

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

Objective: To describe the clinical, histopathological, and ultrastructural characteristics of keloids in patients treated with surgical excision, primary closure, and adjuvant superficial radiotherapy.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 49 patients with keloids who underwent treatment at Le Huu Trac National Burn Hospital between December 2022 and December 2025. Clinical characteristics, histopathological features, and ultrastructural changes of the lesions were analyzed.

Results: The mean age of the patients was 45.0 ± 17.4 years, and 67.3% were female. Fitzpatrick skin type IV was the most common (65.3%), while acne vulgaris was the leading cause of keloid formation (44.9%). Most lesions had been present for more than two years (79.6%), were predominantly located on the anterior chest (55.1%), exhibited a dark-red appearance (59.2%), and had a mean Japan Scar Workshop Scar Scale (JSS) score of 19.8 ± 2.0 . Histopathological examination demonstrated significantly lower dermal papilla scores but greater epidermal thickness in the central region than in the peripheral region of the keloid (both $p < 0.001$). Ultrastructural analysis revealed significantly reduced desmosome length and hemidesmosome density in the central region ($p < 0.001$). Keloidal collagen was identified in all specimens, and collagen fibrils were significantly thicker in the central region than in the peripheral region in both the papillary and reticular dermis ($p < 0.001$).

Conclusion: Keloids were characterized clinically by prolonged duration, high biological activity, and a predilection for the anterior chest. Histopathological and ultrastructural analyses demonstrated characteristic alterations in the epidermis, basement membrane, and dermis, reflecting excessive collagen deposition and tissue remodeling.

Keywords: Keloid; Ultrastructure; Collagen; JSS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sẹo lồi là hậu quả của quá trình liền vết thương bất thường, đặc trưng bởi sự tăng sinh quá mức của nguyên bào sợi và lắng đọng collagen vượt ra ngoài ranh giới tổn thương ban đầu. Bệnh không chỉ gây ngứa, đau, hạn chế chức năng mà còn ảnh hưởng đáng kể đến thẩm mỹ và chất lượng cuộc sống, đồng thời có tỷ lệ tái phát cao sau điều trị [1], [2].

Mặc dù nhiều phương pháp điều trị như phẫu thuật, tiêm corticosteroid, xạ trị và laser đã được áp dụng, hiệu quả vẫn còn hạn chế do cơ chế bệnh sinh của sẹo lồi chưa được làm sáng tỏ hoàn toàn. Các nghiên cứu gần đây cho thấy sẹo lồi là

bệnh lý xơ hóa mạn tính với những biến đổi phức tạp về cấu trúc thượng bì, màng đáy và trung bì; đồng thời tồn tại sự khác biệt về mô học và siêu cấu trúc giữa vùng trung tâm và vùng ngoại vi của tổn thương [1], [2].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng của sẹo lồi đã được công bố, tuy nhiên dữ liệu về đặc điểm mô học và siêu cấu trúc còn hạn chế. Việc làm rõ các biến đổi này có ý nghĩa trong việc hiểu cơ chế bệnh sinh, chuẩn hóa đánh giá tổn thương và định hướng lựa chọn phương pháp điều trị. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân sẹo lồi 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*” nhằm 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.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 49 bệnh nhân được chẩn đoán sẹo lồi, điều trị tại Khoa Phẫu thuật tạo hình, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác từ tháng 12/2022 đến tháng 12/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán sẹo lồi dựa theo thang điểm JSS [3] và kết quả mô bệnh học; Đã được điều trị sẹo lồi trước đó bằng các phương pháp khác nhưng không hiệu quả; Đồng ý tham gia nghiên cứu và tuân thủ lịch tái khám.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đồng ý tham gia hoặc không tuân thủ quy trình theo dõi; Bệnh nhân có bệnh lý nền nặng ảnh hưởng đến quá trình liền vết thương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu dựa vào công thức:

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

Trong đó:

- n: số bệnh nhân cần được nghiên cứu để đảm bảo số liệu nghiên cứu có đủ độ tin cậy

- Z: trị số từ phân phối chuẩn, lấy mức ý nghĩa 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

- p: tỷ lệ sẹo lồi không tái phát sau hai năm. Nghiên cứu của Reham Mohamed và cộng sự (2022) ghi nhận giá trị $p = 0,88$ [4].

- d: là độ sai khác trong chọn mẫu, lấy $d = 0,1$

- α : mức nghĩa thống kê.

Áp dụng công thức tính được cỡ mẫu tối thiểu là 41 bệnh nhân. Trong nghiên cứu này chúng tôi lựa chọn được 49 bệnh nhân.

Chọn mẫu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Lần lượt chọn bệnh nhân nhập viện trong khoảng thời gian từ tháng 12/2022 đến tháng 12/2025 thỏa mãn chuẩn lựa chọn và loại trừ. Quá trình chọn mẫu sẽ kết thúc khi nghiên cứu có được cỡ mẫu tối thiểu theo tính toán.

Các chỉ tiêu đánh giá: đặc điểm chung của người bệnh (tuổi, giới, bệnh kết hợp và tiền sử); đặc điểm lâm sàng của sẹo lồi (phân loại da Fitzpatrick, lý do vào viện, nguyên nhân hình thành sẹo, tuổi sẹo, vị trí, hình dạng, màu sắc, kích thước, hướng phát triển, ban đỏ, triệu chứng cơ năng, số lượng

sẹo và điểm JSS); đặc điểm mô học (điểm nhú chân bì, độ dày thượng bì, tỷ lệ diện tích keloidal collagen) và đặc điểm siêu cấu trúc (chiều dài desmosome, mật độ hemidesmosome, độ dày sợi collagen tại lớp nhú và lớp lưới trung bì), so sánh các chỉ số giữa vùng trung tâm và vùng ngoại vi của sẹo lồi.

Phân loại sẹo lồi theo thang điểm JSS [3] dựa trên tổng điểm:

0–5 điểm: Sẹo bình thường hoặc ít nguy cơ.

6–15 điểm: Sẹo phì đại, có nguy cơ trung bình.

16–25 điểm: Sẹo lồi điển hình, nguy cơ cao.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được phân tích bằng SPSS 26.0. Biến định tính trình bày dạng tần số và tỷ lệ %; biến định lượng dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD).

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học tại Học viện Quân y số 20/2023 CNChT/- HĐĐĐ ngày 10/01/2023. Tất cả bệnh nhân được giải thích đầy đủ về mục tiêu, quy trình nghiên cứu và chỉ đưa vào nghiên cứu khi đồng ý tự nguyện.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N = 49)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (năm)	Trung bình $\pm$ SD	45,0 $\pm$ 17,4	
	Nhỏ nhất – Lớn nhất	18 – 80	
Nhóm tuổi,	≤ 30 tuổi	12	24,5
	31–60 tuổi	27	55,1
	> 60 tuổi	10	20,4
Giới tính	Nam	16	32,7
	Nữ	33	67,3
Bệnh kết hợp	Tăng huyết áp	6	12,2
	Đái tháo đường	3	6,1
Tiền sử	Gia đình có sẹo lồi	4	8,2
	Hút thuốc	8	16,3
	Dị ứng	4	8,2

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 45,0 $\pm$ 17,4 tuổi (dao động 18–80 tuổi). Nhóm tuổi 31–60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (55,1%). Nữ giới chiếm ưu thế (67,3%), với tỷ lệ nữ/nam là 2,06:1. Trong các bệnh kết hợp, tăng huyết áp gặp nhiều nhất (12,2%), tiếp theo là đái tháo đường (6,1%). Về tiền sử, 16,3% bệnh nhân có hút thuốc, 8,2% có tiền sử dị ứng và 8,2% có tiền sử gia đình mắc sẹo lồi.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng chung của bệnh nhân (N = 49)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phân loại da Fitzpatrick	Loại III	17	34,7
	Loại IV	32	65,3
Lý do vào viện	Ngứa	29	59,2
	Đau	12	24,5
	Thảm mỹ	8	16,3
Nguyên nhân hình thành sẹo	Viêm da mụn	22	44,9
	Bỏng	15	30,6
	Chấn thương	10	20,4
	Khác	2	4,1

Nhận xét: Da Fitzpatrick type IV chiếm đa số (65,3%). Ngứa là lý do vào viện thường gặp nhất (59,2%). Viêm da mụn là nguyên nhân hình thành sẹo lồi phổ biến nhất (44,9%).

Bảng 3. Đặc điểm hình thái và mức độ sẹo lồi (N = 49)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi sẹo	1–2 năm	10	20,4
	>2–5 năm	22	44,9
	>5 năm	17	34,7
Hình dạng sẹo	Đặc trưng	32	65,3
	Khác	17	34,7
Vị trí sẹo	Ngực	27	55,1
	Cằm cổ	10	20,4
	Vai/lưng	6	12,2
	Dái tai	3	6,1
	Mu sinh dục	2	4,1
	Chi trên	1	2,0
Màu sắc	Hồng đỏ	8	16,3
	Đỏ	12	24,5
	Đỏ sẫm	29	59,2

Nhận xét: Sẹo lồi thường tồn tại trên 2 năm (79,6%), chủ yếu có hình dạng đặc trưng (65,3%), vị trí thường gặp nhất là vùng ngực (55,1%) và đa số có màu đỏ sẫm (59,2%).

Bảng 4. Đặc điểm hoạt tính của sẹo lồi trước điều trị (N = 49)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Kích thước	<20 cm ²	29	59,2
	≥20 cm ²	20	40,8
Hướng phát triển	Chiều ngang	20	40,8
	Chiều dọc	17	34,7
	Cả hai	12	24,5

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ban đỏ	Có	30	61,2
	Không	19	38,8
Triệu chứng cơ năng	Thường xuyên	16	32,7
	Không thường xuyên	23	46,9
	Không	10	20,4
Số lượng sẹo	1 sẹo	18	36,7
	≥2 sẹo	31	63,3
Điểm JSS (Mean ± SD)		19,8 ± 2,0	

Nhận xét: Phần lớn sẹo có kích thước <20 cm² (59,2%), phát triển theo chiều ngang (40,8%) và có ban đỏ (61,2%). Có 63,3% bệnh nhân có từ hai sẹo trở lên, điểm JSS trung bình là 19,8 ± 2,0.

Bảng 5. Đặc điểm mô học và siêu cấu trúc lớp thượng bì, màng đáy

Chỉ số	Trung tâm	Ngoại vi	p
Điểm nhú chân bì	4,3 ± 0,8	5,9 ± 0,6	<0,001
Độ dày thượng bì (lớp tế bào)	12,8 ± 1,1	11,2 ± 0,8	<0,001
Chiều dài desmosome (nm)	232,5 ± 8,2	285,9 ± 6,7	<0,001
Mật độ hemidesmosome	5,0 ± 0,6	5,8 ± 0,7	<0,001

Nhận xét: So với vùng ngoại vi, vùng trung tâm sẹo lồi có giảm điểm nhú chân bì, giảm chiều dài desmosome và mật độ hemidesmosome nhưng tăng độ dày thượng bì (đều p<0,001).

Bảng 6. Đặc điểm mô học và siêu cấu trúc lớp trung bì

Chỉ số		Trung tâm	Ngoại vi	p
Keloidal collagen	Có (%)	100	-	-
	Không	0	-	-
Tỷ lệ diện tích (%)		34,6 ± 5,1	-	-
Độ dày collagen (nm)	Lớp nhú	50,5 ± 4,2	46,1 ± 4,4	<0,001
	Lớp lưới	64,1 ± 5,7	59,2 ± 4,6	<0,001

Nhận xét: Keloidal collagen xuất hiện ở toàn bộ mẫu nghiên cứu. Độ dày collagen tại trung tâm sẹo lồi cao hơn ngoại vi ở cả lớp nhú và lớp lưới trung bì (p<0,001), trong đó collagen lớp lưới dày hơn lớp nhú.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu này là 45,0 ± 17,4 tuổi, tương đồng với các báo cáo của những nhóm nghiên cứu áp dụng phương pháp phẫu thuật kết hợp xạ trị trong điều trị sẹo lồi. Dong và cộng sự ghi nhận tuổi trung bình 43,19 ± 18,15 tuổi trong nghiên cứu 13 năm kinh nghiệm điều trị sẹo lồi khổng lồ [5]. Tuổi được xác định là yếu tố nhân khẩu học có ảnh hưởng đến diễn tiến lâm sàng của sẹo lồi.

Trong nghiên cứu này, tăng huyết áp là bệnh kết hợp thường gặp nhất (12,2%), tiếp theo là đái tháo đường (6,1%). Nhiều nghiên cứu cho thấy tăng huyết áp liên quan chặt chẽ với sự hình thành và mức độ nặng của sẹo lồi thông qua tình trạng viêm mạn tính, thiếu oxy mô và hoạt hóa hệ renin–angiotensin–aldosterone, từ đó thúc đẩy tăng sinh nguyên bào sợi và xơ hóa quá mức [1]. Qua đó cho thấy tầm quan trọng của việc đánh giá và kiểm soát huyết áp như một phần không thể tách rời trong kế hoạch điều trị toàn diện BN sẹo

lồi, đồng thời gợi mở hướng nghiên cứu can thiệp được lý hỗ trợ trong tương lai.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân sẹo lồi chủ yếu thuộc loại da Fitzpatrick IV (65,3%), tiếp theo là loại III (34,7%), phù hợp với đặc điểm nhân chủng học của người Việt Nam và các quần thể châu Á. Trần Sở Quân và cộng sự (2022) ghi nhận 85,7% bệnh nhân có type da IV và 14,3% bệnh nhân có type da III theo phân loại da của Fitzpatrick [6]. Phân loại Fitzpatrick không chỉ phản ánh đặc điểm sắc tố da mà còn có ý nghĩa trong đánh giá nguy cơ hình thành sẹo lồi và rối loạn sắc tố sau điều trị. Do đó, phân loại da Fitzpatrick là một chỉ số cần được xem xét trong đánh giá ban đầu và lựa chọn chiến lược điều trị bệnh nhân sẹo lồi.

Nguyên nhân hình thành sẹo lồi trong nghiên cứu chủ yếu là viêm da mụn (44,9%), tiếp theo là bỏng (30,6%) và chấn thương (20,4%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Sở Quân và cộng sự, trong đó mụn trứng cá là nguyên nhân thường gặp nhất gây sẹo lồi (47,5%) [6]. Đối với sẹo lồi sau bỏng, tổn thương bỏng có các rối loạn chuyển hóa và phản ứng viêm kéo dài, góp phần thúc đẩy tăng sinh collagen và hình thành sẹo lồi. Những kết quả này cho thấy các tổn thương da kèm phản ứng viêm kéo dài, đặc biệt do mụn và bỏng, là những yếu tố khởi phát quan trọng trong cơ chế hình thành sẹo lồi.

Điểm JSS trung bình trước điều trị trong nghiên cứu là $19,8 \pm 2,0$, cho thấy phần lớn bệnh nhân có sẹo lồi ở mức độ nặng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Hsueh và cộng sự trên bệnh nhân sẹo lồi điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xạ trị, với điểm JSS trung bình trước điều trị là $20,68 \pm 3,26$ [7]. JSS là thang điểm được Hội Sẹo Nhật Bản xây dựng nhằm đánh giá toàn diện mức độ sẹo bệnh lý thông qua các đặc điểm lâm sàng và yếu tố nguy cơ, đồng thời có tính đơn giản, khách quan và phù hợp với các quần thể châu Á, trong đó có Việt Nam. Vì vậy, JSS là công cụ phù hợp để đánh giá mức độ tổn thương và theo dõi hiệu quả điều trị ở bệnh nhân sẹo lồi.

Nghiên cứu cho thấy vùng trung tâm sẹo lồi có điểm nhú chân bì thấp hơn nhưng độ dày thượng bì cao hơn so với vùng ngoại vi (đều $p < 0,001$). Đồng thời, chiều dài desmosome và mật độ hemidesmosome tại trung tâm cũng giảm đáng kể.

Những thay đổi này phản ánh sự biến đổi của vùng tiếp giáp thượng bì-trung bì và quá trình tái cấu trúc mô trong sẹo lồi. Các đặc điểm này phù hợp với nghiên cứu của Hellström và cộng sự, cho thấy sẹo lồi có giảm hemidesmosome, biến đổi hình thái desmosome và bất thường màng đáy so với da bình thường [8]. Ở lớp trung bì, keloidal collagen được ghi nhận ở 100% mẫu nghiên cứu, đồng thời độ dày collagen tại trung tâm cao hơn vùng ngoại vi ở cả lớp nhú và lớp lưới (đều $p < 0,001$). Đây là những đặc điểm mô bệnh học điển hình của sẹo lồi, phản ánh sự lắng đọng collagen quá mức và mất ranh giới giữa lớp nhú và lớp lưới trung bì. Các đặc điểm này đã được mô tả trong các tổng quan của Jumper và cộng sự cũng như Ogawa, trong đó keloidal collagen dày, sắp xếp hỗn độn là dấu hiệu đặc trưng của sẹo lồi [1], [9]. Sự khác biệt rõ rệt giữa vùng trung tâm và ngoại vi cho thấy tính không đồng nhất về mô học trong cùng một tổn thương sẹo lồi. Điều này phù hợp với tổng quan của Limandjaja và cộng sự, nhấn mạnh rằng sẹo lồi có sự khác biệt đáng kể giữa các vùng tổn thương, cần được xem xét khi phân tích mô bệnh học và đánh giá cơ chế bệnh sinh.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã xác định đặc điểm lâm sàng của sẹo lồi ở người Việt Nam tương đồng với các báo cáo trên quần thể châu Á. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về hình thái mô học và siêu cấu trúc giữa vùng trung tâm và ngoại vi tổn thương cho thấy quá trình bệnh lý diễn tiến không đồng nhất, từ đó củng cố cơ sở cho việc đánh giá toàn diện và cá thể hóa điều trị. Kết quả mở ra hướng nghiên cứu sâu hơn về mối liên quan giữa biến đổi cấu trúc vi thể và tiên lượng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huang C, Ogawa R.** Keloidal pathophysiology: Current notions. *Scars Burn Heal.* 2021;7:2059513120980320.
2. **Ogawa R, Akita S, Akaishi S, Aramaki-Hattori N, Dohi T, Hayashi T, et al.** Diagnosis and Treatment of Keloids and Hypertrophic Scars—Japan Scar Workshop Consensus Document 2018. *Burns & Trauma.* 2019;7(1):39.
3. **Ogawa R.** Japan Scar Workshop (JSW) Scar Scale (JSS) for Assessing Keloids and Hypertrophic Scars. In: Téot L, Mustoe TA, Middelkoop E, Gauglitz GG,

editors. Textbook on Scar Management: State of the Art Management and Emerging Technologies. Cham: Springer International Publishing; 2020. p. 133-40.

4. **Mohamed R, Elawadi AA, Al-Gendi R, Al-Mohsen S, Wani S, Wafa A.** The outcome of postoperative radiation therapy following plastic surgical resection of recurrent ear keloid: a single institution experience. J Egypt Natl Canc Inst. 2022;34(1):4.
5. **Dong W, Xiao X, Yang X, Zhao Z.** Efficacy and safety of surgical excision and reconstruction combined with radiotherapy for huge keloids: A 13-year experience. J Cosmet Dermatol. 2024;23(3):970-7.
6. **Trần Sở Quân, Lê Thái Văn Thanh, Tạ Quốc Hưng.** Đặc điểm dịch tễ và lâm sàng trên bệnh nhân sẹo phì đại, sẹo lồi tại khoa da liễu - thẩm mỹ

da của Bệnh viện Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh. Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh. 2022;26(1):140-6.

7. **Hsueh WT, Hung KS, Chen YC, Huang YT, Hsu CK, Ogawa R, Hsueh YY.** Adjuvant Radiotherapy After Keloid Excision: Preliminary Experience in Taiwan. Ann Plast Surg. 2019;82(1S Suppl 1):S39-s44.
8. **Hellström M, Hellström S, Engström-Laurent A, Bertheim U.** The structure of the basement membrane zone differs between keloids, hypertrophic scars and normal skin: A possible background to an impaired function. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery. 2014;67(11):1564-72.
9. **Jumper N, Paus R, Bayat A.** Functional histopathology of keloid disease. Histol Histopathol. 2015;30(9):1033-57.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG ALTEPLASE LIỀU 0,6 MG/KG VÀ 0,9 MG/KG Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NÃO CẤP TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Tô Hoàng Dương¹, Bùi Long¹, Lê Ngọc Hà²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả điều trị của Alteplase liều 0,6 mg/kg và 0,9 mg/kg ở bệnh nhân đột quy não cấp tại Bệnh viện Hữu Nghị.

Đối tượng: Các bệnh nhân đột quy não cấp được điều trị tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch tại Bệnh viện Hữu Nghị từ 1/2020 đến 12/2025

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu

Kết quả: Nhóm liều 0,6 mg/kg chủ yếu là người ≥ 80 tuổi ($p < 0,05$). Cả hai liều đều giảm điểm NIHSS rõ rệt sau 24 giờ ($p < 0,01$). Sau 03 tháng, nhóm liều 0,9 mg/kg có tỷ lệ phục hồi tốt (mRS 0–1) cao hơn (56,4% so với 40,4%, $p < 0,05$). Dù nhóm liều 0,9 mg/kg có tổng

tỷ lệ chảy máu não cao hơn ($p < 0,05$), tỷ lệ xuất huyết có triệu chứng giữa hai nhóm tương đồng ($p > 0,05$).

Kết luận: Liều tPA 0,9 mg/kg giúp phục hồi sau 03 tháng tốt hơn liều 0,6 mg/kg ($p < 0,05$) nhưng có tổng tỷ lệ chảy máu não cao hơn ($p < 0,05$); tỷ lệ xuất huyết có triệu chứng giữa hai nhóm tương đồng ($p > 0,05$).

Từ khoá: Tiêu sợi huyết, liều chuẩn và liều thấp, đột quy não cấp.

SUMMARY

OUTCOMES OF ALTEPLASE TREATMENT AT DOSES OF 0.6 MG/KG AND 0.9 MG/KG IN ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS AT HUU NGHİ HOSPITAL

Objective: To describe the treatment outcomes of alteplase at doses of 0.6 mg/kg and 0.9 mg/kg in patients with acute ischemic stroke at Huu Nghi Hospital.

Subjects: Patients with acute ischemic stroke who underwent intravenous thrombolysis at Huu Nghi

¹Bệnh viện Hữu Nghị, Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Tô Hoàng Dương
Email: dr.hoangduong@gmail.com

Mã bài: N839

Ngày nhận bài: 15/5/2026

Ngày phản biện khoa học: 14/5/2026

Ngày duyệt bài: 20/6/2026