

cao trong dự đoán hẹp ĐMV đáng kể, nhưng khó có thể dự đoán chính xác phân loại CAD-RADS.

VI. KIẾN NGHỊ

Phân loại CAD-RADS nên được rộng rãi trong đánh giá tổn thương ĐMV. Các phương pháp tính điểm vôi hóa cần được sử dụng kết hợp với nhau, trong đó số vùng vôi hóa có giá trị quan trọng. Ngưỡng cắt và công thức dự đoán tham khảo có thể sử dụng ở cơ sở không đủ điều kiện chụp CLVT ĐMV có tiêm chất tương phản; BN không thể chụp CLVT ĐMV có tiêm chất tương phản; BN mạch nhanh, hạn chế khảo sát mức độ hẹp ĐMV, tuy nhiên cần thực hiện thêm nghiên cứu để có những điều chỉnh phù hợp với đặc điểm dân số tại cơ sở đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khải Phạm Gia, Hoài Nguyễn Thị Thu và cs.** Tình hình các bệnh lý tim mạch tại Viện tim mạch Việt Nam 2003 – 2007. Tạp chí Tim mạch học. 2011;59:949 - 954.
2. **Multiple Cause of Death 2018–2021 on CDC WONDER Database.** Accessed October 20, 2023. <https://wonder.cdc.gov/mcd.html>
3. **Percentage of coronary heart disease for adults aged 18 and over, United States, 2019–2021.** National Health Interview Survey. Accessed October 20, 2023. https://www.nchis.gov/NHISDataQueryTool/SHS_adult/index.html
4. **What causes the most deaths?** Accessed October 20, 2023. <https://www.healthdata.org/>

research-analysis/health-by-location/profiles/vietnam

5. **Ngam PI, Ong CC, Chai P, Wong SS, Liang CR, Teo LLS.** Computed tomography coronary angiography - past, present and future. Singapore Med J. Mar 2020;61(3):109-115.
6. **Narula J, Chandrashekar Y, Ahmadi A, et al.** SCCT 2021 Expert Consensus Document on Coronary Computed Tomographic Angiography: A Report of the Society of Cardiovascular Computed Tomography. J Cardiovasc Comput Tomogr. May-Jun 2021;15(3):192-217.
7. **Cury RC, Leipsic J, Abbara S, et al.** CAD-RADS™ 2.0 - 2022 Coronary Artery Disease - Reporting and Data System An Expert Consensus Document of the Society of Cardiovascular Computed Tomography (SCCT), the American College of Cardiology (ACC), the American College of Radiology (ACR) and the North America Society of Cardiovascular Imaging (NASCI). Radiol Cardiothorac Imaging. Oct 2022;4(5):e220183.
8. **Budoff MJ, Georgiou D, Brody A, et al.** Ultrafast computed tomography as a diagnostic modality in the detection of coronary artery disease: a multicenter study. Circulation. Mar 1 1996;93(5):898-904.
9. **Schmermund A, Baumgart D, Möhlenkamp S, et al.** Natural history and topographic pattern of progression of coronary calcification in symptomatic patients: An electron-beam CT study. Arterioscler Thromb Vasc Biol. Mar 2001;21(3):421-6.
10. **Moradi M, Rafiei E, Rasti S, Haghbin H.** Coronary artery calcification-does it predict the CAD-RADS category? Emerg Radiol. Aug 4 2022:1-9.

ĐẶC ĐIỂM DI CĂN HẠCH Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phạm Văn Thái^{1,2}, Phạm Cẩm Phương^{1,2,3}, Đỗ Thị Thanh Xuân³, Mai Trọng Khoa^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ di căn hạch và mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch với một số yếu tố ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi và nạo vét hạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên 74 trường hợp được chẩn đoán xác định ung thư phổi không tế bào nhỏ và được phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi, nạo vét hạch tại

bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 01/2023 – 08/2024. **Kết quả:** Bệnh gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân trên 65 tuổi (41,9%); tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 61,8 ± 9,4 tuổi. Đa số là bệnh nhân nam (66,2%). Ung thư phổi không tế bào nhỏ gặp nhiều hơn ở phổi phải (62,2%), trong đó phần lớn là u ở vị trí thùy trên phổi phải (32,4%). Phần lớn u có kích thước ≤ 3cm (56,7%), loại biểu mô tuyến (63,5%) và không có xâm lấn màng phổi (63,5%). 21/74 bệnh nhân có di căn hạch (28,4%), trong đó đa số bệnh nhân di căn hạch chằng N1 (18,9%) và tỷ lệ di căn hạch N2 là 9,5%. Tỷ lệ di căn hạch ở nhóm bệnh nhân từ 55 – 65 tuổi cao hơn hẳn so với nhóm bệnh nhân dưới 55 tuổi (28,6%) và trên 65 tuổi (12,9%) với p < 0,05. Tỷ lệ di căn hạch tăng tỷ lệ thuận với kích thước u, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,019. Tình trạng di căn hạch không phụ thuộc vào các yếu tố giới tính, vị trí u, mức độ xâm lấn màng phổi và loại mô bệnh học. **Kết luận:** Tỷ lệ di căn hạch là 28,4%, trong đó di căn hạch N1 là 18,9% và di căn hạch N2 là 9,5%.

¹Bệnh viện Bạch Mai
²Trường Đại Học Y Hà Nội
³Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội
 Chịu trách nhiệm chính: Phạm Cẩm Phương
 Email: phamcamphuong@gmail.com
 Ngày nhận bài: 14.11.2024
 Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024
 Ngày duyệt bài: 21.01.2025

Tình trạng di căn hạch có liên quan với độ tuổi và kích thước khối u nguyên phát với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ di căn hạch theo các đặc điểm như giới tính, vị trí u nguyên phát, mức độ xâm lấn màng phổi và loại mô bệnh học. **Từ khóa:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ, di căn hạch.

SUMMARY

LYMPH NODE METASTASIS CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH NON-SMALL CELL LUNG CANCER UNDERGOING ENDOSCOPIC SURGERY AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: To determine the rate of lymph node metastasis and its association with various factors in patients with non-small cell lung cancer (NSCLC) undergoing endoscopic lobectomy and lymph node dissection. **Methods:** A descriptive, retrospective study of 74 patients diagnosed with NSCLC who underwent endoscopic lobectomy and lymph node dissection at Bach Mai Hospital between January 2023 and August 2024. **Results:** The disease was more prevalent in patients aged >65 years (41.9%), with a mean age of 61.8 ± 9.4 years. Most patients were male (66.2%). NSCLC was more common in the right lung (62.2%), with the upper lobe of the right lung being the most frequently affected site (32.4%). The majority of tumors were ≤ 3 cm in size (56.7%), adenocarcinoma type (63.5%), and non-invasive to the pleura (63.5%). Lymph node metastasis was identified in 21 of 74 patients (28.4%), with N1 metastasis in 18.9% and N2 metastasis in 9.5%. The rate of lymph node metastasis was significantly higher in patients aged 55–65 years (28.6%) compared to those aged <55 years (12.9%) or >65 years (12.9%) ($p < 0.05$). Lymph node metastasis correlated positively with tumor size, a statistically significant relationship ($p = 0.019$). There was no significant association between lymph node metastasis and factors such as gender, tumor location, pleural invasion, or histopathological type. **Conclusion:** Lymph node metastasis occurred in 28.4% of patients, including N1 metastasis in 18.9% and N2 metastasis in 9.5%. Lymph node metastasis was significantly associated with age and primary tumor size ($p < 0.05$). Other factors, including gender, tumor location, pleural invasion, and histopathological type, were not significantly associated with lymph node metastasis.

Keywords: Non-small cells lung cancer, lymph node metastasis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phế quản phổi nguyên phát hay còn gọi là ung thư phổi – là ung thư xuất phát từ niêm mạc phế quản, tiểu phế quản, phế nang, từ các tuyến của phế quản hoặc các thành phần khác của phổi. Theo các kết quả thống kê trên thế giới, ung thư phổi là bệnh lý ác tính có tỷ lệ mắc mới đứng hàng thứ 3 và tỷ lệ tử vong xếp thứ 2 trong các bệnh ung thư [1].

Ung thư phổi được chia làm 2 nhóm chính dựa trên đặc điểm mô bệnh học là ung thư phổi

không tế bào nhỏ (80 – 85%) và ung thư phổi tế bào nhỏ (10 – 15%). Biểu hiện lâm sàng của bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ trong giai đoạn sớm thường nghèo nàn và không đặc hiệu, vì vậy rất khó khăn trong việc chẩn đoán và điều trị sớm.

Điều trị trong ung thư phổi không tế bào nhỏ là điều trị đa mô thức, phối hợp giữa phẫu thuật, xạ trị, hoá trị, điều trị đích,... tùy thuộc vào typ mô bệnh học, giai đoạn bệnh và thể trạng bệnh nhân. Phẫu thuật cắt thùy phổi và nạo vét hạch là phương pháp điều trị cơ bản ở giai đoạn sớm từ I – IIIA, có thể kết hợp với điều trị tân bổ trợ hoặc bổ trợ hoặc không để nâng cao hiệu quả điều trị. Ngày nay, phẫu thuật nội soi đã dần thay thế mổ mở trong phẫu thuật ung thư phổi, mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân như giảm kích thước vết mổ, giảm tỷ lệ biến chứng sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện,...

Chẩn đoán di căn hạch có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán giai đoạn bệnh, là cơ sở để đưa ra phương pháp điều trị và là một yếu tố tiên lượng xấu với bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ di căn hạch trong ung thư phổi không tế bào nhỏ chiếm 20 – 40% số bệnh nhân và có liên quan đến các đặc điểm như vị trí, kích thước và tính chất xâm lấn của khối u nguyên phát [2], [3]. Tuy nhiên các nghiên cứu về chủ đề này tại Việt Nam còn chưa được phổ biến.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Xác định tỷ lệ di căn hạch và mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch với một số yếu tố ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi và nạo vét hạch.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 74 trường hợp được chẩn đoán xác định ung thư phổi không tế bào nhỏ và phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi, nạo vét hạch tại bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 01/2023 – 08/2024

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là Ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng kết quả mô bệnh học.

+ Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi và nạo vét hạch.

+ Hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin cần cho nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân mắc cùng lúc từ 2 bệnh ung thư trở lên hoặc đồng mắc lao.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên

cứu được tiến hành theo phương pháp nghiên cứu mô tả, hồi cứu. Số liệu được thu thập theo mẫu hồ sơ nghiên cứu thống nhất và được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p \leq 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố tuổi, giới tính của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		n	%
Tuổi	< 55	14	18,9
	55 – 65	29	39,2
	> 65	31	41,9
Tuổi trung bình		61,8 ± 9,4	
Tuổi lớn nhất		76	
Tuổi nhỏ nhất		38	
Giới	Nam	49	66,2
	Nữ	25	33,8

Nhận xét: Bệnh gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân trên 65 tuổi (41,9%); tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 61,8 ± 9,4 tuổi; tuổi lớn nhất là 76 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 38 tuổi. Đa số là bệnh nhân nam (66,2%).

Bảng 3.2. Vị trí khối u ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Vị trí u		n	%	
Phổi phải	Thùy trên	24	46	32,4
	Thùy giữa	5		6,8
	Thùy dưới	17		23,0
Phổi trái	Thùy trên	12	28	16,2
	Thùy dưới	16		21,6

Nhận xét: Ung thư phổi không tế bào nhỏ gặp nhiều hơn ở phổi phải (62,2%), trong đó phần lớn là u ở vị trí thùy trên phổi phải (32,4%).

Bảng 3.3. Đặc điểm của khối u

Đặc điểm		n	%
Kích thước u	≤ 3cm	42	56,7
	3 – 5cm	18	24,3
	5 – 7cm	7	9,5
	> 7cm	7	9,5
Xâm lấn màng phổi	Không xâm lấn	47	63,5
	Có xâm lấn	27	36,5
Mô bệnh học	Ung thư biểu mô tuyến	55	74,3
	Ung thư biểu mô vảy	14	18,9
	Các loại khác	5	6,7

Nhận xét: Phần lớn u có kích thước ≤ 3cm (56,7%) và không có xâm lấn màng phổi (63,5%). Có tới 74,3% bệnh nhân có kết quả mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến.

3.2. Đặc điểm di căn hạch

Bảng 3.4. Tình trạng di căn hạch

Di căn hạch	n	%
Không di căn N0	53	71,6

Di căn chằng N1	14	18,9
Di căn chằng N2	7	9,5

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân không có di căn hạch. Có 18,9% bệnh nhân di căn hạch chằng N1; 9,5% bệnh nhân di căn hạch chằng N2 và không có bệnh nhân nào có di căn hạch N3.

3.3. Môi liên quan giữa tình trạng di căn hạch với một số đặc điểm của khối u

Bảng 3.5. Môi liên quan giữa tình trạng di căn hạch với đặc điểm tuổi, giới

Yếu tố	Tiêu chí	Không di căn	Di căn hạch N1	Di căn hạch N2	p
Tuổi	<55	10(13,5%)	4(5,4%)	0(0,0%)	0,026
	55-65	16(21,6%)	9(12,2%)	4(5,4%)	
	>65	27(36,5%)	1(1,4%)	3(4,1%)	
Giới	Nam	37(50,0%)	8(10,8%)	4(5,4%)	0,583
	Nữ	16(21,6%)	6(8,1%)	3(4,1%)	

Nhận xét: Tình trạng di căn hạch không phụ thuộc vào giới tính của nhóm bệnh nhân. Tỷ lệ di căn hạch cao nhất ở nhóm bệnh nhân từ 55 – 65 tuổi (44,8%), thấp nhất ở nhóm trên 65 tuổi (12,9%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,026$.

Bảng 3.6. Môi liên quan giữa tình trạng di căn hạch với vị trí u

Yếu tố	Tiêu chí	Không di căn	Di căn hạch N1	Di căn hạch N2	p
Phổi phải	Thùy trên	20 (20,7%)	4 (5,4%)	0 (0,0%)	0,182
	Thùy giữa	2 (2,7%)	1 (1,4%)	2 (2,7%)	
	Thùy dưới	12 (16,2%)	4 (5,4%)	1 (1,4%)	
Phổi trái	Thùy trên	10 (13,5%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	0,182
	Thùy dưới	9 (12,2%)	4 (5,4%)	3 (4,1%)	

Nhận xét: Tình trạng di căn hạch không có liên quan với vị trí u. Tỷ lệ di căn hạch cao hơn ở các khối u thùy trên phổi phải và thùy dưới phổi 2 bên.

Bảng 3.7. Môi liên quan giữa tình trạng di căn hạch với kích thước u

Yếu tố	Tiêu chí	Không di căn	Di căn hạch N1	Di căn hạch N2	p
Kích thước u	≤3cm	35(47,3%)	7(9,5%)	0(0,0%)	0,019
	3-5cm	11(14,9%)	3(4,1%)	4(5,4%)	
	5-7cm	2(2,7%)	3(4,1%)	2(2,7%)	
	>7cm	5(6,8%)	1(1,4%)	1(1,4%)	

Nhận xét: Tỷ lệ di căn hạch tăng tỷ lệ thuận với kích thước u, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,019$.

Bảng 3.8. Môi liên quan giữa tình trạng

di căn hạch với đặc điểm xâm lấn của khối u

Yếu tố	Tiêu chí	Không di căn	Di căn hạch N1	Di căn hạch N2	P
Xâm lấn màng phổi	Không xâm lấn	32 (43,2%)	10 (13,5%)	5 (4,1%)	0,673
	Có xâm lấn	21 (28,4%)	4 (5,4%)	2 (0,0%)	

Nhận xét: Không có mối liên quan nào giữa tình trạng di căn hạch và mức độ xâm lấn màng phổi của khối u.

Bảng 3.9. Mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch với mô bệnh học

Yếu tố	Tiêu chí	Không di căn	Di căn hạch N1	Di căn hạch N2	p
Mô bệnh học	Ung thư biểu mô tuyến	41 (55,4%)	10 (13,5%)	4 (5,4%)	0,344
	Ung thư biểu mô vảy	9 (12,2%)	2 (2,7%)	3 (4,1%)	
	Các loại khác	3 (4,1%)	2 (2,7%)	0 (0,0%)	

Nhận xét: Tình trạng di căn hạch không phụ thuộc vào đặc điểm mô bệnh học của khối u.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm di căn hạch. Trong nghiên cứu của Lê Hải Sơn và cộng sự, tỷ lệ di căn hạch là 38,1%, di căn hạch chặng N1 hoặc N2 đơn độc chiếm tỷ lệ cao [4]. Theo Seok Y. và cộng sự, 18% bệnh nhân được phát hiện có di căn hạch sau phẫu thuật, trong đó 10% bệnh nhân có di căn hạch chặng N1 và 8% bệnh nhân có di căn hạch N2 [2]. Phần lớn bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có di căn hạch; chỉ có 28,4% bệnh nhân có di căn hạch, trong đó đa số là di căn hạch chặng N1.

Như vậy, tỷ lệ di căn hạch có sự khác nhau theo từng nghiên cứu và tỷ lệ này có liên quan tới một số yếu tố khác như đặc điểm nhân chủng học của nhóm bệnh nhân nghiên cứu, vị trí hay kích thước khối u [4],[5].

4.2. Mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch với một số đặc điểm của khối u. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ di căn hạch với các yếu tố như tuổi, giới của nhóm bệnh nhân nghiên cứu hay đặc điểm mô bệnh học và mức độ xâm lấn màng phổi. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ di căn hạch có liên quan với tuổi và kích thước khối u.

Tỷ lệ di căn hạch ở nhóm bệnh nhân từ 55 – 65 tuổi cao hơn hẳn so với nhóm bệnh nhân dưới 55 tuổi (28,6%) và trên 65 tuổi (12,9%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,026$. Theo Shafazand và cộng sự, nhóm bệnh nhân

dưới 65 tuổi có khả năng di căn hạch N2 cao hơn 1,5 lần so với các nhóm tuổi khác [9]. Năm 2015, Haruki T và cộng sự đã nghiên cứu trên 876 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện Trung tâm Ung thư phía Đông Nhật Bản, kết quả cho thấy: tuổi ($p=0,019$), nồng độ CEA huyết thanh cao ($\geq 5,0$; $p<0,001$) và khối u đặc chiếm ưu thế ($p<0,001$) có mối liên quan đáng kể với di căn hạch trung thất trong các trường hợp mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến [5]. Trong nghiên cứu của Moulla Y và cộng sự, độ tuổi không có liên quan đến tỷ lệ và khả năng di căn hạch [3].

Trong nhiều nghiên cứu, phần lớn các tác giả đều cho rằng di căn hạch liên quan đến kích thước khối u. Theo một nghiên cứu tại Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108, tỷ lệ di căn hạch theo kích thước khối u: $u < 3\text{cm}$: 25,9%; $u > 3\text{cm}$ và $< 5\text{cm}$: 59,3%; $u > 5\text{cm}$ và $< 7\text{cm}$: 66,7% và tính chất di căn có mối liên quan với kích thước khối u nguyên phát [4]. Các nghiên cứu của Jin-Long Zhao và cộng sự [10], Shafazand và cộng sự [9] cũng cho thấy có mối tương quan giữa kích thước khối u và nguy cơ di căn hạch trong ung thư phổi: U nguyên phát càng lớn, tỷ lệ di căn hạch càng cao.

Theo Haruki và cộng sự: tỷ lệ di căn hạch trung thất là 9,1%, có mối liên quan đáng kể giữa di căn hạch trung thất trên và những khối u thùy dưới phổi hai bên có mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến [5]. Nghiên cứu của Seok Y. và cộng sự [2] và nghiên cứu của Lê Hải Sơn [4] đều cho thấy di căn hạch bạch huyết N1 thường gặp ở các khối u nằm ở thùy trên bên phải hoặc thùy dưới bên trái; di căn hạch bạch huyết N2, vùng trên là thường gặp ở các khối u thùy trên bên phải, vùng động mạch chủ phổi từ các khối u thùy trên phổi trái và vùng dưới carinal từ các khối u nằm ở cả hai thùy dưới. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi và một số nghiên cứu khác lại không tìm thấy mối liên quan giữa vị trí u và khả năng di căn hạch [6]. Sự khác nhau này giữa các nghiên cứu có thể do sự khác nhau giữa cách thức lựa chọn cỡ mẫu, số lượng mẫu, sự khác nhau trong chỉ định phẫu thuật của các bác sĩ.

Như vậy, mối liên quan giữa tuổi, kích thước và vị trí u với khả năng di căn hạch cần được nghiên cứu thêm một cách hệ thống với cỡ mẫu lớn hơn và thống nhất trong các chỉ định phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ di căn hạch là 28,4%, trong đó di căn hạch N1 là 18,9% và di căn hạch N2 là 9,5%.
- Tình trạng di căn hạch có liên quan với độ tuổi và kích thước khối u nguyên phát với sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ di căn hạch theo các đặc điểm như giới tính, vị trí u nguyên phát, mức độ xâm lấn màng phổi và loại mô bệnh học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F.** Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2024
- Seok Y et al.** Frequency of lymph node metastasis according to the size of tumors in resected pulmonary adenocarcinoma with a size of 30 mm or smaller. *Journal of Thoracic Oncology.* 2014;9(6): 818-824.
- Moulla Y et al.** Predictive risk factors for lymph node metastasis in patients with resected non-small cell lung cancer: A case control study. *Journal of cardiothoracic surgery.* 2019; 14(1): 11
- Lê Sơn Hải và cộng sự.** Đặc điểm Di căn hạch Trọng Ung Thư phổi không Tế bào nhỏ được phẫu thuật nội Soi cắt thùy phổi, vét hạch. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy.* 2021;16(DB4). doi:10.52389/ydls.v16iDB4.932.

- Haruki T, Aokage K, Miyoshi T, et al.** Mediastinal nodal involvement in patients with clinical stage I non-small-cell lung cancer: possibility of rational lymph node dissection. *J Thorac Oncol.* 2015;10(6): 930-936. doi:10.1097/JTO.0000000000000546
- Trần Minh Bảo Luân, Vũ Trí Thanh.** Xác định các yếu tố liên quan khả năng di căn hạch và kết quả vét hạch qua nội soi lồng ngực trong phẫu thuật điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy.* 2018;13(3).
- Nguyễn Minh Chiến.** Kết quả phẫu thuật điều trị Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I – II tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Trường Đại học Y Hà Nội; 2017
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (2024).** Non Small Cell Lung Cancer, V11.2024
- Shafazand S. et al.** Aclinical prediction rule to estimate the probability of mediastinal metastasis in patients with non - small cell lung cancer. *Journal of Thoracic Oncology;*2006; 1(9): 953-959.
- Zhao JL et al.** Selective lymph node dissection for clinical T1 stage non - small cell lung cancer. *Translational Cancer Research;* 2019;8(8): 2820-282.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA NGƯỜI BỆNH DƯỚI 18 TUỔI MẮC DỊ DẠNG MẠCH MÁU NGOẠI BIÊN

Lâm Thảo Cường^{1,2}, Hồ Tất Bằng^{1,2}, Trần Thanh Vỹ^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh dưới 18 tuổi mắc dị dạng mạch máu ngoại biên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca, thực hiện từ 31/07/2020 – 30/06/2021 tại khoa Lồng ngực – Mạch máu, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM. Tất cả người bệnh được chẩn đoán và điều trị dị dạng mạch máu ngoại biên đơn thuần thỏa điều kiện chọn mẫu. **Kết quả:** Có 62 người bệnh thảo điều kiện nghiên cứu, trong đó 46,8% là nam và 53,2% là nữ, tuổi trung bình là 11,0 ± 4,5 năm, nhỏ nhất là 3 tuổi và lớn nhất là 17 tuổi. Triệu chứng lâm sàng: 100% đau, 98,4% ảnh hưởng tâm lý, 95,2% sưng tăng kích thước, 80,6% thay đổi màu sắc. Triệu chứng thực thể: 6,5% rung miu và chảy máu, 4,8% loét mô và thiếu máu chi, 3,2% âm thổi. Vị trí thương tổn vùng đầu mặt cổ chiếm 45,2%, vùng chi dưới chiếm 35,5%. Nhiệt độ về mặt da cùng thương tổn bình thường chiếm 83,9%.

Trên Siêu âm ghi nhận 90,3% dị dạng tĩnh mạch và 9,7% dị dạng động – tĩnh mạch. Trên MRI ghi nhận đường kính trung bình vùng tổn thương là 7,6 ± 9,5 cm, thể tích trung bình thương tổn là 58,9 ± 133,5 ml, có bờ thương tổn rõ chiếm 72,6%, liên quan da và mô dưới da chiếm 98,4%, liên quan đến cơ chiếm 74,2%. Phân loại dị dạng tĩnh mạch theo Puig: loại II chiếm đa số với 66,1%. Phân loại dị dạng động-tĩnh mạch theo Yakes: loại IIIa chiếm đa số với 66,7%. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau vùng thương tổn, ảnh hưởng tâm lý; đối với triệu chứng thực thể là rung miu, chảy máu vùng thương tổn. Vị trí thương tổn thường gặp là vùng đầu mặt cổ. Nhiệt độ bề mặt da vùng thương tổn đa số bình thường và chủ yếu kích thước thương tổn dưới 5 cm. Trên MRI thương tổn có bờ rõ, đa số liên quan với da, mô dưới da và cơ. **Từ khóa:** dị dạng mạch máu ngoại biên, dị dạng tĩnh mạch, dị dạng động tĩnh mạch, lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF PATIENTS UNDER 18 WITH PERIPHERAL VASCULAR MALFORMATIONS

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients who under 18 years old with peripheral vascular malformations. **Methods:** This is case series study conducting from

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Vỹ

Email: vy.tt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 21.01.2025