

- hoc Việt Nam năm 2022 ở người bệnh suy tim phân suất tổng máu giảm sau 6 tháng khởi tri tại bệnh viện Triều AN năm 2023-2024. Tạp Chí Y học Việt Nam, 2024, 543(1).
- Paul A Heidenreich et al.**, 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, 2022, 145: e895-e1032.
  - Wanish Suksatan, Tankumpuan, and Davidson**, Heart Failure Caregiver Burden and Outcomes: A Systematic Review. *J Prim Care Community Health*, 2022, 13: p. 21501319221112584. doi:10.1177/21501319221112584
  - Nguyễn Ngọc Bích**, Chất lượng cuộc sống của người bệnh Alzheimer, người chăm sóc và đánh giá hiệu quả của một số biện pháp can thiệp không dùng thuốc. Luận án tiến sĩ. Viện vệ sinh Dịch tễ Trung ương, 2014.
  - Phạm Thị Bích Ngọc**. Gánh nặng chăm sóc người mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính của người chăm sóc tại bệnh viện phổi tỉnh Nam Định. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2023, 527(2).
  - Filiz Dirikkan, Leyla Bayn Arabaci, Ece Mutlu**, The caregiver burden and the psychosocial adjustment of caregivers of cardiac failure patients. *Turk Kardiyol Dern Ars*, 2018, 46(8): p. 692-701.
  - Chulin Zhao et al** (2024), Predictors of quality of life in primary caregivers of patients with heart failure: A model of health literacy and caregiving burden. *Heart Lung*, 2024, 65,p.78-83.
  - Yasemin Dogan, Humeyra Aslaner**, Evaluation of caregiver burdens of caregivers to individuals with chronic heart failure. *Journal of Contemporary Medicine*, 2023, 13(5): p. 849-854.

## SỰ PHÙ HỢP GIỮA PHÂN LOẠI LUNG-RADS VÀ KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH Ở BỆNH NHÂN CÓ TỔN THƯƠNG NỐT PHỔI ĐƠN ĐỘC TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH

Hà Thị Quỳnh<sup>1</sup>, Lê Duy Dũng<sup>2</sup>, Lê Phong Thu<sup>1</sup>,  
Trần Phan Ninh<sup>1,3</sup>, Tống Thị Thu Hằng<sup>2</sup>, Phạm Minh Chí<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh tổn thương nốt phổi đơn độc trên cắt lớp vi tính và đánh giá sự phù hợp giữa phân loại Lung-RADS với kết quả giải phẫu bệnh ở đối tượng nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 52 bệnh nhân có nốt phổi đơn độc trên cắt lớp vi tính lồng ngực và có kết quả giải phẫu bệnh. **Kết quả:** Nốt phổi thường gặp thùy trên phổi phải, chiếm 42,3%; nốt đặc chiếm 90,4%, nốt bán đặc chiếm 9,6%, không có nốt kính mờ; kích thước nốt trung bình 20,40± 5,4mm; tất cả các nốt đều được phân loại Lung-RADS 4 trong đó Lung-RADS 4X chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 59,6%; mô bệnh học ác tính và lành tính lần lượt 82,7% và 17,3%; ung thư biểu mô tuyến chiếm tỉ lệ cao nhất với 73,1%. Xác suất tổn thương ác tính tăng theo phân độ Lung-RADS. Lung-RADS 4X có khả năng ác tính gấp 29 lần so với Lung-RADS 4A (p < 0,05), Lung-RADS 4B có khả năng ác tính gấp 8 lần so với Lung-RADS 4A (p > 0,05) **Kết luận:** Phân loại Lung-RADS có khả năng dự báo hợp lý kết quả giải phẫu bệnh ở bệnh nhân có tổn thương nốt phổi đơn độc.

**Từ khóa:** Cắt lớp vi tính lồng ngực, nốt phổi đơn độc, Lung-RADS

### SUMMARY

#### CORRELATION BETWEEN LUNG-RADS CLASSIFICATION AND HISTOPATHOLOGICAL RESULTS IN PATIENTS WITH SOLITARY PULMONARY NODULES DETECTED ON CHEST COMPUTED TOMOGRAPHY

**Objective:** To describe the imaging characteristics of solitary pulmonary nodules and to assess the agreement between Lung-RADS classification and histopathology. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 52 patients with solitary pulmonary nodules detected on Chest CT, all of whom underwent histopathological confirmation. **Results:** Solitary pulmonary nodules were most commonly located in the right upper lobe (42,3%). Solid nodules accounted for 90,4%, while part solid nodules accounted for 9,6%. The mean size of the nodules was 20.4± 5.4mm. All nodules were classified as Lung-RADS 4, with the 4X subcategory being the most common (59,6%). Malignant lesions were more common than benign (82,7% vs 17,3%). Adenocarcinoma accounted for the highest proportion among malignant lesions (73,1%). The probability of malignancy of pulmonary nodules increased progressively with Lung-RADS category. Lung-RADS 4X nodules had a 29-fold higher odds of malignancy compared with Lung-RADS 4A (p < 0.05), whereas Lung-RADS 4B nodules had an 8-fold increased odds of malignancy compared with Lung-RADS 4A, a

<sup>1</sup>Trường Đại học Y-Dược, Đại học Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

<sup>3</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Duy Dũng

Email: drdungcdha108@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

difference that did not reach statistical significance ( $p > 0.05$ ). **Conclusion:** Lung-RADS classification has a reasonable ability to predict histopathological outcomes in patients with solitary pulmonary nodules.

**Keywords:** chest computed tomography, solitary pulmonary nodules, Lung-RADS

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương nốt phổi được định nghĩa là những tổn thương khu trú có đường kính nhỏ hơn hoặc bằng 3cm trên X- quang ngực hoặc cắt lớp vi tính lồng ngực, được bao bọc xung quanh bởi nhu mô phổi lành, không kèm tổn thương xẹp mô phổi xung quanh. Với các tổn thương lành tính gặp đến 80% là các u hạt do nhiễm trùng, với tổn thương ác tính hay gặp nhất là ung thư biểu mô tuyến phổi.

Hiện nay có nhiều phương pháp được lựa chọn để chẩn đoán sớm, tầm soát các tổn thương nốt phổi, trong đó chụp cắt lớp vi tính là lựa chọn được ưu tiên hàng đầu. Với sự hỗ trợ của các hệ thống phân loại nguy cơ ác tính của tổn thương nốt phổi, đã giúp cho các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh và các nhà lâm sàng dễ dàng hơn trong việc chẩn đoán, quản lý tổn thương. Trong đó hệ thống phân loại Lung-RADS (Lung Imaging reporting and Data System) do Hiệp hội điện quang Hoa Kỳ (American College of Radiology - ACR)<sup>1</sup> thiết lập được sử dụng phổ biến nhất, với ưu điểm dễ sử dụng và tính ứng dụng cao trong thực hành lâm sàng.

Trên thế giới và ở cả Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về giá trị của bảng phân loại Lung-RADS trong đánh giá nguy cơ ác tính của các tổn thương nốt phổi cũng như đưa ra chiến lược xử trí cho bệnh nhân. Tại Việt Nam bảng phân loại này nhận được sự đồng thuận cao của các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh trong đánh giá tổn thương nốt phổi, để làm nổi bật lên được sự chính xác cũng như ưu điểm của bảng phân loại Lung-RADS chúng ta cần đánh giá sự phù hợp giữa phân loại Lung-RADS và kết quả giải phẫu bệnh tổn thương nốt phổi. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu mô tả đặc điểm hình ảnh tổn thương nốt phổi đơn độc trên cắt lớp vi tính; đánh giá sự phù hợp giữa phân loại Lung-RADS và kết quả giải phẫu bệnh ở đối tượng nghiên cứu.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu:** 52 bệnh nhân tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 có tổn thương nốt phổi đơn độc trên cắt lớp vi tính và có kết quả giải phẫu bệnh sau khi bệnh nhân được sinh thiết hoặc phẫu thuật.

### **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi, đồng ý tham gia

nghiên cứu.

- Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính lồng ngực phát hiện nốt mờ đơn độc tại phổi và được phân loại theo Lung-RADS 2022.

- Không có tổn thương ung thư nguyên phát tại các cơ quan khác.

- Có kết quả mô bệnh học qua sinh thiết hoặc phẫu thuật.

- Có hồ sơ đầy đủ thông tin về lâm sàng và cận lâm sàng.

### **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân có tiền sử điều trị hoặc đã được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học trước đó.

**2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** từ tháng 7 năm 2024 đến tháng 6 năm 2025 tại khoa C8A- Xquang chẩn đoán, Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

### **2.3 Phương pháp nghiên cứu**

#### **2.3.1. Thiết kế nghiên cứu**

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Thu thập số liệu: hồi cứu và tiền cứu.

#### **2.3.2. Cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

**2.4. Quy trình kỹ thuật.** Chụp cắt lớp vi tính lồng ngực liều tiêu chuẩn trên hệ thống máy đa dãy ( $\geq 16$  dãy), với điện thế ống tia X 100–120 kVp và dòng điện 120–250 mAs có điều chỉnh tự động liều theo thể trạng bệnh nhân. Pitch được cài đặt trong khoảng 1–1,5. Lát cắt thu nhận ban đầu có độ dày 5 mm, sau đó được tái tạo lại về các lát mỏng 1,25 mm để phân tích chi tiết nhu mô phổi và cấu trúc trung thất. Ma trận ảnh sử dụng chuẩn 512  $\times$  512, trường khảo sát (FOV) bao phủ toàn bộ lồng ngực từ đỉnh phổi đến ngang mức tuyến thượng thận. Trong các trường hợp có chỉ định tiêm thuốc cản quang, thuốc cản quang không ion hoá có nồng độ 300mg/ml, Xenetic 300mgI/ml, Omnipaque 300mgI/ml. Liều cản quang 1,5ml/kg cân nặng, tiêm với tốc độ 5ml/s bằng bơm tiêm điện. Chụp pha tĩnh mạch (50–70 giây sau tiêm) áp dụng để khảo sát nốt phổi và cấu trúc trung thất.

**2.5. Xử lý số liệu.** Số liệu được thu thập và xử lý bằng phương pháp thống kê y học với phần mềm SPSS 26.0 (Statistical Package for the Social Sciences).

**2.6. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu của chúng tôi đã được thông qua hội đồng đạo đức, tất cả hoạt động tiến hành trong nghiên cứu này đều tuân thủ quy định và nguyên tắc chuẩn mực về đạo đức nghiên cứu y sinh học của Việt Nam và quốc tế.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 7 năm 2024 đến tháng 6 năm 2025, có 52 bệnh nhân đạt đủ các

tiêu chí lựa chọn và được đưa vào nghiên cứu.

**3.1. Đặc điểm chung.** Độ tuổi trung bình 64,29, bệnh nhân trẻ nhất 34 tuổi, lớn nhất 84 tuổi. Trong đó có 34 nam chiếm tỷ lệ 65,4% và 18 nữ chiếm tỷ lệ 34,6%.

**3.2. Đặc điểm hình ảnh nốt phổi đơn độc trên cắt lớp vi tính**

**3.2.1. Vị trí nốt phổi trên CLVT lồng ngực**

**Bảng 3.1. Phân bố nốt phổi**

| Phân bố     | Phân thù       | Số lượng | Tỷ lệ % |
|-------------|----------------|----------|---------|
| Phổi phải   | Thùy trên phải | 22       | 42,3    |
|             | Thùy giữa phải | 2        | 3,8     |
|             | Thùy dưới phải | 13       | 25,0    |
| Phổi trái   | Thùy trên trái | 12       | 23,1    |
|             | Thùy dưới trái | 3        | 5,8     |
| <b>Tổng</b> |                | 52       | 100     |

Vị trí nốt mờ chủ yếu ở thùy trên hai phổi và thùy dưới phổi phải, ưu thế thùy trên phổi phải chiếm tỷ lệ 42,3%, vị trí ít gặp nhất là thùy giữa phổi phải với tỷ lệ 3,8%.

**3.2.2. Kích thước tổn thương.** Kích thước của nốt được đo theo hướng dẫn của Lung-RADS: đo kích thước trên cửa sổ nhu mô, có thể đo kích thước trên 2D hoặc đo thể tích nốt trên 3D. Đo trên 2D kích thước nốt sẽ được tính trung bình của trục dài (kích thước lớn nhất) và trục ngắn vuông góc trên cùng một mặt phẳng, bất kỳ đó là axial, coronal hay sagittal, báo cáo đường kính trung bình nốt đến một chữ số thập phân. Trong trường hợp nốt bán đặc thì phần đặc của nốt phổi cũng phải được đo riêng theo nguyên tắc trung bình nêu trên.

**Bảng 3.2. Kích thước nốt phổi**

| Đặc điểm hình ảnh | Số lượng                   | Tỷ lệ %  |
|-------------------|----------------------------|----------|
|                   |                            |          |
| <15mm             | 12                         | 23,1     |
| <b>Tổng</b>       | 52                         | 100      |
| Kích thước nốt    | Trung bình ± độ lệch chuẩn | 20±5,4mm |
|                   | Nhỏ nhất                   | 10,5mm   |
|                   | Lớn nhất                   | 29,8mm   |

Kích thước nốt trung bình 20,40± 5,4mm, nốt nhỏ nhất 10,5mm, nốt lớn nhất 29,8mm, các nốt thuộc nhóm ≥ 15mm chiếm ưu thế với tỷ lệ 76,9%.

**3.2.3. Đặc điểm đậm độ của nốt**

**Bảng 3.3 Đậm độ nốt phổi**

| Đặc điểm hình ảnh | Số lượng | Tỷ lệ % |      |
|-------------------|----------|---------|------|
| <b>Đậm độ</b>     | Đặc      | 47      | 90,6 |
|                   | Bán đặc  | 5       | 9,4  |

Nốt đặc chiếm tỷ lệ cao nhất trong mẫu nghiên cứu 90,6%, nốt bán đặc 9,4%, không có nốt kính mờ.

**3.2.4. Đặc điểm đường bờ, hạch vùng**

**Bảng 3.4. Đặc điểm đường bờ, hạch vùng**

| Đặc điểm hình ảnh | Số lượng          | Tỷ lệ % |      |
|-------------------|-------------------|---------|------|
| <b>Đường bờ</b>   | Trơn láng/đều     | 4       | 7,7  |
|                   | Không đều/tua gai | 27      | 51,9 |
|                   | Không đều/Đa cung | 21      | 40,4 |
| <b>Hạch vùng</b>  | Không có          | 40      | 76,9 |
|                   | Có hạch vùng      | 12      | 23,1 |

Nốt mờ có dạng bờ tua gai và bờ đa cung chiếm tỷ lệ cao trong mẫu nghiên cứu (51,9% và 40,4%), nốt mờ bờ đều chiếm tỷ lệ thấp 7,7%. Đa số các nốt không kèm hạch vùng (40 nốt chiếm 76,9%).

**3.2.5. Phân loại nốt phổi theo Lung-RADS 2022**

**Bảng 3.5. Phân loại nốt phổi theo Lung-RADS 2022**

| Phân loại Lung-RADS | Số lượng | Tỷ lệ % |
|---------------------|----------|---------|
| Lung-RADS 4A        | 6        | 11,5    |
| Lung-RADS 4B        | 15       | 28,8    |
| Lung-RADS 4X        | 31       | 59,6    |
| <b>Tổng</b>         | 52       | 100     |

Phân loại Lung-RADS 4X chiếm tỷ lệ cao nhất với 59,6% tiếp theo là Lung-RADS 4B 28,8% và Lung-RADS 4A thấp nhất với 11,5%.

**3.3. Kết quả giải phẫu bệnh tổn thương nốt phổi.** Tổng 43 nốt ác tính chiếm 82,7% trong đó ung thư biểu mô tuyến 38 nốt (73,1%), ung thư biểu mô tế bào lớn và ung thư biểu mô tế bào nhỏ mỗi loại 02 nốt (3,8%), ung thư biểu mô vảy không sừng hóa 01 nốt (1,9%).

Nốt lành tính có 09 nốt (17,3%), trong đó hướng đến tổn thương do nấm 02 nốt (3,8%), tổn thương viêm mạn tính 03 nốt (5,7%), viêm hạt 02 nốt (3,8%), tổ chức hoại tử và dày thành phế nang mỗi loại có 01 nốt (1,9%).

**3.4. Sự phù hợp giữa phân loại Lung-RADS và kết quả giải phẫu bệnh**

**Bảng 3.6. Sự phù hợp giữa phân loại Lung-RADS và kết quả giải phẫu bệnh**

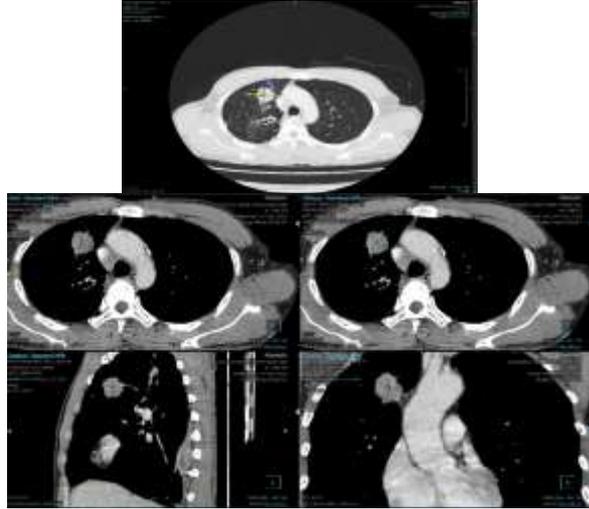
| Phân loại Lung-RADS | Phân nhóm lành/ác tính |      | Lành tính |      | p     |
|---------------------|------------------------|------|-----------|------|-------|
|                     | n                      | %    | n         | %    |       |
| 4A                  | 2                      | 4,7  | 4         | 44,4 | <0,05 |
| 4B                  | 12                     | 27,9 | 3         | 33,3 |       |
| 4X                  | 29                     | 67,4 | 2         | 22,3 |       |
| <b>Tổng</b>         | 43                     | 100  | 9         | 100  |       |

Các nốt phân loại Lung-RADS 4X có tỷ lệ ác tính cao nhất với 29 nốt chiếm 67,4%, tiếp đến là Lung-RADS 4B với 12 nốt chiếm 27,9% và Lung-RADS 4A với 2 nốt chiếm 4,7%.

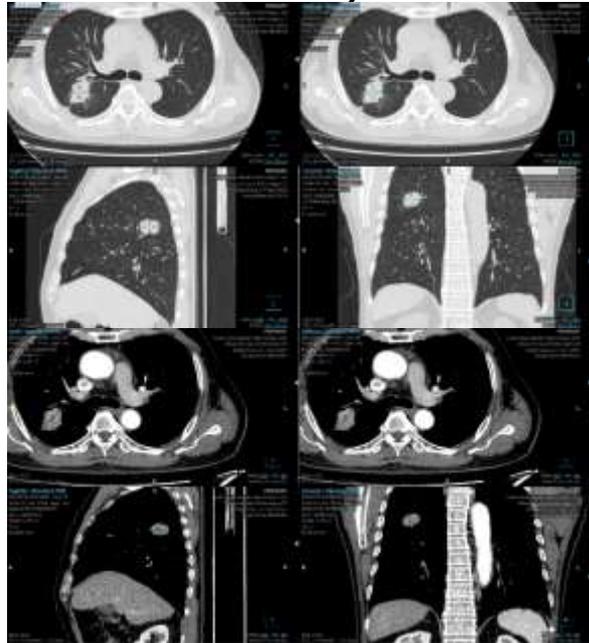
Sử dụng hồi quy Logistic đánh giá sự phù hợp giữa phân loại Lung-RADS và kết quả giải phẫu bệnh cho kết quả phân loại Lung-RADS có

mối tương quan với kết quả giải phẫu bệnh, có ý nghĩa trong việc chẩn đoán tính chất ác tính hay lành tính của nốt phổi. Đặc biệt phân loại Lung-RADS 4X có khả năng ác tính gấp 29 lần so với Lung-RADS 4A ( $p < 0,05$ ), Lung-RADS 4B có khả năng ác tính gấp 8 lần so với Lung-RADS 4A ( $p > 0,05$ ).

**3.5. Hình ảnh minh họa**



**Bệnh nhân 1: Bệnh nhân nam, Đối Sỹ Ng, 74 tuổi, nốt thùy trên phổi phải được phân loại Lung-RADS 4X, mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến**



**Bệnh nhân 2: Bệnh nhân nam, Nguyễn Văn V, 71 tuổi, nốt thùy trên phổi phải được phân loại Lung-RADS 4X, mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến**

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm chung.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam giới mắc bệnh cao hơn so với nữ giới (65.4% so với 34.6%). Kết quả này tương tự so với các nghiên cứu của Đinh Hồng Thanh và Nguyễn Phước Bảo Quân<sup>2</sup> (77,6%), Lê Hoàn và Tống Thị Khánh Hòa (64,4%)<sup>3</sup> với lý do nam giới thường có yếu tố nguy cơ là hút thuốc lá. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 64,29, tương ứng với độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của Hoàng Thị Ngọc Hà là 62,01<sup>4</sup>.

**4.2. Đặc điểm hình ảnh nốt mờ đơn độc trên cắt lớp vi tính.** Vị trí nốt phổi thường gặp nhất là thùy trên phổi phải chiếm tỷ lệ 42,3%, vị trí ít gặp nhất là thùy giữa phổi phải 3,8%, kết quả này tương đồng với hầu hết các nghiên cứu trong nước và quốc tế. Theo kết quả nghiên cứu của Little và CS (2005) nghiên cứu tổng hợp trên 40.090 bệnh nhân ung thư phổi tít không tế bào nhỏ được phẫu thuật thấy u nguyên phát ở thùy trên là 59,3%, ở thùy dưới là 29,3% ở thùy giữa là 4,6%<sup>5</sup>, nguyên nhân khiến tỷ lệ tổn thương ác tính chiếm ưu thế ở thùy trên chưa rõ ràng nhưng có lẽ liên quan đến nồng độ khói thuốc lá tập trung cao hơn ở đó<sup>6</sup>. Nốt phổi đa số có kích thước  $\geq 15\text{mm}$  chiếm tỷ lệ 76,9%, đây là ngưỡng kích thước để phân chia nhóm nguy cơ ác tính cao và ác tính thấp, tương ứng với phân nhóm Lung-RADS 4A và Lung-RADS 4B, phù hợp với nghiên cứu của Lê Hoàn và Tống Thị Khánh Hòa<sup>3</sup>, sự tương đồng này có thể do nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu cắt ngang, các bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh đều là các bệnh nhân phân loại Lung-RADS 4 tại thời điểm chụp cắt lớp vi tính, giống với nhóm đối tượng nghiên cứu của Lê Hoàn và Tống Thị Khánh Hòa. Về đậm độ nốt trong nghiên cứu của chúng tôi là nốt đặc chiếm tỉ lệ cao nhất trong mẫu nghiên cứu với 90,6%, nốt bán đặc chiếm 9,4%, không có nốt kính mờ, do các nốt trong nghiên cứu của chúng tôi cần có kết quả giải phẫu bệnh để đối chiếu, các nốt kính mờ không đủ tiêu chuẩn để có chỉ định sinh thiết hay phẫu thuật. Ngoài ra nốt mờ có dạng bờ tua gai và bờ đa cung chiếm tỉ lệ cao trong mẫu nghiên cứu (51,9% và 40,4%), nốt mờ bờ đều chiếm tỷ lệ thấp 7,7%. Theo Swensen, hình ảnh tia mặt trời thể hiện tính chất ác tính đặc hiệu nhất với giá trị dự báo dương tính 88-94% và có thể sử dụng như một tiêu chí đánh giá độc lập<sup>7</sup>, do đó các nốt mờ dựa trên kích thước và đậm độ được phân loại Lung-RADS 3, 4A, 4B có thêm đặc điểm bờ tua gai chúng tôi sẽ xếp Lung-RADS 4X. Đa số các nốt

không kèm hạch vùng ( 40 nốt chiếm 76,9%), có thể do các bệnh nhân thuộc nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi được phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm khi chưa có di căn hạch.

Phân loại Lung-RADS trong nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ 100% Lung-RADS 4, trong đó Lung-RADS 4X cao nhất với 59,6% tiếp theo là Lung-RADS 4B 28.8% và Lung-RADS 4A thấp nhất với 11,5%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Hoàn và Tống Thị Khánh Hòa<sup>3</sup>, sự tương đồng này có thể do chúng tôi có sự tương đồng trong tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng, mục tiêu và phương pháp nghiên cứu.

#### 4.3. Kết quả giải phẫu bệnh nốt phổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong các căn nguyên ác tính, ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất với 38/43 nốt (73,1%), trong các căn nguyên lành tính, tổn thương viêm mạn tính chiếm tỷ lệ cao nhất với 03/09 nốt (5,7%) và kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Lê Hoàn và Tống Thị Khánh Hòa<sup>3</sup>.

#### 4.4. Sự phù hợp giữa phân loại Lung-RADS và kết quả giải phẫu bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0.05$ ) giữa các nhóm phân loại Lung-RADS trong dự báo tỷ lệ ác tính của nốt phổi, trong đó tỷ lệ ác tính của các nốt theo thứ tự tăng dần từ nhóm Lung- RADS 4A, 4B, 4X với tỷ lệ lần lượt 4,7%, 27,9%, 67,4%, kết quả này phù hợp với đặc điểm phân tầng nguy cơ của hệ thống Lung-RADS. Trong nghiên cứu của Kocher và cộng sự (2023) báo cáo tỷ lệ ác tính lần lượt 6,3% ở 4A, 20,2% ở 4B và 71,0% ở 4X<sup>8</sup>. Mức phân loại Lung-RADS 4B/4X so với 4A có liên quan chặt chẽ tới khả năng tổn thương ác tính. Sử dụng hồi quy Logistic đa biến cho kết quả Lung-RADS 4X có khả năng ác tính gấp 29 lần so với Lung-RADS 4A ( $p < 0,05$ ), Lung- RADS 4B có khả năng ác tính gấp 8 lần so với Lung-RADS 4A ( $p > 0,05$ ). So sánh hai nhóm 4B và 4A cho thấy Lung-RADS 4B có khả năng dự báo nguy cơ ung thư phổi cao gấp khoảng 8 lần so với nhóm 4A, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, nguyên nhân của việc  $p > 0.05$  có thể do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ, tổng số chỉ có 15 ca được phân loại Lung-RADS 4B, trong đó có 12 ca ác tính và 3 ca lành tính, số lượng quan sát hạn chế khiến OR thiếu ổn định và khoảng tin cậy CI rộng, dẫn đến  $p$ -value  $> 0,05$ . Dù vậy, kết quả vẫn cho thấy một xu hướng lâm sàng quan trọng: nguy cơ ác tính của

nhóm 4B cao hơn nhiều so với 4A, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Kocher (2023) ghi nhận OR 3,8 (95%, CI: 1.9-7.9;  $p < 0,0001$ )<sup>8</sup>. Theo tiêu chuẩn của ACR, Lung-RADS 4A được xem là nghi ngờ với nguy cơ ác tính 5-15%, trong khi Lung-RADS 4B/4X là rất nghi ngờ với nguy cơ  $> 15\%$ <sup>1</sup>. Như vậy, kết quả giải phẫu bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi xác nhận Lung-RADS phân tầng rủi ro hợp ý: nốt xếp loại 4X có xác suất ác tính cao nhất, tiếp theo là 4B và 4A có tỉ lệ thấp nhất.

#### V. KẾT LUẬN

Các đặc điểm hình ảnh hay gặp trong các nốt phổi ác tính là kích thước nốt  $\geq 15$ mm, bờ không đều, nốt đặc và có hạch vùng. Kết quả giải phẫu bệnh nốt phổi hay gặp 02 tổn thương chính: Ung thư phổi và viêm mạn tính.

Phân loại Lung-RADS có khả năng dự báo hợp lý kết quả giải phẫu bệnh ở bệnh nhân có tổn thương nốt phổi đơn độc. 100 % ca được xếp Lung-RADS 4, do đó kết quả không thể áp dụng cho các nhóm Lung-RADS 1-3.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Radiology, A.C.o. Lung - RADS ® Version 2022.** (American College of Radiology, 2022).
2. **Đinh Hồng Thanh & Nguyễn Phước Bảo Quân.** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính đa dãy đầu thu và phân loại Lung-RADS các nốt mờ. Tạp chí Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam, 53-58 (2022).
3. **Lê Hoàn & Tống Thị Khánh Hòa.** Kết quả sinh thiết phổi xuyên thành ngực ở bệnh nhân có tổn thương nốt phổi được phân loại Lung- RADS 4 theo ACR 2019. Tạp chí Y học Việt Nam 535(2024).
4. **Hoàng Thị Ngọc Hà.** Nghiên cứu giá trị cắt lớp vi tính liều thấp trong chẩn đoán các nốt mờ phổi Luận văn Tiến sĩ Y học (2022).
5. **Little, A.G., et al.** Patterns of surgical care of lung cancer patients. Ann Thorac Surg 80, 2051-2056; discussion 2056 (2005).
6. **Cruickshank, A., Stieler, G. & Ameer, F.** Evaluation of the solitary pulmonary nodule. Intern Med J 49, 306-315 (2019).
7. **Swensen, S.J., Silverstein, M.D., Ilstrup, D.M., Schleck, C.D. & Edell, E.S.** The probability of malignancy in solitary pulmonary nodules. Application to small radiologically indeterminate nodules. Arch Intern Med 157, 849-855 (1997).
8. **Kocher Wulfek, M., Plesner, S., Herndon, J.E., 2nd, Christensen, J.D. & Patz, E.F., Jr.** Characterizing Lung-RADS category 4 lesions in a university lung cancer screening program. Lung Cancer 186, 107420 (2023).

## KIẾN THỨC TỰ CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI BỆNH XƠ GAN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG NĂM 2024

Đàm Thị Thuý<sup>1</sup>, Đỗ Thị Huế<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kiến thức tự chăm sóc của người bệnh xơ gan điều trị tại Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Hải Dương năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 60 người bệnh được chẩn đoán xơ gan tại khoa Nội tiêu hoá và khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương từ tháng 10/2024 đến tháng 1/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt về tự chăm sóc chỉ đạt 28,3%. Về nguyên nhân gây bệnh, có 58,3% người bệnh nhận biết được do uống rượu và 23,3% do virus viêm gan. Có 75% người bệnh biết các dấu hiệu giai đoạn đầu như mệt mỏi, chán ăn; 90% người bệnh biết nên ăn nhiều rau và trái cây; 68,3% người bệnh biết cần hạn chế mỡ động vật; 80% người bệnh nhận thức được việc cần tránh rượu và 81,7% người bệnh biết không nên hút thuốc lá. Bên cạnh đó, 83,3% người bệnh biết tầm quan trọng của việc tái khám định kỳ. Tuy nhiên, mức độ nhận biết về các vấn đề chuyên biệt của người bệnh còn hạn chế, như triệu chứng xơ gan nặng (cổ trướng) chỉ đạt 50%; kiến thức về chế độ ăn khi có giãn tĩnh mạch thực quản là 30%, trong biến chứng não gan là 28,3%; chỉ 25% biết cần tránh táo bón để phòng ngừa biến chứng và 31,7% hiểu rằng không nên tự ý sử dụng thuốc. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ 28,3% người bệnh xơ gan tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương đạt kiến thức tự chăm sóc chung ở mức tốt. Kiến thức tự chăm sóc của người bệnh còn hạn chế ở các nội dung liên quan đến nhận biết biến chứng, chế độ ăn phòng ngừa biến chứng và sử dụng thuốc. Do đó, cần đẩy mạnh giáo dục sức khỏe và truyền thông y tế, thiết kế các chương trình can thiệp phù hợp với đặc điểm người bệnh, kết hợp tư vấn cá nhân để nâng cao hiệu quả tự chăm sóc.

**Từ khóa:** kiến thức, tự chăm sóc, xơ gan

### SUMMARY

#### SELF-CARE KNOWLEDGE OF PATIENTS WITH CIRRHOSIS TREATED AT HAI DUONG GENERAL PROVINCIAL HOSPITAL IN 2024

**Objective:** To describe the self-care knowledge of patients with cirrhosis treated at Hai Duong Provincial General Hospital in 2024. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 60 patients diagnosed with cirrhosis in the Department of Gastroenterology and the Department of Infectious Diseases at Hai Duong Provincial General Hospital

<sup>1</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Đàm Thị Thuý

Email: thuydt@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

from October 2024 to January 2025. **Results:** The proportion of patients with good self-care knowledge was only 28.3%. Regarding the causes of the disease, 58.3% of patients recognized alcohol consumption as a cause. About 75% of patients were aware of early symptoms such as fatigue and loss of appetite; 90% knew they should consume more vegetables and fruits; 68.3% knew to limit animal fat intake; 80% recognized the need to avoid alcohol, and 81.7% knew they should not smoke. In addition, 83.3% of patients understood the importance of regular follow-up visits. However, awareness of specific issues related to cirrhosis remained limited: only 50% recognized ascites as a symptom of advanced cirrhosis; 30% were aware of dietary recommendations for esophageal varices; and 28.3% for hepatic encephalopathy. Only 25% knew that constipation should be avoided to prevent complications, and 31.7% understood that medications should not be taken without medical advice. **Conclusion:** The study found that only 28.3% of patients with cirrhosis at Hai Duong Provincial General Hospital had good overall self-care knowledge. Knowledge was particularly limited in recognizing complications, dietary measures to prevent complications, and appropriate medication use. Therefore, health education and medical communication should be strengthened, with intervention programs tailored to patient characteristics and supplemented by individual counseling to improve self-care effectiveness.

**Keywords:** knowledge, self-care, cirrhosis.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là giai đoạn cuối của bệnh gan mạn tính, một bệnh lý nội khoa tiêu hoá thường gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau, bệnh đặc trưng bởi quá trình viêm và hoại tử tế bào gan, tái tạo và tăng sinh tế bào gan thể nốt, xơ gan hoá tổ chức liên kết. Khi các tổn thương xuất hiện ngày càng nhiều và để lại mô sẹo, sẽ ngăn chặn và làm giảm dòng máu chảy qua gan từ đó làm giảm chức năng gan nghiêm trọng. Trên toàn thế giới vào năm 2019, có khoảng 1,47 triệu người tử vong do xơ gan và các bệnh gan mạn tính khác, tăng 45% so với năm 1990. Tại Việt Nam, số ca tử vong do xơ gan và các bệnh gan mạn tính đã tăng từ 20.349 ca năm 2011 lên 23.876 ca năm 2021, tương đương mức tăng 17% [1].

Thực tế lâm sàng đã cho thấy, nhân viên y tế luôn quan tâm chăm sóc sức khỏe tốt cho người bệnh xơ gan về cả thể chất, tinh thần. Tuy nhiên, người bệnh hiểu biết về bệnh, tự chăm sóc đúng cách có thể làm giảm tốc độ xơ hóa,