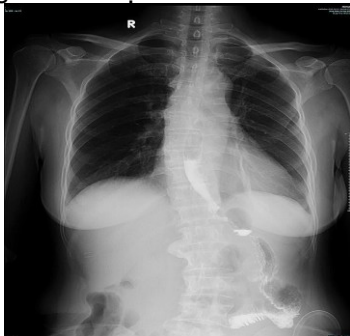


mở thông hồng tràng Witzel nuôi dưỡng. Lượng dịch rò giảm dần, diễn biến lâm sàng thuận lợi, BN ra viện sau mở thông hồng tràng 3 tuần.

Như vậy ca lâm sàng cho thấy túi thừa dạ dày phần đứng thân vị sát với thực quản không được chẩn đoán qua NSDD và CLVT trước mổ. Mặt khác khi nạo vét hạch nhóm 1 chúng tôi nhận thấy vùng này không có thành dạ dày, túi thừa nằm trong 2 lá của mạc nối nhỏ ở phần cao thân vị sát tâm vị trên dạ dày không có lớp cơ dọc, lớp cơ vòng vùng tâm vị rất ít, thiếu sản bởi vậy túi thừa vị trí này khó phát hiện và xử trí. Tuy nhiên khâu tạo hình vùng tâm vị và phần đứng bờ cong nhỏ dạ dày trên sond dạ dày kết hợp với tạo van chống trào ngược có thể làm cho dịch dạ dày không lên phía thực quản, tâm vị. Đồng thời chúng tôi đặt dẫn lưu ngay dưới thù gan trái cho qua vết mổ vùng thượng vị. sond này dẫn lưu rất tốt, lượng dịch rò ra thẳng và ngắn. Mặt khác vùng tâm vị- phần đứng BCN dạ dày được patch bằng dây chằng tròn có thể làm cho miệng nối liền sẹo nhanh



**Ảnh 7:** Chụp thực quản -dạ dày sau mổ 4 tuần, thuốc lưu thông tốt, hết rò (Bn. Lê thị L.)

## V. KẾT LUẬN

Túi thừa phần cao thân vị (phía bờ cong nhỏ dạ dày) kết hợp với ung thư dạ dày và loét HTT là bệnh lý hiếm gặp và khó chẩn đoán. Hai phương pháp chẩn đoán được ứng dụng nhiều là chụp dạ dày tá tràng với thuốc cản quang và nội soi dạ dày tá tràng. Túi thừa vùng tâm vị và phần cao thân vị có thể không có dải cơ dọc và nằm giữa 2 lá của mạc nối nhỏ bởi vậy khi nạo vét hạch trong phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư dạ dày nên chú ý tránh làm thủng túi thừa. Trong trường hợp cổ túi thừa rộng, thành dạ dày không có lớp cơ dọc và thiếu sản cơ vòng, có thể cắt túi thừa, khâu dạ dày kết hợp tạo hình chỗ khâu thành dạ dày bằng dây chằng tròn và làm van chống trào ngược (kiểu Nissen).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gockel I, Thomschke D, Lozenz D:** Gastric diverticula. J gastroenterol.Hepatol. 2004 Feb; 19(2): 227.
2. **Rodeberg DA, Zaheer S, Moir CR,Ishitani MB.** Gastric diverticulum: a series of four pediatric patients. J Pediatr Gastroenterol. 2008 (feb;23(2): 336.
3. **Meeroff M, Gollan JR, Meeroff JC:** Gastric diverticula. Am J Gastroenterol. 1967,Mar; 47(3) 189-203.
4. **Schmidt HW, Waters W:** Diverticular of stomach. Surg Gynecol Obstet. 1935;60:106.
5. **Duboi B,Powell B, Voeller G.** Gastric dieverticulum" a wayside house of ill fame with laparoscopic solution. JSLs 2012 Jul-Sep;16(3): 473-7.
6. **Reich. NE.** Gastric diverticula.Am J Dig Dis.1941;8 (3): 7-6.
7. **Palmer ED.** Gastric diverticula. Int Abstr Surg. 1951 May; 92(5): 417-28.
8. **Feng YE, Zang Z.** Gastric diverticulum simulating a left adrenal mass:A case report and review of literature. Oncol.Lett. 2015 Oct; 10 (4): 2477-80.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IIIB TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Cần Xuân Hạnh<sup>1</sup>, Đinh Văn Lượng<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư phổi không tế

bào nhỏ giai đoạn IIIB. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 66 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương. Các biến số bao gồm tuổi, giới, triệu chứng, chỉ số thể trạng, và kết quả chụp CT ngực. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là  $57,2 \pm 7,2$ , với tỷ lệ nam/nữ là 86,4% và 13,6%. Triệu chứng phổ biến nhất là đau ngực (71,2%) và sút cân (62,1%). Mô bệnh học cho thấy tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến là 67,1% và ung thư biểu mô vảy là 32,9%. **Kết luận:** Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng này góp phần quan trọng trong định hướng điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân ung

<sup>1</sup>Bệnh viện Phổi Trung Ương

<sup>2</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Cần Xuân Hạnh

Email: kaxuha@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025

thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB.

**Từ khóa:** Ung thư phổi không tế bào nhỏ, giai đoạn IIIB, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng, bệnh viện Phổi Trung ương

## SUMMARY

### CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF STAGE IIIB NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT NATIONAL LUNG HOSPITAL

**Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with stage IIIB non-small cell lung cancer (NSCLC) at the National Lung Hospital. **Methods:** A descriptive study was conducted on 66 patients diagnosed with stage IIIB NSCLC who were treated at the National Lung Hospital. Data collected included demographic characteristics, clinical symptoms, performance status, imaging findings, and histopathological classification. **Results:** The average age of the patients was 57.2 years, with a male-to-female ratio of 4.2:1. The most common symptoms were chest pain (71.2%), weight loss (62.1%), and cough (58.3%). Histopathological analysis revealed that adenocarcinoma accounted for 67.1% of cases, while squamous cell carcinoma represented 32.9%. **Conclusion:** The clinical and paraclinical characteristics identified in this study highlight key aspects of stage IIIB NSCLC in Vietnam, aiding in diagnostic and therapeutic planning.

**Keywords:** Stage IIIB non-small cell lung cancer, clinical characteristics, paraclinical characteristics, National Lung Hospital

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một trong những bệnh lý ác tính thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong số các loại ung thư trên toàn cầu. Theo GLOBOCAN, năm 2022, UTP có tỷ lệ mắc mới và tử vong đứng thứ nhất trên thế giới, ước tính có gần 2,5 triệu ca mắc mới chiếm tỷ lệ 12,4% trong tổng số ca ung thư trên toàn cầu, số ca tử vong khoảng 1.8 triệu ca chiếm khoảng 18,7% trong tổng số ca ung thư trên toàn cầu<sup>1</sup>. Tại Việt Nam, ung thư phổi cũng là loại ung thư có số ca mắc và tử vong cao, với hàng chục ngàn trường hợp mới mỗi năm.

Trong số các loại ung thư phổi, ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) chiếm khoảng 80–85% các trường hợp<sup>2</sup>. Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán khi bệnh đã ở giai đoạn tiến xa (giai đoạn III hoặc IV), khi các triệu chứng đã trở nên rõ rệt và khối u đã xâm lấn các cấu trúc lân cận hoặc di căn. Ở giai đoạn IIIB, các phương pháp điều trị thường bao gồm hóa xạ trị, kết hợp giữa liệu pháp toàn thân và tại chỗ để kiểm soát bệnh.

Việc xác định đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IIIB là rất cần thiết để hỗ trợ quá trình chẩn đoán, đưa ra phương pháp điều trị phù hợp và tiên lượng

tốt hơn cho bệnh nhân. Tại bệnh viện Phổi Trung ương, nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư phổi chưa được thực hiện nhiều, và dữ liệu đặc thù về các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IIIB còn hạn chế.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB tại bệnh viện phổi trung ương” nhằm góp phần bổ sung dữ liệu cho các nghiên cứu về bệnh lý ung thư phổi tại Việt Nam và hỗ trợ quá trình điều trị hiệu quả hơn.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:** từ 2018 – 2023 tại Bệnh viện Phổi Trung ương.

**2.2. Đối tượng:** 66 bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB

### 2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc UTPKTBN giai đoạn IIIB theo phân loại TNM lần thứ 7 năm 2017 của AJCC

- Tuổi  $\geq 18$

- Tình trạng toàn thân của bệnh nhân theo thang điểm ECOG mức 0, 1

- Có tổn thương đích có thể đo và đánh giá được trên hình ảnh cắt lớp theo tiêu chuẩn RECIST

- Chưa được điều trị bằng một phương pháp điều trị ung thư nào trước đó

- Số lượng bạch cầu  $>4000/mm^3$ , bạch cầu trung tính  $>1500/mm^3$ , Tiểu cầu  $>100.000/mm^3$

- Chức năng gan (SGOT, SGPT, Bilirubin) và Chức năng thận (Creatinin)  $< 1,5$  lần giới hạn trên bình thường

### 2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng hoặc mắc các bệnh ung thư khác

- Có bệnh lý kèm theo mà xạ trị lồng ngực và điều trị hóa chất nguy hại đến bệnh nhân như: nhồi máu cơ tim, suy tim, loạn nhịp tim, các bệnh lý nhiễm khuẩn chưa kiểm soát được

- Hồ sơ không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu theo mẫu

- Bệnh nhân không hợp tác, không theo dõi được

**2.3. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả.

### 2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ các bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn, loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

- Cỡ mẫu: 66 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

**2.5. Phương pháp thu thập số liệu.** Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án của bệnh

nhân. Các thông tin được tổng hợp bao gồm:

- Đặc điểm nhân khẩu học: tuổi, giới tính.
- Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện: ho, khó thở, đau ngực, sút cân.
- Chỉ số thể trạng (PS): theo thang điểm ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), xác định khả năng thực hiện hoạt động thường ngày của bệnh nhân.

**Đặc điểm cận lâm sàng:**

- Hình ảnh học: xác định vị trí và kích thước u nguyên phát qua chụp CT ngực.
- Tổn thương phế quản: dựa trên kết quả nội soi phế quản.
- Phân loại mô bệnh học: bao gồm ung thư biểu mô tuyến và ung thư biểu mô vảy.

**2.6. Nhập và xử lý số liệu.** Số liệu được mã hóa và xử lý trên phần mềm thống kê SPSS phiên bản 22.0.

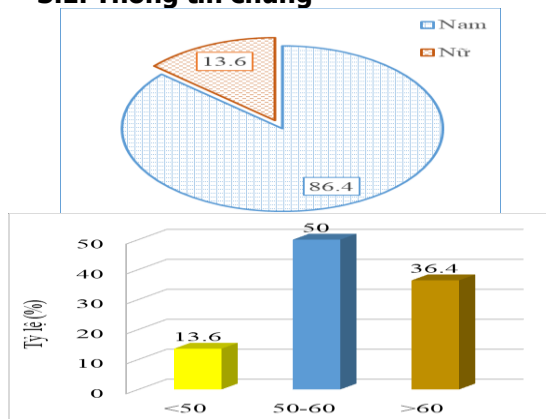
Thống kê mô tả: Biến số định lượng được biểu diễn dưới dạng số trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị min, max. Biến số định tính được biểu diễn dưới dạng tần số, tỷ lệ %.

Thống kê suy luận: Sử dụng các phép kiểm định như T-test hoặc Chi-square để so sánh đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa các nhóm bệnh nhân theo tuổi, giới tính hoặc loại mô bệnh học, với mức ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

**2.7. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức y học, bảo đảm quyền riêng tư và bảo mật thông tin của bệnh nhân. Mọi thông tin chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và được bảo mật theo quy định.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Thông tin chung**



**Biểu đồ 3.1. Đặc điểm giới tính và nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu (n=66)**

**Nhận xét:** Giới tính: 57 trường hợp bệnh nhân nam (86,4%) và số bệnh nhân nữ chỉ có 9 trường hợp (13,6%). Tỷ lệ nam/nữ là 6,3/1.

Nhóm tuổi: Độ tuổi mắc trung bình là 57,2 ±

7,2 tuổi, với bệnh nhân cao tuổi nhất là 73 tuổi, thấp tuổi nhất là 41 tuổi. Tỷ lệ mắc UTPKTBN cao nhất ở nhóm 50-60 tuổi (50%) và thấp nhất ở nhóm < 50 tuổi (13,6%).

**3.2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng**

**Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện (n=66)**

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Ho khan	34	51,5
Ho đờm	16	24,2
Ho đờm máu	19	28,8
Ho máu	6	9,1
Sút cân	41	62,1
Đau ngực	47	71,2
Khó thở	20	30,3
Khan tiếng	2	3,0
Sốt	13	19,7
Mệt mỏi	40	60,6

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân có triệu chứng đau tức ngực, sút cân và mệt mỏi khi nhập viện (tương ứng chiếm 71,2%, 62,1% và 60,6%). Các triệu chứng khác như ho khan (51,5%), khó thở (30,3%), ho đờm máu (28,8%), ho đờm (24,2%), và sốt (19,7%) cũng được ghi nhận, mặc dù tần suất thấp hơn. Khan tiếng là triệu chứng ít gặp nhất, chỉ xuất hiện ở 2 bệnh nhân (3,0%)

**Bảng 3.2. Chỉ số thể trạng trước điều trị (n=66)**

Chỉ số thể trạng (PS)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
PS = 0	42	62,7
PS = 1	24	37,3
Tổng	66	100

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân có thể trạng sức khỏe tốt (PS = 0) chiếm tỷ lệ cao 62,7%.

**Bảng 3.3: Vị trí u nguyên phát (n = 66)**

Vị trí U	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
<b>Phổi phải</b>	32	48,6
Thùy trên	18	27,3
Thùy giữa	10	15,2
Thùy dưới	4	6,1
<b>Phổi trái</b>	34	51,4
Thùy trên	25	37,9
Thùy dưới	9	13,6

**Nhận xét:** Vị trí khối u gặp phổi trái cao hơn (51,4%), thùy trên chiếm tỷ lệ cao trong đó thùy trên phải chiếm 27,3%, thùy trên trái chiếm 37,9%. Vị trí ít gặp nhất là thùy dưới với thùy dưới phải chiếm 6,1% và thùy dưới trái chiếm 13,6%.

**Bảng 3.4. Phân loại mô bệnh học và kích thước u nguyên phát (n = 66)**

Típ mô bệnh	Số bệnh nhân (n-%)	KTTB (cm)	p-value
BM tuyến	35 (53,0%)	5,97	0,590

BM vảy	15 (22,7%)	5,93	
Loại khác	16 (24,2%)	6,0	
Tổng	66 (100,0%)	5,97	

**Nhận xét:** Ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất 53%, tấp biểu mô vảy chiếm tỷ lệ thấp hơn 22,7%. Kích thước khối 5,97 cm, khối u có kích thước nhỏ nhất là 2 cm, khối u kích thước lớn nhất là 9 cm. Không có sự khác biệt về kích thước khối u giữa các nhóm tấp mô bệnh với giá trị  $p > 0,05$

**Bảng 3.5. Hình ảnh tổn thương phế quản (n=66)**

Hình ảnh tổn thương Phế quản	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Thâm nhiễm	25	43,1
U sùi	17	29,3
Chít hẹp	39	67,2
Chảy máu	3	5,2
Xung huyết	4	6,9
<b>Tổng</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Các dạng tổn thương trong lòng phế quản thường gặp nhất là chít hẹp lòng phế quản chiếm 67,2%, tổn thương thâm nhiễm niêm mạc phế quản chiếm 43,1%, u sùi trong lòng phế quản chiếm 29,3%.

#### IV. BÀN LUẬN

**Đặc điểm nhóm bệnh nhân.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB là 58, với nhóm tuổi từ 50 đến 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (50%) và tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (86,4%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong nước, chẳng hạn như Bùi Công Toàn (2013) tại Bệnh viện K, nơi tuổi trung bình của bệnh nhân là 55,2 và tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn nữ<sup>3</sup>. Các nghiên cứu tại Bệnh viện 103 và Bệnh viện Chợ Rẫy cũng cho thấy xu hướng tương tự<sup>4,5</sup>. So sánh với các nghiên cứu quốc tế, bệnh nhân ung thư phổi ở Việt Nam có xu hướng mắc bệnh ở độ tuổi trẻ hơn; nghiên cứu của Radzikowska ở Ba Lan và Fu ở Mỹ đều ghi nhận tuổi trung bình là 62–66, cao hơn so với Việt Nam<sup>6,7</sup>. Sự khác biệt này có thể liên quan đến yếu tố dịch tễ học và chương trình sàng lọc ung thư tại các nước phát triển, nơi bệnh nhân có thể được phát hiện sớm hơn.

Chỉ số thể trạng (PS) của bệnh nhân là yếu tố quan trọng để đánh giá khả năng chịu đựng các phác đồ điều trị tích cực như hóa xạ trị đồng thời. Trong nghiên cứu này, 62,7% bệnh nhân có PS = 0, nghĩa là có thể trạng tốt và phù hợp với điều trị tích cực. Kết quả này có phần cao hơn với nghiên cứu SWOG9019 của Albain, trong đó tỷ lệ bệnh nhân PS = 0 chiếm 46%<sup>8</sup>. Việc

tuyển chọn bệnh nhân có chỉ số thể trạng tốt giúp tối ưu hóa hiệu quả điều trị và giảm thiểu tác dụng phụ.

**Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.** Về triệu chứng lâm sàng, các triệu chứng phổ biến ở bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn IIIB bao gồm đau ngực (71,2%), sút cân (62,1%), và ho khan (51,5%). Đây là các triệu chứng điển hình ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ. Nghiên cứu của Trần Đình Thanh tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch cũng cho thấy tỷ lệ ho và đau ngực tương tự, khẳng định rằng đây là các dấu hiệu chính của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB<sup>9</sup>. Những triệu chứng ít gặp hơn như khàn tiếng, thường xuất hiện khi khối u xâm lấn vào các cấu trúc lân cận.

Trên hình ảnh CT ngực, khối u chủ yếu nằm ở thùy trên (65,2%), với thùy trên trái chiếm 37,9% và thùy trên phải chiếm 27,3%. Tỷ lệ u ở phổi trái cao hơn một chút (51,4%) so với phổi phải (48,6%), điều này tương đồng với nghiên cứu của Lê Tuấn Anh tại Bệnh viện Chợ Rẫy, nơi thùy trên cũng chiếm tỷ lệ cao hơn<sup>4</sup>. Đỗ Quyết và cộng sự tại Bệnh viện 103 cũng cho thấy tỷ lệ u thùy trên tương tự, điều này cho thấy xu hướng u nguyên phát thường tập trung ở thùy trên phổi<sup>5</sup>.

Về kích thước khối u, kích thước trung bình của u trong nghiên cứu này là 5,97 cm và không có sự khác biệt đáng kể giữa các loại mô bệnh học. Ung thư biểu mô tuyến có kích thước trung bình 5,97 cm, biểu mô vảy là 5,93 cm, và các loại khác là 6,0 cm, với giá trị  $p > 0,05$ . Điều này cho thấy loại mô bệnh học không ảnh hưởng đáng kể đến kích thước u ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Tuấn Anh tại Bệnh viện Chợ Rẫy và Vũ Hữu Khiêm tại Bệnh viện Bạch Mai, nơi kích thước trung bình của khối u cũng không khác biệt đáng kể giữa các loại mô bệnh<sup>4,10</sup>.

Về tổn thương phế quản qua nội soi, các dạng tổn thương phổ biến bao gồm chít hẹp phế quản (67,2%), thâm nhiễm niêm mạc (43,1%), và u sùi (29,3%). Các tổn thương này thường xuất hiện ở bệnh nhân ung thư biểu mô vảy, do loại ung thư này có xu hướng phát triển ở vùng trung tâm và gần các phế quản lớn. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Hồng Thái và Đỗ Quyết, trong đó thâm nhiễm và chít hẹp là những dạng tổn thương chính được ghi nhận. Nội soi phế quản đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và đánh giá giai đoạn bệnh, đặc biệt khi cần xác định tổn thương trong lòng phế quản để tiến hành sinh thiết và đánh giá mô bệnh học.

Về đặc điểm mô bệnh học, ung thư biểu mô

tuyến là loại phổ biến nhất trong nghiên cứu này, chiếm tỷ lệ 53%, tiếp theo là biểu mô vảy (22,7%) và các loại khác (24,2%). Điều này tương đồng với các nghiên cứu tại Bệnh viện K và Bệnh viện Bạch Mai, nơi ung thư biểu mô tuyến chiếm ưu thế. Sự khác biệt về phân bố mô bệnh học giữa các khu vực có thể liên quan đến các yếu tố nguy cơ đặc thù. Tại châu Á, đặc biệt là ở nữ giới và những người không hút thuốc, ung thư biểu mô tuyến phổ biến hơn. Trong khi đó, ung thư biểu mô vảy thường gặp hơn ở châu Âu và Mỹ, nơi tỷ lệ hút thuốc lá cao hơn.

## V. KẾT LUẬN

- Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 58, phần lớn là nam giới, phù hợp với các yếu tố dịch tễ học của ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Việt Nam.

- Các triệu chứng lâm sàng thường gặp bao gồm đau ngực, sút cân và ho khan, phản ánh mức độ xâm lấn của bệnh.

- Khối u chủ yếu nằm ở thùy trên, với tỷ lệ cao hơn ở phổi trái, và kích thước trung bình là 5,97 cm.

- Phân loại mô bệnh học cho thấy ung thư biểu mô tuyến chiếm ưu thế, tiếp theo là biểu mô vảy, phù hợp với xu hướng dịch tễ của ung thư phổi ở Việt Nam.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Freddie Bray., Mathieu Laversanne., Hyuna Sung., et al** (2024), Global Cancer Statistics 2022: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries, CA Cancer J Clin. 74(3), 229-263
2. **K. C. Thandra, A. Barsouk, K. Saginala, J. S. Aluru, và A. Barsouk**, "Epidemiology of lung

cancer", Contemp. Oncol. Onkol., vol 25, số p.h 1, tr 45–52, 2021, doi: 10.5114/wo.2021.103829.

3. **Bùi Công Toàn, Trần Văn Thuận, Bùi Vinh Quang, Đỗ Thị Kim Anh, Sang T., và Quốc V.**, "Nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị trong ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng hóa - xạ trị đồng thời", Tạp chí Y học thực hành, vol 899, tr 47–52, 2013.
4. **Lê Tuấn Anh**, "Đặc điểm lâm sàng và điều trị của 1158 bệnh nhân ung thư phổi tại Trung tâm ung bướu Chợ Rẫy", Tạp Chí Học Thực Hành, vol 878, tr 20–22, 2013.
5. **Đỗ Quyết và Đặng Đức Cảnh**, "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh ung thư phổi nguyên phát trên phim X quang chụp cắt lớp vi tính xoắn ốc", Tạp Chí Học Lâm Sàng, tr 250–257, 2003.
6. **J. B. Fu, T. Y. Kau, R. K. Severson, và G. P. Kalemkerian**, "Lung cancer in women: analysis of the national Surveillance, Epidemiology, and End Results database", Chest, vol 127, số p.h 3, tr 768–777, tháng 3 2005, doi: 10.1378/chest.127.3.768.
7. **E. Radzikowska, P. Głaz, và K. Roszkowski**, "Lung cancer in women: age, smoking, histology, performance status, stage, initial treatment and survival. Population-based study of 20561 cases", Ann. Oncol., vol 13, số p.h 7, tr 1087–1093, tháng 7 2002, doi: 10.1093/annonc/mdf187.
8. **K. S. Albain và c.s.**, "Radiotherapy plus chemotherapy with or without surgical resection for stage III non-small-cell lung cancer: a phase III randomised controlled trial", The Lancet, vol 374, số p.h 9687, tr 379–386, tháng 8 2009, doi: 10.1016/S0140-6736(09)60737-6.
9. **Hoàng Thị Quý và Trần Đình Thanh**, "Kết quả hóa trị ung thư trong lồng ngực từ 2005 đến 2007 tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch", Tạp Chí Học Thành Phố Hồ Chí Minh, vol 12, số p.h 4, tr 212–212, 2008.
10. **Vũ Hữu Khiêm**, "Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng phác đồ hoá - xạ trị với kỹ thuật PET/CT mô phỏng", Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội, 2017.

## ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHI NHIỄM HO GÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Trần Minh Điền<sup>1</sup>, Đỗ Thị Thúy Nga<sup>1</sup>,  
Nguyễn Mạnh Cường<sup>2</sup>, Phùng Thị Bích Thủy<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm bệnh nhi nhiễm ho gà điều trị tại bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Bệnh nhi dưới 16 tuổi được chẩn đoán xác định mắc ho gà bằng kỹ thuật real-time PCR,

điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/2019 đến 12/2020. **Kết quả:** Trẻ nhiễm vi khuẩn ho gà nhập viện chủ yếu nhóm dưới 4 tháng tuổi (75,7%), tỷ lệ trẻ nam mắc bệnh ho gà cao hơn trẻ nữ (nam/nữ ≈ 1,23/1). Trẻ mắc ho gà hầu hết là trẻ chưa được tiêm chủng chiếm 85,9% (328/382). Số ca mắc ho gà rải rác quanh năm, tuy nhiên bệnh có xu hướng thấp hơn trong các tháng mùa đông. Ngày xét nghiệm Real-time PCR ho gà hay gặp nhất là ngày thứ 10, trung bình là ngày thứ 12,4. Có 23,6% (90/382) số trẻ mắc ho gà có bội nhiễm các căn nguyên vi sinh vật khác, trong đó chủ yếu là bội nhiễm vi rút 70,0% (63/90), vi khuẩn 40,0% (36/90) và nấm là 1,1% (1/90). Đặc biệt, có 17,8% (16/90) số trẻ bội nhiễm ít nhất 2 căn

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

<sup>2</sup>Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Điền

Email: dientm@nhp.org.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025