

CLINICAL AND DERMOSCPIC CHARACTERISTICS OF ACTINIC KERATOSIS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

Nguyen Thi Hai Linh¹, Nguyen Huu Quang², Dinh Huu Nghi^{2,3}, Ngo Thi Van Anh²

¹Bach Mai Hospital - 78 Giai Phong Street, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

²National Dermatology Hospital - 15A Phuong Mai Street, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

³Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung Street, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 25/11/2025

Revised: 25/12/2025; Accepted: 28/03/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the general characteristics, clinical features, and dermoscopic findings of actinic keratosis (AK) in patients presenting to the National Hospital of Dermatology and Venereology.

Materials and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 57 patients with 105 clinically diagnosed AK lesions at the National Hospital of Dermatology and Venereology from August 2024 to August 2025. Data on age, sex, lesion location and morphology, symptoms, and dermoscopic features were collected. Selected lesions were biopsied for histopathological correlation.

Results: The mean age was 71.9 ± 13.9 years; the male/female ratio was approximately 1:2. A total of 105 lesions were recorded, predominantly located on the head and face (about 92.4%), most frequently on the cheeks, followed by the nose. Most lesions were isolated (98.1%) with a mean area of 1.2 ± 0.5 cm². Lesions of moderate thickness accounted for 74.3%, whereas very thick lesions represented only 7.6%. 52.4% case reported pruritus, while 47.6% were completely asymptomatic. Clinically, the classic AK subtype predominated (91.4%), with cutaneous horn and pigmented variants accounting for 1.0% and 7.6%, respectively. On dermoscopy, nonpigmented AK lesions showed a typical “strawberry pattern” in 78.1%. All eight pigmented AK lesions had a rough, scaly surface and exhibited a brown pseudonetwork with polygonal lines and an annular-granular pattern. Other dermoscopic features, including marked scaling, white structureless areas, rosettes, and dotted, glomerular, hairpin and polymorphous vessels, were observed with low frequencies.

Conclusion: In this cohort, actinic keratosis mainly affected elderly patients, chronic sun exposure, with lesions predominantly located on the head and face. The “strawberry pattern” in nonpigmented AK and the pigmented pseudonetwork with an annular-granular pattern in pigmented AK were the most characteristic dermoscopic features.

Keywords: Actinic keratosis; Dermoscopy; Strawberry pattern.

*Corresponding author

Email: nguyentinh241ykv@gmail.com Phone: (+84) 334.633.444 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4710>

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH DERMOSCOPY CỦA TỔN THƯƠNG DÀY SỪNG ÁNH SÁNG TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Hải Linh¹, Nguyễn Hữu Quang², Đinh Hữu Nghị^{2,3}, Ngô Thị Vân Anh²

¹Bệnh viện Bạch Mai - Số 78 Giải Phóng, phường Kim Liên, thành phố Hà Nội, Việt Nam

²Bệnh viện Da Liễu Trung Ương - Số 15A đường Phương Mai, phường Kim Liên, thành phố Hà Nội, Việt Nam

³Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 25/11/2025

Ngày chỉnh sửa: 25/12/2025; Ngày duyệt đăng: 28/03/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh dermoscopy của dày sừng ánh sáng (actinic keratosis – AK) ở bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 57 bệnh nhân với 105 tổn thương được chẩn đoán lâm sàng là AK tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ 8/2024–8/2025. Thu thập các thông tin về tuổi, giới, vị trí và hình thái tổn thương, triệu chứng cơ năng và các đặc điểm dermoscopy.

Kết quả: Tuổi trung bình là $71,9 \pm 13,9$; tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1/2. Tổng số 105 tổn thương được ghi nhận, chủ yếu vùng đầu – mặt (khoảng 92,4%), nhiều nhất ở vùng má, sau đó là mũi. Phần lớn tổn thương phân bố riêng rẽ (98,1%), diện tích trung bình khoảng $1,2 \pm 0,5 \text{ cm}^2$. Tổn thương độ dày trung bình chiếm 74,3%. Triệu chứng ngứa (52,4%), 47,6% hoàn toàn không có triệu chứng cơ năng. Lâm sàng thể AK thể thông thường chiếm ưu thế (91,4%), và thể sắc tố 7,6%, thể sừng da 1,0%. Trên dermoscopy, các tổn thương AK thể thông thường biểu hiện mô hình “dâu tây” điển hình 78,1%. 8 tổn thương AK thể sắc tố đặc điểm có bề mặt thô ráp, vảy; mạng lưới giả màu nâu với các đường đa giác, mô hình vòng–hạt. Các dấu hiệu khác gồm vảy dày, vùng trắng không cấu trúc, dấu hoa thị, mạch chấm, mạch cầu thận, mạch kẹp tóc và mạch đa hình thái với tần suất thấp.

Kết luận: Dày sừng ánh sáng gặp chủ yếu ở người cao tuổi, phơi nhiễm ánh sáng mặt trời kéo dài, tổn thương thường khu trú vùng đầu–mặt. Trên dermoscopy, mô hình “dâu tây” ở AK thể thông thường và mạng lưới sắc tố ở AK thể sắc tố là các dấu hiệu đặc trưng.

Từ khóa: Dày sừng ánh sáng, Dermoscopy, mô hình dâu tây.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dày sừng ánh sáng (actinic keratosis – AK) là tổn thương tăng sinh bất thường của tế bào sừng thượng bì, xuất hiện trên nền da bị tổn thương do tiếp xúc mạn tính với tia tử ngoại, và được coi là giai đoạn sớm của ung thư biểu mô tế bào vảy tại chỗ, mặc dù hiếm khi dày sừng ánh sáng tiến triển thành ung thư biểu mô tế bào vảy xâm lấn. AK là một trong những lý do phổ biến nhất khiến bệnh nhân đến khám chuyên khoa da liễu tại nhiều quốc gia ở châu Âu, với tỷ lệ mắc có thể lên tới trên 40–50% ở nhóm > 60 tuổi.^{1,2} Các yếu tố nguy cơ bao gồm tuổi cao, tuýp da sáng màu, phơi nhiễm tia UV kéo dài, suy giảm miễn dịch và tiền sử mắc dày sừng ánh sáng hoặc ung thư da.^{1,2} Việc phát triển các kỹ thuật không xâm lấn như Dermoscopy đã được ứng dụng trong nhiều năm gần đây giúp ích rất nhiều trong việc chẩn đoán AK cũng như theo dõi những thay đổi của thương tổn theo thời gian. Đây là phương pháp giúp phóng đại các tổn thương da từ 10-70 lần, cho phép tăng khả năng chẩn đoán so với quan sát đơn thuần bằng mắt thường. Các nghiên cứu kinh điển của

Zalaudek và cộng sự mô tả ở AK thể thông thường vùng mặt có bốn dấu hiệu dermoscopy chủ yếu: Mô hình giả mạng lưới bao quanh các nang lông, vảy bề mặt trắng–vàng, mạch máu mảnh uốn lượn quanh nang lông, nút sừng vàng trong lỗ nang lông bao quanh bởi quầng trắng quanh nang, kết hợp tạo nên “mô hình dâu tây” đặc trưng.^{3,4,5,6} Tại Việt Nam, AK có xu hướng gia tăng cùng với sự già hóa dân số và lối sống tăng phơi nhiễm ánh sáng mặt trời, nhưng nghiên cứu hệ thống về đặc điểm lâm sàng và đặc biệt là hình ảnh dermoscopy còn rất hạn chế. Việc mô tả chi tiết các đặc điểm này trong bối cảnh bệnh nhân Việt Nam có môi trường bức xạ UV khác với các quốc gia Âu–Mỹ có ý nghĩa thiết thực trong thực hành chẩn đoán và theo dõi. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh dermoscopy của AK ở bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

*Tác giả liên hệ

Email: nguyentlinh241ykv@gmail.com Điện thoại: (+84) 334.633.444 <https://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4710>

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng là dày sừng ánh sáng đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 8/2024 đến tháng 8/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

- Tổn thương lâm sàng hướng tới dày sừng ánh sáng
- Được thực hiện chụp trên dermoscopy.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Tổn thương chảy máu, các tổn thương chồng lấp không điển hình.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Chọn mẫu và cỡ mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Tổng cộng có 57 bệnh nhân với 105 tổn thương AK được đưa vào phân tích.

2.2.3. Quy trình nghiên cứu

- Khai thác thông tin hành chính (tuổi, giới, nghề nghiệp).
- Khám toàn thân ghi nhận số lượng tổn thương AK, vị trí (đầu–mặt–cổ, thân, tứ chi), mô tả hình thái (dát/sần/mảng; tăng sừng nhẹ, vừa, nặng), diện tích ước tính, triệu chứng cơ năng (ngứa, rát, đau, không triệu chứng).
- Chọn các tổn thương dày sừng ánh sáng điển hình trên từng bệnh nhân để chụp dermoscopy bằng hệ thống Fotofinder Medicam 1000HD (Fotofinder, CHLB Đức) tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Da liễu Trung ương.
- Đánh giá hình ảnh dermoscopy bởi bác sĩ được đào tạo về dermoscopy, dựa trên các tiêu chí đã mô tả trong y văn: mô hình “dấu tây”, mô hình giả mạng lưới, nút sừng quanh nang, cấu trúc vòng–hạt, vùng không cấu trúc, dạng mạch máu (chấm, cầu thận, kẹp tóc, cây, mạch tuyến tính – không đều, mạch đa hình thái), dấu hoa thị (rosette), vảy bề mặt, dấu hiệu loét/xói mòn...⁴⁻⁶

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê (SPSS hoặc tương đương).

Biến định lượng được mô tả bằng trung bình ± độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất–lớn nhất.

Biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ %.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thông qua bởi Trường Đại học Y Hà Nội, được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức về nghiên cứu y sinh của Bệnh viện Da Liễu Trung Ương theo quyết định số 46/HDDD-BVDLTW, ngày 20 tháng 11 năm 2024.

Bệnh nhân được giải thích mục tiêu, quy trình nghiên cứu và ký cam kết tham gia. Thông tin bệnh nhân được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu, nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị.

3. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung (n=57)

Đặc điểm chung		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nữ	39	68,4
	Nam	18	31,6
Tuổi	≤ 60	12	21,1
	>60	45	78,9
	Trung bình	71,9 ± 13,9 (30-94)	

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 71,9; khoảng ¾ nhóm nghiên cứu có độ tuổi >60; tuổi cao nhất là 94. Tỷ lệ nam/nữ của nhóm nghiên cứu ~1/2.

Bảng 2. Vị trí và số lượng tổn thương

Vị trí	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đầu, mặt	Da đầu(hói)	0	0
	Trán	8	7,6
	Thái dương	6	5,7
	Má trái	33	31,4
	Má phải	36	34,3
	Mũi	14	13,3
	Cằm	0	0
	Tai	0	0
	Tổng	97	92,4
Cổ, ngực		1	1,0
Mu bàn tay		1	1,0
Cẳng tay		5	4,8
Cẳng chân		1	1,0
Vị trí khác		0	0
Tổng		105	100,0

Nhận xét: Tổn thương thường xuất hiện ở vị trí đầu-mặt, với 92,4% trường hợp. Trong số đó, chủ yếu là ở 2 má, với tỷ lệ 65,7% trường hợp; tiếp đến là mũi với 13,3%.

Bảng 3. Đặc điểm hình thái tổn thương

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phân bố	Riêng rẽ	103	98,1
	Cụm	2	1,9
Độ dày	Dát phẳng ít tăng sừng	19	18,1
	Tăng sừng vừa, dễ sờ	78	74,3
	Rất dày, tăng sừng rõ	8	7,6
Diện tích trung bình		1,2 ± 0,5	
Nhỏ nhất- lớn nhất		0,5 - 4,0	

Nhận xét: Tổn thương phân bố với hình thái riêng rẽ ở đại đa số trường hợp. Mức độ tăng sừng vừa phải, dễ quan sát và sờ thấy trên lâm sàng với 74,3% trường hợp. Chỉ có 7,6% trường hợp dày sừng nặng. Diện tích trung bình là 1,2cm²; lớn nhất 4,0cm; nhỏ nhất 0,5cm.

Bảng 4. Triệu chứng và thể lâm sàng

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng	Ngứa	55	52,4
	Rát	16	15,2
	Đau	1	1,0
	Không triệu chứng	50	47,6
Thể bệnh	Thông thường	96	91,4
	Sùng da	1	1,0
	Tăng sắc tố	8	7,6

Nhận xét: Đánh giá dựa trên 105 tổn thương được ghi nhận, triệu chứng ngứa khá thường gặp với ~1/2 tổng tổn thương nhóm nghiên cứu. Các triệu chứng rát và đau ghi nhận với tần suất thấp hơn và luôn đi với triệu chứng ngứa. Các tổn thương không triệu chứng chiếm 47,6%. Thể thông thường chiếm hầu hết trường hợp với 91,4%.

Bảng 5. Đặc điểm tổn thương của dày sừng ánh sáng trên dermoscopy

Thể	Phân độ	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thông thường (n=96)	Độ 1	Chỉ có mô hình giả mạng lưới màu đỏ với vảy trắng mỏng, rời rạc	8	8,3
		Mô hình giả mạng lưới là nền đỏ bao quanh các lỗ nang lông trắng	88	91,7
	Độ 2	Lỗ nang lông chứa nút sùng vàng, bao quanh bởi quầng trắng.	89	92,7
		Vảy bề mặt rõ rệt. màu trắng đến vàng	75	78,1
		Mạch máu mảnh, uốn lượn (thẳng hoặc xoắn) bao quanh các nang lông.	83	86,4
		Mô hình dấu tây (+): đầy đủ 4 dấu hiệu trên	75	78,1
	Độ 3	Vùng vàng - trắng không có cấu trúc	13	13,5
AK sắc tố (n=8)	Bề mặt thô ráp, có vảy	8	100,0	
Mạng lưới giả nông hình thành bởi đường nâu ngắn, dày, xen giữa nang lông chứa sùng kích thước không đều		8	100,0	
		8	100,0	
		8	100,0	
Đường đa giác tạo cấu trúc hình thoi		6	75,0	
Mô hình vòng - hạt				
Mạch máu mảnh, quanh các nang.				

Nhận xét: Có 96 tổn thương được xếp loại dày sừng ánh sáng thể thông thường. Trong số các tổn thương này, các đặc điểm hình thái trong nhóm độ 2 (mô hình dấu tây điển

hình) có tỷ lệ cao nhất với 78,1% trường hợp có đầy đủ 4 dấu hiệu là mô hình giả mạng lưới, lỗ nang lông chứa nút sùng vàng, vảy bề mặt trắng đến vàng và mạch máu mảnh, uốn lượn quanh nang lông.

Tất cả 8 trường hợp chẩn đoán dày sừng ánh sáng sắc tố ở nhóm nghiên cứu đều dựa trên đặc điểm “mạng lưới giả nông với các đường nâu ngắn” kết hợp mô hình vòng-hạt. Ngoài ra đặc điểm “thô ráp, có vảy” và “đường đa giác tạo cấu trúc thoi” cũng đi kèm với các tổn thương trên, chỉ có đặc điểm mạch máu mảnh quanh các nang chỉ quan sát ở 6/8 trường hợp.

Bảng 6. Một số đặc điểm hình thái tổn thương khác trên Dermoscopy (n=105)

Phân loại	Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm khác	Loét, trợt, vi xói mòn	1	1,0
	Vùng không có cấu trúc, màu trắng và có khối sùng ở trung tâm	2	1,9
	Vảy bề mặt, sùng hóa	4	3,8
	Dấu hoa thị (rosette sign)	2	1,9
Hình thái mạch máu	Mạch chấm	11	10,5
	Mạch cầu thận	4	3,8
	Mạch kẹp tóc	4	3,8
	Mạch cây	1	1,0
	Mạch tuyến tính - không đều	0	0
	Mạch máu đa hình thái	3	2,9

Nhận xét: Một số hình thái khác thể hiện ở bảng trên dưới hình ảnh dermoscopy trong nhóm nghiên cứu ít gặp, tần suất chủ yếu dưới 5%, ngoại trừ mạch chấm khoảng 10,5%. Mặc dù là các tiêu chí phụ, tuy nhiên cũng rất quan trọng giúp phân loại dày sừng ánh sáng với các bệnh lý khác.

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân dày sừng ánh sáng tại Bệnh viện Da liễu Trung ương chủ yếu là người cao tuổi (tuổi trung bình ~ 72, gần 80% > 60 tuổi), phơi nhiễm ánh sáng mặt trời kéo dài và ít sử dụng biện pháp bảo vệ. Điều này phù hợp với các hướng dẫn quốc tế, trong đó AK được xem là bệnh lý rất thường gặp ở người cao tuổi, da sáng màu, thói quen phơi nắng. Tỷ lệ mắc tăng dần theo tuổi và theo thời gian phơi nhiễm tia UV tích lũy.^{1,2,5} Tỷ lệ nữ/nam trong nghiên cứu ~2/1, cao hơn nam. Mặc dù một số khảo sát cộng đồng ở châu Âu ghi nhận nam giới có AK nhiều hơn nữ (do lao động ngoài trời và hời đầu ở nam giới), nhưng kết quả của chúng tôi lại tương đồng với vài nghiên cứu châu Á. Theo một nghiên cứu hồi cứu trên 2.917 bệnh nhân AK ở Hàn Quốc cho thấy tỉ lệ mắc AK ở nữ là 58,5%.⁷ Sự khác biệt này có thể do hành vi chăm sóc sức khỏe – phụ nữ thường quan tâm tổn thương da sớm hơn vì yếu tố thẩm mỹ, trong khi nam giới có thể ít đi khám hơn cho đến khi tổn thương trầm trọng. Ngoài ra, tuổi thọ nữ giới cao hơn và họ chiếm tỷ lệ lớn ở nhóm rất cao tuổi cũng góp phần tăng số nữ mắc AK.⁷

Tổn thương AK trong nghiên cứu chủ yếu khu trú vùng đầu-mặt, đặc biệt vùng má và mũi, phù hợp với phân bố kinh

diễn trên các vùng da phơi nắng mạn tính như da đầu hói, trán, tai, má, mũi và mu tay.^{1,2,8} Đa số tổn thương thuộc phân độ lâm sàng trung bình (độ 2), chỉ một tỷ lệ nhỏ là tổn thương rất dày (độ 3). Điều này gợi ý bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn tương đối sớm – trung gian, trong đó điều trị tại chỗ hoặc điều trị trường tồn thương (field therapy) có thể đạt hiệu quả tốt.^{1,2}

Gần một nửa bệnh nhân không có triệu chứng cơ năng, chỉ phát hiện tổn thương khi khám da toàn thân hoặc tình cờ sờ thấy vùng da thô ráp. Đây là đặc điểm đã được các guideline nhấn mạnh: nhiều tổn thương AK không đau, không ngứa, dễ bị bỏ qua, đặc biệt ở người cao tuổi có nhiều bệnh kèm.^{1,2} Kết quả cho thấy thói quen khám da có hệ thống vẫn chưa phổ biến, làm tăng nguy cơ bỏ sót tổn thương tiền ung thư.

Các dấu hiệu dermoscopy chủ đạo của AK thể thông thường trong nghiên cứu gồm: Nền hồng dạng giả mạng lưới bao quanh các nang lông (91,7%). Nút sừng vàng trong lỗ nang lông, quầng trắng quanh nang (92,7%). Vảy bề mặt trắng-vàng (78,1%). Mạch máu mảnh, uốn lượn quanh nang (86,4%). Tỷ lệ này rất gần với mô tả của Zalaudek và cộng sự trên 41 AK thể thông thường vùng mặt: hồng ban dạng giả mạng lưới ở 95%, vảy trắng-vàng 85%, mạch máu dạng tuyến tính – uốn lượn quanh nang 81% và nút sừng/halo quanh nang 66–100%, tạo nên “mô hình dâu tây”.⁸ Những số liệu này cũng tương đồng với nghiên cứu xác nhận giá trị chẩn đoán của dermoscopy trong AK của HuertaBrogeras, trong đó sự kết hợp giữa hồng ban dạng giả mạng lưới và dấu hiệu nang lông có nút sừng/halo cho độ nhạy 95,6% và độ đặc hiệu 95,0%.⁹

Như vậy, kết quả nghiên cứu củng cố nhận định rằng “mô hình dâu tây” là “chữ ký” dermoscopy của AK thể thông thường vùng mặt và là dấu hiệu có giá trị chẩn đoán cao.^{8,9} Việc phát hiện sớm các tổn thương có mô hình này ở bệnh nhân cao tuổi, phơi nắng nhiều là rất quan trọng, đặc biệt trong bối cảnh lâm sàng khó phân biệt với tổn thương khác như lentigo ánh sáng, lichenoid keratosis hay Bowen giai đoạn sớm.^{6,8}

Trong 8 tổn thương AK sắc tố, chúng tôi ghi nhận các dấu hiệu: Mạng lưới giả nông với các đường nâu ngắn, dày, bao quanh các nang lông. Đường đa giác/hình thoi (rhomboid structures). Mô hình vòng-hạt với các chấm/hạt xám-nâu quanh nang lông. Bề mặt thô ráp, có vảy. Các đặc điểm này phù hợp với mô tả của Ciudad và cộng sự, trong đó AK sắc tố trên mặt thường biểu hiện hạt xám-nâu quanh nang với phân bố vòng-hạt đồng đều, các cấu trúc đa giác và giả mạng lưới sắc tố, trong khi không có các lỗ nang sắc tố bất đối xứng như lentigo maligna.¹⁰ Tuy nhiên pA rất ít gặp, dữ liệu còn hạn chế, khó phân biệt với lentigo ác tính, do vậy chúng tôi vẫn khuyến nghị nên làm sinh thiết da để phân biệt lại trong những trường hợp này.^{10,11}

5. KẾT LUẬN

Dày sừng ánh sáng gặp chủ yếu ở người cao tuổi, phơi nhiễm ánh sáng mặt trời kéo dài, tổn thương tập trung chủ yếu vùng đầu-mặt. Trên hình ảnh dermoscopy với “mô hình dâu tây” ở AK thể thông thường vùng mặt là dấu hiệu đặc trưng.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Eisen DB, Asgari MM, Bennett DD, et al. Guidelines of care for the management of actinic keratosis: Executive summary. *J Am Acad Dermatol.* 2021;85(4):945-955. doi:10.1016/j.jaad.2021.05.056
- [2] Kandolf L, Peris K, Malvey J, et al. European consensus-based interdisciplinary guideline for diagnosis, treatment and prevention of actinic keratoses, epithelial UV-induced dysplasia and field cancerization on behalf of European Association of Dermato-Oncology, European Dermatology Forum, European Academy of Dermatology and Venereology and Union of Medical Specialists (Union Européenne des Médecins Spécialistes). *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2024;38(6):1024-1047. doi:10.1111/jdv.19897
- [3] Jemec GBE, Soyer HP, Prow TW. *Actinic Keratosis.* Karger Medical and Scientific Publishers; 2014.
- [4] Zalaudek I, Giacomel J, Argenziano G, et al. Dermoscopy of facial nonpigmented actinic keratosis. *Br J Dermatol.* 2006;155(5):951-956. doi:10.1111/j.1365-2133.2006.07426.x
- [5] Casari A, Chester J, Pellacani G. Actinic Keratosis and Non-Invasive Diagnostic Techniques: An Update. *Biomedicines.* 2018;6(1):8. doi:10.3390/biomedicines6010008
- [6] Li X, Sun J, Zhang H, Zhang C, Li W. Dermoscopy and Pathological Correlation in Different Grades of Actinic Keratosis and Squamous Cell Carcinoma. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2025;18:1359-1373. doi:10.2147/CCID.S521416
- [7] Park HS, Baek DJ, Kim YC, Choi JW. High Risk of Non-Melanoma Skin Cancer in Actinic Keratosis Patients with Skin of Color: A Nationwide Register-Based Cohort Study. *Dermatology.* 2024;240(5-6):859-863. doi:10.1159/000539878
- [8] Zalaudek I, Giacomel J, Schmid K, et al. Dermatoscopy of facial actinic keratosis, intraepidermal carcinoma, and invasive squamous cell carcinoma: A progression model. *J Am Acad Dermatol.* 2012;66(4):589-597. doi:10.1016/j.jaad.2011.02.011
- [9] Huerta-Brogeras M, Olmos O, Borbujo J, et al. Validation of Dermoscopy as a Real-time Noninvasive Diagnostic Imaging Technique for Actinic Keratosis. *Arch Dermatol.* 2012;148(10):1159-1164. doi:10.1001/archdermatol.2012.1060
- [10] Ciudad C, Avilés JA, Suárez R, Lázaro P. Diagnostic Utility of Dermoscopy in Pigmented Actinic Keratosis. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2011;102(8):623-626. doi:10.1016/j.adengl.2010.11.001
- [11] Sgouros D, Theofili M, Zafeiropoulou T, et al. Dermoscopy of Actinic Keratosis: Is There a True Differentiation between Non-Pigmented and Pigmented Lesions? *J Clin Med.* 2023;12(3). doi:10.3390/jcm12031063