

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH HỌC VÀ GIÁ TRỊ CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH NGỰC CÓ TIÊM THUỐC CẢN QUANG TRONG CHẨN ĐOÁN KHỐI U PHỔI NGHI NGỜ ÁC TÍNH TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỞU THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2024-2025

Nguyễn Vĩnh Phong^{1,2}, Bùi Ngọc Thuận¹, Nguyễn Thị Giao Hạ¹,
Võ Văn Kha², Huỳnh Thảo Luậ², Phù Trí Nghĩa¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư phổi là bệnh lý ác tính thường gặp với tỷ lệ mắc cao ở các quốc gia đang phát triển. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) có tiêm thuốc cản quang là kỹ thuật thường quy, hữu hiệu để sàng lọc các đối tượng nguy cơ cao. Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm hình ảnh học và tính giá trị của CLVT có tiêm thuốc cản quang trên bệnh nhân u phổi nghi ngờ ác tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu thực hiện trên 80 bệnh nhân có khối u phổi nghi ngờ ác tính đến khám và điều trị tại Bệnh viện Ung bướu Thành phố Cần Thơ. **Kết quả:** U phổi chủ yếu ở thùy trên phải (31,3%), thùy dưới trái (22,5%), thùy dưới phải (17,5%), với 93,8% ở ngoại vi. U đơn độc chiếm 91,3%, chủ yếu dạng đám mờ (76,3%) và đặc một phần (83,8%). Kích thước u >7 cm chiếm 37,5%, đường bờ đa thùy (52,5%) và tua gai (35%) chiếm ưu thế. Vôi hóa xuất hiện ở 95% trường hợp với chủ yếu dạng lệch tâm (35,5%). U ngấm thuốc mạnh (≥ 15 HU) chiếm 63,7%, có 17,5% trường hợp di căn hạch, tổn thương cơ kéo màng/rãnh liên thùy (55%), hoại tử (18,8%). Chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang cho thấy có đến 86,3% các trường hợp u phổi nghi ngờ ác tính với độ nhạy cao (93,5%), nhưng độ đặc hiệu rất thấp (23,5%) và độ chính xác ở mức trung bình (63,7%). **Kết luận:** CLVT có tiêm thuốc cản quang cho thấy độ nhạy cao trong sàng lọc u phổi nghi ngờ ác tính, tuy nhiên cần kết hợp phương pháp bổ sung như sinh thiết để cải thiện độ đặc hiệu và độ chính xác của cận lâm sàng này. **Từ khóa:** chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang, bệnh nhân u phổi, nghi ngờ ác tính.

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTICS AND DIAGNOSTIC VALUE OF CONTRAST-ENHANCED CHEST COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF SUSPECTED MALIGNANT LUNG TUMORS AT CAN THO ONCOLOGY HOSPITAL IN 2024-2025

Background: Lung cancer is a prevalent malignancy with a high incidence in developing countries. Contrast-enhanced computed tomography

(CT) is a routine and effective imaging technique for screening high-risk individuals. **Objective:** To describe the imaging characteristics and evaluate the diagnostic value of contrast-enhanced CT in patients with suspected malignant lung tumors. **Materials and methods:** A prospective descriptive study was conducted on 80 patients with suspected malignant lung tumors at Can Tho Oncology Hospital. **Results:** Lung tumors were predominantly located in the right upper lobe (31.3%), left lower lobe (22.5%), and right lower lobe (17.5%), with 93.8% in peripheral regions. Solitary tumors accounted for 91.3%, mostly presenting as ground-glass opacities (76.3%) and partially solid lesions (83.8%). Tumors >7 cm comprised 37.5%, with multilobulated (52.5%) and spiculated margins (35%) being predominant. Calcification was observed in 95% of cases, mainly eccentric (35.5%). Strong contrast enhancement (≥ 15 HU) occurred in 63.7% of cases, with lymph node metastasis in 17.5%, pleural/interlobar fissure retraction in 55%, and necrosis in 18.8%. Contrast-enhanced CT identified 86.3% of cases as suspicious for malignancy, with high sensitivity (93.5%) but low specificity (23.5%) and moderate accuracy (63.7%). **Conclusion:** Contrast-enhanced CT demonstrates high sensitivity in screening for suspected malignant lung tumors; however, supplementary methods such as biopsy are necessary to improve specificity and diagnostic accuracy. **Keywords:** contrast-enhanced computed tomography, lung tumor patients, suspected malignancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong do ung thư trên toàn cầu. Theo GLOBOCAN (2022), ung thư phổi ghi nhận 2,5 triệu ca mới (12,4% tổng ca ung thư) và 1,8 triệu ca tử vong (18,7%) [1]. Tại Việt Nam, Cơ quan Nghiên cứu Ung thư Quốc tế (2022) báo cáo có 24.426 ca mắc mới (13,5%) và 22.597 ca tử vong (18,8%), đứng thứ ba về tỷ lệ mắc, thứ hai về tử vong [2]. Các yếu tố nguy cơ chính bao gồm hút thuốc lá, khói thuốc thụ động, chất gây ung thư và di truyền [3].

Phát hiện sớm ung thư phổi giúp cải thiện tiên lượng và hiệu quả điều trị. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ngực có tiêm thuốc cản quang đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán khối u phổi nghi ngờ ác tính, với độ nhạy 85-93% và độ đặc hiệu 53-98%, tùy thuộc đặc điểm hình ảnh và kỹ thuật [4], [5]. Công nghệ CLVT tiên tiến cải thiện

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ,

²Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vĩnh Phong

Email: dr.vinhphong86@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.7.2025

Ngày duyệt bài: 26.8.2025

khả năng phát hiện khối u giai đoạn sớm, phân biệt tổn thương lành tính và ác tính [5], [6]. Khối u ác tính thường có tăng sinh mạch máu, tạo hình ảnh cản quang rõ nét hơn [7].

Mặc dù CLVT có tiêm thuốc cản quang được ứng dụng rộng rãi, nghiên cứu tại Cần Thơ còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu thực hiện nhằm mô tả đặc điểm hình ảnh học và đánh giá giá trị của CLVT có tiêm thuốc cản quang trong chẩn đoán khối u phổi nghi ngờ ác tính tại Bệnh viện Ung Bướu Cần Thơ năm 2024-2025. Kết quả nghiên cứu kỳ vọng định hướng phát triển quy trình kỹ thuật, nâng cao hiệu quả chẩn đoán cho nhóm nguy cơ cao.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân nghi ngờ ung thư phổi dựa trên triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và được chỉ định chụp CLVT ngực có cản quang trong thời gian từ tháng 4/2024 đến tháng 5/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn. Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, có đủ nhận thức và đồng ý tham gia nghiên cứu, đảm bảo các tiêu chí sau:

Triệu chứng lâm sàng nghi ngờ ung thư phổi: Ho kéo dài (>3 tuần), khó thở, ho ra máu, đau ngực, giảm cân không rõ nguyên nhân, mệt mỏi kéo dài.

Hình ảnh X-quang ngực bất thường: Phát hiện nốt phổi, khối u phổi, vùng mờ đục hoặc dày màng phổi.

Xét nghiệm cận lâm sàng hỗ trợ chẩn đoán: tăng chỉ số dấu ấn ung thư (CEA, NSE, CYFRA21-1,...). Kết quả tế bào học từ đờm, chọc hút phế quản (EBUS), hoặc các xét nghiệm liên quan.

Có chỉ định chụp CLVT ngực có cản quang với hình ảnh đạt chất lượng.

Chẩn đoán xác định: Ung thư phổi được xác nhận qua sinh thiết hoặc phẫu thuật cắt bỏ khối u.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Có tiền sử ung thư phổi đã điều trị.

Mắc bệnh lý khác gây triệu chứng tương tự ung thư phổi (viêm phổi, lao phổi, xẹp phổi, bệnh tim mạch, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính).

Chống chỉ định chụp CLVT ngực có cản quang (dị ứng thuốc cản quang, suy thận nặng, bệnh tim mạch nặng).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, tiến cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu: 80 bệnh nhân theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu chẩn đoán.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

2.2.4. Nội dung nghiên cứu. Đặc điểm

của bệnh nhân u phổi như tuổi, giới tính, kết quả giải phẫu bệnh, kết quả mô bệnh học.

Đặc điểm hình ảnh học của khối u trên CLVT gồm: vị trí, số lượng, hình dạng, đậm độ, kích thước, đường bờ, vôi hóa, ngấm thuốc cản quang, tổn thương xâm lấn.

Giá trị chụp CLVT được tính toán theo giá trị độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị tiên đoán dương tính, giá trị tiên đoán âm tính.

2.2.5. Phương pháp thu thập số liệu. Số liệu được thu thập thông qua hồ sơ bệnh án, thăm khám và hỏi bệnh, trích xuất kết quả hình ảnh học trên CLVT thông qua máy Máy chụp cắt lớp vi tính 32 lát hiệu Phillips tại Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Cần Thơ.

2.2.6. Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0.

Mô tả số lượng (n), tỷ lệ (%), trung bình (TB), độ lệch chuẩn (ĐLC) các đặc điểm chung của bệnh nhân, các đặc điểm hình ảnh học của khối u.

Tính độ nhạy, độ đặc hiệu, xác định ung thư phổi (UTP) dựa theo bảng 1 dưới đây:

Bảng 1. Bảng 2 x 2 trong đánh giá biện pháp chẩn đoán

Chẩn đoán trên cắt lớp vi tính	Giải phẫu bệnh		Tổng
	UTP	Không UTP	
UTP	a	c	a + c
Không UTP	b	d	b + d
Tổng	a + b	c + d	a + b + c + d

Trong đó:

$$\text{Độ nhạy (Se)} = \frac{a}{a+c} \times 100$$

$$\text{Độ đặc hiệu (Sp)} = \frac{d}{b+d} \times 100$$

$$\text{Độ chính xác (Acc)} = \frac{d+a}{a+b+c+d} \times 100$$

$$\text{Giá trị tiên đoán dương tính (PPV)} = \frac{a}{a+b} \times 100$$

$$\text{Giá trị tiên đoán âm tính (NPV)} = \frac{d}{d+c} \times 100$$

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua, với số phê duyệt 24.357.HV/PCT-HĐĐĐ. Tất cả bệnh nhân được giải thích kỹ về mục tiêu và nội dung nghiên cứu để tự nguyện đồng ý tham gia và được đảm bảo bí mật thông tin.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân u phổi

Bảng 2. Một số đặc điểm bệnh nhân u phổi (n=80)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<30	3	3,7

TB±ĐLC: 64,4±12,1 Khoảng giá trị: 22-87	30-39	4	5,0
	40-59	12	15,0
	≥60	61	76,2
Giới	Nam	57	71,3
	Nữ	23	28,7
Kết quả giải phẫu bệnh	Lành tính	34	42,5
	Ác tính	46	57,5
Loại type mô bệnh học	Carcinom tuyến	34	42,5
	Carcinom tế bào gai	8	10,0
	Carcinom sarcoma	3	3,75
	Carcinom thần kinh nội tiết	2	2,5
	Lao	6	7,5
	Mô viêm mạn	6	7,5
	Không thấy tế bào ác tính	21	26,25

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 64,4±12,1, với nhóm ≥60 tuổi chiếm 76,2%. 71,3% bệnh nhân là nam giới. Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy có 57,5% trường hợp u phổi là ác tính với carcinom tuyến chiếm đến 42,5%. Trong nhóm lành tính, lao và mô viêm mạn cùng chiếm 7,5%.

3.2. Đặc điểm hình ảnh học của khối u trên cắt lớp vi tính

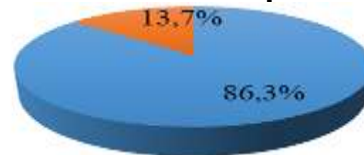
Bảng 3. Đặc điểm hình ảnh học của khối u trên cắt lớp vi tính (n=80)

Đặc điểm khối u		n (%)
Vị trí	Thùy trên phải	25 (31,3)
	Thùy giữa phải	11 (13,8)
	Thùy dưới phải	14 (17,5)
	Thùy trên trái	12 (15,0)
	Thùy dưới trái	18 (22,5)
	Trung tâm	5 (6,2)
	Ngoại vi	75 (93,8)
Số lượng	Đơn độc	73 (91,3)
	Nhiều u	7 (8,7)
Hình dạng	Dạng nốt	4 (5,0)
	Khối mỡ	7 (8,7)
	Đám mờ	61 (76,3)
	Dạng hang	8 (10,0)
Đậm độ	Dạng đặc hoàn toàn	7 (8,7)
	Dạng đặc một phần	67 (83,8)
	Dạng kính mờ	6 (7,5)
Kích thước	≤3cm	6 (7,5)
	>3cm đến ≤5cm	20 (25)
	>5cm đến ≤7cm	24 (30)
	>7cm	30 (37,5)
Đường bờ	Bờ tròn đều	1 (1,2)
	Bờ đa thùy	42 (52,5)
	Bờ không đều	9 (11,3)
	Bờ tua gai	28 (35,0)
Vôi hóa	Không vôi hoá	4 (5,0)
	Có vôi hoá	76 (95,0)

	Toàn bộ tổn thương	0 (0)
	Trung tâm	17 (22,4)
	Nhiều lớp	20 (26,3)
	Bắp rang	5 (6,6)
	Lệch tâm	27 (35,5)
	Lốm đốm	7 (9,2)
Ngấm thuốc cản quang	Mạnh ≥15HU	51 (63,7)
	Kém <15HU	29 (36,3)
Tổn thương xâm lấn	Xâm lấn thành ngực	6 (7,5)
	Xâm lấn trung thất	9 (11,3)
	Di căn hạch	14 (17,5)
	Dấu hiệu phế quản khí	1 (1,3)
	Co kéo màng phổi/rãnh liên thùy	44 (55,0)
	Hoại tử	15 (18,8)

Khối u thường nằm ở thùy trên phải (31,3%), thùy dưới trái (22,5), thùy dưới phải (17,5%) và chủ yếu ở ngoại vi chiếm 93,8%. U đơn độc chiếm 91,3%, về hình dạng: đám mờ chiếm đến 76,3%, về đậm độ: dạng đặc một phần chiếm cao 83,8%. Về kích thước: u to >7cm chiếm 37,5%, kể đến là >5 đến ≤7 cm chiếm 30%. Về đường bờ: bờ đa thùy (52,5%) và bờ tua gai (35%). Có 95% trường hợp u bị vôi hóa với dạng lệch tâm (35,5%) và 63,7% ngấm thuốc cản quang mạnh (≥15 HU). Về tổn thương xâm lấn: 55% co kéo màng/rãnh liên thùy, 18,8% tổn thương hoại tử, 17,5% di căn hạch, 11,3% xâm lấn trung thất và 7,5% xâm lấn thành ngực, chỉ 1,3% có dấu hiệu phế quản khí.

3.3. Kết quả chẩn đoán u phổi nghi ngờ ác tính trên hình ảnh cắt lớp vi tính



Biểu đồ 1. Kết quả chẩn đoán u phổi trên hình ảnh cắt lớp vi tính (n=80)

Có 86,3% các trường hợp u phổi nghi ngờ ác tính có kết quả chẩn đoán trên hình ảnh CLVT là nghi ngờ UTP.

3.4. Giá trị của hình ảnh CLVT trong chẩn đoán khối u phổi nghi ngờ ác tính

Bảng 4. Giá trị của hình ảnh CLVT trong chẩn đoán khối u phổi nghi ngờ ác tính (n=80)

Chẩn đoán trên cắt lớp vi tính	Kết quả giải phẫu bệnh		Tổng
	Ác tính	Lành tính	
Nghi ngờ ung thư phổi	43	26	69

Nghi không phải ung thư phổi	3	8	11
Tổng cộng	46	34	80
Độ nhạy		93,5%	
Độ đặc hiệu		23,5%	
Giá trị tiên đoán dương tính		62,3%	
Giá trị tiên đoán âm tính		72,7%	
Độ chính xác		63,7%	

Đối với các trường hợp u phổi nghi ngờ ác tính, CLVT có độ nhạy cao (93,5%), tuy nhiên độ đặc hiệu rất thấp (23,5%), giá trị tiên đoán dương tính (62,3%), giá trị tiên đoán âm tính (72,7%), độ chính xác ở mức trên trung bình (63,7%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân có tuổi trung bình $64,4 \pm 12,1$, với 76,2% ≥ 60 tuổi và 71,3% nam giới, tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Văn Lương (2023) (40,6% ≥ 60 tuổi, 64,85% nam) [6]. Tỷ lệ nam giới cao liên quan đến hút thuốc lá, một yếu tố nguy cơ chính của ung thư phổi tại Việt Nam [3]. Nhóm tuổi ≥ 60 phản ánh xu hướng bệnh tăng ở người lớn tuổi do tiếp xúc lâu dài với tác nhân gây ung thư.

Kết quả giải phẫu bệnh ghi nhận 57,5% u phổi ác tính, chủ yếu là carcinom tuyến (42,5%), phù hợp với nghiên cứu của Phạm Công Tú (2023) [8]. Trong nhóm lành tính, lao và viêm mạn mỗi loại chiếm 7,5%, từng ghi nhận trong nghiên cứu của Nguyễn Tiến Dũng (2020) [9]. Tỷ lệ lao và viêm mạn cao đặt ra thách thức trong phân biệt u ác tính và lành tính, đặc biệt ở Việt Nam, nơi bệnh lao phổ biến.

4.2. Đặc điểm hình ảnh học của chụp cắt lớp vi tính ở bệnh nhân u phổi nghi ngờ ác tính. Khối u phổi chủ yếu nằm ở thùy trên phải (31,3%), thùy dưới trái (22,5%), thùy dưới phải (17,5%), với 93,8% ở ngoại vi và 91,3% là u đơn độc, tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Văn Lương (2023) và Nguyễn Tiến Dũng (2020) [6], [9]. Vị trí ngoại vi liên quan đến nguồn gốc từ biểu mô phế quản ngoại biên, đặc biệt ở carcinom tuyến [10]. U đơn độc dễ đánh giá trên CLVT, nhưng các nốt nhỏ hoặc đa tổn thương có thể là dấu hiệu di căn hoặc bệnh lý lành tính như lao, đòi hỏi phân tích cẩn thận.

Hình dạng khối u chủ yếu là đám mờ (76,3%), với đậm độ đặc một phần (83,8%), khác biệt so với Hoàng Văn Lương và Phạm Công Tú [6], [8]. Đám mờ và đậm độ đặc một phần thường gặp ở u ác tính, nhưng cũng xuất hiện ở tổn thương viêm hoặc lao, cần kết hợp sinh thiết [4]. CLVT liều thấp giúp giảm tia xạ cho bệnh nhân theo dõi dài hạn.

Kích thước u $>7\text{cm}$ chiếm 37,5%, >5 đến

$\leq 7\text{cm}$ chiếm 30%, tương tự Đào Thị Cẩm Giang (2024) [10]. U lớn hơn 7cm thường có nguy cơ ác tính cao do tăng trưởng không kiểm soát [5]. Đường bờ đa thùy (52,5%) và tua gai (35%) là dấu hiệu đặc trưng của u ác tính, phản ánh xâm lấn mô xung quanh [6], [10].

Vôi hóa xuất hiện ở 95% trường hợp, với dạng lệch tâm (35,5%), nhiều lớp (26,3%), và trung tâm (22,4%), cao hơn Nguyễn Tiến Dũng (2020) [9]. Vôi hóa lệch tâm và nhiều lớp liên quan đến u ác tính, trong khi vôi hóa trung tâm thường gặp ở tổn thương lành tính như lao [4]. Ngấm thuốc cản quang ≥ 15 HU chiếm 63,7%, thấp hơn Hoàng Văn Lương (2023) và Đào Thị Cẩm Giang (2024) [6], [10], nhưng là dấu hiệu quan trọng của u ác tính do tăng sinh mạch máu.

Tổn thương xâm lấn bao gồm di căn hạch (17,5%), co kéo màng/rãnh liên thùy (55%), hoại tử (18,8%), xâm lấn trung thất (11,3%) và xâm lấn thành ngực (7,5%). Tỷ lệ di căn hạch thấp hơn Đào Thị Cẩm Giang (2024) [10]. Co kéo màng phổi và hoại tử là dấu hiệu quan trọng của u ác tính [5].

4.3. Kết quả chẩn đoán và giá trị của chụp cắt lớp vi tính ở bệnh nhân u phổi nghi ngờ ác tính. Nghiên cứu ghi nhận nhận thấy 86,3% trường hợp gặp u phổi nghi ngờ ác tính được CLVT đánh giá là nghi ngờ ung thư phổi (UTP), với độ nhạy cao (93,7%), tương đồng với các nghiên cứu trước [6], [9], [10]. Tuy nhiên, độ đặc hiệu (23,6%) và độ chính xác (63,7%) thấp hơn so với Hoàng Văn Lương và Đào Thị Cẩm Giang [6], [10]. Giá trị tiên đoán dương tính (62,3%) và âm tính (72,7%) ở mức trung bình, cho thấy CLVT hiệu quả trong phát hiện u ác tính nhưng hạn chế trong loại trừ u lành tính, có thể do tỷ lệ tổn thương lành tính như lao, viêm mạn cao ở Việt Nam [10]. Tỷ lệ 86,3% nghi ngờ UTP trên CLVT nhấn mạnh vai trò của CLVT trong xác định tổn thương cần can thiệp, nhưng cần bổ sung phương pháp để cải thiện độ đặc hiệu. Đề xuất hướng nghiên cứu tương lai bao gồm ứng dụng CLVT liều thấp trong sàng lọc quy mô lớn [9], tích hợp PET/CT và trí tuệ nhân tạo để giảm dương tính giả, hoặc xây dựng quy trình chuẩn đoán chuẩn hóa với sinh thiết mô bệnh học bắt buộc cho ca nghi ngờ ác tính cao, nhằm nâng cao độ chính xác và hỗ trợ điều trị cá thể hóa.

V. KẾT LUẬN

Chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang là công cụ quan trọng trong chẩn đoán u phổi nghi ngờ ác tính, đạt độ nhạy cao (93,5%) nhưng độ đặc hiệu thấp (23,5%). Các dấu hiệu hình ảnh như

bờ tua gai, vô hóa lệch tâm và ngấm thuốc cản quang mạnh gợi ý u ác tính. Để nâng cao hiệu quả chẩn đoán, cần tích hợp công nghệ tiên tiến như CLVT liều thấp, PET/CT hoặc trí tuệ nhân tạo, đồng thời thực hiện sinh thiết mô bệnh học bắt buộc cho các ca nghi ngờ ác tính. Những cải tiến này sẽ tăng độ đặc hiệu, hỗ trợ phát hiện sớm và cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân ung thư phổi, đặc biệt ở nhóm nguy cơ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F., Laversanne M., Sung H., et al.** (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 74 (3), pp. 229-263. <https://doi.org/10.3322/caac.21834>
2. **International Agency for Research on Cancer (IARC)** (2022). Global Cancer Observatory - Vietnam Population fact sheets. <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/fact-sheets/populations/704-viet-nam-fact-sheet.pdf>
3. **Thuy Phuong Nguyen et al.** (2020). Attributable Causes of Cancer in Vietnam. JCO Glob Oncol 6, 195-204. Doi:10.1200/JGO.19.00239
4. **Harders, S., Madsen, H., Hjorthaug, K., Arveschoug, A., Rasmussen, T., Meldgaard, P.,... & Rasmussen, F.** (2012). Characterization of pulmonary lesions in patients with suspected lung cancer: computed tomography versus [18F]fluorodeoxyglucose-positron emission tomography/ computed tomography. Cancer Imaging, 12(3), 437-446. <https://doi.org/10.1102/1470-7330.2012.0035>
5. **Li, X., Zheng, X., Zhang, T., Dong, X., & Su, J.** (2022). Clinical evaluation of contrast-enhanced ct combined with pet/ct in diagnosis of mediastinal lymph node metastasis of non-small-cell lung cancer. Pakistan Journal of Medical Sciences, 38(5). <https://doi.org/10.12669/pjms.38.5.5528>
6. **Hoàng Văn Lương** (2023), Vai trò chụp cắt lớp vi tính pha muộn trong đánh giá nốt phổi đơn độc ở bệnh nhân điều trị phẫu thuật. Tạp chí Y Dược lâm sàng 108, 18 (7). doi: <https://doi.org/10.52389/ydls.v18i7.2065>
7. **Jang, H., Bae, K., Lee, T., Lim, S., & Bang, M.** (2025). Contrast-enhanced chest computed tomography for in-breast recurrence detection: clinical and imaging predictors of visibility. Diagnostics, 15(4), 407. <https://doi.org/10.3390/diagnostics15040407>
8. **Phạm Công Tú, Lê Thị Mỹ Linh, Trần Nguyễn Cát Tường và cộng sự** (2024). Đặc điểm hình ảnh X quang và cắt lớp vi tính ngực bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ. Tạp chí Y học Việt Nam, 534(1B). <https://doi.org/10.51298/vmj.v534i1B.8230>
9. **Nguyễn Tiên Dũng** (2020). "Nghiên cứu kết quả sàng lọc phát hiện ung thư phổi ở đối tượng trên 60 tuổi có yếu tố nguy cơ bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp". Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội. Truy cập vào <https://sdh.hmu.edu.vn/images/TVLA%20NGUYENTIENDUNG.pdf>
10. **Đào Thị Cẩm Giang, Lại Văn Nông, Phạm Thị Anh Thư và cộng sự** (2024). Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán ung thư phổi nguyên phát tại Bệnh viện Ung Bướu Cần Thơ năm 2022-2024. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 76, 42-47. <https://doi.org/10.58490/ctump.2024i76.2625>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 CÓ HẸP ĐỘNG MẠCH VÀNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2024 – 2025

Lưu Minh Kiệt¹, Ngô Văn Truyền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh động mạch chi dưới là biểu hiện chính của bệnh mạch máu ngoại biên đặc trưng bởi tình trạng xơ vữa mạch máu hệ thống liên quan đến các mạch máu ngoại vi, do đó liên quan đến tăng nguy cơ mắc các bệnh lý tim mạch, đặc biệt là bệnh mạch vành. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh động mạch chi dưới và các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân đái

tháo đường típ 2 có hẹp động mạch vành. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 49 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có hẹp mạch vành được đo chỉ số huyết áp tâm thu cổ chân – cánh tay (chỉ số ABI) trước và sau điều trị tại khoa tim mạch can thiệp bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần thơ từ tháng 11/2024 đến 04/2025. **Kết quả:** Các bệnh nhân có độ tuổi trung bình $67,06 \pm 9,53$, trong đó nhóm ≥ 60 tuổi chiếm đa số (73,47%). Có sự khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,05$) về chỉ số ABI giữa 2 nhóm < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi, trong đó nhóm ≥ 60 tuổi có chỉ số ABI thấp hơn. Nghiên cứu cũng cho thấy chỉ số ABI thấp hơn ở nhóm chi có tổn thương nhiều mạch máu so với nhóm chi tổn thương ít mạch máu hơn ($p < 0,05$). Có sự cải thiện đáng kể về chỉ số ABI và phân loại Fontaine trước và sau điều trị. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu này khẳng định vai trò

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
Chịu trách nhiệm chính: Lưu Minh Kiệt
Email: luuminhkiet1998@gmail.com
Ngày nhận bài: 23.6.2025
Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025
Ngày duyệt bài: 25.8.2025