

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Wolffsohn JS, Benítez-Del-Castillo JM, Loya-Garcia D, et al. TFOS DEWS III: Diagnostic Methodology. *Am J Ophthalmol*. 2025;279:387-450. doi:10.1016/j.ajo.2025.05.033
2. Tùng ĐĐ, Sơn LV, Tiến NB. Đánh giá đặc điểm rối loạn chức năng tuyến meibomius trên bệnh nhân khô mắt do bay hơi tại bệnh viện bạch mai. *Tạp Chí Học Việt Nam*. 2025;551(3). doi:10.51298/vmj.v551i3.14689
3. Hương KTT, Quân NV, Thuận NV, Huy NV, Huyền NT. Nhận xét đặc điểm khô mắt tăng bốc hơi do rối loạn chức năng tuyến meibomius, tại bệnh viện quân y 110. *Tạp Chí Học Quân Sự*. 2023;(366):366. doi:10.59459/1859-1655/JMM.306
4. Kwan J, Hom M, Paugh J. Analysis of a potential Meibomian Gland Dysfunction-Specific Symptom Questionnaire in an Independent Sample. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2013;54(15):6013-6013.
5. Foulks GN, Borchman D. Meibomian gland dysfunction: the past, present, and future. *Eye Contact Lens*. 2010;36(5):249-253. doi:10.1097/ICL.0b013e3181ef0d37
6. Feuerman J, Pflugfelder S. Tear Meniscus Dimensions and Location of Marx's Line in Meibomian Gland Dysfunction. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2013;54(15):925-925.
7. Sun M, Tang J, Zhao Y, et al. Analysis of Factors Associated with Anterior Location of Marx's Line. *Curr Eye Res*. 2024;49(7):691-697. doi:10.1080/02713683.2024.2324432
8. Robin M, Liang H, Rabut G, Augstburger E, Baudouin C, Labbé A. The Role of Meibography in the Diagnosis of Meibomian Gland Dysfunction in Ocular Surface Diseases. *Transl Vis Sci Technol*. 2019;8(6):6. doi:10.1167/tvst.8.6.6

NHỮNG CA LÂM SÀNG TÂN SẴN VẢY BỀ MẶT NHÃN CẦU TRÊN MÁY CHỤP CẮT LỚP CỐ KẾT QUANG HỌC PHẦN TRƯỚC

Đoàn Kim Thành¹, Trần Thị Cẩm Thanh², Dương Nguyễn Việt Hương³,
Vũ Thị Việt Thu², Trần Minh Trí², Trần Công Anh¹, Trương Tuyết Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các đặc điểm trên hình chụp cắt lớp cố kết quang học phần trước (AS-OCT, Anterior Segment Optical Coherence Tomography) của loạt ca bệnh lý tân sản vảy bề mặt nhãn cầu (Ocular Surface Squamous Neoplasia, OSSN), với những mức độ loạn sản khác nhau được xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh.

Phương pháp nghiên cứu: Báo cáo loạt ca (10 mắt trên 10 bệnh nhân) OSSN tại khoa Giác mạc, Bệnh viện mắt thành phố Hồ Chí Minh, trong tháng 01/2026.

Kết quả: Trong 10 ca nghiên cứu có 9/10 bệnh nhân là nam, tuổi trung bình là 62 tuổi ($\pm 16,16$ tuổi), 7/10 ca làm việc ngoài trời, 4/10 ca đã từng phẫu thuật bề mặt nhãn cầu. Lý do đến khám phổ biến là cảm giác cộm (4/10 ca). Thị lực $\geq 5/10$ ghi nhận ở 5/10 trường hợp. Tổn thương gặp chủ yếu ở mắt phải (8/10 ca) và nằm tại rìa kết-giác mạc (8/10 ca), dạng nhú (6/10 ca).

Trên ảnh AS-OCT, biểu mô dày lên, tăng quang (10/10 ca), có điểm chuyển đổi đột ngột giữa biểu mô bình thường sang bất thường (9/10 ca). Bất thường vùng phân tách giữa

lớp biểu mô và dưới biểu mô trên AS-OCT gặp trong 6/10 ca tương ứng giải phẫu bệnh là loạn sản nặng (2 ca) và ung thư tế bào vảy (4 ca). Biến đổi bất thường lớp dưới biểu mô trên AS-OCT tương ứng giải phẫu bệnh là biến đổi quang sừng hoá (1 ca), mô viêm (1 ca), tế bào bất thường phá vỡ màng đáy xâm lấn lớp dưới biểu mô (3 ca).

Kết luận:

Quan sát những thay đổi trong lớp biểu mô, vùng phân tách, lớp dưới biểu mô trên ảnh chụp AS-OCT sẽ giúp gợi ý bản chất sang thương và mức độ loạn sản trong bệnh lý OSSN. Đây là công cụ không xâm lấn, cung cấp hình ảnh khách quan, giúp phẫu thuật viên có những bước chuẩn bị phù hợp cho cuộc phẫu thuật.

Từ khóa: Tân sản vảy bề mặt nhãn cầu; chụp cắt lớp quang học đoạn trước; tân sản nội biểu mô kết mạc; ung thư biểu mô vảy; loạn sản; tương quan mô bệnh học.

SUMMARY

ANTERIOR SEGMENT OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY FEATURES IN A CASE SERIES OF OCULAR SURFACE SQUAMOUS NEOPLASIA

Purpose: To describe anterior segment optical coherence tomography (AS-OCT) characteristics in a case series of ocular surface squamous neoplasia (OSSN) with varying grades of dysplasia confirmed by histopathology.

Methods: A case series of 10 eyes from 10 patients diagnosed with OSSN at the Cornea Department, Ho Chi Minh City Eye Hospital, in January 2026.

Results: Among 10 cases, 9/10 patients were male, with

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

³Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Cẩm Thanh

Email: bstranthicamthanh@gmail.com

Mã bài: N560

Ngày nhận bài: 10/2/2026

Ngày phản biện khoa học: 8/2/2026

Ngày duyệt bài: 10/4/2026

a mean age of 62 ± 16.16 years. Most patients had outdoor occupations (7/10), and 4/10 had a history of prior ocular surface surgery. The most common presenting symptom was foreign body sensation (4/10). Visual acuity $\geq 5/10$ was observed in 5/10 cases. Lesions were predominantly located in the right eye (8/10), at the limbal conjunctival–corneal region (8/10), with a papilliform appearance in 6/10 cases.

On AS-OCT, all cases demonstrated epithelial thickening, hyperreflectivity, and an abrupt transition from normal to abnormal epithelium. Abnormalities at the epithelial–subepithelial interface were observed in 6/10 cases, corresponding histopathologically to severe dysplasia (2 cases) and squamous cell carcinoma (4 cases). Subepithelial alterations on AS-OCT correlated with histopathologic findings of parakeratosis (1 case), inflammatory tissue (1 case), and invasive atypical cells breaching the basement membrane (3 cases).

Conclusions: AS-OCT evaluation of epithelial, epithelial–subepithelial interface, and subepithelial changes on AS-OCT may help suggest the origin of the lesion and grade of dysplasia in OSSN. As a non-invasive and objective imaging modality, AS-OCT may also assist surgeons in preoperative planning.

Keywords: Ocular surface squamous neoplasia; anterior segment optical coherence tomography; conjunctival intraepithelial neoplasia; squamous cell carcinoma; dysplasia; histopathologic correlation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tân sản vảy bề mặt nhãn cầu (Ocular Surface Squamous Neoplasia, OSSN) là tên gọi chung cho nhóm bệnh lý lớp biểu mô của kết và giác mạc khi các tế bào lớp này có biểu hiện loạn sản nhẹ, vừa, nặng (Conjunctival intraepithelial neoplasia, CIN 1-3) cho đến ung thư tế bào vảy (Squamous Cell Carcinoma, SCC)¹. Trong 4 năm, tại khoa Giác mạc, Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh đã có 180 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh lý này, hình thái lâm sàng có giá trị chẩn đoán khá khiêm tốn (độ nhạy 26,2% và độ đặc hiệu 77,5%) tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật cắt u là gần 20%². Ngày nay, điều trị bệnh lý OSSN đã có những bước phát triển mạnh mẽ, kết hợp phẫu thuật cắt u và áp chất chống chuyển hoá nhằm giảm tỷ lệ tái phát, hay điều trị hoàn toàn bằng nội khoa với chất chống chuyển hoá để tránh biến chứng suy tế gốc vùng rìa sau phẫu thuật với những u to^{1,3}. Tuy nhiên, điều quan trọng là hiệu quả của những phương thức tối ưu đó được chứng minh trên bệnh lý OSSN với mức độ loạn sản nhất định, mà không phải mọi bệnh lý u bề mặt nhãn cầu khác^{1,3}. Vậy nên, cần thiết có một công cụ cải thiện giá trị chẩn đoán bên cạnh thăm khám lâm sàng⁴⁻⁶.

Kỹ thuật chụp cắt lớp cổ kết quang học phần trước (AS-OCT) đem đến hình ảnh khách quan, tương quan tốt với giải phẫu bệnh (độ nhạy và đặc hiệu > 90%)

gợi ý về bản chất, mức độ xâm lấn u trước cuộc phẫu thuật⁷. Nhưng dữ liệu về kỹ thuật này tại Việt Nam còn hạn chế. Do đó, tại Khoa Giác mạc, Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh chúng tôi tiến hành khảo sát đặc điểm bệnh lý OSSN trên AS-OCT, góp phần thực tiễn hoá công cụ tiềm năng này trong hỗ trợ chẩn đoán và thúc đẩy xu hướng điều trị không xâm lấn trong tương lai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh lý OSSN tại Giác mạc Bệnh viện Mắt TPHCM trong tháng 01/2026.

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân có đầy đủ các tiêu chí: (1) được chẩn đoán lâm sàng là OSSN, (2) đồng ý làm xét nghiệm AS – OCT, (3) đồng ý phẫu thuật cắt trọn/cắt 1 phần u và làm giải phẫu bệnh. Loại trừ khi bệnh nhân đang điều trị thuốc điều hoà miễn dịch tại mắt và hoặc bệnh nhân không hợp tác trong quá trình chụp AS-OCT.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

Thu thập số liệu

Bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng OSSN, đáp ứng tiêu chuẩn nhận vào và không có tiêu chuẩn loại trừ, sẽ được giải thích và ký xác nhận đồng thuận tham gia nghiên cứu. Tiến hành thu thập đầy đủ các biến số lâm sàng và ảnh AS-OCT (dòng máy Heidelberg Anterior) của mắt bệnh. Tư vấn quy trình phẫu thuật, biến chứng có thể xảy ra, bệnh nhân đồng ý, ký cam kết phẫu thuật. Tiến hành làm giải phẫu bệnh mẫu bệnh phẩm thu được. Tổng hợp, phân tích dữ liệu đưa ra kết quả nghiên cứu.

Xử lý số liệu

Dữ liệu được thu thập và quản lý bằng phần mềm Excel. Biến số định lượng trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch. Biến số định tính được trình bày dưới dạng số lượng (tỷ lệ phần trăm).

III. KẾT QUẢ

Đặc điểm dịch tễ, tiền căn

Trong 10 ca (10 mắt) bệnh lý tân sản vảy bề mặt nhãn cầu có 9 nam và 1 nữ, tuổi trung bình là 62 tuổi ($\pm 16,16$ tuổi), làm việc ngoài trời chiếm 7/10 và 4/10 bệnh nhân đã từng phẫu thuật bề mặt nhãn cầu (1 ca phẫu thuật cắt u, 3 ca phẫu thuật mộng), 60% có hút thuốc lá.

Đặc điểm lâm sàng và giải phẫu bệnh

Bảng 3.1: Tóm tắt các đặc điểm lâm sàng

	CIN 2 (2 ca)	CIN 3 (4 ca)	SCC (4 ca)
Lí do đến khám	Cộm (1) Khối to dần (1)	Cộm (2) Khối to dần (1) Phát hiện có khối gỗ (1)	Cộm (1) Đỏ mắt (1) Nhìn mờ (1) Phát hiện có khối gỗ (1)
	Cộm là lí do của đa số bệnh nhân đến khám (40%)		
Thời gian xuất hiện	2 tháng và 1 tuần	1– 3 tháng	0.5 tháng – 2 năm
	Thời gian xuất hiện triệu chứng khiến bệnh nhân nhóm SCC đi khám dao động rộng		
Mắt bệnh	Mắt phải (2)	Mắt phải (3)	Mắt phải (3)
	80% mắt bệnh là mắt phải		
Thị lực	>5/10 (2 ca)	>5/10 (2 ca)	>5/10 (1 ca)
	Thị lực dưới 5/10 khám thấy ở 5/10 ca, trong đó u ở rìa kết giác mạc chiếm kích thước lớn (trên 5 cung giờ) là 3 ca, 1 ca có u nằm trọn trên giác mạc kích thước 10mm		
Vị trí	-	-	Kết mạc mi (1) Giác mạc (1)
	80% sang thương ở rìa kết giác mạc		
Hình thái sang thương	Bạch sản (1)	Thạch (1)	Nốt (2)
	Đa số (60%) có hình thái dạng nhú		
Tăng sinh sừng	Có (1)	Có (0)	Có (2)
	30% có tăng sản sừng trên bề mặt sang thương		
Tăng sinh sắc tố	Có (0)	Có (1)	Có (1)
	20% có tăng sản sắc tố trên bề mặt sang thương		

Đặc điểm AS-OCT và giải phẫu bệnh**Bảng 3.1: Đặc điểm AS-OCT và giải phẫu bệnh**

	CIN 2 (2 ca)	CIN 3 (4 ca)	SCC (4 ca)
Tính phản quang	Đồng nhất (2)	Đồng nhất (2) Không đồng nhất (2)	Đồng nhất (1) Không đồng nhất (3)
Vị trí biến đổi	Biểu mô (1) Biểu mô và dưới biểu mô (1)	Biểu mô (3) Biểu mô và dưới biểu mô (1)	Biểu mô (3) Biểu mô và dưới biểu mô (1)
Lớp biểu mô dày lên – tăng quang –chuyển đổi đột ngột giữa biểu mô bình thường sang bất thường	Có (2)	Có (3) Không có điểm chuyển đổi rõ giữa bình thường sang bất thường (1)	Có (4)
Vùng phân tách lớp biểu mô và dưới biểu mô	Quan sát rõ (2)	Quan sát rõ (2) Mất liên tục do hiệu ứng bóng lưng che khuất (1) Không thể xác định (1)	Mất liên tục (4)
Giới hạn sau của sang thương	Quan sát rõ (2)	Quan sát rõ (3) Quan sát một phần (1)	Quan sát rõ (2) Quan sát một phần (2)
Khoang trống giảm phản quang trong sang thương	Có (1)	Có (3)	Có (4)

IV. BÀN LUẬN

Trong 10 ca tân sản vảy bề mặt nhãn cầu (OSSN) của nghiên cứu chúng tôi bao gồm 2 ca nhóm loạn sản vừa (CIN 2), 4 ca nhóm loạn sản nặng (CIN 3), 4 ca ung thư tế bào vảy (SCC).

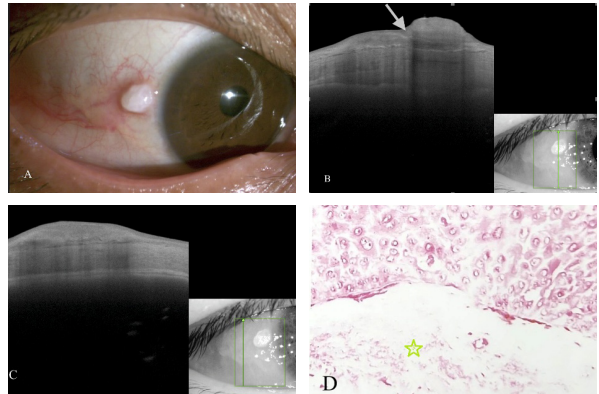
Nhóm đặc điểm kinh điển mô tả bệnh lý OSSN trên AS-OCT trong những nghiên cứu trước đây bao gồm sang thương xuất phát từ lớp biểu mô làm cho lớp này dày lên – tăng quang – có điểm chuyển đổi đột ngột giữa biểu mô bình thường sang bất thường^{1,4,6-8} được tìm thấy ở cả 9/10 ca trong nghiên cứu chúng tôi. Tỷ lệ này khá cao khi so sánh với nghiên cứu Vempuluru 2021⁷ (75%) vì nghiên cứu chúng tôi có số lượng mẫu quan sát hạn chế, nhưng bên cạnh đó, sử dụng dòng máy AS-OCT kỹ thuật Swept – source trong nghiên cứu chúng tôi đã cải thiện việc quan sát sang thương ở góc nhìn rộng hơn, xuyên sâu hơn.

OSSN là một phổ bệnh lý bao gồm CIN và SCC, khác với đặc điểm chẩn đoán bản chất sang thương là OSSN trên AS-OCT, những đặc điểm phân biệt giữa CIN và SCC còn nhiều tranh cãi chưa được thống nhất như tăng quang lớp dưới biểu mô, vùng phân tách giữa lớp biểu mô và dưới biểu mô mất liên tục, giới hạn sau của sang thương khó quan sát, khoảng trống giảm phản quang không đồng nhất trong sang thương^{4,6-8}. Điều đó khá tương đồng với giải phẫu bệnh, vốn là tiêu chuẩn vàng, việc phân định giai đoạn (CIN hay SCC) là công việc không dễ dàng khi mẫu mô chịu nhiều tác động bởi thao tác trong cuộc mổ, quá trình bảo quản mẫu, đúc khối, ... Nghiên cứu chúng tôi có ảnh chụp AS-OCT trên những ca CIN 3 (4 ca) và SCC (4 ca) điều đó giúp nhìn nhận các “lằn ranh” CIN và SCC khách quan hơn.

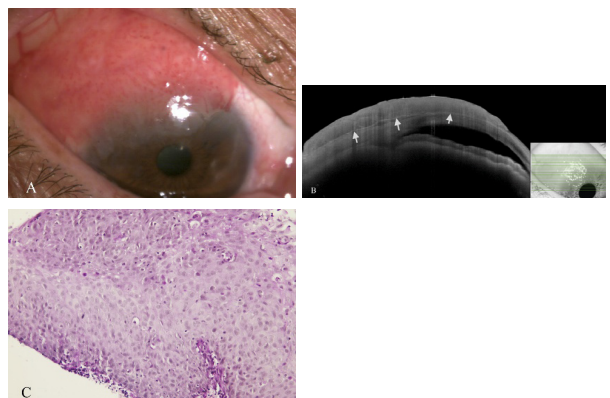
Lớp dưới biểu mô tăng quang bất thường tương ứng là mô quang sừng hoá (1 ca – Hình 4.1), viêm bán cấp (1 ca), tế bào bất thường phá vỡ màng đáy xâm lấn lớp dưới biểu mô (3 ca – Hình 4.4, 4.5, 4.6). Vùng phân tách lớp biểu mô và dưới biểu mô quan sát rõ ở 2/2 ca CIN 2, và không rõ ở 4/4 ca SCC, 2/4 ca CIN 3.

Kết hợp đặc điểm lớp dưới biểu mô tăng quang bất thường trên ảnh AS-OCT (5 ca - Hình 4.1, 4.4, 4.5, 4.6) với đặc điểm của vùng phân tách lớp biểu mô và dưới biểu mô: còn nguyên vẹn (Hình 4.1), biến đổi bất thường (Hình 4.4, 4.5, 4.6), chúng tôi thấy rằng dù cùng có biến đổi lớp dưới biểu mô, nhưng sang thương CIN trên AS-OCT (Hình 4.1) vẫn giữ được vùng phân tách – ranh giới lớp biểu mô và dưới biểu mô khá rõ ràng, khác với SCC (Hình 4.4, 4.5), vùng phân tách đó lại có biến đổi: mất liên tục, hạn chế bởi bóng lưng do sang thương dày, tín hiệu phản quang kém không xác định được. Đáng chú ý, khi lớp biểu mô tăng quang nhưng mức độ dày không ưu thế, lớp dưới biểu mô cùng tăng quang, dày lên vượt trội, vùng phân tách giữa 2 lớp biểu mô và dưới biểu mô

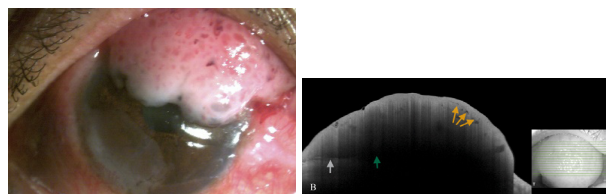
lại khá rõ vẫn có thể là hình ảnh của SCC (Hình 4.6). Trên mô bệnh, các tế bào bất thường nguồn gốc là biểu mô đã xâm lấn vượt hẳn xuống lớp dưới biểu mô với số lượng lớn. Theo những nghiên cứu trước đây, “diễn giải” AS-OCT với các đặc điểm trên thường trong bệnh ung thư tế bào sắc tố không chứa sắc tố (amelanotic melanoma). Do đó, ca lâm sàng chúng tôi cũng góp phần mở rộng “diễn giải” mô bệnh học cho các đặc điểm này trên AS-OCT. Bên cạnh đó,

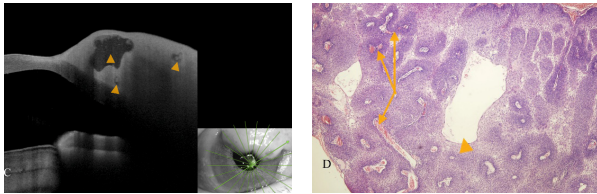


Hình 4.1: Sang thương dạng bạch sản, ở rìa kết giác mạc (A). Trên AS-OCT, lớp biểu mô dày lên, tăng quang, có điểm chuyển đổi đột ngột giữa biểu mô bình thường sang bất thường (mũi tên) (B), và lớp dưới biểu mô cũng tăng phản quang khác thường (C). Giải phẫu bệnh là CIN 2 trên nền quang sừng hoá lớp dưới biểu mô (ngôi sao xanh) (D).

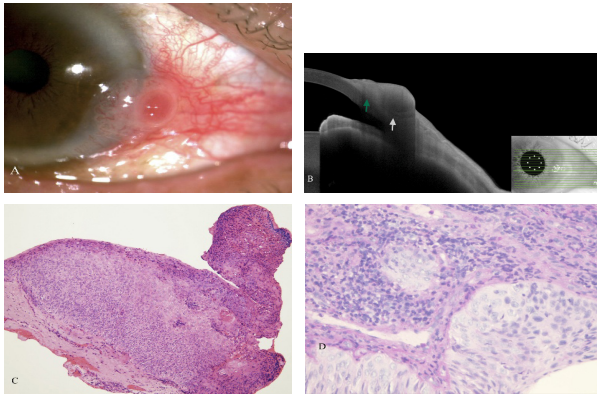


Hình 4.2: Sang thương dạng nhú rìa kết giác mạc phía thái dương trên (A). Trên AS-OCT, lớp biểu mô dày lên, tăng quang, có điểm chuyển đổi đột ngột giữa biểu mô bình thường sang bất thường, vẫn còn quan sát rõ vùng phân tách lớp biểu mô và dưới biểu mô (mũi tên trắng) (B). Giải phẫu bệnh là CIN 3 (C).

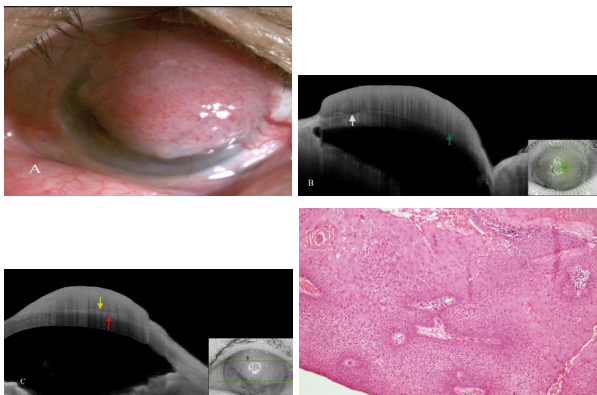




Hình 4.3: Sang thương dạng nhú rìa kết giác mạc phía trên (A). Trên AS-OCT, lớp biểu mô dày lên, tăng quang, có điểm chuyển đổi đột ngột giữa biểu mô bình thường sang bất thường, vùng phân tách lớp biểu mô và dưới biểu mô mất liên tục do hiệu ứng bóng lưng che khuất (mũi tên trắng chuyển sang màu xanh), có nhiều khoang trống giảm phản quang bên trong đồng nhất (mũi tên cam) (B) và không đồng nhất (tam giác cam) (C). Kết quả giải phẫu bệnh là CIN 3, nhiều nhú mạch máu (mũi tên cam) và những nang chứa chất hoại tử u (tam giác cam) (D).

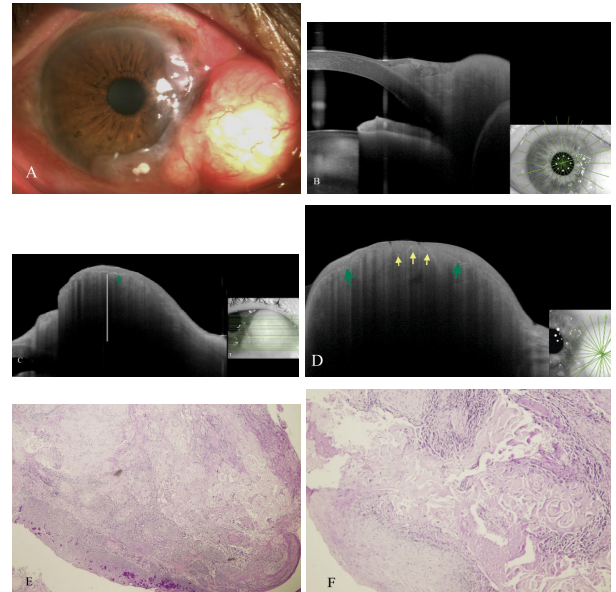


Hình 4.4: Sang thương dạng nốt, ở rìa kết giác mạc (A). Trên AS-OCT, lớp biểu mô dày lên, tăng quang, có điểm chuyển đổi đột ngột giữa biểu mô bình thường sang bất thường và vùng phân tách giữa lớp biểu mô và dưới biểu mô mất liên tục (mũi tên trắng chuyển sang màu xanh) (B). Giải phẫu bệnh là SCC (C và D).



Hình 4.5: Sang thương dạng nhú, chiếm gần trọn giác mạc (A). Trên AS-OCT, lớp biểu mô dày lên, tăng quang, có điểm chuyển đổi đột ngột giữa biểu mô bình thường sang bất thường và vùng phân tách giữa

lớp biểu mô và dưới biểu mô mất liên tục (mũi tên trắng chuyển sang màu xanh) (B) và dưới vùng phân tách đó (mũi tên vàng) là lớp dưới biểu mô cũng tăng quang bất thường (mũi tên đỏ) (C). Giải phẫu bệnh là SCC (D).



Hình 4.6: Sang thương dạng nốt, ở rìa kết giác mạc (A). Trên AS-OCT, lớp biểu mô dày lên, tăng quang, có điểm chuyển đổi đột ngột giữa biểu mô bình thường sang bất thường (B) và vùng phân tách giữa lớp biểu mô và dưới biểu mô quan sát rõ một phần (mũi tên xanh còn thấy rõ, mũi tên vàng là vùng mất liên tục), tuy nhiên lớp dưới biểu mô (đường kẻ xám) cũng có bất thường: tăng quang, dày lên rõ rệt (C và D). Trên mẫu mô giải phẫu bệnh, là có sự hiện diện của các tế bào lớp biểu mô bất thường trong lớp dưới biểu mô, cho thấy đã có xâm lấn vượt khỏi màng đáy lớp biểu mô nên đây là ung thư biểu mô kết mạc (E và F).

V. KẾT LUẬN

Quan sát những thay đổi trong lớp biểu mô, vùng phân tách, lớp dưới biểu mô trên ảnh chụp AS-OCT sẽ giúp gợi ý bản chất sang thương và mức độ loạn sản trong bệnh lý OSSN. Đồng thời việc quan sát sang thương trên nhiều lát cắt khác nhau giúp nhận diện các đặc điểm khách quan, toàn vẹn hơn. Đây là công cụ không xâm lấn, cung cấp hình ảnh khách quan, giúp phẫu thuật viên có những bước chuẩn bị phù hợp cho cuộc phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mannis MJ, Holland EJ. Cornea. vol 2. Elsevier Health Sciences; 2021.
2. Thanh HCT. Ứng dụng đặc điểm lâm sàng kết hợp mô bệnh học để đánh giá nguy cơ ác tính bệnh tân sản tế bào vảy bề mặt nhãn cầu. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2023.

3. **Yeoh CHY, Lee JJR, Lim BXH, et al.** The Management of Ocular Surface Squamous Neoplasia (OSSN). *Int J Mol Sci.* Dec 31 2022;24(1)doi:10.3390/ijms24010713
4. **Theotoka D, Wall S, Galor A, et al.** The use of high resolution optical coherence tomography (HR-OCT) in the diagnosis of ocular surface masqueraders. *The ocular surface.* 2022;24:74-82.
5. **Gündüz AK, Mirzayev I, Okcu Heper A, et al.** Anterior segment optical coherence tomography in ocular surface tumours and simulating lesions. *Eye (Lond).* Apr 2023;37(5):925-937. doi:10.1038/s41433-022-02339-1
6. **Shousha MA, Karp CL, Canto AP, et al.** Diagnosis of ocular surface lesions using ultra-high-resolution optical coherence tomography. *Ophthalmology.* May 2013;120(5):883-91. doi:10.1016/j.ophtha.2012.10.025
7. **Vempuluru VS, Jakati S, Godbole A, Mishra DK, Mohamed A, Kaliki S.** Spectrum of AS-OCT features of ocular surface tumors and correlation of clinico-tomographic features with histopathology: a study of 70 lesions. *Int Ophthalmol.* Nov 2021;41(11):3571-3586. doi:10.1007/s10792-021-01939-2
8. **Nanji AA, Sayyad FE, Galor A, Dubovy S, Karp CL.** High-resolution optical coherence tomography as an adjunctive tool in the diagnosis of corneal and conjunctival pathology. *The ocular surface.* 2015;13(3):226-235

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ MỤN TRỨNG CÁ THÔNG THƯỜNG MỨC ĐỘ NHẸ, TRUNG BÌNH BẰNG THUỐC BÔI KẾT HỢP ÁNH SÁNG XANH VÀ LASER CO2 FRACTIONAL TẠI CẦN THƠ NĂM 2024-2025

Nguyễn Thị Kim Ngân¹, Võ Huỳnh Trang¹, Ngô Minh Vinh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc điều trị mụn trứng cá sớm, đúng và đủ làm giảm mức độ nghiêm trọng của bệnh, có thể ức chế bệnh hoàn toàn và sẹo do mụn gây ra. Bên cạnh những hạn chế của thuốc điều trị tại chỗ và thuốc điều trị toàn thân như gây kích ứng da, khả năng kháng thuốc kháng sinh của vi khuẩn và những tác dụng phụ không mong muốn. Một số liệu pháp vật lý như liệu pháp ánh sáng, laser, lột da bằng hóa chất, liệu pháp quang đông đang được sử dụng như một phương pháp điều trị thay thế. Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị mụn trứng cá thông thường mức độ nhẹ, trung bình bằng thuốc bôi kết hợp ánh sáng xanh và laser CO2 fractional tại Cần Thơ năm 2024-2025. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích 92 bệnh nhân đến khám, được chẩn đoán mụn trứng cá thông thường mức độ nhẹ, trung bình và điều trị bằng thuốc bôi kết hợp ánh sáng xanh laser CO2 fractional có chiếu ánh sáng xanh từ tháng 5 năm 2024 đến tháng 10 năm 2025. Kết quả: Nữ giới chiếm 67,4%, nhóm tuổi 20-24 chiếm 43,5%, và phần lớn bệnh nhân bị mụn mức độ nhẹ theo GAGS

(65,2%). Qua 8 tuần điều trị bằng thuốc bôi kết hợp ánh sáng xanh và laser CO2 fractional, tỷ lệ đáp ứng tốt tăng từ 27,2% lên 81,5%, trong khi đáp ứng trung bình và kém giảm rõ rệt. Sau điều trị, tỷ lệ bệnh nhân thuộc nhóm mụn nhẹ tăng lên 89,1%, điểm GAGS giảm từ 14,45 xuống 7,39 ($p < 0,001$). Tác dụng phụ chủ yếu là đau và đỏ da mức độ nhẹ-trung bình, giảm dần qua các lần laser và không ghi nhận biến cố nặng. Kết luận: Phác đồ kết hợp thuốc bôi (PHA, nicotinamide, nha đam, kẽm oxyd), ánh sáng xanh và laser CO2 fractional cho thấy hiệu quả rõ rệt trong điều trị mụn trứng cá mức độ nhẹ và trung bình.

Từ khóa: mụn trứng cá, thuốc bôi, ánh sáng xanh, laser CO2 fractional

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF MILD TO MODERATE ACNE VULGARIS USING TOPICAL AGENTS COMBINED WITH BLUE LIGHT THERAPY AND FRACTIONAL CO2 LASER IN CAN THO, VIETNAM (2024–2025)

Nguyễn Thị Kim Ngân, Võ Huỳnh Trang, Ngô Minh Vinh

Background: Early, appropriate, and adequate treatment of acne vulgaris helps reduce disease severity, prevent progression, and minimize acne scarring. Topical and systemic therapies, however, are often limited by skin irritation, antibiotic resistance, and various adverse effects. As a result, several physical modalities - such as light-based therapy, laser treatment, chemical peeling, and photocoagulation - have emerged as valuable adjunctive options. **Objective:** To evaluate the therapeutic outcomes

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Ngân
Email: 23310911750@student.ctump.edu.vn
Email: N195

Mã bài: 4/2/2026

Ngày phản biện khoa học: 3/2/2026

Ngày duyệt bài: 4/4/2026