

6. **Bạc PV.** Khảo sát mối liên quan giữa mức độ hoạt động bệnh nhân trên bệnh nhân viêm khớp dạng thấp với hội chứng chuyển hóa và một số yếu tố liên quan. Luận văn Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, 2021.
7. **Alpizar-Rodríguez D, Pluchino N, Canny G, Gabay C, Finckh A.** The role of female hormonal factors in the development of rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2017 Aug 1;56(8):1254–63. doi:10.1093/rheumatology/kew318
8. **Son KM, Kim SY, Lee SH, Yang CM, Seo YI, Kim HA.** Comparison of the disease activity score using the erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein levels in Koreans with rheumatoid arthritis. *International Journal of Rheumatic Diseases*. 2016;19(12):1278–83. doi:10.1111/1756-185X.12698

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ CỦA BỆNH NHÂN PHÌNH ĐỘNG MẠCH HỆ SỐNG - NỀN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC TIME CITY NĂM 2025

**Vũ Thành Chung¹, Phạm Văn Khiết¹, Nguyễn Đức Chính¹,
Nguyễn Tiến Mạnh¹, Nguyễn Thị Thanh An¹, Lê Công Thuận¹**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của bệnh nhân phình động mạch hệ sống – nền điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2025.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, trên 40 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán phình động mạch hệ sống – nền có chỉ định chụp cộng hưởng từ, điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2025 từ tháng 01/2025 đến tháng 12/2025.

Kết quả nghiên cứu: Nghiên cứu gồm 40 bệnh nhân với 45 túi phình, tuổi trung bình $52,5 \pm 14,0$ tuổi; nữ chiếm 60,0%. Phần lớn bệnh nhân có một túi phình (92,5%). Túi phình thường gặp nhất ở động mạch thân nền (40,0%), chủ yếu có hình túi (86,7%), kích thước 3–7 mm (62,2%), bờ không đều (60,0%), cổ rộng (53,3%) và tỷ lệ đáy/cổ $\geq 1,5$ (57,8%). Trên cộng hưởng từ, huyết khối trong túi phình gặp ở 8,9%, phù nhu mô não lân cận 4,4%, hiệu ứng chèn ép thân não hoặc dây thần kinh sọ 11,1% và thành túi phình tăng tín hiệu sau tiêm thuốc đối quang ở 15,6% trường hợp.

Kết luận: Đa số phình động mạch hệ sống–nền trên MRI/MRA có hình túi, kích thước 3–7 mm, vị trí chủ yếu ở động mạch thân nền, bờ không đều và cổ rộng. Các đặc điểm này là cơ sở cho đánh giá hình thái trước điều trị.

Từ khóa: Phình động mạch hệ sống–nền; Cộng hưởng từ mạch máu; Phình động mạch nội sọ

SUMMARY

MAGNETIC RESONANCE IMAGING CHARACTERISTICS OF VERTEBROBASILAR ANEURYSMS IN PATIENTS TREATED AT VINMEC TIMES CITY INTERNATIONAL HOSPITAL IN 2025

Objective: To describe the magnetic resonance imaging (MRI) characteristics of vertebrobasilar aneurysms in patients treated at Vinmec Times City International Hospital in 2025.

Subjects and Methods: This prospective descriptive study included 40 patients diagnosed with vertebrobasilar aneurysms who underwent MRI and received treatment at Vinmec Times City International Hospital between January and December 2025.

Results: A total of 40 patients with 45 aneurysms were enrolled. The mean age was 52.5 ± 14.0 years, and 60.0% were female. Most patients had a single aneurysm (92.5%). The basilar artery was the most common aneurysm location (40.0%). Saccular

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City
Tác giả chịu trách nhiệm chính: Vũ Thành Chung
Email: thanhchungha6@gmail.com

Mã bài: **N824**

Ngày nhận bài: 7/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 5/5/2026

Ngày duyệt bài: 28/6/2026

aneurysms predominated (86.7%), with aneurysm sizes of 3–7 mm accounting for 62.2%. Irregular aneurysm walls, wide necks, and dome-to-neck ratios ≥ 1.5 were observed in 60.0%, 53.3%, and 57.8% of aneurysms, respectively. MRI demonstrated intraluminal thrombus in 8.9% of aneurysms, adjacent parenchymal edema in 4.4%, mass effect on the brainstem or cranial nerves in 11.1%, and aneurysm wall enhancement after contrast administration in 15.6% of cases.

Conclusion: Most vertebrobasilar aneurysms on MRI/MRA were saccular, measured 3–7 mm, were located in the basilar artery, and exhibited irregular walls and wide necks. These imaging characteristics provide important morphological information for pre-treatment assessment.

Keywords: Vertebrobasilar aneurysm; Magnetic resonance angiography; Intracranial aneurysm.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch hệ sống – nền là bệnh lý mạch máu não nguy hiểm, chiếm khoảng 5–10% các trường hợp phình động mạch nội sọ nhưng có nguy cơ vỡ, tỷ lệ tử vong và di chứng thần kinh cao hơn so với tuần hoàn trước. Đặc điểm hình thái của túi phình như vị trí, kích thước, tỷ lệ vòm/cổ và mối liên quan với các nhánh động mạch là những yếu tố quan trọng trong lựa chọn phương pháp điều trị và tiên lượng bệnh [1]. Mặc dù chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) vẫn được xem là tiêu chuẩn tham chiếu trong đánh giá phình động mạch nội sọ, đây là kỹ thuật xâm lấn và có nguy cơ biến chứng. Trong khi đó, cộng hưởng từ mạch máu (MRA) là phương pháp không xâm lấn, không sử dụng bức xạ ion hóa, cho phép đánh giá chính xác vị trí, kích thước, hình thái và mối liên quan của túi phình với các cấu trúc mạch máu lân cận, đồng thời có giá trị trong theo dõi sau điều trị [2]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về cộng hưởng từ trong đánh giá phình động mạch nội sọ đã được công bố, tuy nhiên các nghiên cứu tập trung riêng vào phình động mạch hệ sống–nền còn ít [3]. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của bệnh nhân phình động mạch hệ sống – nền điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2025.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 40 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán phình động mạch hệ sống – nền có chỉ định chụp cộng hưởng từ, điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City năm 2025 từ tháng 01/2025 đến tháng 12/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán phình động mạch hệ sống–nền, không có chống chỉ định chụp cộng hưởng từ.

- Có hình ảnh cộng hưởng từ sọ não và cộng hưởng từ mạch máu não (MRI/MRA) trước điều trị, đạt chất lượng để phân tích.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Hình ảnh MRI/MRA không đạt chất lượng hoặc không đánh giá được đặc điểm túi phình.

- Hồ sơ bệnh án hoặc dữ liệu hình ảnh không đầy đủ.

- Phình động mạch do chấn thương, nhiễm trùng, bóc tách động mạch hoặc giả phình động mạch.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, không xác suất, thu thập lần lượt các BN được chẩn đoán phình động mạch hệ sống – nền có chỉ định chụp cộng hưởng từ trong thời gian nghiên cứu thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Nghiên cứu đã khảo sát được 40 BN.

2.3. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Lập danh sách bệnh nhân được chẩn đoán phình động mạch hệ sống–nền có chụp cộng hưởng từ sọ não và cộng hưởng từ mạch máu não (MRI/MRA) tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City trong thời gian nghiên cứu.

Bước 2: Lựa chọn hồ sơ bệnh án và hình ảnh MRI/MRA theo tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Bước 3: Thu thập các thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu, bao gồm đặc điểm chung của bệnh nhân và các đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của túi phình (vị trí, kích thước, hình thái, cổ túi phình và các đặc điểm liên quan).

Bước 4: Nhập liệu, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê.

Quy trình chụp:

Bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ sọ não và cộng hưởng từ mạch máu não (MRI/MRA) trước điều trị trên hệ thống cộng hưởng từ của Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City theo quy trình chuẩn của bệnh viện. Các chuỗi xung thường quy và chuỗi chụp mạch máu não không tiêm thuốc đối quang từ (3D TOF-MRA) được thực hiện để đánh giá vị trí, kích thước, hình thái túi phình, cổ túi phình và mối liên quan với các mạch máu lân cận.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

tuổi, giới, tiền sử tăng huyết áp, tiền sử hút thuốc lá và triệu chứng lâm sàng khi nhập viện.

- Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của túi phình: số lượng túi phình trên mỗi bệnh nhân, vị trí giải phẫu, hình dạng, hình thái bờ túi phình, kích thước túi phình, kích thước cổ túi phình, tỷ lệ đáy/cổ (RSN), huyết khối trong túi phình, phù nhu mô não lân cận, hiệu ứng chèn ép thân não hoặc dây thần kinh sọ và tình trạng tăng tín hiệu thành túi phình sau tiêm thuốc đối quang (nếu có).

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Số liệu thu thập được nhập và lưu trữ vào phần mềm Microsoft Excel 365. Thống kê mô tả (giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm) được thực hiện bằng phần mềm phân tích SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	16	40,0
	Nữ	24	60,0
Nhóm tuổi	< 40	8	20,0
	40 – 49	9	22,5
	50 – 59	10	25,0
	60 – 69	8	20,0
	≥ 70	5	12,5
Tuổi trung bình ± Độ lệch chuẩn (Min – Max)		52,5 ± 14,0 (26 – 78 tuổi)	
Tiền sử tăng huyết áp	Có	22	55,0
	Không	18	45,0
Tiền sử hút thuốc lá	Có	10	25,0
	Không	30	75,0
Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện	Đau đầu đột ngột	18	45,0
	Chóng mặt, hoa mắt	10	25,0
	Rối loạn ý thức	6	15,0
	Yếu/liệt nửa người	4	10,0
	Không có triệu chứng (phát hiện tình cờ)	2	5,0

Nhận xét: Bệnh nhân có tuổi trung bình 52,5 ± 14,0 tuổi, nữ chiếm ưu thế (60,0%); chủ yếu ở nhóm tuổi 50–59 (25,0%). Tăng huyết áp là tiền sử thường gặp nhất (55,0%), trong khi đau đầu đột ngột là triệu chứng nhập viện phổ biến nhất (45,0%).

Bảng 2. Đặc điểm số lượng túi phình trên bệnh nhân

Số lượng túi phình trên một bệnh nhân	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
1 túi phình	37	92,5
2 túi phình	1	2,5
3 túi phình	2	5,0
Tổng	40	100

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có một túi phình (92,5%). Bệnh nhân có nhiều túi phình chiếm tỷ lệ thấp (7,5%), trong đó 2,5% có hai túi phình và 5,0% có ba túi phình.

Bảng 3. Đặc điểm vị trí phình động mạch hệ sống – nền

Vị trí giải phẫu	Số túi phình (n)	Tỷ lệ (%)
Động mạch thân nền	18	40,0
Động mạch đốt sống	12	26,7
Động mạch tiểu não sau dưới (PICA)	6	13,3
Động mạch tiểu não trước dưới (AICA)	4	8,9
Động mạch tiểu não trên (SCA)	3	6,7
Ngã ba thân nền – đốt sống	2	4,4
Tổng	45	100

Nhận xét: Trong tổng số 45 túi phình, vị trí thường gặp nhất là động mạch thân nền (40,0%), tiếp theo là động mạch đốt sống (26,7%) và động mạch tiểu não sau dưới (13,3%). Các vị trí khác như AICA, SCA và ngã ba thân nền–đốt sống chiếm tỷ lệ thấp hơn.

Bảng 4. Đặc điểm hình dạng và hình thái túi phình

Đặc điểm		Số túi phình (n)	Tỷ lệ (%)
Hình dạng	Hình túi	39	86,7
	Hình thoi	4	8,9
	Dạng khác (fusiform + túi)	2	4,4
Hình thái bờ túi	Bờ đều	12	26,7
	Bờ không đều (có nóm/thùy)	27	60,0
	Hai đáy	6	13,3
Tổng		45	100

Nhận xét: Đa số túi phình có hình túi (86,7%). Về hình thái bờ, 60,0% túi phình có bờ không đều (có nóm hoặc thùy), trong khi 26,7% có bờ đều và 13,3% có hình thái hai đáy.

Bảng 5. Đặc điểm kích thước túi phình

Biến số		Số túi phình (n)	Tỷ lệ (%)
Phân nhóm kích thước	Rất nhỏ (< 3 mm)	5	11,1
	Nhỏ (3 – 7 mm)	28	62,2
	Trung bình (> 7 – 10 mm)	9	20,0
	Lớn (> 10 – 25 mm)	3	6,7

	Biến số	Số túi phình (n)	Tỷ lệ (%)
Cổ túi	Cổ hẹp (< 4 mm)	21	46,7
	Cổ rộng (≥ 4 mm)	24	53,3
Tỷ lệ đáy/cổ (RSN)	RSN < 1,5	19	42,2
	RSN ≥ 1,5	26	57,8
Tổng		45	100

Nhận xét: Túi phình kích thước 3–7 mm chiếm tỷ lệ cao nhất (62,2%). Cổ rộng (≥4 mm) gặp ở 53,3% trường hợp và tỷ lệ đáy/cổ (RSN) ≥1,5 chiếm 57,8%.

Bảng 6. Đặc điểm cộng hưởng từ của túi phình hệ sống–nền (n = 45)

Đặc điểm MRI		Số túi phình (n)	Tỷ lệ (%)
Huyết khối trong túi phình	Có	4	8,9
	Không	41	91,1
Phù nhu mô não lân cận	Có	2	4,4
	Không	43	95,6
Hiệu ứng choán chỗ/chèn ép thân não hoặc dây thần kinh sọ não	Có	5	11,1
	Không	40	88,9
Thành túi phình tăng tín hiệu sau tiêm thuốc đối quang	Có	7	15,6
	Không	38	84,4

Nhận xét: Huyết khối trong túi phình gặp ở 8,9% trường hợp. Phù nhu mô não lân cận ít gặp (4,4%). Hiệu ứng chèn ép thân não hoặc dây thần kinh sọ ghi nhận ở 11,1% túi phình. Thành túi phình tăng tín hiệu sau tiêm thuốc đối quang gặp ở 15,6% trường hợp được khảo sát.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm nhân khẩu học và yếu tố nguy cơ

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 52,5 ± 14,0 tuổi, tập trung chủ yếu ở nhóm 50–59 tuổi (25,0%). Kết quả này phù hợp với tổng quan hệ thống và phân tích gộp gần đây cho thấy tỷ lệ hiện mắc túi phình động mạch não chưa vỡ tăng theo tuổi, với tỷ lệ 5,3% ở nhóm trên 45 tuổi so với 3,2% ở nhóm dưới 45 tuổi [4]. Nghiên cứu của Bala và cộng sự (2026) trên bệnh nhân chảy máu dưới nhện cũng ghi nhận nhóm tuổi 50–59 chiếm tỷ lệ cao nhất (31,5%) [5]. Tỷ lệ nữ giới chiếm ưu thế (60,0%) trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các báo cáo dịch tễ học gần đây. Phụ nữ có nguy cơ mắc túi phình động mạch não cao gấp 1,7 lần so với nam giới [4]. Sự khác biệt này đặc biệt rõ rệt ở nhóm tuổi trên 50, có liên quan đến thay đổi nội tiết tố sau mãn kinh ảnh hưởng đến độ bền thành mạch.

Tăng huyết áp là tiền sử bệnh lý thường gặp nhất, chiếm 55,0% số bệnh nhân. Tăng huyết áp

và hút thuốc lá là hai yếu tố nguy cơ đã được ghi nhận có liên quan đến sự hình thành, phát triển và nguy cơ vỡ của phình động mạch nội sọ trong các nghiên cứu dịch tễ học và khuyến cáo của AHA/ASA về phình động mạch nội sọ chưa vỡ [1]. Kết quả này phù hợp với y văn khi tăng huyết áp được xác định là yếu tố nguy cơ độc lập quan trọng đối với sự hình thành và tiến triển của túi phình động mạch não (OR = 1,58; KTC 95%: 1,08-2,32) [4]. Một nghiên cứu đoàn hệ gần đây trên 588 bệnh nhân với 858 túi phình cũng xác nhận tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ có ý nghĩa đối với sự phát triển của túi phình (OR = 1,60; KTC 95%: 1,03-2,49; p = 0,04) [6].

Đặc điểm vị trí và hình thái túi phình

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu chỉ có một túi phình (92,5%), trong khi bệnh nhân có nhiều túi phình chỉ chiếm 7,5%. Tỷ lệ này thấp hơn so với một số nghiên cứu trên quần thể phình động mạch nội sọ nói chung, trong đó tỷ lệ nhiều túi phình dao động khoảng 20–30% [3]. Sự khác biệt này

có thể liên quan đến đặc điểm quần thể nghiên cứu và việc chỉ lựa chọn nhóm phình động mạch hệ sống-nền. Về vị trí giải phẫu, động mạch thân nền là vị trí thường gặp nhất (40,0%), tiếp theo là động mạch đốt sống (26,7%). Kết quả này phù hợp với đặc điểm giải phẫu và huyết động của hệ tuần hoàn sau. Nghiên cứu gần đây cho thấy túi phình ở tuần hoàn sau có nguy cơ phát triển cao hơn đáng kể so với tuần hoàn trước ($p = 0,01$) [6]. Phân tích thời gian sống còn cũng xác nhận mối liên quan phụ thuộc thời gian giữa vị trí tuần hoàn sau và sự phát triển của túi phình ($p = 0,002$) [6]. Đa số túi phình có hình túi (86,7%), trong khi phình hình thoi chỉ chiếm 8,9%. Kết quả này tương đồng với y văn khi khoảng 85–90% phình động mạch nội sọ thuộc thể hình túi [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bờ không đều (có nùm hoặc thùy) lên đến 60,0%. Hình thái bờ không đều đã được xác định là yếu tố nguy cơ độc lập đối với vỡ túi phình ($OR = 6,9$; KTC 95%: 3,12-15,48; $p < 0,0001$) [7]. Sự xuất hiện của nùm/thùy cũng liên quan đến hiện tượng “pulsation bất thường” - một dấu hiệu được xem là yếu tố dự báo nguy cơ vỡ trên 4D-CTA ($p = 0,006$) [8]. Tỷ lệ này cao hơn so với một số báo cáo trước đây, có thể do đặc điểm thành mạch ở tuần hoàn sau mỏng hơn và chịu ứng suất cắt thành mạch khác biệt so với tuần hoàn trước.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số túi phình có kích thước 3–7 mm (62,2%), trong khi các túi phình lớn (>10 mm) chỉ chiếm 6,7%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đào Quang Anh và cộng sự (2022) trên 74 phình động mạch nội sọ khảo sát bằng cộng hưởng từ 3 Tesla, trong đó phần lớn túi phình có kích thước ≤ 10 mm, phản ánh xu hướng phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm nhờ sự phát triển của các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn [3]. Theo hướng dẫn của AHA/ASA, kích thước túi phình là một trong những yếu tố cần được đánh giá trong phân tầng nguy cơ và lựa chọn chiến lược theo dõi hoặc điều trị, mặc dù không phải là yếu tố duy nhất quyết định nguy cơ tiến triển của bệnh [1].

Một ưu điểm của cộng hưởng từ là ngoài đánh giá hình thái lòng mạch, kỹ thuật này còn cung cấp thông tin về thành mạch và các tổn thương nhu mô lân cận. Trong nghiên cứu của chúng tôi, huyết khối trong túi phình được ghi nhận ở 8,9% trường hợp. Tỷ lệ này tương đối thấp, phù hợp

với đặc điểm phần lớn túi phình có kích thước nhỏ đến trung bình. Các nghiên cứu trước đây cho thấy huyết khối trong túi phình thường gặp hơn ở các túi phình kích thước lớn hoặc khổng lồ, đặc biệt ở tuần hoàn sau [2]. Phù nhu mô não lân cận chỉ gặp ở 4,4% trường hợp, trong khi 11,1% túi phình có hiệu ứng chèn ép thân não hoặc dây thần kinh sọ. Những dấu hiệu này phản ánh ảnh hưởng của túi phình lên các cấu trúc lân cận và có thể được phát hiện tốt trên cộng hưởng từ nhờ khả năng đánh giá đồng thời nhu mô não và các cấu trúc thần kinh. Tỷ lệ thấp trong nghiên cứu có thể liên quan đến việc phần lớn túi phình có kích thước dưới 10 mm.

Trong nghiên cứu này, 53,3% túi phình có cỡ rộng (≥ 4 mm) và 57,8% có tỷ lệ đáy/cổ (RSN) $\geq 1,5$. Các thông số hình thái này có ý nghĩa trong mô tả đặc điểm giải phẫu của túi phình và thường được sử dụng trong đánh giá trước điều trị nội mạch, đặc biệt khi xem xét khả năng thực hiện kỹ thuật nút coil đơn thuần hoặc cần các kỹ thuật hỗ trợ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã mô tả được đặc điểm lâm sàng và hình ảnh của túi phình động mạch hệ sống – nền. Các đặc điểm hình thái túi phình và hình ảnh thành mạch trên cộng hưởng từ có giá trị trong đánh giá tổn thương, góp phần hỗ trợ phân tầng nguy cơ và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp. Kết quả nghiên cứu cung cấp thêm dữ liệu thực tiễn, làm cơ sở cho các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thompson BG, Brown RD, Jr., Amin-Hanjani S, Broderick JP, Cockroft KM, Connolly ES, Jr., et al.** Guidelines for the Management of Patients With Unruptured Intracranial Aneurysms: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2015;46(8):2368-400.
2. **Chung CY, Peterson RB, Howard BM, Zygmunt ME.** Imaging Intracranial Aneurysms in the Endovascular Era: Surveillance and Posttreatment Follow-up. *RadioGraphics*. 2022;42(3):789-805.
3. **Đào QA, Trần AT, Vũ ĐL.** Đặc điểm hình ảnh phình động mạch não trên cộng hưởng từ 3 Tesla. *Tạp chí Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam*. 2022(49):79-86.

4. Quan Y, Ma J, Jin Y, Zhou J, Liu R, Jiang W. Prevalence and independent predictors of unruptured intracranial Aneurysms: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Neuroscience*. 2025;140:111542.
5. Bala CS, Hussain AR, Hoque MA, Islam MR. Comparison of Morphological Profiles between Aneurysms of Anterior and Posterior Cerebral Circulation of Sub Arachnoid Haemorrhage Patients. *Bangladesh Journal of Neuroscience*. 2026;36(2):88-94.
6. Kissling FJ, Goldberg J, Serrallach BL, Murek M, Dobrocky T, Piechowiak EI, et al. Risk factor analysis of growing unruptured intracranial aneurysms: A single center cohort study. *Brain and Spine*. 2026;6:105972.
7. Zimelewicz Oberman D, Perez Akly MS, Rabelo NN, Elizondo C, Amorim Correa JL, Ajler P, Baccanelli MM. Morphologic Variations in the Circle of Willis as a Risk Factor for Aneurysm Rupture in the Anterior and Posterior Communicating Arteries. *World Neurosurg*. 2021;154:e155-e62.
8. Cui Y, Xing H, Zhou J, Chen Y, Lin B, Ding S, et al. Aneurysm morphological prediction of intracranial aneurysm rupture in elderly patients using four-dimensional CT angiography. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. 2021;208:106877.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN SẸO LỖI ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT CẮT SẸO KHÂU KÍN KẾT HỢP CHIẾU XẠ BỀ MẶT TẠI BỆNH VIỆN BỎNG QUỐC GIA LÊ HỮU TRÁC

Phan Thị Thục Trang¹, Trần Văn Anh¹, Trần Ngọc Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, mô học và siêu cấu trúc của sẹo lồi ở bệnh nhân điều trị bằng phẫu thuật cắt sẹo khâu kín kết hợp chiếu xạ bề mặt.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 49 bệnh nhân sẹo lồi được điều trị tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 12/2022 đến tháng 12/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 45,0 ± 17,4 tuổi; nữ giới chiếm 67,3%. Da Fitzpatrick type IV gặp ở 65,3%; viêm da mụn là nguyên nhân hình thành sẹo phổ biến nhất (44,9%). Sẹo thường tồn tại trên 2 năm (79,6%), chủ yếu khu trú vùng ngực (55,1%), có màu đỏ sẫm (59,2%) và điểm JSS trung bình là 19,8 ± 2,0. Mô học cho thấy vùng trung tâm sẹo có điểm

nhú chân bì thấp hơn nhưng độ dày thượng bì cao hơn vùng ngoại vi ($p < 0,001$). Trên siêu cấu trúc, chiều dài desmosome và mật độ hemidesmosome giảm rõ tại trung tâm sẹo ($p < 0,001$). Keloidal collagen hiện diện ở 100% mẫu bệnh phẩm; độ dày collagen tại trung tâm cao hơn ngoại vi ở cả lớp nhú và lớp lưới trung bì ($p < 0,001$).

Kết luận: Sẹo lồi có đặc điểm lâm sàng là tồn tại kéo dài, hoạt tính cao và thường gặp ở vùng ngực. Mô học và siêu cấu trúc ghi nhận các biến đổi đặc trưng của lớp thượng bì, màng đáy và trung bì, phản ánh tình trạng tăng sinh collagen và tái cấu trúc mô.

Từ khóa: Sẹo lồi; Siêu cấu trúc; Collagen; JSS.

SUMMARY

CLINICAL AND CLINICOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH KELOIDS TREATED WITH SURGICAL EXCISION, PRIMARY CLOSURE, AND ADJUVANT SUPERFICIAL RADIOTHERAPY AT LE HUU TRAC NATIONAL BURN HOSPITAL

¹Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác

²Bệnh viện Quân y 103

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Thục Trang

Email: thuctrangvb@gmail.com

Mã bài: N823

Ngày nhận bài: 5/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 4/5/2026

Ngày duyệt bài: 15/6/2026