

- điều trị mất ngủ không thực tổn. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 126(2), 67-73.
4. **Bộ Y tế (2013)**. Quyết định số 792 /QĐ-BYT ngày 12 tháng 3 năm 2013 về việc ban hành Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu; Quy trình 228 - Cây chỉ điều trị mất ngủ.
 5. **Nguyễn Văn Hưởng (2012)**. Phương pháp dưỡng sinh, NXB Y học, Hà Nội.
 6. **Bộ môn Y học cổ truyền - Học viện quân y (2008)**. Thất miên. Bệnh học nội khoa y học cổ truyền, Hà Nội, 148.
 7. **Xiao X, Wei J, Li W và cộng sự (2016)**. Mechanism Analysis of the Antidepressant Effect of Acupuncture by Regulating the HPA Axis. Shanghai Journal of Acupuncture and Moxibustion, 35(6), 758-760.

NHẬN XÉT HÌNH ẢNH TỔN THƯƠNG TRÊN PHIM CẮT LỚP VI TÍNH LỒNG NGỰC CÁC TỔN THƯƠNG DẠNG U ĐƠN ĐỘC NGOẠI VI PHỔI

Vũ Anh Hải*, Lê Việt Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét cơ cấu bệnh lý phổi có tổn thương dạng u đơn độc ngoại vi và giá trị của một số hình ảnh cắt lớp vi tính lồng ngực trong tiên lượng nguy cơ ung thư phổi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu trên 116 bệnh nhân có tổn thương dạng u đơn độc ở ngoại vi phổi được Phẫu thuật nội soi chẩn đoán và điều trị, tại Khoa Ngoại lồng ngực - Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, thời gian từ 11/2011 đến 7/2014. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 57,1 ± 12,3, tỷ lệ Nam/nữ là 1,3/1. Phân bố bệnh nhân theo kết quả mô bệnh học gồm: UTP chiếm tỷ lệ 41,4 %, trong đó UTBM tuyến chiếm chủ yếu (97,9%); u lành tính chiếm 58,6%, trong đó: u lao và viêm phổi mạn tính tổ chức hóa chiếm chủ yếu (69,4% và 23,6%). Phân tích mối liên quan giữa một số đặc điểm trên phim CLVT lồng ngực với kết quả mô bệnh cho thấy: tổn thương ở thùy giữa phổi phải; bờ đa cung, có tua gai có tỷ lệ UTP cao hơn lành tính ($p < 0,01$), trong khi tổn thương có kích thước từ 2cm trở xuống, bờ rõ nhẵn có tỷ lệ lành tính cao hơn UTP ($p < 0,005$); tỷ lệ UTP tăng dần theo kích thước tổn thương. **Kết luận:** Tổn thương dạng u đơn độc, ngoại vi phổi thường có bản chất mô học là ung thư phổiтип biểu mô tuyến (tỷ lệ 40,5%) hoặc lao (43,1%). Vị trí, kích thước và đặc điểm bờ khối u trên phim chụp CLVT lồng ngực có giá trị tiên đoán nguy cơ UTP.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi lồng ngực; u phổi ngoại vi; ung thư phổi.

SUMMARY

COMMENT ON THE CHARACTERISTICS OF PERIPHERAL SOLITARY TUMOR-LIKE LESIONS ON CHEST COMPUTED TOMOGRAPHY

Objectives: Comment on the histological distribution and the value of some characteristics on chest computed tomography in predicting the risk of lung cancer. **Subjects and methods:** Descriptive and prospective study on 116 patients with peripheral

solitary tumor-like lesions who were diagnosed and treated by Video-assisted-thoracoscopic surgery at the Department of Thoracic Surgery - Phạm Ngọc Thạch Hospital, from 11/2011 to July 2014. **Results:** The mean age was 57.1 ± 12.3, the male/female ratio was 1.3/1. Distribution of patients according to histopathological results include: cancer accounted for 41.4%, of which adenocarcinoma accounted for mainly (97.9%); Benign tumors accounted for 58.6%, of which: tuberculosis and chronic pneumonia accounted for mainly (69.4% and 23.6%). Analysis of the relationship between some features on chest CT with histopathology showed: lesions in the middle lobe of the right lung, lobulated margin or irregular with many spiculation, has a higher rate of lung cancer ($p < 0.01$), while lesions of 2cm or less in size, sharp and smooth margins have a higher rate of benign tumors ($p < 0.005$); The rate of lung cancer increased escallately with the lesion size. **Conclusion:** Peripheral solitary tumor-like lesions often have histological of adenocarcinoma lung cancer (rate 40.5%) or tuberculosis (rate 43.1%). The location, size and characteristics of the tumor margin on the chest CT scan have good value in predicting the risk of lung cancer.

Key words: Video-Assisted-Thoracoscopic surgery; peripheral lung tumour; lung cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương dạng u ở phổi là những khối hoặc nốt mờ được phát hiện trên phim chụp Xquang hoặc cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực [6]. Bản chất của tổn thương này rất đa dạng, có thể lành tính hoặc ác tính. Do vậy, vấn đề có tính chất thời sự, cấp thiết là cần xác định được chính xác bản chất của tổn thương.

Hiện nay, để chẩn đoán các tổn thương này, có thể dựa vào các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh (Xquang, chụp CLVT...), các kỹ thuật xâm nhập như nội soi phế quản, sinh thiết xuyên thành ngực ... Trong đó, kết quả mô bệnh học là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán. Thực tế lâm sàng, các kỹ thuật chẩn đoán được chỉ định tuân tự từ thăm khám lâm sàng, các kỹ thuật không xâm nhập đến xấp nhập để xác định bản chất

*Bệnh viện 103, Học viện Quân Y
 Chịu trách nhiệm chính: Vũ Anh Hải
 Email: vuanhhai.ncs@gmail.com;
 Ngày nhận bài: 4/8/2021
 Ngày phản biện khoa học: 30/8/2021
 Ngày duyệt bài: 20/9/2021

tổn thương. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm nhận xét cơ cấu bệnh lý phổi có tổn thương dạng u đơn độc ngoại vi và giá trị của một số hình ảnh CLVT lồng ngực trong tiên lượng nguy cơ ung thư phổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Nghiên cứu mô tả, tiến cứu trên 116 bệnh nhân (BN) có tổn thương dạng u ở ngoại vi phổi được PTNS chẩn đoán và điều trị (cắt phổi hình chêm hoặc cắt thùy phổi) tại Khoa Ngoại lồng ngực - Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, giai đoạn 11/2011 đến 7/2014.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN có tổn thương dạng u trên phim chụp Xquang và chụp CLVT lồng ngực. Vị trí tổn thương ở 2/3 ngoài trường phổi.

- Được chẩn đoán xác định bản chất tổn thương bằng kết quả mô bệnh (nhuộm HE).

2.2. Phương pháp. Nghiên cứu mô tả, tiến cứu.

Số liệu được thu thập theo mẫu hồ sơ nghiên cứu thống nhất và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Chỉ tiêu về đặc điểm chung: Tuổi; giới tính
 - Đặc điểm tổn thương trên phim CLVT (máy Philips Brilliance 16 lớp cắt do Đức sản xuất): vị trí; kích thước; hình dạng, ranh giới, tính chất vôi hóa...

- Kết quả giải phẫu bệnh tổn thương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số	Giá trị
Tuổi	57,1 ± 12,3
Giới (nam/nữ)	65/51 = 1,3/1
Đặc điểm tổn thương trên phim CLVT ngực	
Vị trí Phải/Trái	69/57
Thùy trên/giữa/dưới	63/14/39

3.3. So sánh một số đặc điểm bệnh lý theo nhóm mô bệnh học

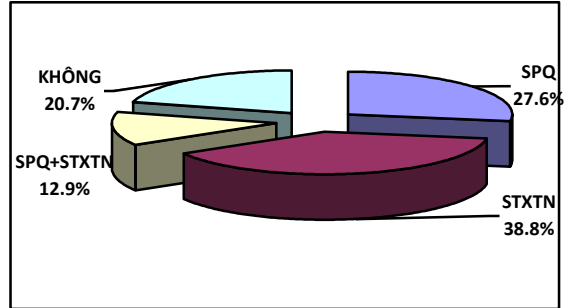
Bảng 3. Liên quan giữa nhóm tuổi và mô bệnh học tổn thương

Nhóm tuổi	Số lượng BN	Lành tính		UTP	
		n	%	n	%
20-29	11	9	81,8	2	18,2
30-39	14	10	71,4	4	28,6
40-49	33	17	51,5	16	48,5
50-59	38	22	57,9	16	42,1
60-69	14	8	57,1	6	42,9
≥70	6	2	33,3	4	66,7
Tổng	116	68	100	48	100
p		0,07			

Tuổi càng cao thì tỷ lệ UTP càng cao. Độ tuổi mà tổn thương là UTP chiếm tỷ lệ cao là từ 40 tuổi trở lên. Nhóm tuổi từ 70 trở lên, UTP chiếm tỷ lệ cao nhất (66,7%).

Kích thước ≤ 2cm	44 (37,9%)
> 2 - 3cm	41 (35,3%)
> 3 - 5cm	31(26,7%)
Trung bình (mm)	2.62 ± 0.9

3.2. Kết quả chẩn đoán tế bào, mô bệnh



Biểu đồ 1. Kỹ thuật sinh thiết được thực hiện trước PTNS sinh thiết

- 24 trường hợp không thực hiện được các kỹ thuật xâm nhập, lấy bệnh phẩm (soi phế quản hay STXTN dưới hướng dẫn của CLVT vì lý do kỹ thuật.

- Tất cả 116 bệnh nhân được PTNS sinh thiết tổn thương (bấm sinh thiết hoặc cắt phổi hình chêm), gửi xét nghiệm mô học tức thì chẩn đoán.

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo kết quả mô bệnh học

Mô bệnh	Số lượng	Tỷ lệ %
UTP	48	41,4
Tế bào tuyến	47	40,5
TB vảy	0	0,0
TB lớn	1	0,8
Lành tính	68	58,6
U lao	50	43,1
VP mạn tính	13	11,2
U sụn	2	1,7
U cơ trơn	2	1,7
U lympho lành tính	1	0,8

U lao là tổn thương chiếm tỷ lệ cao ở nhóm bệnh nhân u phổi lành tính (50/68 trường hợp, 73,5%).

Bảng 4. Liên quan giữa thói quen hút thuốc lá và mô bệnh học tổn thương

Hút thuốc lá	Nam giới				Tính chung			
	Lành tính (n=39)		UTP (n=26)		Lành tính (n=68)		UTP (n=48)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Không (n = 26)	20	51.3	6	23.1	49	72.1	27	56.3
Có (n = 39)	19	48.7	20	76.9	19	27.9	21	43.7
Tổng	39	60.0	26	40.0	68	58.6	48	41.4
$\chi^2; p$	$\chi^2=5.17; p=0,023^a$				$\chi^2=3.1; p=0,078^a$			

Tính chung cả hai giới nam và nữ: Hút thuốc lá không phải là yếu tố nguy cơ gây UTP ($\chi^2 = 3.1; p = 0,078$). Riêng nam giới, hút thuốc lá có liên quan với UTP ($\chi^2 = 5.17; p = 0,023$).

Bảng 5. Liên quan giữa vị trí, kích thước trên phim CLVT và mô bệnh học tổn thương

Đặc điểm tổn thương		Lành tính (n=68)		UTP (n=48)		P-values
		n	%	n	%	
Vị trí	Phổi phải	38	55.9	31	64.6	0.347 ^a
	Phổi trái	30	44.1	17	35.4	
	Thùy trên	41	60.3	22	45.8	0.124 ^a
	Thùy giữa	2	2.9	12	25.0	0.0003^b
	Thùy dưới	25	36.8	14	29.2	0.394 ^a
Kích thước	≤ 2cm	32	47.0	12	25.0	0.0016^a
	> 2 - 3 cm	21	30.9	20	41.7	0.2312 ^a
	> 3 - 5 cm	15	22.1	16	33.3	0.177 ^a
Đặc điểm bờ tổn thương	Rõ nhẵn	45	66.2	14	29.2	0.000^a
	Có múi, đa cung	17	25.0	25	52.1	0.003^a
	Tua gai	9	13.2	16	33.3	0.012^a
Đặc điểm bên trong tổn thương	Thuần nhất	45	66.2	39	81.3	0.093 ^a
	Cổ hang	6	8.8	3	6.3	0.734 ^b
	Nốt vôi hóa	9	13.2	2	4.2	0.12 ^b
	Phế quản hươ	3	4.4	2	4.2	0.6 ^b

Tổn thương ở thùy giữa phổi phải; bờ đa cung, có tua gai có tỷ lệ UTP cao hơn lành tính ($p < 0,01$).

Tổn thương có kích thước từ 2cm trở xuống, bờ rõ nhẵn có tỷ lệ lành tính cao hơn UTP ($p < 0,005$); Tỷ lệ UTP tăng dần theo kích thước tổn thương.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân bố bệnh nhân theo đặc điểm mô bệnh học tổn thương dạng u ở phổi. Kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy, tỷ lệ UTP là 41,4%, trong đó UTBM tuyến chiếm tỷ lệ 97,9%, UTBM tế bào lớn 2,1%. Các khối u lành tính chiếm 58,6% gồm: u lao 69,4%, viêm phổi mạn tính tổ chức hóa 23,6%, U sụn 2,8%, U cơ trơn 2,8% và U lim-phô lành tính 1,4%.

Đặc điểm tít mô bệnh học UTP ngoại vi được đề cập trong các báo cáo cho thấy, tít biểu mô tuyến luôn chiếm ưu thế. Theo Đỗ Kim Quế (2010), tỷ lệ là 80% [7]; Lê Sỹ Sâm (2009), tỷ lệ 100% [8]. Báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới năm 2004 cũng cho biết: UTP tít biểu mô tuyến là tít mô bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất ở vị trí ngoại vi, chiếm 65%.

Chúng tôi nhận thấy u Lao chiếm tỷ lệ rất cao ở nhóm u phổi lành tính trong nghiên cứu cũng

như báo cáo của một số tác giả khác trong nước, trong khi theo kết quả một số nghiên cứu ở Châu Âu, các nước phát triển tỷ lệ này lại rất thấp, thậm chí 0%. Phải chăng thực trạng khá phổ biến của bệnh Lao phổi ở nước ta là yếu tố chi phối kết quả này? Có lẽ cần thực hiện những thống kê lớn hơn, tại nhiều cơ sở y tế hơn để làm rõ hơn hiện tượng này.

4.2. Môi liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với bản chất mô bệnh học tổn thương dạng u ở phổi

- **Tuổi:** Theo Y văn, tuổi là yếu tố nguy cơ lớn nhất của UTP, tỷ lệ UTP tăng dần theo tuổi [3]. Báo cáo của LoCicero J., tại Mỹ: Nhóm tuổi từ 20 - 34 chiếm 0,2%, nhóm tuổi 35 - 44 chiếm 1,9% và 8,8% ở nhóm tuổi 45 - 54. Tác giả đánh giá nguy cơ mắc UTP theo tuổi như sau: 0,02% ở tuổi 40; tăng lên 0,185% ở tuổi 50; 0,487% tuổi 60, 1,304% tuổi 70 và xấp xỉ 2,0% ở tuổi 80 [4].

Kết quả của chúng tôi là phù hợp với nhận định trên: Tỷ lệ UTP tăng dần theo tuổi, tỷ lệ cao nhất ở nhóm tuổi trên 70 tuổi (66,7%), sau đó đến nhóm tuổi 40-49 (48,5%). UTP ở nhóm tuổi < 30 tuổi có tỷ lệ thấp (18,2%).

- **Hút thuốc lá:** Hút thuốc có mối liên quan

chặt chẽ với UTP, được xem là một trong những yếu tố nguy cơ hàng đầu gây UTP [8],[3]. Sau khi dừng thuốc từ 10 đến 20 năm nguy cơ mắc bệnh UTP sẽ giảm, tuy nhiên vẫn cao hơn ở người không hút thuốc lá [3].

Nghiên cứu của chúng tôi thấy: Tính chung cả hai giới, hút thuốc lá có tỷ lệ mắc UTP cao hơn không hút, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê. Riêng ở nam giới: Tỷ lệ UTP ở BN hút thuốc lá gấp 1,6 lần so với không hút thuốc (76,9% so với 48,7%, $p = 0,023$). Như vậy, việc kiểm soát sử dụng thuốc lá, hạn chế hút thuốc nơi công cộng... cần tiếp tục tăng cường hơn để góp phần hạn chế tỷ lệ người mắc ung thư phổi.

- Vị trí tổn thương. Tỷ lệ BN UTP ở phổi phải cao hơn phổi trái (64,6% so với 35,4%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,347$). Thùy trên có tỷ lệ UTP cao nhất sau đó đến thùy dưới, và thấp nhất ở thùy giữa (45,8%; 29,2% và 25%), kết quả tương tự báo cáo của McWilliams A. (2013). Về tỷ lệ UTP ở thùy giữa phổi phải cao hơn rõ rệt so với U phổi lành tính (25% so với 2,9%; $p = 0,0003$). Chúng tôi chưa tìm thấy tài liệu để lý giải kết quả này.

- Kích thước tổn thương: Tỷ lệ UTP tăng theo kích thước khối u: Với khối U kích thước < 2cm, tỷ lệ UTP từ 20-66%, khối U > 3cm, tỷ lệ UTP là 80-99%. Có mối tương quan chặt chẽ giữa kích thước U > 2cm với nguy cơ ác tính ($P = 0,0019$; OR 2,19; 95% CI). Với khối U > 3cm, tỷ lệ ác tính là 14/18 (77,7%) [2].

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy nguy cơ ác tính tăng dần theo kích thước U phổi: U phổi có kích thước ≤ 2 cm, tỷ lệ UTP thấp so với U lành tính (27,3% so với 72,7%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,0016$). U phổi > 2cm, tỷ lệ UTP 48,8%, U phổi > 3-5cm tỷ lệ UTP là 51,6%.

- Đặc điểm tổn thương. Cùng với tuổi, thói quen hút thuốc, kích thước u... đặc điểm về bờ và bên trong u là những yếu tố có liên quan đến bản chất khối u [1], [3]. Tác giả Ost D. (2008) cho biết: bờ khối u ác tính có xu hướng không đều, có mủi hoặc tua gai; u có tua gai hay vành tia trên phim chụp Xquang thuộc nhóm có nguy cơ ác tính cấp độ cao nhất [3]. Theo Cù Xuân Thanh (2002), UTP ở bệnh nhân trên 60 tuổi, hình ảnh u có mủi, đa cung chiếm tỷ lệ từ 23,6% đến 30,0%; u có gai tua, khe nứt, tỷ lệ 23,6% đến 29,35; nốt vôi hóa trong u, tỷ lệ 4,3% đến 8,5%; u xâm lấn thành ngực 10,2%.

Nghiên cứu đặc điểm tổn thương trên phim CLVT lồng ngực trên 187 bệnh nhân UTP, Lê Tiến Dũng (2000), cho biết: bờ ngoài u có mủi

đa cung chiếm tỷ lệ rất cao (91,0%); U xâm lấn màng phổi 33,0%, u xâm lấn thành ngực 12,0%. Về đặc điểm bên trong u: u thuần nhất tỷ lệ 64,0%, u có hang tỷ lệ 9,0%, vôi hóa trong u tỷ lệ 5,0%. Xẹp phổi kèm theo 12,0% [5].

Như vậy, với kết quả nghiên cứu chúng tôi xác định các tổn thương bờ đa cung, có tua gai có tỷ lệ UTP cao hơn lành tính ($p < 0,01$); trong khi tổn thương có bờ rõ nhẵn có tỷ lệ lành tính cao hơn UTP ($p < 0,005$) là tương tự các tác giả khác. Điều đó khẳng định, việc đọc kỹ, chính xác các tổn thương trên phim chụp CLVT lồng ngực là rất hữu ích, giúp tiên lượng nguy cơ ác tính và chỉ định các phương pháp can thiệp cũng như theo dõi để xác định chính xác bản chất tổn thương.

V. KẾT LUẬN

Tổn thương dạng u đơn độc, ngoại vi phổi thường có bản chất mô học là ung thư phổiтип biểu mô tuyến (tỷ lệ 40,5%) hoặc lao (43,1%). Vị trí, kích thước và đặc điểm bờ khối u trên phim chụp CLVT lồng ngực có giá trị tiên đoán nguy cơ UTP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Công Minh (2010)**, U phổi lành tính, Điều trị ngoại khoa Bệnh phổi và màng phổi, Nhà xuất bản Y học, Tp. Hồ Chí Minh, 54 - 67.
- Jime'nez M. F. (2001)**, "Prospective study on video - assisted thoracoscopic surgery in the resection of pulmonary nodules: 209 cases from the Spanish Video-Assisted Thoracic Surgery Study Group", European Journal of Cardio - thoracic Surgery, 19, 562 - 565.
- Ost D., Fein A. M. (2008)**, The Solitary Pulmonary Nodule: A Systematic Approach, Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders, ed. Fishman A. P., Elias J. A., Robert M., et al., Vol. 1 & 2, The McGraw - Hill Companies, United States of America, 1815 - 1828.
- Shields T. W., LoCicero III J., Reed C. E., et al. (2009)**, General Thoracic Surgery, 7th ed, Vol. 1, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 403, 551 - 559.
- Lê Tiến Dũng (2000)**, Đặc điểm Ung thư phế quản: Một số đặc điểm lâm sàng và vai trò chụp cắt lớp điện toán trong chẩn đoán, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, Tp. Hồ Chí Minh.
- Đoàn Thị Phương Lan (2014)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị của sinh thiết cắt xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán các tổn thương dạng U ở phổi, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà nội, Hà nội.
- Đỗ Kim Quế (2010)**, "Phẫu thuật cắt nốt đơn độc phổi qua đường mở ngực nhỏ với nội soi lồng ngực hỗ trợ", Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 14 (phụ bản số 2), 41 - 45.
- Lê Sỹ Sâm (2009)**, Sinh thiết U phổi ngoại biên và xác định giai đoạn Ung thư phổi nguyên phát bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh Tp. Hồ Chí Minh.