

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 TPHCM

²Đại học Y Dược TPHCM

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

điều trị chậm trễ có thể gây tử vong. Hiện nay, có nhiều hệ thống phân loại mô học khác nhau đối với BCC, song sự đa dạng này dẫn đến thiếu nhất quán trong thực hành lâm sàng. Nghiên cứu này nhằm xây dựng một phân loại mô học đơn giản, dễ áp dụng, dựa trên kiểu tăng trưởng của khối u. Các tổn thương BCC được phân chia thành hai nhóm chính: nguy cơ thấp (gồm nốt, bề mặt, biệt hóa nang lông và sợi – biểu mô) và nguy cơ cao (gồm thâm nhiễm, xơ hóa, gai – đáy và dạng sarcôm). Phân loại này giúp dự báo nguy cơ tái phát và là công cụ hữu ích trong việc lựa chọn chiến lược điều trị phù hợp. Hiện ở Việt Nam, các nghiên cứu về BCC còn hạn chế, đặc biệt là các nghiên cứu ứng dụng phân loại nguy cơ vào lâm sàng. Chính vì vậy, nghiên cứu này tập trung làm rõ mối liên quan giữa mô học, hành vi sinh học của khối u và mức độ nguy cơ, từ đó góp phần cải thiện hiệu quả điều trị. Việc xác định đúng nhóm nguy cơ sẽ hỗ trợ bác sĩ trong việc cân nhắc điều trị tích cực hơn ở những trường hợp có nguy cơ cao. Mục tiêu

Với những lý do trên, chúng tôi thực hiện

nghiên cứu này nhằm các mục đích:

1. Khảo sát đặc điểm tuổi, giới của BCC ở da.
2. Khảo sát đặc điểm mô bệnh học và tỉ lệ giữa các phân nhóm mô học của BCC ở da theo cập nhật của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2022

II. VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Vật liệu nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên trên 60 mẫu phẫu thuật có chẩn đoán xác định là BCC tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM và Đại học Y Dược TP HCM, từ tháng 07-2022 đến tháng 07-2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Các mẫu phẫu thuật được chẩn đoán là BCC ở da trên HE theo cập nhật của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2022.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Thất lạc khối mô vùi nén hoặc bị hư hỏng.
- Các trường hợp không đủ số liệu cho các biến số nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện theo phương pháp cắt ngang với cỡ mẫu $n = 60$.

Các biến số nghiên cứu

Bảng 1. Biến số đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của carcinôm tế bào đáy của da

Biến số	Giá trị	Định nghĩa
Tuổi	4 giá trị: ≤ 40 - 41 – 60 - 61 – 80 - > 80	Theo nghiên cứu của tác giả Seyma Ozkanli [8]. Tuổi = (Năm phát hiện) – (Năm sinh) Đơn vị: tuổi
Giới tính	2 giá trị: Nam và nữ	
Phân nhóm mô học	2 giá trị: - BCC nguy cơ thấp - BCC nguy cơ cao	Theo NCCN [1]: BCC nguy cơ thấp: gồm nốt, bề mặt, biệt hóa nang lông và sợi – biểu mô; BCC nguy cơ cao: gồm thâm nhiễm, xơ hóa, gai – đáy và dạng sarcôm
Vị trí u	3 giá trị: - Vùng H - Vùng M - Vùng L	Theo NCCN [1]: Vùng H: vùng trung tâm khuôn mặt như mí mắt, lông mày, vùng quanh mắt, mũi, môi, cằm, hàm dưới, vùng trước và sau tai, tai, thái dương, bộ phận sinh dục, bàn tay và bàn chân. Vùng M: trán, má, da đầu, cổ và vùng trước xương chày. Vùng L: thân mình và chi, trừ các vùng bàn tay, bàn chân, móng, vùng trước xương chày và cổ chân.
Độ sâu xâm nhập (DOI)	Biến định lượng	DOI: Khoảng cách từ lớp hạt đến tế bào u sâu nhất trong mô đệm [7]. Đơn vị: mm
Kích thước u	Biến định lượng	Đơn vị: mm
Xâm nhập mạch máu	2 giá trị: Có và Không	Sự hiện diện của tế bào u trong thành mạch hoặc trong lòng mạch kèm tạo huyết khối [6].
Xâm nhập thần kinh	2 giá trị: Có và Không	Sự hiện diện của các tế bào u trong vỏ ngoài bó thần kinh – mô liên kết lỏng lẻo bao quanh dây thần kinh [6].
Sắc tố	2 giá trị: Có và Không	
Thoái hóa sợi đàn hồi	2 giá trị: Có và Không	
Loét	2 giá trị: Có và Không	

Quy trình nghiên cứu

Bước 1: Thu thập dữ liệu từ hồ sơ lưu trữ, gồm: họ tên, tuổi, giới, chẩn đoán lâm sàng, chẩn đoán giải phẫu bệnh, mã số giải phẫu bệnh từ hồ sơ điện tử.

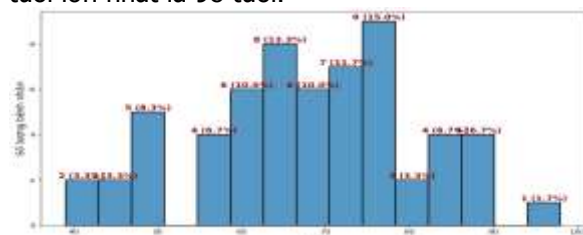
Bước 2: Nghiên cứu viên đánh giá tiêu bản HE với người hướng dẫn khoa học trên kính hiển vi quang học nhiều thị kính Olympus BX50. Các đặc điểm mô bệnh học được thu thập dựa trên đánh giá của 2 bác sĩ Giải phẫu bệnh.

Bước 3: Tổng hợp và phân tích số liệu.

Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu đã được xét duyệt và cho phép tiến hành theo quyết định số 2854/ĐHYD-HĐĐĐ ký ngày 14/10/2024 của Hội Đồng Đạo Đức trong Nghiên cứu Y Sinh học, Đại học Y Dược TP HCM.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi và giới. Tuổi trung bình của BCC trong nghiên cứu này là $67,8 \pm 13,1$ tuổi. Phổ tuổi của BCC tương đối rộng: tuổi nhỏ nhất là 39 tuổi và tuổi lớn nhất là 98 tuổi.



Biểu đồ 1: Phân bố về độ tuổi bệnh nhân trong nghiên cứu

Ở giới nam, tuổi trung bình của bệnh là 65 ± 12 tuổi. Ở giới nữ, tuổi trung bình của bệnh là 69 ± 13 tuổi. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi trung bình của bệnh ở hai giới (kiểm định t, $p=0,270$).

Tuổi trung bình của BCC nguy cơ thấp là $66,8 \pm 12,6$ tuổi, của BCC nguy cơ cao là $69,8 \pm 14,2$ tuổi. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi trung bình của các phân nhóm mô học (kiểm định Fisher' exact, $p = 0,314$).

Bảng 2. Tỷ lệ carcinôm tế bào đáy ở da theo nhóm tuổi

Tuổi	≤ 40	41-60	61-80	> 80
Số ca	2(3,3%)	15(25%)	33(55%)	10(16,7%)

Nghiên cứu bao gồm 20 bệnh nhân nam và 40 bệnh nhân nữ, tương đương tỷ lệ 33,3% và 66,7%. Tỷ lệ giới là nam : nữ = 1 : 2. Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính và phân nhóm mô học của BCC (kiểm định Fisher's Exact Test, $p=0,640$).

Đặc điểm mô bệnh học. Phân nhóm mô học của BCC ghi nhận tỷ lệ phân nhóm mô học của BCC theo thứ tự giảm dần như sau: 34/60 trường hợp (56,7%) dạng nốt, 10/60 trường hợp (16,7%) thâm nhiễm, 7/60 trường hợp (11,7%)

vi nốt, 5/60 trường hợp (8,3%) bề mặt, 2/60 trường hợp (3,3%) nang lông, 1/60 trường hợp (1,7%) xơ hóa và 1/60 trường hợp (1,7%) gai – đáy. Các phân nhóm còn lại không gặp trong nghiên cứu. Trong đó, BCC nguy cơ cao là 19/60 trường hợp (31,67%) và BCC nguy cơ thấp là 41/60 trường hợp (68,33%)

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, 37/60 trường hợp (61,67%) BCC ở vị trí H, 13/60 trường hợp (21,67%) ở vùng M và 9/60 trường hợp (15%) ở vị trí L và 1/60 trường hợp (1,67%) ở vị trí M và L. DOI trung bình $3,68 \pm 0,28$ mm với DOI trung bình của nhóm BCC nguy cơ cao là $4,52 \pm 0,59$ mm và BCC nguy cơ thấp là $3,29 \pm 0,29$ mm. Kích thước u trung bình là $12,75 \pm 0,81$ mm với kích thước nhỏ nhất là 3 mm và kích thước lớn nhất là 40 mm. Tỷ lệ xâm nhập mạch máu và PNI lần lượt là 0% và 10%. Tỷ lệ sắc tố, thoái hóa sợi đàn hồi, loét và rìa diện cắt dương lần lượt là 93,3%, 80%, 55% và 20%.

Các đặc điểm xâm nhập thần kinh (PNI) (kiểm định Fisher' exact) và DOI (kiểm định Kruskal wallis) có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với phân nhóm mô học BCC (giá trị p lần lượt là 0,001 và 0,011). Các đặc điểm vị trí u (kiểm định Fisher' exact) và kích thước u (kiểm định Kruskal wallis) không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với phân nhóm mô học BCC (giá trị p lần lượt là 0,522 và 0,064). Tuy nhiên, khi xét từng loại mô học của BCC, chúng tôi ghi nhận các đặc điểm vị trí u lại có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với từng loại mô học của BCC (kiểm định Fisher' exact, $p=0,030$). Ngoài ra, kích thước u cũng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với từng loại mô học của BCC (kiểm định Kruskal wallis, $p=0,033$).

Đặc điểm PNI và thoái hóa sợi đàn hồi có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với DOI (giá trị p lần lượt là 0,047 và 0,001). Đặc điểm PNI và loét có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kích thước u (giá trị p lần lượt là 0,011 và 0,007). Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận BCC ở vị trí H có thoái hóa sợi đàn hồi (89,19%) cao hơn ở vị trí M (84,61%) và vị trí L (33,33%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (kiểm định Fisher' exact, $p=0,002$).

Bảng 3. Đặc điểm mô bệnh học của carcinôm tế bào đáy ở da

Đặc điểm mô bệnh học		Phân nhóm mô học		Tổng	p
		BCC nguy cơ thấp	BCC nguy cơ cao		
Tuổi	≤ 40	2 (100%)	0 (0%)	2	0,314
	41 – 60	9 (60%)	6 (40%)	15	
	61 – 80	25 (75,76%)	8 (24,24%)	33	
	> 80	5 (50%)	5 (50%)	10	
Giới tính	Nam	15 (75%)	5 (25%)	20	0,640

	Nữ	26 (65%)	14 (35%)	40	
Vị trí	H	24 (64,86%)	13 (35,14%)	37	0,522
	L	8 (88,89%)	1 (11,11%)	9	
	M	8 (61,54%)	5 (38,46%)	13	
	M + L	1 (100%)	0 (0%)	1	
DOI		3,29 ± 0,29	4,52 ± 0,59	3,68 ± 0,28	0,011
Kích thước u		11,43 ± 0,73	15,57 ± 1,9	12,75 ± 0,81	0,005
Xâm nhập thần kinh	Có	0 (0%)	6 (100%)	6	0,001
	Không	41 (75,93%)	13 (24,07%)	54	
Xâm nhập mạch máu	Có	0 (0%)	0 (0%)	0	-
	Không	41 (68,33%)	29 (31,67%)	60	
Thoá hóa sợi đàn hồi	Có	31 (64,58%)	17 (35,42%)	48	0,186
	Không	10 (83,33%)	2 (16,67%)	12	
Loét	Có	20 (60,61%)	13 (39,39%)	33	0,126
	Không	21 (77,78%)	6 (22,22%)	27	
Sắc tố	Có	39 (69,64%)	17 (30,36%)	56	0,377
	Không	2 (50%)	2 (50%)	4	

IV. BÀN LUẬN

Tuổi và giới. Chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình của BCC là $67,8 \pm 13,1$ tuổi. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đó. Đa số các báo cáo cho thấy tuổi trung bình của bệnh là > 40 tuổi. Điều này có thể giải thích bởi vì UV là yếu tố nguy cơ của BCC, vì vậy người lớn tuổi tích lũy tác động của tia UV nhiều hơn so với người trẻ tuổi. Do đó, tỷ lệ mắc BCC ở người cao tuổi tăng mạnh, đặc biệt là sau 60 tuổi. Tuy nhiên, một số bệnh nhân phát triển BCC ở độ tuổi sớm hơn (<40 tuổi), cho thấy BCC có khoảng tuổi rộng.

Trong nghiên cứu này, BCC ưu thế hơn ở giới nữ so với giới nam, với tỷ lệ nam : nữ là 1 : 2. Tuy nhiên, sự ưu thế này không thống nhất qua nhiều nghiên cứu khác nhau. Sự khác nhau về tỷ lệ nam : nữ giữa các nghiên cứu có thể phản ánh nhiều yếu tố khác nhau, có thể do sự khác biệt về mức độ phơi nhiễm với các yếu tố nguy cơ. Ngoài ra, các yếu tố văn hóa, khí hậu và thói quen xã hội đặc trưng của từng khu vực địa lý cũng đóng vai trò quan trọng trong việc tạo ra sự khác biệt này. Bên cạnh đó, sự không đồng nhất về thiết kế nghiên cứu, phương pháp thu thập dữ liệu và đặc điểm dân số khảo sát cũng có thể ảnh hưởng đến kết quả.

Đặc điểm mô bệnh học. Chúng tôi ghi nhận BCC dạng nốt là phân nhóm mô học chiếm tỷ lệ cao nhất 56,7%, tiếp theo là 16,7% thâm nhiễm, 11,7% vi nốt, 8,3% bề mặt, 3,3% nang lông, 1,7% xơ hóa và 1,7% gai – đáy. Chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt về tỷ lệ các phân nhóm mô học BCC giữa các nghiên cứu. Nghiên cứu của M Sexton ghi nhận: dạng nốt là 21%, bề mặt là 17%, vi nốt là 15%, thâm nhiễm là 7% và xơ hóa là 1%. Mặc dù tỷ lệ phân nhóm mô học

của BCC có sự khác biệt giữa các nghiên cứu, tuy nhiên thể nốt vẫn là dạng phổ biến nhất được ghi nhận.

Các đặc điểm PNI (kiểm định Fisher' exact) và DOI (kiểm định Kruskal wallis) có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với phân nhóm mô học BCC (giá trị p lần lượt là 0,001 và 0,011). Các đặc điểm vị trí u (kiểm định Fisher' exact) và kích thước u (kiểm định Kruskal wallis) không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với phân nhóm mô học BCC (giá trị p lần lượt là 0,522 và 0,064). Tuy nhiên, khi xét từng loại mô học của BCC, chúng tôi ghi nhận các đặc điểm vị trí u lại có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với từng loại mô học của BCC (kiểm định Fisher' exact, $p=0,030$). Ngoài ra, kích thước u cũng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với từng loại mô học của BCC (kiểm định Kruskal wallis, $p=0,033$). Tỷ lệ mắc BCC ở vùng đầu mặt cổ cao hơn hẳn so với các vị trí khác trên cơ thể, đặc biệt BCC dạng nốt chiếm ưu thế ở vùng H và BCC bề mặt chiếm ưu thế ở vùng L. Đầu mặt cổ là vị trí thường xuyên tiếp xúc với ánh nắng mặt trời, dẫn đến sự tích lũy kéo dài của tia cực tím (UV) khiến những khu vực này dễ bị tổn thương mãn tính do ánh nắng. Theo thời gian, tác nhân này kết hợp với quá trình lão hóa tự nhiên của da, làm tăng nguy cơ phát triển BCC một cách rõ rệt. Chúng tôi nhận thấy BCC nguy cơ cao PNI cao hơn BCC nguy cơ thấp (kiểm định Fisher' exact, $p=0,001$). Sự khác biệt này là điều hoàn toàn dễ hiểu vì các phân nhóm BCC nguy cơ cao có khả năng xâm nhập sâu và lan rộng, vì thế dễ tiếp cận hoặc "bám" vào các dây thần kinh ngoại vi. Ngoài ra, phân nhóm BCC nguy cơ cao có giới hạn không rõ, lan rộng làm cho khối u khó bị loại bỏ hoàn toàn, dẫn đến nguy cơ tái phát cao hơn

và lan theo thần kinh [2,5]. Đối với trường hợp BCC nguy cơ cao có PNI, các bác sĩ cần cắt rộng hơn để đảm bảo rìa diện cắt âm tính. Vì vậy, phân nhóm mô học, PNI và rìa diện cắt là các yếu tố quan trọng có thể giúp dự đoán diễn tiến bệnh và định hướng điều trị.

Đặc điểm PNI và thoái hóa sợi đàn hồi có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với DOI (trị p lần lượt là 0,047 và 0,001). PNI phản ánh khả năng khối u xâm lấn sâu đến lớp bì sâu hoặc hạ bì (nơi các cấu trúc thần kinh hiện diện) nên thường gắn liền với DOI cao. Thoái hóa sợi đàn hồi là dấu hiệu của tổn thương da mạn tính do tia UV, làm suy yếu mô liên kết và tạo điều kiện cho khối u ăn sâu hơn [3]. Bên cạnh đó, DOI lớn thường đi kèm với hình thái xâm nhập phức tạp và ranh giới không rõ ràng, làm tăng nguy cơ phẫu thuật không triệt để. Do đó, mối liên quan giữa các đặc điểm này với DOI vừa phản ánh mức độ xâm lấn mô học, vừa có giá trị tiên lượng và định hướng điều trị.

Đặc điểm PNI và loét có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kích thước u (giá trị p lần lượt là 0,011 và 0,007). Điều này cho thấy các khối u lớn có xu hướng tiến triển mạnh hơn về mặt mô học. Khối u kích thước lớn thường xâm lấn sâu hơn, làm tăng khả năng tiếp cận các cấu trúc thần kinh, dẫn đến xâm nhập thần kinh. Đồng thời, loét thường xuất hiện ở các u lớn do áp lực khối u làm hoại tử lớp da phía trên hoặc do u phát triển lâu ngày. Mối liên quan này phản ánh mức độ tiến triển của khối u và mang ý nghĩa tiên lượng.

Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận BCC ở vị trí H có thoái hóa sợi đàn hồi (89,19%) cao hơn ở vị trí M (84,61%) và vị trí L (33,33%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (kiểm định Fisher, $p=0,002$). Bởi vì đầu, mặt, cổ là vị trí có đặc điểm cấu trúc da mỏng và thường xuyên tiếp xúc với tia cực tím, gây tổn thương sợi collagen và elastin trong lớp bì da, làm giảm fibrillin. Do đó, các chất nền bị rối loạn dẫn đến tích tụ sợi elastin bất thường, hình thành thoái hóa sợi đàn hồi [3]. Tuy nhiên, thoái hóa sợi đàn hồi vẫn có thể gặp ở vùng thân mình, đặc biệt ở những người có tiếp xúc ánh sáng mặt trời gián tiếp hoặc do một phần của quá trình lão hóa da tự nhiên.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của BCC trong nghiên cứu này là $67,8 \pm 13,1$ tuổi. Phổ tuổi của BCC tương đối rộng: tuổi nhỏ nhất là 39 tuổi và tuổi lớn nhất là 98 tuổi. Bệnh ưu thế hơn ở nữ với tỷ lệ giới là nam : nữ = 1 : 2. BCC nguy cơ cao chiếm

31,67% và BCC nguy cơ thấp chiếm 68,33%. Các đặc điểm PNI và DOI có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với phân nhóm mô học của BCC. Khi xét từng loại mô học của BCC, các đặc điểm vị trí và kích thước u có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với từng loại mô học của BCC. Tương tự, đặc điểm PNI và thoái hóa sợi đàn hồi có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với DOI. Đặc điểm PNI và loét có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với kích thước u. Ngoài ra, có mối liên quan giữa vị trí u và thoái hóa sợi đàn hồi. BCC được phân nhóm mô học nhằm xác định nguy cơ thấp hoặc cao, dựa trên các đặc điểm giải phẫu bệnh như phân nhóm mô học, độ xâm lấn, xâm lấn thần kinh – mạch máu. BCC nguy cơ cao thường liên quan đến hành vi sinh học ác tính và nguy cơ tái phát cao hơn. Việc xác định đúng nhóm nguy cơ giúp làm rõ mối liên hệ giữa mô học và mức độ nguy hiểm của khối u, từ đó hỗ trợ bác sĩ lựa chọn hướng điều trị phù hợp, đặc biệt là điều trị tích cực hơn cho các trường hợp nguy cơ cao.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi cũng xin chân thành cảm ơn Đại học Y Dược TP HCM và Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM đã tạo điều kiện cho chúng tôi hoàn thành nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bichakjian CK, Olencki T, Aasi SZ, et al.** Basal cell skin cancer, version 1.2016 clinical practice guidelines in oncology. Natl Compr Cancer Netw. 2016;14:574-97.
2. **Brown CI, Perry AE.** Incidence of perineural invasion in histologically aggressive types of basal cell carcinoma. Am J Dermatopathol. 2000; 22(2):123-5.
3. **Bernstein EF, Chen YQ, Tamai K, et al.** Enhanced elastin and fibrillin gene expression in chronically photodamaged skin. J Invest Dermatol. 1994;103(2):182-6.
4. **Jacob A.** Observations respecting an ulcer of peculiar character, which attacks the eyelids and other parts of the face. Dublin Hosp Rep Commun Med Surg. 1827;4:232-9.
5. **Pyne JH, Myint E, Hou R, et al.** Basal cell carcinoma with perineural invasion: a prospective study examining subtype, tumor surface diameter, invasion depth, and anatomic site in 3005 consecutive cases. J Cutan Pathol. 2020;47(11):1033-8.
6. **West L, Fathi R, Nijhawan R, et al.** Metastatic basal cell carcinoma with evidence of intravascular invasion: a case report. SAGE Open Med Case Rep. 2020;8:2050313X19847782.
7. **Wetzel M, Strickley J, Haeberle MT, et al.** Depth of invasion of aggressive and nonaggressive basal cell carcinoma. J Clin Aesthet Dermatol. 2019;12(3):12-4.
8. **Ozkanli S.** Ber-EP4 staining patterns on basal cell carcinomas. North Clin Istanbul. 2023;10(5):666-74.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHÁC ĐỒ DOCETAXEL-CISPLATIN TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ THỰC QUẢN GIAI ĐOẠN TÁI PHÁT, DI CĂN

Nguyễn Việt Anh¹, Cao Thị Thanh¹, Phạm Văn Thắng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả điều trị và độ an toàn của phác đồ Docetaxel–Cisplatin ở bệnh nhân ung thư thực quản giai đoạn tái phát hoặc di căn. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế mô tả, kết hợp hồi cứu và tiền cứu có theo dõi dọc, được thực hiện tại Bệnh viện K từ 6/2018 đến 6/2023. Nghiên cứu gồm 55 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán, điều trị hóa chất bằng phác đồ Docetaxel–Cisplatin và có dữ liệu lâm sàng đầy đủ. Hiệu quả điều trị được đánh giá theo tiêu chuẩn RECIST 1.1 và sống thêm không bệnh tiến triển (PFS); tác dụng phụ được ghi nhận theo tiêu chuẩn CTCAE v5.0. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng toàn bộ (ORR) là 50,9% gồm 3,6% đáp ứng hoàn toàn và 47,3% đáp ứng một phần. Lợi ích lâm sàng đạt 80%. Trung vị PFS là 5,2 tháng. Các yếu tố như tuổi, độ mô học, vị trí và số lượng di căn không ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến PFS. Nhóm dùng $\geq 90\%$ liều hóa chất có PFS cao hơn (6,1 tháng so với 5,1 tháng; $p=0,006$). Tác dụng phụ thường gặp nhất là hạ bạch cầu trung tính (30,9% độ 3–4), buồn nôn (64,3%) và rụng tóc (71,4%), chủ yếu ở mức độ nhẹ và kiểm soát được. **Kết luận:** Phác đồ Docetaxel–Cisplatin là một lựa chọn điều trị khả thi, có hiệu quả lâm sàng tốt và độc tính chấp nhận được trong điều trị ung thư thực quản giai đoạn tái phát, di căn tại Việt Nam.

Từ khóa: Ung thư thực quản, Docetaxel, Cisplatin, di căn, hóa trị, sống thêm không bệnh tiến triển.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF DOCETAXEL–CISPLATIN REGIMEN IN RECURRENT OR METASTATIC ESOPHAGEAL CARCINOMA

Objective: This study aimed to evaluate the efficacy and safety of the Docetaxel–Cisplatin regimen in patients with recurrent or metastatic esophageal carcinoma. **Methods:** A descriptive study combining retrospective and prospective data collection with longitudinal follow-up was conducted at K Hospital from June 2018 to June 2023. A total of 55 patients who met the diagnostic criteria, received chemotherapy with the Docetaxel–Cisplatin regimen, and had complete clinical data were included. Treatment response was assessed according to RECIST 1.1 criteria, and progression-free survival (PFS) was analyzed. Adverse events were recorded using CTCAE version 5.0. **Results:** The overall response rate (ORR) was 50.9%, including 3.6%

complete response and 47.3% partial response. Clinical benefit rate was 80%. The median PFS was 5.2 months. Factors such as age, histological grade, site, and number of metastases did not show statistically significant impacts on PFS. Patients who received $\geq 90\%$ of the chemotherapy dose had a higher median PFS (6.1 months vs. 5.1 months; $p = 0.006$). The most common adverse events were neutropenia (30.9% grade 3–4), nausea (64.3%), and alopecia (71.4%), mostly mild and manageable.

Conclusion: The Docetaxel–Cisplatin regimen is a feasible treatment option, showing good clinical efficacy and acceptable toxicity for patients with metastatic esophageal carcinoma in Vietnam.

Keywords: Esophageal cancer, Docetaxel, Cisplatin, metastasis, chemotherapy, progression-free survival.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, ung thư thực quản (UTTQ) đứng thứ 8 về số ca mắc mới và thứ 6 về số ca tử vong do ung thư trên toàn cầu, với khoảng 604.000 ca mắc và 544.000 ca tử vong.¹ Tại Việt Nam, UTTQ là một trong 10 ung thư phổ biến nhất ở nam giới, với 39% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn di căn. Tiên lượng giai đoạn tái phát, di căn thường xấu, thời gian sống trung vị chỉ khoảng 6 tháng, và tỷ lệ sống sau 1 năm là 21,1%.¹ Mục tiêu điều trị ở giai đoạn này là kiểm soát triệu chứng, nâng cao chất lượng sống và kéo dài thời gian sống thêm. Nhiều nghiên cứu cho thấy hóa trị cải thiện rõ rệt thời gian sống so với chăm sóc giảm nhẹ.²

Hóa trị vẫn là lựa chọn chính cho UTTQ tái phát, di căn, với các phác đồ dựa trên nhóm Platinum như Fluorouracil–Cisplatin, Paclitaxel–Cisplatin, Docetaxel–Cisplatin... Trong đó, phác đồ Docetaxel–Cisplatin được dùng phổ biến và tỏ ra hiệu quả đối với ung thư biểu mô tế bào vảy – thể mô bệnh học chủ yếu tại Việt Nam.³ Tuy nhiên, tại Việt Nam chưa có nghiên cứu chính thức đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phác đồ này. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả điều trị và các tác dụng không mong muốn của phác đồ Docetaxel–Cisplatin trên nhóm bệnh nhân UTTQ tái phát, di căn, góp phần mở rộng lựa chọn cho thực hành điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thực quản giai đoạn tái phát hoặc di căn, được điều trị hóa chất phác đồ Docetaxel–Cisplatin tại Bệnh viện K từ tháng 6

¹Bệnh viện Đa khoa Việt Đức

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Anh

Email: vietanh.hmu93@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025