collagen formation in earlobe keloids over time: collagen hyalinisation starts in the perivascular area. *Int Wound J.* 2017;14(6):1088-1093. doi:10.1111/iwj.12763
3. **Wen P, Wang T, Zhou Y, Yu Y, Wu C.** A retrospective study of hypofractionated radiotherapy for keloids in 100 cases. *Sci Rep.* 2021;11(1): 3598. doi:10.1038/s41598-021-83255-4
4. **Akaishi S, Koike S, Dohi T, Kobe K, Hyakusoku H, Ogawa R.** Nd:YAG Laser Treatment of Keloids and Hypertrophic Scars. 12.
5. **Dumančić E, Vojta L, Fulgosi H.** Beginners guide to sample preparation techniques for transmission electron microscopy. *Period Biol.* 2023;125(1-2):123-131. doi:10.18054/pb.v125i1-2.25293
6. **Hellström M, Hellström S, Engström-Laurent A, Bertheim U.** The structure of the basement membrane zone differs between keloids, hypertrophic scars and normal skin: A possible background to an impaired function. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2014;67(11):1564-1572. doi:10.1016/j.bjps.2014.06.014
7. **Hino H, Kobayasi T, Asboe-Hansen G.** Size of desmosomes and hemidesmosomes in normal human epidermis. *Acta Derm Venereol.* 1981;61(4):279-284.
8. **Nangole FW, Agak GW.** Keloid pathophysiology: fibroblast or inflammatory disorders? *JPRAS Open.* 2019;22:44-54. doi:10.1016/j.jpra.2019.09.004

ÁP DỤNG THANG ĐIỂM T- SCORE TRONG TIỀN LƯỢNG VÀ XỬ TRÍ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA Ở BỆNH NHÂN LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

Trần Thị Kiều Anh¹, Nguyễn Ngọc Hùng¹, Trần Anh Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa thang điểm T- score với tiền lượng và xử trí ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả mô tả cắt ngang có phân tích. **Kết quả:** Nghiên cứu 70 bệnh

nhân được chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng điều trị tại khoa Nội tiêu hóa Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. Thông tin được thu thập bằng thăm khám và mẫu bệnh án thiết kế sẵn. Kết quả: Tỷ lệ nam/ nữ là 2.2/1; Độ tuổi gặp nhiều nhất là 50-69 tuổi (50%). Có mối liên quan giữa thang điểm T-score với thời gian chỉ định nội soi; phương pháp nội soi can thiệp cầm máu và điều trị bằng truyền máu ở nhóm nguy cơ cao và nguy cơ trung bình cao hơn nhóm nguy cơ thấp, $p < 0.05$. Điểm trung bình T-score nhóm bệnh nhân có can thiệp nội soi (5.5 ± 1) thấp hơn nhóm không can thiệp (8.2 ± 1.9) với $p = 0.019$. Tỷ lệ xuất huyết tái phát là 5.7%. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa thang điểm T- score với tỷ lệ XHTH tái phát trong thời gian điều trị. **Kết luận:** Xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng là một cấp cứu nội

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Kiều Anh

Email: kieuanh@vnu.edu.com

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025