



ĐỘ DÀY BRESLOW VÀ THỜI GIAN SỐNG CÒN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ HẮC TỔ DA

Đỗ Thị Như Hoa^{1,3}, Nguyễn Hữu Sáu^{2,3}, Lê Thanh Hiền², Trần Hữu Sơn³, Vũ Thái Hà^{2,3},
Nguyễn Hữu Quang^{2,3,*}

¹ Trung tâm giám định y khoa và pháp y tỉnh Tuyên Quang, phường Minh Xuân, tỉnh Tuyên Quang

² Bệnh viện Da liễu Trung ương, 15A Phương Mai, Phường Kim Liên, TP. Hà Nội, Việt Nam

³ Trường Đại học Y Hà Nội, Số 1 Phố Tôn Thất Tùng, Kim Liên, Hà Nội

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Hữu Quang; Email: nguyenhuuquang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17/8/2026

Ngày phản biện: 13/9/2026

Ngày chấp nhận đăng: 25/9/2026

DOI: 10.56320/tcdlhnvonline.350

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát mối liên quan giữa độ dày Breslow và một số yếu tố lâm sàng, mô bệnh học với thời gian sống còn ở bệnh nhân ung thư hắc tố da tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu có phân tích sống còn trên bệnh nhân được chẩn đoán ung thư hắc tố da từ tháng 01/2020 đến tháng 03/2026. Thời gian sống còn được tính từ ngày chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học đến ngày tử vong hoặc ngày theo dõi cuối cùng. Phương pháp Kaplan-Meier được sử dụng để tính tỷ lệ sống còn; các nhóm yếu tố liên quan được so sánh bằng kiểm định log-rank.

Kết quả: Độ dày Breslow được ghi nhận ở 62 trường hợp; nhóm 1,01-2,0 mm chiếm tỷ lệ cao nhất. Thời gian sống còn trung bình chung là 59,48 tháng. Nhóm Breslow $\leq 2,0$ mm có thời gian sống còn trung bình 60,69 tháng, cao hơn so với nhóm Breslow $> 2,0$ mm là 42,64 tháng. Sự khác biệt giữa hai nhóm chưa đạt ý nghĩa thống kê theo kiểm định log-rank ($\chi^2 = 0,482$; $p = 0,487$). Nhóm Breslow $> 2,0$ mm có tỷ lệ loét lâm sàng và loét mô học cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm Breslow $\leq 2,0$ mm.

Kết luận: Breslow $> 2,0$ mm có xu hướng liên quan với thời gian sống còn ngắn hơn, đồng thời liên quan rõ với tình trạng loét lâm sàng và loét mô học. Cần tiếp tục theo dõi dài hạn và mở rộng cỡ mẫu để đánh giá chính xác hơn vai trò tiên lượng của Breslow trong ung thư hắc tố da tại Việt Nam.

Từ khóa: Breslow; Kaplan-Meier; sống còn; thể đầu chi; ung thư hắc tố da.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hắc tố da là khối u ác tính xuất phát từ tế bào hắc tố. Mặc dù là một loại ung thư da nhưng có khả năng xâm lấn sâu, có thể di căn sớm và tỷ lệ tử vong cao nếu không được phát hiện kịp thời. Trong đánh giá tiên lượng melanoma nguyên phát, độ dày Breslow là một thông số mô bệnh học nền tảng, phản ánh mức độ xâm nhập theo chiều sâu của u, là một yếu tố tiên lượng cho nguy cơ tái phát, di căn và tử vong. Khái niệm này được Breslow mô tả từ năm 1970 và vẫn giữ vai trò trung tâm trong đánh giá tiên lượng hiện nay.¹

Hệ thống phân giai đoạn AJCC phiên bản thứ tám tiếp tục nhấn mạnh vai trò của độ dày Breslow và tình trạng loét trong phân loại T của melanoma. Các khối u dày hơn hoặc có loét thường được xếp vào nhóm nguy cơ cao hơn, kèm theo yêu cầu đánh giá hạch vùng, theo dõi sát và cân nhắc chiến lược điều trị hỗ trợ phù hợp.^{2,3} Vì vậy, việc ghi nhận đầy đủ độ dày Breslow trong phiếu mô bệnh học có ý nghĩa trực tiếp đối với tiên lượng và quyết định lâm sàng.

Ở các quần thể châu Á, ung thư hắc tố thể đầu chi chiếm ưu thế so với quần thể phương Tây. Tổn thương thường gặp tại gan chân, gót chân, ngón chân và đơn vị móng; đây là các vị trí dễ bị bỏ sót hoặc nhầm với chai chân, chấn thương, nhiễm nấm móng và loét mạn tính. Các nghiên cứu về melanoma đầu chi ghi nhận kiểu hình này thường được chẩn đoán muộn hơn, có độ dày u lớn hơn và sống còn kém hơn so với một số thể melanoma khác.⁴⁻⁶

Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học của ung thư tế bào hắc tố. Tuy nhiên, sự liên quan giữa các yếu tố này với thời gian sống còn chưa được phân tích đầy đủ. Từ lý do đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu khảo sát mối liên quan giữa độ dày Breslow với thời gian sống còn ở bệnh nhân ung thư hắc tố da tại Bệnh viện Da liễu Trung ương.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư hắc tố da tại Bệnh viện Da liễu Trung ương trong giai đoạn từ 01/2020 đến 03/2026. Bệnh nhân được tuyển vào nghiên cứu khi có hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin cơ bản và chẩn đoán, tình trạng sống hoặc ngày theo dõi cuối cùng. Các trường hợp không đủ thông tin tối thiểu để xác định chẩn đoán, không theo dõi được tình trạng sống trong thời gian nghiên cứu được loại trừ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang và phương pháp chọn mẫu toàn bộ các trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và kết quả giải phẫu bệnh.

Các biến số được ghi nhận gồm tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian diễn biến bệnh, triệu chứng khởi phát, vị trí tổn thương, màu sắc tổn thương, đường kính khối u, loét lâm sàng, thể mô bệnh học, độ dày Breslow, loét mô học, lympho xâm nhập u, xâm nhập mạch, xâm lấn thần kinh, di căn hạch tại thời điểm chẩn đoán và giai đoạn bệnh theo AJCC. Dữ liệu sống còn gồm ngày chẩn đoán, ngày tử vong hoặc ngày theo dõi cuối cùng và tình trạng tử vong/còn sống.

Thời gian sống còn toàn bộ được tính từ ngày chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học đến ngày tử vong do mọi nguyên nhân hoặc ngày theo dõi cuối cùng. Các bệnh nhân chưa ghi nhận tử vong tại lần theo dõi cuối cùng được xem là chưa xảy ra biến cố tử vong và xử lý theo nguyên tắc dữ liệu kiểm duyệt trong phân tích Kaplan-Meier. Biến sự kiện được mã hóa 1 = tử vong và 0 = còn sống hoặc kiểm duyệt. Thời gian sống còn được tính bằng tháng theo công thức: (ngày tử vong hoặc ngày theo dõi cuối - ngày chẩn đoán)/30,44.

Độ dày Breslow được phân tích theo hai nhóm: $\leq 2,0$ mm và $> 2,0$ mm. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS. Báo cáo các biến định lượng bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị; biến định tính là tần số và tỷ lệ phần trăm. Tỷ lệ sống còn được ước tính bằng phương pháp Kaplan-Meier; so sánh sống còn giữa các nhóm được thực hiện bằng kiểm định log-rank và kiểm



định Breslow/Generalized Wilcoxon.^{7,8} Mỗi liên quan giữa nhóm Breslow và các biến lâm sàng, mô bệnh học được đánh giá bằng kiểm định Chi-square hoặc Fisher exact test khi phù hợp, $p < 0,05$ được lựa chọn cho ngưỡng có ý nghĩa thống kê.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng dữ liệu hồi cứu từ hồ sơ bệnh án, không ảnh hưởng đến quá trình điều trị, mã hóa và bảo mật các thông tin cá nhân. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Da liễu Trung ương chấp thuận theo Quyết định số 96/HĐĐĐ-BVDLTW ngày 27/11/2025.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung và mô bệnh học

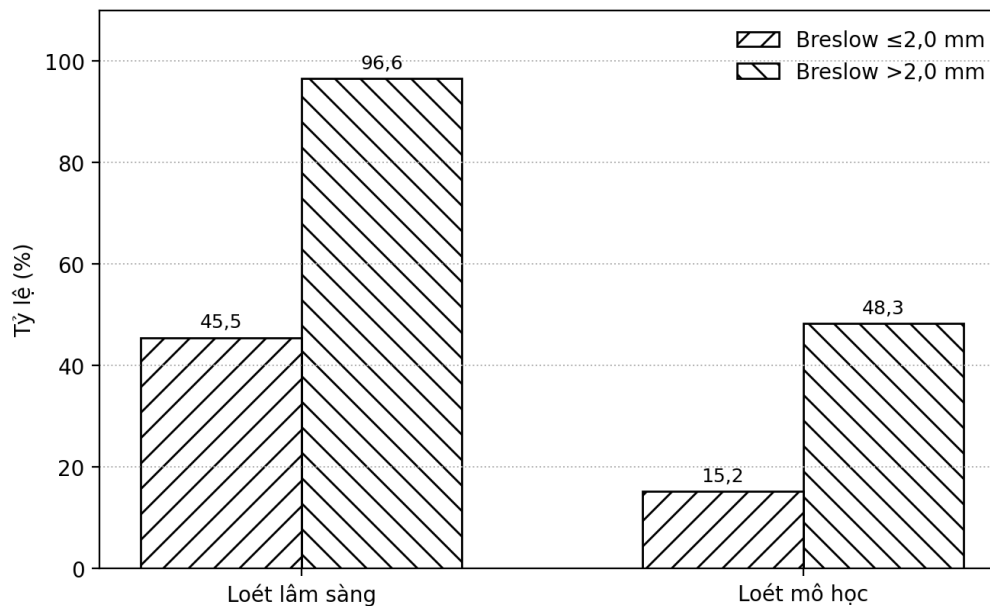
Trong nhóm nghiên cứu, tuổi trung bình là $60,1 \pm 15,3$ tuổi, nhóm 60-79 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (37/71, 52,1%). Nữ giới chiếm tỷ lệ nhỉnh hơn nam giới (40/72; 56,3%). Tổn thương tập trung chủ yếu ở vùng bàn chân và đơn vị móng chân; thể mô bệnh học đầu chi chiếm ưu thế rõ rệt. Đường kính khối u trung bình là $3,1 \pm 2,2$ cm; nhóm khối u có đường kính ≤ 3 cm chiếm tỷ lệ cao nhất. Độ dày Breslow được xác định ở 62 trường hợp, trong đó nhóm 1,01-2,0 mm chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 1. Mỗi liên quan giữa nhóm Breslow và một số đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học (n=62)

Đặc điểm	Breslow $\leq 2,0$ mm	Breslow $> 2,0$ mm	Giá trị p
Loét lâm sàng	15/33 (45,5%)	28/29 (96,6%)	$p < 0,05$
Loét mô học	5/33 (15,2%)	14/29 (48,3%)	$p < 0,05$
Xâm nhập mạch	0/33 (0,0%)	2/29 (6,9%)	$p > 0,05$
Xâm lấn thần kinh	0/33 (0,0%)	1/29 (3,3%)	$p > 0,05$
Lympho xâm nhập u	14/33 (42,4%)	12/29 (41,3%)	$p > 0,05$
Di căn hạch tại chẩn đoán	2/33 (6,1%)	4/29 (13,7%)	$p > 0,05$

Chú thích: Kiểm định Fisher exact test được sử dụng khi tần suất kỳ vọng nhỏ.

Nhóm bệnh nhân có Breslow $> 2,0$ mm có tỷ lệ loét lâm sàng và loét mô học cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm Breslow $\leq 2,0$ mm. Các đặc điểm khác như xâm nhập mạch, xâm lấn thần kinh, lympho xâm nhập u và di căn hạch tại thời điểm chẩn đoán có sự khác biệt nhưng chưa có đạt ngưỡng có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ loét lâm sàng và loét mô học theo nhóm Breslow

Chú thích: Các nhóm được phân biệt bằng kiểu gạch; số liệu lấy từ Bảng 1.

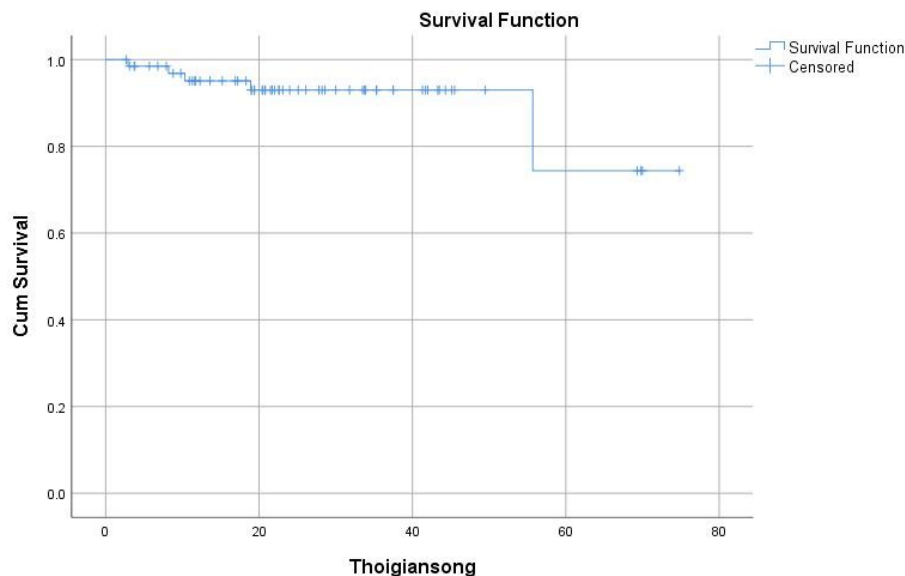
3.2. Thời gian sống còn chung

Nghiên cứu ghi nhận 6 bệnh nhân tử vong, tất cả đều thuộc thể đầu chi. Phân tích Kaplan-Meier cho thấy thời gian sống còn trung bình chung của nhóm nghiên cứu là 59,45 tháng, với khoảng tin cậy 95% từ 49,98 đến 68,92 tháng. Trung vị sống còn chung là 55,70 tháng.

Bảng 2. Thời gian sống còn chung của nhóm nghiên cứu

Chỉ số	Giá trị
Thời gian sống còn trung bình	59,45 tháng
Sai số chuẩn	4,83
Khoảng tin cậy 95%	49,98-68,92 tháng
Trung vị sống còn	55,70 tháng
Tỷ lệ sống còn 1 năm	95,0%
Tỷ lệ sống còn 3 năm	93,0%
Tỷ lệ sống còn 5 năm	75,0%

Chú thích: Tỷ lệ sống còn được ước tính bằng phương pháp Kaplan-Meier.



Biểu đồ 2. Đường cong Kaplan-Meier về sống còn chung

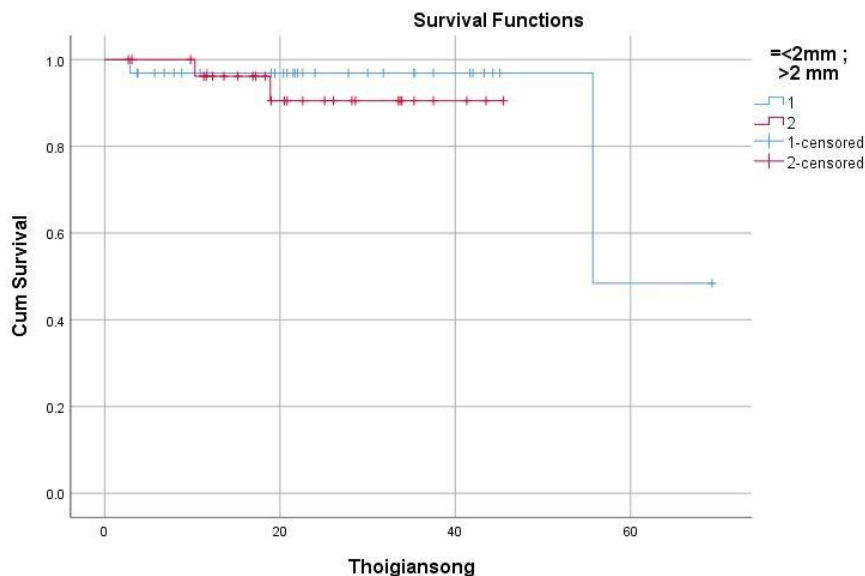
3.3. Sống còn theo nhóm Breslow

Khi phân tích theo nhóm Breslow, thời gian sống còn trung bình ở nhóm Breslow $\leq 2,0$ mm là 60,64 tháng, cao hơn so với nhóm Breslow $> 2,0$ mm là 42,64 tháng. Mặc dù nhóm Breslow $> 2,0$ mm có xu hướng thời gian sống còn trung bình ngắn hơn, sự khác biệt về phân bố sống còn giữa hai nhóm chưa đạt ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Thời gian sống còn và so sánh sống còn theo nhóm Breslow

Nội dung	Kết quả
Breslow $\leq 2,0$ mm	Thời gian sống còn trung bình: 60,69 tháng; SE: 4,9; KTC 95%: 50,9-70,47
Breslow $> 2,0$ mm	Thời gian sống còn trung bình: 42,64 tháng; SE: 1,93; KTC 95%: 38,85-46,43
Chung	Thời gian sống còn trung bình: 59,48 tháng; SE: 4,83; KTC 95%: 50,0-68,95
Log-rank Mantel-Cox	$\chi^2 = 0,482$; df = 1; p = 0,487
Breslow/Generalized Wilcoxon	$\chi^2 = 0,207$; df = 1; p = 0,650

Chú thích: SE: sai số chuẩn; KTC: khoảng tin cậy; df: bậc tự do.



Biểu đồ 3. Đường cong Kaplan-Meier theo nhóm Breslow

Kiểm định log-rank không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sống còn giữa hai nhóm Breslow ($p = 0,487$). Kiểm định Breslow/Generalized Wilcoxon cũng cho kết quả không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,650$).

4. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm bệnh nhân có Breslow $>2,0$ mm có thời gian sống còn trung bình ngắn hơn so với nhóm Breslow $\leq 2,0$ mm. Mặc dù sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê, xu hướng này phù hợp với vai trò tiên lượng đã được ghi nhận của độ dày Breslow trong ung thư hắc tố da. Về mặt sinh học, khối u càng xâm nhập sâu càng có khả năng tiếp cận hệ thống mạch máu, bạch huyết và cấu trúc mô đệm sâu, từ đó làm tăng nguy cơ di căn vùng, di căn xa và tử vong.

Độ dày Breslow là một trong những yếu tố tiên lượng kinh điển và bền vững nhất của melanoma nguyên phát. Chỉ số này không chỉ phản ánh kích thước theo chiều sâu của khối u mà còn được sử dụng trực tiếp trong phân loại T của hệ thống AJCC. Trong hệ thống phân giai đoạn hiện nay, Breslow và tình trạng loét là hai thành phần trung tâm để phân tầng u nguyên phát. Những u dày hơn hoặc có loét được xếp vào nhóm nguy cơ cao hơn và thường gắn với nhu cầu đánh giá hạch vùng, theo dõi chặt chẽ và cân nhắc điều trị bổ trợ trong một số bối cảnh lâm sàng.^{2,3,6}

Trong nghiên cứu này, Breslow $>2,0$ mm liên quan có ý nghĩa thống kê với loét lâm sàng và loét mô học. Đây là phát hiện có ý nghĩa thực hành vì loét là một dấu hiệu tiên lượng bất lợi trong melanoma. Sự phối hợp giữa u dày và loét phản ánh kiểu hình u tiến triển hơn, có hoạt tính sinh học mạnh hơn và thường gắn với nguy cơ tái phát, di căn cao hơn.⁴ Trên lâm sàng, loét cũng là dấu hiệu dễ nhận diện, gợi ý bệnh nhân có thể đã đến khám ở giai đoạn muộn hơn so với các tổn thương chỉ biểu hiện bằng dát sắc tố hoặc thay đổi màu sắc.

Mặc dù nhóm Breslow $>2,0$ mm có thời gian sống còn trung bình thấp hơn gần 18 tháng so với nhóm Breslow $\leq 2,0$ mm, khác biệt này chưa đạt ý nghĩa thống kê. Một số nguyên nhân có thể giải thích gồm cỡ mẫu còn hạn chế, số biến cố tử vong chưa đủ lớn, thời gian theo dõi chưa đồng đều và nhiều bệnh nhân được chẩn đoán gần thời điểm kết thúc nghiên cứu chưa có đủ thời

gian theo dõi dài hạn. Ngoài ra, tỷ lệ melanoma đầu chi rất cao trong mẫu nghiên cứu có thể tạo ra mô hình sống còn khác biệt so với các quần thể phương Tây.

So với dữ liệu quốc tế, kết quả của nghiên cứu này có một số điểm tương đồng. Các nghiên cứu lớn đều cho thấy Breslow càng cao thì sống còn càng giảm. Trong melanoma đầu chi, Bradford và cộng sự ghi nhận sống còn đặc hiệu melanoma giảm dần theo độ dày u; Kolla và cộng sự cũng cho thấy Breslow dày hơn và tình trạng hạch là những yếu tố tiên lượng quan trọng đối với sống còn đặc hiệu melanoma.^{6,9,10} Điểm khác biệt của nghiên cứu hiện tại là sự khác biệt sống còn theo Breslow chưa đạt ý nghĩa thống kê, chủ yếu do hạn chế về cỡ mẫu và số biến cố.

Bên cạnh Breslow, đường kính khối u lâm sàng cũng cần được quan tâm vì có thể phản ánh thời gian diễn biến kéo dài, sự tăng trưởng theo bề mặt và khả năng chẩn đoán muộn. Tuy nhiên, trong melanoma, đường kính lâm sàng không thay thế được Breslow vì tiên lượng phụ thuộc mạnh vào độ xâm nhập theo chiều sâu hơn là kích thước bề mặt. Một tổn thương có đường kính không quá lớn nhưng Breslow dày, có loét hoặc có di căn hạch vẫn có thể thuộc nhóm nguy cơ cao.

Nghiên cứu cũng ghi nhận các yếu tố như xâm nhập mạch, xâm lấn thần kinh và di căn hạch tại thời điểm chẩn đoán có tỷ lệ cao hơn ở nhóm Breslow $>2,0$ mm, nhưng chưa đạt ý nghĩa thống kê. Điều này có thể do các đặc điểm này xuất hiện với tần suất thấp trong mẫu nghiên cứu.

Nghiên cứu có một số hạn chế. Thiết kế hồi cứu phụ thuộc vào mức độ đầy đủ của hồ sơ bệnh án. Số lượng bệnh nhân chưa lớn. Thời gian theo dõi chưa đồng đều giữa các bệnh nhân, trong khi dữ liệu nguyên nhân tử vong có thể chưa đầy đủ; do đó phân tích hiện tại phù hợp hơn với sống còn toàn bộ thay vì sống còn đặc hiệu melanoma. Mặc dù vậy, nghiên cứu cung cấp dữ liệu bước đầu về sống còn ở bệnh nhân ung thư hắc tố da tại một bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối ở Việt Nam, trong đó tỷ lệ melanoma đầu chi rất cao.

5. KẾT LUẬN

Bệnh nhân ung thư hắc tố da có Breslow $>2,0$ mm có xu hướng thời gian sống còn trung bình ngắn hơn so với nhóm Breslow $\leq 2,0$ mm, tuy nhiên sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê. Breslow $>2,0$ mm liên quan rõ với loét lâm sàng và loét mô học, hai đặc điểm phản ánh bệnh tiến triển và có giá trị tiên lượng bất lợi. Nghiên cứu cho thấy phát hiện sớm tổn thương sắc tố vùng đầu chi, sinh thiết kịp thời và quan trọng trong đánh giá tiên lượng melanoma.

Lời cảm ơn

Nhóm tác giả trân trọng cảm ơn Bệnh viện Da liễu Trung ương đã hỗ trợ quá trình thu thập và hoàn thiện số liệu nghiên cứu.

Cam kết không xung đột lợi ích

Các tác giả cam kết không có xung đột lợi ích liên quan đến kết quả nghiên cứu. Nghiên cứu không nhận tài trợ từ bất kỳ các tổ chức hoặc cá nhân có thể ảnh hưởng đến nội dung khoa học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Breslow A. Thickness, Cross-Sectional Areas and Depth of Invasion in the Prognosis of Cutaneous Melanoma. *Ann Surg.* 1970;172(5):902-908.



2. Gershenwald JE, Scolyer RA, Hess KR, et al. Melanoma staging: Evidence-based changes in the American Joint Committee on Cancer eighth edition cancer staging manual. *CA Cancer J Clin*. 2017;67(6):472-492. doi:10.3322/caac.21409
3. Keung EZ, Gershenwald JE. The eighth edition American Joint Committee on Cancer (AJCC) melanoma staging system: implications for melanoma treatment and care. *Expert Rev Anticancer Ther*. 2018;18(8):775-784. doi:10.1080/14737140.2018.1489246
4. Balch CM, Soong SJ, others. Prognostic factors analysis of 17,600 melanoma patients: Validation of the AJCC melanoma staging system. *J Clin Oncol*. 2001;19(16):3622-3634.
5. Antohe M, Coman A, Turcu G, et al. The prognostic significance of the clinical and histological parameters in primary cutaneous melanoma patients. *Med Pharm Rep*. 2022;95(3):229-235. doi:10.15386/mpr-2142
6. Bradford PT, Goldstein AM, McMaster ML, Tucker MA. Acral Lentiginous Melanoma: Incidence and Survival Patterns in the United States, 1986-2005. *Arch Dermatol*. 2009;145(4):427-434. doi:10.1001/archdermatol.2008.609
7. Rich JT, Neely JG, Paniello RC, Voelker CCJ, Nussenbaum B, Wang EW. A practical guide to understanding Kaplan-Meier curves. *Otolaryngol--Head Neck Surg Off J Am Acad Otolaryngol-Head Neck Surg*. 2010;143(3):331-336. doi:10.1016/j.otohns.2010.05.007
8. Dudley,1 WN, Wickham,2 R, COOMBS,3 N. An Introduction to Survival Statistics: Kaplan-Meier Analysis. *J Adv Pract Oncol*. 2016;7(1):91-100. doi:10.6004/jadpro.2016.7.1.8
9. Fujisawa Y, Yoshikawa S, Minagawa A, et al. Clinical and histopathological characteristics and survival analysis of 4594 Japanese patients with melanoma. *Cancer Med*. 2019;8(5):2146-2156. doi:10.1002/cam4.2110
10. Kolla AM, Vitiello GA, Friedman EB, et al. Acral Lentiginous Melanoma: A United States Multi-Center Substage Survival Analysis. *Cancer Control J Moffitt Cancer Cent*. 2021;28:10732748211053567. doi:10.1177/10732748211053567

SUMMARY

BRESLOW THICKNESS AND SURVIVAL TIME IN PATIENTS WITH CUTANEOUS MELANOMA

Do Thi Nhu Hoa¹, Le Thanh Hien², Tran Huu Son³, Vu Thai Ha^{2,3}, Nguyen Huu Quang^{2,3}

¹*Tuyen Quang Provincial Center for Medical Examination and Forensic Medicine, Minh Xuân ward, Tuyen Quang province, Vietnam*

²*The National Hospital of Dermatology and Venereology -15A Phuong Mai, Kim Lien ward, Hanoi, Vietnam*

³*Hanoi Medical University, 1 Ton That Tung Street, Kim Lien, Hanoi, Vietnam*

*Corresponding author: Nguyen Huu Quang

Email: nguyenhuuquang@hmu.edu.vn Phone: (+84)2438521182

ABSTRACT

Objectives: To investigate the association between Breslow thickness and selected clinical and histopathological factors with survival time among patients with cutaneous melanoma at the National Hospital of Dermatology and Venereology.

Methods: This retrospective descriptive study with survival analysis included patients diagnosed with cutaneous melanoma from January 2020 to March 2026. Overall survival was calculated from the date of histopathological diagnosis to death or the last follow-up. Survival was estimated using the Kaplan-Meier method, and between-group comparisons were performed using the log-rank test.

Results: Breslow thickness was available in 62 cases, with the 1.01-2.0 mm group being the most frequent category. The mean overall survival time was 59.48 months. Patients with Breslow thickness ≤ 2.0 mm had a longer mean survival time than those with Breslow thickness > 2.0 mm (60.69 months vs. 42.64 months). However, the difference between the two survival curves was not statistically significant (log-rank $\chi^2 = 0.482$; $p = 0.487$). Breslow thickness > 2.0 mm was significantly associated with higher rates of clinical and histopathological ulceration.

Conclusion: Breslow thickness > 2.0 mm tended to be associated with shorter survival time and was clearly associated with clinical and histopathological ulceration. Larger studies with longer follow-up are needed to further clarify the prognostic role of Breslow thickness in cutaneous melanoma in Vietnam.

Keywords: *acral melanoma; Breslow thickness; cutaneous melanoma; Kaplan-Meier; survival.*