

hiệu quả tốt không khác biệt so với phác đồ AC – TH, đồng thời độc tính tim mạch thấp hơn [5], [6].

V. KẾT LUẬN

Hóa trị bổ trợ phác đồ Docetaxel – Carboplatin – Trastuzumab giúp kéo dài thời gian sống thêm và an toàn cho các bệnh nhân ung thư vú có Her2/neu dương tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Thuận (2011)**, Điều trị nội khoa bệnh ung thư vú, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **GLOBOCAN 2020**: New Global Cancer Data | UICC. <<https://www.uicc.org/news/globocan-2020-new-global-cancer-data>>, accessed: 05/07/2022.
3. **Hudis C.A. (2007)**. Trastuzumab mechanism of action and use in clinical practice. N Engl J Med, **357(1)**, 39–51.
4. **Suter T.M., Procter M., van Veldhuisen D.J et al. (2007)**. Trastuzumab-associated cardiac adverse effects in the herceptin adjuvant trial. J

Clin Oncol, **25(25)**, 3859–3865.

5. **Slamon D., Eiermann W., Robert N. et al. (2011)**. Adjuvant Trastuzumab in HER2-Positive Breast Cancer. New England Journal of Medicine, **365(14)**, 1273–1283.
6. **Slamon D., Eiermann W., Robert N. et al. (2016)**. Abstract S5-04: Ten years follow-up of BCIRG-006 comparing doxorubicin plus cyclophosphamide followed by docetaxel (AC→T) with doxorubicin plus cyclophosphamide followed by docetaxel and trastuzumab (AC→TH) with docetaxel, carboplatin and trastuzumab (TCH) in HER2+ early breast cancer.
7. **Wu D. và Xiong L. (2020)**. Efficacy analysis of trastuzumab, carboplatin and docetaxel in HER-2-positive breast cancer patients. Oncology Letters, **19(3)**, 2539–2546.
8. **Bayo J., Aviñó V., Toscano F. et al. (2018)**. Toxicity of docetaxel, carboplatin, and trastuzumab combination as adjuvant or neo-adjuvant treatment for Her2 positive breast cancer patients and impact of colony-stimulating factor prophylaxis. Breast J, **24(4)**, 462–467.

SO SÁNH HIỆU QUẢ DỰ PHÒNG VÀ ĐIỀU TRỊ TỤT HUYẾT ÁP SAU TÊ TỦY SỐNG MỔ LẤY THAI CỦA NORDRENALINE TRUYỀN TĨNH MẠCH LIÊN TỤC VỚI TIÊM TĨNH MẠCH NGẮT QUÃNG

Bùi Hữu Hùng¹, Nguyễn Đức Lam²,
Nguyễn Hữu Quang³, Đặng Thùy Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả dự phòng và điều trị tụt huyết áp của phương pháp truyền tĩnh mạch liên tục với tiêm tĩnh mạch ngắt quãng noradrenalin trong gây tê tủy sống để mổ lấy thai. **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh. Có 120 BN GTTS mổ lấy thai phân bổ ngẫu nhiên 2 nhóm bằng nhau. Trình tự tiến hành: Cả hai nhóm được truyền dịch tinh thể trước GTTS liều 10 ml/kg. GTTS khe L_{2,3}. Liều Bupivacain theo chiều cao (7,5 mg- 8,5 mg). Ở nhóm I: truyền noradrenalin liều 0,05 mcg /kg / phút sau GTTS và tăng giảm phạm vi 0-60 ml. Ở nhóm II: dự phòng 1 liều 5 µg / ml sau GTTS và cả 2 nhóm điều trị tụt HA bằng 1 ml (5 µg / ml) cách nhau 1 phút đến khi HA về bình thường. Truyền xong oxytocin trước khi dừng truyền liên tục. Đánh giá: thay đổi HA, liều noradrenalin, thông số dịch truyền. **Kết quả:** HA nhóm I cao hơn so với nhóm II ở T₃,T₄ và T₉. Tổng liều noradrenalin nhóm

I (44,7 ± 12,8 mcg) nhiều hơn ở nhóm II (11,1 ± 7,8 mcg). Số BN bolus ở nhóm I (11,7%) ít hơn nhóm II (43,3 %). Lượng dịch tinh thể sau gây tê nhóm I (568,8 ± 136,6 ml) ít hơn nhóm II (660 ± 178,9 ml). Số BN phải truyền dịch keo nhóm I (6,7%) ít hơn nhóm II (21,7%) có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Hiệu quả dự phòng của truyền noradrenalin tốt hơn tiêm ngắt quãng và điều trị cần dùng liều bolus, dịch truyền ít hơn tiêm ngắt quãng.

Từ khóa: Noradrenaline, tụt huyết áp, tê tủy sống mổ lấy thai

SUMMARY

TO COMPARE THE EFFECTIVENESS OF THE PREVENTION AND TREATMENT OF HYPOTENSION AFTER SPINAL ANESTHESIA FOR CESAREAN SECTION OF CONTINUOUS INTRAVENOUS INFUSION WITH INTERMITTENT INTRAVENOUS NORADRENALINE

Objectives: To compare the effectiveness of the prevention and treatment of hypotension of continuous intravenous infusion with intermittent intravenous noradrenaline in spinal anesthesia for cesarean section. **Methods:** Prospective, randomized, comparative clinical trial. 120 patients who received spinal anesthesia for cesarean section were randomly assigned to 2 equal groups. **Procedure:** both groups received crystalloid infusion before spinal anesthesia at

¹Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

²Đại Học Y Hà Nội

³Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Hữu Hùng

Email: dr.hung041190@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2022

Ngày duyệt bài: 22.8.2022

a dose of 10 ml/kg. Spinal anesthesia at the L2-3 vertebral interspace. Bupivacaine dose according to height (7.5mg-8.5mg). Group I: received a continuous infusion of noradrenaline at a dose of 0.05 mcg/kg/min after spinal anesthesia and increase or decrease range 0-60 ml. In group II: was given a prophylactic dose of 5mcg/ml after spinal anesthesia and both groups had treated for hypotension at 1 ml (5 mcg/ml) 1 min apart until blood pressure returned to normal. We had finished the oxytocin infusion when we stopped the continuous infusion. Evaluation: changes in blood pressure, noradrenaline dose, fluid parameters. **Results:** Blood pressure of group I was higher than that of group II at T3, T4 and T9. Total (mcg) noradrenaline of group I ($44,7 \pm 12,8$ mcg) was more than group II ($11,1 \pm 7,8$ mcg). The number of patients receiving bolus injection in group I (11.7%) was less than in group II (43.3%). The amount of crystalloid fluid after spinal anesthesia of group I (568.8 ± 136.6 ml) was used less than that of group II (660 ± 178.9 ml). The number of patients requiring colloidal infusion in group I (6.7%) was less than in group II (21.7%) with statistical significance. **Conclusion:** The preventive effect of Noradrenaline infusion was better than intermittent injection and treatment was given bolus doses, fluid infusion with less than intermittent injections.

Keywords: Noradrenaline, hypotension, spinal anesthesia for cesarean section)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tác dụng phụ hay gặp nhất GTTS mổ lấy thai là gây tụt HA (lên tới gần 80% khi không có biện pháp dự phòng). Tụt HA gây nguy hiểm cho mẹ và thai nhi. Đã có nhiều phương pháp dự phòng và điều trị tụt HA bằng các loại thuốc như ephedrine, phenylephedrin, noradrenalin... [1], [2]

Do noradrenalin là thuốc cường giao cảm tác dụng mạnh lên receptor α , yếu lên receptor β_1 nhưng hạn chế nhịp chậm, tăng cung lượng tim của mẹ, làm giảm toan máu thai. Gần đây đã sử dụng noradrenalin như là biện pháp thay thế cho phenylephedrin... [3]. Ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về noradrenalin để dự phòng và điều trị tụt HA trong GTTS mổ lấy thai. Vì vậy, chúng

tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: So sánh hiệu quả dự phòng và điều trị tụt huyết áp của phương pháp truyền tĩnh mạch liên tục với tiêm tĩnh mạch ngắt quãng noradrenalin trong gây tê tủy sống để mổ lấy thai

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng : BN có ASA I-II, một thai, đủ tháng, phát triển bình thường. Loại trừ những cấp cứu, nguy cơ chảy máu. Đưa ra khỏi nghiên cứu: không đủ phong bế, quá T4, biến chứng khác.

2.2. Địa điểm và thời gian: khoa Gây mê hồi sức – Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội (từ 10/2021 – 6/2022)

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh.

2.4.Cỡ mẫu:

$$n1 = n2 = \left(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta} \right)^2 \frac{(\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

Chọn $\alpha = 0,05$, lực mẫu $1 - \beta = 0,8$

Theo Ngan Kee (2018),[4] nhịp tim nhóm I là $82,2 \pm 10,4$, nhóm II là $88,2 \pm 12,1$, với $p < 0,01$ Tính được: $n1 = n2 = 55,8$. Cỡ mẫu $n = 120$ chia 2 nhóm theo bốc thăm ngẫu nhiên.

2.5 Trình tự tiến hành: Cả hai nhóm truyền dịch trước GTTS với liều 10 ml/kg. GTTS khe đốt sống L2-3. Liều Bupivacain theo chiều cao (7,5 mg- 8,5 mg).

- Ở nhóm I: BN truyền liên tục 5 μ g/ml noradrenalin bắt đầu 0,05mcg/kg/phút sau GTTS tăng giảm 0-60ml.

- Ở nhóm II: dự phòng 1 liều 5 μ g/ml sau GTTS. Cả 2 nhóm điều trị tụt HA bằng tiêm 1 ml (5 μ g/ml) cách 1 phút đến khi HA về bình thường.

Dừng truyền liên tục khi truyền xong oxytocin.

2.6 Tiêu chí đánh giá: Thông số thay đổi HA, % tụt HA, tỷ lệ tụt, số BN bolus, liều noradrenalin. Thông số dịch truyền. Chỉ tiêu khác như: chỉ số nhân trắc, mức phong bế, mạch, SpO2 tại các thời điểm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

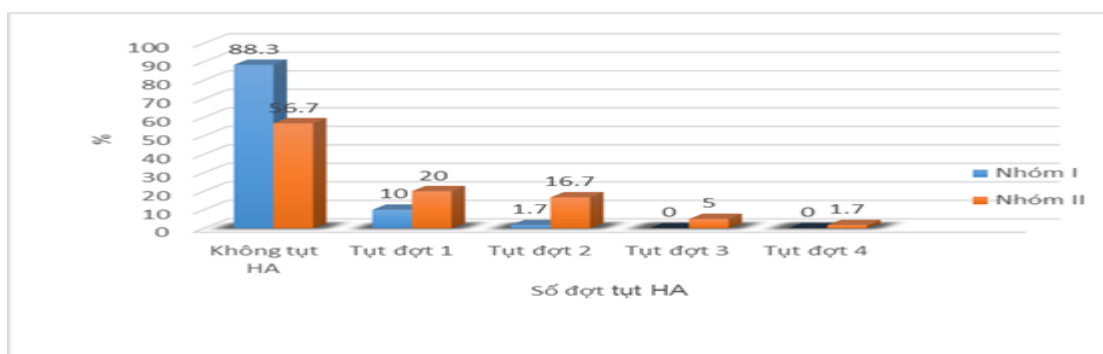
3.1. Các chỉ số nhân trắc

Bảng 3.1. Các chỉ số tuổi, chiều cao, cân nặng, BMI

Chỉ số	Nhóm	Nhóm I $\bar{X} \pm SD$	Nhóm II $\bar{X} \pm SD$	p	p
Tuổi (năm)		$29,8 \pm 5,8$	$30,9 \pm 5,7$	0,95	>0,05
Chiều cao (cm)		$156,4 \pm 5,4$	$156,4 \pm 6,3$	0,1	
Cân nặng (kg)		$64,2 \pm 8,6$	$63,4 \pm 8,2$	0,3	
BMI		$26,2 \pm 3,2$	$25,9 \pm 3$	0,52	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về tuổi, cân nặng, chiều cao và BMI ($p > 0,05$).

3.2.Tỷ lệ tụt huyết áp sau gây tê tủy sống



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ tụt HA (>20% so với HA nền) trong mổ

Nhận xét: Tỷ lệ không tụt HA trong mổ nhóm I là 88,3% và nhóm II là 56,7%. (Tụt HA đợt 1 sau khi nâng được > 80% huyết áp nên nhưng nếu tái tụt thì tính là đợt 2, tương tự cho đợt 3, đợt 4). Tỷ lệ tụt đợt 1,2,3,4 của nhóm I đều thấp hơn nhóm II có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

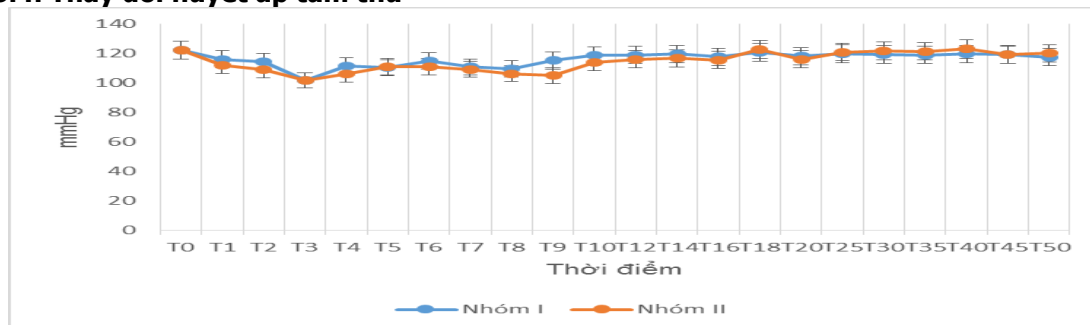
3.3. Điều trị tụt huyết áp với Noradrenalin

Bảng 3.2. Điều trị tụt huyết áp bằng Noradrenalin

Chỉ tiêu	Nhóm I (n=60)	Nhóm II (n=60)	p
Số BN bolus	11,7%(7 BN)	46,7 %(28 BN)	0,000<0,05
Tổng liều (mcg)	44,7 ± 12,8 mcg	11,2 ± 7,85 mcg	

Nhận xét: Số BN phải bolus thêm ít hơn ở nhóm I, nhưng số tổng liều Noradrenaline lại nhiều hơn so với nhóm II. Hai nhóm khác biệt nhau có ý nghĩa thống kê $p < 0,005$

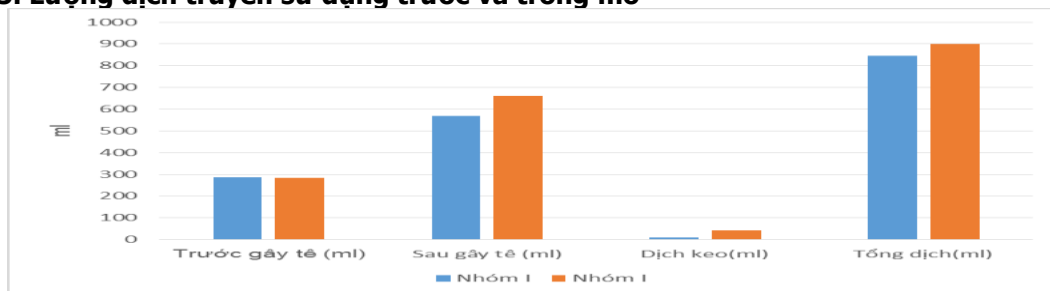
3.4. Thay đổi huyết áp tâm thu



Biểu đồ 3.2 Thay đổi huyết áp tâm thu các thời điểm

Nhận xét: Huyết áp tâm thu có xu hướng hạ dần và thấp nhất ở T3. Ở T4 ở nhóm I là 111,4 ± 10,5 mmHg cao hơn nhóm II là 105,9 ± 12,8 mmHg. Ở T9 ở nhóm I là 115,2 ± 10,2 cao hơn nhóm II là 105 ± 13,3 mmHg với $p = 0,000 < 0,05$. Sau đó huyết áp có xu hướng ổn định từ phút T10 trở đi và không có sự khác biệt thống kê giữa 2 nhóm với $p > 0,05$

3.5. Lượng dịch truyền sử dụng trước và trong mổ



Bảng 3.3 Lượng dịch truyền sử dụng trước và trong mổ

Nhận xét: Lượng dịch tinh thể trước gây tê là tương đương nhau ở 2 nhóm. Sau gây tê nhóm I (568,8 ± 136,6 ml) cần dùng ít hơn nhóm II (660 ± 178,9 ml) có ý nghĩa thống kê.

3.6. Tỷ lệ số BN phải truyền dịch keo

Bảng 3.4 Số bệnh nhân phải truyền dịch keo

Số bệnh nhân	Nhóm I (n=60)		Nhóm II (n=60)		p
	n	%	n	%	
Truyền dịch keo	4	6,7%	13	21,7%	p= 0,039 < 0,05

Nhận xét: Số BN phải truyền dịch keo nhóm I là 4 BN (6,7%) ít hơn nhóm II là 13 BN (21,7%) có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Các chỉ số về tuổi, chiều cao, cân nặng và BMI, tương đương nhau và phù hợp với các chỉ số trung bình của người Việt Nam, kết quả của chúng tôi gần tương đương với Nguyễn Cảnh Hào.[5]

Dịch truyền trước gây tê tương đương nhau ở 2 nhóm. Sau gây tê lượng dịch nhóm I (568,8 ± 136,6 ml) ít hơn so với nhóm II (660 ± 178,9 ml). Truyền dịch keo sau khi truyền dịch tinh thể và bolus 1 liều không đạt được huyết áp mong muốn, tỷ lệ số BN phải truyền dịch keo nhóm I là 4 BN (6,7%) và nhóm II là 13 BN (21,7%) khác nhau có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Sự khác biệt này cho thấy duy trì liên tục noradrenaline thì hiệu quả dự phòng, điều trị tụt HA tốt hơn dẫn đến lượng dịch truyền ít hơn có ý nghĩa đối với tiêm bolus ngắt quãng.

Nhóm I số BN cần bolus 11,7%(7 BN) ít hơn so với nhóm II 43,3 % (26 BN). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p=0,000 <0,05. Ngan Kee (2018) truyền Noradrenalin 5 µg / ml chỉnh thủ công 0- 60ml/h có 9 BN (17%) số BN tụt HA. [4] Kết quả này tương đương với kết quả nhóm I của chúng tôi. Nhóm bolus 1ml/lần thì có 35 BN (66%) có tụt HA 1 đợt hay nhiều đợt. Kết quả này lớn hơn của chúng tôi do chúng tôi đã dùng 1 liều bolus dự phòng 1ml/ 5mcg sau GTTS.

Ngan Kee (2018) liều norepinephrine đến khi lấy thai là 61 mcg so với nhóm 2 là 5,0 mcg (p < .001). [4] Đối với nhóm I tổng liều của chúng tôi (44,7 ± 12,8 mcg) thấp hơn do thời gian lấy thai ra khỏi tử cung nhanh hơn, thời gian phẫu thuật ngắn hơn. Nhóm II tổng liều (11,2 ± 7,85 mcg) lớn hơn do nghiên cứu của chúng tôi đã cho 1 liều bolus 1ml/ lần ngay sau GTTS. [4]

Sự biến đổi huyết áp tâm thu giảm từ phút thứ 1 sau tê tủy sống, từ phút thứ 3,thứ 4 giảm nhiều nhất của hai nhóm. Và sau đó tăng dần gần về huyết áp nền từ phút thứ 10 đối với nhóm thứ I. Tuy nhiên đối với nhóm II thì lại có thêm một đợt HA thấp hơn ở phút T8,T9.

Tại T3,T4 thường có HA thấp nhất cả 2 nhóm, nhất là nhóm II do sau liều bolus thì hết tác dụng của thuốc cũng là thời điểm tụt HA. Ngay sau khi lấy thai ra, kết hợp ngay sau đó là sự mất máu qua nhau thai, qua vết rạch tử cung,

đặc biệt là truyền thuốc co hồi tử cung Oxytocin. Nên thường sẽ có 1 đợt tụt HA mới ở phút T8,T9. Tại thời điểm T9 HA nhóm II thấp hơn nhóm I có ý nghĩa thống kê với p= 0,000<0,05.

Tương đương kết quả của Ngan Kee (2018) huyết áp thấp nhất của 2 nhóm ở T3,T4 và nhóm II có đợt tụt HA lần 2 ở T9. Tuy nhiên tác giả duy trì Noradrenaline liên tục đến hết cuộc mổ nên HA tâm thu trung bình của nhóm I lớn hơn nhóm II từ phút T10 đến T30. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,01. [4]

Nhịp tim cả 2 nhóm có xu hướng tăng ở phút T3, T4 và T7, T8. Nhóm I ở T3 là 87,5 ± 8,4 có nhịp tim thấp hơn nhóm II 90,9 ±5,9, ở T4 nhóm I là 86,1 ± 6,5 có nhịp tim thấp hơn nhóm II 89,7±8,3. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p< 0,05. Các thời điểm này đều tương ứng với các thời điểm tụt HA tâm thu, trung bình và tâm trương. Phản ánh sự tăng nhịp tim để bù trừ lại cung lượng tim sau tụt HA.

Chúng tôi không gặp bệnh nhân có SpO₂ thấp dưới 97% và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Kết quả này cũng tương tự Ngan Kee, Nguyễn Cảnh Hào không gặp bệnh nhân suy hô hấp và giảm thấp SpO₂ cần can thiệp hỗ trợ hô hấp. [4], [5]

V. KẾT LUẬN

Hiệu quả dự phòng của truyền noradrenaline tốt hơn tiêm ngắt quãng và điều trị cần dùng liều bolus, dịch truyền ít hơn tiêm ngắt quãng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Kinsella S.M., Carvalho B., Dyer R.A. và cộng sự. (2018).** International consensus statement on the management of hypotension with vasopressors during caesarean section under spinal anaesthesia. *Anaesthesia*, **73**(1), 71–92.
- Singh P.M., Singh N.P., Reschke M. và cộng sự. (2020).** Vasopressor drugs for the prevention and treatment of hypotension during neuraxial anaesthesia for Caesarean delivery: a Bayesian network meta-analysis of fetal and maternal outcomes. *Br J Anaesth*, **124**(3), e95–e107.
- Sharkey A.M., Siddiqui N., Downey K. và cộng sự. (2019).** Comparison of Intermittent Intravenous Boluses of Phenylephrine and Norepinephrine to Prevent and Treat Spinal-Induced Hypotension in Cesarean Deliveries: Randomized Controlled Trial. *Anesthesia & Analgesia*, **129**(5), 1312.

4. Ngan Kee W.D., Lee S.W.Y., Ng F.F. và cộng sự. (2018). Prophylactic Norepinephrine Infusion for Preventing Hypotension During Spinal Anesthesia for Cesarean Delivery. *Anesth Analg*, 126(6), 1989–1994.

5. Nguyễn Cảnh Hào (2020), So sánh hiệu quả của noradrenaline và phenylephrine trong điều trị tụt huyết áp sau gây tê tủy sống để mổ lấy thai, luận văn thạc sĩ, Trường đại Học Y Hà Nội.

UNG THƯ PHỔI BIỂU MÔ TUYẾN THỂ LEPIDIC LAN TOẢ - TỔNG QUAN TÀI LIỆU VÀ BÁO CÁO CA BỆNH

Cung Văn Công*

TÓM TẮT

Phân loại mô bệnh học cập nhật 2021 của WHO, ung thư phổi biểu mô tuyến (UTBMT) được chia thành các thể: UTBMT xâm lấn tối thiểu (Minimally Invasive Adenocarcinoma-MIA); UTBMT không tiết nhầy xâm lấn (Invasive Non-Mucinous Adenocarcinoma-INMA); UTBMT- nhầy xâm lấn (Invasive Mucinous Adenocarcinoma -IMA); UTBMT dạng keo (Coiloide Adenocarcinoma-CA); UTBMT-thai (Fetal Adenocarcinoma-FA) và UTBMT-ruột (Enteric Adenocarcinoma - EA). UTBMT xâm lấn tối thiểu (MIA) thường có các thành phần đặc trưng chủ yếu chiếm ưu thế, trong đó có thể Lepidic (Lepidic Predominant Adenocarcinoma - LPA) và tuyến nang (Acinar Predominant Adenocarcinoma - APA) với những mức độ ác tính ở bậc thấp khác nhau. MIA thể Lepidic thường thể hiện trên phim CT ngực bằng nốt kính mờ (Ground Glass Opacity - GGO) hoặc những nốt bán đặc (Part Solid - PS) diện khu trú hẹp. Thể này nếu phát hiện được và điều trị đặc hiệu tiên lượng thường tốt, tỷ lệ khỏi hẳn và sống thêm 5 năm rất cao. Chúng tôi báo cáo 1 trường hợp MIA Lepidic khá đặc biệt, khác với thông thường với tổn thương lan toả diện rộng hai phổi, được chẩn đoán bằng xét nghiệm tìm thấy tế bào ung thư trong đờm và sinh thiết niêm mạc phế quản xác định Lepidic.

Từ khóa: Ung thư phổi; Ung thư biểu mô tuyến; Ung thư biểu mô tuyến xâm lấn tối thiểu; Ung thư biểu mô tuyến xâm lấn tối thiểu thể Lepidic.

SUMMARY

DIFFUSE LEPIDIC LUNG ADENOCARCINOMA - LITERATURE REVIEW AND CLINICAL CASE REPORTS

WHO's updated histopathological classification 2021, lung adenocarcinoma is divided into the following types: Minimally Invasive Adenocarcinoma (MIA); Invasive Non-Mucinous Adenocarcinoma (INMA); Invasive Mucinous Adenocarcinoma (IMA); Coiloide Adenocarcinoma (CA); Fetal Adenocarcinoma (FA) and Enteric Adenocarcinoma (EA). Minimally invasive adenocarcinoma (MIA) usually has

predominant characteristic components, including Lepidic (Lepidic Predominant Adenocarcinoma - LPA) and Acinar Predominant Adenocarcinoma (APA) with varying degrees of low-grade malignancy. Lepidic MIA's are usually shown on CT chest film by ground glass Opacity (GGO) or semi-solid nodules (Part Solid - PS) with narrow focal area. If this form is detected and treated specifically, the prognosis is usually good, the rate of complete cure and 5-year survival is very high. We report a case of Lepidic MIA that is quite special, different from the usual with widespread damage to both lungs, diagnosed by testing for cancer cells in sputum and bronchial mucosal biopsy.

Keywords: Lung cancer; Adenocarcinoma; Minimally invasive adenocarcinoma; Lepidic minimally invasive adenocarcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tuyến thể Lepidic ưu thế, hoặc LPA, là một thuật ngữ đã được sử dụng trong phân loại của WHO năm 2015, cập nhật 2021. Mặc dù người ta đã nhận ra rằng xâm lấn đã xuất hiện song mô hình Lepidic vẫn chiếm ưu thế. LPA đại diện cho sự tăng sinh của tế bào phổi tương tự như thấy trong MIA, song hiện diện ở ít nhất một vị trí, kích thước > 5mm. Quá trình xâm lấn được kiểm soát bởi sự hiện diện của sự tăng trưởng nonlepidic (Ổng túi phế nang, nhú, nhiều u nhú nhỏ, và/hoặc tổ chức đệm liên quan với các tế bào u xâm lấn).^{1,2}

Trên CT, LPA thường xuất hiện như một nốt PS, khu trú với thành phần đặc có kích thước lớn hơn 5 mm (có thể nhỏ hơn 5 mm trên CT ngực ở một số BN). Một số nghiên cứu gần đây về ung thư biểu mô tuyến giai đoạn đầu cho thấy LPA có tiên lượng tốt, tỷ lệ sống thêm 5 năm nếu không có bệnh tật khác từ 86% đến 90%.¹⁻⁴

LPA lan toả được nhận diện nếu khối u xâm nhập vào bạch huyết, mạch máu, màng phổi hoặc các vùng hoại tử. Trong trường hợp này thường thì thuật ngữ LPA sẽ không được sử dụng nữa, người ta coi đó là giai đoạn phát triển lan tràn của khối u vào tổ chức nhu mô lành xung quanh cũng như cấu trúc Lepidic sẽ khó phân biệt trong bối cảnh này.⁵

*Bệnh viện Phổi trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Cung Văn Công

Email: vancong13071964@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2022

Ngày duyệt bài: 15.8.2022