

ảnh hưởng đến kỹ thuật khâu nối mạch máu trong ghép thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trương Hoàng Minh, Trần Thanh Phong, Trần Lê Duy Anh và cs (2021). Biến chứng ngoại khoa sau ghép thận, kinh nghiệm điều trị tại bệnh viện nhân dân 115. Tạp chí Y học Việt Nam, 509: 399-405.
2. Vũ Công Hòe và cộng sự., (1980). Xơ mỡ động mạch. Nội san hội giải phẫu và pháp y, số 1: 3-5.
3. Nakai K, Shutaro Y, Inoue M., et al (2021). Pretransplant dialysis treatment and vascular calcification of the iliac artery and abdominal aorta in kidney transplant patients. Renal Replacement Therapy; 7(30): 1-8.
4. Rodríguez F.O, Boissier R, Budde K., et al., (2018). European Association of Urology Guidelines on Renal Transplantation: Update 2018. European Urology Focus; 4: 208–215
5. Kakaei F, Nikeghbalian S, Ali S (2013). Kidney Transplantation Techniques. Current Issues and Future Direction in Kidney Transplantation, chapter 7: 167-184
6. Lin H.T, Liu F.C, Lin J.R., et al., (2018). Impact of the pretransplant dialysis modality on kidney transplantation outcomes: a nationwide cohort study. BMJ Open; 8: e020558.

CHƯƠNG TRÌNH SÀNG LỌC UNG THƯ PHỔI SỬ DỤNG CHỤP CT LIỀU THẤP TRÊN NHÓM NGƯỜI NGUY CƠ CAO: TỔNG QUAN TÀI LIỆU VÀ THỰC TẾ TẠI VIỆT NAM

Trần Văn Dũng¹, Hoàng Thùy Dung¹, Lưu Hồng Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Tổng quan tài liệu trên thế giới và thực tế tại Việt Nam về chương trình sàng lọc ung thư phổi sử dụng phương pháp CT liều thấp trên nhóm đối tượng nguy cơ cao. **Phương pháp tổng quan tài liệu:** Tổng quan hệ thống tài liệu dựa trên hướng dẫn của PRISMA từ các nghiên cứu được công bố trên cơ sở dữ liệu PubMed và EMBASE, và một số trang web có mã nguồn mở. **Kết quả và kết luận:** Từ 13 nghiên cứu về chương trình sàng lọc ung thư phổi sử dụng chụp CT liều thấp được tìm kiếm & lựa chọn thông qua tổng quan hệ thống tài liệu, trong đó tiêu chí lựa chọn người nguy cơ, cỡ mẫu, số lượt sàng lọc được đề cập. Đồng thời, một số kết quả chính (tỷ lệ phát hiện ung thư phổi, tỷ lệ phát hiện sớm) và hạn chế của các chương trình sàng lọc được tổng hợp.

Từ khóa: sàng lọc ung thư phổi, CT liều thấp, tổng quan hệ thống.

SUMMARY

LUNG CANCER SCREENING WITH LOW-DOSE CT IN HIGH-RISK PEOPLE: A SYSTEMATIC REVIEW

Objective: A systematic review was conducted to verify whether screening could reduce lung cancer mortality in high-risk people and to determine the optimal screening program. **Methods:** Searching on PubMed and EMBASE, and relevant databases. **Results:** From 13 studies on lung cancer screening programs using low-dose CT scans were searched and

selected through a systematic review of documents, in which criteria for selecting people at high risk, sample size, and number of screening visits were selected. Some of the key outcomes (lung cancer detection rates, early detection rates) and limitations of screening programs were combined.

Keywords: screening; lung cancer; low-dose CT; systematic review

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong một vài thập kỷ gần đây, ung thư phổi là bệnh ung thư phổ biến nhất và ác tính nhất, để lại hậu quả nặng nề về sức khỏe, kinh tế và xã hội. (1) Theo GLOBOCAN năm 2020, số ca mắc mới ung thư phổi là hơn 2,2 triệu, chiếm 11,4% tổng số ca ung thư, xếp thứ 2 trên toàn thế giới. Tỷ lệ mắc ung thư phổi theo tuổi là 22,4/100.000 người, xếp thứ 3 và tỷ lệ tử vong ung thư phổi theo tuổi là 18/100.000 người đứng hàng đầu trong số 10 bệnh ung thư phổ biến nhất trên toàn cầu. (1) Tại Việt Nam, ung thư phổi là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng thứ hai từ năm 2012 đến nay. Theo GLOBOCAN năm 2020, Việt Nam có 26.262 ca mắc ung thư phổi, chiếm 14,4% tổng số ca mắc ung thư và 23.797 trường hợp tử vong do ung thư phổi, chiếm 19,4% tổng số ca tử vong do bệnh ung thư (2). Điều đáng lo ngại hơn là tỷ lệ mắc ung thư phổi vẫn ngày càng tăng và dự báo sẽ tiếp tục tăng trong giai đoạn tới.

Sàng lọc ung thư là biện pháp nhằm phát hiện sớm các loại bệnh ung thư ở giai đoạn đầu khi cơ thể chưa có biểu hiện triệu chứng (3). Có nhiều kỹ thuật sàng lọc phát hiện ung thư phổi, trong đó chụp cắt lớp vi tính (CT) liều thấp được

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Dũng

Email: dungtranvk1011@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2022

Ngày duyệt bài: 21.12.2022

cho là một tiến bộ lớn của sàng lọc phát hiện sớm ung thư phổi. Chương trình sàng lọc ung thư phổi sử dụng CT liều thấp được áp dụng triển khai hiệu quả tại nhiều nước trên thế giới. Hầu hết các quốc gia tại Châu Âu, Châu Mỹ (Hoa Kỳ, Canada, Brazil...) đã và đang triển khai các chương trình sàng lọc ung thư phổi cho người dân. Tại Châu Á có một số nước đã xây dựng và triển khai, đặc biệt Trung Quốc, Nhật Bản và Hàn Quốc đã công bố Hướng dẫn tầm soát ung thư phổi trên toàn quốc (4).

Hiện nay, Việt Nam chưa có hướng dẫn quốc gia về sàng lọc ung thư phổi cho người dân cũng như mô hình sàng lọc ung thư phổi cho người có nguy cơ cao sử dụng CT liều thấp. Vì vậy, nghiên cứu nhằm tổng quan tài liệu về chương trình sàng lọc ung thư phổi sử dụng chụp CT liều thấp trên nhóm người nguy cơ cao tại các nước trên thế giới và thực tế tại Việt Nam. Đây là cơ sở khoa học nhằm cung cấp những bằng chứng góp phần xây dựng quy trình sàng lọc ung thư phổi bằng phương pháp CT liều thấp tại Việt Nam trong thời gian tới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu: Tổng quan tài liệu dựa trên hướng dẫn của PRISMA.

2.2. Phương pháp tìm kiếm tài liệu: Tìm

kiếm các tài liệu về sàng lọc UNG THƯ PHỔI sử dụng CT liều thấp trên người nguy cơ cao. Sử dụng công cụ tìm kiếm trên hai cơ sở dữ liệu (PubMed và EMBASE) thêm vào đó là các bài báo từ các nguồn khác từ việc tìm kiếm các tài liệu xám với mã nguồn mở.

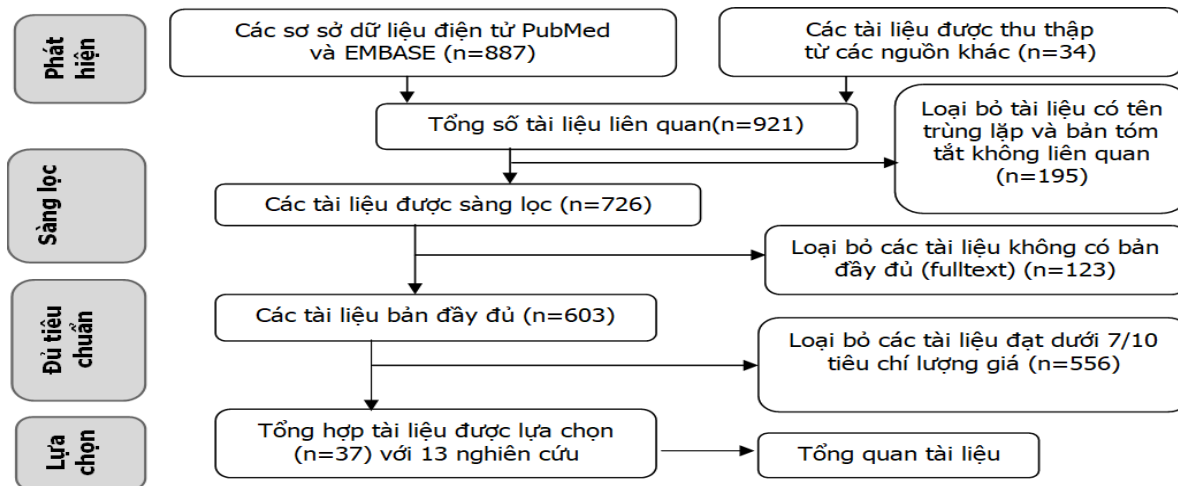
2.3. Nguồn tài liệu: tải toàn văn từ hai cơ sở dữ liệu (PubMed và EMBASE).

2.4. Từ khóa sử dụng từ khóa tiếng Việt gồm có "sàng lọc ung thư phổi", "chụp CT liều thấp", "sàng lọc ung thư phổi", "hướng dẫn sàng lọc ung thư phổi", "người có nguy cơ cao"; từ khóa tiếng Anh gồm có: "lung cancer screening protocol", "low-dose CT scan", "lung cancer screening", "lung cancer screening guidelines", "high-risk people", "lung cancer".

2.5. Các bước lựa chọn và loại trừ tài liệu: Sau khi tìm kiếm hệ thống các tài liệu liên quan và tổng hợp toàn bộ các tài liệu, nghiên cứu tiến hành loại bỏ các tài liệu có tên trùng lặp hoặc không phù hợp, các tài liệu có nội dung mục tóm tắt và không đầy đủ (fulltext). Tiếp theo, các tài liệu sẽ được lượng giá thông qua các tiêu chí (nghiên cứu có đề cập đến xác định người có nguy cơ cao mắc ung thư phổi, phương pháp nghiên cứu phù hợp, cỡ mẫu, kết quả phát hiện ung thư phổi sau sàng lọc...).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả các bước tổng quan tài liệu theo hướng dẫn của PRISMA



Hình 3.1: Các bước tìm kiếm và tổng quan hệ thống theo PRISMA

Áp dụng theo hướng dẫn của PRISMA, 887 bài báo được xác định bằng cách tìm kiếm hai cơ sở dữ liệu (PubMed và EMBASE) và 34 bài báo từ các nguồn khác từ việc tìm kiếm các tài liệu xám với mã nguồn mở. Sau đó, các bài báo được sàng lọc loại bỏ trùng lặp thông qua tiêu đề và

tóm tắt của bài báo, bài báo không có tài liệu toàn văn. Trong tổng số 603 bài báo, tiến hành đọc, lựa chọn dựa trên các tiêu chí lượng giá bao gồm có đề cập việc xác định người có nguy cơ cao mắc ung thư phổi, cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu, phương pháp nghiên cứu, sử dụng CT

liều thấp trong sàng lọc và có kết quả phát hiện ung thư phổi sau sàng lọc. Kết quả tổng hợp được 37 tài liệu toàn văn (loại trừ 556 bài báo) từ 13 nghiên cứu về sàng lọc ung thư phổi bằng

phương pháp chụp CT liều thấp trên người nguy cơ cao.

3.2. Thông tin chung của các nghiên cứu sàng lọc UTP sử dụng chụp CT liều thấp

Bảng 3.1: Thông tin chung của các nghiên cứu sàng lọc UTP sử dụng chụp CT liều thấp

Tên, địa điểm, thời gian	Nhóm chứng	Tiêu chí tuyển chọn người tham gia			Giá trị sàng lọc dương tính	Số lượt sàng lọc
		Tuổi	Tiền sử hút thuốc	Số năm bỏ thuốc		
DANTE Ý, 2001-2006 (9)	Không sàng lọc	60-74	≥20 gói x năm	< 10	D > 5 mm	5
DLCST Đan Mạch, 2004-2006 (10)	Không sàng lọc	50-70	≥20 gói x năm	≤10	D > 5 mm	5
LUSI Đức, 2007-2011(11)	Không sàng lọc	50-69	≥15 điếu/ngày trong 25 năm hoặc ≥10 điếu/ngày trong 30 năm	< 10	D > 4 mm	5
MILD Ý, 2005-2011 (7)	Không sàng lọc	49-75	≥20 gói x năm	< 10	D ≥ 5 mm VDT 400 - 600 ngày và D < 7,5 mm	7
NELSON Bỉ & Hà Lan, 2003-2005 (5)	Không sàng lọc	50-74	≥15 điếu/ngày ≥25 năm hoặc ≥10 điếu/ngày ≥30 năm	< 10	D ≥ 5 mm V ≥ 60 mm ³ hoặc	4
ITALUNG Ý, 2004-2006 (12)	Không sàng lọc	55-69	≥20 gói x năm	≤10	D > 5 mm	4
YANG Trung Quốc 2013-2014(13)	Không sàng lọc	45-70	≥20 gói x năm	≤15	D ≥ 4 mm	3
DEPISCAN Pháp (2002-2004) (6)	X quang phổi	50-75	Trên 15 điếu/ngày trong 20 năm	< 10	D > 5 mm	3
LSS Mỹ, 2000 (14)	X quang phổi	55-74	≥30 gói x năm	< 10	D > 5 mm	2
NLST Mỹ, 2002-2004 (8)	X quang phổi	55-75	≥30 gói x năm	≤15	D > 5 mm hoặc V > 50 mm ³ hoặc VDT 400-600 ngày	3
K-LUCAS Hàn Quốc 2021	-	55-74	≥30 gói x năm	< 10	D > 4 mm	2
DI LIANG, Trung Quốc, 2013-2019	-	40-74	Không yêu cầu	-	D > 5 mm	2
N.T.D, Việt Nam, 2020	-	>60	≥20 gói x năm	≤15	D ≥ 4 mm	1

Chú thích: D: đường kính, V: thể tích; VDT: thời gian tăng gấp đôi kích thước, RR: nguy cơ tương đối

Trong số 13 nghiên cứu được lựa chọn, có 10 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng (trong đó 3 nghiên cứu có tiến hành chụp X-quang phổi cho nhóm chứng và 7 nghiên cứu không tiến hành sàng lọc cho nhóm chứng). 13 nghiên cứu được triển khai ở Ý, Đan Mạch, Đức, Mỹ, Hà Lan, Bỉ và Trung Quốc và Hàn Quốc từ năm 2001 đến năm 2021.

Người có nguy cơ cao mắc ung thư phổi được lựa chọn tham gia các nghiên cứu dựa trên

hai tiêu chí chính là độ tuổi và tiền sử hút thuốc, trong đó độ tuổi trong khoảng từ 45 đến 75 tuổi và tiền sử hút thuốc được sử dụng phổ biến là trên 20 gói x năm và điều kiện bỏ thuốc không quá 10 hoặc 15 năm ở từng nghiên cứu. Đặc biệt, nghiên cứu NELSON (5) và DEPISCAN (6) định nghĩa người nguy cơ cao khi sử dụng trung bình 15 điếu/ngày cho trên 25 năm hoặc trên 10 điếu/ngày cho trên 30 năm.

Đối với số lượt sàng lọc, các nghiên cứu thử nghiệm có nhóm chứng triển khai tối thiểu 2 lượt sàng lọc và thời gian theo dõi trong khoảng từ 1 đến 10 năm. Khoảng cách giữa các lần sàng lọc

thường là 1 năm, nhưng 2 nghiên cứu NELSON (5) và MILD (7) lại bao gồm khoảng thời gian tương ứng là 2 đến 2,5 năm. Xác định kết quả sàng lọc dương tính dựa trên kích thước nốt có đường kính lớn hơn 4 hoặc 5 mm thông qua kết quả chụp CT liều thấp. Một số nghiên cứu có

điều kiện đi kèm như thể tích nốt và thời gian đôi thể tích của nốt qua các lần sàng lọc như nghiên cứu MILD (7), NELSON (5) và NLST (8).

3.3. Kết quả chính của các chương trình sàng lọc UTP sử dụng chụp CT liều thấp

Bảng 3.2: Kết quả các nghiên cứu áp dụng sàng lọc bằng phương pháp CT liều thấp

Nghiên cứu	Cỡ mẫu		Số ca sàng lọc dương tính (%)	Tỉ lệ chẩn đoán xác định	Tỉ lệ phát hiện sớm (Giai đoạn I) [RR (95%CI)]
	Sàng lọc	Nhóm chứng			
DANTE (9)	2472	1180	104 (8,2)	5,3	2,03 (1,26–3,29)
DLCST (10)	4104	2038	100 (4,9)	0,7	3,31 (1,70–6,46)
LUSI (11)	4052	2030	40 (2,4)	0,6	-
MILD (7)	4099	1714	85 (4,2)	0,6	2,31 (1,37–3,88)
NELSON (5)	15822	8000	98 (4,1)	3,2	-
ITALUNG (12)	3206	1614	19 (7,4)	0,5	3,18 (1,54–6,58)
YANG (13)	6717	3167	51(1,5)	-	4,71 (1,36–16,29)
DEPISCAN (6)	765	333	8 (2,1)	2,4	-
LSS (14)	3318	1667	67 (4,2)	0,6	1,19 (0,63–2,22)
NLST (8)	53454	26683	344 (4,3)	1,1	1,32 (1,15–1,52)
K-LUCAS (15)	5692	-	865 (15,2)	0,7	3,9 (3,8–4,0)
DI LIANG (16)	28899	-	421 (1,5)	1,1	-
Nguyễn Tiến Dũng (17)	389	-	19 (4,9)	2,31	-

Cỡ mẫu sàng lọc của 13 nghiên cứu dao động từ 765 đến 28899 người tham gia sàng lọc với tỉ lệ sàng lọc: nhóm chứng xấp xỉ 1:1 hoặc 1:2. Những nghiên cứu này đã chỉ ra rằng tỷ lệ sàng lọc dương tính ung thư phổi trong khoảng từ 1,5% đến 8,2% và tỉ lệ chẩn đoán xác định ung thư phổi trong khoảng từ 0,6- 5,3%. Có sự khác biệt này do các nghiên cứu có tiêu chuẩn chọn mẫu khác nhau và giá trị dự báo dương tính khác nhau. (5, 7, 8, 11, 14). Một số nghiên cứu cũng đã minh chứng tỷ lệ phát hiện ung thư phổi giai đoạn sớm thông qua sàng lọc bằng chụp CT liều thấp.

3.4. Hạn chế của chương trình sàng lọc ung thư phổi bằng chụp CT liều thấp. Bên cạnh những ưu điểm, sàng lọc ung thư phổi sử dụng chụp CT liều thấp cũng có một số hạn chế. Kết quả dương tính giả và chẩn đoán quá mức dẫn đến các xét nghiệm và thủ thuật xâm lấn không cần thiết là một trong những hạn chế thường được đề cập. Tuy nhiên, tỷ lệ dương tính giả và chẩn đoán quá mức có thể được giảm thiểu bằng cách sử dụng các chẩn đoán hình ảnh bổ sung, chẩn đoán tế bào học. Đồng thời, tăng cường hiệu quả sàng lọc đúng nhóm đối tượng nguy cơ cao và áp dụng thêm các phương pháp bổ sung như Lung -RAD nhằm giảm hạn chế tối đa mức độ chẩn đoán quá mức. Trong nghiên cứu NLST của Mỹ đã áp dụng Lung – RAD giúp giảm tỷ lệ dương tính giả từ 26,6% xuống 12,8% và giảm hạn chế tối đa mức độ chẩn

đoán quá mức.

Tiếp xúc với bức xạ cũng có thể được xác định là hạn chế triển khai sàng lọc ung thư phổi bằng chụp CT liều thấp. Chụp CT liều thấp sử dụng liều hiệu dụng ước tính là 1,5 mSv, so với mức phơi nhiễm bức xạ nền hàng năm là 2,4 mSv ở Mỹ và liều hiệu dụng trung bình là 0,052 mSv từ phim chụp X quang phổi trong nghiên cứu thử nghiệm NLST của Mỹ (19). Tuy nhiên, với chỉ số thấp và thời gian chụp ngắn nên mức độ phơi nhiễm của chụp CT liều thấp là rất thấp. Mặc dù có một số hạn chế nêu trên, khuyến cáo chụp CT liều thấp nhằm sàng lọc phát hiện sớm ung thư phổi vẫn được ưu tiên triển khai tại các nhiều nước trên thế giới.

3.5. Sàng lọc UTP sử dụng chụp CT liều thấp trên người nguy cơ cao tại Việt Nam.

Trước đây, Việt Nam chủ yếu áp dụng chụp X quang để tiến hành sàng lọc ung thư phổi vì phương pháp này có thời gian thực hiện nhanh, chi phí thấp, quy trình đơn giản và phù hợp với điều kiện trang thiết bị của hầu hết các cơ sở y tế tại Việt Nam. Nhờ sự phát triển kinh tế cũng như thu nhập bình quân đầu người tăng, người dân có khả năng chi trả cho những phương pháp sàng lọc chất lượng hơn và hiện đại hơn ví dụ như: chụp CT liều thấp, sàng lọc bằng dấu ấn khối u (Tumor marker), nội soi phế quản bằng ánh sáng huỳnh quang...

Việc triển khai chương trình sàng lọc ung thư phổi sử dụng chụp CT liều thấp trong trên người

nguy cơ cao tại cộng đồng còn nhiều hạn chế và chưa được nghiên cứu đầy đủ tại Việt Nam. Hiện nay, chụp CT liều thấp chỉ được áp dụng phổ biến tại các bệnh viện thông qua các chỉ định của bác sĩ cho người bệnh, chưa được áp dụng triển khai trên các chương trình sàng lọc cho cộng đồng. Theo nghiên cứu năm 2021 tại Bệnh viện Hữu Nghị đã chỉ ra 2,3% (9/389) trường hợp chẩn đoán ung thư phổi, trong đó ung thư phổi giai đoạn sớm I-IIIa là 1,8% (7/389) (20). Tuy nhiên, nghiên cứu này tiến hành với cỡ mẫu nhỏ, đối tượng nghiên cứu là người bệnh đến khám bệnh tại khoa hô hấp và khoa khám bệnh của Bệnh viện. Điều này cho thấy lựa chọn đối tượng tham gia nghiên cứu này chưa phù hợp áp dụng đối với cộng đồng. Đồng thời, độ tuổi của người có nguy cơ cao tham gia ở mức cao, trên 60 tuổi. Điều này sẽ giảm giá trị của việc phát hiện sớm ung thư phổi thông qua sàng lọc ung thư phổi vì nhóm độ tuổi quá cao (21). Việt Nam chưa có quy trình chuẩn trong sàng lọc ung thư phổi sử dụng chụp CT liều thấp trên nhóm người nguy cơ cao tại cộng đồng.

IV. BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN

Nghiên cứu sàng lọc được 37 xuất bản khoa học từ 13 nghiên cứu về chương trình sàng lọc ung thư phổi sử dụng CT liều thấp trên người nguy cơ cao thông qua phương pháp tổng quan hệ thống tài liệu theo hướng dẫn của PRISMA. Các nghiên cứu chủ yếu được tiến hành ở các nước Châu Âu, một số thử nghiệm được thực hiện ở Mỹ (LSS, NLST), Hàn Quốc (K-Lucas) và Trung Quốc (Yang 2018) (15, 22).

Người tham gia sàng lọc ung thư phổi được xác định trên hai tiêu chí chính là độ tuổi (trong khoảng 45 đến 75 tuổi) và tiền sử hút thuốc phổ biến là trên 20 gói x năm và điều kiện bỏ thuốc không quá tối thiểu 10 năm. Dựa trên các tiêu chí này, các chương trình sàng lọc ung thư phổi triển khai trên người nguy cơ cao tại cộng đồng (hướng đến đúng đối tượng đích) giúp tăng tỷ lệ phát hiện các trường hợp mắc ung thư phổi cũng như đảm bảo chi phí hiệu quả triển khai chương trình. Bên cạnh đó, khoảng cách giữa các lần sàng lọc cũng như kích thước nốt phổi để xác định sàng lọc dương tính là cơ sở thông tin cần thiết để triển khai một chương trình sàng lọc ung thư phổi sử dụng chụp CT liều thấp.

Sàng lọc ung thư phổi sử dụng chụp CT liều thấp đã được các nghiên cứu xác định có hiệu quả khi áp dụng thực tế. Một phân tích tổng hợp của 8 nghiên cứu về sàng lọc ung thư phổi sử dụng chụp CT liều thấp (DANTE, DLCST,

ITALUNG, LSS, LUSI, MILD, NELSON, NLST) cho thấy tỷ lệ tử vong do ung thư phổi ở nhóm sàng lọc giảm có ý nghĩa thống kê là 12% so với nhóm chứng không tham gia sàng lọc (23). Một phân tích tổng quan hệ thống cũng cho thấy xác suất chung để chẩn đoán ung thư phổi ở nhóm sàng lọc bằng CT liều thấp cao hơn 26% so với nhóm chứng. (18) Bên cạnh đó, 13 nghiên cứu này chỉ ra rằng tỷ lệ phát hiện ung thư phổi ở giai đoạn sớm với độ nhạy cao thông qua sàng lọc bằng chụp CT liều thấp. Bên cạnh đó, các thử nghiệm có nhóm chứng đã chứng minh rằng sàng lọc bằng phương pháp CT liều thấp cho thấy tỷ lệ phát hiện giai đoạn sớm ung thư phổi của sàng lọc bằng CT liều thấp cao hơn nhiều so với áp dụng X-quang phổi. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng chụp X-quang phổi không có tác dụng đáng kể trong việc sàng lọc và có thể coi như không sàng lọc (22).

Lợi ích của chương trình sàng lọc phát hiện sớm ung thư phổi sử dụng chụp CT liều thấp trên người nguy cơ cao tại cộng đồng chiếm ưu thế hơn nhiều so với một số hạn chế nhỏ từ kết quả sàng lọc dương tính giả và chẩn đoán quá mức. Tuy nhiên, Việt Nam được xác định còn hạn chế trong việc triển khai các nghiên cứu cũng như chưa có quy trình chuẩn triển khai các chương trình sàng lọc ung thư phổi sử dụng chụp CT liều thấp trên người nguy cơ cao tại cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **F et al Bray.** Erratum: Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. 2020;313.
2. **Freddie Bray, Jacques Ferlay, Isabelle Soerjomataram, Rebecca L. Siegel, Lindsey A. Torre, Ahmedin Jemal.** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2018;68(6):394-424.
3. **L. Babar, P. Modi, F. Anjum.** Lung Cancer Screening. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright © 2022, StatPearls Publishing LLC.; 2022.
4. **Natthaya Triphuridet,** Claudia %J Lung Cancer: Targets Henschke, Therapy. Landscape on CT screening for lung cancer in Asia. 2019;10:107.
5. **Nanda Horeweg, Ernst Th Scholten, Pim A. de Jong, Carlijn M. van der Aalst, Carla Weenink, Jan-Willem J. Lammers, et al.** Detection of lung cancer through low-dose CT screening (NELSON): a prespecified analysis of screening test performance and interval cancers. The Lancet Oncology. 2014;15(12):1342-50.
6. **Thierry Blanchon, Jeanne-Marie Bréchet, Philippe A. Grenier, Gilbert R. Ferretti, Etienne Lemarié, Bernard Milleron, et al.**

- Baseline results of the Depiscan study: A French randomized pilot trial of lung cancer screening comparing low dose CT scan (LDCT) and chest X-ray (CXR). *Lung Cancer*. 2007;58(1):50-8.
7. **U. Pastorino, M. Silva, S. Sestini, F. Sabia, M. Boeri, A. Cantarutti, et al.** Prolonged lung cancer screening reduced 10-year mortality in the MILD trial: new confirmation of lung cancer screening efficacy. *Annals of Oncology*. 2019; 30(7):1162-9.
 8. **E. F. Patz, Jr., P. Pinsky, C. Gatsonis, J. D. Sicks, B. S. Kramer, M. C. Tammemägi, et al.** Overdiagnosis in low-dose computed tomography screening for lung cancer. *JAMA internal medicine*. 2014;174(2):269-74.
 9. **M. Infante, S. Cavuto, F. R. Lutman, E. Passera, M. Chiarenza, G. Chiesa, et al.** Long-Term Follow-up Results of the DANTE Trial, a Randomized Study of Lung Cancer Screening with Spiral Computed Tomography. *American journal of respiratory and critical care medicine*. 2015;191(10):1166-75.
 10. **J. F. Rasmussen, V. Siersma, J. H. Pedersen, J. Brodersen.** Psychosocial consequences in the Danish randomised controlled lung cancer screening trial (DLCST). *Lung Cancer*. 2015; 87(1):65-72.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U TĂNG TRƯỚC NỀN SỌ BẰNG PHẪU THUẬT LỖ KHOÁ TRÊN CUNG MÀY

Nguyễn Trọng Diện¹, Đồng Văn Hệ²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả vi phẫu thuật một số u tăng trước nền sọ với kỹ thuật mở nắp sọ lỗ khoá trên cung mày. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp dựa trên 65 bệnh nhân u tăng trước nền sọ. Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Việt Đức từ 1/2017-12/2020. Đối tượng nghiên cứu được khám, đọc phim cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ, tham gia phẫu thuật, điều trị sau mổ, theo dõi và đánh giá sau mổ, chụp cộng hưởng từ sau mổ có tiêm thuốc đối quang từ. **Kết quả:** Trong số 65 bệnh nhân bao gồm 49 nữ, 16 nam, 33 trường hợp u màng não, 14 nang Rathke, 8 u tuyến yên, 8 u sọ hầu, 1 nang nhện, 1 nang bì. Tuổi nhỏ nhất 5 và cao nhất 76. Tiền sử điều trị u 8 bệnh nhân (6 phẫu thuật và 2 xạ phẫu). Tiền sử bệnh mạn tính 32,3%. Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên tới lúc phẫu thuật dao động từ 1-10 năm. Triệu chứng hay gặp nhất là đau đầu (96,9%), nhìn mờ (67,7%), bán manh mắt trái (43,1%), bán manh mắt phải (41,5%). Tất cả bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ, 51 bệnh nhân có kích thước u ≤ 3 cm; và 14 trường hợp u > 3 cm. U to nhất 6cm và nhỏ nhất 1,23cm. Kết quả xa ghi nhận 1 trường hợp u tái phát sau 1 năm, 1 viêm xương, 1 nhiễm trùng vết thương. Suy tuyến yên sau mổ 9 bệnh nhân, sau 6 tháng 6 bệnh nhân và sau 12 tháng 3 bệnh nhân. Đánh giá theo thang điểm Vancouver Scar Scale: sẹo đẹp 89,7%; trung bình 6,9%; xấu 1,7% và rất xấu 1,7%. Kết quả liền xương tốt và trung bình 96,6% và liền xương kém 3,4%. Kết quả sau 1 năm: 81% hồi phục hoàn toàn. **Kết luận:** Vi phẫu thuật mở nắp sọ lỗ khoá trên cung mày là phẫu thuật hiệu quả, tỷ lệ cắt hết u và gàn hết u cao trên

90% đối với các loại u. Tỷ lệ biến chứng, tai biến và di chứng thấp.

Từ khóa: mở nắp sọ lỗ khoá, u tăng trước nền sọ

SUMMARY

EVALUATION OF MICROSURGERY RESULTS OF EYEBROW KEYHOLE APPROACH FOR ANTERIOR CRANIAL BASE TUMORS

Objective: Evaluation of microsurgery results of eyebrow keyhole approach for anterior cranial base tumors. **Methods:** An interventional study based on 65 patients with anterior cranial base tumors. All patients were diagnosed and treated at Viet Duc Hospital from 1/2017 to 12/2020. Patients are selected with the following criteria: the investigator directly examines, reads computed tomography and magnetic resonance, participates in surgery and post-operative treatment, follow-up and postoperative evaluation with postoperative magnetic resonance imaging. **Results:** A total of 65 patients were treated, including 49 females and 16 males. There were 33 cases of meningioma, 14 Rathke cysts, 8 pituitary tumors, 8 craniopharyngiomas, 1 arachnoid cyst and 1 dermoid cyst. The youngest age was 5 and the highest was 76. History of previous tumor treatment in 8 patients (6 surgery and 2 radiosurgery) and history of chronic disease in 32.3%. The duration from first symptoms to surgery ranges from 1-10 years. The most common symptoms were headache (96.9%), blurred vision (67.7%), hemianopia in the left eye (43.1%) and hemianopia in the right eye (41.5%). All patients underwent magnetic resonance imaging, 51 patients with tumor size ≤ 3 cm; and 14 cases > 3 cm. One case of tumor recurrence after 1 year, 1 osteomyelitis, 1 wound infection. Postoperative hypopituitarism 9 patients, 6 patients after 6 months and 3 patients after 12 months. Assessment according to the Vancouver Scar Scale: excellent 89.7%; good 6.9%; moderate 1.7% and minimum 1.7%. The results of bone healing were good and moderate in 96.6% and poor healing in 3.4%. Results after 1 year: 81% fully recovered. **Conclusion:** The eyebrow keyhole

¹Sở Y tế tỉnh Quảng Ninh

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Diện

Email: diencosmetic@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 9.12.2022

Ngày duyệt bài: 22.12.2022