ISSN: 1859-1779

Nghiên cứu Y học
Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh;29(12):204-212
https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.26

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và lựa chọn phương pháp phẫu thuật ung thư dương vật tại Bệnh viện Chợ Rẫy

Nguyễn Ngọc Thái[1,*], Thái Minh Sâm[2,3], Lê Phan Nhật Duy[1], Hoàng Quang Huy[4], Nguyễn Trường Mạnh[1]

[1]Trường Y - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
[2]Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
[3]Khoa Y - Đại học Nguyễn Tất Thành, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
[4]Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 2, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Ung thư dương vật (UTDV) là bệnh lý ác tính hiếm gặp nhưng gây ảnh hưởng nặng nề về thể chất, tâm lý và xã hội cho người bệnh. Lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ, tuy nhiên quy trình đánh giá này ít khi được mô tả một cách hệ thống theo từng trung tâm.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố liên quan đơn biến giữa các yếu tố trước phẫu thuật với lựa chọn phương pháp phẫu thuật ở bệnh nhân UTDV.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca tất cả bệnh nhân được chẩn đoán UTDV và được can thiệp ngoại khoa từ 01/01/2020 đến 30/06/2025 tại bệnh viện Chợ Rẫy.

Kết quả: Ghi nhận 53 trường hợp với tuổi trung bình 53,8 ± 9,9. U sùi là triệu chứng lúc nhập viện thường gặp nhất (50/53; 94,3%) và bướu ở quy đầu chiếm 90,6%. Khám phát hiện hạch bẹn ở 23/48 (47,9%) trường hợp. Siêu âm bẹn-bìu, chụp cắt lớp vi tính bụng-chậu và cộng hưởng từ chậu được thực hiện lần lượt ở 29/53 (54,7%), 10/53 (18,9%) và 32/53 (60,4%). Carcinoma tế bào gai là mô học thường gặp nhất, chiếm 43/53 (81,1%). Trong 51 bệnh nhân được chỉ định cắt dương vật, 35 (68,6%) trường hợp được chỉ định phẫu thuật cắt một phần dương vật và 16 (31,4%) được phẫu thuật cắt dương vật tận gốc. Trong 40 trường hợp có ghi nhận cT, tỷ lệ cắt dương vật tận gốc tăng dần theo cT: 0% ở cTis-cT1, 6,3% ở cT2, 35,7% ở cT3 và 83,3% ở cT4 (kiểm định khuynh hướng Cochran-Armitage, p <0,001).

Kết luận: UTDV chủ yếu gặp ở nam giới trung niên và lớn tuổi. Bệnh nhân đến khám khi đã có tổn thương đại thể rõ và xâm lấn đáng kể. Chỉ định phẫu thuật cắt một phần dương vật chiếm ưu thế ở nhóm cTis-cT2, trong khi tỷ lệ phẫu thuật cắt tận gốc tăng dần theo giai đoạn cT. Đây là các liên quan đơn biến mang tính mô tả tại một trung tâm, cần được kiểm chứng trên cỡ mẫu lớn hơn

Từ khóa: ung thư dương vật; carcinoma tế bào gai; hạch bẹn; cắt dương vật

Ngày nhận bài: 26-07-2026 / Ngày chấp nhận đăng bài: 17-10-2026 / Ngày đăng bài: 23-10-2026
*Tác giả liên hệ: Nguyễn Ngọc Thái. Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: nguyenngocthai@ump.edu.vn
© 2026 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Abstract

CLINICAL AND DIAGNOSTIC CHARACTERISTICS AND CHOICE OF SURGICAL APPROACH IN PENILE CANCER AT CHO RAY HOSPITAL

Nguyen Ngoc Thai, Thai Minh Sam, Le Phan Nhat Duy, Hoang Quang Huy, Nguyen Truong Manh

Background: Penile cancer is a rare malignancy with substantial physical, psychological, and social impacts on patients. Selection of the surgical approach depends on preoperative clinical assessment and diagnostic investigations; however, this assessment process is rarely described systematically at individual institutions.

Objectives: To describe clinical characteristics, diagnostic investigations, and univariable associations between preoperative factors and the choice of surgical procedure in patients with penile cancer.

Methods: This retrospective descriptive case series included all patients diagnosed with penile cancer who underwent surgical intervention at Cho Ray Hospital between January 1, 2020, and June 30, 2025.

Results: Fifty-three patients were included, with a mean age of 53.8 ± 9.9 years. An exophytic mass was the most common presenting manifestation (50/53; 94.3%), and the glans was the tumor site in 90.6% of cases. Palpable inguinal lymph nodes were identified in 23/48 patients (47.9%). Groin and scrotal ultrasonography, abdominal–pelvic computed tomography, and pelvic magnetic resonance imaging were performed in 29/53 (54.7%), 10/53 (18.9%), and 32/53 (60.4%) patients, respectively. Squamous cell carcinoma was the most common histological type, accounting for 43/53 cases (81.1%). Among the 51 patients selected for penectomy, 35 (68.6%) underwent partial penectomy and 16 (31.4%) underwent total penectomy. Among the 40 patients with a documented clinical T category (cT), the proportion undergoing total penectomy increased progressively with cT: 0% for cTis–cT1, 6.3% for cT2, 35.7% for cT3, and 83.3% for cT4 (Cochran–Armitage trend test, $p < 0.001$).

Conclusions: Penile cancer predominantly affected middle-aged and older men. Patients presented with overt lesions and substantial local invasion. Partial penectomy was the predominant surgical approach in patients with cTis–cT2 disease, whereas the proportion undergoing total penectomy increased with advancing cT category. These findings represent descriptive, univariable associations from a single institution and require validation in larger cohorts.

Keywords: penile cancer; squamous cell carcinoma; inguinal lymph nodes; penectomy

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dương vật (UTDV) là bệnh lý ác tính hiếm gặp, chiếm dưới 1% các ung thư ở nam giới. GLOBOCAN 2022 (Dự án ước tính gánh nặng ung thư toàn cầu của Cơ quan Nghiên cứu Ung thư Quốc tế, IARC), UTDV nằm trong nhóm ung thư hiếm gặp nhất ở nam giới, với tỷ suất mắc chuẩn hóa theo tuổi dưới 1/100.000 nam giới – năm ở phần lớn quốc gia [1]. Bệnh gây ảnh hưởng đáng kể đến chức năng đi tiểu, chức năng tình dục, sức khỏe tâm lý và đời sống xã hội của người bệnh. Hơn 95% trường hợp là carcinoma tế bào gai, thường xuất phát từ quy đầu hoặc bao quy đầu [2].

Đánh giá ban đầu bệnh nhân UTDV cần bao gồm khai thác triệu chứng, thời gian khởi phát, vị trí và kích thước bướu, mức độ xâm lấn tại chỗ, tình trạng hạch bẹn, đặc điểm hình ảnh học và phân độ mô học [2,3]. Theo hướng dẫn của Hội Niệu khoa Châu Âu - Hội Ung thư lâm sàng Hoa Kỳ (European Association of Urology - American Society of Clinical Oncology, EAU - ASCO) và của Mạng lưới Ung thư Toàn diện Quốc gia Hoa Kỳ (National Comprehensive Cancer Network – NCCN), đánh giá bướu nguyên phát và hạch vùng có vai trò quyết định trong lựa chọn điều trị, đặc biệt vì tình trạng hạch bẹn là yếu tố tiên lượng quan trọng [2,4]. Tuy nhiên, mọi thông tin có được trước mổ đều mang giới hạn riêng: hạch bẹn sờ thấy trên lâm sàng có thể là hạch viêm phản ứng đi kèm tình trạng nhiễm khuẩn của bướu chứ không phải hạch di căn, và mức độ xâm lấn ước lượng trên hình ảnh học

không luôn tương ứng với kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.

Tại Việt Nam đã có những nghiên cứu có giá trị về UTDV, được thực hiện tại các trung tâm uy tín với cỡ mẫu lớn và thời gian theo dõi dài, tập trung chủ yếu vào xử trí hạch bẹn và kết quả điều trị. Tuy nhiên, phần đánh giá trước mổ - bao gồm biểu hiện lúc nhập viện, mức độ sử dụng các phương tiện hình ảnh học, tính đầy đủ của việc ghi nhận giai đoạn lâm sàng và cách các yếu tố này đi kèm với lựa chọn phương pháp phẫu thuật - ít khi được mô tả một cách hệ thống theo từng trung tâm. Đây là khoảng trống mà nghiên cứu này hướng tới. Nghiên cứu là một tổng kết kết quả chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật UTDV trong một khoảng thời gian xác định tại Bệnh viện Chợ Rẫy, nhằm cung cấp dữ liệu tham chiếu về thực hành đánh giá trước mổ tại một trung tâm tuyến cuối, với hai mục tiêu: (1) mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước mổ của bệnh nhân UTDV; và (2) khảo sát mối liên quan đơn biến giữa các yếu tố trước mổ với lựa chọn phương pháp phẫu thuật. Nghiên cứu tập trung vào 2 mục tiêu trên, không nhằm đánh giá kết quả điều trị và chủ đích không phân tích dữ liệu giải phẫu bệnh sau mổ hay kết cục theo dõi.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên bệnh nhân được chẩn đoán UTDV tại bệnh viện Chợ Rẫy từ ngày 01/01/2020 đến ngày 30/06/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán UTDV trong thời gian nghiên cứu, được can thiệp ngoại khoa tại bệnh viện Chợ Rẫy và hồ sơ có đủ thông tin chính về biểu hiện lâm sàng, phương tiện cận lâm sàng hoặc mô bệnh học để đưa vào phân tích.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân được chẩn đoán UTDV nhưng không được can thiệp ngoại khoa tại bệnh viện trong thời gian nghiên cứu (hóa trị hoặc xạ trị tiên phát, điều trị giảm nhẹ đơn thuần, hoặc bỏ điều trị); hồ sơ không xác định được ngày phẫu thuật hoặc thiếu toàn bộ dữ liệu lâm sàng và cận lâm sàng chính.

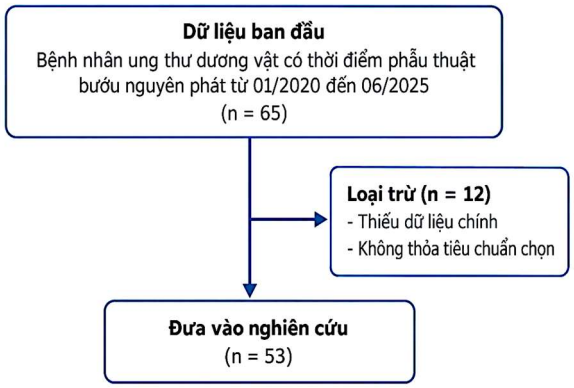
2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả. Báo cáo được trình bày theo khuyến cáo STROBE dành cho nghiên cứu quan sát.

2.2.2. Cỡ mẫu

Trích xuất dữ liệu phẫu thuật có 65 trường hợp bệnh nhân có ngày phẫu thuật trong thời gian từ 01/01/2020 đến 30/06/2025; 12 trường hợp thiếu dữ liệu hoặc không thoả tiêu chuẩn chọn bị loại khỏi nghiên cứu hiện tại; còn 53 trường hợp được đưa vào phân tích mô tả (Hình 1).



Hình 1. Lưu đồ chọn mẫu theo khuyến cáo STROBE

2.2.3. Phương pháp thực hiện

Ca bệnh được truy xuất từ hệ thống bệnh án điện tử của bệnh viện theo mã ICD-10 C60 (Bướu ác của dương vật), sau đó đối chiếu với sổ phẫu thuật và sổ giải phẫu bệnh trong cùng giai đoạn để tránh sai sót.

2.2.4. Biến số nghiên cứu

Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và biểu mẫu nghiên cứu, gồm: tuổi, khu vực sinh sống, nghề nghiệp, bệnh nội khoa đi kèm, chỉ số khối cơ thể (Body mass index, BMI), triệu chứng lúc nhập viện, thời gian khởi phát triệu chứng, vị trí, hình thái, kích thước, khám hạch bẹn, siêu âm bẹn bìu, CT bụng-chậu, MRI chậu, nghi di căn hạch, nghi di căn xa, giải phẫu bệnh trước điều trị, giai đoạn trước mổ và phương pháp phẫu thuật.

Các biến số phân nhóm: "Khu vực nông thôn/vùng sâu" được xác định theo địa chỉ thường trú ghi trong hồ sơ, tương ứng với đơn vị hành chính cấp xã thuộc khu vực nông thôn theo phân loại đơn vị hành chính hiện hành; các trường hợp

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.26

còn lại được xếp vào nhóm "thành phố/trung tâm". Nghề nghiệp được phân theo nghề nghiệp chính ghi nhận lúc nhập viện: "nông dân" gồm lao động nông - lâm - ngư nghiệp; "công nhân/làm thuê" gồm lao động phổ thông hưởng lương; "trí thức/hưu trí" gồm các nghề nghiệp đòi hỏi trình độ chuyên môn từ cao đẳng trở lên và các trường hợp đã nghỉ hưu; "kinh doanh/khác" gồm các trường hợp còn lại. "Triệu chứng lúc nhập viện" ghi nhận toàn bộ triệu chứng hiện diện tại thời điểm nhập viện nên một bệnh nhân có thể có nhiều triệu chứng; biến này khác với "hình thái bướu" vốn được ghi nhận theo mô tả tổn thương lúc thăm khám, do đó tần suất của hai biến không nhất thiết trùng nhau. Kích thước bướu nguyên phát được xác định là đường kính lớn nhất (mm) được ghi nhận trước phẫu thuật trong hồ sơ khám lâm sàng; khi có nhiều số đo, sử dụng giá trị lớn nhất và đối chiếu với báo cáo hình ảnh học trước mổ khi có. Nghiên cứu không thực hiện đo lại hồi cứu trực tiếp trên hình ảnh.

Phân độ mô học và xếp giai đoạn: Phân độ mô học được ghi nhận theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization, WHO) dành cho carcinoma tế bào gai dương vật và chỉ được tính trên nhóm carcinoma tế bào gai. Giai đoạn trước mổ (cTNM) được xếp theo Ủy ban Liên hợp về Ung thư Hoa Kỳ (American Joint Committee on Cancer, AJCC) lần thứ 8 [5], trong đó: cT dựa trên thăm khám lâm sàng bướu nguyên phát kết hợp hình ảnh học (siêu âm, CT, MRI) khi có; cN dựa trên thăm khám hạch bẹn (hạch sờ thấy hoặc thấy được rõ) kết hợp hình ảnh học; cM dựa trên hình ảnh học. Nghiên cứu chỉ sử dụng giai đoạn lâm sàng trước mổ. Giai đoạn giải phẫu bệnh sau mổ (pTNM), tình trạng hạch sau nạo hạch bẹn, tình trạng diện cắt, tai biến - biến chứng phẫu thuật và kết cục theo dõi không thuộc phạm vi phân tích của báo cáo này.

2.2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu

Biến định lượng được trình bày bằng trung bình ± độ lệch chuẩn khi có phân phối gần chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị khi có phân phối lệch. Biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; với biến thiếu dữ liệu, mẫu số thực tế được ghi rõ. So sánh hai nhóm dùng kiểm định Mann-Whitney U cho biến định lượng và kiểm định chính xác Fisher cho biến định tính. Phân bố hai phương pháp cắt dương vật qua bốn nhóm cT được so sánh bằng kiểm định chính xác Fisher-Freeman-Halton; kiểm định khuynh hướng Cochran-Armitage được dùng để đánh giá xu hướng tăng của tỷ lệ cắt dương vật tận gốc theo thứ bậc cT. Giá trị p <0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung và biểu hiện lâm sàng

Tuổi trung bình là 53,8 ± 9,9 tuổi, dao động 31-71 tuổi. Bệnh nhân sống tại khu vực nông thôn/vùng sâu chiếm 41/53 (77,4%); nông dân và công nhân/làm thuê chiếm 40/53 (75,5%). Có 25/53 (47,2%) bệnh nhân có ít nhất một bệnh nội khoa đi kèm, thường gặp nhất là tăng huyết áp (10/53; 18,9%) và đái tháo đường típ 2 (8/53; 15,1%); các bệnh đồng mắc còn lại được liệt kê đầy đủ trong Bảng 1.

Thời gian từ khởi phát triệu chứng đến khi đi khám có dữ liệu ở 45/53 bệnh nhân, trung vị 3 tháng (KTPV: 2-7 tháng). U sùi là triệu chứng lúc nhập viện thường gặp nhất (94,3%). Bướu chủ yếu ở quy đầu 48/53 (90,6%) và có kích thước trung vị 30 mm (KTPV 20-50 mm). Trong 48/53 hồ sơ có ghi nhận thăm khám hạch bẹn, 23/48 (47,9%) trường hợp sờ thấy hạch; cần lưu ý hạch bẹn sờ thấy trên lâm sàng chưa đồng nghĩa với di căn hạch (Bảng 2).

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng, mô học và giai đoạn

Siêu âm bẹn-bìu, chụp cắt lớp vi tính bụng-chậu và MRI chậu được thực hiện lần lượt ở 29/53 (54,7%), 10/53 (18,9%) và 32/53 (60,4%) trường hợp. Giải phẫu bệnh thường gặp nhất là carcinoma tế bào gai chiếm 43/53 (81,1%), phân độ mô học được ghi nhận ở 42 trường hợp, gồm G1 27/43 (62,8%), G2 14/43 (32,6%) và G3 1/43 (2,3%). Giai đoạn cT được ghi nhận ở 40/53 (75,5%) trường hợp và giai đoạn tổng hợp theo AJCC 8 xác định được ở 38/53 (71,7%) trường hợp; phân bố cN và cM được trình bày trong Bảng 3.

3.3. Mức độ đầy đủ của dữ liệu

Tỷ lệ thiếu dữ liệu ở các biến then chốt lần lượt là 8/53 (15,1%) đối với thời gian khởi phát triệu chứng, 5/53 (9,4%) đối với khám hạch bẹn, 1/43 (2,3%) đối với phân độ mô học trong nhóm carcinoma tế bào gai, 13/53 (24,5%) đối với cT và 15/53 (28,3%) đối với giai đoạn tổng hợp. Dữ liệu thiếu chủ yếu do hồ sơ hồi cứu không ghi nhận đầy đủ phần thăm khám hoặc kết luận giai đoạn, hoặc do bệnh nhân có mô học

không phải carcinoma tế bào gai nên không được xếp giai đoạn theo hệ thống dành cho carcinoma tế bào gai; nghĩa là tình trạng thiếu dữ liệu phụ thuộc vào chất lượng ghi chép hồ sơ nhiều hơn là phụ thuộc vào chính giá trị của biến số. Toàn bộ phân tích được thực hiện trên số liệu đầy đủ của từng biến và mẫu số thực tế (N) được ghi rõ trong tất cả các bảng.

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (N = 53)

Nhóm đặc điểm	Đặc điểm	Kết quả
Tuổi, TB ± ĐLC (nhỏ nhất-lớn nhất), năm		53,8 ± 9,9 (31-71)
Nhóm tuổi, a (%)	< 50 tuổi	18 (34,0)
	50-59 tuổi	19 (35,8)
	≥ 60 tuổi	16 (30,2)
BMI, TB ± ĐLC (nhỏ nhất-lớn nhất), kg/m²		21,4 ± 3,1 (15,2-29,1)
Khu vực sinh sống, a (%)	Nông thôn/vùng sâu	41 (77,4)
	Thành phố/trung tâm	12 (22,6)
	Nông dân	23 (43,4)
Nghề nghiệp, a (%)	Công nhân/làm thuê	17 (32,1)
	Trí thức/hưu trí	9 (17,0)
	Kinh doanh/khác	4 (7,5)
Bệnh nội khoa đi kèm, a (%)	Có ít nhất một bệnh nội khoa đi kèm	25 (47,2)
	Tăng huyết áp	10 (18,9)
	Đái tháo đường típ 2	8 (15,1)
	Bệnh khác: Viêm gan B, viêm dạ dày, vảy nến, hen phế quản, suy tim, sa sút trí tuệ, K dạ dày, Tràn dịch tinh mạc phải, Áp xe tinh hoàn trái, tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt...	15 (28,3)

TB: trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn; BMI: chỉ số khối cơ thể; TV: trung vị; KTPV: khoảng tứ phân vị (bách phân vị thứ 25 - thứ 75)

Trong toàn bộ các bảng, a là số trường hợp có đặc điểm đang xét và N là số trường hợp có dữ liệu của biến số đó; tỷ lệ phần trăm được tính theo N

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và bướu nguyên phát (N = 53)

Nhóm đặc điểm	Đặc điểm	Kết quả
Thời gian khởi phát, TV (KTPV), tháng, n = 45		3 (2-7)
Triệu chứng lúc nhập viện, a/N (%)	U sùi dương vật	50/53 (94,3)
	Loét dương vật	31/53 (58,5)
	Chảy máu/tiết dịch	21/53 (39,6)
	Đau dương vật	17/53 (32,1)
	Bí tiểu/tiểu khó	10/53 (18,9)
	Hẹp miệng niệu đạo	5/53 (9,4)
Vị trí bướu, a/N (%)	Quy đầu	48/53 (90,6)
	Thân dương vật	11/53 (20,8)
	Bao quy đầu	2/53 (3,8)
	Lan rộng/nhiều vị trí	6/53 (11,3)
Hình thái bướu, a/N (%)	Chồi sùi	40/53 (75,5)
	Loét	23/53 (43,4)
	Hỗn hợp (vừa chồi sùi, vừa loét)	10/53 (18,9)
	Xâm nhiễm cứng	1/53 (1,9)
Kích thước bướu, TV (KTPV), mm, N		30 (20-50)
Khám hạch bẹn lâm sàng, a/N (%)	Sờ thấy hạch	23/53 (43,4)
	Không sờ thấy hạch	25/53 (47,2)
	Không ghi nhận thăm khám hạch	5/53 (9,4)

TV: trung vị; KTPV: khoảng tứ phân vị. Các triệu chứng, vị trí và hình thái có thể đồng thời xuất hiện, do đó tổng tỷ lệ có thể vượt 100%

"Triệu chứng lúc nhập viện" phản ánh lý do và biểu hiện khi bệnh nhân đến khám, trong khi "hình thái bướu" phản ánh mô tả tổn thương lúc thăm khám; vì vậy tần suất loét ghi nhận theo triệu chứng (31/53) cao hơn tần suất loét ghi nhận theo hình thái đại thể (23/53)

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.26

Bảng 3. Đặc điểm xét nghiệm, hình ảnh học, mô học và giai đoạn (N = 53)

Nhóm đặc điểm	Đặc điểm	Kết quả
Chẩn đoán hình ảnh, a/N (%)	Nghi di căn hạch trên siêu âm	7/29 (24,1)
	Nghi di căn hạch trên CT	5/10 (50,0)
	Nghi di căn hạch trên MRI	10/32 (31,3)
Giải phẫu bệnh trước điều trị, a/N (%)	Carcinoma tế bào gai	43/53 (81,1)
	Mô học khác (u nhú tế bào gai, nghịch sản biểu mô gai, viêm loét da...)	10/53 (18,9)
Grade mô học, a/43 (%) x	G1 - biệt hóa cao	27/43 (62,8)
	G2 - biệt hóa trung bình	14/43 (32,6)
	G3 - biệt hóa kém	1/43 (2,3)
	Không ghi nhận phân độ	1/43 (2,3)
Phân độ giai đoạn cT trước mổ, a/N (%)	cTis	2/53 (3,8)
	cT1 (gồm cT1a – cT1b)	2/53 (3,8)
	cT2	16/53 (30,2)
	cT3	14/53 (26,4)
	cT4	6/53 (11,3)
	Chưa ghi nhận	13/53 (24,5)
Giai đoạn cN trước mổ, a/N (%)y	cN0	25/53 (47,1)
	cN1-cN3	23/53 (43,4)
	Chưa ghi nhận cN (dữ liệu thiếu)	5/53 (9,4)
Giai đoạn cM trước mổ, a/N (%)	cM0	49/53 (92,5)
	cM1 - có tổn thương nghi di căn xa	4/53 (7,5)
Xếp giai đoạn tổng hợp trước mổ theo AJCC 8, a/N (%)	Giai đoạn I	1/53 (1,9)
	Giai đoạn II	19/53 (35,8)
	Giai đoạn III	11/53 (20,8)
	Giai đoạn IV	7/53 (13,2)
Phương pháp phẫu thuật, a/N (%)	Chưa phân định được giai đoạn	15/53 (28,3)
	Cắt một phần dương vật	35/53 (66,0)
	Cắt dương vật tận gốc	16/53 (30,2)
	Cắt da quy đầu và cắt u nhú	1/53 (1,9)
	Mở bàng quang ra da bằng thông Pezzer (không cắt dương vật)	1/53 (1,9)

CT: chụp cắt lớp vi tính; MRI: cộng hưởng từ; AJCC: Ủy ban Liên hợp về Ung thư Hoa Kỳ

xPhân độ mô học chỉ được tính trên 43 trường hợp carcinoma tế bào gai, trong đó 42 trường hợp có ghi nhận phân độ

ycN được xác định theo AJCC lần thứ 8 dựa trên thăm khám hạch bẹn (hạch sờ thấy hoặc thấy được rõ) kết hợp hình ảnh học khi có

3.4. Một số đặc điểm trước phẫu thuật liên quan đến phương pháp cắt dương vật

Trong 51 bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật, nhóm cắt một phần dương vật có kích thước bướu nhỏ hơn (trung vị 30 mm so với 50mm; p = 0,002), tỷ lệ sờ thấy hạch bẹn thấp hơn (10/32; 31,3% so với 12/15; 80%; p = 0,04) và tỷ lệ giai đoạn III-IV trước mổ thấp hơn hơn (9/27; 33,3% so với 9/11; 81,8%; p = 0,011) (Bảng 4).

Bảng 4. So sánh đặc điểm giữa nhóm cắt một phần dương vật và nhóm cắt dương vật tận gốc (N = 51)

Đặc điểm	Cắt một phần dương vật (n = 35)	Cắt dương vật tận gốc (n = 16)	p
Tuổi, TV (KTPV), năm	55,0 (47,0-59,0)	56,5 (46,3-62,0)	0,611[š]
BMI, TV (KTPV), kg/m²	21,5 (19,6-23,6)	21,4 (19,6-23,9)	0,960[š]
Thời gian khởi phát triệu chứng, TV (KTPV), tháng[*]	3,0 (2,0-7,0)	3,0 (2,0-6,8)	0,896[š]
Kích thước bướu, TV (KTPV), mm	30 (20-35)	50 (30-82,5)	0,002[š]
Sờ thấy hạch bẹn, a/N(%)[†]	10/32 (31,3)	12/15 (80,0)	0,004[¤]
Giai đoạn III-IV trước mổ, a/N(%)[§]	9/27 (33,3)	9/11 (81,8)	0,011[¤]

*Có dữ liệu ở 43 bệnh nhân; cắt một phần dương vật 29, cắt dương vật tận gốc 14; †có ghi nhận khám hạch ở 47 bệnh nhân; §có kết luận giai đoạn ở 38 bệnh nhân; š Kiểm định Mann-Whitney U cho biến định lượng (tuổi, BMI, thời gian khởi phát triệu chứng, kích thước bướu); ¤ Kiểm định chính xác Fisher cho biến định tính (hạch bẹn sờ thấy và giai đoạn III-IV trước mổ)

Bảng 5. Phân bố phương pháp cắt dương vật theo nhóm cT (N = 40)

Nhóm cT	Tổng	Cắt một phần, a (%)	Cắt tận gốc, a (%)	p
cTis-cT1*	4	4 (100,0)	0 (0)	0,002‡
cT2	16	15 (93,8)	1 (6,3)	
cT3	14	9 (64,3)	5 (35,7)	
cT4	6	1 (16,7)	5 (83,3)	

‡ Kiểm định chính xác Fisher-Freeman-Halton cho phân bố 4 × 2 của phương pháp cắt dương vật theo nhóm cT (p = 0,002); Kiểm định khuynh hướng Cochran-Armitage cho xu hướng tăng tỷ lệ cắt dương vật tận gốc theo cT: p <0,001 ; *Nhóm cTis-cT1 chỉ được gộp trong phân tích này do số lượng từng nhóm thấp; phần mô tả trình bày cTis và cT1 riêng biệt

Tuổi, BMI và thời gian khởi phát triệu chứng không khác biệt giữa hai nhóm (Bảng 4). Đây là các so sánh đơn biến, chưa hiệu chỉnh cho yếu tố gây nhiễu và chưa hiệu chỉnh cho đa so sánh.

Trong 40 bệnh nhân có ghi nhận cT, tỷ lệ cắt dương vật tận gốc tăng dần từ 0% (0/4) ở nhóm cTis-cT1 lên 6,3% (1/16) ở cT2, 35,7% (5/14) ở cT3 và 83,3% (5/6) ở cT4 (kiểm định Fisher-Freeman-Halton, p = 0,002; kiểm định khuynh hướng Cochran-Armitage, p <0,001) (Bảng 5).

4. BÀN LUẬN

Trong 53 trường hợp được khảo sát, tuổi trung bình là 53,8 tuổi và 66,0% bệnh nhân từ 50 tuổi trở lên. Kết quả này phù hợp với đặc điểm UTDV thường gặp ở nam giới trung niên và lớn tuổi [1,2]. Đa số bệnh nhân sống tại khu vực nông thôn/vùng sâu (77,4%) và làm nông nghiệp hoặc lao động phổ thông (75,5%). Các nghiên cứu trước cho thấy cư trú nông thôn, trình độ học vấn thấp và bất lợi kinh tế-xã hội có thể liên quan đến hạn chế tiếp cận y tế, nhận thức bệnh chưa đầy đủ, trì hoãn đi khám và giai đoạn bệnh cao hơn [6,7].

U sùi là triệu chứng lúc nhập viện phổ biến nhất (94,3%) và kích thước bướu trung vị là 30 mm. Kết quả phản ánh rằng nhiều bệnh nhân chỉ đến khám khi tổn thương đại thể đã rõ [8]. Theo y văn, hạch bẹn được phát hiện ở 28%-64% bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán; trong số hạch to, 47%-85% có thể do di căn, phần còn lại chủ yếu liên quan phản ứng viêm [9]. Tình trạng hạch vùng là một trong những yếu tố tiên lượng quan trọng nhất của UTDV [2,4]. Trong nghiên cứu này, hạch bẹn sờ thấy ở 47,9% trường hợp có ghi nhận thăm khám.

Về chẩn đoán hình ảnh, MRI được thực hiện ở 60,4% bệnh nhân, tiếp theo là siêu âm bẹn-bìu (54,7%) và chụp cắt lớp vi tính bụng-chậu (18,9%). MRI có vai trò đánh giá xâm lấn thể xốp, thể hang và niệu đạo, trong khi siêu âm và CT hỗ trợ đánh giá hạch bẹn, hạch chậu và di căn xa [2-4]. Một phân tích gộp ghi nhận MRI có độ nhạy 80% và độ đặc hiệu 96% trong nhận diện bệnh T3 [10].

Carcinoma tế bào gai là loại mô học thường gặp nhất, chiếm 81,1%, phù hợp với y văn về mô bệnh học UTDV [2]. Trong nhóm carcinoma tế bào gai, phân độ mô học chủ yếu là G1 (27/43; 62,8%) và G2 (14/43; 32,6%), chỉ có một trường hợp G3 (2,3%). Tỷ lệ G3 này thấp hơn y văn (thường 10%-30%) và không hoàn toàn tương ứng với tỷ lệ bướu xâm lấn sâu trong chính mẫu nghiên cứu (cT3-cT4 chiếm 20/40; 50,0%). Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi hai yếu tố. Thứ nhất, phân độ trong nghiên cứu được lấy từ mẫu sinh thiết trước mổ, vốn có thể không đại diện cho thành phần mô học ác tính nhất của một bướu không đồng nhất, nên có khuynh hướng ghi nhận độ biệt hóa cao hơn thực tế. Thứ hai, phân độ trong các phiếu giải phẫu bệnh thường quy không phải lúc nào cũng được ghi theo cùng một hệ thống. Có 15/53 trường hợp (28,3%) chưa xác định được giai đoạn tổng hợp trước mổ, chủ yếu do mô học không phải carcinoma tế bào gai hoặc hồ sơ thiếu dữ liệu cN; ngoài ra có hai trường hợp bướu tại chỗ (cTis) không ghi nhận cN và cM.

Về chỉ định điều trị, cắt một phần dương vật chiếm 35/53 (66,0%) và cắt dương vật tận gốc chiếm 16/53 (30,2%), khá tương đồng với nghiên cứu của Phạm Hùng Cường [8]. Tỷ lệ cắt dương vật tận gốc tăng từ 0% ở nhóm cTis-cT1 lên 6,3% ở cT2, 35,7% ở cT3 và 83,3% ở cT4 (p khuynh hướng <0,001). Nhóm cắt dương vật tận gốc có bướu lớn hơn, nghi xâm lấn sâu hơn, tỷ lệ hạch bẹn sờ thấy và giai đoạn III-IV cao hơn. Kết quả phù hợp với nguyên tắc ưu tiên bảo tồn cơ quan trong phẫu thuật ung bướu nhưng vẫn bảo đảm diện cắt âm tính, do bướu xâm lấn sâu thường cần phẫu thuật rộng hơn [2,11,12]. Ngoài giai đoạn bướu, lựa chọn phẫu thuật còn phụ thuộc vị trí và chiều dài bướu, khả năng đạt diện cắt âm tính, chiều dài dương vật còn lại và đánh giá của phẫu thuật viên.

Một điểm cần bàn thẳng thắn là khoảng cách giữa thực

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.26

hành tại trung tâm và khuyến cáo hiện hành về bảo tồn cơ quan. Trong 20 trường hợp cTis-cT2 của nghiên cứu này, không có trường hợp nào được thực hiện các kỹ thuật bảo tồn như cắt quy đầu, cắt rộng tại chỗ, điều trị laser hay phẫu thuật Mohs, trong khi hướng dẫn EAU-ASCO và NCCN khuyến cáo ưu tiên các kỹ thuật này cho bướu khu trú vì cho kết quả ung thư học tương đương kèm bảo tồn chức năng tốt hơn [2,4,11,12]. Khoảng cách này có thể xuất phát từ việc bệnh nhân đến khám muộn với tổn thương đại thể lớn, từ hạn chế về phương tiện chẩn đoán mô học tức thì trong mổ và quy trình theo dõi sát sau phẫu thuật bảo tồn, cũng như từ khuynh hướng ưu tiên bảo đảm chắc chắn diện cắt âm tính. Chúng tôi cho rằng đây là điểm cần cải thiện trong thực hành và là cơ sở cho các nghiên cứu triển khai kỹ thuật bảo tồn cơ quan tại Việt Nam, hơn là chỉ dẫn lại khuyến cáo quốc tế.

Nhìn chung, nghiên cứu cung cấp dữ liệu thực tế về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mức độ sử dụng các phương tiện chẩn đoán và các yếu tố đi kèm với chỉ định phẫu thuật UTDV tại một trung tâm tuyến cuối, đồng thời cho thấy những điểm cần chuẩn hóa trong ghi nhận hồ sơ và xếp giai đoạn lâm sàng.

Hạn chế của nghiên cứu

Đây là nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca tại một trung tâm, trên một bệnh lý hiếm gặp, với cỡ mẫu nhỏ (53 trường hợp); dữ liệu phụ thuộc vào chất lượng ghi chép hồ sơ nên một số biến số then chốt bị thiếu (cT 24,5%; giai đoạn tổng hợp 28,3%). Vì vậy nghiên cứu không đủ mạnh để thực hiện thống kê phân tích đa biến, và toàn bộ kết quả so sánh chỉ nên được hiểu là liên quan đơn biến mang tính mô tả, không phải bằng chứng về yếu tố tiên đoán độc lập. Việc phân tích trên số liệu đầy đủ của từng biến có thể gây sai lệch chọn lọc nếu dữ liệu thiếu không hoàn toàn ngẫu nhiên; chúng tôi đã báo cáo minh bạch mẫu số thực tế của từng biến để người đọc có thể tự đánh giá mức độ ảnh hưởng. Về mặt phạm vi, nghiên cứu này chủ đích giới hạn ở dữ liệu trước mổ: giai đoạn giải phẫu bệnh sau mổ (pTNM), tình trạng di căn hạch bẹn đã được xác nhận bằng giải phẫu bệnh, tỷ lệ diện cắt dương tính, tai biến - biến chứng phẫu thuật, thời gian theo dõi và kết quả sống còn đều không được trình bày ở đây.

Bệnh nhân được thu nhận tại một trung tâm tuyến cuối, mẫu nghiên cứu có thể thiên lệch về phía các trường hợp nặng và không đại diện cho toàn bộ bệnh nhân UTDV tại Việt Nam.

5. KẾT LUẬN

Trong loạt 53 trường hợp UTDV được can thiệp ngoại khoa tại bệnh viện Chợ Rẫy, bệnh chủ yếu gặp ở nam giới trung niên và lớn tuổi, thường được phát hiện khi tổn thương đại thể đã rõ và xâm lấn đáng kể. Cắt một phần dương vật là phương pháp được lựa chọn nhiều nhất và chiếm ưu thế ở nhóm cTis-cT2, trong khi tỷ lệ cắt dương vật tận gốc tăng dần theo giai đoạn cT, từ 0% ở cTis-cT1 lên 83,3% ở cT4 (p khuynh hướng <0,001). Trong phân tích đơn biến, kích thước bướu lớn hơn, hạch bẹn sờ thấy và giai đoạn III-IV trước mổ đi kèm với lựa chọn cắt dương vật tận gốc; do cỡ mẫu và số biến cố hạn chế, đây là các liên quan mô tả chưa hiệu chỉnh yếu tố gây nhiễu. Kết quả nhấn mạnh sự cần thiết của việc ghi nhận đầy đủ và chuẩn hóa đánh giá trước mổ - đặc biệt là khám hạch bẹn và xếp giai đoạn lâm sàng - đồng thời cho thấy khoảng cách giữa thực hành phẫu thuật tại trung tâm và khuyến cáo bảo tồn cơ quan hiện hành. Các nhận định này cần được kiểm chứng trên cỡ mẫu lớn hơn.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Nguyễn Ngọc Thái
https://orcid.org/0000-0002-4327-0006
Thái Minh Sâm
https://orcid.org/0009-0005-5219-4753
Lê Phan Nhật Duy
https://orcid.org/0009-0005-1725-7587
Hoàng Quang Huy
https://orcid.org/0009-0007-5286-3333
Nguyễn Trường Mạnh
https://orcid.org/0000-0002-5924-841X

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Nguyễn Ngọc Thái, Thái Minh Sâm, Nguyễn Trường Mạnh

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Nguyễn Ngọc Thái, Thái Minh Sâm, Nguyễn Trường Mạnh
Thu thập dữ liệu: Nguyễn Ngọc Thái, Thái Minh Sâm, Nguyễn Trường Mạnh, Lê Phan Nhật Duy
Giám sát nghiên cứu: Nguyễn Ngọc Thái, Thái Minh Sâm
Nhập dữ liệu: Nguyễn Trường Mạnh, Hoàng Quang Huy, Lê Phan Nhật Duy
Quản lý dữ liệu: Nguyễn Ngọc Thái, Hoàng Quang Huy
Phân tích dữ liệu: Nguyễn Ngọc Thái, Hoàng Quang Huy
Viết bản thảo đầu tiên: Nguyễn Ngọc Thái
Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Nguyễn Ngọc Thái, Thái Minh Sâm

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số QĐ: 415/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 26/01/2026.

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 Cancer J Clin. 2024;74(3):229-63.
2. Brouwer OR, Tagawa ST, Albersen M, Ayres B, Crook J, van der Heijden MS, et al. EAU-ASCO Penile Cancer Guidelines. Arnhem: EAU Guidelines Office; 2026.
3. Pettaway CA, Crook JM, Pagliaro LC. Tumors of the penis. In: Dmochowski RR, Kavoussi LR, Peters CA, editors. Campbell-Walsh-Wein Urology. 13th ed. Philadelphia: Elsevier; 2025. p.1715-1748.
4. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Penile Cancer. Version 2.2026. Plymouth Meeting: National Comprehensive Cancer Network; 2026.
5. Amin MB, Greene FL, Edge SB, Compton CC, Gershenwald JE, Brookland RK, et al. The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: continuing to build a bridge from a population-based to a more personalized approach to cancer staging. CA Cancer J Clin. 2017;67(2):93-9.
6. Gao W, Song LB, Yang J, Song NH, Wu XF, Song NJ, et al. Risk factors and negative consequences of patient's delay for penile carcinoma. World J Surg Oncol. 2016;14:124.
7. Attalla K, Paulucci DJ, Blum K, Anastos H, Moses KA, KK Badani, et al. Demographic and socioeconomic predictors of treatment delays, pathologic stage, and survival among patients with penile cancer: a report from the National Cancer Database. Urol Oncol. 2018;36(1):14.e17-14.e24.
8. Phạm Hùng Cường. Nghiên cứu xử lý hạch bẹn trong ung thư dương vật. Luận án tiến sĩ, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2012.
9. Heyns CF, Mendoza-Valdés A, Pompeo ACL. Diagnosis and Staging of Penile Cancer. Urology. 2010;76(S2):S15-23.
10. Krishna S, Schieda N, Kulkarni GS, Shanbhogue K, Baroni RH, Woo S. Diagnostic accuracy of MRI in local staging (T category) of penile cancer and the value of artificial erection: a systematic review and meta-analysis. AJR Am J Roentgenol. 2022;219(1):28-36.
11. Fallara G, Basile G, Poterek A, Tozzi M, Pang KH, Çakir OO, et al. Oncological and functional outcomes of penile shaft-sparing surgery for localised penile cancer: a systematic review. Eur Urol Focus. 2025;11(1):46-61.
12. Scornajenghi CM, Asero V, Bologna E, Basile G, De Angelis M, Moschini M, et al. Organ-sparing treatment for T1 and T2 penile cancer: an updated literature review. Curr Opin Urol. 2023;33(5):383-9.

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.26