

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

Phân loại mô bệnh trước 2015, Lepidic MIA được gọi với thuật ngữ "ung thư biểu mô tiểu phế quản, phế nang" (BAC). Thuật ngữ này hiện nay không còn được sử dụng. Nói đến MIA, đặc biệt thể Lepidic thường thì người ta sẽ hình dung cho một vùng tổn thương khu trú, diện hẹp, mức độ ác tính (Grade malignant) thấp và tiên lượng điều trị tốt. Tuy nhiên, trên thực tế có những trường hợp MIA đã lan rộng song người ta vẫn tìm thấy cấu trúc Lepidic trong đó.^{4,5}

Trường hợp chúng tôi báo cáo có lẽ là đại diện tiêu biểu hình thái Lepidic lan toả. Hy vọng sau báo cáo này chúng tôi sẽ nhận được nhiều ý kiến góp ý/bổ sung/ đồng thuận/không đồng thuận của các độc giả. Khoa học thường đi đôi với tranh luận và chúng tôi sẽ luôn trân trọng ý kiến của các quý vị.

II. BÁO CÁO CA BỆNH

Bệnh nhân nữ, 25 tuổi vào viện vì khó thở.

Tiền sử: BN xuất hiện các dấu hiệu bất thường đường hô hấp từ năm 2020 với việc xuất hiện nhiều các đợt ho, có đờm, khó thở.

Bệnh sử: Đầu năm 2022 BN nhập viện Phạm Ngọc Thạch thành phố Hồ Chí Minh điều trị vì suy hô hấp cấp, căn nguyên không rõ. Khi ra viện bệnh ổn định, BN trở về quê ngoài bắc sinh sống. Tháng 3/2022 BN mắc Covid 19, tự điều trị tại nhà. Sau khỏi Covid 1 tuần (XN âm tính) BN thấy xuất hiện khó thở, tức ngực, ho nhiều, đờm loãng. Bệnh nhân đã đến BV tỉnh khám, chẩn đoán viêm phổi và điều trị 1 tuần không đỡ, khó thở nhiều và được chuyển lên điều trị tại trung tâm cấp cứu BV Bạch mai. Tại đây BN được chẩn đoán TD lao phổi - Bụi phổi – chưa loại trừ viêm phổi do Covid 19 kéo dài. Do vậy BN được chuyển đến BV Phổi trung ương tiếp tục điều trị.

Khám lúc vào BN tỉnh, tiếp xúc tốt, khó thở nhẹ, thở o xy mask 15 lít/phút; không sốt; nghe phổi giảm thông khí, ran ẩm, ran nổ 2 phổi, ưu thế vùng thấp. Tim nhịp đều, tần số 120 lần/phút, HA: 120/70mmHg. Thể trạng BN gầy, da xanh, niêm mạc kém hồng. Các bộ phận khác không có gì đặc biệt.

Bệnh nhân được chụp X quang ngực qui ước, kết quả chi tiết được thể hiện trong hình 1.

Căn cứ vào kết quả X quang ngực và bệnh sử, các BS chẩn đoán sơ bộ: TD lao phổi

*Các XN từ thường qui đến chuyên sâu đã được tiến hành:

- CTM: BC 13.61G/L, TT63.7%; BC ái toan: 0%; các chỉ số khác trong giới hạn bình thường.
- Các chỉ số đông cầm máu cơ bản trong giới hạn bình thường.

- Sinh hoá máu: Không thấy bất thường. CRP: 0,478.

- Sinh hoá nước tiểu: Không thấy bất thường.
- Điện giải đồ có Kali giảm nhẹ(3.15 mmol/L).
- Khí máu: PCO₂; PO₂ giảm nhẹ.

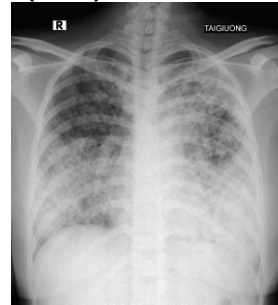
*Các XN vi sinh đối với bệnh phẩm đờm và máu cũng được tiến hành

- XN AFB trực tiếp: 3 mẫu âm tính
- Gene Xpert/RMP: Âm tính
- Nuôi cấy đờm/dịch rửa phế quản với MTB:

Âm tính

- Nuôi cấy đờm/dịch rửa phế quản với VK ngoài lao: Âm tính

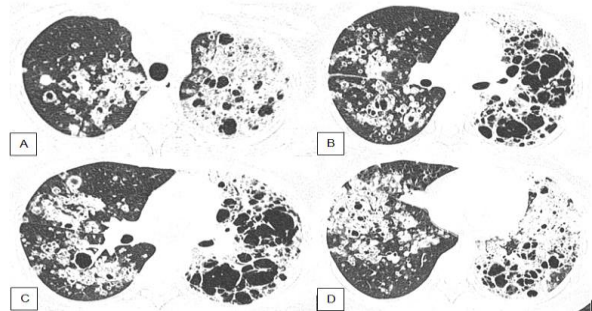
- Cấy máu (3 lần): Âm tính.



Hình 1. X quang ngực qui ước khi BN mới nhập viện

Mờ lan toả dạng thâm nhiễm diện rộng hai phổi. Hình thái thâm nhiễm (đông đặc không hoàn toàn) và phân bố tổn thương hướng nhiều đến lao phổi.

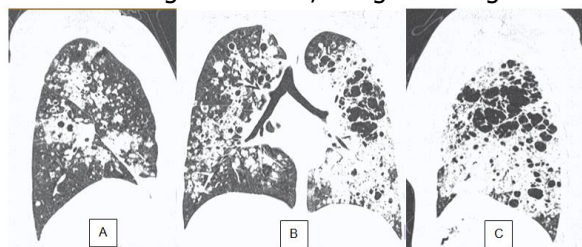
Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính bằng máy 64 lát cắt, có tiêm thuốc cản quang. Chi tiết hình ảnh và kết quả được thể hiện tại hình 2 và 3.



Hình 2. CT ngực, cửa sổ phổi, các lát cắt từ trên xuống của BN

A-D: Phổi phải: Xuất hiện rất nhiều nốt/vùng đặc, các nốt rộng vùng lõi (đã loại trừ giãn phế quản); gian giới nốt/vùng đông đặc rõ nét, phân bố theo giải phẫu theo rãnh liên tiểu thùy. A-D: Phổi trái: Ngoài các tổn thương đông đặc như bên phải, nổi trội lại là các phế nang/tiểu thùy phổi giãn với sự hiện hình của các vách liên tiểu thùy, nhiều vách bị phá huỷ tạo tình trạng "thông vách"; tổn thương ưu thế vùng sau và 1/3

trên. Phổi trái giảm thể tích, trung thất sang trái.

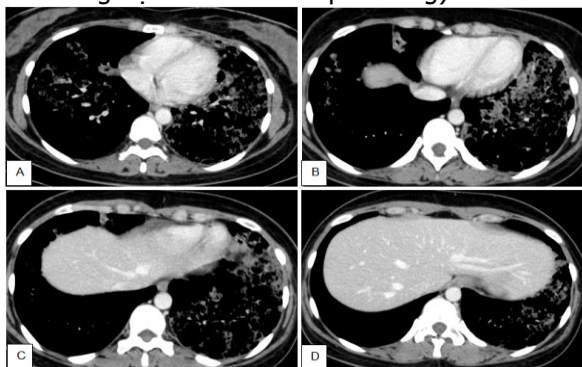


Hình 3. CT ngực, các ảnh dựng của số phổi

A: Sagittal bên phải; B: Coronal mặt phẳng qua Carina; C: Sagittal bên trái

Ngoài các đặc điểm hình ảnh đã nêu tại hình 2 có một số nhận định bổ sung: A. Các tổn thương không vượt qua rãnh liên huyệt lớn (mũi tên vàng); B. Tình trạng đông đặc bám sát khí quản, phế quản gốc hai bên.

Với tổn thương như bên phổi trái, các bác sỹ cho rằng nhiều khả năng BN có thể bị nấm phổi *Aspergillus* mạn tính. Các kỹ thuật chẩn đoán nấm đã được tiến hành (soi đờm, cấy nấm đờm) cho kết quả âm tính; Xét nghiệm *Aspergillus* Galactomanan định lượng âm tính. Song song với XN đờm tìm nấm, nhuộm PAS (Periodic Acid Schiff) 3 lần đều cho kết quả âm tính (loại trừ khả năng bệnh tích Protein phế nang).



Hình 4. CT ngực, cửa sổ trung thất sau tiêm, các lát cắt từ trên xuống

A-D: Giảm thể tích phổi trái, trung thất sang trái; không thấy hình hạch lớn trung thất; phần nhu mô hai phổi đông đặc ngấm cản quang rất kém.

Bệnh nhân được hội chẩn liên khoa trong bệnh viện. Các hướng chẩn đoán đã được rà soát và không cho bất kỳ kết quả khả quan nào. Còn lại, liệu đây có phải là 1 trường hợp ung thư phổi không? K phổi thể khối được loại trừ. Hướng xem xét thể lan toả hoặc thứ phát được cân nhắc.

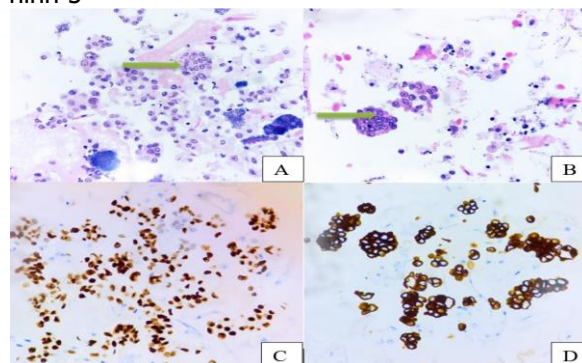
Một số Marker ung thư đã được tiến hành và cho kết quả khá cao. CA 15-3: 255.80 U/mL (bình thường 0- 25U/mL); CA 125: 163.2 U/mL (bình thường 0-35 U/mL); CEA: 24.45 ng/mL (bình thường ≤ 5 ng/mL).

Một điều đặc biệt là hàng ngày BN khạc ra rất nhiều đờm bọt và chỉ định xét nghiệm đờm tìm tế bào ung thư đã được tiến hành. BN được hướng dẫn uống nhiều nước, vỗ dung và lấy đờm vào buổi sáng, áp dụng kỹ thuật Cellblock (đúng nền khối TB có được từ ly tâm lượng lớn đờm bọt); chi tiết các kết quả như sau:

- Lần 1: Có kết quả: Hình ảnh tế bào biểu mô hướng ác tính/ Dịch đờm nhiễm vi khuẩn

Đề nghị: Xét nghiệm thêm mẫu 2

Chi tiết tiêu bản MBH lần 1 được thể hiện tại hình 5



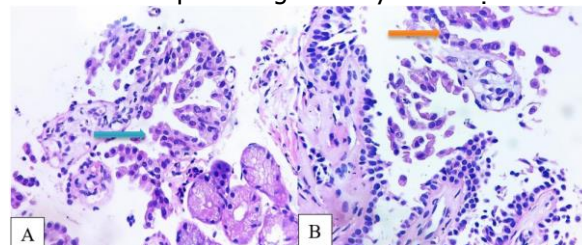
Hình 5. MBH khối Cellblock đờm của người bệnh (A, B: HE VK x40, HMMD x 40)

Mảnh cắt từ khối tế bào thấy nhiều đám tế bào biểu mô (mũi tên), tế bào nhân to, thô, chất nhiễm sắc tụ vón, bào tương ưa kiềm, hạt nhân rõ. Xen kẽ tạp khuẩn, nấm men. Các tế bào u nhuộm dương tính với TTF1 (Hình C) Và CK7 (Hình D).

- Lần 2: Mảnh cắt từ khối tế bào thấy chất hoại tử, tế bào thoái hóa, ít bạch cầu trung tính, lympho bào, đại thực bào và tế bào biểu mô nhân đều. Kết luận: Phổi đồ viêm. Không thấy tế bào ác tính.

Nội soi phế quản có sinh thiết niêm mạc phế quản gốc trái đã được tiến hành, kết quả mô bệnh học đã cho chúng tôi chẩn đoán mô bệnh học là Ung thư biểu mô tuyến, thiên về típ lepidic

Hình ảnh chi tiết mô bệnh học được thể hiện tại hình 6. Bệnh nhân đã được XN tìm đột biến gen EGFR cho kết quả không tìm thấy Gene đột biến.



Hình 6. MBH mảnh sinh thiết niêm mạc phế quản gốc trái của bệnh nhân

Mảnh sinh thiết là vùng mô phế quản, mô phế

nang và vùng mô liên kết. Mô liên kết hạ niêm mạc thấy nhiều đám tế bào biểu mô tuyến xâm nhập, tế bào nhân đặc tăng sắc và mất cực tính. Các tế bào này sắp xếp tạo cấu trúc tuyến với tế bào u xếp 1 hàng trên vách phế nang, gợi dạng lepidic (Mũi tên cam). Một số tế bào quá sản tạo vi nhú trong không gian phế nang (Mũi tên xanh dương). Cấu trúc này gợi dạng lepidic.

Sau khi có chẩn đoán xác định BN nhân từ chối điều trị và xin ra viện.

***Chẩn đoán xác định cuối cùng của ca bệnh:** Ung thư biểu mô tuyến phổi, thể Lepidic.

III. BÀN LUẬN

Kể cả khi đã có kết quả cuối cùng thì đây vẫn là ca bệnh gây nhiều tranh cãi nhất là về chẩn đoán hình ảnh. Về định nghĩa, ung thư phổi (UTP) là việc xuất hiện các tế bào ác tính từ lớp tế bào niêm mạc đường dẫn khí, niêm mạc phế nang, niêm mạc các tuyến phổi.¹ MBH/GPB tổ chức lấy ra trực tiếp từ tổn thương được coi là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán. Về MBH UTP hiện nay vẫn được chia thành 2 loại lớn: UTP không tế bào nhỏ và UTP tế bào nhỏ. Phân loại MBH 2015 và cập nhật 2021 của WHO thể hiện rất chi tiết cụ thể các typ, dưới typ. Thể Lepidic thuộc phân nhánh UT biểu mô tuyến, có cấu trúc hình "vảy cá", xuất phát từ niêm mạc đường thở nhỏ nhất (tiểu phế quản hô hấp) và niêm mạc phế nang. Thuật ngữ này dùng nguyên bản tiếng Anh, không dịch sang tiếng Việt. Phân loại trước 2015 dạng ung thư này có tên BAC (Bronchogenic Alveolar Carcinoma). Tổn thương cơ bản của dạng ung thư này sẽ gây tình trạng lấp đầy phế nang mà trong các tài liệu giảng dạy chẩn đoán hình ảnh trước đây thường gọi "hội chứng lấp đầy phế nang". Các dạng UTP khác thường biểu hiện dạng nốt/khối hoặc xẹp đơn vị giải phẫu phổi nếu u chèn/nằm trong phế quản gốc.²

Đối chiếu với tiêu chuẩn nói trên, chúng tôi xin đưa ra một vài bàn luận sau đây:

(1) Về diễn biến lâm sàng: Theo y văn, đây là dạng UTP có độ ác tính thấp, diễn tiến chậm. Điều này khá phù hợp với BN này bắt đầu biểu hiện bệnh từ đầu 2020 bằng những dấu hiệu bất thường đường hô hấp: Ho, khạc đờm, khó thở với các biểu hiện nhiễm trùng nhẹ, đan xen các đợt thoái triển. Nhiều khả năng khi đó bệnh đã khởi biểu bằng thể Lepidic tại chỗ; (2) Hình ảnh hiện tại của việc đông đặc/lấp đầy các phế nang/tiểu thụ phổi (thấy rõ bên phổi phải) cũng là phù hợp với Lepidic tiến triển. Điểm khác biệt ở đây là tổn thương xuất hiện rất nhiều ổ (dạng đa ổ) mà trong các y văn Lepidic chưa hề nói tới.

Xem xét về MBH, Lepidic dạng vảy cá, rất dễ bong tróc khỏi tổ chức niêm mạc và có khả năng di chuyển qua kênh Lamper và lỗ Kohn (kênh thông tiểu phế quản và lỗ thông phế nang) có thể tạo ra rất nhiều các ổ tổn thương khác nhau. Đặc biệt do tổn thương u phát triển lan tràn qua các lỗ phế nang nên trong vùng tổn thương hầu hết các phế nang sẽ bị lấp đầy song vẫn có những phế nang tổn thương không lan tràn vào được, thể hiện trên phim là những kén khí với đặc điểm mặt trong rất trơn nhẵn. Điều này đúng với hoàn cảnh thực tế với thuật ngữ "trong vùng dịch chiếm đóng vẫn có vùng tự do". Các phế nang "cố thủ" không cho tế bào ung thư xâm nhập, bị căng giãn dần do các đường cấp khí ban đầu chưa bị chèn ép hoàn toàn bởi tổ chức u vùng lân cận. Luận giải này cũng phù hợp với việc chúng tôi đã tìm thấy tế bào ung thư trong đờm của BN. Việc các tế bào u "lang thang" ở trong đờm cũng có thể đặt giả thiết cho việc tổn thương xuất hiện ở cả hai bên phổi.

Khó khăn lớn nhất trường hợp này khi luận giải hình ảnh tổn thương ở phổi trái. Các nốt/vùng lấp đầy phế nang tương tự như phổi phải có lẽ không cần giải thích gì thêm. Các vùng xuất hiện nhiều tiểu thụ phổi căng giãn với hình ảnh dày lên và phá thông của các vách liên tiểu thụ thực sự khó giải thích bằng tổn thương do ung thư. Theo chúng tôi ở đây có lẽ BN đã nhiễm Sars-CoV-2 gây viêm phổi trái trong lịch sử và giờ để lại hình ảnh di chứng xơ hoá khoảng kẽ phổi hợp. Phổi trái giảm thể tích là bằng chứng thể hiện sự xơ hoá. Điều còn lại duy nhất đến giờ chúng tôi chưa luận giải được đó là sự căng chướng các tiểu thụ và phá thông vách. Theo y văn và kinh nghiệm của chúng tôi hình ảnh này thường gặp trong bệnh nấm phổi Aspergillus xâm lấn song các phương cách tìm nấm chúng tôi đều đã làm song đều không tìm thấy.

Khi chưa tìm ra tế bào ung thư của BN này, một số chuyên gia nêu cần phải phân biệt với bệnh mô bào X phổi. Tuy nhiên đối chiếu y văn trong mô bào X các nốt phổi thường nhỏ hơn, rỗng lõi, phân bố ngẫu nhiên, ưu thế vùng cao và tuyệt nhiên không bao giờ lan tràn đến vùng các túi cùng sườn – hoành. Giai đoạn muộn của mô bào X cũng có hình ảnh căng chướng, phá thông vách các tiểu thụ phổi, tạo ra các hình ảnh "kỳ quái" song thường ở vùng cao hai phổi. Tuy nhiên, việc loại bỏ hoàn toàn một trường hợp mô bào X có hình ảnh khác thường ở BN này là hoàn toàn chưa có cơ sở chắc chắn.

Từ trước đến nay chúng ta vẫn cứ mặc định việc lan tràn trực tiếp từ khối u phổi ra khu vực

nhu mô lành xung quanh thường qua tổ chức kẽ thông qua quá trình đại thực bào. Tuy nhiên theo hiểu biết của chúng tôi cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu y văn nào loại bỏ khả năng tế bào u lan tràn qua đường dẫn khí và qua lỗ phế nang. Chae M và cộng sự đã tiến hành nghiên cứu sự tái phát tại chỗ của khối u khi phẫu thuật cắt bỏ phần u mà không cắt bỏ cả thùy phổi (cắt hình chêm). Kết quả nghiên cứu chỉ ra rằng biểu hiện ban đầu của tái phát là u lấp đầy phế nang chứ không phải dày khoảng kẽ.⁷

IV. KẾT LUẬN

Theo chúng tôi đây là một ca bệnh UTPBMT thể Lepidic khó chẩn đoán, hình ảnh tổn thương không giống như kinh điển mô tả và logic của chẩn đoán có thể chưa thật chặt chẽ, song bằng chứng về MBH là hoàn toàn không thể chối cãi. Hình X quang thường qui rất giống với lao phổi, việc luận giải các hình tổn thương trên CT ngực có lẽ sẽ còn nhiều độc giả chưa thật hài lòng. Do vậy, qua báo cáo ca bệnh này, chúng tôi rất mong muốn nhận được các ý kiến đóng góp, phản hồi từ các độc giả. Chúng tôi sẽ luôn trân trọng mọi ý kiến đóng góp và chân thành cảm ơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Richard Webb and Charles B. Higgins. Thoracic Imaging: Pulmonary and Cardiovascular Radiology. 2017; 3 E; p. 275 – 305.
2. Moreira AL, Ocampo PSS, Xia Y, et al. A Grading System for Invasive

Pulmonary Adenocarcinoma: A Proposal From the International Association for the Study of Lung Cancer Pathology Committee. J Thorac Oncol. 2020 Oct;15(10):1599-1610. doi: 10.1016/j.jtho.2020.06.001. Epub 2020 Jun 17. PMID: 32562873

3. National Comprehensive Cancer Network. Lung cancer screening. Version 1.2021
4. Matsunaga T, Suzuki K, Takamochi K, Oh S. What is the radiological definition of **part-solid** tumour in lung cancer?. Eur J Cardiothorac Surg. 2017 Feb 1;51(2):242-247. doi: 10.1093/ejcts/ezw344. PMID: 28119328
5. Travis WD, Asamura H, Bankier AA et al. The IASLC Lung Cancer Staging Project: Proposals for Coding T Categories for Subsolid **Nodules** and Assessment of Tumor Size in **Part-Solid** Tumors in the Forthcoming Eighth Edition of the TNM Classification of Lung Cancer. Radiology. 2020 Nov;297(2):451-458. doi: 10.1148/radiol.2020192431. Epub 2020 Aug 25. PMID: 32840472
6. Chae M, Jeon JH, Chung JH, et al. Prognostic significance of tumor spread through air spaces in patients with stage IA **part-solid lung adenocarcinoma** after sublobar resection. Lung Cancer. 2021 Feb;152:21-26. doi: 10.1016/j.lungcan.2020.12.001. Epub 2020 Dec 5. PMID: 33338924
7. Travis WD, Brambilla E, Noguchi M, et al. International association for the study of lung cancer/american thoracic society/european respiratory society international multidisciplinary classification of lung adenocarcinoma. J Thorac Oncol. 2011 Feb; 6(2):244-85. doi: 10.1097/JTO.0b013e318206a221. PMID: 21252716

ĐÁNH GIÁ HỆ THỐNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG XÉT NGHIỆM SINH HÓA BẰNG CÔNG CỤ SIX SIGMA VÀ TỈ LỆ CHỈ SỐ MỤC TIÊU CHẤT LƯỢNG

Phạm Thăng Long*, Phù Thị Hoa*, Trần Thị Tiên Xinh*, Nguyễn Thị Hoa*, Đoàn Thị Ngọc Hân*, Nguyễn Thị Ngọc Hiệp*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng xét nghiệm hoá sinh trên hệ thống máy sinh hoá tự động cobas 6000 bằng công cụ six sigma tại khoa xét nghiệm Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. Tính tỉ lệ chỉ số mục tiêu chất lượng của phân tích nhằm xác định đúng vấn đề chất lượng còn tồn tại tại phòng xét nghiệm. **Nguyên liệu và phương pháp:** Giá trị Six Sigma được xác định bởi giá trị biến thiên (CV) từ kết quả nội kiểm tra 3 tháng liên tiếp, Độ lệch Bias lấy từ kết quả ngoại

kiểm tra trong 3 tháng và sai số toàn bộ cho phép (TEa) tham khảo từ CLIA. Nếu giá trị Six Sigma ≥ 6 , từ 3 đến 6, và < 3 được đánh giá lần lượt là đẳng cấp thể giới, tốt và không thể chấp nhận. Tỉ lệ chỉ số mục tiêu chất lượng được tính dựa trên giá trị Six Sigma và CV% của mỗi xét nghiệm. **Kết quả:** Các xét nghiệm hoá sinh của phòng xét nghiệm có giá trị Sigma > 6 ở cả 2 mức nồng độ gồm: Amylase, HDL-C, Triglycerid; ở mức nồng độ 2 gồm: AST, ALT, LDH. Xét nghiệm có giá trị $3 < \text{Sigma} < 6$ ở cả 2 mức nồng độ gồm: ALP, Cholesterol, LDL-C, Protein, Urea, Billirubin TP; ở mức nồng độ 1 gồm: Glucose, LDH, ALT, AST, Calcium, Acid uric; ở mức nồng độ 2 gồm: Acid uric, Calcium, Glucose, Albumin, GGT, K+. các xét nghiệm có giá trị sigma < 3 ở cả 2 mức nồng độ gồm: Chloride, Creatinin, Na+; ở mức nồng độ 1 gồm: Albumin, GGT, K+. Các xét nghiệm có Sigma < 4 thì có chỉ số QGI $> 1,2$ ở mức nồng độ 2 gồm: K+. Chỉ số $0,8 < \text{QGI} < 1,2$ ở

*Trường Đại học Y Dược Huế

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thăng Long

Email: thanglong10282@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.6.2022

Ngày phản biện khoa học: 11.8.2022

Ngày duyệt bài: 15.8.2022