

- collaboration with the European Association of Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) | European Heart Journal | Oxford Academic. <<https://academic.oup.com/eurheartj/advance-article/doi/10.1093/eurheartj/ehaa612/5899003>>, accessed: 18/10/2020.
3. **Chu Bá Chung (2017)**. Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng tử vong trên bệnh nhân nhồi máu não trong bốn tuần đầu. .
 4. **Nguyễn Duy Trinh, Lê Văn Thịnh, và Phạm Minh Thông (2015)**, Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị cộng hưởng từ 1,5 Tesla trong chẩn đoán và tiên lượng nhồi máu não giai đoạn cấp tính, Luận văn tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
 5. **Wessels T., Wessels C., Ellsiepen A. và cộng sự. (2006)**. Contribution of Diffusion-Weighted Imaging in Determination of Stroke Etiology. American Journal of Neuroradiology, **27(1)**, 35–39.
 6. **Doufekias E., Segal A.Z., và Kizer J.R. (2008)**. Cardiogenic and Aortogenic Brain Embolism. Journal of the American College of Cardiology, **51(11)**, 1049–1059.
 7. **Nguyễn Bá Thăng (2015)**, Khảo sát các yếu tố tiên lượng của nhồi máu não do tắc động mạch cảnh trong, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
 8. **Paciaroni M., Bandini F., Agnelli G. và cộng sự. (2018)**. Hemorrhagic Transformation in Patients With Acute Ischemic Stroke and Atrial Fibrillation: Time to Initiation of Oral Anticoagulant Therapy and Outcomes. J Am Heart Assoc, **7(22)**, e010133.
 9. **Dang H., Ge W.-Q., Zhou C.-F. và cộng sự. (2019)**. The Correlation between Atrial Fibrillation and Prognosis and Hemorrhagic Transformation. ENE, **82(1–3)**, 9–14.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ NGỰC TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG TRONG 2 NĂM 2019 VÀ 2020

Hoàng Đức Hạ^{1,2}, Nguyễn Duy Hoàng¹, Nguyễn Thanh Hồi²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ ngực trong chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ tại bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng, năm 2019 đến 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu gồm 43 bệnh nhân được chẩn đoán tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng trong thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2020, phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu, chọn mẫu không xác suất. Phương tiện nghiên cứu gồm máy chụp CHT Avanto Siemens (Germany) 1.5 Tesla với quy trình đã được thống nhất và được tập huấn kỹ càng. Các số liệu thu thập trong nghiên cứu được xử lý theo thuật toán thống kê y học SPSS 22.0. **Kết quả và Kết luận:** Nghiên cứu gồm 43 BN UTPKTBN, tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới (2.1/1), tuổi trung bình là 64,4 ± 12,6. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất: ho khan 39,5%, ho khạc đờm trắng hoặc trong 27,9%, đau ngực 23,3%, gầy sút cân chiếm 23,3%. Triệu chứng thực thể thường gặp nhất: HC 3 giảm 16,3%, ran ẩm ran nổ ở phổi 23,3%, ngón tay dùi trống 7%. Trên chụp CHT, kích thước trung bình khối u nguyên phát trong 43 ca được chụp CHT ngực là 39,7 ± 18,7 mm.

Khối có kích thước lớn nhất là 92 mm, nhỏ nhất là 8,9 mm. Trên hình ảnh CHT, khối UTP có tỷ lệ xâm lấn màng phổi là 53,5%, xâm lấn cột sống là 2,3% và trung thất là 7%, tỷ lệ di căn tại phổi là 18,6%, di căn hạch trung thất là 32,6%.

Từ khóa: U phổi, không tế bào nhỏ, chụp cộng hưởng từ phổi

SUMMARY

STUDY ON THE ROLE OF CHEST MAGNETIC RESONANCE IN DIAGNOSING NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT HAI PHONG INTERNATIONAL GENERAL HOSPITAL 2019 - 2020

Objectives: This study aims to: 1-Describe clinical features and computed tomography images, chest magnetic resonance in the diagnosis of non-small cell lung cancer at Hai Phong International General Hospital, 2019 up to 2020. **Subjects and methods:** The study subjects included 43 patients diagnosed at Hai Phong International General Hospital during the period from January 2019 to December 2020, in accordance with the study criteria. The research method was descriptive cross-sectional, prospective, non-probability sampling. Research facilities included Avanto Siemens CT scanner (Germany) 1.5 Tesla with an agreed procedure and carefully trained. The data collected in the study were processed according to the SPSS 22.0 medical statistical algorithm. **Results and Conclusions:** The study included 43 patients, the proportion of men was higher than that of women (2.1/1), the mean age was 64.4 ± 12.6. The most common functional symptoms: dry cough 39.5%, cough with white or white sputum in 27.9%, chest

¹Trường Đại học Y dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đức Hạ

Email: drhoangducha.hp@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.10.2021

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2021

Ngày duyệt bài: 29.12.2021

pain 23.3%, weight loss 23.3%. The most common physical symptoms: triple reduction syndrome accounted for 16.3%, moist crackles in the lungs 23.3%, clubbing fingers 7%. On MRI, the mean size of primary tumor in 43 cases was 39.7 ± 18.7 mm. The largest mass was 92 mm, the smallest was 8.9 mm. On MRI, the lung tumor invaded the pleura (53.5%), invaded the spine (2.3%) and invaded the mediastinum (7%). The rate of metastasis in lung was 18.6% and metastasis to mediastinal lymph nodes was 32.6%.

Keywords: Lung tumor, non-small cell, lung magnetic resonance imaging

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) hay ung thư phế quản là bệnh lý ác tính của phổi xuất phát từ biểu mô niêm mạc phế quản, tiểu phế quản, phế nang, từ các tuyến của phế quản, hoặc các thành phần khác của phổi. UTP là loại ung thư phổ biến và tiên lượng xấu, cần được chẩn đoán sớm và chính xác. Tuy nhiên, các triệu chứng lâm sàng của UTP không đặc hiệu để chẩn đoán, khó phân định với các bệnh lý khác như lao phổi, lao màng phổi, viêm phổi. Do đó, các biện pháp chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán bệnh, từ đó giúp cho việc hoạch định chiến lược điều trị cho từng bệnh nhân cụ thể. Nhiều nghiên cứu trong nước và quốc tế đã chứng minh giá trị của chụp CLVT trong chẩn đoán UTP [5, 9]. Tuy nhiên, phương pháp này sử dụng tia X gây nhiễm xạ cho bệnh nhân (BN), đặc biệt là với BN phải chụp nhiều lần trong quá trình chẩn đoán và theo dõi tiến triển bệnh. Chụp CHT là một kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh bằng tia xạ, có tính an toàn cao, ngày càng được cải tiến và phát huy ưu điểm so với chụp CLVT. Trong UTP, CHT đã bước đầu được chứng minh về khả năng chẩn đoán không thua kém so với CLVT, thậm chí ưu thế hơn ở một số tiêu chí. Hiện nay, số lượng nghiên cứu về vai trò của CHT trong đánh giá u phổi còn hạn chế. Tại Hải Phòng chưa có nhiều nghiên cứu về giá trị của chụp CHT ngực trong bệnh lý UTP nói chung và UTPKTBN nói riêng. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ ngực trong chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ tại bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng trong 2 năm 2019 và 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 43 bệnh nhân được chẩn đoán tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng trong thời gian từ tháng

01/2019 đến tháng 09/2020 (20 tháng), phù hợp với tiêu chuẩn: Có kết quả sau khám lâm sàng và Xquang tim phổi thường quy nghi ngờ ung thư phổi; Có chẩn đoán UTPKTBN với các bệnh phẩm sinh thiết khối u, dịch rửa phế quản, dịch màng phổi, sinh thiết màng phổi, sinh thiết hạch; BN được chụp CLVT và CHT ngực với khoảng cách chụp cách nhau không quá 03 tuần; BN tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: BN có chẩn đoán xác định UTPTBN hoặc không phải UTP qua kết quả giải phẫu bệnh; BN có chống chỉ định chụp CLVT hoặc CHT ngực; BN hoặc người nhà BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu. Chọn mẫu thuận tiện, không xác suất. Thu thập kết quả giải phẫu bệnh, phân nhóm theo phân loại UTPKTBN của WHO. Phương pháp thu thập số liệu: Các bệnh nhân được hỏi bệnh, khám bệnh, làm giải phẫu bệnh, chụp CHT ngực theo một mẫu bệnh án thống nhất. Phương tiện nghiên cứu gồm máy chụp CHT Avanto Siemens (Germany) 1.5 Tesla với quy trình đã được thống nhất và được tập huấn kỹ càng, bao gồm các chuỗi xung T2W, STIR, T1W Vibe 3D và Diffusion. Các số liệu thu thập trong nghiên cứu được xử lý theo thuật toán thống kê y học SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu gồm 43 BN phù hợp tiêu chuẩn nghiên cứu, trong đó tỷ lệ BN nam chiếm ưu thế với 29/43ca, chiếm 67,4%. Độ tuổi trung bình của cả hai nhóm là $64,4 \pm 12,6$. Khi phân theo nhóm tuổi, tỷ lệ của nhóm tuổi 60 – 69 và nhóm > 70 tuổi là lớn nhất 32,6%.

Bảng 1. Lý do vào viện ở các BN trong nhóm nghiên cứu

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Ho < 8 tuần	17	39,5
Ho kéo dài > 8 tuần	8	18,6
Ho máu	5	11,6
Đau ngực	11	25,6
Khó thở	7	16,3
Lý do khác	3	7
Không triệu chứng	1	2,3

Nhận xét: Lý do vào viện phổ biến nhất trong nhóm nghiên cứu là ho < 8 tuần, với tỷ lệ 39,5%, tiếp theo đó là đau ngực với tỷ lệ 25,6%. Có 3 ca không có biểu hiện hô hấp, chiếm 7%, và 1 ca không có triệu chứng tại thời điểm phát hiện bệnh.

Bảng 2. Triệu chứng thực thể tại phổi ở

các BN trong nhóm nghiên cứu

Triệu chứng (n=43)	Số BN	Tỷ lệ %
Bình thường	24	55,8
Rì rào phế nang giảm	4	9,3
Ran ẩm, ran nổ	10	23,3
Ran rít, ran ngáy	4	9,3
HC ba giảm	7	16,3
HC đồng đặc	3	7

Nhận xét: Mỗi bệnh nhân có thể có nhiều dấu hiệu thực thể tại phổi khi thăm khám. Tỷ lệ BN không có bất thường chiếm phần lớn 55,8%. Triệu chứng thực thể gặp nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là ran ẩm, ran nổ (23,3%) và HC 3 giảm (16,3%).

Bảng 3. Triệu chứng liên quan tới sự xâm lấn của khối u ở các BN trong nhóm nghiên cứu

Triệu chứng (n=43)	Số BN	Tỷ lệ %
Đau ngực	10	23,3
Khó thở	6	14
Khàn tiếng	3	7
Nuốt nghẹn	0	0
HC chèn ép TMCT	0	0
HC Pancoast-Tobias	0	0
HC Claude-Bernard-Horner	0	0

Nhận xét: Biểu hiện u xâm lấn hay gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là đau ngực với tỷ lệ 23,3%, biểu hiện khó thở là 14% và khàn tiếng là 7%. Chúng tôi không gặp trường hợp nào có biểu hiện chèn ép TMCT, HC Pancoast-Tobias hoặc HC Claude-Bernard-Horner.

Biểu hiện HC cận u hay gặp nhất ở 43 BN trong nghiên cứu của chúng tôi là gầy sút cân gặp 10/43 ca, chiếm 23,3%, tiếp theo là ngón tay dùi trống với 3/43 ca, chiếm 7%, to viển cực chi (3/43 TH chiếm 7%), biểu hiện Cushing (2/43 TH chiếm 4,7%) và HC Lambert – Eaton (1/43 TH chiếm 2,3%).

3.2. Đặc điểm hình ảnh chụp CHT ngực của UTPKTBN. Kết quả sinh thiết của nghiên cứu này cho thấy: UTP biểu mô tuyến chiếm đại đa số (39/43 TH chiếm tỷ lệ 90,7%), UTP biểu mô vảy và UTP biểu mô không xếp loại (mỗi loại là 2/43 TH chiếm 4,6%). Trên chụp CHT, kích thước trung bình khối u nguyên phát trong 43 ca được chụp CHT ngực là $39,7 \pm 18,7$ mm. Khối có kích thước lớn nhất là 92mm, nhỏ nhất là 8,9 mm.

Bảng 4. Đặc điểm sự xâm lấn của khối u nguyên phát trên hình ảnh CHT ngực

Sự xâm lấn của khối u	Số lượng	Tỷ lệ %
Chưa có dấu hiệu	17	39,5
Xâm lấn màng phổi, thành	23	53,5

ngực hoặc cơ hoành		
Chỉ xâm lấn qua màng phổi, cơ thành ngực vào xương sườn hay xương cột sống lân cận khối	1	2,3
Chỉ xâm lấn qua màng phổi và vào trung thất	3	7
Xâm lấn vào cả trung thất và xương cột sống	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ chưa có xâm lấn trên CHT ngực là 17/43 ca tương ứng 39,5%. Ở những ca đã có xâm lấn, tỷ lệ xâm lấn màng phổi là 53,5%, xâm lấn cột sống là 2,3% và trung thất là 7%.

Bảng 5. Tỷ lệ xuất hiện nốt, khối di căn trên hình ảnh CHT ngực

Chụp CHT	Số lượng	Tỷ lệ %
Chỉ có nốt hoặc khối đơn độc	27	62,8
Chỉ có nốt, khối vệ tinh tại phổi	8	18,6
Đã có di căn ngoài lồng ngực	8	18,6
Tổng	43	100%

Nhận xét: Trong 43 BN UTP được chụp CHT ngực, tỷ lệ chưa phát hiện di căn là 62,8%. Có 18,6% BN đã phát hiện di căn tại phổi và 18,6% BN đã di căn ra các tạng ngoài lồng ngực, do giới hạn về trường khảo sát nên chúng tôi không đánh giá được những di căn ngoài khu vực đánh giá của CHT ngực.

Bảng 6. Tỷ lệ xuất hiện UTP di căn vào hạch trên hình ảnh CHT ngực

Chụp CHT (n=43)	Số lượng	Tỷ lệ %
Không phát hiện	14	32,6
Hạch quanh phế quản và/hoặc hạch rốn phổi cùng bên	6	14
Hạch trung thất cùng bên và/hoặc hạch dưới carina	8	18,6
Hạch trung thất và/hoặc hạch rốn phổi đối bên	12	27,9

Nhận xét: Tỷ lệ chưa phát hiện di căn hạch trên CHT ngực là 32,6%. Trong nhóm đã di căn hạch, nhóm đã di căn hạch trung thất và/hoặc hạch rốn phổi cùng bên (ứng với giai đoạn N3) chiếm tỷ lệ cao nhất 27,9%.

Bảng 7. Chẩn đoán giai đoạn N của UTP của CHT ngực so với CLVT ngực

Chẩn đoán phân độ TNM trên CHT (n=43)	n	Tỷ lệ %	
Phân giai đoạn T	T1	5	11,63
	T2	17	39,53
	T3	7	16,28
	T4	14	32,56

Phân giai đoạn N	N0	16	37,21
	N1	7	16,28
	N2	8	18,60
	N3	12	27,91
Phân giai đoạn M	Mx	28	65,12
	M1	15	34,88

Nhận xét: Khối UTP ở giai đoạn T2 chiếm tỷ lệ cao nhất (17/43 ca chiếm 39,53%), hạch trung thất ở giai đoạn N0 chiếm tỷ lệ cao nhất (16/43 TH chiếm 37,21%). Do hạn chế về khu vực khảo sát di căn xa trong nghiên cứu chỉ giới hạn trong vùng ngực, chúng tôi xếp tất cả những trường hợp chưa phát hiện di căn trên CHT ngực vào nhóm Mx (chiếm 65,12%), nghiên cứu phát hiện u di căn (giai đoạn M1) là 15/43 TH (chiếm 34,88%).

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm lâm sàng của BN bị UTP không tế bào nhỏ: Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ BN nam là 29/43, chiếm 67,4%, nữ giới là 14/43 ca, chiếm 32,6%. Tỷ lệ nam/nữ là 2,1/1. Độ tuổi trung bình là $64,4 \pm 12,6$, trong đó nhóm tuổi trên 50 chiếm tỷ lệ cao (87,1%). Kết quả này tương tự như một số nghiên cứu trong và ngoài nước khác [1, 2, 4, 6, 8]. Như vậy có sự đồng thuận giữa các nghiên cứu trong và ngoài nước về nhận định nam giới chiếm tỷ lệ ưu thế so với nữ trong UTP, điều đáng chú ý là khuynh hướng tăng dần tỷ lệ nữ mắc UTP theo thời gian.

Về các triệu chứng hô hấp, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ho là triệu chứng phổ biến nhất với tỷ lệ 76,7%, trong đó ho < 8 tuần là 55,8% và ho kéo dài ≥ 8 tuần là 20,9%. Về đặc điểm chất tiết khi ho, ho khan chiếm phần lớn với tỷ lệ 39,5%, tiếp theo là ho khạc đờm trắng hoặc trong với tỷ lệ 27,9%, ho đờm xanh hoặc vàng chiếm tỷ lệ nhỏ 7%. Có 03 trường hợp ho máu trong nghiên cứu của chúng tôi, chiếm tỷ lệ 7%, tất cả đều là ho máu mức độ nhẹ. Tỷ lệ không có triệu chứng thực thể tại phổi chiếm phần lớn 55,8%, bất thường hay gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là ran ẩm ran nổ với tỷ lệ 23,3%, tiếp theo là HC ba giảm với 16,3%. Về các triệu chứng liên quan đến sự xâm lấn của khối u, trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ đau ngực là 23,3%, tiếp theo là khó thở và khàn tiếng chiếm tỷ lệ nhỏ, tương ứng là 14% và 7%. Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có biểu hiện chèn ép TMCT, HC Pancoast-Tobias hay HC Claude-Bernard-Horner. Có thể thấy triệu chứng lâm sàng của các BN UTPKTBN trong nghiên cứu của chúng tôi không

đặc thù và có xu hướng chồng lấp với các bệnh đường hô hấp khác. Kết quả nghiên cứu này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Thị Gấm (2014) [3] và Đặng Tài Vóc (2016) [6].

Về các triệu chứng UTP di căn xa và các hội chứng cận u: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các triệu chứng UTP di căn xa và HC cận u xuất hiện với tỷ lệ tương đối thấp, cụ thể trong 43 BN chúng tôi gặp gãy sút cân là 23,3%, ngón tay dùi trống 7%, thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Gấm (2014) [3] và Đặng Tài Vóc (2016) [6]. Có thể thấy so với nghiên cứu của chúng tôi, các tác giả gặp tỷ lệ triệu chứng u di căn xa và HC cận u nhiều hơn. Sự khác biệt này có thể được giải thích do cỡ mẫu trong nghiên cứu của các tác giả lớn hơn, cũng như địa điểm tiến hành nghiên cứu là tại các bệnh viện tuyến đầu khu vực dẫn đến bệnh có xu hướng nặng hơn.

Về đặc điểm của UTP trên hình ảnh CHT ngực: Khối UTP nguyên phát trên CHT ngực trong nghiên cứu của chúng tôi được thể hiện bởi hình ảnh đồng tín hiệu trên xung T1, tăng tín hiệu trên T2, hạn chế khuếch tán trên xung Diffusion. CHT ngực không những phân biệt tốt khối UTP trong nhu mô phổi mà còn thể hiện tốt khối u nguyên phát trong vùng phổi xẹp, trên xung T2 khối u nguyên phát giảm tín hiệu hơn, còn trên xung Diffusion khối u có hiện tượng hạn chế khuếch tán mạnh khi so với vùng phổi xẹp. Về kích thước, nghiên cứu này cho thấy kích thước trung bình khối u nguyên phát là $39,7 \pm 18,7$ mm, khối có kích thước nhỏ nhất là 8,9 mm và lớn nhất là 92mm. Theo Cung Văn Đông (2017), nhóm khối u có kích thước > 2 cm chiếm phần lớn với tỷ lệ 74,4%, kích thước trung bình khối u đo bởi CHT và CLVT lần lượt là $49,3 \pm 22,15$ mm và $48,3 \pm 24,5$ mm [2]. Tác giả Ngô Quang Định (2011) nghiên cứu 21 BN UTP trên CHT toàn thân và FDG-PET-CT cho kết quả khối u có kích thước trung bình giữa hai phương pháp lần lượt là $47 \pm 21,4$ mm và $46 \pm 24,5$ mm [1]. Cả hai tác giả đều thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kích thước khối u.

Về đặc điểm xâm lấn, trong 43 BN được đưa vào nghiên cứu, tỷ lệ chưa có xâm lấn là 17/43 ca tương ứng 39,5%; xâm lấn màng phổi là 23/43 ca (53,5%), xâm lấn cột sống là 1/43 ca (2,3%), xâm lấn trung thất là 3/43 ca (7%). Nghiên cứu của tác giả Cung Văn Đông (2017) đánh giá UTP theo T đối chiếu giữa CHT ngực với CLVT cho kết quả: giai đoạn T2 chiếm tỷ lệ cao nhất 46,8% ở cả hai phương pháp, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa khả năng

đánh giá [2]. Theo tác giả Ngô Quang Định (2011), khi so sánh khả năng chẩn đoán giai đoạn T giữa CHT toàn thân và FDG-PET-CT cho kết quả đánh giá giai đoạn T giữa hai phương pháp có độ tương đồng ở mức độ phù hợp (chỉ số Kappa = 0,601) [1].

Về di căn hạch, trong nghiên cứu này đa số BN không có di căn hạch, giai đoạn N0 chiếm 37,21%, còn lại là các TH có hình ảnh hạch di căn chiếm 62,79%. Đối chiếu với một số nghiên cứu trong nước: Cung Văn Đông (2017) khi đánh giá N đối chiếu giữa CHT và CLVT cho kết quả tỷ lệ có hạch trên CHT ngực là 26/47 tương ứng 55,3%, cao hơn so với 23/47 tương ứng 48,9% của CLVT ngực, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Cũng trong cùng nghiên cứu, khi đối chiếu giữa CHT và PET-CT, tỷ lệ có di căn hạch tương ứng là 11/21 (52,4%) và 13/21 (61,9%), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [2]. Tác giả Ngô Quang Định (2011) đối chiếu giữa CHT toàn thân và FDG-PET-CT trên 21 BN, kết quả cho thấy giữa CHT toàn thân và FDG-PET-CT: tỷ lệ phát hiện hạch di căn tương ứng là 52,4% và 66,6%, giai đoạn N2 lớn nhất 28,5% và 38,9%, có thể thấy khả năng phát hiện di căn hạch của FDG-PET-CT là lớn hơn, tuy nhiên kết quả kiểm định cho thấy có sự phù hợp giữa hai phương pháp ở mức độ vừa phải (chỉ số Kappa = 0,516, $p < 0,05$) [1]. Yi và CS (2008) khi nghiên cứu 150 BN UTPKTBN được chụp CHT toàn thân và PET-CT cho kết quả: khi đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh, tỷ lệ chẩn đoán chính xác giai đoạn N của CHT toàn thân là 68%, PET-CT là 70%, giai đoạn N2 chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm có di căn hạch ở cả hai phương pháp chụp, giá trị chẩn đoán di căn hạch là gần như tương đương nhau. Như vậy, chụp CHT với chuỗi xung Diffusion phát hiện tốt các hạch trung thất và khá tương đồng với chụp PET-CT.

Về đánh giá giai đoạn di căn M: Do hạn chế về khu vực được khảo sát bởi chụp CHT ngực trong nghiên cứu cũng như thiếu đi bằng chứng giải phẫu bệnh, chúng tôi xếp tất cả những trường hợp chưa phát hiện di căn xa trên CHT ngực vào nhóm Mx. Nghiên cứu này, CHT phát hiện tỷ lệ UTP có di căn tại vùng ngực (M1) là 15/43 TH (chiếm 34,88%). Chen và CS (2010) so sánh giữa CHT toàn thân và PDG-PET-CT có đối chiếu với phẫu thuật nhận thấy khả năng chẩn đoán chính xác di căn xa của CHT là 92% thấp hơn so với 98% của FDG-PET-CT, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [7]. Như vậy, CHT có khả năng đánh giá giai đoạn M khá tương đồng với chụp PET-CT.

V. KẾT LUẬN

Về đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân UTP không tế bào nhỏ: tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới (2,1/1). Tuổi trung bình là $64,4 \pm 12,6$. 87,1% có độ tuổi > 50. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất: ho khan 39,5%, ho khạc đờm trắng hoặc trong 27,9%, đau ngực 23,3%, gầy sút cân chiếm 23,3%. Triệu chứng thực thể thường gặp nhất: HC 3 giảm 16,3%, ran ẩm ran nổ ở phổi 23,3%, ngón tay dùi trống 7%.

Về đặc điểm hình ảnh trên chụp CHT ngực ở bệnh nhân UTP không tế bào nhỏ: Kích thước khối u nguyên phát trung bình là $39,7 \pm 18,7$ mm. Khối kích thước nhỏ nhất là 8,9 mm và lớn nhất là 92 mm. Xâm lấn màng phổi là 53,5%, xâm lấn cột sống là 2,3%, xâm lấn trung thất là 6,9%. Di căn tại phổi là 18,6%, di căn ngoài lồng ngực là 27,9%. CHT phát hiện và đánh giá được sự xâm lấn (giai đoạn T), di căn hạch trung thất (giai đoạn N) và sự di căn (giai đoạn M) của khối UTP không tế bào nhỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ngô Quang Định (2011).** Bước đầu nghiên cứu giá trị của chụp cộng hưởng từ toàn thân trong đánh giá giai đoạn của ung thư phổi. Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ Nội trú, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
- Cung Văn Đông (2017).** Nghiên cứu giá trị của chụp cộng hưởng từ trong chẩn đoán ung thư phổi. Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
- Nguyễn Thị Gấm (2014).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, Xquang và kết quả nội soi phế quản ung thư phổi nguyên phát tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hoá. Luận văn BSKC II Nội Hô hấp, Đại học Y Dược Hải Phòng, Hải Phòng.
- Huỳnh Quang Huy (2019).** Nghiên cứu đặc điểm bệnh nhân và mô bệnh học ung thư phổi không tế bào nhỏ. Tạp Chí Học Việt Nam, 478(Tháng 5-Số 1), 5-7.
- Nguyễn Quốc Phương (2015).** Đặc điểm hình ảnh và vai trò của cắt lớp vi tính trong đánh giá ung thư phổi không tế bào nhỏ trước và sau điều trị. Luận văn BSKC II Chẩn đoán hình ảnh. Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
- Đặng Tài Vóc (2016).** Nhận xét vai trò của PET/CT trong chẩn đoán giai đoạn bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ. Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ Nội trú, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
- Chen W., Jian W., Li H. et al. (2010).** Whole-body diffusion-weighted imaging vs. FDG-PET for the detection of non-small-cell lung cancer. How do they measure up?. Magn Reson Imaging, 28(5), 613-620.
- Tang W., Wu N., OuYang H. et al. (2015).** The presurgical T staging of non-small cell lung cancer: efficacy comparison of 64-MDCT and 3.0 T MRI. Cancer Imaging, 15(1).
- Verschakelen J.A., Bogaert J., and Wever W.D. (2002).** Computed tomography in staging for lung cancer. Eur Respir J, 19(35 suppl), 40S - 48s.