

với các quy luật dịch tễ học đã biết. Mỗi liên quan mạnh mẽ nhất được quan sát thấy là với tình trạng thừa cân, béo phì, khi tỷ lệ RLLM ở nhóm này lên tới 81,1%. Sự đồng hiện diện của RLLM ở 81,5% người bị tăng huyết áp cũng cho thấy nền tảng rối loạn chuyển hóa chung, tạo ra một vòng xoắn bệnh lý làm tăng vọt nguy cơ tim mạch tổng thể.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở mức rất cao, chiếm 69,5%. Dạng rối loạn thường gặp nhất là tăng LDL-C (43,2%), tiếp theo là tăng Triglycerid (35,3%), tăng Cholesterol (35,0%) và giảm HDL-C (32,8%).

- Các yếu tố có mối liên quan chặt chẽ với tỷ lệ RLLM cao hơn bao gồm: giới tính nam, tuổi trên 35, chỉ số BMI ở mức thừa cân - béo phì và có tăng huyết áp ($p < 0,001$).

Những kết quả này nhấn mạnh sự cần thiết của việc tăng cường sàng lọc sớm RLLM trong cộng đồng, đặc biệt ở các nhóm nguy cơ, và đẩy mạnh các biện pháp can thiệp lối sống nhằm kiểm soát cân nặng và huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2022), "Quyết định 2892/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn "hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì".
2. **Đỗ Thủy Dung và các cộng sự.** (2024), "Bước đầu nghiên cứu đặc điểm rối loạn lipid máu ở đối tượng khám sức khỏe định kỳ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ(80), tr. 24-29.

3. **Ngô Thanh Thảo, Nguyễn Thị Hương và Trần Thị Thúy Hồng** (2019), "Tỷ lệ rối loạn lipid máu và một số yếu tố liên quan ở người dân tại hai xã của huyện Phú Vang tỉnh Thừa Thiên Huế", Y Học TP. Hồ Chí Minh, 23(5), tr. 161-168.
4. **Trần Đình Thoan, Lê Bạch Mai và Nguyễn Hồng Sơn** (2022), "Thực trạng rối loạn chuyển hóa lipid máu ở người cao tuổi nông thôn Thái Bình", Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm, 16(5), tr. 103-111.
5. **A. K. Dang and et al.** (2025), "An upward trend of dyslipidemia among adult population in Vietnam: Evidence from a systematic review and meta-analysis", Diabetes Metab Syndr, 19(1), tr. 103171.
6. **H. Du and et al.** (2022), "Global Burden Attributable to High Low-Density Lipoprotein-Cholesterol From 1990 to 2019", Front Cardiovasc Med, 9, tr. 903126.
7. **ESC** (2024), "2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension: Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society of Endocrinology (ESE) and the European Stroke Organisation (ESO). <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>".
8. **P. Joseph and et al.** (2017), "Reducing the Global Burden of Cardiovascular Disease, Part 1: The Epidemiology and Risk Factors", Circ Res, 121(6), tr. 677-694.
9. **Thị Thao Linh Le and et al.** (2024), "A systematic review of blood lipid profiles in Vietnamese adults from 2010 to 2023", Tạp chí Y học Việt Nam, 544(2).
10. **National Cholesterol Education Program** (2001), ATP III Guidelines At-A-Glance: Quick Desk Reference, National Institutes of Health.

THỐNG KÊ KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH TỪ MẪU MÔ SINH THIẾT U PHỔI XUYỀN THÀNH NGỰC DƯỚI HƯỚNG DẪN CẮT LỚP VI TÍNH TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Trương Ngọc Vân¹, Nguyễn Trạc Luân¹,
Nguyễn Tuấn Anh¹, Phạm Ngọc Hoa², Nguyễn Tuấn Khôi³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định giá trị chẩn đoán của sinh thiết u phổi xuyên thành ngực (STXTN) dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính (CLVT) qua tỷ lệ cho kết quả giải phẫu bệnh (GPB) xác định và phân bố mô học, đồng

thời đánh giá mối liên quan giữa mô bệnh học và mức độ an toàn thủ thuật. **Đối tượng & phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện, gồm 331 bệnh nhân (BN) có tổn thương phổi nghi ung thư được STXTN-CLVT tại BV Nhân Dân Gia Định trong giai đoạn 01/2022–12/2023. Tiêu chuẩn chọn/loại trừ và tiêu chuẩn kỹ thuật được chuẩn hóa; bác sĩ thực hiện có chứng chỉ và trên 10 năm kinh nghiệm, tiêu bản GPB do bác sĩ chuyên khoa đọc trên kính hiển vi Nikon E200. **Kết quả chính:** Về giá trị chẩn đoán theo GPB, 235/331 (71%) có tế bào ác tính; 96/331 (29%) không hiện diện tế bào ác tính; ung thư phổi tế bào tuyến là nhóm phổ biến nhất 165/331 (49,8%); tế bào nhỏ 1,8%. Tai biến tràn khí màng phổi (TKMP) 30,5%, trong đó 9.9% số ca này cần can thiệp (3 ca

¹Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Bệnh viện Ung bướu TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trương Ngọc Vân

Email: bs.truongngocvan@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025

Ngày duyệt bài: 5.12.2025

chọc hút, 7 ca đặt dẫn lưu). Tai biến xuất huyết nhu mô phổi (XHNMP) 14.5%, trong đó chỉ có 01 trường hợp có ho ra máu cần can thiệp nội mạch. Không có sự liên quan giữa kết quả mô bệnh học với việc làm tăng hay giảm tỉ lệ tai biến của thủ thuật STXTN dưới hướng dẫn CLVT (gồm TKMP và XHNMP). **Kết luận:** STXTN dưới hướng dẫn CLVT lấy được mẫu mô có tỷ lệ phát hiện ác tính cao (71%) và xác định được nhóm mô học, giúp chẩn đoán xác định và có hướng điều trị. Thủ thuật an toàn chấp nhận được tại cơ sở có kinh nghiệm; nguy cơ TKMP không nhỏ nhưng tỷ lệ cần can thiệp thấp. Nghiệm thu cho thấy kỹ thuật đạt giá trị chẩn đoán hữu ích trong thực hành, đồng thời cần tối ưu quy trình để giảm tai biến.

Từ khóa: sinh thiết xuyên thành ngực, CLVT, u phổi, giải phẫu bệnh, giá trị chẩn đoán.

SUMMARY

PATHOLOGICAL RESULTS FROM CT-GUIDED TRANSTHORACIC LUNG BIOPSY AT GIA DINH PEOPLE'S HOSPITAL

Objective: To determine the diagnostic value of computed tomography (CT) - guided trans-thoracic lung biopsy through the rate of conclusive histopathological results and histological distribution, and to assess the association between histopathology and procedural safety. **Materials and Methods:** This was a cross-sectional study with convenience sampling, including 331 patients with suspected malignant pulmonary lesions who underwent CT-guided transthoracic lung biopsy at Gia Dinh People's Hospital from 01/2022 to 12/2023. Inclusion/exclusion and technical criteria were standardized. All procedures were performed by certified interventional radiologists with ≥ 10 years of experience. Histopathological slides were reviewed by board-certified pathologists using a Nikon E200 microscope. **Main Results:** Histopathological evaluation revealed malignant cells in 235/331 (71%) cases, while 96/331 (29%) showed no evidence of malignancy. Adenocarcinoma was the most common subtype, accounting for 165/331 (49.8%), followed by small cell carcinoma (1.8%). Pneumothorax occurred in 30.5% of patients, with 9.9% of these cases requiring intervention (needle aspiration in 3, chest tube drainage in 7). Pulmonary hemorrhage occurred in 14.5%, with only one case requiring endovascular intervention due to hemoptysis. There was no significant association between histopathological diagnosis and complication rates (pneumothorax or pulmonary hemorrhage). **Conclusion:** CT-guided transthoracic lung biopsy achieved a high diagnostic yield, with a malignancy detection rate of 71% and successful histological subtyping, thereby contributing to definitive diagnosis and treatment planning. The procedure demonstrated an acceptable safety profile in experienced centers, with pneumothorax being the main complication but requiring intervention in only a minority of cases. The findings support CT-guided transthoracic lung biopsy as a valuable diagnostic tool in clinical practice, though protocol optimization is warranted to further minimize complications.

Keywords: transthoracic biopsy, CT, lung tumor, histopathology, diagnostic value.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các loại ung thư trên toàn cầu, với hơn 1,8 triệu ca tử vong hàng năm, chiếm khoảng 18% tổng số tử vong do ung thư [8]. Tại Việt Nam, ung thư phổi luôn nằm trong nhóm ba loại ung thư phổ biến nhất ở cả nam và nữ, với tỷ lệ mắc và tử vong ngày càng gia tăng theo từng năm [1]. Điều này đặt ra yêu cầu cấp thiết trong việc chẩn đoán sớm và chính xác nhằm cải thiện tiên lượng và tối ưu hóa hiệu quả điều trị.

Trong thực hành lâm sàng, việc chẩn đoán xác định ung thư phổi không thể chỉ dựa trên hình ảnh học. Các phương tiện như X-quang, chụp cắt lớp vi tính (CT), cộng hưởng từ (MRI) hay PET-CT tuy có giá trị định vị và đánh giá đặc điểm tổn thương nhưng không cho phép xác định bản chất mô học của khối u. Do đó, sinh thiết mô là bước bắt buộc trong quy trình chẩn đoán để xác định tính chất lành hay ác và phân nhóm mô học, đặc biệt quan trọng trong bối cảnh hiện nay khi điều trị đòi hỏi phân tích phân tử sâu như đột biến EGFR, ALK, PD-L1 v.v... [6].

Trong các phương pháp sinh thiết, sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CLVT được xem là một kỹ thuật kinh điển nhưng vẫn giữ vai trò quan trọng [2]. Phương pháp này đặc biệt hiệu quả với các tổn thương ngoại biên và có tỷ lệ chính xác cao, dao động từ 80% đến 95% đối với các tổn thương ác tính [3]. Bên cạnh hiệu quả chẩn đoán, tính an toàn của thủ thuật cũng là yếu tố cần được quan tâm. Các biến chứng thường gặp nhất bao gồm tràn khí màng phổi, xuất huyết nhu mô phổi, và ho ra máu, trong đó tỷ lệ phải can thiệp như đặt dẫn lưu màng phổi chiếm khoảng 5–15% tùy theo trung tâm và kỹ thuật thực hiện [5]. Tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định – một trong những bệnh viện tuyến cuối có đầy đủ điều kiện trang thiết bị và nhân lực chuyên môn, kỹ thuật STXTN dưới hướng dẫn CLVT được triển khai từ nhiều năm nay trong quy trình chẩn đoán tổn thương phổi. Tuy nhiên, việc tổng kết, đánh giá lại hiệu quả và mức độ an toàn của kỹ thuật này tại cơ sở vẫn chưa được công bố rộng rãi trên phương diện khoa học.

Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu đánh giá giá trị chẩn đoán của STXTN dưới hướng dẫn CLVT thông qua tỷ lệ có kết quả GPB xác định và phân bố mô học, đồng thời phân tích mối liên hệ giữa đặc điểm mô bệnh học với mức độ an toàn thủ thuật, nhằm đóng góp bằng chứng thực tế và tối ưu quy trình thực hành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

❖ **Thiết kế nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả.

❖ **Đối tượng nghiên cứu, thời gian chọn mẫu:** Các BN có tổn thương phổi dạng u nghi ung thư có chỉ định STXTN dưới hướng dẫn CLVT được thực hiện tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2023

❖ **Chọn mẫu:** Toàn bộ BN có tổn thương phổi nghi ung thư, có chỉ định STXTN-CLVT và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ (rối loạn đông máu, đang dẫn lưu màng phổi, tiền sử xạ trị ngực/phẫu thuật cắt phổi, hồ sơ thiếu dữ liệu).

❖ **Kỹ thuật:** STXTN dưới hướng dẫn CLVT, bác sĩ thực hiện có chứng chỉ và trên 10 năm kinh nghiệm, tiêu bản GPB do bác sĩ chuyên khoa đọc trên kính hiển vi Nikon E200.

❖ **Biến số chính:** (i) Giới tính; (ii) Tuổi; (iii) Tỷ lệ mẫu có GPB ác tính; (iv) Phân bố nhóm mô học; (v) Chỉ số quy trình (thời gian, số lần bấm); (vi) Biến cố an toàn (TKMP, XHNMP, ho ra máu).

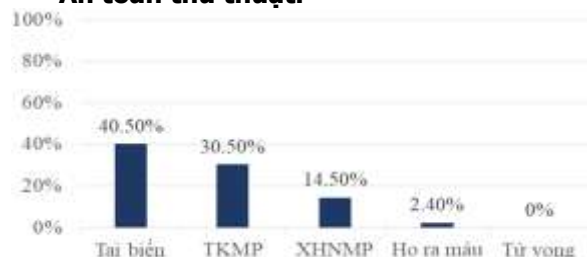
❖ **Xử lý số liệu:** Thống kê mô tả; Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 20. Các biến định tính được biểu diễn dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm, các biến định lượng được biểu diễn giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. So sánh biến định tính dùng kiểm định χ^2 /Fisher's exact. So sánh biến định lượng dùng để kiểm định t/ANOVA.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung và quy trình. Từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023, chúng tôi ghi nhận 331 trường hợp sinh thiết tổn thương phổi nghi ngờ u dưới hướng dẫn chụp CLVT phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định. Tuổi trung bình là $62,4 \pm 10,7$ tuổi; nhóm bệnh nhân ≥ 50 tuổi chiếm đa số với 88,5%. Tỷ lệ BN nam chiếm đa số (62,5%).

Thời gian thực hiện thủ thuật trung bình là 8,2 phút (5–23 phút). Số lần bấm sinh thiết trung bình là $1,5 \pm 0,69$ lần (1–4 lần).

An toàn thủ thuật.

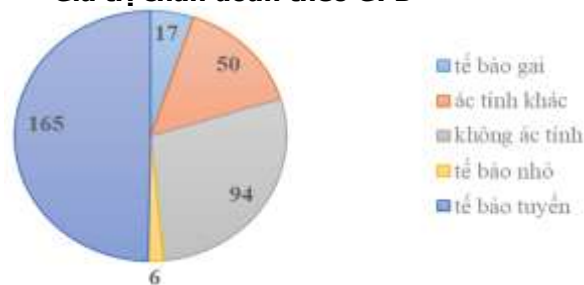


Biểu đồ 1: Tỷ lệ các tai biến trong nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 134/331 trường hợp xảy ra tai biến (40,5%). Trong các tai biến, tràn khí màng phổi là tai biến có tỉ lệ cao nhất là 30,5%, có 10 BN phải can thiệp cấp cứu, gồm chọc hút màng phổi 3 ca và đặt dẫn

lưu màng phổi 7 ca, chiếm tỷ lệ khoảng 9,9% số ca có TKMP sau sinh thiết và 3% tổng số ca được tiến hành STXTN. Theo sau đó là xuất huyết nhu mô phổi với tỉ lệ 14,5%, trong đó chỉ có 8 trường hợp có biểu hiện lâm sàng ho ra máu tương đương với 2,4% tổng số ca được tiến hành STXTN, tuy nhiên tình trạng ho máu đa phần tự giới hạn được sau khi theo dõi và điều trị nội khoa, chỉ có duy nhất 01 trường hợp ho ra máu lượng nhiều, được can thiệp cầm máu dưới hướng dẫn chụp mạch máu xóa nền – tắc giả phình động mạch thùy trên phổi phải. Không có ca tử vong nào trong nghiên cứu của chúng tôi.

Giá trị chẩn đoán theo GPB



Biểu đồ 2: Đặc điểm giải phẫu bệnh của tổn thương u

Ung thư phổi tế bào tuyến có tỷ lệ cao nhất với 165/331 trường hợp (49,8%), thứ hai là các tổn thương không có tế bào ác tính (28,4%), ung thư phổi tế bào nhỏ có tỷ lệ thấp nhất 6/331(1,8%).

Có 235/331 trường hợp có tế bào ác tính trong tổn thương, chiếm tỷ lệ 71%. Có 96/331 trường hợp không hiện diện tế bào ác tính trong tổn thương, chiếm tỷ lệ 29%. Tỷ lệ có tế bào ác tính/ không tế bào ác tính là 2,5/1. Trong 235 trường hợp có tế bào ác tính, có 212 trường hợp từ 50 tuổi trở lên (90,2%) và 23 trường hợp dưới 50 tuổi (9,8%). Trong 96 trường hợp không tế bào ác tính, có 81 trường hợp từ 50 tuổi trở lên (84,4%) và 15 trường hợp dưới 50 tuổi (15,6%). Tuy nhiên không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê về tỷ lệ có tế bào ác tính ở nhóm từ 50 tuổi trở lên và dưới 50 tuổi ($p = 0,131$, phép kiểm χ^2).

Trong 235 trường hợp có tế bào ác tính, có 150 trường hợp nam (63,8%) và 85 trường hợp nữ (36,2%), tỷ lệ nam/nữ là 1,8. Trong 96 trường hợp không tế bào ác tính, có 57 trường hợp nam (59,4%) và 39 trường hợp nữ (40,6%), tỷ lệ nam/nữ là 1,5. Tuy nhiên không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê về tỷ lệ có tế bào ác tính ở nhóm nam và nữ ($p = 0,447$, phép kiểm χ^2).

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm giải phẫu bệnh giữa hai nhóm có tai

biến và không tai biến ($p = 0,545$, phép kiểm Fisher's), có TKMP và không TKMP ($p = 0,471$, phép kiểm Fisher's), có XHNMP và không XHNMP ($p = 0,598$, phép kiểm Fisher's).

Bảng 1: Phân bố của các nhóm giải phẫu bệnh

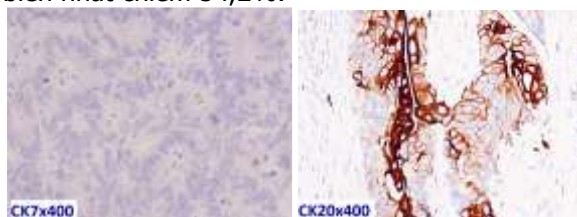
Nhóm GPB	Số ca (n)	Tỷ lệ trên toàn mẫu (%)	Tỷ lệ trong nhóm ác tính (%)
Tế bào tuyến	165	49,8	70,2
Tế bào gai	17	5,1	7,2
Tế bào nhỏ	6	1,8	2,6
Ac tính khác*	47	14,2	20,0
Không ác tính	96	29,0	—

IV. BÀN LUẬN

Giá trị chẩn đoán thực chứng qua GPB

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ phát hiện tế bào ác tính đạt 71%, phù hợp với kết quả của nhiều nghiên cứu quốc tế. Heerink và cộng sự (2017) tổng hợp dữ liệu từ 33 nghiên cứu với tổng số 8.998 ca STXTN-CLVT và ghi nhận tỷ lệ chẩn đoán trung bình đạt 92% với các tổn thương ác tính 5. Mức độ khác biệt giữa các trung tâm phụ thuộc vào kỹ năng bác sĩ can thiệp, loại kim sinh thiết, cỡ tổn thương và vị trí tổn thương trong phổi [4].

Ung thư phổi tế bào tuyến là kết quả chẩn đoán giải phẫu bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi với 165/331 trường hợp (49,8%), thứ hai là các tổn thương không có tế bào ác tính (2,4%), ung thư phổi tế bào nhỏ có tỷ lệ thấp nhất (1,8%). Đặc điểm này phù hợp với các nghiên cứu khác về kết quả giải phẫu bệnh của mẫu mô lấy được từ phương pháp STXTN dưới hướng dẫn CLVT. Nghiên cứu của tác giả Mimi Gangopadhyay và cộng sự xác định được 21,2% trường hợp là lành tính về mặt tế bào học, ung thư dạng biểu mô tuyến là phổ biến nhất chiếm 54,2%.



Hình 1: Hóa mô miễn dịch của BN trong nghiên cứu. BN T.H.T 55 tuổi, mẫu thử nhuộm hóa mô miễn dịch có kết quả CK7 (-) và CK20 (+), phù hợp carcinôm tuyến đại tràng di căn phổi

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm giải phẫu bệnh giữa hai nhóm có tai biến và không có tai biến, có tràn khí và không

có tràn khí, có XHNMP và không XHNMP. Tỷ lệ giải phẫu bệnh cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Youlden DR và cộng sự [9]. Đồng thời trong nghiên cứu này, tỷ lệ biến chứng thấp, chỉ 6,8% BN cần đặt ống dẫn lưu tạm thời để điều trị TKMP. Nghiên cứu của tác giả Wei Liu và cộng sự cũng cho thấy u có giải phẫu bệnh là ung thư tế bào tuyến là nhiều nhất trong cả hai nhóm, nhưng không có mối tương quan giữa kết quả giải phẫu bệnh với nguy cơ tai biến ở nhóm có tai biến chung, tai biến TKMP và tai biến XHNMP sau sinh thiết [7].

Mức độ an toàn của thủ thuật và khả năng kiểm soát biến chứng. Tỷ lệ biến chứng chung trong nghiên cứu là 40,5%, trong đó thường gặp nhất là tràn khí màng phổi (30,5%) và xuất huyết nhu mô phổi (14,5%). Đây là các tỷ lệ nằm trong giới hạn chấp nhận được so với các y văn, tỷ lệ TKMP sau STXTN dao động từ 15% đến 35%, trong đó khoảng 5–15% cần đặt dẫn lưu. Xuất huyết nhu mô phổi chiếm 14,5%, đa phần mức độ nhẹ, chỉ có một trường hợp cần can thiệp nội mạch, điều này củng cố tính an toàn chấp nhận được của kỹ thuật.

Một trong những điểm nổi bật của nghiên cứu là việc phân tích chi tiết mối liên hệ giữa mô bệnh học và tỷ lệ biến chứng. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có biến chứng và không có biến chứng (gồm TKMP và XHNMP) về mặt mô bệnh học. Điều này gợi ý rằng chính các yếu tố kỹ thuật (cỡ kim, số lần chọc, chiều dài đường đi qua nhu mô lành) và yếu tố giải phẫu cá thể đóng vai trò quan trọng hơn so với bản chất mô học của tổn thương, này phù hợp với báo cáo của tác giả Wei Liu và cộng sự [7].

So với các phương pháp chẩn đoán khác như nội soi phế quản sinh thiết thành hay sinh thiết qua đường máu, STXTN-CLVT vẫn có ưu thế rõ rệt trong các tổn thương ngoại biên với tỷ lệ chẩn đoán cao và khả năng cung cấp đủ mô cho xét nghiệm hóa mô miễn dịch và xét nghiệm gen – yếu tố quan trọng trong điều trị nhắm trúng đích và miễn dịch hiện đại. Tuy nhiên, nguy cơ tai biến, đặc biệt là TKMP, vẫn còn đáng kể, đòi hỏi quy trình chuẩn hóa và ê-kíp nhiều kinh nghiệm để kiểm soát an toàn.

Hạn chế nghiên cứu: Hạn chế của nghiên cứu là thiết kế cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện, chưa phân tích đa biến các yếu tố nguy cơ cụ thể ảnh hưởng đến hiệu quả chẩn đoán (như kích thước nốt, vị trí, độ sâu, hay bệnh đồng mắc). Cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn để gặp được một số phân nhóm mô học hiếm, ít gặp, do đó ước lượng kém chính xác

với các nhóm mô học này. Các nghiên cứu đa trung tâm, tiến cứu với cỡ mẫu lớn hơn sẽ cần thiết để khẳng định và mở rộng kết quả.

Nghiên cứu không đối chiếu với GPB sau phẫu thuật, nên không tính được độ nhạy và độ đặc hiệu thật sự của STXTN – CLVT so với “tiêu chuẩn vàng” là phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

- Nghiên cứu cho thấy sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CLVT tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định có giá trị chẩn đoán cao với 71% mẫu có tế bào ác tính, phân bố mô học phù hợp với đặc điểm dịch tễ học, trong đó ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất

- Thủ thuật được đánh giá có độ an toàn tương đối cao, với tỷ lệ biến chứng trong giới hạn cho phép và tỷ lệ can thiệp thấp.

- Không ghi nhận mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa đặc điểm mô học và nguy cơ biến chứng. Các yếu tố kỹ thuật và cá thể đóng vai trò chủ đạo trong nguy cơ tai biến. Điều này nhấn mạnh vai trò của kinh nghiệm can thiệp viên và sự chuẩn hóa quy trình kỹ thuật.

VI. KIẾN NGHỊ

1. Tiếp tục triển khai STXTN-CLVT cho các u phổi nghi ác tính tại cơ sở có kinh nghiệm: hiệu quả chẩn đoán cao, tỷ lệ tai biến ở mức chấp nhận được và tỷ lệ tai biến nặng rất thấp.

2. Thực hiện nghiên cứu tiếp theo đối chiếu kết quả giải phẫu bệnh của tổn thương lấy từ phương pháp STXTN – CLVT với GPB lấy từ mẫu mô sau phẫu thuật để ước lượng độ nhạy – đặc hiệu thực sự và mức độ phù hợp giữa hai phương pháp.

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", 74 (3), pp. 229-263.
2. Ettinger D. J. N. C. C. N. (2020), "NCCN clinical guidelines in oncology: non-small cell lung cancer", 3, pp. 1.
3. Heerink W. J., de Bock G. H., de Jonge G. J., et al. (2017), "Complication rates of CT-guided transthoracic lung biopsy: meta-analysis", 27 (1), pp. 138-148.
4. Kim J., Chee C. G., Cho J., et al. (2021), "Diagnostic accuracy and complication rate of image-guided percutaneous transthoracic needle lung biopsy for subsolid pulmonary nodules: a systematic review and meta-analysis", 94 (1127), pp. 20210065.
5. Laurent F., Latrabe V., Vergier B., et al. (2000), "CT-guided transthoracic needle biopsy of pulmonary nodules smaller than 20 mm: results with an automated 20-gauge coaxial cutting needle", 55 (4), pp. 281-287.
6. Lindeman N. I., Cagle P. T., Aisner D. L., et al. (2018), "Updated molecular testing guideline for the selection of lung cancer patients for treatment with targeted tyrosine kinase inhibitors: guideline from the College of American Pathologists, the International Association for the Study of Lung Cancer, and the Association for Molecular Pathology", 142 (3), pp. 321-346.
7. Liu G.-S., Wang S.-Q., Liu H.-L., et al. (2020), "Computed tomography-guided biopsy for small (≤ 20 mm) lung nodules: a meta-analysis", 44 (6), pp. 841-846.
8. Sung H., Ferlay J., Siegel R. L., et al. (2021), "Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", 71 (3), pp. 209-249.
9. Youlden D. R., Cramb S. M., Baade P. D. J. J. o. t. o. (2008), "The International Epidemiology of Lung Cancer: geographical distribution and secular trends", 3 (8), pp. 819-831.

THỰC TRẠNG TỰ CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT TẠI BỆNH VIỆN TÂM THẦN HẢI DƯƠNG NĂM 2024

Phạm Thị Cẩm Hưng¹, Nguyễn Đoàn Phi Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tự chăm sóc của người bệnh tâm thần phân liệt tại Bệnh viện Tâm thần Hải Dương năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với cỡ mẫu thuận tiện 67 người bệnh tâm thần phân liệt điều trị

tại Bệnh viện Tâm thần Hải Dương. **Kết quả:** Khả năng tự chăm sóc của người bệnh tâm thần phân liệt bị suy giảm nhiều, 29 người (43,28%) cần trợ giúp, 9 người (13,44%) phụ thuộc hoàn toàn vào người chăm sóc. Đa số người bệnh gặp vấn đề trong việc họ quên cách thực hiện hoạt động sinh hoạt hàng ngày như mặc đồ ngược, sai mặt, tắm rửa chưa sạch... trong đó, 31 người (46,27%) cần trợ giúp trong việc ăn uống và mặc quần áo; 29 người (43,28%) cần trợ giúp trong việc tắm rửa; 23 người (34,33%) cần trợ giúp trong việc dịch chuyển và đi vệ sinh; 12 người (17,91%) không tự chủ kiểm soát cơ tròn. **Kết luận:** Khả năng tự chăm sóc của người bệnh tâm thần phân liệt bị suy giảm nhiều. Đa số người bệnh quên cách

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Cẩm Hưng

Email: phamcamhungal@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025