

chứng ngẫu nhiên nào về hiệu quả và tính an toàn về các phương pháp này ở bệnh nhân nhồi máu não mắc kèm ung thư. Mặc dù hướng dẫn mới nhất của AHA/ASA đã đưa ra hướng dẫn về vấn đề này tuy nhiên những hướng dẫn này chỉ dựa trên ý kiến của các chuyên gia là một bằng chứng ở mức độ thấp [3].

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số hạn chế. Trong nghiên cứu này chúng tôi cũng chưa thể chỉ ra chính xác được nguyên nhân, cơ chế gây ra đột quỵ ở bệnh nhân có kèm theo bệnh ung thư do hạn chế về kĩ thuật cũng như trang thiết bị, cơ sở vật chất. Nhóm nghiên cứu chưa đủ điều kiện thực hiện tầm soát đầy đủ căn nguyên tim ở những bệnh nhân nguy cơ thấp vì dụ như đeo holter điện tim, do đó có thể bỏ sót một số trường hợp rung nhĩ cơn. Nghiên cứu chỉ lựa chọn những bệnh nhân nhồi máu não mắc ung thư mà không có nhóm đối chứng, do đó không thể so sánh được với nhồi máu não hoặc ung thư đơn thuần. Bên cạnh đó chúng tôi chưa quan tâm tới các triệu chứng lâm sàng thường gặp của bệnh nhân ung thư vào để mô tả, đánh giá - điều mà một số nghiên cứu khác đã làm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thể là tiền đề cho những nghiên cứu sau trong tương lai với mức độ phức tạp hơn (thay đổi phương pháp nghiên cứu, tăng cỡ mẫu, tăng số lượng cơ sở lâm sàng thu thập đối tượng nghiên cứu...) và khắc phục được những nhược điểm trên.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn bệnh nhân nhồi máu não mắc ung

thư đều có kết quả điều trị tốt, có cải thiện sau 3 tháng, các phương pháp điều trị bảo tồn được ưu tiên, tuy nhiên các phương pháp điều trị can thiệp như tiêu sợi huyết hoặc can thiệp nội mạch cũng cho thấy hiệu quả cải thiện điểm MRS sau 3 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huang, S. và các cộng sự.** (2020), "Efficacy and safety of intravenous thrombolysis for acute ischemic stroke in cancer patients: a systemic review and meta-analysis", *Am J Transl Res.* 12(8), tr. 4795-4806.
2. **Navi, B. B. và Iadecola, C.** (2018), "Ischemic stroke in cancer patients: A review of an underappreciated pathology", *Ann Neurol.* 83(5), tr. 873-883.
3. **Powers, W. J. và các cộng sự.** (2019), "Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association", *Stroke.* 50(12), tr. e344-e418.
4. **Verschoof, M. A. và các cộng sự.** (2022), "Clinical Outcome After Endovascular Treatment in Patients With Active Cancer and Ischemic Stroke: A MR CLEAN Registry Substudy", *Neurology.* 98(10), tr. e993-e1001.
5. **Abdelsalam, Mohamed và các cộng sự.** (2020), "Pathophysiology, mechanism, and outcome of ischemic stroke in cancer patients", *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases.* 29(11), tr. 105299.
6. **Motataianu, Anca và các cộng sự.** (2021), "Ischemic stroke in patients with cancer: a retrospective cross-sectional study", *The Journal of Critical Care Medicine.* 7(1), tr. 54-61.

ĐIỀU TRỊ TOÀN DIỆN CHO BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO SÁNG NGUỒN GỐC RĂNG HÀM TRÊN

Lê Ngọc Tuyền¹, Phạm Nhật Quang¹,
Lại Bình Nguyên¹, Nguyễn Quang Rực¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư biểu mô tế bào sáng nguồn gốc răng của xương hàm là một loại u nguồn gốc răng ác tính hiếm gặp. Sau khi cắt tổn thương rộng rãi sẽ để lại khuyết hổng lớn bao gồm cả xương, răng, và phần mềm lân cận. Để khôi phục được cả chức năng và thẩm mỹ, bệnh nhân cần được lên kế hoạch điều

trị toàn diện, bao gồm tái tạo giải phẫu, che phủ khuyết hổng, và cải thiện chất lượng cuộc sống. Vì vậy, tạo hình bằng vật da cơ xương mác vi phẫu kết hợp với phục hình răng trên implant với sự hỗ trợ của ghép khung da vô bào di loài đã được đề xuất như là một phương án mới và hiệu quả trong điều trị. **Phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo ca lâm sàng và hồi cứu y văn. **Kết quả:** Sau hai lần phẫu thuật và một lần cấy implant nha khoa, bệnh nhân đã được tái tạo tối ưu về cả thẩm mỹ và chức năng. Các hoạt động ăn, nhai, và nói được duy trì tương tự như trước khi phẫu thuật. Sau thời gian theo dõi 18 tháng, chưa phát hiện tổn thương tái phát hay các biến chứng liên quan đến phẫu thuật và vật liệu phục hình. **Kết luận:** Các phương pháp tiên tiến bao gồm vi phẫu thuật và ứng dụng khung da vô bào di loài hứa hẹn sẽ nâng

¹Bệnh viện Răng hàm mặt TW Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Rực

Email: rucnguyen@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025

Ngày duyệt bài: 14.5.2025

cao hiệu quả điều trị và cải thiện chất lượng cuộc sống cho các bệnh nhân bị khuyết đoạn xương hàm lớn và cần được ghép lợi bám dính cho phục hình răng.

Từ khóa: ung thư biểu mô tế bào sáng nguồn gốc răng, vạt xương mác tự do, phục hình răng dựa trên implant, mảnh ghép khung da vô bào dị loài

SUMMARY

COMPREHENSIVE TREATMENT FOR A PATIENT WITH CLEAR CELL

ODONTOGENIC CARCINOMA OF MAXILLA

Backgrounds: Clear cell odontogenic carcinoma is a rare malignant odontogenic tumor. This tumor resection will leave a large defect consists of bone, teeth, and surrounding soft tissues. To restore both functionally and aesthetically, the patient needs a comprehensive treatment plan, includes anatomical reconstruction, defect covering, and improving quality of life. Therefore, reconstruction with free osteomusculocutaneous flap and implant-supported dental prosthesis with acellular dermal matrix is proposed as a new and effective treatment protocol.

Methods: Case report and literature review. **Results:** After two operations and one dental implant insertion procedure, the patient is fully restored both functionally and aesthetically. Her postoperative chewing, eating, and speaking are similar as the preoperative ones. After 18-month-follow-up, we have not found any sign of tumor relapse or surgery-related and prosthesis-related consequences. **Conclusion:** Advanced techniques included microsurgery and acellular dermal matrix application are promising methods to enhance treatment efficiency and improve quality of life for patients with large maxillofacial bone defects and those need keratinized gingiva graft for dental rehabilitation. **Keywords:** clear cell odontogenic carcinoma, free fibula flap, implant-supported prosthesis, acellular dermal matrix

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô (UTBM) tế bào sáng nguồn gốc răng của xương hàm là một loại u nguồn gốc răng ác tính hiếm gặp, thường xuất hiện ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi¹. Theo một thống kê gần đây, tổng cộng chỉ có khoảng 20 ca UTBM tế bào sáng hàm trên đã từng được báo cáo trong y văn tiếng Anh. Do là tổn thương hiếm gặp, nên chưa có phác đồ điều trị lí tưởng cho bệnh lý nào. Một báo cáo gần đây đã cho thấy tỉ lệ tái phát cao hơn đáng kể của phẫu thuật bảo tồn (nạo hoặc khoét nhân) (86.7% so với 29%)². Vì vậy, khối u này được khuyến cáo cắt bỏ rộng rãi, ít nhất là bao gồm 1 cm tổ chức lành. Bệnh nhân cũng nên được vét hạch cổ nếu có bằng chứng của di căn hạch cổ. Có thể cân nhắc xạ trị bổ trợ cho những bệnh nhân có thâm nhiễm phần mềm, đặc biệt là trong các trường hợp không thể đảm bảo biên cắt sạch u, hoặc ở những bệnh nhân có hạch cổ dương tính¹.

Sau khi cắt tổn thương rộng rãi sẽ để lại

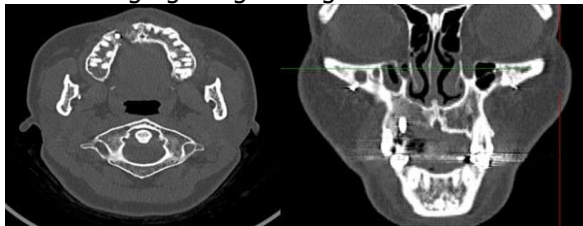
khuyết hổng lớn bao gồm cả xương, răng, và phần mềm lân cận. Để khôi phục được cả chức năng và thẩm mỹ, bệnh nhân của chúng tôi được lên kế hoạch tạo hình khuyết hổng bằng vạt da cơ xương mác vi phẫu thì đầu và phục hình răng thì hai. Trong đó, thành phần xương được sử dụng để tái tạo khung xương phục vụ cho việc cắm implant nha khoa thì hai, thành phần cơ được sử dụng để khôi phục thể tích phần xoang hàm bị cắt bỏ, và phần da được sử dụng để che phủ khuyết hổng niêm mạc miệng sau khi cắt ung thư. Do đặc tính của xương mác rất phù hợp cho việc cắm implant nha khoa nên vấn đề của phục hình răng thì hai sẽ tập trung vào tạo hình lợi dính quanh implant phù hợp. Trước đây, phẫu thuật ghép lợi tự do tự thân đã được sử dụng rộng rãi cho mục đích này, với tỉ lệ thành công cao, nhưng vẫn có một số nhược điểm như để lại khuyết hổng lớn cần được liền thương thì hai tại nơi cho mảnh ghép, nguồn cho bị giới hạn, và sự bất tương đồng về màu sắc cũng như chất liệu của niêm mạc ghép với tổ chức xung quanh. Gần đây, khung da vô bào dị loài (acellular dermal matrix allograft), ban đầu được sử dụng cho che phủ khuyết hổng toàn bộ chiều dày da, đã được giới thiệu thay thế cho ghép niêm mạc vòm miệng tự thân trong việc làm tăng chiều rộng lợi dính. Đây là một phức hợp đồng khô vô bào bao gồm phức hợp màng đáy đan xen nhau về cấu trúc và tổ hợp ngoại bào chủ yếu gồm các bó sợi collagen và các sợi chun. Cấu trúc này sẽ thúc đẩy quá trình dịch chuyển của nguyên bào sợi, tế bào biểu mô và tế bào nội mô, dẫn tới sự tích hợp vào tổ chức nhận³. Các ưu điểm chính của khung da vô bào là không cần vị trí cho mảnh ghép, giảm thiểu được các biến chứng sau mổ, tạo được tổ chức tổ chức có chất liệu tương đồng với nơi nhận và kết quả thẩm mỹ là tối ưu. Trên thế giới, đã có nhiều báo cáo về việc sử dụng khung da vô bào trong tạo hình lợi bám dính, nhưng chỉ có rất ít các tác giả từng báo cáo về ứng dụng của phương pháp này cho các trường hợp tái tạo xương hàm bằng vạt xương tự do.

Trong bài báo này, chúng tôi sẽ báo cáo một ca bệnh UTBM tế bào sáng nguồn gốc răng của hàm trên khá hiếm gặp trên một bệnh nhân trẻ, được điều trị toàn diện thành công bằng các kĩ thuật hiện đại, bao gồm tạo hình tổn khuyết bằng vạt da cơ xương mác vi phẫu và phục hình răng dựa trên implant có sự hỗ trợ của mảnh ghép khung da vô bào dị loài.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

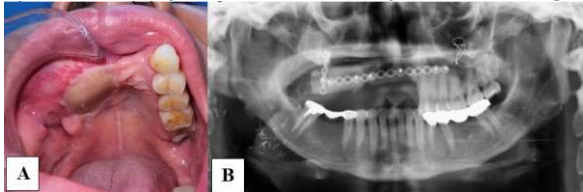
Bệnh nhân nữ 34 tuổi, đã được phẫu thuật

cắt ung thư biểu mô tế bào sảng nguồn gốc răng hàm trên bên phải cách khoảng 2 năm, vào viện vì lung lay implant răng 12-13 cách khoảng 1 tháng, ngoài ra không có các triệu chứng sưng đau bất thường khác. Khám lâm sàng thấy ngoài mặt bệnh nhân cân đối, há ngậm miệng bình thường, khớp cắn đúng, implant răng 12 lung lay độ 3, implant răng 13 lung lay độ 3, không thấy khối sưng hay viêm nhiễm khác. Trên phim chụp cắt lớp vi tính, xuất hiện tổn thương tiêu xương không đều vùng hàm trên bên phải tương ứng với vị trí implant răng 12-13 (Hình 1). Kết quả sinh thiết lại tổn thương vẫn là ung thư biểu mô tế bào sảng nguồn gốc răng.



Hình 1. Phim chụp CLVT tổn thương trước phẫu thuật

Bệnh nhân được phẫu thuật cắt đoạn xương hàm trên rộng rãi, đồng thời được tạo hình lại tức thì bằng vật da cơ xương mác bên phải vì phẫu. Sau mổ, vật được cấp máu tốt, không phát hiện các biến chứng liên quan đến liền thương. Phim chụp sau mổ 6 tháng cho thấy tình trạng liền xương tốt và không có viêm nhiễm tại chỗ (Hình 2), bệnh nhân được ghép lợi sừng hoá để chuẩn bị cho cấy implant nha khoa và phục hình răng.



Hình 2. Bệnh nhân sau mổ 6 tháng

(A) Hình ảnh trong miệng với da của vật xương mác nằm ở vị trí lợi xương ổ răng. (B) Hình ảnh phim chụp CLVT cho thấy các vị trí kết hợp xương đã liền

Bệnh nhân được tạo hình lợi bám dính quanh implant bằng kỹ thuật ghép khung da vô bào dị loài. Đây là kỹ thuật còn tương đối mới tại Việt Nam, được chúng tôi áp dụng rộng rãi với tỉ lệ thành công cao tạo Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội. Trong trường hợp này, toàn bộ mảnh ghép đều được tích hợp tốt, bệnh nhân được phục hình răng phù hợp, đảm bảo được chất lượng ăn nhai và thẩm mỹ ngoài mặt (Hình 3). Chúng tôi chưa phát hiện tình trạng viêm nhiễm tại chỗ hay các biến chứng khác trong

vòng 1 năm sau khi làm phục hình răng.



Hình 3. Bệnh nhân sau khi phục hình răng

(A) Hình ảnh sau khi tạo hình lợi bám dính 1 tuần. (B) Hình ảnh sau khi cấy implant. (C,D) Hình ảnh sau khi phục hình răng. (E,F) Hình ảnh ngoài mặt cho thấy thẩm mỹ khuôn mặt đã được khôi phục tối đa

III. BÀN LUẬN

UTBM tế bào sảng nguồn gốc răng là một khối u ác tính nguồn gốc răng hiếm gặp, chủ yếu gặp ở xương hàm dưới, thường gặp ở nữ giới hơn là nam giới⁴. Các triệu chứng thông thường của UTBM tế bào sảng nguồn gốc răng bao gồm khối sưng bất thường, răng lung lay hoặc di lệch, đau hoặc khó chịu, và phá hủy vỏ xương². Hiếm khi xuất hiện di căn hạch cổ tại thời điểm bệnh nhân tới khám. Khoảng một phần tư số bệnh nhân sẽ xuất hiện di căn, và khoảng một nửa sẽ tái phát liên quan đến xâm lấn phần mềm. Trên chẩn đoán hình ảnh, khối u này thường có tổn thương dạng thấu quang không đều, có thể đơn buồng hoặc đa buồng, thường liên quan đến xâm lấn xương, tiêu chân răng, và xâm lấn phần mềm lân cận⁵. Trong một nghiên cứu hệ thống của Alberto và cộng sự⁶ bao gồm tất cả các bài báo đề cập tới UTBM tế bào sảng nguồn gốc răng từ năm 1988 đến tháng 6/2021, tổng cộng có 117 trường hợp đã được báo cáo. Kết quả cho thấy nữ giới chiếm 65% (nam giới là 35%), tuổi trung bình mắc bệnh là 55.4, vị trí thường gặp nhất là xương hàm dưới với tỉ lệ là 82.1% (hàm trên là 18%), và phần lớn bệnh nhân tới khám vì khối sưng hàm mặt hoặc hạch cổ (80.4).

Điều trị UTBM tế bào sảng nguồn gốc răng thường là cắt đoạn xương hàm dưới hoặc xương hàm trên, vì nếu chỉ cắt u đơn thuần thì tổn thương này có tỉ lệ tái phát tại chỗ hoặc hạch cổ

là gần 34% và tỉ lệ di căn là 14% (thường là di căn phổi). Khuyết hổng sau cắt tổn thương thường có kích thước lớn, bao gồm cả xương, răng và phần mềm lân cận, dẫn tới biến dạng khuôn mặt, hạn chế các chức năng ăn, nhai, nói, và giảm chất lượng cuộc sống nói chung. Vì vậy, kế hoạch điều trị toàn diện cho bệnh nhân không nên chỉ dừng lại ở bước phẫu thuật cắt bỏ triệt căn tổn thương, mà cần khôi phục tối đa về giải phẫu và chức năng để giúp bệnh nhân nâng cao chất lượng cuộc sống. Trước đây, máng bịt phục hình thường được sử dụng cho bệnh nhân cắt đoạn xương hàm trên, với ưu điểm là đóng được lỗ thông mũi miệng mà không cần phẫu thuật, giúp cải thiện ăn nhai và giọng nói, làm khung hỗ trợ cho phần mềm vùng mặt, và nếu cần thì có thể khôi phục các cấu trúc khuyết hổng như răng, mắt, và mũi. Tuy nhiên, máng bịt cũng gây ra một số vấn đề về tâm lý, khó vệ sinh, hay có thể dẫn tới viêm loét ở một số vùng do tì đè. Hơn nữa, máng bịt răng trên bệnh nhân cắt đoạn xương hàm trên đã được chứng minh là không có bất kì ưu điểm nào đáng kể về thẩm mỹ và giọng nói⁷. Nhiều người tin rằng máng bịt tháo lắp được giúp quan sát được trực tiếp hốc mổ, giúp phát hiện sớm các tổn thương tái phát, nhưng với sự phát triển của các kĩ thuật chẩn đoán hình ảnh như cộng hưởng từ và PET/CT thì vai trò của việc này còn rất thấp.

Hiện nay, kĩ thuật vi phẫu mạch máu đã được ứng dụng rộng rãi không chỉ ở Việt Nam mà còn trên toàn thế giới, cho phép chuyển vật tự do tái tạo tức thì khuyết hổng sau cắt ung thư hàm trên, giúp loại bỏ sự bất tiện hàng ngày của máng bịt tháo lắp, đặc biệt là trên những bệnh nhân trẻ tuổi như trong báo cáo của chúng tôi. Trong trường hợp này, chúng tôi lựa chọn vật xương mác tự do vì các nguyên nhân sau đây: củng cố mạch dài cho phép nối vào các mạch máu lớn ở vùng cổ, vị trí cho vật cách xa tổn thương cho phép 2 kíp phẫu thuật cùng làm việc hiệu quả, chất lượng xương tốt phù hợp cho cắm implant nha khoa, và có thể lấy kèm da và cơ để che phủ và tạo hình độn khuyết hổng phần mềm. Quá trình hồi phục sau mổ thuận lợi, vật được cấp máu tốt và liền thương tốt, bệnh nhân được chuyển đến giai đoạn tiếp theo là phục hình răng dựa trên implant.

Phần mềm che phủ đoạn xương mác tạo hình có thể là da của vật hoặc một phần niêm mạc miệng lành. Theo Yang-Ming Chang và cộng sự, nếu phần da che phủ này chỉ đơn giản là được làm mỏng thì sẽ dễ gây đáp ứng viêm và hình thành tổ chức hạt xung quanh các trụ implant, dẫn tới đau và chảy máu trong quá trình

vệ sinh, đặc biệt là ở mặt trong của bộ răng phục hình⁸. Vì vậy, bệnh nhân nên được cắt bỏ cắt bỏ phần da xung quanh vị trí cắm implant và thay bằng các mảnh ghép niêm mạc sừng hoá của vòm miệng. Phẫu thuật ghép lợi tự do tự thân có tỉ lệ thành công cao, nhưng vẫn có một số nhược điểm như để lại khuyết hổng lớn cần được liền thương thì hai tại nơi cho mảnh ghép, nguồn cho bị giới hạn, và sự bất tương đồng về màu sắc cũng như chất liệu của mảnh ghép với tổ chức xung quanh³. Vì vậy, khung da vô bào dị loài đã được giới thiệu thay thế cho ghép niêm mạc vòm miệng tự thân trong việc làm tăng chiều rộng lợi dính. Các ưu điểm chính của khung da vô bào là không cần vị trí cho mảnh ghép, giảm thiểu được các biến chứng sau mổ, tạo được tổ chức tổ chức có chất liệu tương đồng với nơi nhận và kết quả thẩm mỹ là tối ưu.

IV. KẾT LUẬN

Kết quả điều trị toàn diện thành công cho ca bệnh UTBM tế bào sáng nguồn gốc răng của hàm trên trong báo cáo này hứa hẹn sẽ nâng cao hiệu quả điều trị và cải thiện chất lượng cuộc sống cho các bệnh nhân bị khuyết đoạn xương hàm lớn và cần được ghép lợi bám dính cho phục hình răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Narula V, Sharma D, Bhargava EK, Meher R, Mandal S, Rana K.** Clear cell odontogenic carcinoma of maxilla: A rare case in a rarer presentation. *J Oral Maxillofac Surg Med Pathol.* 2016;28(1): 95-99. doi:10.1016/j.ajoms.2015.07.004
2. **Zhang J, Liu L, Pan J, et al.** Clear cell odontogenic carcinoma: report of 6 cases and review of the literature. *Med Oncol Northwood Lond Engl.* 2011;28 Suppl 1:S626-633. doi:10.1007/s12032-010-9668-z
3. **Otomo-Corgel J, Ahn CD, Gunn A.** Acellular Dermal Matrix Allografts in Periodontal Therapy. *J Calif Dent Assoc.* 2018;46(10):639-645. doi:10.1080/19424396.2018.12222082
4. **Santana T, de Andrade FL, de Sousa Melo MC, da Rocha GBL, Trierveiler M.** Clear Cell Odontogenic Carcinoma Harboring the EWSR1-ATF1 Fusion Gene: Report of a Rare Case. *Head Neck Pathol.* 2020;14(3):847-851. doi:10.1007/s12105-019-01103-4
5. **Infante-Cossio P, Torres-Carranza E, Gonzalez-Perez LM, Gonzalez-Cardero E, Sanchez-Gallego F.** Atypical presentation of clear cell odontogenic carcinoma. *J Craniofac Surg.* 2012;23(5): e466-468. doi:10.1097/SCS.0b013e31825757d4
6. **Labrador AJP, Marin NRG, Valdez LHM, et al.** Clear Cell Odontogenic Carcinoma a Systematic Review. *Head Neck Pathol.* 2022;16(3):838-848. doi:10.1007/s12105-021-01383-9
7. **Rieger JM, Tang JAL, Wolfaardt J, Harris J, Seikaly H.** Comparison of speech and aesthetic

outcomes in patients with maxillary reconstruction versus maxillary obturators after maxillectomy. J Otolaryngol - Head Neck Surg J Oto-Rhino-Laryngol Chir Cervico-Faciale. 2011;40(1):40-47.

8. Chang YM, Wallace CG, Tsai CY, Shen YF,

Hsu YM, Wei FC. Dental implant outcome after primary implantation into double-barreled fibula osteoseptocutaneous free flap-reconstructed mandible. Plast Reconstr Surg. 2011;128(6):1220-1228. doi:10.1097/PRS.0b013e318230c6a9

GIÁ TRỊ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH ĐỊNH LƯỢNG TRONG CHẨN ĐOÁN KHÍ PHẾ THŨNG Ở NGƯỜI BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Đoàn Tiến Lưu^{1,2}, Nông Thị Chang²

TÓM TẮT

Trên hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) phổi phân giải cao có vai trò định lượng vùng phổi ứ khí do hẹp đường dẫn khí và tổn thương bề mặt phế nang, vùng phổi ứ khí là vùng phổi có tỷ trọng thấp < -950HU, có thể tính tỷ lệ % vùng phổi có tỷ trọng thấp (LAA%). Nghiên cứu mô tả cắt ngang, 59 người bệnh bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ tháng 07/2024 đến tháng 01/2025. Các bệnh nhân được đo chức năng hô hấp FEV1, chụp cắt lớp vi tính phổi phân giải cao. Sử dụng phần mềm Ziosation của Ziosoft tính LAA% tự động. Phân độ bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo tỷ lệ LAA% (phân độ GODDARD) và theo giá trị FEV1 (phân độ GOLD). Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự tương quan mức trung bình giữa phân độ bệnh GODDARD (phân độ theo LAA%) với phân độ bệnh GOLD (phân độ theo chức năng hô hấp FEV1) với $r=0.35$, có ý nghĩa thống kê với $p=0.007$. Như vậy LAA% là một thông số phản ánh tình trạng ứ khí phổi trên hình ảnh CLVT, đồng thời cũng là thông số ước tính được chức năng hô hấp.

Từ khóa: Khí phế thũng, Bệnh phổi mạn tính tắc nghẽn, Cắt lớp vi tính định lượng

SUMMARY

THE VALUE OF QUANTITATIVE COMPUTED TOMOGRAPHY IN DIAGNOSING EMPHYSEMA IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

High-resolution computed tomography (HRCT) of the lungs plays a crucial role in quantifying emphysematous lung regions caused by airway narrowing and alveolar surface damage. Emphysematous lung areas are defined as regions with low attenuation (< -950 HU), and the percentage of low-attenuation areas (LAA%) can be calculated. This cross-sectional descriptive study included 59 patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) diagnosed and treated at Hanoi Medical University Hospital from July 2024 to January 2025.

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Tiến Lưu

Email: doantienluu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 14.5.2025

Patients underwent pulmonary function testing (FEV1) and high-resolution computed tomography (HRCT) of the lungs. The LAA% was automatically measured using Ziosation software by Ziosoft. The severity of COPD was classified based on the LAA% (GODDARD scoring system) and FEV1 values (GOLD classification). The study results demonstrated a moderate correlation between the GODDARD score (classification based on LAA%) and the GOLD classification (based on pulmonary function FEV1), with $r=0.35$, which was statistically significant ($p=0.007$). These findings suggest that LAA% is a useful parameter for assessing pulmonary emphysema on HRCT imaging and can also serve as an indirect estimate of pulmonary function. **Keywords:** Emphysema, Chronic obstructive pulmonary disease, Quantitative computed tomography

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) là một vấn đề lớn trong sức khỏe cộng đồng vì tỷ lệ mắc bệnh và tỷ lệ tử vong cao tạo ra những thách thức to lớn cho các hệ thống chăm sóc sức khỏe¹. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) phổi phân giải cao cho phép phát hiện sớm khí phế thũng (KPT), được coi là phương pháp không xâm lấn để đánh giá các thay đổi bệnh lý KPT, cung cấp dữ liệu liên quan đến tình trạng phá hủy phổi nói chung, xác định các vị trí cụ thể trong phổi nơi bề mặt phế nang bị phá hủy. Trên hình ảnh CLVT phân giải cao, vùng phổi ứ khí là vùng phổi có tỷ trọng thấp < -950HU, tính tỷ lệ % vùng phổi có tỷ trọng thấp (LAA%). Như vậy, CLVT phân giải cao giúp định lượng tổng lượng KPT trong phổi thông qua việc tính LAA%, nếu tỷ lệ LAA% này tỷ lệ thuận với chức năng hô hấp thì LAA% có thể ước tính mức độ nghiêm trọng của bệnh, hỗ trợ trong việc theo dõi quá trình của bệnh và trong các nỗ lực ngăn ngừa sự tiến triển thêm của bệnh². Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: "Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm hình ảnh CLVT định lượng khí phế thũng và chỉ số đo chức năng hô hấp, giai đoạn bệnh ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang 59 bệnh nhân