Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 12, 297-301

CLINICAL AND HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND SELECTED TREATMENT OUTCOMES OF MALIGNANT OCULAR SURFACE TUMORS IN 206 PATIENTS AT VIETNAM NATIONAL EYE HOSPITAL

Nguyen Thi Phuong Thao[1*], Tran Khanh Sam[2],
Tran Thi Thanh Huong[1], Do Tuyet Nhung[2], Tran Thi Huong Tra[2]

[1]Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam
[2]Vietnam National Eye Hospital - 85 Ba Trieu Street, Hai Ba Trung Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 18/06/2026
Revised: 26/07/2026; Accepted: 04/08/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and histopathological characteristics and selected treatment outcomes of three groups of malignant ocular surface tumors at Vietnam National Eye Hospital.

Methods: This retrospective descriptive study with longitudinal follow-up included 206 patients with histopathologically confirmed squamous cell carcinoma, malignant melanoma, or conjunctival lymphoma who were treated at Vietnam National Eye Hospital between 2014 and 2023.

Results: Squamous cell carcinoma was diagnosed in 129 patients (62.6%); corneal invasion occurred in 52.7%, orbital exenteration was performed in 8.5%, and suspected tumor-related death was recorded in 1.6%. Malignant melanoma was predominantly of the epithelioid cell type (57.9%), with a median follow-up of 44 months, an orbital exenteration rate of 31.6%, and a tumor-related or suspected tumor-related mortality rate of 44.7%. Most conjunctival lymphomas were low-grade tumors (74.4%); the median follow-up was 46 months, and mortality related to malignant lymphohematologic disease was 10.3%.

Conclusion: Squamous cell carcinoma was the most common tumor group. Malignant melanoma was associated with high rates of orbital exenteration and tumor-related or suspected tumor-related mortality, whereas conjunctival lymphoma should be evaluated in the context of systemic lymphohematologic disease.

Keywords: Malignant ocular surface tumor; squamous cell carcinoma; conjunctival melanoma; conjunctival lymphoma; orbital exenteration.

*Corresponding author
Email: nguyenthiphuongthao@hmu.edu.vn **Phone**: (+84) 943000118 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6278

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, MÔ BỆNH HỌC VÀ MỘT SỐ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA 206 BỆNH NHÂN THUỘC BA NHÓM U ÁC TÍNH BỀ MẶT NHÃN CẦU TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Phương Thảo[1*], Trần Khánh Sâm[2],
Trần Thị Thanh Hương[1], Đỗ Tuyết Nhung[2], Trần Thị Hương Trà[2]

[1]Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam
[2]Bệnh viện Mắt Trung ương - 85 Phố Bà Triệu, P. Hai Bà Trưng, Tp.Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 18/06/2026
Ngày sửa: 26/07/2026; Ngày đăng: 04/08/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và một số kết quả điều trị của ba nhóm u ác tính bề mặt nhãn cầu tại Bệnh viện Mắt Trung ương.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc trên 206 bệnh nhân được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là ung thư biểu mô tế bào vảy, u hắc tố ác tính hoặc u lympho kết mạc, điều trị tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ 2014 đến 2023.

Kết quả: 129 bệnh nhân (62,6%) ung thư biểu mô tế bào vảy; xâm lấn giác mạc 52,7%, nạo vét tổ chức hốc mắt 8,5% và tử vong nghi liên quan khối u 1,6%. U hắc tố ác tính chủ yếu là dạng tế bào biểu mô (57,9%), thời gian theo dõi trung vị 44 tháng, tỷ lệ nạo vét tổ chức hốc mắt 31,6% và tử vong liên quan hoặc nghi liên quan khối u 44,7%. U lympho kết mạc phần lớn độ ác tính thấp (74,4%); thời gian theo dõi trung vị 46 tháng và tử vong liên quan bệnh lý lympho-huyết học ác tính là 10,3%.

Kết luận: Ung thư biểu mô tế bào vảy là nhóm thường gặp nhất. U hắc tố ác tính có tỷ lệ nạo vét tổ chức hốc mắt và tử vong liên quan khối u cao; u lympho kết mạc cần được đánh giá trong bối cảnh bệnh lý lympho–huyết học toàn thân.

Từ khóa: U ác tính bề mặt nhãn cầu; ung thư biểu mô tế bào vảy; u hắc tố ác tính; u lympho kết mạc; nạo vét tổ chức hốc mắt.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U ác tính bề mặt nhãn cầu là nhóm bệnh hiếm gặp, bao gồm nhiều loại mô bệnh học khác nhau, trong đó ung thư biểu mô tế bào vảy, u hắc tố ác tính và u lympho kết mạc là ba nhóm quan trọng. Các nhóm u này khác nhau về đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, phương pháp điều trị và tiên lượng.

Trên thế giới đã có một số nghiên cứu tại châu Âu và Hoa Kỳ về tân sản biểu mô vảy bề mặt nhãn cầu, u hắc tố ác tính kết mạc và u lympho kết mạc [1-3]. Tại châu Á, số lượng nghiên cứu về u ác tính bề mặt nhãn cầu còn ít, có thể liên quan đến tính chất hiếm gặp của các loại u này. Goto và cộng sự đã mô tả đặc điểm, điều trị và tiên lượng của các u ác tính kết mạc nguyên phát tại một bệnh viện tuyến cuối ở Nhật Bản [4]. Tại Việt Nam, số liệu còn hạn chế, mới chỉ có một số ít nghiên cứu hoặc báo cáo riêng lẻ về từng nhóm u, với số lượng bệnh nhân thấp [5].

Nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và một số kết quả điều trị của ba nhóm u ác tính bề mặt nhãn cầu tại Bệnh viện Mắt Trung ương.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 206 bệnh nhân được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là ung thư biểu mô tế bào vảy, u hắc tố ác tính hoặc u lympho kết mạc, được khám và điều trị tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 01/2014 đến tháng 12/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn gồm bệnh nhân có tổn thương tại kết mạc, giác mạc, vùng rìa hoặc cục lệ; được phẫu thuật hoặc sinh thiết; có chẩn đoán mô bệnh học xác định thuộc một trong ba nhóm u; có thông tin điều trị ban đầu và theo dõi. Loại trừ hồ sơ thiếu dữ liệu chính, không xác định được chẩn đoán sau cùng hoặc không có thông tin sau lần điều trị đầu tiên.

Mỗi bệnh nhân được tính một lần, kể cả khi có tổn thương hai mắt, nhiều vị trí, tái phát hoặc trải qua nhiều lần phẫu thuật; các đặc điểm này được ghi nhận thành các biến riêng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc, lấy toàn bộ bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Danh sách bệnh nhân được xác định từ kết quả mô bệnh học và đối chiếu với hồ sơ bệnh án. Số liệu được thu thập từ hồ sơ, kết quả mô bệnh học, các lần khám và điều trị, khám lại trực tiếp và phỏng vấn bổ sung qua điện thoại khi cần.

Các biến số gồm tuổi, giới, loại u, vị trí, đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học, số lần phẫu thuật, nạo vét tổ chức hốc mắt, thời gian theo dõi, tái phát, di căn và tình trạng sống còn. Phẫu thuật từ hai lần trở lên được xác định khi bệnh nhân trải qua ít nhất hai lần phẫu thuật liên quan khối u trong thời gian theo dõi.

Chẩn đoán mô bệnh học được xác định trên bệnh phẩm phẫu thuật hoặc sinh thiết và đọc bởi bác sĩ giải phẫu bệnh có kinh nghiệm về bệnh lý mắt. Trường hợp khó được hội

*Tác giả liên hệ
Email: nguyenthiphuongthao@hmu.edu.vn **Điện thoại**: (+84) 943000118 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD12.6278

chẩn tại Bệnh viện K Trung ương; hóa mô miễn dịch được thực hiện khi có chỉ định. Kết quả được ghi nhận theo kết luận tại thời điểm điều trị; các tiêu bản không được đọc lại đồng loạt hoặc tái phân loại theo một phiên bản WHO thống nhất.

Thời điểm chẩn đoán là ngày đầu tiên có kết quả mô bệnh học khẳng định u ác tính. Thời gian theo dõi được tính từ thời điểm này đến khi tử vong hoặc lần cuối có thông tin qua hồ sơ, khám, điều trị, phẫu thuật hay phỏng vấn bổ sung.

Thông tin di căn được xác định từ hồ sơ bệnh án, tài liệu của cơ sở y tế khác, giấy tờ do bệnh nhân hoặc người nhà cung cấp và phỏng vấn bổ sung.

Thời điểm và nguyên nhân tử vong được xác định từ hồ sơ, giấy tờ y tế và thông tin người nhà. Tử vong liên quan bệnh được xác định khi bệnh nhân có bệnh tiến triển hoặc di căn trước tử vong; trường hợp diễn biến phù hợp nhưng thiếu tài liệu xác minh được phân loại là nghi liên quan bệnh.

2.3. Xử lý số liệu

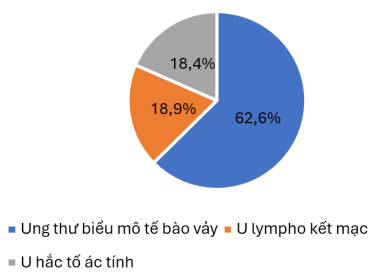
Số liệu được nhập bằng Microsoft Excel và phân tích bằng SPSS 20.0. Biến định lượng được trình bày bằng trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng giá trị; biến định tính bằng số lượng và tỷ lệ phần trăm. Nghiên cứu chỉ thực hiện phân tích mô tả; tỷ lệ tử vong phản ánh tình trạng tại thời điểm theo dõi cuối cùng, không phải nguy cơ tử vong theo thời gian.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Hà Nội thông qua theo Giấy chứng nhận số 1309/GCN-HMUIRB ngày 08/05/2024. Thông tin bệnh nhân được bảo mật.

3. KẾT QUẢ

Trong 206 bệnh nhân, ung thư biểu mô tế bào vảy có 129 trường hợp (62,6%), u lympho kết mạc 39 trường hợp (18,9%) và u hắc tố ác tính 38 trường hợp (18,4%) (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1. Phân bố các loại u ác tính bề mặt nhãn cầu trong nghiên cứu

3.1. Ung thư biểu mô tế bào vảy

Nhóm ung thư biểu mô tế bào vảy có tuổi trung bình 66,0 ± 15,4; nam giới chiếm 62,8%. Xâm lấn giác mạc gặp ở 52,7%, nạo vét tổ chức hốc mắt ở 8,5% và tử vong nghi liên quan khối u ở 1,6% (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và một số kết quả điều trị của nhóm ung thư biểu mô tế bào vảy

Đặc điểm	n	%
Tổng số bệnh nhân	129	100,0
Tuổi trung bình ± SD, năm	66,0 ± 15,4	
Nam	81	62,8
Nữ	48	37,2
Vị trí tổn thương chính		
Rìa trong	51	39,5
Rìa ngoài	30	23,3
Rìa trên	10	7,8
Rìa dưới	4	3,1
Lan rộng ≥8 cung giờ	23	17,8
Mi, cùng đồ	9	7,0
Cục lệ/góc trong	2	1,6
Xâm lấn giác mạc	68	52,7
Số lần phẫu thuật		
1 lần	93	72,1
≥2 lần	36	27,9
Nạo vét tổ chức hốc mắt	11	8,5
Thời gian theo dõi, tháng		
Trung vị (IQR)	61,0 (34,0–91,5)	
Khoảng	3–140	
Tử vong nghi liên quan khối u	2	1,6

Vị trí tổn thương chính được xác định theo vị trí ban đầu hoặc vị trí chiếm ưu thế ghi nhận tại thời điểm chẩn đoán; xâm lấn giác mạc được ghi nhận riêng như một đặc điểm lan rộng của tổn thương. SD: độ lệch chuẩn; IQR: khoảng tứ phân vị.

3.2. U hắc tố ác tính

Nhóm u hắc tố ác tính có tuổi trung bình 59,1 ± 15,0; nữ giới chiếm 52,6%. Dạng tế bào biểu mô chiếm 57,9%; nạo vét tổ chức hốc mắt được thực hiện ở 31,6% và tử vong liên quan hoặc nghi liên quan khối u ở 44,7% (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và một số kết quả điều trị của nhóm u hắc tố ác tính

Đặc điểm	n	%
Tổng số bệnh nhân	38	100,0
Tuổi trung bình ± SD, năm	59,1 ± 15,0	
Khoảng tuổi, năm	32–93	
Nam	18	47,4
Nữ	20	52,6
Vị trí tổn thương chính		
Kết mạc nhãn cầu	10	26,3
Kết mạc mi	10	26,3
Rìa	7	18,4
Cùng đồ	7	18,4
Cục lệ/góc trong	4	10,5

Đặc điểm	n	%
Dạng tế bào u		
Tế bào dạng biểu mô	22	57,9
Hỗn hợp	9	23,7
Tế bào hình thoi	5	13,2
Không xác định	2	5,3
Số lần phẫu thuật		
1 lần	15	39,5
≥2 lần	23	60,5
Nạo vét tổ chức hốc mắt	12	31,6
Thời gian theo dõi, tháng		
Trung vị (IQR)	44,0 (28,5–76,3)	
Khoảng	6–127	
Tình trạng tử vong tại thời điểm ghi nhận cuối cùng		
Tử vong do mọi nguyên nhân	19	50,0
Liên quan u hắc tố	16	42,1
Nghi liên quan u hắc tố*	1	2,6
Do nguyên nhân khác	2	5,3

** Trường hợp nghi liên quan do bệnh nhân đồng thời có một ung thư nguyên phát thứ hai, nên không thể xác định chắc chắn nguyên nhân tử vong. SD: độ lệch chuẩn; IQR: khoảng tứ phân vị.*

3.3. U lympho kết mạc

Nhóm u lympho kết mạc có tuổi trung bình 49,9 ± 18,5; nam giới chiếm 59,0%. Nhóm độ ác tính thấp chiếm 74,4%; 17,9% được hóa trị toàn thân. Thời gian theo dõi trung vị là 46,0 tháng. Tại thời điểm cuối cùng, 20,5% tử vong do mọi nguyên nhân, trong đó 10,3% liên quan bệnh lý lympho–huyết học ác tính (Bảng 3).

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và một số kết quả điều trị của nhóm u lympho kết mạc

Đặc điểm	n	%
Tổng số bệnh nhân	39	100,0
Tuổi trung bình ± SD, năm	49,9 ± 18,5	
Khoảng tuổi, năm	19–84	
Nam	23	59,0
Nữ	16	41,0
Tổn thương một mắt	34	87,2
Tổn thương hai mắt	5	12,8
Bệnh lý huyết học ác tính toàn thân cùng đợt	2	5,1
Ung thư thứ hai	1	2,6
Phân nhóm mô bệnh học theo kết luận tại thời điểm chẩn đoán		
Độ ác tính thấp	29	74,4
Độ ác tính trung bình–cao	8	20,5
Không phân loại	2	5,1
Can thiệp tại mắt ban đầu		
Cắt bỏ toàn bộ tổn thương	35	89,7
Sinh thiết chẩn đoán	4	10,3
Ghi nhận có hóa trị toàn thân	7	17,9
Thời gian theo dõi, tháng		
Trung vị (IQR)	46,0 (34,0–94,0)	
Khoảng	6–141	
Tử vong do mọi nguyên nhân	8	20,5
Tử vong liên quan bệnh lý lympho–huyết học ác tính	4	10,3

Phân nhóm mô bệnh học được ghi nhận theo kết luận tại thời điểm chẩn đoán. SD: độ lệch chuẩn; IQR: khoảng tứ phân vị.

4. BÀN LUẬN

Ung thư biểu mô tế bào vảy là nhóm được ghi nhận nhiều nhất trong nghiên cứu. Kết quả này khác báo cáo của Goto, trong đó u lympho đứng đầu, nhưng tương đồng với nhiều nghiên cứu tại châu Âu và Hoa Kỳ, nơi các u nguồn gốc biểu mô thường gặp hơn [1-4]. Sự khác biệt có thể liên quan đến quần thể, tiêu chuẩn lựa chọn và mô hình chuyển tuyến. Vì nghiên cứu thực hiện tại bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối, phân bố này không đại diện cho tỷ lệ mắc trong cộng đồng.

Ở nhóm ung thư biểu mô tế bào vảy, tuổi trung bình 66,0 và nam chiếm ưu thế 62,8%, phù hợp với các nghiên cứu trước đó [1,4,6,7]. Đặc điểm này có thể liên quan đến phơi nhiễm tia cực tím kéo dài ở người lớn tuổi và nam giới hoạt động ngoài trời nhiều.

Nạo vét tổ chức hốc mắt được thực hiện ở 8,5% trường hợp, tương đương Goto và Rajeh [4,6]. Điều này cho thấy đa số bệnh nhân có thể được điều trị theo hướng bảo tồn, nhưng một nhóm tiến triển tại chỗ vẫn cần can thiệp triệt để. Hai bệnh nhân (1,6%) tử vong nghi liên quan khối u đều có bệnh tiến triển và không tiếp tục điều trị triệt để một do già yếu, một do bệnh nhân nhiễm HIV. Điều này phù hợp với nhận định rằng ung thư biểu mô tế bào vảy bề mặt nhãn cầu chủ yếu gây gánh nặng tại chỗ, trong khi tử vong trực tiếp do bệnh tương đối thấp [4].

Ở nhóm u hắc tố ác tính, tuổi trung bình 59,1 và tỷ lệ nam: nữ xấp xỉ 1:1, tương đồng với các nghiên cứu của Shields, Jain và Kaliki [2,8,9]. Tổn thương thường gặp ở kết mạc nhãn cầu và kết mạc mi; một số trường hợp ở cùng đồ hoặc cục lệ/góc trong, là các vị trí khó quan sát và khó phẫu thuật bảo tồn. Dạng tế bào biểu mô chiếm tỷ lệ cao nhất.

U hắc tố ác tính là nhóm có kết quả điều trị nặng nề trong nghiên cứu. Có 31,6% trường hợp phải nạo vét tổ chức hốc mắt và 60,5% phải phẫu thuật từ hai lần trở lên. Tỷ lệ nạo vét tổ chức hốc mắt trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Shields trên 382 trường hợp, trong đó khoảng 13% bệnh nhân phải nạo vét tổ chức hốc

mắt [2]. Ngược lại, kết quả của chúng tôi gần với Kaliki tại Ấn Độ, với 29% nạo vét hốc mắt trên 42 bệnh nhân [9]. Điều này cho thấy một phần đáng kể bệnh nhân u hắc tố ác tính trong nghiên cứu có bệnh tiến triển tại chỗ nặng hoặc vị trí tổn thương khó kiểm soát bằng phẫu thuật bảo tồn. Việc phải phẫu thuật nhiều lần thường liên quan đến tổn thương tồn lưu, bờ cắt chưa sạch, tái phát hoặc lan rộng của khối u, qua đó phản ánh mức độ phức tạp và khó kiểm soát của bệnh. Tuy nhiên, do nghiên cứu hồi cứu chưa phân loại đầy đủ nguyên nhân cụ thể của từng lần phẫu thuật, mối liên quan này cần được diễn giải thận trọng.

Tại thời điểm theo dõi cuối cùng, 17/38 bệnh nhân u hắc tố ác tính tử vong liên quan hoặc nghi liên quan tới u (44,7%). Đây là tỷ lệ cao nhất trong ba nhóm u được khảo sát, so với 10,3% ở nhóm u lympho kết mạc và 1,6% ở nhóm ung thư biểu mô tế bào vảy. Các tỷ lệ trên được xác định tại thời điểm ghi nhận cuối cùng và không phải là ước tính xác suất tử vong theo thời gian.

Ở nhóm u lympho kết mạc, tuổi trung bình 49,9 thấp hơn một số nghiên cứu quốc tế lớn như Shields và Kirkegaard [3,10]; Nam giới chiếm 59,0% trong nghiên cứu của, kết quả này khác với một số nghiên cứu về u lympho kết mạc ghi nhận ưu thế nữ, như nghiên cứu của Goto và nghiên cứu đa trung tâm của Kirkegaard [4,10]. Tổn thương hai mắt gặp ở 12,8% trường hợp. Mặc dù phần lớn bệnh nhân biểu hiện một mắt, u lympho kết mạc vẫn cần được đánh giá và theo dõi cả hai mắt, đồng thời cần tầm soát bệnh lý lympho-huyết học toàn thân.

Nhóm độ ác tính thấp chiếm tỷ lệ cao nhất, phù hợp với các nghiên cứu trước [3,10]. Tuy nhiên, hệ thống phân loại thay đổi trong thời gian nghiên cứu và một số bệnh phẩm thiếu hóa mô miễn dịch, nên chưa thể tái phân loại đầy đủ theo WHO hiện hành.

Có 7 bệnh nhân được hóa trị toàn thân và không có bệnh nhân xạ trị, nhưng thông tin điều trị tại các cơ sở huyết học–ung bướu chưa đầy đủ. Trong 8 trường hợp tử vong do mọi nguyên nhân, 4 trường hợp (10,3%) liên quan bệnh lý lympho–huyết học ác tính. Vì vậy, kết cục này cần được đặt trong bối cảnh bệnh toàn thân, không nên hiểu đơn thuần là tử vong do tổn thương kết mạc.

Điểm mạnh và hạn chế của nghiên cứu

Điểm mạnh của nghiên cứu là thời gian thu thập 10 năm tại một bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối và số lượng bệnh nhân tương đối lớn đối với các bệnh hiếm gặp, qua đó cung cấp dữ liệu về ba nhóm u ác tính bề mặt nhãn cầu tại Việt Nam.

Nghiên cứu có các hạn chế của thiết kế hồi cứu, gồm mức độ đầy đủ và đồng nhất của dữ liệu, đặc biệt đối với di căn, nguyên nhân tử vong, phân loại u lympho và điều trị tại các cơ sở huyết học–ung bướu. Một số nguyên nhân tử vong chỉ có thể phân loại là nghi liên quan bệnh. Nghiên cứu tại bệnh viện tuyến cuối cũng có thể chịu ảnh hưởng của mô hình chuyển tuyến và không đại diện cho cộng đồng. Đối với u lympho kết mạc, hệ thống phân loại mô bệnh học không hoàn toàn đồng nhất do một số trường hợp được phân loại theo Working Formulation, trong khi các trường hợp về sau áp dụng hệ thống phân loại mới hơn.

Do mục tiêu chỉ mô tả một số kết quả điều trị được lựa chọn, nghiên cứu chưa phân tích sâu bờ cắt, điều trị bổ trợ, tái phát, di căn, sống còn theo thời gian và các yếu tố tiên lượng. Các kết cục tử vong được trình bày dưới dạng tỷ lệ thô tại thời điểm theo dõi cuối cùng. Những nội dung chuyên sâu sẽ được trình bày trong các bài báo riêng, với mục tiêu và nội dung phân tích khác nhau, đồng thời không lặp lại các kết quả chính của bài báo này.

5. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô tế bào vảy là nhóm có số lượng bệnh nhân lớn nhất. U hắc tố ác tính có tỷ lệ nạo vét tổ chức hốc mắt và tử vong liên quan hoặc nghi liên quan khối u cao trong loạt ca nghiên cứu; u lympho kết mạc cần được đánh giá và quản lý trong bối cảnh bệnh lý lympho–huyết học toàn thân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] McKelvie PA, Daniell M, McNab A, Loughnan MS, Santamaria JD. Squamous cell carcinoma of the conjunctiva: a series of 26 cases. Br J Ophthalmol. 2002;86(2):168-173. doi:10.1136/bjo.86.2.168.

[2] Shields CL, Kaliki S, Al-Dahmash S, Lally SE, Shields JA. Conjunctival melanoma: outcomes based on tumor origin in 382 consecutive cases. Ophthalmology. 2011;118(2):389-395.e1-e2.

[3] Shields CL, Shields JA, Carvalho C, Rundle P, Smith AF. Conjunctival lymphoid tumors: clinical analysis of 117 cases and relationship to systemic lymphoma. Ophthalmology. 2001;108(5):979-984.

[4] Goto H, Asakage M, Niidime E, Yamakawa N, Komatsu H, Tsubota K, et al. Demographics, clinical features and prognosis of patients with primary malignant conjunctival tumors at a tertiary hospital in Japan. Jpn J Ophthalmol. 2025;69:316-325. doi:10.1007/s10384-025-01165-8.

[5] Nguyễn Thu Thủy. Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị u biểu mô bề mặt nhãn cầu. Luận án tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2012.

[6] Rajeh A, Barakat F, Khurma S, AlRawashdeh K, Ababneh OH, AlNawaiseh I, et al. Characteristics, management, and outcome of squamous carcinoma of the conjunctiva in a single tertiary cancer center in Jordan. Int J Ophthalmol. 2018;11(7):1132-1138. doi:10.18240/ijo.2018.07.10.

[7] Tananuvat N, Niparugs M, Wiwatwongwana D, Lertprasertsuk N, Mahanupab P. Ocular surface squamous neoplasia in Northern Thailand: a 16-year review. BMC Ophthalmol. 2022;22:121. doi:10.1186/s12886-022-02340-y.

[8] Jain P, Finger PT, Fili M, et al. Conjunctival melanoma treatment outcomes in 288 patients: a multicentre international data-sharing study. Br J Ophthalmol. 2021;105(10):1358-1364. doi:10.1136/bjophthalmol-2020-316293.

[9] Kaliki S, Vasanthapuram VH, Mishra DK, et al. Conjunctival melanoma in Asian Indians: a study of 42 patients. Semin Ophthalmol. 2019;34(6):376-384. doi:10.1080/08820538.2019.1620793.

[10] Kirkegaard MM, Rasmussen PK, Coupland SE, Esmaeli B, Finger PT, Graue GF, et al. Conjunctival lymphoma: an international multicenter retrospective study. JAMA Ophthalmol. 2016;134(4):406-414. doi:10.1001/jamaophthalmol.2015.6122.