

bướu Cần Thơ. Tạp chí Khoa học Đại học Cần Thơ 55, 66–71 (2019).

7. **See, H. S., Yap, Y. Y., Yip, W. K. & Seow, H. F.** Epstein-Barr virus latent membrane protein-1 (LMP-1) 30-bp deletion and Xho I-loss is associated with type III nasopharyngeal carcinoma in Malaysia.

World J Surg Onc 6, 18 (2008).

8. **Chang, K.-C. et al.** Pathogenesis of virus-associated human cancers: Epstein-Barr virus and hepatitis B virus as two examples. Journal of the Formosan Medical Association 113, 581–590 (2014).

NGHIÊN CỨU SUV MAX KHỐI U NGUYÊN PHÁT TRÊN PET/CT CỦA UNG THƯ PHỔI BIỂU MÔ TUYẾN

Huỳnh Quang Huy¹

TÓM TẮT

Ung thư phổi là bệnh lý ác tính khá phổ biến của hệ hô hấp. Ung thư phổi nếu phát hiện muộn, tiên lượng rất xấu, tỉ lệ tử vong rất cao và tử vong trong một thời gian ngắn kể từ khi phát hiện được bệnh. PET/CT trong chẩn đoán và đánh giá giai đoạn của ung thư phổi không tế bào nhỏ, đặc biệt là ung thư phổi biểu mô tuyến ngày càng được khẳng định. **Mục tiêu:** Khảo sát trị số SUV max khối u nguyên phát ung thư phổi biểu mô tuyến trên PET/CT. **Đối tượng, phương pháp:** 24 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi biểu mô tuyến xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh (sinh thiết, phẫu thuật). Thiết kế nghiên cứu hồi cứu: phân tích trị số SUV max của SPEC/CT được chụp trước đó trong quá trình chẩn đoán bệnh. Phương tiện, kỹ thuật: máy PET/CT Biograph True Point - Siemens - Đức. Thực hiện chụp CT với các thông số 80mA, 140KV, tốc độ vòng quay là 0,5s/tube, độ dày lát cắt 4,25mm, chiều dài chụp quét là 867mm và thời gian đặt được dữ liệu là 22,5s. Thuốc phóng xạ F-18 FDG (2-fluoro-2-deoxy-D-glucose). Liều dùng 0,15-0,20 mCi/Kg cân nặng (7-12mCi), tiêm tĩnh mạch. Chụp hình PET/CT: tiến hành sau tiêm F-18 FDG 45-60 phút. **Kết quả:** Phần lớn trường hợp ung thư phổi biểu mô tuyến ở lứa tuổi > 50 tuổi. Tuổi thấp nhất 34, tuổi cao nhất 74, trung bình 58,1 ± 8,1 tuổi. Nam chiếm tỉ lệ nhiều hơn nữ. Khối u định vị ở phổi trái hoặc phổi phải với tỉ lệ tương đương nhau. Khối u nhỏ nhất có đường kính 2cm; khối u lớn nhất 8,2cm; trung bình 4,7 ± 1,9 cm. Trị số SUV max thấp nhất 1,81 cm; cao nhất 21,03 cm; trung bình 10,8 ± 4,2 (cm). **Kết luận:** Xác định trị số SUV max khối u nguyên phát rất có giá trị trong chẩn đoán ung thư phổi biểu mô tuyến, góp phần định hướng điều trị cũng như theo dõi bệnh sau điều trị.

Từ khóa: SUV max; ung thư phổi biểu mô tuyến, khối u nguyên phát.

SUMMARY

STUDY THE SUV MAX OF PET/CT IN LUNG EPITHELIAL CARCINOMA

¹Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Huy

Email: drhuycdhabachmai@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.2.2025

Ngày duyệt bài: 28.3.2025

Background: Lung cancer is a fairly common malignant disease of the respiratory system. Lung cancer if detected late, very poor prognosis, very high mortality and death in a short time since the detection of the disease. PET/CT in the diagnosis and assessment of non-small cell lung cancer stage, especially lung carcinoma, is increasingly confirmed.

Objective: To investigate the SUV max value of primary epithelial lung cancer on PET/CT. **Object and method:** 24 patients diagnosed with lung epithelial carcinoma were identified by histopathology (biopsy, surgery). Research design: Retrospective study. Materials: PET/CT Biograph True Point - Siemens - Germany. CT scan with parameters of 80mA, 140KV, rotation speed of 0.5s/tube, thickness of 4.25mm, scan length of 867mm and time of data acquisition is 22.5s. Radioactive was F-18 FDG (2-fluoro-2-deoxy-D-glucose) at dosage 0.15-0.20 mCi / kg body weight (7-12mCi) intravenously. PET/CT was performed after injection of F-18 FDG 45-60 minutes. **Results:** Most cases of lung carcinoma of epithelium at age > 50 years. The lowest age was 34, the highest age 74, mean age was 58.1 ± 8.1 years. Male accounts for more than women. Tumors located in the left lung or right lung with similar proportions. The smallest tumor is 2cm in diameter; the largest tumor 8.2cm; average 4.7 ± 1.9 cm. The lowest SUV max at 1.81 cm; highest 21.03 cm; average 10.8 ± 4.2 (cm). **Conclusion:** Determining the SUV max value is very significant in the diagnosis of adenocarcinoma of the epithelial lining, which contributes to the therapeutic orientation as well as post-treatment follow-up.

Keywords: SUV max; lung epithelial carcinoma, primary tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là bệnh lý ác tính khá phổ biến của hệ hô hấp, là nguyên nhân phổ biến nhất gây tử vong của bệnh ung thư ở châu Âu năm 2006 (khoảng 334.800 trường hợp tử vong), sau ung thư tuyến tiền liệt và là loại thường gặp nhất của bệnh ung thư ở nam giới. Tỷ lệ mắc và tử vong năm 2006 là 75,3 và 64,8/100.000 dân/năm [1]. Theo thống kê của hiệp hội ung thư Hoa Kỳ năm 2006, ung thư phổi là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các bệnh ung thư (khoảng 162.460 vào năm 2006), chiếm khoảng 13% các loại ung thư và chiếm 28% các ca tử

vong ung thư [2].

Ở Việt Nam, theo ghi nhận dịch tễ học ung thư trong năm 2004, ung thư phổi là loại ung thư phổ biến trên cả nước, đứng hàng đầu ở nam giới với tỷ lệ mới mắc ở Hà Nội là 39,8/100.000 [3].

Ung thư phổi nếu phát hiện muộn, tiên lượng rất xấu, tỉ lệ tử vong rất cao và tử vong trong một thời gian ngắn kể từ khi phát hiện được bệnh. Việc chẩn đoán sớm và đánh giá giai đoạn ung thư phổi là nhu cầu cần thiết và cấp bách. Trong đó có sự trợ giúp quan trọng của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Chụp XQ qui ước và cắt lớp vi tính là hai kỹ thuật khảo sát thương qui. Tuy nhiên, đánh giá giai đoạn khối u còn nhiều hạn chế.

Trong những năm gần đây, vai trò của PET/CT trong chẩn đoán và đánh giá giai đoạn của ung thư phổi không tế bào nhỏ, đặc biệt là ung thư phổi biểu mô tuyến ngày càng được khẳng định. Tuy nhiên ở nước ta chưa có nghiên cứu nào đề cập đến vấn đề này. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Khảo sát trị số SUV max khối u nguyên phát ung thư phổi biểu mô tuyến trên PET/CT*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn. Đối tượng chọn là những bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi biểu mô tuyến xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh (sinh thiết hoặc phẫu thuật).

Được chụp PET/CT theo đúng phương pháp đã lựa chọn trong nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Kết quả PET/CT không đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu này.

2.1.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: thực hiện tại khoa Ung bướu và Y học hạt nhân - Bệnh viện Bạch Mai.

Thời gian nghiên cứu: 11/2016-10/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu: bắt đầu nghiên cứu với những bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định ung thư phổi biểu mô tuyến bằng kết quả giải phẫu bệnh (sinh thiết hoặc phẫu thuật), tìm kiếm kết quả PET/CT được chụp trước đó trong quá trình chẩn đoán bệnh, đọc và phân tích trị số SUV max của khối u nguyên phát.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện. Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi đã chọn được 24 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

2.2.3. Các biến số nghiên cứu.

thu thập các biến số nghiên cứu gồm: tuổi, giới, vị trí khối u nguyên phát, đường kính u nguyên phát, trị số SUV max khối u nguyên phát.

2.2.4. Phương tiện, kỹ thuật nghiên cứu:

Bệnh nhân được chụp bằng máy PET/CT Biograph True Point - Siemens - Đức.

Quy trình chụp: Thực hiện chụp CT với các thông số 80mA, 140KV, tốc độ vòng quay là 0,5s/tube, độ dày lát cắt 4,25mm, chiều dài chụp quét là 867mm và thời gian đạt được dữ liệu là 22,5s.

Để giảm liều chiếu phóng xạ cần cho bệnh nhân chụp CT với cường độ dòng điện 40mA (liều chiếu do CT là 2-3mSv) và liều chiếu của PET khoảng 8-9mSv. Như vậy, PET/CT có liều chiếu xạ thấp hơn so với CT tiêu chuẩn.

Thuốc phóng xạ: F-18 FDG (2-fluoro-2-deoxy-D-glucose). Liều dùng 0,15-0,20 mCi/Kg cân nặng (7-12mCi), tiêm tĩnh mạch. Chụp hình PET/CT: tiến hành sau tiêm F-18 FDG 45-60 phút.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

24 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư phổi biểu mô tuyến được chọn vào nghiên cứu.

Bảng 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số trường hợp	Tỉ lệ %
≤ 40	1	4,2
41 – 50	2	8,3
51 – 60	10	41,7
> 60	11	45,8
Tổng	24	100

Nhận xét: Phần lớn trường hợp ung thư phổi biểu mô tuyến ở lứa tuổi > 50 tuổi (87,5%). Tuổi thấp nhất 34, tuổi cao nhất 74, trung bình 58,1 ± 8,1 tuổi.

Bảng 3.2. Phân bố theo giới

Giới	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Nam	16	66,7
Nữ	8	33,3
Tổng	24	100,0

Nhận xét: Bệnh nhân nam ung thư phổi biểu mô tuyến chiếm tỉ lệ cao hơn bệnh nhân nữ (66,7% so với 33,3%, p<0,05).

Bảng 3.3. Vị trí u nguyên phát

Vị trí u nguyên phát	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Trái	14	58,3
Phải	10	41,7
Tổng	24	100

Nhận xét: Tỉ lệ ung thư phổi biểu mô tuyến theo vị trí phổi (trái, phải) khác biệt không có ý nghĩa (p>0,05).

Bảng 3.4. Đường kính khối u nguyên phát

Đường kính u nguyên phát	Số trường hợp	Tỉ lệ %
2 – 4 cm	11	45,8

> 4 - 6cm	5	20,8
> 6 - 8 cm	7	29,2
> 8 cm	1	4,2
Tổng	24	100,0

Nhận xét: Phần lớn khối u nguyên phát có đường kính 2-6 cm (chiếm 66,6%); khối u nhỏ nhất có đường kính 2cm; khối u lớn nhất 8,2cm; trung bình $4,7 \pm 1,9$ cm.

Bảng 3.5. SUV max khối u nguyên phát

SUV max khối u nguyên phát (cm)	Số trường hợp	Tỉ lệ %
≤ 5	1	4.2
> 5 – 10	12	50.0
> 10 -15	8	33.3
> 15	3	12.5
Tổng	24	100.0

Nhận xét: Một nửa số trường hợp khối u nguyên phát có trị số SUV max > 5 – 10 cm. Giá trị thấp nhất 1,81 cm; cao nhất 21,03 cm; trung bình $10,8 \pm 4,2$ (cm).

IV. BÀN LUẬN

Ung thư phổi là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong vì ung thư ở Hoa Kỳ và trên toàn thế giới [4]. Ở Việt Nam, theo thống kê giai đoạn 2006-2007 tại Hà Nội, ung thư phổi đứng hàng đầu ở nam giới, khoảng 21,4% trong tổng số các loại ung thư, tỷ lệ mắc là 39,9/100.000 dân và vị trí thứ 4 ở nữ giới chiếm 8,1%, tỷ lệ mắc là 13,2/100.000 dân [5].

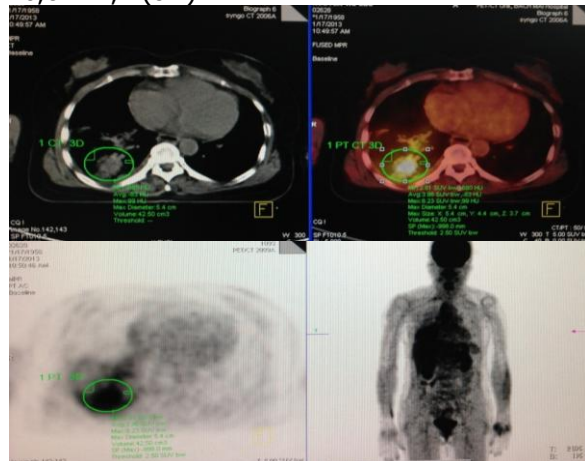
Kết quả nghiên cứu của chúng tôi. các bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến chủ yếu là nam giới chiếm tỉ lệ 66,7 %. Phần lớn trường hợp bệnh nhân lớn hơn 50 tuổi (chiếm tỉ lệ 87,5%). Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu tác giả Mai Trọng Khoa [5] và Dela Cruz [4].

PET/CT là kỹ thuật hình ảnh rất tốt, có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác cao hơn CT và MRI đơn thuần trong chẩn đoán ung thư phổi, đặc biệt PET/CT có vai trò rất quan trọng trong đánh giá giai đoạn ung thư phổi [2],[6].

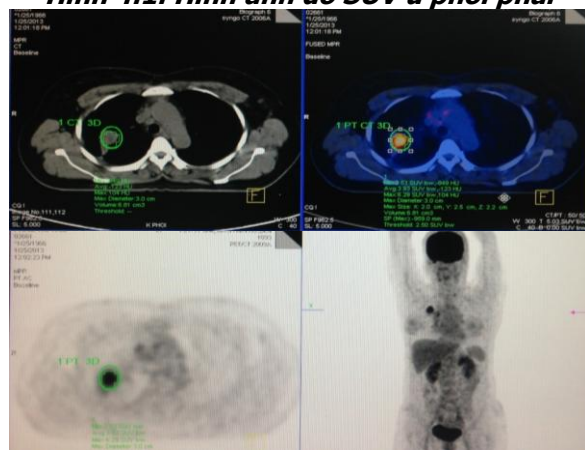
Khảo sát SUV giúp phân biệt khối u nguyên phát hay tổn thương di căn. Dijkman BG và cộng sự nghiên cứu tổng cộng có 37 bệnh nhân với các khối tại phổi (21 tổn thương di căn, 16 khối u nguyên phát thứ hai) được phân tích. Các Δ SUV cao hơn đáng kể ở những khối u nguyên phát thứ hai so với tổn thương di căn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu kết luận: đo SUV trên PET/CT có giá trị trong chẩn đoán phân biệt tổn thương thứ phát tại phổi và khối u nguyên phát [7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ ung thư phổi biểu mô tuyến theo vị trí phổi

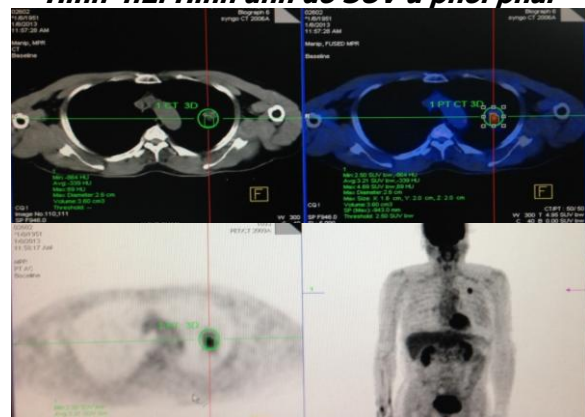
(trái, phải) khác biệt không có ý nghĩa ($p > 0,05$). Phần lớn khối u nguyên phát có đường kính 2-6 cm (chiếm 66,6%); khối u nhỏ nhất có đường kính 2cm; khối u lớn nhất 8,2cm; trung bình $4,7 \pm 1,9$ cm. Một nửa số trường hợp khối u nguyên phát có trị số SUV max > 5 – 10 cm. Giá trị thấp nhất 1,81 cm; cao nhất 21,03 cm; trung bình $10,8 \pm 4,2$ (cm).



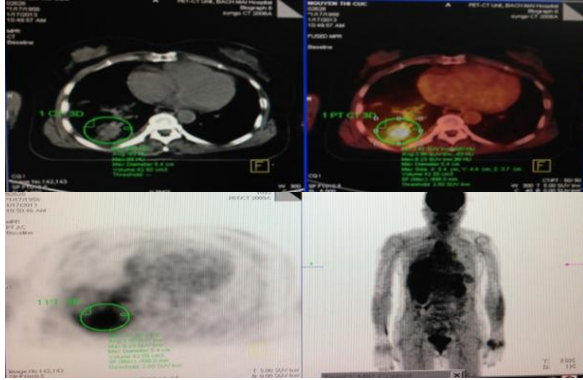
Hình 4.1. Hình ảnh đo SUV u phổi phải



Hình 4.2. Hình ảnh đo SUV u phổi phải



Hình 4.3. Hình ảnh đo SUV u phổi trái



Hình 4.4. Hình ảnh đo SUV u phổi phải

V. KẾT LUẬN

Trị số SUV max khối u nguyên phát thấp nhất 1,81 cm; cao nhất 21,03 cm; trung bình $10,8 \pm 4,2$ (cm)

Xác định trị số SUV max khối u nguyên phát rất có giá trị trong chẩn đoán ung thư phổi biểu mô tuyến, góp phần định hướng điều trị cũng như theo dõi bệnh sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sorensen M., M. Pijls-Johannesma, E. Felip, et al.** (2010), Small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol, 21 Suppl 5, pp. v120-5.
2. **Society A.C.** (2006), Cancer Facts and Figures. www.cancer.org.
3. **Nguyễn Bá Đức** (2006), Tình hình ung thư ở Việt Nam giai đoạn 2001-2004. Tạp chí Y học thực hành, pp. 9-19.
4. **Dela Cruz C.S., L.T. Tanoue, and R.A. Matthey** (2011), Lung cancer: epidemiology, etiology, and prevention. Clin Chest Med, 32(4), pp. 605-44.
5. **Mai Trọng Khoa** (2013), Ứng dụng kỹ thuật PET/CT trong ung thư, pp. 245-270.
6. **Özgül M.A, Kirkil G et al** (2013), The maximum standardized FDG uptake on PET-CT in patients with non-small cell lung cancer, Multidiscip Respir Med, 8(1): 69.
7. **Dijkman BG S.O., Vriens D** (2010), The role of 18F-FDG PET in the differentiation between lung metastases and synchronous second primary lung tumours. Eur J Nucl Med Mol Imaging, 37(11), pp. 2037-2047.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG, MIỄN DỊCH Ở BỆNH NHÂN NHIỄM HIV MỚI ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ ARV TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI NĂM 2023 – 2024

Võ Triều Lý¹, Nguyễn Hoàng Mai Uyên²,
Phạm Văn Tân¹, Vương Minh Nhật³, Vũ Thị Hiếu⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay, nhiễm HIV/AIDS vẫn là đại dịch toàn cầu cũng như tại Việt Nam. Năm 2023, Việt Nam ghi nhận có khoảng 249.000 người sống chung với HIV, 13445 ca nhiễm mới và 1623 ca tử vong liên quan đến HIV. Vì vậy, việc tìm hiểu đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nhiễm HIV mới được điều trị ARV sẽ cung cấp nhiều kiến thức trong việc xây dựng kế hoạch điều trị và phòng ngừa nhiễm HIV/AIDS. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân mới chẩn đoán HIV tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành tại phòng khám

ngoại trú HIV/AIDS Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới từ tháng 10/2023 đến tháng 7/2024. Tiêu chuẩn chọn vào: (1) ≥ 18 tuổi; (2) 3 xét nghiệm kháng thể HIV dương tính, (3) Bắt đầu khởi trị ARV ≤ 1 tháng trước khi vào nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại ra: (1) có tình trạng nguy kịch cần cấp cứu hoặc nặng cần nhập viện điều trị nội trú; (2) không có khả năng đọc, hiểu, trả lời, nhớ lại, (3) không đồng ý tham gia nghiên cứu. **Kết quả:** Có tổng cộng 76 trường hợp được ghi nhận. Độ tuổi trung vị của bệnh nhân là 33 (26 - 42,8) tuổi, với 81,6% nam giới. Trình độ học vấn từ trung cấp trở lên chiếm 76,3% và 75% bệnh nhân có công việc ổn định. Lây truyền qua quan hệ tình dục chiếm 90,8%, trong đó, 2/3 trường hợp là quan hệ tình dục đồng giới nam. Bệnh lây truyền qua đường tình dục chiếm 13,1%, trong đó giang mai chiếm 9,2%. Hơn 1/2 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm HIV ở giai đoạn lâm sàng (GDLS) 3 và 4. Bệnh nhiễm trùng cơ hội phổ biến nhất là nấm miệng – thực quản (26,3%), lao (22,4%) và PCP (15,8%). Về đặc điểm miễn dịch: TCD4⁺ trung vị ban đầu là 101 tế bào/mm³, với 60,5% bệnh nhân thuộc nhóm suy giảm miễn dịch nặng. **Kết luận:** Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS có nhiều thay đổi với tỉ lệ lây truyền qua quan hệ tình dục đặc biệt là nhóm nam quan hệ tình dục đồng giới (MSM) ngày

¹Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới

²Trường Đại học Tây Nguyên

³Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

⁴Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Võ Triều Lý

Email: drtrieuly@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 28.3.2025