

- hunan province, china. Dement Geriatr Cogn Dis Extra. 2013;3(1):25-36. doi:10.1159/000346845
8. **Freitas S, Simões MR, Alves L, Vicente M, Santana I.** Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Validation Study for Vascular Dementia. Journal of the International Neuropsychological

- Society. 2012;18(6): 1031-1040. doi:10.1017/S135561771200077X
9. **Lan* NTX, Thăng** TC.** Đánh giá thang MoCA trong tầm soát suy giảm nhận thức ở người Việt Nam. TCYHTPHCM. 2017;21(2):210-210.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH TÂN SINH BIỂU MÔ GAI BỀ MẶT NHÃN CẦU

Hồ Anh Thi¹, Nguyễn Thị Hoàng Lộc¹, Lý Thanh Thiện¹, Lưu Thị Thu Thảo¹, Vũ Thị Việt Thu², Ngô Quốc Đạt¹, Phạm Quốc Thăng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm mô bệnh học và xác định tỷ lệ, phân loại hình thái tổn thương tân sinh biểu mô gai bề mặt nhãn cầu (OSSN) tại Khoa Xét Nghiệm, Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu kết hợp mô tả cắt ngang trên các mẫu sinh thiết được chẩn đoán là các phân nhóm của OSSN tại Khoa Xét nghiệm, Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu 188 trường hợp OSSN ghi nhận: Độ tuổi trung bình là $52,9 \pm 15,4$, với nam giới chiếm đa số (64,9%). Về vị trí, ghi nhận có sự phân bố đồng đều giữa mắt phải và mắt trái với 93 ca (49,5%) mỗi bên. Ngoài ra có 2 trường hợp ghi nhận gặp ở cả hai bên mắt (1,0%). Về phân nhóm mô học, CIN 2 chiếm tỷ lệ cao nhất (58,0%), trong khi CIN 3, CIN 1 và SCC lần lượt chiếm 17,0%, 15,4% và 9,6%. Các đặc điểm mô học như mức độ dị dạng nhân, số lượng phân bào bất thường và tình trạng thâm nhập tế bào viêm thường gặp ở các phân nhóm CIN 3 và SCC ($p < 0,05$). Tình trạng tăng/dày sừng do ánh nắng ghi nhận liên quan với mức độ nghịch sản nặng dẫn và chiếm tỷ lệ cao nhất ở SCC ($p < 0,05$). **Kết luận:** Giải phẫu bệnh đóng vai trò thiết yếu trong chẩn đoán xác định OSSN. Đồng thời ghi nhận mối liên hệ giữa hiện tượng tăng/dày sừng do ánh nắng và mức độ ác tính mô học, gợi ý giá trị tiên lượng của đặc điểm này trong đánh giá tổn thương OSSN.

Từ khóa: tân sinh biểu mô gai bề mặt nhãn cầu, OSSN, tân sinh trong biểu mô kết mạc, CIN

SUMMARY

ASSESSMENT OF HISTOPATHOLOGICAL FEATURES IN OCULAR SURFACE SQUAMOUS NEOPLASIA

Objective: This study describes the histopathological features and determines the frequency and morphological subtypes classification of

ocular surface squamous neoplasia (OSSN) diagnosed at the Department of Laboratory, Ho Chi Minh City Eye Hospital. **Methods:** A retrospective, cross-sectional descriptive study was conducted on biopsy specimens diagnosed as various subtypes of OSSN at the Department of Laboratory, Ho Chi Minh City Eye Hospital, from January 2022 to December 2024. **Results:** A total of 188 OSSN cases were analyzed. The mean patient age was 52.9 ± 15.4 years, with a male predominance (64.9%). Regarding lesion laterality, both right and left eyes were equally affected (93 cases, 49.5% each), and bilateral involvement was observed in 2 cases (1.0%). Histopathologically, CIN 2 was the most common subtype (58.0%), followed by CIN 3 (17.0%), CIN 1 (15.4%), and squamous cell carcinoma (SCC) (9.6%). Significant associations were observed between high-grade lesions (CIN 3 and SCC) and several histological parameters, including nuclear atypia, abnormal mitotic activity, and inflammatory cell infiltration ($p < 0.05$). Additionally, actinic keratosis/hyperkeratosis showed a positive correlation with increasing dysplasia severity, being most frequently observed in SCC ($p < 0.05$). **Conclusion:** Histopathology plays a critical role in the definitive diagnosis of OSSN. Furthermore, the presence of actinic keratosis/hyperkeratosis appears to be associated with increasing histological malignancy, suggesting its potential prognostic value in the pathological assessment of OSSN.

Keywords: Ocular surface squamous neoplasia, OSSN, conjunctival intraepithelial neoplasia, CIN

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tân sinh biểu mô gai bề mặt nhãn cầu (OSSN) là một nhóm bệnh lý hiếm gặp, phát sinh từ biểu mô lát tầng không sừng hóa của kết mạc và giác mạc.² Tổn thương được đặc trưng bởi sự đa dạng hình thái tổn thương, từ các dạng nghịch sản trong biểu mô tiền ung thư (CIN) đến carcinôm tế bào gai tại chỗ (CIS) và xâm nhập (SCC).⁶

Tỷ lệ mắc mới OSSN rất khác nhau và thường dao động đáng kể theo khu vực địa lý, ước tính từ 0,03-3,5/100.000 dân mỗi năm.² OSSN chủ yếu gặp ở người lớn tuổi với tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới chiếm ưu thế theo ghi nhận ở châu Âu, Bắc Mỹ, Úc và châu Á.^{4,8} Nhiều yếu tố nguy cơ đã được xác định trong cơ chế bệnh

¹Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quốc Thăng

Email: phamquocthang@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 18.11.2025

sinh của OSSN, nổi bật nhất là thời gian tiếp xúc kéo dài với tia cực tím (UV-B), tuổi cao, suy giảm miễn dịch, nhiễm virus (HIV, HPV).^{2,6,8} Bên cạnh đó, các yếu tố nguy cơ khác như hút thuốc lá, chấn thương mắt, nhiễm trùng bề mặt nhãn cầu, v.v. cũng đã ghi nhận và báo cáo.² Ngoài ra, một số bệnh lý di truyền như khô da sắc tố hoặc hội chứng Papillon-Lefèvre cũng được báo cáo là liên quan đến các trường hợp OSSN tái phát ở người trẻ tuổi.²

OSSN thường biểu hiện dưới dạng tổn thương khu trú, giới hạn trong lớp biểu mô bề mặt ở một bên mắt.²⁻⁵ Vùng rìa giác mạc, nơi chuyển tiếp giữa kết – giác mạc, là vị trí thường phổ biến của OSSN với tỷ lệ chiếm khoảng 79%.³ Hiếm gặp hơn, OSSN có thể xảy ra ở cả hai mắt ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch.² Ngoài ra, các tổn thương OSSN có thể tiến triển xâm lấn vào củng mạc, giác mạc, nội nhãn (15%), hốc mắt (12-16%) gây mất thị lực và thậm chí cho di căn hạch (6-16%).⁵ Nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời, bệnh có thể dẫn đến biến chứng nặng nề về thị giác hoặc tử vong.^{1,3} Tuy nhiên, không có dấu hiệu lâm sàng đặc hiệu để phân biệt CIN và SCC ở nhãn cầu.² Theo Gichuhi và cộng sự², giá trị tiên đoán dương của chẩn đoán OSSN dựa trên biểu hiện lâm sàng chỉ đạt 54%.

Giải phẫu bệnh là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định tổn thương và mức độ ác tính của các OSSN.^{1-4,6-8} Về đặc điểm mô bệnh học, dựa theo hệ thống phân loại mô bệnh học của OSSN do Basti & Macsai⁴ đề xuất, tân sinh trong biểu mô kết – giác mạc (CIN) được phân độ dựa trên bề dày biểu mô nghịch sản tương tự như ở cổ tử cung. Trong đó, CIN 1 tương ứng với mức độ nghịch sản khu trú ở 1/3 dưới bề dày biểu mô, CIN 2 tương ứng nghịch sản chiếm 2/3 bề dày của biểu mô và CIN 3 tương ứng nghịch sản lan trên 2/3 bề dày biểu mô kết-giác mạc.^{4,8} Carcinôm tế bào gai tại chỗ (CIS) khi tế bào nghịch sản, dị dạng chiếm toàn bộ bề dày biểu mô nhưng chưa phá vỡ màng đáy.^{4,8} Carcinôm tế bào gai xâm lấn được chẩn đoán khi tế bào u xâm nhập qua màng đáy biểu mô và lan vào mô đệm kết – giác mạc.^{4,8} Các đặc điểm tế bào chưa trưởng thành, nhân lớn tăng sắc, dị dạng đa hình, hạt nhân nổi rõ, tỷ lệ nhân/bào tương tăng, gia tăng hoạt động phân bào trong biểu mô được ghi nhận có sự liên quan đến các mức độ nghịch sản nặng, khả năng tái phát và tiến triển thành ung thư xâm lấn ở OSSN.^{2,4,8} Đặc biệt, tình trạng dày sừng do ánh nắng (actinic keratosis) đặc trưng bởi sự tăng sừng hóa biểu mô bề mặt (hyperkeratosis) và thoái hóa sợi đàn hồi trong mô đệm (elastotic degeneration) được

cho là có sự liên quan đến tiến triển của mức độ nghịch sản CIN ở OSSN.⁶

Phẫu thuật cắt bỏ kết hợp với hóa trị ở nghịch sản độ cao/SCC là phác đồ điều trị thường được lựa chọn.¹ Việc phát hiện sớm và điều trị kịp thời OSSN có ý nghĩa quan trọng trong việc hạn chế nguy cơ di căn và tái phát sau điều trị. Do đó, nghiên cứu các đặc điểm mô bệnh học của OSSN là cơ sở cần thiết để nâng cao độ chính xác trong chẩn đoán, sàng lọc nguy cơ và tối ưu hóa chiến lược điều trị. Những dữ liệu mô học này không chỉ giúp phân tầng mức độ ác tính, mà còn đóng vai trò định hướng trong theo dõi và tiên lượng lâu dài cho người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 188 trường hợp được chẩn đoán giải phẫu bệnh là các phân nhóm của tân sinh biểu mô gai bề mặt nhãn cầu (OSSN) trên mẫu sinh thiết tại Khoa Xét nghiệm, Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh trong khoảng thời gian tháng 1/2022 đến tháng 12/2024.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu. Hồ sơ bệnh án được truy xuất từ hệ thống dữ liệu và kho lưu trữ bệnh viện. Những trường hợp đáp ứng tiêu chí chọn mẫu sẽ được lập danh sách và thu thập thông tin cần thiết. Số liệu nghiên cứu trong phiếu thu thập dữ liệu được nhập vào bảng Excel và được phân tích bằng phần mềm thống kê STATA 17. Khảo sát mối tương quan bằng phép kiểm Fisher's exact và Chi bình phương. Các kết quả được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ và độ tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi khảo sát tổng cộng 188 trường hợp tân sinh biểu mô gai bề mặt nhãn cầu (OSSN).

3.1. Tuổi, giới tính. Tuổi trung bình của nghiên cứu ghi nhận là $52,9 \pm 15,4$, trong đó độ tuổi nhỏ nhất là 14 tuổi và lớn nhất là 85 tuổi. Trong đó, > 50 tuổi: 102 trường hợp (54,3%), ≤ 50 tuổi: 86 trường hợp (45,7%).

Nam giới chiếm đa số 64,9%, với 122 trường hợp, tỷ lệ Nam/Nữ là 1,8/1.

3.2. Phân nhóm mô bệnh học. Về phân nhóm mô bệnh học, tân sinh trong biểu mô kết/giác mạc (CIN) độ 2 chiếm đa số (58,0%), carcinôm tế bào gai xâm nhập (SCC) chiếm tỷ lệ thấp nhất (9,6%).

Chẩn đoán phân nhóm mô bệnh học	Số trường hợp ghi	Tỷ lệ	Tỷ lệ giữa phân nhóm mô học độ
---------------------------------	-------------------	-------	--------------------------------

OSSN	nhận		thấp và cao
CIN 1	29	15,4%	73,4%
CIN 2	109	58,0%	
CIN 3	32	17,0%	26,6%
SCC	18	9,6%	

3.3. Vị trí mắt. Tổn thương được phân bố gần như đồng đều giữa mắt trái và mắt phải với 93 trường hợp (49,5%) mỗi bên, trong đó có 2 trường hợp (1%) ghi nhận tổn thương ở cả hai bên mắt. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa chẩn đoán giải phẫu bệnh và vị trí tổn thương ($p=0,1604^*$).

3.4. Một số đặc điểm mô bệnh học. Về mức độ dị dạng nhân tế bào, ghi nhận 98 trường hợp (chiếm 52,1%) ở mức độ thấp, 67 trường hợp (chiếm 35,7%) ở mức độ trung bình và 23 trường hợp (chiếm 12,2%) ở mức độ cao.

Kết quả các đặc điểm mô bệnh học khác:

	Tăng/Dày sừng do ánh nắng	Phân bào bất thường	Còn sự hiện diện của tế bào dài	Thấm nhập tế bào viêm
Có	69 (36,7%)	20 (10,6%)	17 (9%)	13 (6,9%)
Không	119 (63,3%)	168 (89,4%)	171 (91%)	175 (93,1%)
Tổng số	188			

Phân tích số liệu thành 2 nhóm tuổi (<50 và ≥ 50 tuổi) cho thấy nhóm tuổi ≥ 50 có tỷ lệ tăng/dày sừng do ánh nắng thấp hơn so với nhóm <50 tuổi (40% với 34,3%). Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,5128^*$).

Nhóm tuổi	Có tăng/dày sừng do ánh nắng	Không tăng/dày sừng do ánh nắng	Tổng số
<50 tuổi	32 (40%)	48 (60%)	80
≥ 50 tuổi	37 (34,3%)	71 (65,7%)	108
Tổng số	69	119	188

Phân tích số liệu giữa các phân nhóm OSSN chẩn đoán giải phẫu bệnh và tình trạng có tăng/dày sừng do ánh nắng cho thấy tỷ lệ tăng/dày sừng do ánh nắng ghi nhận tăng dần theo mức độ nghịch sản và ung thư xâm lấn với phân bố có ý nghĩa thống kê ($p=0,0107^*$).

	Có tăng/dày sừng do ánh nắng	Không tăng/dày sừng do ánh nắng	Tổng số
CIN1	5 (17,2%)	24 (82,8%)	29
CIN2	43 (39,4%)	66 (60,6%)	109
CIN3	11 (34,4%)	21 (65,6%)	32
SCC	10 (55,6%)	8 (44,4%)	18
Tổng số	69	119	188

3.5. Kết quả mối tương quan giữa các

đặc điểm mô bệnh học với các phân nhóm mô học độ ác tính cao (CIN 3/SCC):

	OR	KTC 95%	Giá trị p
Tăng/Dày sừng do ánh nắng	0,66	0,34-1,27	0,2129**
Phân bào bất thường	0,04	0,01-0,16	$<0,0001^{**}$
Còn sự hiện diện của tế bào dài	14,05	0,83-238,44	0,0674**
Thấm nhập tế bào viêm	0,20	0,06-0,64	0,0066**
Mức độ dị dạng nhân ($\geq$ Trung bình)	9,21	4,17-20,36	$<0,0001^{**}$

(* Kiểm định Chi bình phương;

**Kiểm định Fisher's exact)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận phần lớn các trường hợp OSSN thường gặp ở nhóm tuổi trung niên và lớn tuổi với độ tuổi trung bình ghi nhận là $52,9 \pm 15,4$ tuổi. Điều này phù hợp khi đối chiếu với đặc điểm phân bố tuổi của OSSN ở dân số châu Âu, châu Á và tại Việt Nam đã được ghi nhận và báo cáo trước đó.^{1,4,6,7} Ngoài ra, nhóm tuổi trên 50 được ghi nhận chiếm tỷ lệ cao phù hợp với cơ chế bệnh sinh liên quan đến tình trạng tích lũy phơi nhiễm tia cực tím (UV-B) kéo dài, yếu tố nguy cơ hàng đầu trong sự hình thành và tiến triển của OSSN.^{2,3,8}

4.2. Giới tính. Nam giới chiếm ưu thế với tỷ lệ gần gấp đôi so với nữ giới trong nghiên cứu của chúng tôi (1,8/1) và các nghiên cứu tại nhiều quốc gia châu Á, châu Âu và châu Đại Dương.^{3,4} Điều này có thể được lý giải do nam giới thường có mức độ tiếp xúc tia cực tím cao kéo dài do đặc thù công việc lao động ngoài trời.^{3,7} Ngược lại, nghiên cứu của Gichuhi và cộng sự (2013)² tại châu Phi ghi nhận tỷ lệ nữ giới cao hơn, với tỷ lệ Nam/Nữ là 1/1,3, trong khi một số nghiên cứu khác tại khu vực này cho thấy không có sự khác biệt đáng kể về giới tính.^{2,8} Ngoài ra, tại các quốc gia châu Phi, bệnh nhân thường được phát hiện OSSN ở độ trẻ tuổi hơn (trung bình 40 tuổi).² Yếu tố này được cho là có liên quan đến tỷ lệ nhiễm HIV cao trong cộng đồng, dẫn đến suy giảm miễn dịch, từ đó thúc đẩy quá trình hình thái các tổn thương OSSN ở lứa tuổi trẻ.^{2,6,8} Không chỉ HIV, các hội chứng suy giảm miễn dịch bẩm sinh hoặc mắc phải khác, bệnh khô da sắc tố cũng được ghi nhận là các yếu tố nguy cơ đặc biệt trong nhóm bệnh nhân trẻ tuổi.^{3,8}

4.3. Vị trí phân bố tổn thương ở hai mắt. Tỷ lệ OSSN được ghi nhận đồng đều ở cả hai bên

mắt và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Nghiên cứu của Lê Thị Kim Dung và cộng sự¹ năm 2024 cũng ghi nhận tỷ lệ mắc giữa hai mắt không có sự khác biệt với tỷ lệ mắt phải là 50,7% và mắt trái là 49,3%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tổn thương OSSN phần lớn chỉ xảy ra ở một bên của mắt, rất hiếm khi xảy ra ở cả 2 mắt (1%). Điều này hoàn toàn tương đồng với nghiên cứu của các tác giả trên thế giới và trong nước với chỉ khoảng 1 đến 2 trường hợp OSSN ở cả 2 mắt được ghi nhận và báo cáo.^{1,5}

4.4. Phân nhóm mô bệnh học của OSSN. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ CIN 2 chiếm tỷ lệ cao nhất và phân nhóm mô học độ ác tính cao (CIN 3/SCC) có tỷ lệ 26,6%. Trong khi đó, Lê Thị Kim Dung và cộng sự¹ (2024) ghi nhận tỷ lệ SCC chiếm đa số (56,5%), tương tự với nghiên cứu Ma, I. Hsin⁴ (2019), Mishra và cộng sự⁶ (2022) cũng ghi nhận kết quả tương tự. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể xuất phát từ việc nhận thức quan tâm sức khỏe của bệnh nhân ở từng khu vực địa lý là khác nhau, ảnh hưởng đến khả năng phát hiện các tổn thương tiền nghịch sản độ thấp ở giai đoạn sớm. Ngoài ra, việc đánh giá chẩn đoán chủ yếu qua mẫu sinh thiết sẽ hạn chế việc khảo sát phần mô đệm, gây khó khăn trong phân biệt CIN 3 và SCC.

4.5. Đặc điểm mô bệnh học với phân nhóm mô học. Kết quả nghiên cứu ghi nhận có sự tương quan giữa các đặc điểm phân bào bất thường, mức độ dị dạng nhân tế bào từ trung bình trở lên ($>25\%$ tế bào ở phần biểu mô nghịch sản/u) và thâm nhập tế bào viêm với các phân nhóm mô học độ ác tính cao (CIN 3/SCC). Điều này hoàn toàn tương đồng với nghiên cứu của Alkatan và cộng sự² (2018), cho thấy các đặc điểm nhân tế bào và hoạt động phân bào tăng có giá trị gợi ý mạnh mẽ trong việc đánh giá mức độ ác tính của các phân nhóm OSSN. Bên cạnh đó, sự hiện diện của tế bào viêm trong mô đệm bên dưới tổn thương gợi ý đến đáp ứng của cơ thể với mức độ tiến triển tăng dần của tổn thương OSSN.⁴

4.6. Tình trạng tăng/dày sừng do ánh nắng theo độ tuổi và theo phân nhóm mô học. Dày sừng do ánh sáng là tổn thương tiền ung thư liên quan đến nghịch sản biểu mô gai bề mặt nhãn cầu, có khả năng tiến triển thành SCC xâm lấn.⁶ Về mô bệnh học, tổn thương này biểu hiện tăng sản biểu mô kèm hiện tượng tăng sừng và thoái hóa sợi đàn hồi ở mô đệm.⁶ Cơ chế bệnh sinh liên quan đến bức xạ UV-B gây tổn thương ADN, làm rối loạn cơ chế sửa chữa gen và đột

biến gen p53, gen điều hòa và kiểm soát chu kỳ tế bào.⁶ Trong nghiên cứu của chúng tôi, 69 trường hợp (36,7%) có liên quan đến tình trạng tăng/dày sừng do ánh nắng và tình trạng này được ghi nhận có tỷ lệ tăng dần theo mức độ nghịch sản và ung thư xâm lấn ($p=0,0107$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Mishra và cộng sự⁶, với tỷ lệ dày sừng do ánh nắng ghi nhận ở khoảng 21% các trường hợp OSSN với phân nhóm phổ biến nhất là CIN 3 và SCC.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận OSSN có liên quan đến tình trạng tăng/dày sừng do ánh nắng phát hiện ở độ tuổi < 50 cao hơn so với độ tuổi ≥ 50 (40% với 34,3%). Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,5128$). Sự khác biệt về nhóm tuổi và kiểu phân bố hình thái mô học có thể do tổn thương ở dày sừng do ánh nắng dễ nhận diện hơn, dẫn đến việc phát hiện sớm hơn so với nhóm không có tổn thương nền rõ ràng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã chỉ ra một số đặc điểm mô học như dị dạng nhân từ mức trung bình trở lên, phân bào bất thường và thâm nhập tế bào viêm cho thấy mối liên hệ với nhóm tổn thương ác tính độ cao. Mặc dù hiện tượng tăng/dày sừng do ánh nắng không liên quan trực tiếp đến mức độ ác tính mô học, tuy nhiên hiện tượng này có tỷ lệ tăng dần theo mức độ nghịch sản và ung thư xâm lấn, cho thấy giá trị gợi ý tiềm năng trong việc đánh giá tiến triển ác tính của tổn thương OSSN. Kết quả nghiên cứu khẳng định rằng giải phẫu bệnh học đóng vai trò thiết yếu và không thể thay thế trong việc đánh giá mức độ ác tính của OSSN. Tuy nhiên, nghiên cứu này vẫn còn hạn chế do chỉ dựa trên tiêu bản mô học, chưa đánh giá được đầy đủ tương quan lâm sàng cũng như tiên lượng điều trị. Do đó, các nghiên cứu kết hợp mô bệnh học và dữ liệu lâm sàng là cần thiết để tối ưu hóa chiến lược quản lý và điều trị OSSN trong thực hành lâm sàng.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả xin chân thành cảm ơn Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh đã tạo điều kiện và hỗ trợ cấp kinh phí đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở để chúng tôi thực hiện nghiên cứu. Đồng thời, chúng tôi cũng tri ân sâu sắc đến tập thể Khoa Xét Nghiệm, Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh đã tạo môi trường thuận lợi cho chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê T. K. D., et al. (2024). Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học các tổn thương tiền ung thư và ung

- thư biểu mô tế bào vảy bề mặt nhãn cầu. Tạp chí Y học Việt Nam, 533(1B). <https://doi.org/10.51298/vmj.v533i1B.7674>
2. **Alkatan H. M., & Al-Zahem, T.** (2018). Histopathology of the Ocular Surface. In Supriya Srivastava (Ed.), *Histopathology - An Update*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.75066>
 3. **Kalas T., et al.** (2024). Clinicopathological Correlates of Ocular Surface Squamous Neoplasia. *Ocular Oncology and Pathology*, 10(2), 88-97. <https://doi.org/10.1159/000538174>
 4. **Ma I. H., et al.** (2019). Clinicopathologic correlation of ocular surface squamous neoplasia from a university hospital in North Taiwan 1994 to 2014. *Journal of the Formosan Medical Association*, 118(4), 776-782. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.09.001>
 5. **McKelvie P. A., et al.** (2002). Squamous cell carcinoma of the conjunctiva: a series of 26 cases. *Br J Ophthalmol*, 86(2), 168-173. <https://doi.org/10.1136/bjo.86.2.168>
 6. **Mishra D. K., et al.** (2022). Histopathological spectrum of ocular surface squamous neoplasia: A retrospective study of 776 lesions. *Indian Journal of Pathology and Microbiology*, 65(1), 3-7. https://doi.org/10.4103/ijpm.Ijpm_1313_20
 7. **Mittal R., et al.** (2013). Ocular surface squamous neoplasia – Review of etio-pathogenesis and an update on clinicopathological diagnosis. *Saudi journal of ophthalmology: official journal of the Saudi Ophthalmological Society*, 27, 177-186. <https://doi.org/10.1016/j.sjopt.2013.07.002>
 8. **Mudhar H. S., et al.** (2023). Conjunctival squamous intraepithelial neoplasia (Tatyana Milman & Sarah E. Coupland, Eds. 5th ed., Vol. 13). WHO Classification of Tumours Editorial Board. *Eye and Orbit Tumours* (5th ed.).

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CẮT LỚP VI TÍNH SỌ NÃO BỆNH NHÂN MÁU TỤ DƯỚI MÀNG CỨNG CẤP TÍNH DO CHẤN THƯƠNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT MỞ SỌ GIẢI ÉP TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Xuân Phương¹, Nguyễn Quang Huy¹, Phạm Ngọc Hào¹

TÓM TẮT

Mục đích: Nhận xét một số đặc điểm cắt lớp vi tính sọ não ở những bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương được phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng- phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả từ tháng 01/2021 – tháng 06/2022, 49 bệnh nhân máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương được phẫu thuật mở sọ giải áp tại Khoa Phẫu thuật thần kinh, Bệnh viện Quân y 103. Đánh giá các đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não. **Kết quả:** Đa số máu tụ dưới màng cứng cấp tính gặp ở vị trí trán - thái dương - đỉnh chiếm 59,2%, chủ yếu là tăng tỉ trọng thuần nhất chiếm 55,1%. Toàn bộ bệnh nhân đều có bề dày khối máu tụ trên phim cắt lớp vi tính trên 1cm và đè đẩy đường giữa trên 5mm, trong đó bề dày máu tụ chủ yếu từ 1 - 3 cm chiếm 95,9%, đè đẩy đường giữa từ 5-10 mm chiếm 59,1%. Đa số bệnh nhân có dấu hiệu phù não, chèn ép bể đáy chiếm 73,5%, chủ yếu là mờ bể đáy chiếm 47%. Chỉ có 10,2% số bệnh nhân có máu tụ dưới màng cứng đơn thuần, còn lại có tổn thương phối hợp, nhiều nhất là giập não chiếm 61,2%. **Kết luận:** Máu tụ dưới màng cứng cấp tính trên cắt lớp vi tính sọ não thường tăng tỉ trọng đồng nhất, vị trí ở trán thái dương đỉnh. Các bệnh nhân có biểu hiện tăng áp lực nội sọ và được phẫu thuật mở sọ giải áp khi đè đẩy

đường giữa trên phim cắt lớp vi tính sọ não trên 5mm. Đa số các bệnh nhân có hình ảnh xóa hoặc mờ bể đáy trên phim cắt lớp vi tính sọ não.

Từ khóa: máu tụ dưới màng cứng cấp tính, chấn thương sọ não, cắt lớp vi tính sọ não

SUMMARY

EVALUATION OF COMPUTED TOMOGRAPHY FEATURES IN ACUTE TRAUMATIC SUBDURAL HEMATOMA PATIENTS UNDERGOING DECOMPRESSIVE CRANIECTOMY AT 103 MILITARY HOSPITAL

Objective: Review on of cranial characteristics computed tomography in patients with acute traumatic subdural hematoma at 103 Military Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study was conducted from January 2021 to June 2022, including 49 patients with acute traumatic subdural hematoma who underwent decompressive craniectomy at the Department of Neurosurgery, Military Hospital 103. Cranial characteristics computed tomography. **Results:** The majority of acute subdural hematomas were located in the fronto-temporo-parietal region, accounting for 59.2%, with predominantly homogeneous hyperdense appearances observed in 55.1% of cases. All patients exhibited hematoma thickness on CT scans exceeding 1 cm, with a midline shift greater than 5 mm. Specifically, 95.9% of hematomas measured between 1–3 cm in thickness, and 59.1% showed a midline shift ranging from 5–10 mm. Most patients demonstrated signs of cerebral edema and basal cistern compression (73.5%), of which 47% presented with obliteration of

¹Bệnh viện Quân y 103 - Học viện Quân y
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Phương
Email: xuanphuong.pttk@gmail.com
Ngày nhận bài: 9.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 17.10.2025
Ngày duyệt bài: 20.11.2025