

2. **Bradley PJ, Mackenzie K, Wight R, và cs.** (2009), "Consensus statement on management in the UK: transoral laser assisted microsurgical resection of early glottic cancer", *Clinical Otolaryngology*, tập 34 (4), 367-373.
3. **Ansarin Mohssen, Santoro Luigi, Cattaneo Augusto, và cs.** (2009), "Laser surgery for early glottic cancer: impact of margin status on local control and organ preservation", *Archives of Otolaryngology –Head & Neck Surgery*, tập 135 (4), 385-390.
4. **Greulich, M. T., Parker, N. P., Lee, P., Merati, A. L., & Misono, S.** (2015). Voice outcomes following radiation versus laser microsurgery for T1 glottic carcinoma: systematic review and meta-analysis. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery*, 152(5), 811-819.
5. **Saraniti, C., Montana, F., Chianetta, E., Greco, G., & Verro, B.** (2022). Impact of resection margin status and revision transoral laser microsurgery in early glottic cancer: analysis of organ preservation and local disease control on a cohort of 153 patients. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology*, 88(05), 669-674.
6. **McClelland, L., Carr, E., Kamani, T., Cade, J., Young, K., & Mortimore, S.** (2011). Transoral laser microsurgery for early glottic cancer. *International Scholarly Research Notices*, 2011(1), 750676.
7. **Kennedy JT, Paddle PM, Cook BJ, và cs.** (2007), "Voice outcomes following transoral laser microsurgery for early glottic squamous cell carcinoma", *The Journal of Laryngology & Otology*, tập 121 (12), 1184-1188.
8. **Resuli, A. S., & Cansiz, H.** (2020). Advantages of transoral endoscopic diode laser microsurgery for the treatment of early-stage glottic laryngeal cancers. *International Journal of Cancer Management*, 13(2).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TRỌC BIỂU MÔ GIÁC MẠC TÁI PHÁT TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Thu Thủy¹, Võ Thị Thúy Hằng^{2,3}, Nguyễn Thanh Vân², Trịnh Thị Hà³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân tróc biểu mô giác mạc tái phát. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên các bệnh nhân được chẩn đoán tróc biểu mô giác mạc tái phát tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 4/2025-8/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình 33,93 ± 12,34 (13-67); nhóm 30-60 tuổi 56.7%, <30 tuổi 36.7%, >60 tuổi 6.7%. Nam 60.0%. Khởi phát khi vừa tỉnh giấc 90.0%, nửa đêm 10.0%. Khoảng cách tái phát ≤3 tháng 36.7%. Thời gian dùng thiết bị điện tử >6 giờ/ngày 83.3%. Tiền sử chấn thương giác mạc 56.7%, khô mắt 70.0%, rối loạn tuyến Meibomius 50%. Triệu chứng thường gặp nhất là đau nhói với 29 mắt (96.7%), tiếp theo là đỏ mắt với 27 mắt (90%), chảy nước mắt 25 mắt (83.3%), nhìn mờ 24 mắt (80.0%) và ít gặp hơn là sợ ánh sáng 22 mắt (73.3%). Tại thời điểm trước khi điều trị, phần lớn bệnh nhân có mức thị lực trung bình 20/80-20/50 (60%), thị lực tốt: 6 mắt (20%) và thị lực kém 6 mắt (20%). Vị trí ổ tổn thương: 1/3 dưới 22 mắt (73.3%), 1/3 giữa 7 mắt (23.3%), 1/3 trên 1 mắt (3.3%). Phân loại tổn thương: 18 mắt (60%) dạng microform và 12 mắt (40%) dạng macroform. Tỷ lệ chẩn đoán nhầm trước

đây 56.7%, thường gặp nhất là trợt biểu mô giác mạc 64.7%. **Kết luận:** Tróc biểu mô giác mạc ở nghiên cứu nổi bật khởi phát vào buổi sáng ngay khi vừa tỉnh giấc, đau nhói và đỏ mắt là biểu hiện chính, thường gặp ở tuổi lao động, sử dụng thiết bị điện tử tần suất cao, ưu thế tổn thương ở 1/3 dưới giác mạc, liên quan nhiều đến tiền sử chấn thương, khô mắt và rối loạn tuyến Meibomius, dễ chẩn đoán nhầm sang bệnh lý khác. **Từ khóa:** Tróc biểu mô giác mạc tái phát, khô mắt, Rối loạn tuyến Meibomius, Chẩn thương giác mạc

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF RECURRENT CORNEAL EPITHELIAL EROSION AT THE VIETNAM NATIONAL EYE HOSPITAL

Purpose: To describe the clinical characteristics of patients with recurrent corneal epithelial erosion (RCEE). **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on patients diagnosed with RCEE at the Vietnam National Eye Hospital between April and August 2025. **Results:** The mean age was 33.93 ± 12.34 years (range: 13-67), with the 30-60 age group accounting for 56.7%. Males represented 60.0% of cases. Symptom onset occurred upon awakening in 90.0% and during the night in 10.0%. The recurrence interval was ≤ 3 months in 36.7%. Prolonged electronic device use (> 6 hours/day) was reported in 83.3%. Common predisposing factors included previous corneal trauma (56.7%), dry eye (70.0%), and Meibomian gland dysfunction (50.0%). The most frequent symptoms were sharp pain (96.7%), followed by redness (90.0%), tearing (83.3%), blurred vision (80.0%), and photophobia (73.3%). Before treatment, most patients had moderate visual acuity (20/80-

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

²Trường Đại học Y Dược – Đại học quốc gia Hà Nội

³Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Thúy Hằng

Email: hangvo.ykv@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.12.2025

Ngày duyệt bài: 12.01.2026

20/50, 60.0%), while 20.0% had good and 20.0% had poor vision. Lesions were predominantly located in the inferior one-third of the cornea (73.3%), followed by the interpalpebral region (the middle one-third: 23.3%) and upper one-third (3.3%). Microform erosions were more common (60.0%) than macroform (40.0%). Misdiagnosis occurred in 56.7% of cases, most frequently as simple corneal epithelial abrasion (64.7%). **Conclusions:** RCEE typically presents with acute pain and redness upon awakening, predominantly affects working-age population with excessive use of electronic devices, and is strongly associated with corneal trauma, dry eye, and Meibomian gland dysfunction. Lesions are usually located in the inferior cornea, and misdiagnosis with other epithelial disorders remains common.

Keywords: Recurrent corneal erosion, Dry eye, Meibomian gland dysfunction; Corneal trauma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tóc biểu mô giác mạc tái phát (Recurrent Corneal Erosion - RCE) là một rối loạn của bề mặt giác mạc, đặc trưng bởi tình trạng bong tróc lặp đi lặp lại của lớp biểu mô giác mạc do sự suy yếu của liên kết giữa biểu mô và màng đáy. Phần lớn RCE có liên quan đến tiền sử chấn thương, loạn dưỡng di truyền, các rối loạn toàn thân hoặc tại chỗ ảnh hưởng đến bề mặt nhãn cầu, Bệnh thường biểu hiện bằng cơn đau đột ngột một bên mắt lúc vừa tỉnh giấc hoặc trong đêm, triệu chứng kèm theo có thể là đỏ mắt, sợ ánh sáng, giảm thị lực và chảy nước mắt. Khám lâm sàng có thể thấy các tổn thương nhẹ như vi nang, biểu mô lỏng lẻo (microform) đến ổ mất biểu mô rộng, phù và thâm nhiễm (macroform). RCE có xu hướng tái phát nhiều lần, có thể cách nhau vài tuần đến vài năm, gây khó chịu, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống người bệnh.

Trên thế giới mới chỉ có rất ít nghiên cứu về RCE. Tại Việt Nam, tính đến thời điểm hiện tại chưa có công trình nghiên cứu nào công bố về bệnh lý này. Xuất phát từ các vấn đề nêu trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đặc điểm lâm sàng tóc biểu mô giác mạc tái phát tại Bệnh viện Mắt Trung ương" nhằm mục đích mô tả các biểu hiện lâm sàng RCE tại Việt Nam, làm cơ sở cho định hướng chẩn đoán và điều trị bệnh lý này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm tất cả bệnh nhân được chẩn đoán tóc biểu mô giác mạc tái phát đến khám được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 4/2025 đến tháng 9/2025

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán tóc biểu mô giác mạc tái phát
- Bệnh nhân và/hoặc người nhà đồng ý

tham gia nghiên cứu

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đang có bệnh mắt khác kèm theo: các bệnh lý nhiễm trùng bề mặt nhãn cầu, các bệnh lý ở mi mắt (hở mi, quặm mi, bất thường cấu trúc mi, u mi...), tăng nhãn áp
- Bệnh giác mạc bong do mất bù nội mô
- Bệnh nhân không có khả năng hợp tác nghiên cứu

2.4. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu:
- Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 mắt (30 bệnh nhân) thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi và giới. Nghiên cứu được thực hiện trên 30 mắt (của 30 bệnh nhân), tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu tại thời điểm khám là 33.93 ± 12.34, cao nhất là 67 tuổi, thấp nhất là 13 tuổi. Đa số bệnh nhân phân bố trong khoảng 30-60 tuổi (chiếm tỷ lệ 56.6%). Phân bố theo giới tính có 16 bệnh nhân nam (60%) và 12 bệnh nhân nữ (40%)



Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân theo giới

3.2. Yếu tố liên quan



Biểu đồ 2: Biểu đồ các yếu tố liên quan

Trong số 30 mắt, tiền sử chấn thương giác mạc 17 mắt (56.7%), khô mắt 21 mắt (70.0%) và rối loạn tuyến Meibomius (MGD) 15 mắt (50%), sử dụng thiết bị điện tử trên 6 tiếng/ngày là 25 bệnh nhân (83.3%). Tỷ lệ cao của khô mắt, tiền sử chấn thương giác mạc, rối loạn tuyến Meibomius và thời gian sử dụng thiết bị điện tử kéo dài trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu nhấn mạnh vai trò của các yếu tố nguy cơ này trong cơ chế bệnh sinh của RCE

3.3. Thị lực trước điều trị

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo thị lực trước điều trị

	Thị lực tốt (≥20/40)	Thị lực trung bình (20/80 - 20/40)	Thị lực kém (≤20/80)
Số lượng	6	18	6
Tỷ lệ	20%	60%	20%

Tại thời điểm trước khi điều trị, phần lớn bệnh nhân có mức thị lực trung bình 20/80-20/50, chiếm tỷ lệ 60%, thị lực tốt: 6 mắt tỷ lệ 20% và thị lực kém 6 mắt tỷ lệ 20%.

3.4. Thời điểm khởi phát bệnh

Thời điểm khởi phát bệnh



Biểu đồ 3: Phân bố bệnh nhân theo thời điểm khởi phát bệnh

Trong số 30 mắt có 27 mắt (với tỉ lệ 90%) khởi phát vào lúc sáng sớm vừa tỉnh giấc và 3 mắt (10%) khởi phát vào thời điểm khác.

3.5. Mức độ đau theo thang điểm VAS

Bảng 2: Phân bố mức độ đau theo thang điểm VAS

	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Số lượng	5	14	11
Tỷ lệ	16.7%	46.6%	36.7%

Đau nhói là triệu chứng nổi bật ở bệnh nhân RCE. Trong số 30 mắt, đau mức trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất với 14 mắt (46.6%), tiếp theo là đau nặng 11 mắt (36.7%) và đau nhẹ 5 mắt (16.7%). Như vậy, phần lớn bệnh nhân có biểu hiện đau từ trung bình đến nặng.

3.6. Đặc điểm các triệu chứng cơ năng

Bảng 3: Đặc điểm các triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Đau nhói	Đỏ mắt	Chảy nước mắt	Sợ ánh sáng	Nhìn mờ
Số lượng	29	27	25	22	24
Tỷ lệ	96.7%	90%	83.3%	73.3%	80%

Trong số 30 mắt được nghiên cứu, triệu chứng thường gặp nhất là đau nhói với 29 mắt (96.7%), tiếp theo là đỏ mắt với 27 mắt (90%), chảy nước mắt 25 mắt (83.3%), nhìn mờ 24 mắt (80.0%) và ít gặp hơn là sợ ánh sáng 22 mắt (73.3%).

3.7. Tần suất tái phát trước khi đến khám

Bảng 4: Tần suất tái phát

Tần suất tái phát	Dưới 3 tháng	Trên 3 tháng
Số lượng	11	19
Tỷ lệ	36.7%	63.3%

Tần suất tái phát trước đây ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu khá cao, dưới 3 tháng là 11 mắt (36.7%) trên 3 tháng là 19 mắt (63.3%)

3.8. Vị trí tổn thương



Biểu đồ 4: Phân bố vị trí tổn thương

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ổ tróc biểu mô tập trung chủ yếu ở 1/3 dưới giác mạc 22 mắt (73.3%), ít gặp hơn ở 1/3 giữa 7 mắt (23.3%) và rất hiếm ở 1/3 trên 1 mắt (3.3%).

3.9. Phân loại tổn thương

Dạng tổn thương



Biểu đồ 5: Phân bố dạng tổn thương

Trong 30 mắt được nghiên cứu, có 18 mắt (60%) có tổn thương dạng microform (không có vùng mất biểu mô, có vùng biểu mô lỏng lẻo và vi nang biểu mô) 12 mắt (40%) có dạng tổn thương macroform (có vùng mất biểu mô, biểu mô cuộn mép, thâm nhiễm nhẹ, phù dưới biểu mô).

3.10. Chẩn đoán sai lệch trước đây

Bảng 5: Chẩn đoán sai lệch trước đây

		Số lượng	Tỷ lệ
Có n=17 (56.7%)	Không	13	43.3%
	Trợt giác mạc	9	53%
	Khô mắt	4	23.5%
	Viêm giác mạc do virus	4	23.5%

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tỉ lệ chẩn đoán sai lệch trước đây khá cao 17 mắt (56.7%) trong đó thường gặp nhất là trợt giác mạc 53% khô mắt 23.5% và viêm giác mạc do virus 23.5%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 33.9 ± 12,3, dao động từ 13 đến 67 tuổi, phần lớn tập trung ở nhóm 30-60 tuổi (56.6%). Kết quả này phù hợp với báo cáo của Miller⁵ (2019) cho rằng RCE thường gặp ở người trưởng thành lứa tuổi từ 30-40 tuổi. Tuy nhiên lại thấp hơn đáng kể so với 1 số nghiên cứu khác như Hope-Ross² và cộng sự (1994), trong đó độ tuổi dao động 27-77, trung bình 45 tuổi. Sự khác biệt này có thể do tiêu chuẩn chọn mẫu: nghiên cứu của Hope-Ross² tập trung vào các trường hợp RCE kháng trị, thường gặp ở bệnh

nhân lớn tuổi với thời gian mắc bệnh kéo dài, trong khi nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận cả những ca mới mắc. Về giới, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nam/nữ là 1,5 trong khi một số nghiên cứu quốc tế lại cho thấy tỷ lệ nữ chiếm ưu thế hơn. Sự khác biệt có thể liên quan đến yếu tố nghề nghiệp và thói quen sinh hoạt: trong quần thể nghiên cứu của chúng tôi, nam giới có xu hướng lao động tay chân, dễ gặp chấn thương giác mạc hơn.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Tiền sử và yếu tố liên quan: Hơn một nửa số bệnh nhân có tiền sử chấn thương giác mạc (56.7%), kết quả này nằm trong khoảng 39–64% được báo cáo bởi Reidy⁷ (2000) và Diez-Feijóo¹ (2014). Khô mắt (70%) và rối loạn tuyến Meibomius (50%) cũng được ghi nhận với tỷ lệ cao, tương tự các nghiên cứu của Hope-Ross² (1994) và Diez-Feijóo¹ (2014). Điều này khẳng định vai trò quan trọng của bất ổn phim nước mắt và MGD trong cơ chế bệnh sinh của RCE. Ngoài ra, bệnh nhân sử dụng thiết bị điện tử kéo dài (83.3%) cũng là nhóm nguy cơ cao, việc tư vấn giảm thời gian sử dụng thiết bị điện tử và tăng cường dinh dưỡng với các đối tượng này có thể góp phần giảm tái phát. Như vậy, việc tầm soát và điều trị tích cực khô mắt, MGD cùng với giáo dục thay đổi thói quen sinh hoạt là chiến lược quan trọng giúp hạn chế tái phát RCE.

Biểu hiện lâm sàng: Các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân trong nghiên cứu phản ánh đặc điểm điển hình của RCE. Đau nhói chiếm tỷ lệ cao nhất (93.3%) xuất hiện vào lúc vừa tỉnh giấc (90%), phù hợp với mô tả kinh điển khi cơn đau xuất hiện kịch phát vào lúc vừa tỉnh giấc. Cơ chế khởi phát cơn RCE được giải thích bởi sự cọ xát và co kéo của mi mắt lên lớp biểu mô giác mạc lúc vừa tỉnh giấc, trong khi bề mặt mắt khô khi ngủ và các liên kết biểu mô – màng đáy vốn đã suy yếu. Đây là triệu chứng gợi ý chẩn đoán cao, cần khai thác kỹ khi hỏi bệnh. Đồng thời, cơ chế này cũng nhấn mạnh vai trò của việc sử dụng nước mắt nhân tạo dạng gel trước khi đi ngủ và nhỏ nước mắt nhân tạo ướt mắt trước khi mở mắt trong điều trị và dự phòng tái phát RCE.

Các triệu chứng khác như đỏ mắt, chảy nước mắt, nhìn mờ và sợ ánh sáng đều gặp ở đa số bệnh nhân (66.7–90%), kết quả của nghiên cứu khá tương tự kết quả các báo cáo trước đây của Hykin³ (1994) và Diez-Feijóo¹ (2014). Điều này cho thấy RCE thường biểu hiện bằng sự kết hợp nhiều triệu chứng về cơ năng, nhưng nổi bật nhất là cảm giác đau nhói khi vừa mở mắt lúc tỉnh giấc.

Vị trí tổn thương và dạng tổn thương:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí thường

gặp nhất là 1/3 dưới giác mạc (73.3%) ít gặp hơn ở 1/3 giữa (23.3%) và hiếm ở 1/3 trên (3.3%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Reidy⁷ (2000) và Hope-Ross² (1994), đều ghi nhận phần lớn tổn thương nằm ở giác mạc dưới. Đây là vùng dễ chịu tác động bởi sự bất ổn của phim nước mắt và lực cọ sát mi mắt khi chớp.

60% trường hợp dạng tổn thương trong nghiên cứu thuộc dạng microform và 40% macroform. Microform triệu chứng nhẹ hơn và dễ bị bỏ sót trong khám lâm sàng đặc biệt khi tổn thương biểu mô nhỏ hoặc đã liền 1 phần, dẫn đến nguy cơ chẩn đoán nhầm. Việc nhận diện sớm các dấu hiệu microform có ý nghĩa quan trọng để can thiệp kịp thời, hạn chế tiến triển sang dạng macroform

Tần suất tái phát trước khi đến khám:

Trong nghiên cứu, có 63,3% bệnh nhân tái phát ≥ 3 tháng/lần, tỷ lệ này tương đồng với Diez-Feijóo¹ (2014) và Nanba & Mimura⁶ (2019) đều ghi nhận trên 60% bệnh nhân tái phát nhiều đợt trong năm. Điều này phản ánh tính chất mạn tính và gánh nặng điều trị của bệnh. Tần suất tái phát cao không chỉ ảnh hưởng đến thị lực và chất lượng cuộc sống, mà còn làm tăng nguy cơ biến chứng thứ phát như sẹo nhiễm trùng giác mạc, sẹo giác mạc, giảm cảm giác giác mạc do tổn thương lặp đi lặp lại ở lớp thần kinh dưới biểu mô

Chẩn đoán sai lệch: Tỷ lệ chẩn đoán nhầm trước đó trong nghiên cứu của chúng tôi lên tới 56.7%. Thường gặp nhất là trật giác mạc (64.7%) khô mắt 23.5% và viêm giác mạc do virus (23.5%). Nguyên nhân có thể do biểu hiện lâm sàng như đau, chảy nước mắt, sợ ánh sáng và hình ảnh mắt biểu mô của RCE tương đối giống trật giác mạc. Điểm khác biệt quan trọng là RCE có tiền sử tái phát nhiều lần, thường khởi phát vào lúc vừa tỉnh giấc, khám thấy ngoài vùng mất biểu mô còn có vùng biểu mô lỏng lẻo xung quanh ổ tổn thương.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tróc biểu mô giác mạc tái phát gặp chủ yếu ở người trưởng thành trẻ và trung niên, với tuổi trung bình $33,9 \pm 12,3$, thấp hơn so với một số báo cáo quốc tế. Nam giới chiếm ưu thế, có thể liên quan đến đặc thù lao động và nguy cơ chấn thương cao hơn. Chấn thương giác mạc, khô mắt và rối loạn tuyến Meibomius là những yếu tố liên quan quan trọng. Triệu chứng lâm sàng điển hình nhất là đau nhói khi vừa tỉnh giấc, đỏ mắt kèm theo chảy nước mắt, nhìn mờ và sợ ánh sáng. Vị trí tổn thương chủ yếu ở 1/3 dưới giác mạc, dạng microform chiếm đa số. Tần suất tái

phát cao (63.3%) phản ánh tính chất mạn tính, gắn liền với nguy cơ sẹo và giảm cảm giác giác mạc, từ đó ảnh hưởng lâu dài đến thị lực và chất lượng sống. Tỷ lệ chẩn đoán sai lệch khá lớn (56.7%) cho thấy cần khai thác bệnh sử, nhận diện các dấu hiệu đặc trưng và quản lý yếu tố nguy cơ để nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị RCE.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Diez-Feijóo E., Grau A.E., Abad J.C., Durán J.A.** Clinical presentation and causes of recurrent corneal erosion syndrome: review of 100 patients. *Cornea*, 2014;33(6):571–575.
2. **Hope-Ross M., Chell P.B., Kervick G.N., McDonnell P.J.** Recurrent corneal erosion:

clinical features. *Eye*, 1994;8(4):373–377.

3. **Hykin P.G., Foss A.E., Pavesio C.E., Dart J.K.G.** The natural history and management of recurrent corneal erosion. *Eye*, 1994;8(1):35–40.
4. **Kim M.E.J., Chan C.C., Rootman D.B.** The corneal sweep test for the diagnosis of recurrent corneal erosion syndrome. *Canadian Journal of Ophthalmology*, 2022;57(4):370–376.
5. **Miller S.J.H., Aldave A.J., Chodosh J.** Recurrent corneal erosion syndrome. *British Journal of Ophthalmology*, 2019;103(9):1204–1208.
6. **Nanba H., Mimura T.** Clinical course and risk factors of recurrent corneal erosion: a retrospective study. *Medicine (Baltimore)*, 2019;98(39):e17192.
7. **Reidy J.J., Paulus M.P., Gona S.** Recurrent erosions of the cornea: epidemiology and treatment. *Cornea*, 2000;19(6):767–771.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHÔNG PHẪU THUẬT GIẬP NÃO DO CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

Dương Như Năm¹, My Thị Hải¹,
Trần Hoàng Tùng², Vũ Minh Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính và kết quả điều trị không phẫu thuật giập não do chấn thương sọ não kín tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu 72 bệnh nhân được chẩn đoán giập não do chấn thương sọ não kín điều trị không phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Thần kinh – Cột sống Bệnh viện Đa khoa Thái Bình. **Kết quả:** Nguyên nhân do tai nạn giao thông là chủ yếu (chiếm 63,9%). Bệnh nhân với tri giác lúc nhập viện chủ yếu trong nhóm 13 – 15 điểm (chiếm 86,1%), triệu chứng đau đầu, chóng mặt có 75%, 25% có nôn và buồn nôn; Biểu chứng thần kinh liệt ½ người 1,4%, liệt mặt 2,8%. Đa số vị trí ổ giập não nằm ở thùy trán và thái dương (93,1%), chỉ có 6,9% ở thùy đỉnh. Khám lại sau 3 tháng xuất hiện một số triệu chứng mới: giảm trí nhớ 26,4%, rối loạn giấc ngủ 20,8%, rối loạn cảm xúc 4,2%. Điểm Karnofsky khi ra viện 3 tháng: Nhóm I (tốt): 98,6%, nhóm II (khá): 1,4%. **Kết luận:** Phần lớn bệnh nhân dập não do chấn thương sọ não kín có biểu hiện lâm sàng nhẹ và tri giác còn tốt khi nhập viện được điều trị không phẫu thuật cho kết quả tốt. Tuy nhiên, cần theo dõi để điều trị sớm triệu chứng mất ngủ, giảm trí nhớ ở nhóm bệnh nhân này.

Từ khóa: Giập não; Đặc điểm lâm sàng; Hình ảnh cắt lớp vi tính; Kết quả điều trị giập não không phẫu thuật

SUMMARY

CLINICAL FEATURES, COMPUTED TOMOGRAPHY FINDINGS, AND OUTCOMES OF CONSERVATIVE MANAGEMENT FOR CEREBRAL CONTUSIONS IN CLOSED TRAUMATIC BRAIN INJURY

Objectives: To characterize the clinical presentation, computed tomography (CT) imaging findings, and therapeutic outcomes of conservatively managed cerebral contusions resulting from closed traumatic brain injury (TBI) at Thai Binh General Hospital. **Methods:** A retrospective, cross-sectional descriptive study was conducted on 72 patients diagnosed with cerebral contusions due to closed TBI who underwent non-operative management at the Department of Neurosurgery – Spine, Thai Binh General Hospital. **Results:** Traffic accidents constituted the predominant etiology (63.9%). Upon admission, the majority of patients (86.1%) presented with a Glasgow Coma Scale (GCS) score of 13–15. Clinical manifestations included headache and vertigo (75%), and nausea/vomiting (25%). Focal neurological deficits were observed, including hemiparesis (1.4%) and facial palsy (2.8%). Contusional foci were predominantly localized to the frontal and temporal lobes (93.1%), with only 6.9% involving the parietal lobe. The 3-month follow-up revealed the emergence of new sequelae: memory impairment (26.4%), sleep disturbances (20.8%), and affective disorders (4.2%). Karnofsky Performance Status (KPS) scores at 3 months post-discharge were classified as Group I (Good) in 98.6% and Group II (Fair) in 1.4% of patients. **Conclusion:** Conservative management yields favorable outcomes in the majority of patients with cerebral contusions secondary to closed TBI who present with mild clinical

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải

Email: vuminhhai777@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.11.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.12.2025

Ngày duyệt bài: 13.01.2026