

hạn chế tái phát. **Từ khóa:** Quặm cuộn mi dưới, tái tạo chỗ bám cân cơ mi dưới, tạo hình góc ngoài

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF ENTROPION SURGERY IN ELDERLY PATIENTS BY RECONSTRUCTING THE ATTACHMENT OF THE LOWER EYELID MUSCLE AND SHAPING THE LATERAL CANTHUS

Introduction: Entropion is a condition where the eyelid margin turns inward toward the eye, causing the eyelashes rubbing against the corneal surface. This can lead to complications such as corneal epithelial abrasions, corneal ulcers, or more severe blindness. Age-related changes the structure of the lower eyelid, such as loosening of the tissues, eyelid muscles, ligaments, and the lower tarsal plate, are the primary causes of entropion in the elderly. The two main causes are reduced horizontal tension due to laxity of the eyelid, detachment of the lateral canthal ligament, and reduced vertical tension due to atrophy or loosening of the attachment of the lower eyelid muscles. The most common surgical methods include eyelid everting suture, Jones procedure, Quickert, Lateral tarsal strip and Wheeler technique. However, these methods typically address only one of the two causes of entropion, either vertical or horizontal. In The Eye Hospital of Ho Chi Minh City, at Surgery Comestic and Neuro Optic Department, We apply the treatment of entropion in the elderly by using the surgical method of reconstructing the attachment of the capsulo palpebral fascia, as it addresses both mechanism causing entropion in this group age. This combination technique will enhance treatment effectiveness and prevent recurrence. **Objective:** Evaluation the effectiveness and safety of The Reconstruction of lower capsulo palpebral fascia technique combine with lateral tarsal strip in Involitional Entropion. **Study methods:** Prospective case series. We included 35 eyes of 25 patients with involitional entropion. **Results:** Successful rate after 1 week is 97,1%, 94,3% after 1,3,6 months. No record of recurrence after 6 months of treatment. Entropion rate is 5,7%. No record of severe complication (infection, scarring,...). **Conclusion:** Treatment of involitional (senile) entropion has numerous surgical techniques have been employed. To maximize recurrence prevention and improve treatment quality, reconstruction of the lower capsulo-palpebral fascia combined with a lateral tarsal strip has yielded favorable outcomes and can be widely applied to definitively address the mechanisms of entropion. **Keywords:** Involitional Entropion, Reconstruction of lower capsulo palpebral fascia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quặm mi là tình trạng bờ mi đảo ngược về phía mắt, gây ra hiện tượng hàng lông mi hướng vào bề mặt nhãn cầu, gây ra các biến chứng như trầy biểu mô giác mạc, viêm loét giác mạc và có thể dẫn đến mù loà.

Những thay đổi về mắt do tuổi gây lỏng lẻo mô, cân cơ mi, dây chằng và bản sụn mi dưới là

tác nhân phổ biến hàng đầu trong quặm mi tuổi già. Hai nguyên nhân chính là giảm trương lực theo chiều ngang do nhão mi, tuột chỗ bám dây chằng góc ngoài và giảm trương lực theo chiều dọc do teo hoặc lỏng lẻo chỗ bám cân cơ mi dưới.

Các phương pháp phẫu thuật phổ biến nhất có thể kể đến là phương pháp khâu lật mi, cắt ngắn trượt sụn mi góc ngoài, phương pháp Wheeler cải tiến. Các phương pháp trên khi được thực hiện đa phần không đạt được hiệu quả điều trị và việc theo dõi tái phát và chỉ có thể giải quyết được một trong hai nguyên nhân gây ra quặm mi theo chiều dọc hoặc chiều ngang.

Hiện nay, tại khoa Tạo hình thẩm mỹ - thần kinh nhãn khoa Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh đang thực hiện phương pháp điều trị quặm mi cho người lớn tuổi bằng phương pháp phẫu thuật tái tạo chỗ bám cân cơ mi dưới và tạo hình góc ngoài đã đem lại hiệu quả điều trị rất khả quan, khi đã can thiệp vào cả hai cơ chế gây quặm ở nhóm tuổi này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu báo cáo hàng loạt ca (case series). từ tháng 8/2024 tới 9/2025, chúng tôi đã nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật của 35 mắt bệnh trên 25 bệnh nhân thỏa tiêu chí chọn mẫu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân ≥ 60 tuổi có có tình trạng quặm mi do lớn tuổi có chỉ định phẫu thuật điều trị quặm mi tại BV Mắt – Thành phố Hồ Chí Minh từ 8/2024 – 9/2025.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân đang có bệnh lý cấp tính tại mắt cần điều trị.

Bệnh nhân có bệnh lý nền chưa kiểm soát.

Quặm mi do nguyên nhân khác.

Tiến hành nghiên cứu:

– Bệnh nhân bị quặm cuộn mi dưới thỏa đủ các tiêu chuẩn chọn mẫu và không có các điều kiện loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

– Bệnh nhân được khám nội và thực hiện các xét nghiệm tiền phẫu, đủ điều kiện phẫu thuật, kí cam kết phẫu thuật.

– Tại phòng mổ, cách lấy bệnh phẩm tiến hành qua các bước:

Bước 1: Sát trùng da vùng mổ với povidone iodine 10%

Bước 2: Tiêm tê tại chỗ da mi dưới và góc ngoài với Lidocaine 2% pha Adrenaline 1/100000,

Bước 3: Dùng dao 15 rạch da mi dưới song song và cách bờ mi dưới 2mm

Bước 4: Dùng dao đốt điện bóc tách mô dưới da bọc lộ cân cơ mi dưới

Bước 5: Khâu cân cơ mi dưới vào bờ dưới sụn mi dưới bằng tối thiểu 3 mũi chỉ Vicryl 6-0 cách đều để tái tạo chỗ bám cân cơ mi dưới

Bước 6: Dùng dao 15 rạch da mi góc ngoài khoảng 8-10 mm, song song với đường rạch da mi dưới

Bước 7: Dùng dao đốt điện bóc tách mô dưới da góc ngoài để bộc lộ màng xương thành ngoài hốc mắt

Bước 8; Khâu cố định sụn mi dưới góc ngoài vào màng xương hốc mắt bằng chỉ Dacron 5-0 để tạo hình góc ngoài

Bước 9: Khâu da mi dưới và góc ngoài bằng chỉ nylon 7-0 mũi liên tục - Tra pomade Ofloxacin 0.3% lên mắt và vết mổ - Băng vết thương với gạc tẩm Povidone iodine 10% - Băng ép vết mổ, kết thúc phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng chung

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ

Đặc điểm		Số lượng (%)
Tuổi trung bình	76,08 ± 7,58 tuổi	
Giới tính Nam:Nữ	1:1,27	
Thời gian mắc bệnh	Dưới 12 tháng	5 (14,28%)
	12 – 36 tháng	16 (45,72%)
	Trên 36 tháng	14 (40%)
Số mắt mắc bệnh	1 mắt	14 (60,00%)
	2 mắt	11 (40,00%)
Độ quặm	I	4 (11,42%)
	II	11 (31,42%)
	III	20 (57,16%)

Triệu chứng lâm sàng trước phẫu thuật

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật

		Số bệnh nhân (n=25)	
		Tần số	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng trước mổ	Cộm xốn	32	91,4
	Đỏ mắt	28	80
	Chảy nước mắt	17	48,6
	Nhạy cảm ánh sáng	5	14,29
Triệu chứng thực thể trước mổ	Viêm giác mạc chấm nông	20	57,14
	Trợt biểu mô	8	22,85
	Seo giác mạc	3	8,6
	Giác mạc trong	12	34,28

Trong 25 bệnh nhân với 35 mắt mắc bệnh lý quặm mi tuổi già, chúng tôi ghi nhận trong đó có 14 bệnh nhân nữ (56%) trong khi ở nam giới có 11 ca (44%). Qua đó chúng tôi ghi nhận bệnh lý quặm mi người già ở nữ giới có tỉ lệ mắc bệnh

cao hơn nam giới. Kết quả của 1 nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng của tác giả Damasceno năm 2011¹, ông đã cho ra kết quả tỉ lệ mắc bệnh lý quặm mi dưới ở nữ giới là 2,4% còn ở nam giới là 1,9%. Ngoài ra ở Việt Nam, tác giả Trương Gia Kỳ (2022)⁸ cũng đã cho ra kết quả tương tự trong nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng quặm mi khi tỉ lệ mắc bệnh lý quặm mi ở nữ giới là 53,6% trong khi ở nam giới là 46,4.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ và đặc điểm lâm sàng chung

Giới tính: Trong 25 bệnh nhân với 35 mắt mắc bệnh lý quặm mi tuổi già, chúng tôi ghi nhận trong đó có 14 bệnh nhân nữ (56%) trong khi ở nam giới có 11 ca (44%). Qua đó chúng tôi ghi nhận bệnh lý quặm mi người già ở nữ giới có tỉ lệ mắc bệnh cao hơn nam giới. Có rất nhiều nguyên nhân có thể dẫn đến sự khác biệt trong phân bố giới tính ở bệnh lý quặm mi, nhưng nguyên nhân chính phụ thuộc vào các yếu tố giải phẫu. Cơ chế bệnh sinh của bệnh lý quặm mi dưới tuổi già đến chủ yếu từ việc nhão nhóm cơ vòng mi hoặc giãn dây chằng góc ngoài, nữ giới bắt đầu giai đoạn lão hoá sớm hơn ở nam giới và mất dần collagen, dẫn đến việc đàn hồi của cơ cũng như da vùng mi dưới kém đi nhanh hơn nam giới. Bên cạnh đó, bản sụn mi dưới (tarsal plate) của phụ nữ được cho là mỏng hơn của nam giới⁵⁻⁷. Sụn bản mi dưới có chức năng hỗ trợ nâng đỡ mi dưới áp sát vào nhãn cầu, duy trì hình dạng của bờ mi. Vì vậy, kết hợp yếu tố lão hoá sớm và sụn bản mi mỏng ở nữ giới có thể giải thích được vì sao tỉ lệ mắc bệnh ở nữ cao hơn.

Nhóm tuổi: Khi so sánh tuổi trung bình với các tác giả khác trong nước (Bảng 4.1), cho thấy không có sự khác biệt quá chênh lệch ở tuổi trung bình mắc bệnh lý quặm mi. Trong đó, tỉ lệ mắc bệnh tăng dần theo độ tuổi, nhóm tuổi 60 – 69 tuổi có tỉ lệ mắc bệnh quặm mi dưới tuổi già là 20%. Nhóm 70 – 79 tuổi có tỉ lệ mắc bệnh quặm mi là 32%. Tỉ lệ mắc bệnh cao nhất nằm ở nhóm trên 80 tuổi với tỉ lệ là 48%. Khi so sánh kết quả của nhóm nghiên cứu thu thập được với 1 số kết quả của các tác giả khác cho thấy có sự tương đồng khi các tác giả khác đều ghi nhận sự gia tăng tỉ lệ mắc bệnh quặm mi dưới tuổi già khi độ tuổi càng tăng. Tác giả Damasceno và tác giả Trương Gia Kỳ đều cho ra tỉ lệ mắc bệnh thấp nhất là ở nhóm 60 -69 tuổi với 2 tỉ lệ tương ứng là 23,3% và 25%. Đồng thời ghi nhận tỉ lệ mắc bệnh lý quặm mi cao nhất ở nhóm trên 80 tuổi của tác giả Damasceno là 45,6% và tác giả Trương Gia Kỳ là 46,4%, tương ứng với tình

trạng giảm độ đàn hồi cấu trúc giải phẫu mi dưới do tuổi tác^{1,8}.

4.2. Triệu chứng lâm sàng trước điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng liên quan đến quặm mi dưới ở người cao tuổi được ghi nhận với tỉ lệ phân bố như sau: triệu chứng cộm xốn chiếm tỉ lệ cao nhất với 32 mắt (91,4%), theo sau là triệu chứng đỏ mắt với 28 mắt (80%), chảy nước mắt được ghi nhận ở 17 mắt (48,6%), chiếm 50% tổng số mắt bị bệnh. Triệu chứng sợ ánh sáng có tỉ lệ thấp nhất, với chỉ 5 mắt (14,29%). Kết quả này cho thấy triệu chứng cộm xốn là dấu hiệu điển hình nhất của quặm mi dưới, phản ánh sự cọ xát của lông mi vào bề mặt nhãn cầu, gây cảm giác dị vật và kích ứng. Kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Tất Thắng (2024) và cộng sự⁹ có sự tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, khi cộm xốn vẫn là triệu chứng chiếm tỉ lệ cao nhất (41,6%).

Đỏ mắt và chảy nước mắt là những triệu chứng thông thường được bệnh nhân than phiền tiếp theo, do cọ xát và kích thích liên tục từ lông mi. Tình trạng đỏ mắt xảy ra khi sự kích thích kéo dài gây ra viêm kết mạc, trong khi chảy nước mắt là phản xạ tự nhiên của cơ thể khi mắt đang bị kích thích và tổn thương. Mức độ chảy nước mắt có thể thay đổi tùy thuộc vào sự nhạy cảm cá nhân hơn là mức độ nghiêm trọng của sự cọ xát và mức độ tổn thương của giác mạc và kết mạc, do đó không thể dựa trên triệu chứng này để kết luận mức độ nặng của bệnh.

4.3. Triệu chứng lâm sàng trước điều trị

Thị lực: Thị lực ở người mắc bệnh quặm mi dưới đa phần sẽ không thay đổi trước và sau điều trị. Chúng tôi ghi nhận 6 mắt cải thiện thị lực tại thời điểm 1 tuần sau điều trị, 2 mắt cải thiện sau 1 tháng. Nhóm bệnh nhân có cải thiện thị lực được ghi nhận có mắc bệnh lí viêm giác mạc chấm nông kèm theo 1 trong các triệu chứng cơ năng do kích ứng bề mặt nhãn cầu gây ra. Sự cải thiện thị lực này phù hợp với tình trạng giác mạc tại thời điểm nhập viện của người bệnh.

Thị lực ở bệnh nhân quặm mi dưới nhìn chung ít có sự thay đổi đáng kể sau điều trị, trừ những trường hợp có tổn thương giác mạc trước đó có thể hồi phục như tróc biểu mô giác mạc, viêm giác mạc sợi, viêm giác mạc chấm nông. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 6 mắt ghi nhận cải thiện thị lực tại thời điểm 1 tuần sau điều trị và 2 mắt cải thiện sau 1 tháng. Đáng chú ý, tất cả các trường hợp có cải thiện thị lực đều thuộc nhóm bệnh nhân có viêm giác mạc chấm nông kèm theo một hoặc nhiều triệu chứng cơ năng như cảm giác cộm, chói, chảy nước mắt hoặc giảm thị lực thoáng qua – những biểu hiện

thường gặp do tình trạng kích thích bề mặt nhãn cầu khi lông mi cọ xát vào giác mạc.

Sự cải thiện thị lực ở nhóm này có thể được lý giải là do tổn thương bề mặt giác mạc hồi phục sau khi loại bỏ yếu tố kích thích cơ học từ hàng lông mi bất thường, giúp khôi phục lại độ trong suốt và tính toàn vẹn của giác mạc. Kết quả này phù hợp với mức độ tổn thương giác mạc tại thời điểm nhập viện, cho thấy việc điều trị sớm giúp ngăn ngừa các biến chứng giác mạc nặng nề hơn.

Triệu chứng cơ năng: Tại thời điểm 1 tháng sau điều trị, các triệu chứng cơ năng của bệnh nhân quặm mi dưới giảm rõ rệt, phản ánh hiệu quả sớm của can thiệp phẫu thuật. Trong số các bệnh nhân được theo dõi, chỉ còn 2 mắt (5,71%) có cảm giác cộm xốn, 5 mắt (14,28%) còn chảy nước mắt, và 4 mắt (11,42%) còn đỏ mắt nhẹ; không ghi nhận trường hợp nào còn nhạy cảm ánh sáng. Những triệu chứng này tiếp tục cải thiện theo thời gian, và đến thời điểm 3 tháng sau điều trị, tất cả các triệu chứng cơ năng đều biến mất hoàn toàn. Tình trạng này duy trì ổn định đến thời điểm 6 tháng, không có trường hợp nào tái phát hay xuất hiện lại triệu chứng gây ảnh hưởng đến sinh hoạt của người bệnh.

Biến chứng: Triệu chứng cộm xốn là hiện tượng thường gặp nhất trong giai đoạn sớm sau phẫu thuật. Ghi nhận tại thời điểm 1 tuần sau mổ, có 31 mắt (88,57%) xuất hiện cảm giác cộm xốn mức độ nhẹ đến trung bình, tuy nhiên triệu chứng này giảm rõ rệt sau 1 tháng, chỉ còn ghi nhận 2 mắt (5,71%) có cảm giác khó chịu nhẹ. Hiện tượng trên có thể được lý giải bởi nhiều cơ chế sinh lý và giải phẫu liên quan đến quá trình lành thương.

Bầm máu mi vùng phẫu thuật là triệu chứng thường gặp thứ hai sau cộm xốn, được ghi nhận ở 29 mắt (68,57%) trong tuần đầu sau mổ. Bầm máu sau phẫu thuật có thể được giải thích bởi tác động cơ học trong quá trình bóc tách mô và cầm máu, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi – những người có thành mạch yếu, mô liên kết lỏng lẻo và khả năng cầm máu giảm. Nhằm hạn chế biến chứng này, người bệnh được hướng dẫn chườm lạnh từ 1–3 ngày đầu sau phẫu thuật kết hợp sử dụng thuốc kháng viêm và chống phù nề toàn thân.

Tỉ lệ thành công: Tỉ lệ thành công tích lũy sau điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi đạt 97,1% tại thời điểm 1 tuần, 94,3% tại 1 tháng, và duy trì ổn định ở mức 94,3% sau 3 tháng và 6 tháng theo dõi. Kết quả này cho thấy hiệu quả cao và tính ổn định lâu dài của phương pháp phẫu thuật tái tạo chỗ bám cân cơ mi dưới kết

hợp tái tạo chỗ bám dây chằng góc ngoài trong điều trị quặm mi dưới tuổi già.

V. KẾT LUẬN

Quặm mi dưới tuổi già cần được điều trị bằng phương pháp tái tạo chỗ bám cân cơ mi dưới và tạo hình góc ngoài để xử trí được cả hai cơ chế sinh bệnh để đạt hiệu quả cao và hạn chế tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Damasceno RW, Osaki MH, Dantas PEC, Belfort R.** Involitional entropion and ectropion of the lower eyelid: prevalence and associated risk factors in the elderly population. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2011;27(5):317-320. doi:10.1097/IOP.0b013e3182115229
2. **Vũ TA, Trần TMT, Phạm TV.** Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân quặm tại Bệnh viện Mắt Thái Bình. *VMJ.* 2021;503(1). doi:10.51298/vmj.v503i1.714
3. **Anh LTV, Văn PT, Hiền NTT.** Đánh giá sự thay đổi bề mặt nhãn cầu sau phẫu thuật quặm. *VMJ.* 2023;524(1B). doi:10.51298/vmj.v524i1B.4774
4. **Anshu, Sune PG.** Optimization of Diagnosis and Surgical Treatment of Involitional Entropion of the Lower Eyelid. *Journal of Pharmaceutical Research International.* Published online December 20, 2021:892-897. doi:10.9734/jpri/2021/v33i60A34563
5. **Parsons SR, O'Rourke MA, Satchi K, McNab AA.** Corneal Complications Secondary to Involitional Entropion at Presentation. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2022;38(6):593-595. doi:10.1097/IOP.0000000000002219
6. **Hành L, Liêm PH.** Giáo Trình Chuyên Khoa Cơ Bản Phẫu Thuật Tạo Hình Thẩm Mỹ. 5th ed. Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch; 2025.
7. **American Academy of Ophthalmology, Jill Annette Foster, AAO.** Eyelid, Orbital and Lacrimal Disease. Orbit, Eyelids, and Lacrimal System. Published online 2015.
8. **Trương Gia Kỳ.** Đánh giá hiệu ứng botulinum toxin A trong điều trị quặm mi dưới tuổi già. In: *Luận Văn Bác Sĩ Chuyên Khoa II.* Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch; 2022.
9. **Thắng TT, Hoài LT, Huỳnh NS.** Đánh giá kết quả phẫu thuật quặm mi dưới tuổi già tại Bệnh viện Mắt Nghệ An. *VMJ.* 2024;542(2). doi:10.51298/vmj.v542i2.11142
10. **Olali C, Burton V, Samalila E.** Involitional lower eyelid entropion: combined Wheeler's and Wedge resection of tarsal plate. *West Afr J Med.* 2010;29(2):117-119. doi:10.4314/wajm.v29i2.68206.

ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC XƠ VỮA ĐỘNG MẠCH VÀNH THEO PHÂN LOẠI AHA TRÊN CÁC TRƯỜNG HỢP ĐỘT TỬ TỰ NHIÊN QUA GIÁM ĐỊNH PHÁP Y

Ngô Thị Tuyết Hạnh^{1,2}, Phan Văn Hiếu³, Âu Dương Quốc Uy³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh mạch vành có xu hướng ngày càng gia tăng tại Việt Nam và trên thế giới. Việc phân độ mảng xơ vữa mạch vành (XVĐMV) rất quan trọng vì nó tương quan với các tổn thương tim quan trọng như nhồi máu cơ tim, xơ hóa cơ tim và phì đại thất trái,... Việc nghiên cứu đầy đủ đặc điểm mô bệnh học XVĐMV trên người sống còn nhiều hạn chế, do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên tử thi thiết những trường hợp đột tử tự nhiên nhằm mục đích mô tả đặc điểm XVĐMV và có cái nhìn toàn diện hơn về bệnh lý này. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm mô bệnh học xơ vữa động mạch vành theo phân loại của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA) trên các trường hợp đột tử tự nhiên. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu, thực hiện tại Trung tâm Pháp y TP.HCM trên 152 trường hợp đột tử tự nhiên trong 6 tháng đầu năm 2020. Các mẫu tim được khảo sát đại thể và vi thể, phân loại tổn thương theo hệ thống AHA 2000.

Kết quả: Tổn thương trung gian (típ III) gặp nhiều ở nhóm tuổi 21–40. Típ III chiếm tỉ lệ cao nhất (40,9%). Tổn thương tiến triển (típ IV–VIII) chiếm 55,6%, trong đó típ IV thường gặp nhất (23,4%). Động mạch liên thất trước là vị trí bị ảnh hưởng nhiều nhất (56,2%). Phần lớn trường hợp tổn thương một nhánh (88,2%). Các tổn thương tim nặng thường đi kèm với mảng xơ vữa tiến triển (típ ≥VI). Mảng xơ vữa lệch tâm chiếm ưu thế (87,1%), thường gặp hơn MXV đồng tâm (12,9%). **Kết luận:** XVĐMV có tần suất cao đáng lưu ý trong các trường hợp đột tử tự nhiên và có xu hướng khởi phát từ lứa tuổi trẻ. Phân loại AHA có giá trị trong đánh giá mức độ tiến triển tổn thương và liên quan với nhồi máu cơ tim. **Từ khóa:** Xơ vữa động mạch vành, phân loại AHA, tử thi, mô bệnh học.

SUMMARY

HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CORONARY ATHEROSCLEROSIS ACCORDING TO THE AHA CLASSIFICATION IN NATURAL SUDDEN DEATH CASES A FORENSIC AUTOPSY STUDY

Background: Coronary artery disease is increasing in both Vietnam and worldwide. Grading of coronary atherosclerotic lesions is important because it correlates with significant cardiac pathologies such as myocardial infarction, myocardial fibrosis, and left ventricular hypertrophy. **Comprehensive**

¹Trường Y- Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

³Trung tâm Pháp y Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Âu Dương Quốc Uy
Email: drquocuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

histopathological evaluation of coronary atherosclerosis in living individuals remains limited; therefore, we conducted an autopsy study of natural sudden death cases to describe the characteristics of coronary atherosclerosis and provide a more comprehensive understanding of this disease.

Objectives: To describe the histopathological characteristics of coronary atherosclerosis according to the American Heart Association (AHA) classification in cases of natural sudden death. **Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted at the Ho Chi Minh City Forensic Medicine Center on 152 natural sudden death cases during the first six months of 2020. Heart specimens were examined both grossly and microscopically, and lesions were classified according to the AHA 2000 system. **Results:** Intermediate lesions (type III) were frequently observed in individuals aged 21–40 years and represented the most common lesion type (40.9%). Advanced lesions (types IV–VIII) accounted for 55.6% of cases, with type IV being the most prevalent advanced stage (23.4%). The left anterior descending artery was the most commonly affected vessel (56.2%). Most cases involved a single vessel (88.2%). Severe cardiac lesions were commonly associated with advanced atherosclerotic plaques (type \geq VI). Eccentric plaques predominated (87.1%), compared with concentric plaques (12.9%). **Conclusions:** Coronary atherosclerosis is highly prevalent in natural sudden deaths and appears to begin at a relatively young age. The AHA classification is valuable for assessing lesion progression and its association with myocardial infarction. **Keywords:** Coronary atherosclerosis, AHA classification, autopsy, histopathology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ vữa động mạch (XVĐM) là bệnh lý thường gặp nhất trong các bệnh lý động mạch, đặc trưng bởi sự dày lên của lớp áo trong và hình thành mảng xơ vữa [1]. Động mạch vành là một trong những vị trí bị ảnh hưởng quan trọng nhất. Khi lòng mạch bị hẹp do mảng xơ vữa, sự mất cân bằng giữa cung và cầu oxy cơ tim có thể dẫn đến thiếu máu cơ tim và nhồi máu cơ tim [2]. Bệnh động mạch vành hiện là nguyên nhân tử vong hàng đầu trên thế giới và có xu hướng gia tăng tại Việt Nam [2]. Các phương pháp chẩn đoán trên lâm sàng giúp đánh giá mức độ hẹp và chức năng tưới máu, tuy nhiên vẫn còn hạn chế trong việc nhận phản ánh bản chất mô bệnh học của mảng xơ vữa [9]. Vì vậy, các nghiên cứu tử thi thiết đóng vai trò quan trọng trong việc phản ánh toàn diện đặc điểm tổn thương [5]. Phân loại mô bệnh học xơ vữa động mạch của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA) năm 2000 được sử dụng rộng rãi nhằm mô tả tiến trình phát triển của mảng xơ vữa từ giai đoạn sớm đến giai đoạn biến chứng [3,4].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. 152 trường hợp đột tử tự

nhiên được giám định tại Trung tâm Pháp y Thành phố Hồ Chí Minh từ 1/2020 đến hết tháng 6/2020, có chẩn đoán mô bệnh học là xơ vữa động mạch vành.

Tiêu chuẩn chọn vào

- Các trường hợp đột tử tự nhiên có kết quả chẩn đoán mô bệnh học là xơ vữa động mạch vành.
- Có thu mẫu tim làm xét nghiệm mô bệnh học.
- Có đầy đủ tiêu bản và khối nén.
- Hồ sơ giám định có đầy đủ thông tin theo mẫu: tuổi, giới tính, hoàn cảnh tử vong, nguyên nhân tử vong.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Đối tượng giám định là người nước ngoài hoặc các vụ việc xảy ra nằm ngoài khu vực Thành phố Hồ Chí Minh
- Tử thi đã phân hủy hoặc chưa rõ tung tích.
- Các trường hợp tử vong liên quan với tai nạn giao thông, tai nạn lao động, ngộ độc, treo cổ, ngạt nước, độc chất, ...
- Khối nén thất lạc, hư hỏng, ...
- Hồ sơ giám định không đầy đủ thông tin.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu

- Thời gian và địa điểm

Từ tháng 1/2020 đến hết tháng 6/2020 tại Trung tâm Pháp y TP.HCM

- Cỡ mẫu: $n = Z^2_{(1-\alpha/2)} p(1-p)/d^2$

$Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số giới hạn tin cậy, chọn tương ứng với mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$, ta có $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$. p : tỉ lệ xơ vữa động mạch vành trên các trường hợp đột tử tự nhiên. Theo nghiên cứu của tác giả Razuin Rahimi và cộng sự (2018)⁹ thì $p = 0,8925$. d : sai số chọn mẫu. Do $0,7 < p \leq 0,9$ nên ta chọn $d = 0,05$. Thay vào công thức, ta có cỡ mẫu tối thiểu $n = 147$. Cỡ mẫu thực tế là 152.

- Quy trình nghiên cứu:

+ Trực tiếp phẫu tích bệnh phẩm tim theo Quy trình cải tiến của Hiệp Hội Bệnh Học Tim Mạch Châu Âu năm 2017. Trên mỗi quả tim, có tổng cộng 4 nhánh ĐMV được khảo sát là thân chung ĐMV trái, ĐM liên thất trước, ĐMV mũ và ĐMV phải.

+ Mẫu bệnh phẩm được xử lý, làm tiêu bản nhuộm H&E theo quy trình thường quy.

+ Đọc tiêu bản, phân loại tổn thương mô bệnh học theo Hệ thống phân loại của Hiệp Hội Tim Mạch Hoa Kỳ năm 2000.

+ Kết quả được thẩm định độc lập bởi hai chuyên gia có kinh nghiệm.

+ Thu thập các thông tin về đặc điểm chung và đặc điểm mô bệnh học vào mẫu bệnh án đã