

mặt và rò dịch não tủy được báo cáo nằm trong khoảng từ 0-4% trong các nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào ghi nhận tình trạng tê nửa mặt và rò dịch não tủy.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi giải ép xung đột mạch máu thần kinh ở 20 bệnh nhân đau dây V bước đầu cho thấy đây là phẫu thuật hiệu quả, tỷ lệ khỏi bệnh cao, biến chứng thấp. Kết quả này mở ra một hướng mới trong điều trị phẫu thuật đau dây V.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Allam AK, Sharma H, Larkin MB, Viswanathan A. Trigeminal Neuralgia: Diagnosis and Treatment. *Neurol Clin.* 2023;41(1):107-121. doi:10.1016/j.ncl.2022.09.001
2. Artz GJ, Hux FJ, Larouere MJ, Bojrab DI, Babu S, Pieper DR. Endoscopic vascular decompression. *Otol Neurotol Off Publ Am Otol Soc Am Neurotol Soc Eur Acad Otol Neurotol.* 2008; 29(7): 995-1000. doi:10.1097/MAO.0b013e318184601a
3. Tang CT, Baidya NB, Ammirati M. Endoscope-assisted neurovascular decompression of the trigeminal nerve: a cadaveric study. *Neurosurg*

Rev. 2013;36(3):403-410. doi:10.1007/s10143-012-0447-5

4. NguyenDuyManh-tt.pdf. Accessed June 26, 2024. <https://sdh.hmu.edu.vn/images/ngcuusinh/NguyenDuyManh-tt.pdf>
5. Hao YB, Zhang WJ, Chen MJ, Chai Y, Zhang WH, Wei WB. Sensitivity of magnetic resonance tomographic angiography for detecting the degree of neurovascular compression in trigeminal neuralgia. *Neurol Sci Off J Ital Neurol Soc Ital Soc Clin Neurophysiol.* 2020;41(10):2947-2951. doi:10.1007/s10072-020-04419-0
6. Chen MJ, Zhang WJ, Yang C, Wu YQ, Zhang ZY, Wang Y. Endoscopic neurovascular perspective in microvascular decompression of trigeminal neuralgia. *J Cranio-Maxillofac Surg.* 2008; 36(8): 456-461. doi:10.1016/j.jcms.2008.05.002
7. Bohman LE, Pierce J, Stephen JH, Sandhu S, Lee JYK. Fully endoscopic microvascular decompression for trigeminal neuralgia: technique review and early outcomes. *Neurosurg Focus.* 2014;37(4):E18. doi:10.3171/2014.7.FOCUS14318
8. Dubey A, Yadav N, Ratre S, Parihar VS, Yadav YR. Full Endoscopic Vascular Decompression in Trigeminal Neuralgia: Experience of 230 Patients. *World Neurosurg.* 2018; 113: e612-e617. doi:10.1016/j.wneu.2018.02.108

ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI VẠCH VÁCH NGĂN MŨI VÀ CÁC BIẾN THỂ GIẢI PHẪU LIÊN QUAN TRÊN HÌNH ẢNH CT-SCAN MŨI XOANG

Nguyễn Thị Kiều Thơ^{1,2}, Nguyễn Đình Chương^{1,2},
Hoa Thị Mỹ Linh¹, Nguyễn Châu Tấn Tài², Kiều Quang Vinh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vách vách ngăn mũi là một bất thường giải phẫu thường gặp, có thể gây cản trở luồng khí hô hấp và liên quan đến nhiều bệnh lý mũi xoang. Các biến thể giải phẫu đi kèm, bao gồm bóng khí cuốn mũi giữa và phì đại cuốn mũi dưới, có thể làm trầm trọng thêm tình trạng nghẹt mũi và ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị. Nghiên cứu này nhằm khảo sát đặc điểm hình thái vách vách ngăn mũi và các biến thể giải phẫu mũi xoang liên quan trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 102 bệnh nhân có chỉ định chụp CT-Scan mũi xoang tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 9/2024 đến tháng 5/2025. Các đặc điểm vách vách ngăn được phân loại theo hệ thống Mladina, góc lệch vách ngăn được đo và chia thành 3 mức độ (<5°, 6–10°, 11–

15°). Các biến thể mũi xoang như bóng khí cuốn mũi giữa và phì đại cuốn mũi dưới được đánh giá. **Kết quả:** 61 trường hợp vách vách ngăn (59,8%). Vách vách ngăn loại I chiếm tỷ lệ cao nhất (32,8%), tiếp theo là loại III (31,1%). Phân nhóm góc lệch vách vách ngăn thường gặp nhất là nhóm II (41,3%). Các biến thể giải phẫu phối hợp được ghi nhận trong 27% trường hợp. **Kết luận:** Vách vách ngăn mũi và các biến thể giải phẫu phối hợp có tần suất cao trên hình ảnh CT-Scan. Đánh giá hệ thống các yếu tố này trước phẫu thuật có thể giúp tối ưu hóa kế hoạch điều trị và nâng cao hiệu quả phẫu thuật. **Từ khóa:** Vách vách ngăn, CT-scan mũi xoang, Biến thể giải phẫu

SUMMARY

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF NASAL SEPTUM DEVIATION AND ASSOCIATED ANATOMICAL VARIATIONS ON COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGING OF THE PARANASAL SINUSES

Background: Nasal septum deviation (NSD) is a common anatomical variation that can impair nasal airflow and is associated with various nasal-sinus disorders. Coexisting anatomical variations, including concha bullosa and inferior turbinate hypertrophy, may exacerbate nasal obstruction and reduce the

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Chương

Email: dinhchuong@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 25.8.2025

effectiveness of medical and surgical interventions. This study aimed to evaluate the morphological characteristics of nasal septum deviation and associated nasal-sinus anatomical variations on computed tomography imaging. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 102 who underwent CT scans of the paranasal sinuses at Nhan Dan Gia Dinh Hospital from September 2024 to May 2025. NSD was classified according to Mladina's system. The deviation angle was measured and categorized into three groups ($<5^\circ$, $6-10^\circ$, $11-15^\circ$). Associated anatomical variations such as concha bullosa and inferior turbinate hypertrophy were also assessed. **Results:** 61 patients (59.8%) had NSD, with a mean age of 44 years. Type I deviation was the most common (32.8%), followed by Type III (31.1%). Group II deviation angle ($6-10^\circ$) was the most frequent (41.3%). Associated anatomical variations were observed in 27% of cases. **Conclusion:** Nasal septum deviation and associated anatomical variations are highly prevalent on CT imaging. Systematic preoperative evaluation of these features can assist surgeons in optimizing surgical planning and improving treatment outcomes.

Keywords: Nasal septal deviation, Paranasal sinus CT, Anatomical variation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vách ngăn mũi là cấu trúc giải phẫu gồm phần sụn và xương (xương lá mía, mảnh thẳng đứng của xương sàng, mào xương hàm trên và mào xương khẩu cái) nằm dọc giữa hốc mũi, chia hốc mũi thành hai khoang trái và phải. Cấu trúc này không chỉ đảm bảo hình dạng giải phẫu của mũi mà còn tham gia điều hòa luồng khí hít thở, giúp cân bằng luồng khí giữa hai hốc mũi, tối ưu hóa quá trình làm ấm, làm ẩm và lọc bụi bẩn trước khi không khí vào phổi. Tuy nhiên, sự lệch nhẹ của vách ngăn thường được coi là một biến thể giải phẫu bình thường do quá trình phát triển không đối xứng giữa các cấu trúc vùng mũi – xoang. Vẹo vách ngăn mũi được định nghĩa khi vách ngăn bị lệch đáng kể khỏi đường giữa, gây cản trở luồng khí hoặc ảnh hưởng đến cấu trúc chức năng vùng mũi [2]. Tình trạng này có thể hình thành do phát triển bất thường hoặc di chứng chấn thương. Vẹo vách ngăn mũi không chỉ gây triệu chứng nghẹt mũi mạn tính, khó thở, chảy máu mũi tái phát mà còn làm thay đổi dòng khí qua mũi, tạo xoáy khí bất thường, dẫn đến bất tắc lỗ thông mũi xoang và làm nặng thêm tình trạng viêm mũi xoang mạn tính. Ngoài ra, vẹo vách ngăn còn được chứng minh có liên quan đến hiện tượng đau đầu kiểu “điểm tiếp xúc” và rối loạn giấc ngủ, bao gồm ngủ ngáy và hội chứng ngưng thở khi ngủ [5, 8]. Bên cạnh đó, các biến thể giải phẫu đi kèm với vẹo vách ngăn như cuốn mũi giữa khí hóa, cuốn mũi dưới phì đại thường làm trầm trọng thêm tình trạng

hẹp mũi, ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị nội khoa và ngoại khoa. Việc nhận diện các biến thể này có ý nghĩa quan trọng trong lập kế hoạch phẫu thuật nội soi mũi xoang (PTNSMX) và phẫu thuật chỉnh hình mũi nhằm đạt được kết quả tối ưu và hạn chế biến chứng. Do vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm khảo sát đặc điểm hình thái vẹo vách ngăn và các biến thể giải phẫu mũi xoang trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính mũi xoang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 102 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên có chỉ định chụp CT scan mũi xoang tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 9 năm 2024 đến tháng 5 năm 2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân có chỉ định chụp CT scan mũi xoang và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có bệnh lý ác tính vùng đầu mặt, tiền căn chấn thương vùng đầu mặt hoặc đã phẫu thuật xoang nội soi trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Các bước tiến hành:

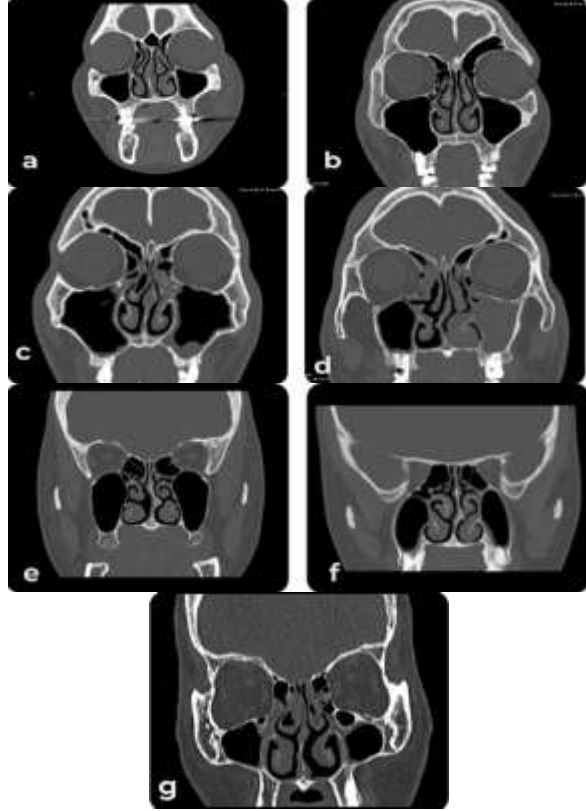
- Bệnh nhân được chụp chụp cắt lớp vi tính bằng máy Siemens Somatom Definition Edge 128 lát cắt (Siemens Healthcare, Germany) vùng mũi – xoang, độ dày ≤ 1 mm. Sử dụng hệ thống lưu trữ và truyền tải hình ảnh cho phép tái tạo đa mặt phẳng ba chiều (mặt phẳng trán, ngang, dọc giữa) với con trỏ đồng quy một điểm khảo sát đồng thời trên ba mặt phẳng trên.

- Trên mặt phẳng trán của phim CT-scan, sử dụng xương khẩu cái và xương trán làm mốc xác định đường giữa. Thu thập thông tin vẹo vách ngăn và phân loại vẹo vách ngăn theo hệ thống phân loại Mladina [6].

Bảng 1. Phân loại vẹo vách ngăn theo Mladina

Phân loại	Mô tả
Loại I	Vẹo vách ngăn một bên tại vùng van mũi, không chạm đến góc van mũi trong
Loại II	Vẹo vách ngăn một bên tại vùng van mũi, chạm đến góc van mũi trong
Loại III	Tuýp: Vẹo vách ngăn một bên ở sâu hơn trong hốc mũi, ngang với đầu cuốn mũi giữa
Loại IV	Tuýp IV: Dị dạng vách ngăn cả hai bên, bao gồm loại 2 ở một bên và loại 3 ở một bên khác
Loại V	Tuýp: Gai vách ngăn nằm trong hốc mũi. Vách ngăn bên đối diện thì luôn luôn thẳng

Loại VI	Tuýp: Một bên vách ngăn có một cái rãnh giữa xương khẩu cái và mảnh đứng xương sàng, bên kia vách ngăn có mào
Loại VII	Tuýp: Kết hợp của những loại trên



Hình 1. Phân loại vẹo vách ngăn theo Mladina

Hình a: Loại I, Hình b: Loại II, Hình c: Loại III, Hình d: Loại IV, Hình e: Loại V, Hình f: Loại VI, Hình g: Loại VII

- Sử dụng công cụ đo góc trong phần mềm Horos để đo góc lệch vách ngăn mũi. Góc lệch là góc giữa đường thẳng từ mào gà xương sàng đến gai mũi trước và đường thẳng theo độ lệch tối đa của vách ngăn mũi. Góc lệch vách ngăn mũi được chia theo 3 mức độ: góc vách ngăn mũi nhỏ hơn 5° (Nhóm I), góc vách ngăn mũi từ 6° đến 10° (Nhóm II), góc vách ngăn mũi từ 10° đến 15° (Nhóm III).

- Thu thập thông tin các biến thể của vùng mũi xoang: Bóng khí cuộn mũi giữa, Phi đại cuộn mũi dưới.

Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 22.0 dùng để mã hóa và xử lý dữ liệu trong nghiên cứu. Các biến số định tính được mô tả theo tần suất và tỉ lệ %, các biến số định lượng được thể hiện bằng số trung bình và độ lệch chuẩn. Kiểm định mối quan hệ giữa hai biến định tính bằng phép kiểm chi bình phương.

Y đức: Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

102 bệnh nhân có chỉ định chụp CT-Scan mũi xoang, trong đó có 61 trường hợp vẹo vách ngăn (59,8%). 36 trường hợp là nam giới (35,3%), 66 trường hợp là nữ giới (64,7%). Tuổi trung bình là 44.

Phân nhóm góc vẹo vách ngăn thường gặp nhất là nhóm II (6°–10°) với 26 trường hợp (41,3%), theo sau là nhóm I (0°–5°) với 25 trường hợp (39,7%), và nhóm III với 12 trường hợp (19%).

Bảng 2. Tần suất các kiểu vẹo vách ngăn theo phân loại của Mladina

Phân loại theo Mladina	Số lượng n (%)	Nam n (%)	Nữ n (%)
Loại I	20 (32,8%)	5 (20,8%)	15 (40,5%)
Loại II	5 (8,2%)	2 (8,3%)	3 (8,1%)
Loại III	19 (31,1%)	7 (29,2%)	12 (32,4%)
Loại IV	2 (3,3%)	0 (0%)	2 (5,4%)
Loại V	5 (8,2%)	2 (8,3%)	3 (8,1%)
Loại VI	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Loại VII	10 (16,4%)	8 (33,3%)	2 (5,4%)

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kiểu vẹo vách ngăn và giới tính ($p = 0,069$)

Bảng 3. Đặc điểm biến thể vùng mũi xoang đi kèm

Biến thể vùng mũi xoang đi kèm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Không dị hình đi kèm	46	73
Bóng khí cuộn mũi giữa 1 bên	7	11
Phi đại cuộn mũi dưới 1 bên	3	4,8
Bóng khí cuộn mũi giữa 2 bên	2	3,2
Phi đại cuộn mũi dưới 2 bên	2	3,2
Kết hợp Bóng khí cuộn mũi giữa và Phi đại cuộn mũi dưới đối bên	2	3,2
Kết hợp Bóng khí cuộn mũi giữa và Phi đại cuộn mũi dưới cùng bên	1	1,6

Phần lớn bệnh nhân không có biến thể vùng mũi xoang đi kèm (73%).

IV. BÀN LUẬN

Vẹo vách ngăn mũi là một bất thường giải phẫu thường gặp, có thể gây cản trở luồng khí qua mũi, dẫn đến nhiều triệu chứng lâm sàng đa dạng. Bệnh nhân thường than phiền tình trạng nghẹt mũi kéo dài, khó thở mũi mạn tính, đặc biệt nặng hơn khi nằm nghiêng, kèm theo cảm giác phải thở bằng miệng. Do nguyên nhân là tắc nghẽn cơ học, các triệu chứng này thường đáp ứng kém với thuốc co mạch so với các nguyên nhân viêm niêm mạc. Ngoài ra, vẹo vách

ngăn còn có thể gây đau đầu kiểu “điểm tiếp xúc” do các gai xương vách ngăn chạm vào cuốn mũi hoặc thành mũi bên, gây kích thích thần kinh sinh ba [5]. Nghiên cứu tại Hàn Quốc cho thấy tỷ lệ đau đầu ở bệnh nhân vẹo vách ngăn cao hơn rõ rệt so với nhóm không vẹo, và phẫu thuật chỉnh vách ngăn có thể cải thiện triệu chứng đáng kể. Một số bệnh nhân cũng ghi nhận chảy máu mũi tái phát, đặc biệt khi niêm mạc vách ngăn bị khô và hình thành vết loét tại vùng vẹo. Hơn nữa, vẹo vách ngăn có thể gây luồng khí rối loạn, dẫn đến ngáy ngủ và góp phần làm nặng thêm hội chứng ngưng thở khi ngủ. Yeom và cộng sự [8] báo cáo rằng nguy cơ OSA tăng gấp 4,4 lần ở nhóm có vẹo vách ngăn so với nhóm chứng. Vách ngăn vẹo từ lâu đã được xem là một yếu tố thuận lợi làm hẹp đường dẫn lưu và giảm thông khí xoang, từ đó thúc đẩy quá trình viêm mạn tính. Một số báo cáo cho thấy khoảng 50% bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính có kèm vẹo vách ngăn. Hiện nay, các hướng dẫn điều trị (như EPOS 2020) khuyến cáo rằng nếu vẹo vách ngăn gây cản trở đáng kể việc dẫn lưu xoang hoặc làm hạn chế tiếp cận phẫu thuật, thì nên thực hiện phẫu thuật chỉnh vách ngăn đồng thời với phẫu thuật nội soi mũi xoang. Điều này nhấn mạnh vai trò quan trọng của phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn không chỉ giúp cải thiện triệu chứng nghẹt mũi mà còn hỗ trợ điều trị các bệnh lý phối hợp như viêm mũi xoang mạn tính, đau đầu kiểu “điểm tiếp xúc” và ngưng thở khi ngủ.

Nhiều hệ thống phân loại đã được đề xuất để mô tả hình thái vẹo vách ngăn, nhằm hỗ trợ lập kế hoạch phẫu thuật và chuẩn hóa đánh giá. Phân loại Mladina [6] được sử dụng rộng rãi, phân chia vẹo vách ngăn thành 7 loại khác nhau dựa trên hình thái và vị trí lệch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vẹo vách ngăn loại I (vẹo nhẹ vùng van mũi) chiếm tỷ lệ cao nhất (32,8%), tiếp theo là loại III (31,1%) và loại VII (16,4%). Kết quả này tương tự báo cáo của Wee và cộng sự, khi khảo sát 488 bệnh nhân tại Hàn Quốc, loại I chiếm ưu thế (35,4%) [7]. Trong khi đó, nghiên cứu của Mladina cho thấy loại III phổ biến hơn (20,4%) [6]. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm nhân trắc học và phương pháp chẩn đoán: chụp CT-Scan cho phép phát hiện các dạng vẹo phức tạp (loại VII) mà khám lâm sàng có thể bỏ sót.

Hiện nay, chụp cắt lớp vi tính (CT-Scan) là phương tiện đánh giá tối ưu hình thái vách ngăn. Trên lát cắt coronal, vách ngăn thẳng sẽ chia đôi hốc mũi đối xứng; khi vẹo, nó biểu hiện bằng đường cong hoặc góc nhô lệch sang một bên.

Ngoài phân loại hình dạng (hình chữ C hoặc S) và xác định vị trí vẹo (phần trước, giữa hay sau), bác sĩ còn có thể đo góc lệch vách ngăn – góc này càng lớn thì mức độ vẹo càng nặng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm có góc lệch 6–10° chiếm tỷ lệ cao nhất (41,3%). Một số nghiên cứu gần đây đề xuất chỉ số vẹo vách ngăn (Nasal Septum Deviation Index), kết hợp cả góc lệch và chiều dài đoạn vẹo, chênh lệch thể tích hốc mũi hai bên để định lượng mức độ vẹo toàn diện hơn [3].

Ngoài ra, các yếu tố giải phẫu liên quan như thể tích hốc mũi, bóng khí cuốn mũi giữa, cuốn mũi dưới phì đại hay tế bào Haller có vai trò quan trọng trong bệnh sinh viêm mũi xoang. El-Taher và cộng sự [4] báo cáo rằng bóng khí cuốn mũi giữa thường gặp hơn ở bên đối diện với chiều vẹo, với tỷ lệ 37,5% trong số các bệnh nhân có vẹo vách ngăn. Những biến thể này cần được nhận diện kỹ lưỡng trên phim CT để bác sĩ phẫu thuật dự trù xử lý trong lúc phẫu thuật.

Tương tự các nghiên cứu quốc tế, việc đánh giá hình thái vẹo vách ngăn trên hình ảnh học cần được thực hiện một cách có hệ thống để hỗ trợ chẩn đoán và lập kế hoạch phẫu thuật [1]. Cụ thể, việc mô tả vị trí vẹo (phần trước, giữa hay sau), hình dạng vẹo (dạng chữ C, chữ S, hay phức hợp), đo góc lệch tối đa, và ghi nhận các yếu tố giải phẫu phối hợp (như bóng khí cuốn mũi giữa, cuốn mũi dưới phì đại, gai vách ngăn) sẽ giúp phẫu thuật viên khảo sát trước mổ hiệu quả hơn. Điều này không những giúp tối ưu hóa kế hoạch phẫu thuật mà còn góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và hạn chế biến chứng.

Nghiên cứu này cung cấp dữ liệu đầu tiên về đặc điểm hình thái vẹo vách ngăn ở người Việt Nam trên hình ảnh CT-Scan, đồng thời phân tích mối liên quan giữa các dạng vẹo và yếu tố giải phẫu đi kèm. Việc áp dụng quy trình đọc phim vách ngăn có thể chuẩn hóa đánh giá trước mổ, hỗ trợ bác sĩ đưa ra chiến lược điều trị cá thể hóa, đặc biệt ở các bệnh nhân viêm mũi xoang mạn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ vẹo vách ngăn cao (59,8%), trong đó loại I và loại III chiếm ưu thế, cùng với sự hiện diện của các biến thể như bóng khí cuốn mũi giữa và phì đại cuốn mũi dưới nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá toàn diện trước phẫu thuật. Việc đọc phim CT-Scan một cách hệ thống, bao gồm xác định vị trí, hình thái vẹo, góc lệch và các yếu tố phối hợp, có ý nghĩa thực tiễn trong lập kế hoạch phẫu thuật và nâng cao hiệu quả điều trị bệnh lý mũi xoang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carmel-Neiderman NN, Safadi A, Wengier A, Ziv-Baran T, Warshavsky A, Ringel B, et al. The role of imaging in the preoperative assessment of patients with nasal obstruction and septal deviation—A retrospective cohort study. *International archives of otorhinolaryngology*. 2021;25(02):e242-e8.
2. Chen XB, Lee HP, Hin Chong VF, Wang DY. Assessment of septal deviation effects on nasal air flow: a computational fluid dynamics model. *The Laryngoscope*. 2009;119(9):1730-6.
3. Codari M, Zago M, Guidugli GA, Pucciarelli V, Tartaglia GM, Ottaviani F, et al. The nasal septum deviation index (NSDI) based on CBCT data. *Dentomaxillofacial Radiology*. 2016;45(2):20150327.
4. El-Taher M, AbdelHameed WA, Alam-Eldeen MH, Haridy A. Coincidence of concha bullosa with nasal septal deviation; radiological study. *Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*. 2019;71(Suppl 3):1918-22.
5. Kwon SH, Lee EJ, Yeo CD, Kim MG, Kim JS, Noh SJ, et al. Is septal deviation associated with headache?: A nationwide 10-year follow-up cohort study. *Medicine*. 2020;99(20):e20337.
6. Mladina R, Čujić E, Šubarić M, Vuković K. Nasal septal deformities in ear, nose, and throat patients: an international study. *American journal of otolaryngology*. 2008;29(2):75-82.
7. Wee JH, Kim DW, Lee J-E, Rhee C-S, Lee CH, Min Y-G, et al. Classification and prevalence of nasal septal deformity in Koreans according to two classification systems. *Acta oto-laryngologica*. 2012;132(sup1):S52-S7.
8. Yeom SW, Kim MG, Lee EJ, Chung SK, Kim DH, Noh SJ, et al. Association between septal deviation and OSA diagnoses: a nationwide 9-year follow-up cohort study. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. 2021;17(10):2099-106.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH CỦA CARCINÔM TẾ BÀO ĐÁY Ở DA

Trần Hương Giang^{1,2}, Nguyễn Đức Duy¹,
Lương Anh Khoa¹, Dương Ngọc Thiên Hương¹, Nguyễn Hồng Ngọc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm tuổi, giới, các đặc điểm mô bệnh học và tỉ lệ giữa các phân nhóm mô học của carcinôm tế bào đáy (BCC) ở da. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang 60 mẫu phẫu thuật có chẩn đoán là BCC, 07-2022 đến 07-2024. **Kết quả:** Khoảng tuổi BCC là 39 – 98 tuổi. Tỷ lệ nam : nữ là 1 : 2. BCC nguy cơ thấp chiếm 68,33%, BCC nguy cơ cao chiếm 31,67%. Vị trí H chiếm tỉ lệ cao nhất là 61,67%. Tỷ lệ xâm nhập mạch máu, xâm nhập thần kinh (PNI), sắc tố, thoái hóa sợi đàn hồi, loét lần lượt là 0%, 10%, 93,3%, 80%, 55%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa PNI, DOI với phân nhóm mô học BCC, cũng như PNI, thoái hóa sợi đàn hồi với DOI. **Kết luận:** Phân nhóm mô học BCC và đặc điểm mô bệnh học đóng vai trò then chốt trong đánh giá hành vi sinh học của khối u, góp phần định hướng chiến lược điều trị chính xác.

Từ khóa: Carcinôm tế bào đáy, BCC nguy cơ thấp, BCC nguy cơ cao.

SUMMARY

CUTANEOUS BASAL CELL CARCINOMA: A HISTOPATHOLOGICAL STUDY

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM

²Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Duy

Email: duy.nd1@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025

Ngày duyệt bài: 26.8.2025

Objectives: To describe the age, sex characteristics, histopathological features, and the ratio between histological subtypes of cutaneous basal cell carcinoma (BCC) according to the 2022 World Health Organization (WHO) classification update.

Materials and methods: A cross-sectional retrospective study was conducted on 60 surgical specimens diagnosed as BCC from July 2022 to July 2024. **Results:** The age range of BCC patients was 39 to 98 years, with a male-to-female ratio of 1:2. Low-risk BCC accounted for 68.33%, while high-risk BCC comprised 31.67%. The highest proportion of tumors (61.67%) was located in the H-zone of the face. The rates of vascular invasion, perineural invasion (PNI), pigmentation, elastotic fiber degeneration, and ulceration were 0%, 10%, 93.3%, 80%, and 55%, respectively. Statistically significant correlations were found between PNI and depth of invasion (DOI) with BCC histological subtypes, as well as between PNI, elastotic fiber degeneration and DOI. **Conclusions:** Histological subtypes and histopathological features of BCC play a key role in assessing tumor biological behavior and guiding precise treatment strategies.

Keywords: Basal cell carcinoma, low-risk BCC, high-risk BCC.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Carcinôm tế bào đáy (BCC), được Jacob mô tả từ năm 1827, chiếm hơn 70% ung thư da không melanôm [4]. BCC phổ biến hơn ở nhóm dân số già nhưng việc chẩn đoán ở những người trẻ tuổi đang gia tăng đều đặn. Mặc dù khả năng di căn và tỉ lệ tử vong thấp nhưng phát hiện và