

việc tốt, có cơ hội được đào tạo, nhận được sự hợp tác của cộng đồng, có cơ hội được phục vụ cộng đồng, có kiến thức/hiểu biết về xã hội, có mong muốn hỗ trợ cộng đồng về cuộc sống, có mong muốn cải thiện sức khỏe cộng đồng, cảm thấy sự đào tạo nhận được là đủ, có nhận được sự giám sát, hỗ trợ, nhận thấy việc giao ban tốt, tập huấn đầy đủ có mức độ hoàn thành công việc tốt cao hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nông Bảo Anh, Trần Quốc Kham, Nguyễn Đức Thanh, Nguyễn Văn Tiến (2018)**, "Thực trạng hoạt động của nhân viên y tế thôn bản về truyền thông – giáo dục sức khỏe tại huyện Trưng Khánh, tỉnh Cao Bằng năm 2017", Tạp chí Y học cộng đồng, số 4 (45), trang 62-67.
2. **Bộ Y tế (2013)**, Thông tư số 07/2013/TT-BYT ngày 8/3/2013 về việc quy định chức năng nhiệm vụ của nhân viên y tế thôn bản.
3. **Huỳnh Minh Chín (2015)**, Đánh giá việc thực hiện các nhiệm vụ của nhân viên y tế khu phố, ấp theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế của huyện Dầu Tiếng, tỉnh Bình Dương năm 2015, Luận văn chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
4. **Chính phủ (2019)**, Nghị định số 34/2019/NĐ-CP ngày 24/4/2019 về việc sửa đổi, bổ sung một số qui định về cán bộ, công chức cấp xã và người hoạt động không chuyên trách ở cấp xã, ở thôn,

- tổ dân phố.
5. **Nông Minh Dũng, Nguyễn Đình Học (2011)**, "Thực trạng hoạt động của nhân viên y tế thôn bản tỉnh Bắc Kạn năm 2011", Tạp chí Khoa học và Công nghệ, tập 89 (01), trang 281-289.
  6. **Trần Minh Hùng, Nguyễn Đức Thanh, Nguyễn Văn Tiến (2017)**, "Thực trạng hoạt động phòng chống bệnh sốt xuất huyết của nhân viên y tế thôn bản huyện Gò Quao, tỉnh Kiên Giang năm 2016", Tạp chí Y học cộng đồng, số 39, trang 48-52.
  7. **Thủ tướng Chính phủ (2009)**, Quyết định số 75/2009/QĐ-TTg ngày 11/5/2009 về việc quy định chế độ phụ cấp đối với nhân viên y tế thôn bản.
  8. **Võ Bá Tước (2013)**, "Đánh giá hoạt động nhân viên Y tế thôn bản tại tỉnh An Giang năm 2012 theo thông tư số 39/TT-BYT ngày 10/09/2010 của Bộ trưởng Bộ Y Tế", Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2013.
  9. **Alam K., Tasneem S., Oliveras E. (2012)**, "Retention of female volunteer community health workers in Dhaka urban slums: a case-control study", Health Policy Plan, 27 (6), 477-86.
  10. **Baynes C, et al (2018)**, "Quality of Sick Child-Care Delivered by Community Health Workers in Tanzania", Int J Health Policy Manag, 7 (12), pp. 1097-1109
  11. **Brenner J. L., Kabakyenga J., Kyomuhangi T., Wotton K. A., Pim C., Ntaro M., et al. (2011)**, "Can volunteer community health workers decrease child morbidity and mortality in southwestern Uganda? An impact evaluation", PLoS One, 6 (12), e27997.

## BÁO CÁO CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP CHƯA CÓ TRONG Y VĂN: ĐỒNG MẮC UNG THƯ PHỔI, LAO PHỔI-LAO HẠCH TRUNG THẤT, U PHẾ BÀO XƠ HÓA ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG NĂM 2024

Nguyễn Công Minh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Đồng mắc ung thư phổi và lao phổi rất ít gặp trên lâm sàng, triệu chứng thường không đặc hiệu, điều trị phức tạp do tương tác thuốc và tác dụng không mong muốn; u phế bào xơ hóa của phổi là bệnh lý hiếm gặp, phẫu thuật cắt u là điều trị chính. Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân nữ, 74 tuổi, nhập viện với các triệu chứng ho, gầy sút cân, đau tức ngực kéo dài. Bệnh nhân được chẩn đoán trước phẫu thuật ung thư phổi giai đoạn I đồng mắc u phế bào xơ hóa; và tiếp tục được phát hiện thêm đồng mắc lao phổi-lao hạch trung thất sau phẫu thuật. **Phương pháp nghiên cứu:** báo cáo ca lâm sàng và hồi cứu y văn. **Kết quả:** Bệnh nhân được điều trị

thành công bằng phẫu thuật và thuốc chống lao. **Kết luận:** Đây là trường hợp đồng mắc ba bệnh ung thư phổi, lao phổi-lao hạch trung thất và u phế bào xơ hóa đầu tiên được báo cáo trong Y văn được điều trị thành công tại Bệnh viện Phổi Trung Ương.

**Từ khóa:** Ung thư phổi; Lao; U phế bào xơ hóa; Ung thư phổi đồng mắc lao phổi.

### SUMMARY

**CASE REPORT ON A RARE AND UNPRECEDENTED CLINICAL OCCURRENCE: COEXISTING LUNG CANCER, PULMONARY TUBERCULOSIS WITH MEDIASTINAL LYMPHADENITIS, PULMONARY SCLEROSING PNEUMOCYTOMA SUCCESSFULLY TREATED AT THE NATIONAL LUNG HOSPITAL IN 2024**

Co-occurrence of lung cancer and pulmonary tuberculosis is rare in clinical practice, with symptoms often being nonspecific. Treatment is complex due to

<sup>1</sup>Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Minh

Email: congminh.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024

drug interactions and potential adverse effects. Pulmonary Sclerosing Pneumocytoma is an uncommon condition, with surgical resection being the primary treatment. In this report, we present the case of a 74-year-old female patient admitted with symptoms of cough, weight loss, and persistent chest pain. The patient was preoperatively diagnosed with stage I lung cancer coexisting with pulmonary sclerosing pneumocytoma. Post-surgery, she was also found to have coexisting pulmonary tuberculosis with mediastinal lymph node. **Methods:** Case report and literature review. **Results:** The patient was successfully treated with surgery and anti-tuberculosis medication. **Conclusion:** This is the first reported case in the literature of successful treatment of a patient with coexisting lung cancer, pulmonary tuberculosis with mediastinal lymphadenitis, and pulmonary sclerosing pneumocytoma at the National Lung Hospital. **Keywords:** Lung cancer, Tuberculosis, Pulmonary Sclerosing Pneumocytoma, Coexisting Lung Cancer and Pulmonary Tuberculosis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là bệnh ác tính phát triển từ biểu mô phế quản, tiểu phế quản, phế nang hoặc từ các tuyến phế quản. UTP giai đoạn sớm thường chưa biểu hiện triệu chứng, phát hiện được do tình cờ đi khám sức khỏe hoặc khám các bệnh lý khác với tổn thương các nốt đơn độc phổi trên cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực. Tiêu chuẩn vàng chẩn đoán xác định UTP là mô bệnh học các mảnh sinh thiết khối u với các kỹ thuật lấy bệnh phẩm như nội soi phế quản sinh thiết, sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CLVT hoặc kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch bệnh phẩm dịch màng phổi, dịch màng tim, hạch ngoại vi (các tổn thương thứ phát). Chẩn đoán giai đoạn UTP được áp dụng phổ biến hiện tại theo AJCC phiên bản 8. Phẫu thuật là phương pháp điều trị được ưu tiên với UTP giai đoạn sớm<sup>1,2</sup>

Lao phổi là bệnh lý nhiễm trùng phổi do trực khuẩn lao gây ra. Bệnh nhân lao phổi có thể gặp thêm tổn thương các cơ quan ngoài phổi như lao hạch, lao màng phổi, màng bụng, màng não. Bệnh lây qua ba con đường: hô hấp (chiếm 70-80%), tiêu hóa, da và niêm mạc và thường gặp trên đối tượng suy giảm miễn dịch như người bệnh ung thư, đái tháo đường, HIV,... Chẩn đoán bệnh lao dựa vào các triệu chứng lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng như chẩn đoán hình ảnh (X-quang, CLVT, MRI), vi sinh (AFB, Genxpert, LPA, BACTEC) hay giải phẫu bệnh (mô bệnh học). Chẩn đoán và điều trị kịp thời giúp giảm nguy cơ lây nhiễm ra cộng đồng cũng như hạn chế các di chứng trên phổi<sup>3</sup>.

U phế bào xơ hóa (Pulmonary sclerosing pneumocytoma – PSP) là một tổn thương phổi

lành tính, hiếm gặp được biết đến với tên gọi khác là u mạch xơ cứng phổi (Pulmonary sclerosing hemangioma – PSH). PSP thường gặp ở nữ (88,2%), độ tuổi từ 40-70, PSP có nguồn gốc từ tế bào phế nang của phổi gồm hai quần thể: tế bào bề mặt giống tế bào phế nang loại II và tế bào tròn<sup>4</sup>. Bệnh thường không biểu hiện triệu chứng và được phát hiện tình cờ qua chụp CLVT lồng ngực, chẩn đoán phân biệt với nhiều bệnh lý ở phổi như ung thư phổi, lao phổi, nấm phổi. Chẩn đoán xác định dựa vào giải phẫu bệnh đặc biệt là mô bệnh học và hóa mô miễn dịch khối u sau mổ.

**Mục tiêu:** Đồng mắc hai bệnh ung thư phổi và lao phổi tuy rất ít gặp nhưng đã được báo cáo, tuy nhiên đồng mắc ba bệnh ung thư phổi, lao phổi-lao hạch trung thất và u phế bào xơ hóa thì chưa từng được báo cáo trong Y văn. Chúng tôi giới thiệu ca bệnh hiếm gặp này được điều trị thành công tại Bệnh viện Phổi Trung Ương với mong muốn đóng góp tiếng nói của mình trong thống kê y học cũng như chia sẻ kinh nghiệm về quá trình chẩn đoán và điều trị một ca bệnh hiếm gặp và phức tạp.

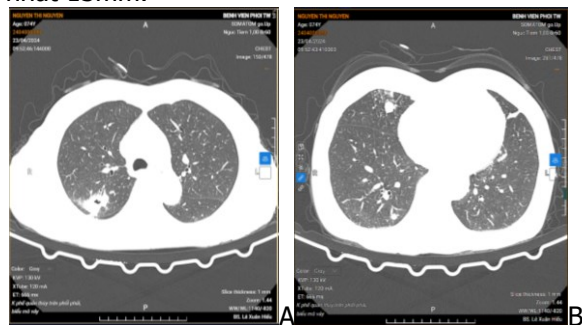
## II. CA LÂM SÀNG

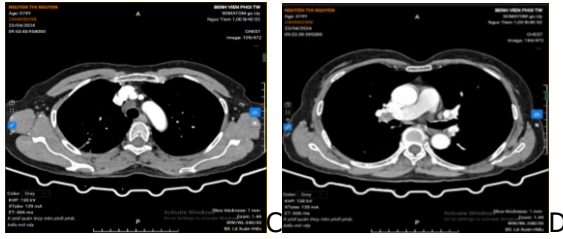
**2.1. Lâm sàng.** Chúng tôi báo cáo trường hợp bệnh nhân (BN) nữ, 74 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, vào viện vì ho kéo dài, gầy sút 3kg, đau tức ngực phải khoảng 1 tháng, khám lâm sàng toàn trạng tốt ECOG PS = 0, không có hạch ngoại vi, không có hội chứng cận u, không có biểu hiện nhiễm trùng.

### 2.2. Cận lâm sàng

- Các xét nghiệm huyết học, sinh hóa, vi sinh: không có bất thường về công thức máu và sinh hóa máu và các xét nghiệm vi sinh (vi khuẩn, lao, nấm).

- Cắt lớp vi tính ngực: Nốt tạo hang thành dày không đều thùy trên phổi phải, kích thước 27x19mm, nốt 13mm thùy giữa phải kèm các nốt nhỏ vệ tinh, nốt 8mm thùy dưới phải, hạch trung thất nhóm 2R, 4R, 11R, kích thước lớn nhất 13mm.





**Hình 1: CLVT ngực thời điểm vào viện**

A: Nốt thùy trên phải tạo hang lệch tâm thành dày; B: Nốt thùy giữa phải bờ nhẵn kèm nốt nhỏ vệ tinh xung quanh, nốt thùy dưới phải sát ngoại vi; C: Hạch trung thất nhóm 2R; D: hạch rốn phổi phải nhóm 11R

- BN được sinh thiết nốt thùy trên phổi phải, giải phẫu bệnh: Ung thư biểu mô không tế bào nhỏ; hóa mô miễn dịch: ung thư biểu mô vảy không sừng hóa. BN được làm các xét nghiệm tầm soát di căn, đánh giá giai đoạn bệnh với các kết quả như sau:

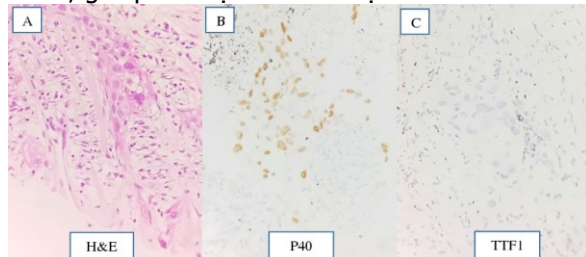
+ MRI sọ não: không có tổn thương di căn não  
+ CLVT ổ bụng: không có bất thường các tạng trong ổ bụng.

+ Chụp PET/CT toàn thân: nốt mờ thùy trên phải kích thước 18x19mm, sát rãnh liên thùy, tăng chuyển hóa FDG (SUVmax: 19.19), nốt mờ kích thước 13x18mm ngoại vi thùy giữa phổi phải, tăng chuyển hóa FDG (SUVmax: 12.2), hạch cạnh phải khí quản kích thước 9x20mm, không tăng chuyển hóa theo dõi hạch viêm, hạch tăng chuyển hóa không tăng hiệu rốn phổi phải, ngoài ra không phát hiện tổn thương tăng chuyển hóa FDG bất thường ở các vị trí khác trên xạ hình PET/CT toàn thân.

+ Nội soi EBUS hạch trung thất 4R, 11R: không có tế bào ác tính

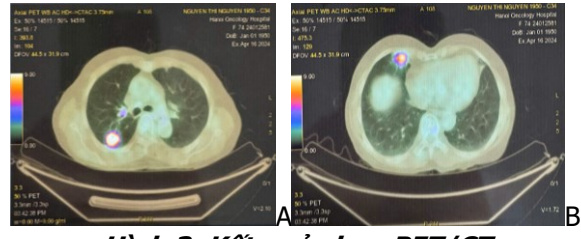
- BN được sinh thiết nốt thùy giữa phải dưới CLVT, giải phẫu bệnh: u phế bào xơ hóa

- BN được sinh thiết nốt thùy dưới phải dưới CLVT, giải phẫu bệnh: viêm mạn tính



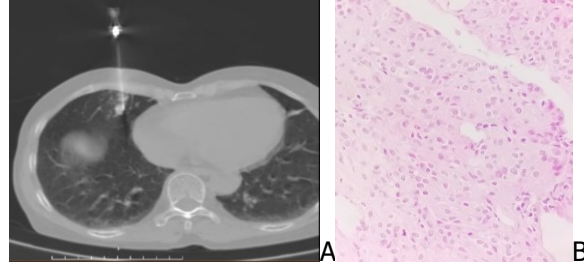
**Hình 2: Kết quả mô bệnh học sinh thiết u phổi**

A: Tiêu bản nhuộm HE: mô liên kết xâm nhập nhiều tế bào u hình đa diện, tế bào có nhân lớn, ưa kiềm, mất cực tính; B: Nhuộm hóa mô miễn dịch P40 dương tính +++; C: Nhuộm hóa mô miễn dịch TTF1 âm tính.



**Hình 3: Kết quả chụp PET/CT**

A: Nốt thùy trên phổi phải (SUVmax: 19.19); B: Nốt thùy giữa phải (SUV: 12.2)



**Hình 4: Sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CLVT (cửa số trung thất) và kết quả mô bệnh học tổn thương thùy giữa phải (u phế bào xơ hóa)**

**Chẩn đoán trước mổ:** Ung thư thùy trên phổi phải giai đoạn IB (cT2N0M0), ung thư biểu mô vảy – U phế bào xơ hóa thùy giữa phổi phải

BN đã được hội chẩn đa chuyên khoa gồm các chuyên khoa: ngoại lồng ngực, ung bướu, chẩn đoán hình ảnh, giải phẫu bệnh, gây mê hồi sức và được chỉ định điều trị: Phẫu thuật nội soi cắt thùy trên phổi phải, nạo vét hạch. Cắt tổn thương thùy giữa phổi phải.

Các xét nghiệm trước mổ cho phép phẫu thuật và BN được tiến hành phẫu thuật sau đó.

**Diễn biến quá trình phẫu thuật:** BN nằm nghiêng trái, rạch da 3cm đường nách trước ngang mức khoang liên sườn (KLS) IV, tách các lớp cân cơ vào khoang màng phổi. Nhu mô thùy giữa, dưới đàn hồi tốt, tổ chức u xơ hóa thùy giữa 2cm, biến đổi bề mặt nhu mô, nhu mô phổi thùy trên đàn hồi tốt, tương ứng phân thùy 2 có tổ chức u rắn chắc kích thước 2x3cm, biến đổi bề mặt nhu mô, co kéo nhu mô xung quanh, không dính màng phổi thành, rãnh liên thùy không hoàn toàn, màng phổi thành không u cục.

**Chẩn đoán trong mổ:** Ung thư phổi thùy trên phải biểu mô vảy-U phế bào xơ hóa thùy giữa.

**Các bước phẫu thuật được tiến hành từng bước như sau:**

Bước 1: Phẫu tích bóc tách hạch trung thất nhóm 2-4, 7,11 (kích thước 10mm, hạch mềm), gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh.

Bước 2: Phẫu tích cắt động mạch trung thất, động mạch phân thùy 2 bằng 01 Stapler; phẫu

tích cắt tĩnh mạch phổi trên bằng 01 Stapler, cắt phế quản thùy trên bằng 01 Stapler, gỡ dính rãnh liên thùy; cắt cầu nhu mô bằng 03 Stapler.

Bước 3: Cắt tổn thương thùy giữa bằng 01 Stapler tím, 01 Stapler be.

Lấy bệnh phẩm thùy trên phổi, tổn thương thùy giữa gửi giải phẫu bệnh.

Kiểm tra nhu mô phổi nở hết, kiểm tra cầm máu toàn bộ nhu mô phổi. Đặt 02 surgical vào mỏm cắt động mạch, vị trí bóc hạch; đặt 01 dẫn lưu vào KMP. Đóng thành ngực theo giải phẫu.

Diễn biến quá trình hậu phẫu thuận lợi, BN được rút sonde dẫn lưu vào ngày thứ ba sau mổ và hồi phục sức khỏe nhanh chóng.

- Sau mổ hai tuần bệnh nhân tái khám, sức khỏe hồi phục tốt, tăng cân, các kết quả giải phẫu bệnh bệnh phẩm mổ như sau:

+ Bệnh phẩm thùy trên phải: đại thể: vùng ngoại vi có 01 khối u kích thước 2.5x2cm, bờ đa cung, máu xám đen, chắc, có hoại tử và 01 nốt vệt tinh kích thước 0.5cm màu trắng; kết luận: ung thư biểu mô hỗn hợp tuyến-vảy (tuyến: 80% vảy: 20%)/ tổn thương viêm lao (nốt vệt tinh).

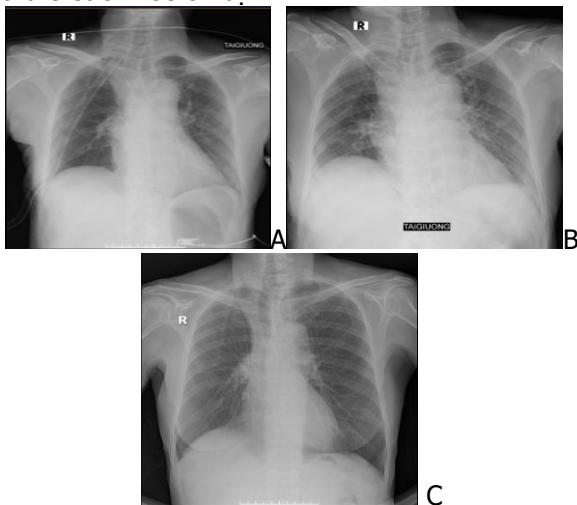
+ Tổn thương thùy giữa: U phế bào xơ hóa/ Tổn thương viêm lao.

+ Hạch 2-4, 7, 11: hạch viêm lao, không có di căn ung thư biểu mô.

**Chẩn đoán sau mổ:** Hậu phẫu cắt thùy trên phổi phải/ Ung thư thùy trên phải giai đoạn IA3 (pT1cN0M0), ung thư biểu mô hỗn hợp tuyến-vảy – U phế bào xơ hóa thùy giữa đã phẫu thuật – Lao phổi, lao hạch trung thất bằng chứng mô bệnh học.

Chỉ định điều trị: Thuốc lao phác đồ: 2RHZE/10RHE – Theo dõi định kỳ ung thư phổi

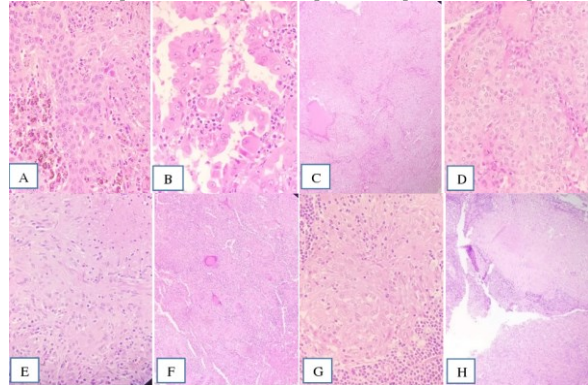
Hiện tại bệnh nhân điều trị thuốc lao tháng thứ 5 sức khỏe ổn định.



**Hình 5: X-quang ngực thẳng**

A: Sau mổ ngày thứ 1 còn sonde dẫn lưu, phổi nở tốt; B: Sau mổ ngày thứ 3, sau khi rút sonde dẫn lưu; C: Tái khám sau 5 tháng, phổi nở tốt, co kéo nhẹ khí quản.

**Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật:**



**Hình 6: Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật**

A,B: Mô u gồm hỗn hợp 2 thành phần. Các tế bào u có vùng đứng thành cấu trúc ống tuyến, nhân trụ, bào tương chế tiết và xen kẽ những vùng tế bào u đứng thành đám đặc thể hiện cầu nối gian bào, mô đệm tăng sinh xơ xâm nhập tế bào viêm một nhân; C,D: mô phế nang có quá sản tuyến phế nang, tăng sinh xơ hóa dạng cuộn, các phế bào tăng sinh nhân nhỏ đều lạnh tính tương ứng x100 và x400; E,F: tổn thương lao phổi; G,H: tổn thương lao hạch

**IV. BÀN LUẬN**

Việt Nam đứng thứ 11/30 quốc gia có gánh nặng bệnh lao cao nhất trên thế giới<sup>3</sup>. Vi khuẩn lao (Mycobacterium Tuberculosis – MTB) gây bệnh ở nhiều cơ quan hay gặp nhất là ở phổi. BN mắc lao được báo cáo có nguy cơ mắc ung thư phổi cao hơn so với người khỏe mạnh. Một nghiên cứu ở Đài Loan cho thấy tiền sử mắc lao làm tăng nguy cơ ung thư phổi lên 1,76 lần trong khi dữ liệu nghiên cứu tại Hàn Quốc cho thấy tỉ lệ này là 1,49 lần với nam và 1,37 lần với nữ. Mặc khác, BN mắc bệnh ác tính cũng làm tăng nguy cơ mắc lao. Một phân tích tổng hợp tại Mỹ báo cáo nguy cơ mắc lao tăng lên ở các BN ung thư phổi đến 9 lần<sup>5</sup>, trong khi các báo cáo chung tại Nhật Bản cho thấy BN lao phổi gặp 2-5% trong các trường hợp ung thư phổi và ung thư phổi gặp 1-2% trong các trường hợp mắc lao phổi<sup>6</sup>.

Hệ thống miễn dịch suy giảm ở BN ung thư có thể tạo điều kiện cho các vi sinh vật như MTB lây nhiễm (mới) hoặc tái hoạt động (lao tiềm ẩn) từ đó gây bệnh lao. Một số nghiên cứu cũng chỉ ra tình trạng viêm mạn tính và phản ứng oxy hóa ở phổi do MTB có thể làm biến đổi tế bào biểu mô trụ của thành phế quản chuyển thành tế bào

vây, đồng thời gây ra hoạt động tạo clastogenic, một tác nhân gây đột biến làm rối loạn các quá trình liên quan đến DNA bình thường. Mặt khác, có giả thuyết về sự trốn tránh miễn dịch của tế bào u do sự thay đổi về chức năng miễn dịch tế bào khi nhiễm MTB<sup>7</sup>.

Tổn thương PSP trên CLVT lồng ngực thường biểu hiện dưới dạng nốt đơn lẻ với hình dạng tròn hoặc hình bầu dục, có tính chất đồng nhất. Kích thước tổn thương PSP chủ yếu dưới 3cm, thường gặp ở thùy dưới của phổi (57,7%), có bờ rõ và nhẵn trong khi ung thư biểu mô phổi ranh giới thường nham nhở, hình tua gai<sup>8</sup>. Một số nghiên cứu cũng cho thấy PSP hấp thu mạnh mẽ trong FDG-PET.

Trường hợp BN của chúng tôi được chẩn đoán xác định ung thư phổi (tổn thương thùy trên phổi phải), ngoài ra trên CLVT ngực có các tổn thương ở thùy giữa và dưới phải đòi hỏi chúng tôi cần chẩn phân biệt giữa tổn thương ung thư di căn hay đồng nhiễm bệnh phổi khác (lao, nấm,...) từ đó góp phần đánh giá giai đoạn bệnh ung thư cũng như đưa ra chiến lược điều trị thích hợp. Mặc dù đã rất cẩn trọng khi làm tất cả các xét nghiệm đánh giá như AFB đờm, Genxpert dịch phế quản, sinh thiết niêm mạc phế quản, sinh thiết xuyên thành ngực tổn thương thùy giữa và thùy dưới phải, tuy nhiên chẩn đoán mắc lao phổi-lao hạch trung thất chỉ được xác định sau khi có bằng giải phẫu bệnh sau mổ, thậm chí tổn thương lao còn phát triển bên cạnh tổn thương ung thư và u phế bào xơ hóa mà chúng tôi đã xác định được bằng sinh thiết xuyên thành ngực trước mổ, điều này cho thấy sự phức tạp của ca bệnh này.

Về điều trị UTP phổi giai đoạn sớm, phẫu thuật cắt thùy phổi kèm nạo vét hạch là lựa chọn ưu tiên, có thể nối tiếp bằng các điều trị bổ trợ sau mổ như hóa trị, xạ trị, thuốc đích, thuốc miễn dịch với giai đoạn IB-III A hoặc theo dõi định kỳ với giai đoạn IA<sup>9</sup>. Phẫu thuật cắt bỏ u cũng được áp dụng trong đa số các trường hợp PSP. Trong nghiên cứu của Park và cộng sự đã chỉ ra rằng cắt phân thùy phổi không điển hình hoặc cắt u mang lại hiệu quả cao.

Chiến lược điều trị đồng mắc lao và ung thư hiệu quả và an toàn chưa được báo cáo nhiều và chưa có bằng chứng rõ ràng, tuy nhiên một số báo cáo đã chỉ ra rằng điều trị ung thư không ảnh hưởng đến quá trình điều trị lao. Một nghiên cứu hồi cứu tại Nhật Bản báo cáo việc sử dụng đồng thời thuốc lao và hóa trị gây độc tế bào là hiệu quả và an toàn, kết quả được ghi nhận tương tự tại Hàn Quốc. Hơn nữa, cũng không có sự khác biệt về kết quả điều trị ung thư phổi ở

những người bệnh đồng mắc lao hoặc không. Một số tác giả cho rằng nên điều trị thuốc kháng lao 2-3 tuần cho đến khi đạt được AFB đờm âm tính trước khi phẫu thuật điều trị ung thư phổi<sup>10</sup>.

Quay lại ca bệnh của chúng tôi, BN được phẫu thuật nội soi cắt thùy trên phải, nạo vét hạch để điều trị ung thư phổi và cắt tổn thương thùy giữa (bao gồm cả tổn thương lao phổi và u phế bào xơ hóa), thật may mắn sau mổ toàn bộ hạch đều có kết quả giải phẫu bệnh là hạch lao (không có hạch ung thư di căn), như vậy cuộc phẫu thuật đã thành công khi điều trị được cả tổn thương ung thư phổi và u phế bào xơ hóa, giúp chẩn đoán được lao phổi-lao hạch trung thất cũng như có thời gian hậu phẫu và hồi phục sức khỏe nhanh chóng. BN được điều trị lao theo phác đồ chống lao 2RHZE/10RHE ngay ở thời điểm hai tuần sau mổ và không cần kết hợp các biện pháp điều trị bổ trợ ung thư phổi (giai đoạn sau mổ là IA), từ đó tránh được nguy cơ tương tác thuốc cũng như các tác dụng phụ.

## V. KẾT LUẬN

Đây là một ca bệnh đồng mắc ba bệnh (ung thư phổi, lao phổi-lao hạch trung thất, u phế bào xơ hóa) được báo cáo đầu tiên trong Y văn vô cùng hiếm gặp, việc kết hợp tối đa các biện pháp chẩn đoán đặc biệt là các kỹ thuật chuyên sâu (EBUS, sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới CLVT, PET/CT,...) đem lại kết quả điều trị thành công cho ca bệnh. Trong thực hành lâm sàng, các triệu chứng lâm sàng khi đồng mắc nhiều bệnh sẽ thường bị che lấp, không đặc hiệu vì vậy cần cẩn trọng và tỉ mỉ trong việc chẩn đoán xác định từ đó đem lại thành công cho điều trị. Qua đây chúng tôi muốn bổ sung vào ngân hàng y văn các bệnh ít, hiếm gặp nơi mà các đồng nghiệp có thể tham khảo và có góc nhìn toàn diện hơn trong việc lựa chọn phương pháp tiếp cận chẩn đoán cũng như điều trị khi gặp trường hợp tương tự.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Woodard GA, Jones KD, Jablons DM. Lung cancer staging and prognosis. Lung cancer: treatment and research. 2016;47-75.
2. Goldstraw P, Chansky K, Crowley J, et al. The IASLC lung cancer staging project: proposals for revision of the TNM stage groupings in the forthcoming (eighth) edition of the TNM classification for lung cancer. Journal of Thoracic Oncology. 2016;11(1):39-51.
3. Bagcchi S. WHO's global tuberculosis report 2022. The Lancet Microbe. 2023;4(1):e20.
4. Katzenstein A-LA, Gmelich JT, Carrington CB. Sclerosing hemangioma of the lung: a clinicopathologic study of 51 cases. The American journal of surgical pathology. 1980;4(4):343-356.

5. **Cheng MP, Chakra CNA, Yansouni CP, et al.** Risk of active tuberculosis in patients with cancer: a systematic review and metaanalysis. *Clinical Infectious Diseases*. 2017;64(5):635-644.
6. **KOMATSU H, ISHIZUKA Y, YONEDA R.** A study of coexistence of bronchogenic carcinoma and active pulmonary tuberculosis. *Kekkaku (Tuberculosis)*. 1981;56(2):49-55.
7. **Jurado JO, Alvarez IB, Pasquinelli V, et al.** Programmed death (PD)-1: PD-ligand 1/PD-ligand 2 pathway inhibits T cell effector functions during human tuberculosis. *The Journal of Immunology*. 2008;181(1):116-125.
8. **Zhu J.** Analysis of the clinical differentiation of pulmonary sclerosing pneumocytoma and lung cancer. *Journal of Thoracic Disease*. 2017;9(9):2974.
9. **Riely GJ, Wood DE, Ettinger DS, et al.** Non-Small Cell Lung Cancer, Version 4.2024, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 2024;22(4):249-274.
10. **Otoshi R, Ikeda S, Kaneko T, et al.** Treatment Strategies for Non-Small-Cell Lung Cancer with Comorbid Respiratory Disease; Interstitial Pneumonia, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, and Tuberculosis. *Cancers*. 2024;16(9):1734.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN III BẰNG HÓA XẠ ĐỒNG THỜI VỚI PHÁC ĐỒ PACLITAXEL – CARBOPLATIN

Nguyễn Tuấn Anh<sup>1</sup>, Bùi Vinh Quang<sup>2</sup>, Trần Bảo Ngọc<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đáp ứng điều trị của phác đồ Paclitaxel - Carboplatin kết hợp đồng thời với xạ trị trên bệnh nhân (BN) ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn III không phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 92 BN UTPKTBN giai đoạn III được điều trị hóa xạ trị đồng thời (HXTĐT) với phác đồ Paclitaxel – Carboplatin tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội và Trung tâm Ung bướu – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 12/2021 đến tháng 1/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $63.4 \pm 7,9$ , tỉ lệ nam/nữ = 6.1/1. 60 – 69 là độ tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất với 46.7%. Giai đoạn IIIA chiếm 14.1%, giai đoạn IIIB chiếm 56.5%, giai đoạn IIIC chiếm 29.3%. Đau ngực triệu chứng khiến BN đi khám bệnh phổ biến nhất chiếm 47.8%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 BN (1.1%) đạt đáp ứng hoàn toàn, 74 BN (80.4%) đạt đáp ứng một phần, 9 BN (9.8%) bệnh giữ nguyên, 8 BN (8.7%) bệnh tiến triển. Sau điều trị 1 tháng đánh giá tỉ lệ kiểm soát bệnh đạt 91.3%. Tác dụng phổ biến là viêm da do xạ gặp ở hầu hết bệnh nhân 73.9%, 18.5% BN bị hạ bạch cầu đa nhân trung tính, 52.2% BN bị thiếu máu, 19.6% BN bị viêm phổi, viêm thực quản 34.7%. **Kết luận:** Hóa xạ trị đồng thời với phác đồ Paclitaxel Carboplatin an toàn và đạt hiệu quả tốt trong điều trị UTPKTBN giai đoạn III.

**Từ khóa:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ, giai đoạn III, hóa xạ trị đồng thời, Paclitaxel – Carboplatin.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Anh

Email: Tuananhdy451@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024

### SUMMARY

#### RESULTS OF THE TREATMENT OF STAGE III NON-SMALL CELL LUNG CANCER WITH CHEMOTHERAPY PACLITAXEL CARBOPLATIN COMBINED WITH RADIATION THERAPY

**Aims:** Evaluation of some clinical and paraclinical characteristics and treatment response of Paclitaxel - Carboplatin regimen combined with concurrent radiotherapy in patients with stage III non-surgical non-small cell lung cancer (NSCLC). **Patients and method of study:** Retrospective and prospective study on 92 non-small cell lung cancer patients in stage III treated by Paclitaxel and Carboplatin combined with radiation therapy from December 2021 to December 2023. **Results:** The mean age of the study group was  $63.4 \pm 7.9$  years, with a male-to-female ratio of 6.1:1. The age group of 60-69 years had the highest proportion of participants with 46.7%. Stage IIIA accounted for 14.1%, stage IIIB accounted for 56.5%, and stage IIIC accounted for 29.3%. of the patients. Chest pain was the most common reason for patients to seek medical attention, accounting for 47.8% of the cases. In the study, 1 patient (1.1%) achieved a complete response, 74 patients (80.4%) achieved a partial response, 9 patients (9.8%) remained stable, and 8 patients (8.7%) progressed. After one month of treatment, the disease control rate was 91.3%. Common side effects included radiation dermatitis, which occurred in most patients with 73.9%, neutropenia in 18.5% of patients, anemia in 52.2% of patients, pneumonitis in 19.6% of patients, and esophagitis in 34.7% of patients. **Conclusion:** Our finding shows that concurrent chemoradiotherapy with Paclitaxel Carboplatin regimen was safe and effective in grade III non-small cell lung cancer.

**Keywords:** non-small cell lung cancer, concurrent chemoradiotherapy, Paclitaxel - Carboplatin, stage III.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là loại ung thư phổ biến