

triển và phòng ngừa biến chứng mạn ĐTĐ, đặc biệt là BTKNB.

V. KẾT LUẬN

BTKNB do ĐTĐ là biến chứng thường gặp. Ở các bệnh nhân ĐTĐ típ 2 nên tầm soát sớm ngay khi mới phát hiện bệnh ĐTĐ với các phương tiện sẵn hoặc theo khuyến cáo của các hiệp hội nhằm có kế hoạch kiểm soát đường huyết cũng như đa yếu tố để phòng ngừa và làm chậm diễn tiến biến chứng của bệnh ĐTĐ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Daba Abdissa, et al** (2020), "Prevalence and Determinants of Peripheral Neuropathy among Type 2 Adult Diabetes Patients Attending Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia, 2019, an Institutional-Based Cross-Sectional Study", *Journal of Diabetes Research*, 2020 9562920.
2. **Nguyễn Thị Thu Vân** (2017), Đánh giá tỉ lệ bệnh thần kinh ngoại biên do đái tháo đường và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Trưng Vương, Luận án chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
3. **American Diabetes Association Professional Practice Committee** (2023), "2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes 2024", *Diabetes Care*, 47 (Supplement 1), S20-S42.
4. **Nguyễn Thị Khuê, Trần Thế Trung** (2001), "Khảo sát biến chứng thần kinh ngoại biên ở bệnh

nhân đái tháo đường bằng monofilament", *Y học TP Hồ Chí Minh*, 4 (5).

5. **Nguyễn Thị Trinh, Nguyễn Anh Tuấn, Nguyễn Đức Thuận** (2024), "Một số yếu tố liên quan đến mức độ tổn thương đa dây thần kinh ở người bệnh đái tháo đường", *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*, 19(2).
6. **MD Abu Bashar, Madhur Verma** (2020), "Prevalence and Determinants of Diabetic Peripheral Neuropathy/Foot Syndrome in the Rural Population of North India", *Iberoamerican Journal of Medicine*, (3(1)), 8–25.
7. **Mohammed Hassen Salih, et al** (2024), "Peripheral neuropathy and associated factors among type 2 diabetic patients attending referral hospitals in the Amhara region, a multi-center cross-sectional study in Ethiopia", *Scientific Reports*, 14 (1), 19662.
8. **Aline L. Farias, et al** (2023), "Prevalence, Risk Factors and Self-Care Perception Associated with Diabetic Peripheral Neuropathy in Patients with Type 2 Diabetes: A Cross-Sectional Study", *Healthcare*.
9. **Ahmed Salem Basebaa, Nabeel Salem Musiaan, Amel Haj Mahross** (2024), "Prevalence and Risk Factors of Diabetic Peripheral Neuropathy: A cross-sectional study from Yemen", *J Ain Shams Medical Journal*, 75 (1), 201-213.
10. **Juma Alkaabi, et al** (2014), "Prevalence and Determinants of Peripheral Neuropathy in Patients with Type 2 Diabetes Attending a Tertiary Care Center in the United Arab Emirates", 5 1-7.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG - MÔ BỆNH HỌC 135 BỆNH NHÂN UNG THƯ HẮC TỔ DA TẠI BỆNH VIỆN K GIAI ĐOẠN 2016 - 2024

Vũ Thanh Phương¹, Đỗ Anh Tú¹,
Nguyễn Văn Chữ¹, Bùi Phương Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của 135 bệnh nhân ung thư hắc tố da tại Bệnh viện K. **Phương pháp:** Bệnh nhân ung thư hắc tố da, có u nguyên phát, được chẩn đoán và điều trị bằng phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện K. Thiết kế nghiên cứu mô tả tiến cứu. **Kết quả:** Bệnh hay gặp 40 đến 60 tuổi, nữ/nam = 1,01, làm ruộng chiếm đa số 56,4%, thời gian mắc bệnh trên 6 tháng 66,2%, ung thư phát triển trên nền nốt ruồi 34,1%. Vị trí u chi dưới 49,6%, trong đó u ở gan bàn chân 35,5%, ung thư phát triển trên nền da sừng hóa 43,0%, đau chói tại u 43,7%, đen loang lỗ 65,9%. Thể lan tràn nông

52,6%, Clark V 46,7%, giai đoạn thẳng đứng 72,6%. Tỷ lệ nhân chia > 6 nhân chia/1 mm² 38,5%. Nhân vệ tinh 34,8%, loét u 48,1%, tế bào lympho xâm nhập thưa 46,7%, u xâm nhập mạch 77,8%. Di căn hạch khu vực 48,1%, di căn hạch trung gian 5,9%, xếp pT3 là 41,5% và pT4 là 54,8%, xếp pN0 51,9%, giai đoạn II, III là 51,9% và 48,1%. **Kết luận:** Nữ/nam = 1,01. Đặc điểm lâm sàng hay gặp: khoảng tuổi từ 40 đến 60, nông dân làm ruộng, thời gian mắc bệnh trên 6 tháng, trên nền da là nốt ruồi và da sừng hóa, ở chi dưới đặc biệt ở gan bàn chân, đau chói tại u, màu sắc đen loang lỗ, di căn hạch khu vực. Mô bệnh học hay gặp: thể lan tràn nông, độ dày u cao, mức độ xâm lấn Clark cao, giai đoạn phát triển thẳng đứng, tỷ lệ phân bào cao, u xâm nhập mạch và loét u. **Từ khóa:** Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, ung thư hắc tố da

SUMMARY

CLINICAL AND HISTOPATHOLOGICAL FEATURES 135 CUTANEOUS MELANOMA PATIENTS AT K HOSPITAL PERIOD 2016 - 2024

Objective: Study clinical and histopathological

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thanh Phương

Email: vuthanhphuonghm@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2025

Ngày duyệt bài: 24.4.2025

features of 135 cutaneous melanoma patients at K Hospital. **Methods:** Study cutaneous melanoma patients with primary tumors, diagnosed and surgiced at K Hospital. **Results:** Common age from 40 to 60 years old, female/male = 1.01, farmers 56.4%, disease duration over 6 months 66.2%, big moles 34.1%, lower limb 49.6%, keratinized skin base 43.0%, sharp pain 43.7%, black tumor 65.9%, superficial spreading 52.6%, Clark V 46.7%, vertical growth phase 72.6%, mitotic rate $> 6/\text{mm}^2$ 38.5%, satellite 34.8%, ulcer 48.1%, sparse infiltrating lymphocytes 46.7%, vascular invasion 77.8%, regional lymph node metastasis 48.1%, intermediate lymph node metastasis 5.9%, pT3 41.5%, pT4 54.8%, pN0 51.9%, stage II, III 51.9% and 48.1%. **Conclusion:** Female/male = 1.01. Common clinical features: from 40 to 60 years old, farmers, disease duration over 6 months, moles and keratinized, in the lower limbs especially in the soles of the feet, sharp pain, sharp pain, black tumor, regional lymph node metastasis. Common histopathological features: superficial spreading, increase of thickness, increase of invasion, vertical growth phase, increase of mitotic rate, vascular invasion, tumor ulcer.

Keywords: Clinical features, histopathological features, cutaneous melanoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, bệnh ung thư hắc tố da có tỷ lệ mắc đang gia tăng đều đặn hàng năm, từ 4-6%, trong vài thập kỷ qua, tốc độ khá nhanh so với nhiều loại ung thư khác [1]. Năm 2022, theo GLOBOCAN ước tính khoảng 325.000 trường hợp mắc mới và có khoảng 57.000 trường hợp tử vong do ung thư hắc tố da trên toàn Thế giới [2]. Bệnh ung thư hắc tố da thường gặp ở người da trắng, có xu hướng phổ biến ở các nước phát triển vùng Bắc Âu, Bắc Mỹ, Úc và New Zealand [3]. Ung thư hắc tố da là bệnh lý ác tính của tế bào hắc tố, thuộc loại ung thư có độ ác tính cao, biểu hiện khối u tiến triển nhanh, màu đen, hay di căn sớm theo đường bạch huyết vào hạch khu vực và đường tĩnh mạch, phẫu thuật là phương pháp điều trị chính khi bệnh ở giai đoạn tại chỗ, tại vùng [4]. Ở trong nước, số bệnh nhân đến khám bệnh và điều trị tại Bệnh viện K tăng lên hàng năm. Do những hiểu biết về đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của bệnh còn nhiều hạn chế, nên phần lớn bệnh nhân đến khám và điều trị ở giai đoạn muộn, vì vậy nghiên cứu chúng là việc cấp thiết. Mục đích của nghiên cứu là tìm hiểu một số đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của bệnh để giúp chẩn đoán sớm, chính xác giai đoạn bệnh, đồng thời giúp quản lý theo dõi bệnh nhân tốt hơn. Ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đề cập đến vấn đề này. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu sau: *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của ung thư hắc tố da tại Bệnh viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 135 bệnh nhân (BN) ung thư hắc tố da, có u nguyên phát, được chẩn đoán và điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh viện K.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** được chẩn đoán xác định là ung thư hắc tố da nguyên phát bằng mô bệnh học tại Bệnh viện K. Khối u nguyên phát chưa mổ cắt u trước đó. Được xếp giai đoạn bệnh theo AJCC phiên bản thứ 8 năm 2017. Được điều trị bằng mổ cắt rộng u và nạo vét hạch khu vực. Được xác định tít mô bệnh học và các đặc tính tế bào u từ bệnh phẩm mổ trên các tiêu bản nhuộm HE và hóa mô miễn dịch.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Di căn dưới da của ung thư hắc tố chưa rõ u nguyên phát. Ung thư hắc tố của các cơ quan bộ phận khác của cơ thể không phải của da.

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu từ 01/01/2016 đến 20/11/2024 tại Bệnh viện K.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu: Mô tả tiến cứu. Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.4. Các biến số nghiên cứu:

- Nhóm tuổi: < 20 , $20 - 39$, $40 - 59$, $60 - 79$ và ≥ 80 tuổi. Giới: nam và nữ.
- Nghề nghiệp: làm ruộng, công nhân và viên chức hưu trí.
- Thời gian mắc bệnh: < 6 tháng và ≥ 6 tháng.
- Triệu chứng đầu tiên: nốt ruồi to lên, loét da, sùi da, hạch to và đau chói u.
- Vị trí khối u: đầu cổ, thân mình, chi trên, đùi, cẳng chân và gan bàn chân.
- Nền da xuất hiện u: da thường, nốt ruồi, da sùng hóa và sắc tố bẩm sinh.
- Dấu hiệu đau chói u: có đau và không đau.
- Hình thái lâm sàng u: nốt ruồi to, sùi da, loét da, sùi loét da và phẳng.
- Màu sắc u: đen loang lổ, nâu sẫm loang lổ và không sắc tố.
- Thể mô bệnh học: lan tràn nông, nốt, nốt ruồi son và nốt ruồi son đỉnh.
- Độ dày u vi thể: $1,01-2,0\text{mm}$ (T2), $2,0-4,0\text{mm}$ (T3) và $> 4,0\text{mm}$ (T4).
- Mức độ xâm lấn Clark: Clark II, III, IV, V.
- Giai đoạn phát triển vi thể: tỏa tia và thẳng đứng. Loét u vi thể: có và không. Nhân vệ tinh quanh u vi thể: có và không. U xâm nhập bạch mạch vi thể: có và không.
- Lympho xâm nhập u vi thể: dày đặc, thưa thớt và không lympho bào xâm nhập u.
- Tỷ lệ nhân chia: tỷ lệ < 1 nhân chia/ mm^2 , $1-6$ nhân chia/ mm^2 , > 6 nhân chia/ mm^2 .

- Hạch khu vực di căn vi thể: có và không.
Hạch trung gian di căn: có và không.

- Xếp loại T sau mổ pT: pT2, pT3 và pT4.
Xếp loại N sau mổ pN: pN0, pN1, pN2 và pN3.
Xếp loại M trước mổ: chưa di căn xa (M0) và di căn xa (M1). Giai đoạn II, III.

2.5. Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Lập bệnh án nghiên cứu và lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu. Thu thập thông tin các đặc điểm lâm sàng.

Bước 2: Điều trị bằng phẫu thuật cắt rộng khối u và nạo vét hạch khu vực, xác định tủy mô bệnh học và các đặc điểm tế bào u từ bệnh phẩm mổ trên các tiêu bản nhuộm HE và hóa mô miễn dịch với dấu ấn Melan-A, S-100, HMB-45, Ki-67, CD31, D2-40, đọc bởi Giáo sư giải phẫu bệnh của viện K. Thu thập các đặc điểm mô bệnh học.

Bước 3: Phân tích các đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, viết bài báo và công bố kết quả nghiên cứu.

2.6. Kỹ thuật, công cụ thu thập thông tin

Kỹ thuật: Chúng tôi trực tiếp phỏng vấn, quan sát, thăm khám và xét nghiệm cho BN khi nhập viện. Thu thập các đặc điểm mô bệnh học u.

Công cụ: Phiếu hướng dẫn phỏng vấn, ghi âm trên điện thoại, bệnh án nghiên cứu riêng.

2.7. Phân tích, xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để nhập và phân tích số liệu, tính tần suất, tỷ lệ phần trăm, số trung bình.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng đạo đức Trường ĐH Y Hà Nội, số 4759 ngày 25/12/2015.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng ung thư hắc tố da trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng (n=135)

Đặc điểm lâm sàng		BN	%
Nhóm tuổi	< 20	1	0,7
	20 - 39	18	13,3
	40 - 59	66	48,8
	60 - 79	44	23,6
	≥ 80	6	4,4
Tuổi TB	55,5 ± 14,7		
Giới	Nam	67	49,6
	Nữ	68	51,4
Nghề nghiệp	Làm ruộng	76	56,4
	Công nhân	20	14,8
	Viên chức, hưu trí	39	28,8
Thời gian mắc bệnh	< 6 tháng	59	33,8
	≥ 6 tháng	84	66,2
Triệu	Nốt ruồi to lên	46	34,1

chứng đầu tiên	Loét da	27	20,0
	Sùi da	33	24,4
	Hạch to	29	21,5
Vị trí u	Đầu cổ	17	12,6
	Thân mình	30	22,2
	Chi trên	21	15,6
	Đùi cẳng chân	19	14,1
	Gan gót bàn chân	48	35,5
Nền da khi xuất hiện u	Da thường	24	17,7
	Nốt ruồi	46	34,1
	Da sừng hóa	58	43,0
	Sắc tố bẩm sinh, tàn nhang	7	5,2
Đau chói tại u	Có	59	43,7
	Không	76	56,3
Hình thái u	Nốt ruồi to	46	34,1
	Sùi da	25	18,5
	Loét da	18	13,3
	Sùi loét da	27	20,0
	Phẳng	19	14,1
Màu sắc u	Đen loang lổ	89	65,9
	Nâu sẫm loang lổ	38	28,1
	Không sắc tố	8	5,9

Tuổi TB 55,5 ± 14,7, nữ/nam = 1,01, ung thư phát triển trên nền nốt ruồi 34,1%, u chi dưới 49,6%, đen loang lổ 65,9%.

3.2. Đặc điểm mô bệnh học ung thư hắc tố da trong nhóm nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm mô bệnh học (n=135)

Đặc điểm mô bệnh học		BN	%
Thể mô bệnh học	Lan tràn nông	71	52,6
	Cục	30	22,2
	Nốt ruồi son	18	13,3
	Nốt ruồi son đỉnh	16	11,9
Độ dày u (Breslow)	1,01-2,0mm	5	3,7
	2,01-4,0mm	56	41,5
	> 4,0mm	74	54,8
Mức độ xâm lấn Clark	II	3	2,2
	III	28	20,8
	IV	41	30,3
	V	63	46,7
Giai đoạn phát triển	Tỏa tia	37	27,4
	Thẳng đứng	98	72,6
Tỷ lệ nhân chia trên vi trường	< 1 nhân chia/mm ²	39	28,9
	1-6 nhân chia/mm ²	44	32,6
	≥ 7 nhân chia/mm ²	52	38,5
Nhân vệ tinh quanh u	Có	47	34,8
	Không	88	65,2
Loét u	Có	65	48,1
	Không	70	51,9
Lympho xâm nhập u	Dày đặc	29	21,4
	Thừa thớt	63	46,7
	Không có lympho bào	43	31,9

U xâm nhập bạch huyết	Có	30	22,2
	Không	105	77,8

Thể lan tràn nông 52,6%, xếp pT₄ là 54,8%, Clark V 46,7%, giai đoạn thẳng đứng 72,6%, loét u 48,1%.

3.3. Di căn hạch, xếp pTNM, giai đoạn

Bảng 3. Di căn hạch, xếp pTNM, giai đoạn (n=135)

Di căn hạch, xếp pTNM, giai đoạn		BN	%
Di căn hạch khu vực	Không	70	51,9
	Cổ	65	48,1
Di căn hạch trung gian	Không	127	94,1
	Cổ	8	5,9
Xếp pT	pT ₂ (1,01-2,0mm)	5	3,7
	pT ₃ (2,01-4,0mm)	56	41,5
	pT ₄ (> 4,0mm)	74	54,8
Xếp pN	pN ₀ (hạch -)	70	51,9
	pN ₁ (1 hạch +)	18	13,3
	pN ₂ (2-3 hạch +)	21	15,6
	pN ₃ (>3 hạch +)	26	19,3
Xếp M	M ₀	135	100%
	M ₁	0	0%
Xếp giai đoạn	II	70	51,9
	III	65	48,1

Di căn hạch khu vực 48,1%, di căn hạch trung gian 5,9%, xếp pT₄ 54,8%, xếp pN₀ 51,9%, giai đoạn III là 48,1%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng ung thư hắc tố da trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Phân bố về tuổi, giới, nghề nghiệp: Bảng 1 cho thấy tuổi trung bình $55,5 \pm 14,7$, độ tuổi từ 40 đến 70 tuổi 68,8%, nữ/nam = 1,01, nông dân và công nhân chiếm đa số 71,2%. Garbe C trên 5.093 bệnh nhân, tuổi trung bình là 54,8 và nhóm tuổi từ 40 đến 70 tuổi 69,5%, nữ/nam là 1,4 [5]. Chúng tôi nhận xét, tuổi mắc bệnh thường tuổi trưởng thành và tuổi già, rất hiếm gặp ở độ tuổi dưới 20, BN đa phần là nông dân và công nhân, tiếp xúc nhiều với ánh nắng mặt trời có tia UV.

- Thời gian mắc bệnh, triệu chứng đầu tiên: Bảng 1 cho thấy, bệnh dưới 6 tháng chiếm 33,8%, từ 6 tháng trở đi 66,2%, nốt ruồi phát triển to chiếm 34,1%, loét da 20,0%, sùi da 24,4%, hạch to 21,5%. Nghiên cứu của Bartoli, thời gian mắc bệnh dưới 6 tháng là 83,6% và từ 6 tháng trở đi 16,4%, nốt ruồi phát triển to 33,5%, sùi loét 21,2% và hạch to 18,7% [6]. Chúng tôi nhận xét, BN của chúng tôi đa phần là nông dân, khi phát hiện còn chần chừ không đi khám bệnh, bỏ lỡ cơ hội chẩn đoán và điều trị, các triệu chứng phát hiện đầu tiên rất quan trọng giúp chẩn đoán sớm cho BN.

- Vị trí u, nền da xuất hiện u, đau chói tại u: Bảng 1 cho thấy, vị trí u chi dưới chiếm tỷ lệ cao (49,6%) trong đó gan gót chân chiếm tỷ lệ rất cao (35,5%). ung thư phát triển trên nền da thường 17,7%, nền da nốt ruồi 34,1%, nền da sừng hóa 43,0% và nền da có mảng sắc tố, tàn nhang 5,2%, đau chói tại u 43,7%. Nghiên cứu của Garbe C trên 5.093 BN tỷ lệ u gặp ở chi dưới cao 34,9%, trên nền da sừng hóa 36%, đau chói tại u 44,6% [5]. Chúng tôi nhận xét, vị trí khối u hay gặp ở chi dưới đặc biệt gặp nhiều ở gan gót bàn chân. Vị trí này chính là những vùng da dày sừng hóa, cọ xát nhiều và đau chói như giảm phải gai khi đi lại, người bệnh đi khám mới phát hiện ra bệnh.

- Hình thái, màu sắc u: Từ bảng 1 ta thấy, hình thái u là nốt ruồi to 34,1%, u là nốt sùi da 18,5%, u là vết loét da 13,3%, u là nốt sùi loét da 20,0% và u phẳng 14,1%, u màu đen loang lổ 65,9%, u màu nâu loang lổ 28,1% và không sắc tố 5,9%. Nghiên cứu Đào Thị Thúy Hằng, kết hợp hình thái loét đơn thuần, loét sùi và nốt ruồi to chiếm tỷ lệ cao 69,4%, hình thái sùi và phẳng là 19,4% và 11,7%. Của Bartoli cho thấy sùi đơn thuần và thể phẳng chiếm tới 60,2%. U màu đen loang lổ, nâu loang lổ và không nhiễm sắc tương ứng là 48%, 36% và 16% [6],[7]. Nhận xét, phần lớn các trường hợp của chúng tôi đến viện ở giai đoạn không sớm nên tỷ lệ thể phẳng thấp. U có nhiều màu sắc khác nhau, nhưng chủ yếu màu đen và nâu sẫm loang lổ.

4.2. Đặc điểm mô bệnh học ung thư hắc tố da trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Thể mô bệnh học, tỷ lệ nhân chia: Bảng 2 cho thấy, gặp nhiều là thể lan tràn nông 52,6%, gặp ít là thể nốt ruồi son đỉnh 11,9%. U xâm lấn trung bì có số nhân chia < 1 nhân chia/1 mm² có 28,9%, số nhân chia > 6 nhân chia/1 mm² có 38,5%. Nghiên cứu của Balch CM trên 17.600 BN, thể lan tràn nông 70%, thể cục 15%, thể nốt ruồi son 8% và thể nốt ruồi son đỉnh 5%, số nhân chia > 6 nhân chia/1 mm² chỉ có 18,6%. Đào Thị Thúy Hằng (2017), thể lan tràn nông 75,8%, thấp là thể nốt ruồi son đỉnh 3,2%, u xâm lấn trung bì có số nhân chia < 1/mm² là 5,4% và có số nhân chia > 6/mm² là 40,1% [7],[8]. Chúng tôi nhận xét, thể lan tràn nông hay gặp và thể nốt ruồi son đỉnh ít gặp trong các nghiên cứu trong và ngoài nước, số nhân chia > 6 nhân chia/1 mm² gặp nhiều trong các nghiên cứu trong nước vì lý do BN của chúng tôi đến viện ở giai đoạn muộn hơn.

- Xâm lấn Clark, giai đoạn phát triển u: Từ bảng 2 ta thấy, ít gặp là Clark II-III (23,0%),

gặp nhiều là Clark IV-V (77,0%), ít gặp là giai đoạn tủa tia (27,4%) và gặp nhiều là giai đoạn thẳng đứng (72,6%). Nghiên cứu Đào Thị Thúy Hằng, mức độ xâm lấn Clark IV-V là 74,8%, có mô u phát triển thẳng đứng (88,7%). Của Mandala trên 1.251 BN, xâm lấn Clark I-II-III là 67,3% và Clark IV-V chỉ 32,7%, gặp nhiều là giai đoạn tủa tia (77,5%) [7],[9]. Có thể do BN của chúng tôi thường đến viện ở giai đoạn muộn hơn, do vậy u xâm lấn lan vào chân bì lưới, mô mỡ dưới da và đã qua giai đoạn phát triển tủa tia sang giai đoạn phát triển thẳng đứng.

- Nhân vệ tinh, loét u: Bảng 2 cho thấy, có nhân vệ tinh vi thể 34,8%, u có loét vi thể chiếm 48,1%. Nghiên cứu của Đào Thị Thúy Hằng, có tỷ lệ nhân vệ tinh là 24,2%, có loét u 32,3% [7]. Kết quả này có thể do BN của chúng tôi phát hiện thường ở giai đoạn muộn. Ở giai đoạn sớm, độ dày u mỏng thì ít gặp nhân vệ tinh và loét u, khi độ dày u tăng đồng nghĩa với giai đoạn bệnh tăng thì xuất hiện nhân vệ tinh quanh u và loét bề mặt u.

- Tế bào lympho xâm nhập u, u xâm nhập bạch mạch: Bảng 2 cho ta thấy, ở những BN có giai đoạn phát triển thẳng đứng, u có tế bào lympho xâm nhập u dày đặc 21,4% và xâm nhập u thưa thớt 46,7%, u có xâm nhập bạch huyết 77,8%. Nghiên cứu Đào Thị Thúy Hằng, nhóm lympho xâm nhập thưa thớt 61,8%, nhóm không lympho bào xâm nhập u 30,1% và nhóm xâm nhập dày đặc 7,2%. U xâm nhập bạch huyết 39,4% [7]. Lý giải tỷ lệ u xâm nhập bạch huyết nhóm BN của chúng tôi cao có thể do giai đoạn T chủ yếu T₃, T₄ (96,3%). Độ dày u tăng, tế bào u phát triển nhanh xâm lấn phá vỡ màng đáy lan vào mô mỡ dưới da, lúc này tế bào u có thể xâm lấn vào bạch huyết nhiều hơn.

- Xếp độ dày u (pT), xếp di căn hạch (pN), xếp loại giai đoạn bệnh: Bảng 3 cho thấy, độ dày u T₂ chỉ chiếm 3,7%, độ dày u T₃, T₄ là chủ yếu lần lượt là 41,5% và 54,8%, di căn hạch 48,1%, di căn 1 hạch 13,3%, di căn từ 2-3 hạch 15,6% và di căn > 3 hạch 19,2%, di căn hạch trung gian 5,9%. Xếp giai đoạn II 51,9% và III 48,1%, nghiên cứu hiện tại không có BN nào đến viện ở giai đoạn I và IV. Đào Thị Thúy Hằng, gặp chủ yếu ở độ dày T₃, T₄ lần lượt là 52,2% và 24,2%, xếp giai đoạn I có 5% và giai đoạn II, III là 95% [7]. Chúng tôi nhận xét, BN chủ yếu phát hiện bệnh ở giai đoạn không sớm, vì vậy trên vi thể đa số u ở giai đoạn T₃, T₄ và di căn hạch khu vực chiếm gần một nửa. BN được chẩn đoán ở giai đoạn II, III là chủ yếu.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ nữ/nam = 1,01.
- Đặc điểm lâm sàng ung thư hắc tố da hay gặp: khoảng tuổi từ 40 đến 60, nông dân làm ruộng, thời gian mắc bệnh trên 6 tháng, phát triển trên nền da là nốt ruồi và da sừng hóa, ở chi dưới đặc biệt ở gan chân, đau chói tại khối u, màu sắc đen loang lổ và di căn hạch khu vực.
- Đặc điểm mô bệnh học ung thư hắc tố da hay gặp: thể lan tràn nông, độ dày Breslow u cao, mức độ xâm lấn Clark cao, giai đoạn phát triển thẳng đứng, tỷ lệ phân bào cao, khối u xâm nhập bạch huyết và loét khối u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Whiteman DC, Green AC, Olsen CM.** The Growing Burden of Invasive Melanoma: Projections of Incidence Rates and Numbers of New Cases in Six Susceptible Populations through 2031. *The Journal of investigative dermatology.* 2016;136(6):1161-1171.
2. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. 2022;71(3):209-249.
3. **Shen W, Sakamoto N, Yang L.** Melanoma-specific mortality and competing mortality in patients with non-metastatic malignant melanoma: a population-based analysis. *BMC cancer.* 2016;16:413.
4. **Adler NR, Haydon A, McLean CA, Kelly JW, Mar VJ.** Metastatic pathways in patients with cutaneous melanoma. *Pigment cell & melanoma research.* 2017;30(1):13-27.
5. **Garbe C, Büttner P, Bertz J, et al.** Primary cutaneous melanoma. Identification of prognostic groups and estimation of individual prognosis for 5093 patients. *Cancer.* 1995;75(10):2484-2491.
6. **Bartoli C, Bono A, Clemente C, Del Prato ID, Zurrida S, Cascinelli N.** Clinical diagnosis and therapy of cutaneous melanoma in situ. *Cancer.* 1996;77(5):888-892.
7. **Đào Thị Thúy Hằng.** Đặc điểm giải phẫu bệnh và một số yếu tố mô bệnh học mang ý nghĩa tiên lượng trong ung thư hắc tố da. Hà Nội Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội; 2017.
8. **Balch CM, Soong SJ, Gershenwald JE, et al.** Prognostic factors analysis of 17,600 melanoma patients: validation of the American Joint Committee on Cancer melanoma staging system. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology.* 2001;19(16):3622-3634.
9. **Mandalà M, Imberti GL, Piazzalunga D, et al.** Clinical and histopathological risk factors to predict sentinel lymph node positivity, disease-free and overall survival in clinical stages I-II AJCC skin melanoma: outcome analysis from a single-institution prospectively collected database. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990).* 2009;45(14):2537-2545.