

# ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC VÀ HOÁ MÔ MIỄN DỊCH CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN VÚ XÂM NHẬP BỘC LỘ HER2 THẤP

Đào Thanh Lan<sup>1,2</sup>, Bùi Thị Mỹ Hạnh<sup>1</sup>, Nguyễn Sỹ Lánh<sup>1,3</sup>,  
Dương Hoàng Hảo<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Hải<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Gần đây, sự ra đời của các liên hợp kháng thể - thuốc đã cho thấy hiệu quả trên nhóm ung thư biểu mô (UTBM) tuyến vú xâm nhập bộc lộ HER2 thấp mà trước đây không đáp ứng với trastuzumab đơn thuần. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều tranh luận về việc đây có phải là một nhóm phân tử riêng biệt hay không. **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm mô bệnh học và hoá mô miễn dịch (HMMD) của UTBM tuyến vú xâm nhập bộc lộ HER2 thấp. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 314 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán UTBM tuyến vú xâm nhập trên bệnh phẩm phẫu thuật tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều từ tháng 8 năm 2023 đến tháng 8 năm 2024. **Kết quả:** UTBM tuyến vú xâm nhập bộc lộ HER2 thấp có tip mô bệnh học thường gặp nhất là UTBM xâm nhập, tip không đặc biệt (93,7%). Độ mô học thường gặp nhất là độ II (75,8%). Tỷ lệ xâm nhập mạch và xâm nhập quanh thần kinh lần lượt là 14,0% và 5,1%. Tỷ lệ di căn hạch là 33,4%. U thường có chỉ số tiên lượng Nottingham (NPI) trung bình, chiếm tỷ lệ 52,9%. Tỷ lệ ER và PR dương tính lần lượt là 90,4% và 86,4%. Tỷ lệ bộc lộ Ki-67 thấp và cao lần lượt là 40,8% và 59,2%. Phân tip phân tử Lồng ống B/HER2 âm tính hay gặp nhất với tỷ lệ 56,1%. **Kết luận:** UTBM tuyến vú xâm nhập bộc lộ HER2 thấp chủ yếu thuộc tip không đặc biệt, có độ mô học II, có thụ thể nội tiết dương tính và chỉ số Ki-67 cao. Những đặc điểm này tương ứng với đặc điểm của phân nhóm phân tử Lồng ống B, một nhóm có nguy cơ tái phát cao hơn sau điều trị nội tiết. Việc xác định chính xác tình trạng HER2 thấp là cực kỳ quan trọng, giúp mở ra lựa chọn điều trị có hiệu quả cao cho rất nhiều BN.

**Từ khoá:** Ung thư vú, HER2 thấp, hoá mô miễn dịch, mô bệnh học

## SUMMARY

### HISTOPATHOLOGICAL AND IMMUNOHISTOCHEMICAL CHARACTERISTICS OF HER2-LOW INVASIVE BREAST CARCINOMA

**Introduction:** Recently, the advent of antibody-drug conjugates has shown efficacy in the HER2-low invasive breast carcinoma group, which previously did not respond to trastuzumab monotherapy. However, there is still much debate about whether this

constitutes a distinct molecular subgroup. **Objective:** To describe histopathological and immunohistochemical characteristics of HER2-low invasive breast carcinoma. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 314 patients diagnosed with invasive breast carcinoma from surgical specimens at K Hospital from August 2023 to August 2024. **Results:** The most common histopathological type of HER2-low invasive breast carcinoma was invasive carcinoma of no special type (93.7%). The most frequent histological grade was grade II (75.8%). The rates of lymphovascular invasion and perineural invasion were 14.0% and 5.1%, respectively. The rate of lymph node metastasis was 33.4%. Tumors commonly had an intermediate Nottingham Prognostic Index (NPI), accounting for 52.9%. The rates of ER and PR positivity were 90.4% and 86.4%, respectively. The rates of low and high Ki-67 expression were 40.8% and 59.2%, respectively. The Luminal B/HER2-negative molecular subtype was the most common, at a rate of 56.1%. **Conclusion:** HER2-low invasive breast carcinoma is predominantly of the no special type, with histological grade II, positive hormone receptors, and a high Ki-67 index. These characteristics correspond to the Luminal B molecular subtype, a group with a higher risk of recurrence after endocrine therapy. The accurate identification of HER2-low status is therefore critically important, as it opens up a highly effective treatment option with new-generation antibody-drug conjugates.

**Keywords:** Breast cancer, HER2-low, immunohistochemistry, histopathology.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư phổ biến nhất ở nữ giới, chiếm 23,8% các trường hợp ung thư mới mắc và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư ở nữ giới trên toàn cầu [1]. Hiện nay, ung thư vú được chia thành các nhóm phân tử: Lồng ống A, Lồng ống B, HER2 dương tính và Bộ ba âm tính. Trong đó, việc phân loại HER2 dương tính hay âm tính theo hướng dẫn của Hội Ung thư lâm sàng Hoa Kỳ (ASCO)/Hiệp hội bệnh học Hoa Kỳ (CAP) sẽ quyết định việc người bệnh có được điều trị bằng kháng thể đơn dòng kháng HER2 hay không.

Gần đây, nhóm ung thư vú bộc lộ HER2 thấp (được xác định là HER2 1+ trên HMMD hoặc HER2 2+ trên HMMD kèm kết quả lai tại chỗ (ISH) âm tính) đang được nghiên cứu nhiều hơn từ khi thử nghiệm lâm sàng pha III DESTINY-Breast04 chứng minh liên hợp kháng thể - thuốc trastuzumab-deruxtecan (T-DXd) đem lại hiệu quả

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đào Thanh Lan

Email: dao.thanhlan1796@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025

trên nhóm đối tượng này. Điều này đã tạo nên một lựa chọn điều trị mới cho những người bệnh mà trước đây được phân loại là HER2 âm tính.

Ung thư vú HER2 thấp chiếm một tỷ lệ đáng kể trong ung thư vú (45 – 55%), tuy nhiên vẫn còn nhiều tranh cãi về việc đây có phải là một nhóm phân tử riêng biệt hay không. Việc xác định các đặc điểm mô bệnh học và HMMD của nhóm đối tượng này sẽ giúp hiểu rõ hơn bản chất sinh học của bệnh và hỗ trợ trong quá trình điều trị cá thể hóa. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả một số đặc điểm mô bệnh học và HMMD của UTBM tuyến vú xâm nhập bộc lộ HER2 thấp tại bệnh viện K.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu trên 314 BN được chẩn đoán UTBM tuyến vú xâm nhập trên bệnh phẩm phẫu thuật tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều từ tháng 8 năm 2023 đến tháng 8 năm 2024.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN được chẩn đoán UTBM tuyến vú xâm nhập trên bệnh phẩm phẫu thuật, không điều trị tân bổ trợ, có kết quả HER2 1+ hoặc HER2 2+/ISH âm tính. Hồ sơ bệnh án có đầy đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu, có tiêu bản và khối nén chứa đủ bệnh phẩm nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** BN có ung thư vú tái phát hoặc ung thư vú tại chỗ; Có ung thư khác kèm theo; Ung thư từ nơi khác di căn tới vú; Ung thư vú ở nam giới.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**Cỡ mẫu và chọn mẫu:** Cỡ mẫu 314 BN, chọn mẫu toàn bộ thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn.

**Quy trình nghiên cứu:** Chúng tôi sử dụng các tiêu bản nhuộm Hematoxylin – Eosin (HE) để đánh giá các đặc điểm mô bệnh học, bao gồm:

- Đánh giá tít mô bệnh học theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTGG) 2019.

- Đánh giá độ mô học theo hệ thống phân độ mô học Scraff – Bloom – Richardson cải biên.

- Đánh giá tình trạng xâm nhập mạch theo hướng dẫn của Hội nghị Ung thư vú Quốc tế St Gallen 2011.

- Đánh giá tình trạng xâm nhập quanh thần kinh khi tế bào u xuất hiện xung quanh hoặc trong dây thần kinh.

- Đánh giá tình trạng hạch theo Phân loại TNM của Ủy ban Ung thư Hoa Kỳ (AJCC) lần thứ 8.

- Đánh giá chỉ số tiên lượng Nottingham (NPI) theo công thức Nottingham.

Chúng tôi sử dụng các tiêu bản nhuộm

HMMD để đánh giá các đặc điểm HMMD. Kỹ thuật nhuộm HMMD được thực hiện bằng máy với các kháng thể và độ pha loãng được trình bày trong bảng 1:

**Bảng 1: Đặc điểm về kỹ thuật nhuộm HMMD các dấu ấn ER, PR, HER2, Ki-67**

Dấu ấn	Clone	Hãng sản xuất	Độ pha loãng	Cách bắt màu
ER	SP1	Ventana	Pha sẵn	Nhân
PR	1E2	Ventana	Pha sẵn	Nhân
HER2	4B5	Ventana	Pha sẵn	Màng bào tương
Ki-67	MIB-1	Dako	1/150	Nhân

- Đánh giá kết quả:

+ ER, PR: Theo hướng dẫn của ASCO/CAP, ER, PR dương tính khi  $\geq 1\%$  nhân tế bào u bắt màu.

+ HER2: Theo hướng dẫn của ASCO/CAP 2023, HER2 1+ khi màng bào tương bắt màu mờ nhạt không hoàn toàn  $> 10\%$  tế bào u; HER2 2+ khi toàn bộ màng bào tương bắt màu yếu - trung bình  $> 10\%$  tế bào u hoặc bắt màu mạnh  $\leq 10\%$  tế bào u.

+ Ki-67: Theo Khuyến nghị của Nhóm thực hành quốc tế về Ki-67 trong ung thư vú (The International Ki-67 in Breast Cancer Working Group), mức độ bộc lộ Ki-67 tính theo phần trăm tế bào u dương tính trên tổng số tế bào u quan sát tại vùng hotspot (vùng có mật độ u dương tính với Ki-67 nhiều nhất). Quan sát trên ít nhất 3 HPF ngẫu nhiên (ít nhất 500 – 1000 tế bào u xâm nhập). Theo Hội nghị Ung thư vú Quốc tế St. Gallen 2015, chỉ số Ki-67 được chia thành thấp ( $< 20\%$ ) và cao ( $\geq 20\%$ ).

**Xử lý số liệu:** Số liệu, thông tin thu thập trình bày theo mẫu phiếu thu thập số liệu. Mã hoá dữ liệu và xử lý thông tin bằng phần mềm SPSS 26.0.

**Đạo đức nghiên cứu:** Đề tài được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học bệnh viện K chấp thuận theo giấy chứng nhận số 1400/BVK-HĐĐĐ ngày 28 tháng 4 năm 2025.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

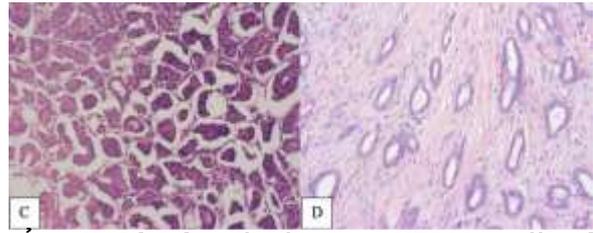
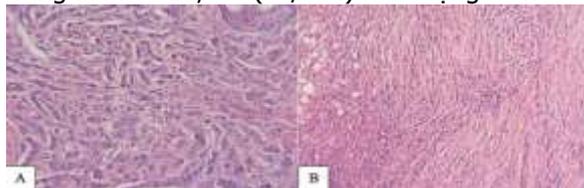
**3.1. Một số đặc điểm mô bệnh học.** Các đặc điểm mô bệnh học của UTBM tuyến vú xâm nhập bộc lộ HER2 thấp được trình bày trong bảng 2:

**Bảng 2: Một số đặc điểm mô bệnh học UTBM tuyến vú xâm nhập bộc lộ HER2 thấp**

Đặc điểm mô bệnh học		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tít mô bệnh học	UTBM xâm nhập, tít không đặc biệt (NST)	294	93,7
	UTBM tiêu thụ xâm nhập	11	3,5

	UTBM vi nhú xâm nhập	5	1,6
	UTBM nhú	2	0,6
	UTBM ống nhỏ	1	0,3
	UTBM với sự biệt hoá bán hủy	1	0,3
<b>Độ mô học</b>	Độ I	15	4,8
	Độ II	238	75,8
	Độ III	61	19,4
<b>Xâm nhập mạch</b>	Có	44	14,0
	Không	270	86,0
<b>Xâm nhập quanh thần kinh</b>	Có	16	5,1
	Không	298	94,9
<b>Tình trạng hạch</b>	Không di căn (N0)	209	66,6
	Di căn 1-3 hạch nách (N1)	78	24,8
	Di căn 4-9 hạch nách (N2)	22	7,0
	Di căn ≥ 10 hạch nách (N3)	05	1,6
<b>Chỉ số tiên lượng NPI</b>	Tiên lượng tốt (NPI <3,4)	112	35,7
	Tiên lượng trung bình (NPI = 3,4-5,4)	166	52,9
	Tiên lượng xấu (NPI >5,4)	36	11,4

**Nhận xét:** Nghiên cứu trên 314 trường hợp ghi nhận 6 típ mô bệnh học của UTBM tuyến vú xâm nhập, trong đó thường gặp nhất là UTBM xâm nhập, típ không đặc biệt với 294 trường hợp (93,7%). Tiếp đến là UTBM tiểu thùy xâm nhập với 11 trường hợp (3,5%). UTBM vi nhú xâm nhập gặp ở 5 trường hợp (1,6%), UTBM nhú gặp ở 2 trường hợp (0,6%). UTBM ống nhỏ và UTBM với sự biệt hoá bán hủy ít nhất với 1 trường hợp (0,3%). Độ mô học II chiếm tỷ lệ cao nhất 75,8% (238/314). Tỷ lệ xâm nhập mạch và xâm nhập quanh thần kinh lần lượt là 14,0% (44/314) và 5,1% (16/314). Đa số trường hợp không di căn hạch với tỷ lệ 66,6% (209/314). Trong số các trường hợp di căn hạch, có 24,8% (78/314) trường hợp di căn 1 – 3 hạch nách, 7,0% (22/314) trường hợp di căn 4 – 9 hạch nách và 1,6% (05/314) trường hợp di căn ≥ 10 hạch nách. Chỉ số tiên lượng NPI trung bình là 4,0 ± 1,0; trong đó phân bố lần lượt là 35,7% (112/314) tiên lượng tốt, 52,9% (166/314) tiên lượng trung bình và 11,4% (36/314) tiên lượng xấu.



**Ảnh 1: Các típ mô bệnh học UTBM tuyến vú xâm nhập HER2 thấp theo phân loại TCYTGG 2019**

UTBM xâm nhập, típ không đặc biệt (A, HEx200), UTBM tiểu thùy xâm nhập (B, HEx100), UTBM vi nhú xâm nhập (C, HEx200), UTBM ống nhỏ (D, HEx200)

**3.2. Một số đặc điểm hoá mô miễn dịch**

**Bảng 3: Tỷ lệ bộc lộ các dấu ấn ER, PR, HER2 và Ki-67**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>ER</b>	Dương tính	284	90,4
	Âm tính	30	9,6
<b>PR</b>	Dương tính	265	84,4
	Âm tính	49	15,6
<b>HER2</b>	1+	246	78,3
	2+	68	21,7
<b>Ki-67</b>	Thấp (< 20%)	128	40,8
	Cao (≥ 20%)	186	59,2
<b>Phân nhóm phân tử</b>	Lòng ống A	108	34,4%
	Lòng ống B/HER2 âm tính	176	56,1%
	Bộ ba âm tính	30	9,5%

**Nhận xét:** Bảng 3 cho thấy UTBM tuyến vú xâm nhập bộc lộ HER2 thấp phần lớn có ER và PR dương tính, lần lượt là 90,4% (284/314) và 84,4% (265/314). Đa số u bộc lộ HER2 ở mức 1+ trên HMMD, chiếm 78,3% (246/314). Khối u thường bộc lộ Ki-67 ở mức cao, chiếm tỷ lệ là 59,2% (186/314), nhiều hơn so với nhóm bộc lộ Ki-67 thấp, chiếm 40,8% (128/314). Phân nhóm phân tử Lòng ống B/HER2 âm tính chiếm tỷ lệ lớn trong UTBM tuyến vú xâm nhập bộc lộ HER2 thấp với tỷ lệ 56,1% (176/314). Phân nhóm Lòng ống A và Bộ ba âm tính chiếm tỷ lệ lần lượt là 34,4% (108/314) và 9,5% (30/314).

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy UTBM tuyến vú bộc lộ HER2 thấp có đặc điểm mô bệnh học và HMMD tương đối đồng nhất. Đây là nhóm các khối u chủ yếu thuộc típ NST, độ mô học trung bình, có thụ thể nội tiết (ER/PR) dương tính và chỉ số Ki-67 cao, tương ứng với phân nhóm phân tử Lòng ống B.

**Bảng 4: So sánh đặc điểm mô bệnh học và HMMD của UTBM tuyến vú xâm nhập bậc lộ HER2 thấp với một số nghiên cứu trên thế giới**

Đặc điểm	Chúng tôi (2025)	Xu (2022) [4]	Won (2022) [3]	Yang M (2023) [5]	Liu (2023) [2]
Cỡ mẫu (n)	314	598	9.506	306	1.761
Típ NST (%)	93,7	90,47	95,8	Không rõ	90,1
Độ mô học II (%)	75,8	62,04	46,7	59,5	62,4
Không di căn hạch (N0) (%)	66,6	55,69	64,4	62,7	62,1
ER dương tính (%)	90,4	87,79	33,6	90,5	80,9
PR dương tính (%)	84,4	88,29	(HR dương tính)	84,3	(HR dương tính)
Ki-67 cao (%)	59,2(≥20%)	25,42(>30%)	34,4(≥20%)	46,4(>20%)	73,9(>14%)

So sánh với một số nghiên cứu trên thế giới (Bảng 4), kết quả của chúng tôi về tỷ lệ típ NST (93,7%) và độ mô học II (75,8%) khá tương đồng với nghiên cứu của Xu (2022) tại Trung Quốc (tỷ lệ típ NST chiếm 90,47% và độ mô học II chiếm 62,04%) [5]. Tỷ lệ ER và PR dương tính cũng rất phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới, khẳng định rằng phần lớn các khối u HER2 thấp là các khối u phụ thuộc nội tiết. Tỷ lệ không di căn hạch (66,6%) trong nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng với kết quả của Won (2022) và Liu (2023) [3,4]. Sự tương đồng này góp phần cho thấy các đặc điểm sinh học của ung thư vú bậc lộ HER2 thấp có tính nhất quán cao giữa các quần thể khác nhau.

Một điểm đáng chú ý là sự khác biệt trong tỷ lệ bậc lộ Ki-67. Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng ngưỡng 20% theo khuyến nghị của Hội nghị St. Gallen, trong khi các nghiên cứu khác có thể sử dụng các ngưỡng khác nhau, dao động từ 14% tới 30%. Sự không đồng nhất về ngưỡng cut-off này gây khó khăn cho việc so sánh trực tiếp nhưng xu hướng chung vẫn cho thấy một tỷ lệ đáng kể các khối u bậc lộ HER2 thấp có chỉ số Ki-67 cao.

Sự kết hợp của các đặc điểm HMMD gồm thụ thể nội tiết dương tính, HER2 thấp và Ki-67 cao chỉ ra rằng phần lớn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi thuộc phân nhóm Lòng ống B, chiếm tỷ lệ 56,1%. Đây là đặc điểm rất quan trọng trong điều trị và tiên lượng bệnh. Những trường hợp thuộc nhóm phân tử Lòng ống B thường được điều trị ban đầu bằng liệu pháp nội tiết, nhưng do chỉ số Ki-67 cao nên có nguy cơ kháng thuốc và tái phát cao hơn so với nhóm Lòng ống A. Tuy nhiên, thử nghiệm lâm sàng pha III DESTINY-Breast04 đã chứng minh T-DXd giúp cải thiện đáng kể thời gian sống thêm toàn bộ và thời gian sống thêm không tiến triển so với hoá trị truyền thống trên những người bệnh ung thư vú di căn bậc lộ HER2 thấp đã được điều trị trước đó. Do đó, kết quả của chúng tôi cho thấy một bộ phận lớn BN ung thư vú tại Việt Nam có

thể hưởng lợi từ liệu pháp này.

Để hiểu rõ hơn về vị trí của nhóm ung thư vú bậc lộ HER2 thấp trong phổ sinh học của ung thư vú, việc so sánh các đặc điểm của nó với hai nhóm HER2 0 và HER2 dương tính là rất cần thiết. So với các khối u bậc lộ HER2 0, các khối u bậc lộ HER2 thấp thường có các đặc điểm sinh học thuận lợi hơn. Nhiều nghiên cứu và phân tích gộp đã chỉ ra rằng nhóm bậc lộ HER2 thấp có tỷ lệ dương tính với thụ thể nội tiết cao hơn, độ mô học thấp hơn (thường là độ 1/2 so với độ 3 ở nhóm HER2 0), và chỉ số Ki-67 có xu hướng thấp hơn. Những đặc điểm này cho thấy một kiểu hình ít hung hăng hơn, và thực tế, nhiều nghiên cứu đã xác nhận rằng bệnh nhân HER2 thấp có tiên lượng sống còn toàn bộ (OS) và sống còn không bệnh (DFS) tốt hơn so với nhóm HER2 0, bất kể tình trạng thụ thể nội tiết. Ngược lại, khi so sánh với các khối u HER2 dương tính, sự khác biệt lại càng rõ rệt. Các khối u HER2 dương tính kinh điển thường có độ mô học cao, tỷ lệ dương tính với thụ thể nội tiết thấp và được xem là có độ ác tính cao hơn. Trong khi đó, các khối u HER2 thấp, như trong nghiên cứu của chúng tôi, lại chủ yếu có độ mô học trung bình và dương tính mạnh với thụ thể nội tiết. Như vậy, có thể thấy các khối u bậc lộ HER2 thấp mang nhiều đặc điểm của ung thư vú típ lòng ống và có nhiều khác biệt so với cả hai nhóm bậc lộ HER2 0 và HER2 dương tính.

Tuy nhiên, bản chất sinh học của ung thư vú bậc lộ HER2 thấp vẫn còn nhiều tranh cãi. Các phát hiện của chúng tôi cho thấy tình trạng HER2 thấp xuất hiện ở cả ba phân nhóm phân tử (Lòng ống A, Lòng ống B, và Bộ ba âm tính), ủng hộ giả thuyết rằng đây không phải là một phân nhóm sinh học riêng biệt. Nó đại diện cho một dấu ấn sinh học dự báo điều trị hơn là một thực thể bệnh lý độc lập.

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Thứ nhất, thiết kế cắt ngang không cho phép theo dõi kết cục sống còn của BN. Thứ hai, đây là một nghiên cứu đơn trung tâm, kết quả

có thể không hoàn toàn đại diện cho toàn bộ quần thể bệnh nhân ung thư vú tại Việt Nam. Các hướng nghiên cứu trong tương lai nên tập trung vào các nghiên cứu tiền cứu, đa trung tâm để đánh giá đáp ứng điều trị với T-DXd và tiên lượng dài hạn của bệnh nhân ung thư vú HER2 thấp tại Việt Nam.

## V. KẾT LUẬN

UTBM tuyến vú xâm nhập bậc I HER2 thấp chủ yếu thuộc tít không đặc biệt, có độ mô học II, có thụ thể nội tiết dương tính và chỉ số Ki-67 cao. Những đặc điểm này tương ứng với đặc điểm của phân nhóm phân tử lòng ống B, một nhóm có nguy cơ tái phát cao hơn sau điều trị nội tiết. Việc xác định chính xác tình trạng HER2 thấp là cực kỳ quan trọng, giúp mở ra lựa chọn điều trị có hiệu quả cao cho rất nhiều BN.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J,

Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2024;74(3):229-63.

2. Liu C-G, Li Y-F, Ma T-Y, Lv M, Lv Z-D, Wang Y-Y, et al. Clinicopathological characteristics and prognosis of early-stage HER2 low-expression breast cancer: a single-center retrospective study. Frontiers in Oncology. 2023;13:1130734.
3. Won HS, Ahn J, Kim Y, Kim JS, Song J-Y, Kim H-K, et al. Clinical significance of HER2-low expression in early breast cancer: a nationwide study from the Korean Breast Cancer Society. Breast Cancer Research. 2022;24(1):22.
4. Xu H, Han Y, Wu Y, Wang Y, Li Q, Zhang P, et al. Clinicopathological characteristics and prognosis of HER2-low early-stage breast cancer: a single-institution experience. Frontiers in oncology. 2022;12:906011.
5. Yang M, Sun J, Liu L, Kong X, Lin D, Zhou H, et al. Clinicopathological characteristics of HER2-low breast cancer: a retrospective study. Scientific Reports. 2023;13(1):12382.

## NỒNG ĐỘ VITAMIN D HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN VIÊM DA TIẾT BÃ

Mạc Nhi Trân<sup>1</sup>, Văn Thế Trung<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định nồng độ vitamin D huyết thanh ở bệnh nhân viêm da tiết bã và mối liên quan giữa nồng độ này với mức độ nặng của bệnh. **Đôi tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, thực hiện trên 45 bệnh nhân viêm da tiết bã và 45 người chứng khỏe mạnh tại **Bệnh viện Da Liễu TP.HCM**. Nồng độ 25(OH)D được đo bằng phương pháp miễn dịch điện hóa phát quang (ECLIA). Mức độ nặng bệnh được đánh giá bằng thang điểm SDASI. Sử dụng kiểm định Mann-Whitney U, Chi bình phương và hệ số tương quan Spearman để phân tích thống kê. **Kết quả:** Nồng độ vitamin D huyết thanh trung vị ở nhóm bệnh là 21,9 ng/ml (IQR: 20,1–25,6), thấp hơn nhóm chứng (23,7 ng/ml; IQR: 21,4–29,5) một cách có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,01$ ). Tỷ lệ thiếu vitamin D (<20 ng/ml) ở nhóm bệnh là 24,4%, cao hơn nhóm chứng (8,9%) ( $p = 0,048$ ). Có mối tương quan nghịch mức độ trung bình giữa nồng độ vitamin D và điểm SDASI ( $r = -0,4$ ;  $p = 0,009$ ). Bệnh nhân có nồng độ vitamin D <30 ng/ml có điểm SDASI trung bình cao hơn so với nhóm  $\geq 30$  ng/ml ( $p = 0,015$ ). **Kết luận:** Bệnh nhân viêm da tiết bã có nồng độ vitamin D huyết thanh thấp hơn và tỷ lệ thiếu vitamin D cao hơn so với nhóm chứng khỏe mạnh. Nồng độ vitamin D có liên

quan nghịch với mức độ nặng của bệnh, gợi ý vai trò tiềm năng của vitamin D trong bệnh sinh và diễn tiến lâm sàng của viêm da tiết bã. **Từ khóa:** Viêm da tiết bã, thiếu vitamin D, thang điểm SDASI

### SUMMARY

#### SERUM VITAMIN D LEVEL IN PATIENTS WITH SEBORRHEIC DERMATITIS

**Objective:** To determine the serum vitamin D levels in patients with seborrheic dermatitis and assess the association between vitamin D levels and disease severity. **Subjects and Methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 45 patients with seborrheic dermatitis and 45 healthy controls at the Ho Chi Minh City Hospital of Dermatology and Venereology. Serum 25(OH)D levels were measured using electrochemiluminescence immunoassay (ECLIA). Disease severity was evaluated using the Seborrheic Dermatitis Area Severity Index (SDASI). Statistical analyses included the Mann-Whitney U test, Chi-squared test, and Spearman correlation. **Results:** The median serum vitamin D level in the patient group was 21.9 ng/ml (IQR: 20.1–25.6), significantly lower than that of the control group (23.7 ng/ml; IQR: 21.4–29.5) ( $p = 0.01$ ). The prevalence of vitamin D deficiency (<20 ng/ml) was 24.4% in patients compared to 8.9% in controls ( $p = 0.048$ ). A moderate negative correlation was observed between serum vitamin D levels and SDASI scores ( $r = -0.4$ ;  $p = 0.009$ ). Patients with vitamin D levels <30 ng/ml had significantly higher SDASI scores than those with levels  $\geq 30$  ng/ml ( $p = 0.015$ ). **Conclusion:** Patients with seborrheic dermatitis had lower serum vitamin D levels and a higher prevalence of deficiency compared

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Văn Thế Trung

Email: trungvan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 16.9.2025