

COVID-19 thừa cân, béo phì nhập viện tương tự dân số chung bao gồm sốt, ho và khó thở. Các xét nghiệm dấu ấn viêm cũng như tỉ lệ bão cytokine tăng, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân béo phì độ I. Nhóm béo phì độ II cùng với tăng huyết áp là các yếu tố liên quan độc lập đối với COVID-19 nặng và nguy kịch nhập viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, Quyết định về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị COVID-19, 2021: Hà Nội.
2. **Võ Thanh Lâm**, "Đặc điểm dịch tễ, diễn tiến lâm sàng và cận lâm sàng ở người nhiễm SARS-CoV-2 tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2020", Đại học Y Dược TPHCM 2021.
3. **Rottoli Matteo, Bernante Paolo, Belvedere Angela, Balsamo Francesca, Garelli Silvia, et al.**, "How important is obesity as a risk factor for respiratory failure, intensive care admission and death in hospitalised COVID-19 patients? Results from a single Italian centre %J European Journal of Endocrinology". 2020, 183 (4), pp. 389-397.
4. **Hamer Mark, Gale Catharine R., Kivimäki Mika, Batty G. David**, "Overweight, obesity, and risk of hospitalization for COVID-19: A community-based cohort study of adults in the United Kingdom". Proceedings of the National Academy of Sciences, 2020, 117 (35), pp. 21011.
5. **Hu Z., Huang X., Zhang J., Fu S., Ding D., et al.**, "Differences in Clinical Characteristics Between Delta Variant and Wild-Type SARS-CoV-2 Infected Patients". Front Med (Lausanne), 2021, 8, pp. 792135.
6. **Ramatillah D. L., Gan S. H., Pratiwy I., Syed Sulaiman S. A., Jaber A. A. S., et al.**, "Impact of cytokine storm on severity of COVID-19 disease in a private hospital in West Jakarta prior to vaccination". PLoS One, 2022, 17 (1), pp. e0262438.
7. **Yang Jun, Hu Jiahui, Zhu Chunyan**, "Obesity aggravates COVID-19: A systematic review and meta-analysis". 2021, 93 (1), pp. 257-261.
8. **Alegre-Díaz Jesus, Friedrichs Louisa G, Ramirez-Reyes Raul, Wade Rachel, Bragg Fiona, et al.**, "Body mass index and COVID-19 mortality: prospective study of 120000 Mexican adults". International Journal of Epidemiology, 2022, 51 (5), pp. 1698-1700.

NHẬN XÉT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM BỆNH LÝ CỦA BỆNH NHÂN CÓ TỶ THƯƠNG DẠNG U ĐƠN ĐỘC NGOẠI VI PHỔI CĂN NGUYÊN DO LAO

Vũ Anh Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính lồng ngực và hình ảnh tổn thương quan sát được trong PTNS ở bệnh nhân u lao với ung thư phổi nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả bệnh nhân có tổn thương dạng u đơn độc ở ngoại vi phổi được Phẫu thuật nội soi chẩn đoán và điều trị tại Khoa Ngoại lồng ngực - Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, thời gian từ 11/2011 đến 7/2014. **Kết quả:** Có 147 bệnh nhân, trong đó 47 trường hợp u lao và 100 BN UTP. Bệnh nhân u lao có tuổi trung bình thấp hơn ($49,7 \pm 11,2$ so với $60,0 \pm 10,4$), tiền sử mắc bệnh lao phổi nhiều hơn (4,1% so với 1,4%), triệu chứng ho ra máu chiếm tỷ lệ thấp hơn (2,0% so với 13,6%). Trên phim CLVT lồng ngực, u lao phổi chiếm tỷ lệ cao hơn khi kích thước $u \leq 2,0\text{cm}$, u có bờ rõ nhẵn; khi kích thước $u > 3,0\text{cm}$, bờ khối u có mủi, đa cung hay tua gai khả năng cao là UTP. Quan sát hình ảnh tổn thương đại thể trong PTNS cho thấy, khi có dấu hiệu dày dính màng phổi tại vị trí u, khả năng cao là u lao, khi có dấu hiệu nhẵn nhúm màng phổi tạng trên u, khả năng cao khối u có bản chất UTP, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:**

Tuổi, tiền sử bệnh lao phổi, triệu chứng ho ra máu; đặc điểm kích thước, bờ khối u trên phim CLVT lồng ngực và tổn thương đại thể trong mổ (dày dính màng phổi tại vị trí u và nhẵn nhúm màng phổi tạng trên u) có giá trị định hướng bản chất tổn thương dạng u ngoại vi của phổi.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi lồng ngực; u phổi ngoại vi; u lao; ung thư phổi.

SUMMARY

COMMENT ON SOME CHARACTERISTICS OF TUBERCULOSIS PATIENTS WHO HAD PERIPHERAL SOLITARY TUMOR-LIKE LESIONS

Objectives: To compare some clinical characteristics, thoracic computed tomography, and lesions observed by video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) of tuberculosis patients to primary lung cancer. **Subjects and methods:** Prospective study, describing patients who had peripheral solitary tumor-like lesions of the lung underwent diagnosis and treatment by VATS at the Department of Thoracic Surgery - Pham Ngoc Thach Hospital, from 11/2011 to 7/2014. **Results:** There were 147 patients, including 47 cases of tuberculosis and 100 patients of primary lung cancer. Patients with tuberculosis had a lower mean age (49.7 ± 11.2 vs 60.0 ± 10.4), and a history of pulmonary tuberculosis was more common (4.1% vs 1.4%), symptoms of hemoptysis accounted for a lower proportion (2.0% vs 13.6%). On CT images, pulmonary tuberculosis accounted for a higher proportion when the tumor size was $\leq 20\text{mm}$ or had

¹Bệnh viện Quân Y 103, Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Anh Hải

Email: vuanhhai.ncs@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2023

Ngày duyệt bài: 8.9.2023

clear and smooth edges; When the tumor size was > 30mm, the margin was lobulated, multi-arch, irregular with many spiculations, a high probability of lung cancer. Observing the image of macroscopic lesions in VATS showed that, the signs of pleural adherent at the tumor site indicate a high probability of tuberculosis, wrinkling of the visceral pleura over the tumor, prognosis a high probability of lung cancer, the difference is statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: Age, history of pulmonary tuberculosis, symptoms of hemoptysis; tumor characteristics: size, the margin on thoracic CT images, and macroscopic lesions during surgery (adherence of the pleura at the tumor site and wrinkling of the visceral pleura over the tumor) were valuable for diagnosing of the lesions nature.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương dạng u ở phổi có bản chất mô học đa dạng, trong đó ung thư phổi nguyên phát và lao phổi là những bệnh lý thường gặp nhất.¹

Mô bệnh là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định bản chất tổn thương. Tuy vậy, thăm khám người bệnh và thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh Xquang, chụp cắt lớp vi tính lồng ngực đóng vai trò là những tiếp cận bước đầu, quan trọng nhằm phát hiện các triệu chứng, giúp định hướng bản chất tổn thương, làm cơ sở để chỉ định các kỹ thuật xâm nhập giúp chẩn đoán xác định bệnh.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm so sánh đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực và tổn thương quan sát được trong phẫu thuật nội soi (PTNS) của bệnh nhân lao phổi với ung thư phổi có tổn thương dạng u đơn độc ngoại vi phổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng. Nghiên cứu mô tả, tiến cứu trên 147 bệnh nhân (BN) có tổn thương dạng u đơn độc ở ngoại vi phổi được phẫu thuật nội soi chẩn đoán, điều trị (cắt phổi hình chêm hoặc cắt thùy phổi) tại Khoa Ngoại lồng ngực - Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, thời gian từ 11/2011 đến 7/2017.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN có tổn thương dạng u đơn độc trên phim chụp Xquang và chụp cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực. Vị trí tổn thương ở 2/3 ngoài trường phổi.

- Được chỉ định PTSN lồng ngực chẩn đoán /và điều trị.

- Có đầy đủ chỉ tiêu theo mẫu bệnh án nghiên cứu về lâm sàng, chụp CLVT lồng ngực, kết quả mô bệnh sau mổ (nhuộm HE).

2.2. Phương pháp.

Nghiên cứu mô tả, tiến cứu. Số liệu được thu thập theo mẫu hồ sơ nghiên cứu thống nhất và xử lý bằng phần mềm thống

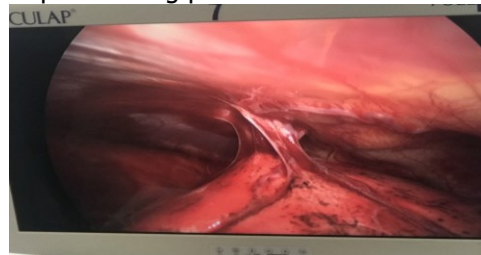
kê SPSS 20.0.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Chỉ tiêu về đặc điểm lâm sàng: Tuổi; giới tính; tiền sử bệnh lý; triệu chứng cơ năng, thực thể.

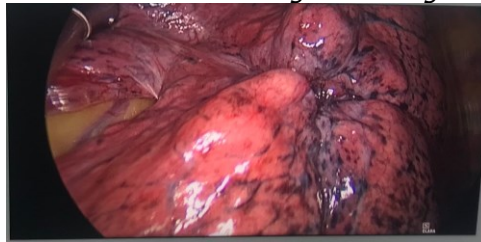
- Đặc điểm tổn thương trên phim CLVT (máy Philips Brilliance 16 lớp cắt do Đức sản xuất) của u (vị trí; kích thước; hình dạng, ranh giới, tính chất vôi hóa...); hạch rốn phổi, trung thất; khoang màng phổi.

- Đặc điểm tổn thương quan sát được trong PTNS: dày dính màng phổi tại vị trí khối u, nhần nhúm màng phổi tạng trên u, khối u xâm lấn trực tiếp vào màng phổi thành ...



Hình 1. Dính màng phổi tại vị trí u

Nguồn: BN nghiên cứu



Hình 1. Nhần nhúm MP tạng trên u

Nguồn: BN nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm

Chỉ số	Giá trị
Tuổi	54,6 ± 11,2 (23-87)
Giới (nam/nữ)	78/69
Đặc điểm u trên phim CLVT lồng ngực	
Vị trí	
Phải/Trái	94/53
Thùy trên/giữa/dưới	83/17/47
Kích thước	
≤ 2cm	48 (32,6%)
> 2 - 3cm	46 (31,3%)
> 3 - 5cm	53 (36,1%)
Trung bình (mm)	2.9 ± 1.1
Mô bệnh UTP	
BM tuyến	94
TB lớn	1
TB vảy	5
U lao	47

3.2. So sánh đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính**Bảng 2. So sánh đặc điểm lâm sàng giữa hai nhóm mô bệnh**

Đặc điểm		U lao (n=47)		UTP (n=100)		p
		n	%	n	%	
Tuổi ($X \pm SD$)		49,7 \pm 11,2		60,0 \pm 10,4		< 0,01
Giới	Nam	26	55,3	52	52,0	0,7
	Nữ	21	44,7	48	48,0	
Tiền sử bệnh lao phổi		6	12,8	2	2,0	0,01
Thói quen hút thuốc		12	25,5	39	39,0	0,14
Triệu chứng cơ năng	Đau ngực	27	57,4	59	59,0	0,71
	Ho khan	17	36,2	43	43,0	0,47
	Ho đờm	6	12,8	22	22,0	0,18
	Ho máu	3	6,4	20	20,0	0,03
Triệu chứng thực thể	Gõ đục cục bộ	0	0,0	4	4,0	0,29
	RRFN giảm cục bộ	3	6,4	4	4,0	0,9
	Gây sút cân	1	2,1	0	0,0	0,32

Tuổi trung bình cao hơn, triệu chứng ho ra máu thường gặp hơn; trong khi, tiền sử bệnh lao phổi chiếm tỷ lệ thấp hơn ở nhóm BN UTP, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3. So sánh phân bố vị trí và đặc điểm tổn thương trên phim chụp CLVT lồng ngực giữa hai nhóm

Đặc điểm tổn thương		U lao		UTP		P
		n	%	n	%	
Vị trí	Phổi phải	27	57,4	67	67,0	0,262
	Phổi trái	20	42,5	33	33,0	
	Thùy trên	30	63,8	53	53,0	0,218
	Thùy giữa	1	2,1	16	16,0	0,015
	Thùy dưới	16	34,0	31	31,0	0,713
Nhóm kích thước	≤ 2 cm	25	53,2	23	23,0	0,003
	> 2 - 3 cm	13	27,7	33	33,0	0,52
	> 3 - 5 cm	9	19,1	44	44,0	0,003
Đặc điểm bờ tổn thương	Rõ nhẵn	31	65,9	19	19,0	0,001
	Có múi, đa cung	8	17,0	48	48,0	0,00
	Tua gai	10	21,3	43	43,0	0,011
Đặc điểm bên trong tổn thương	Thuần nhất	30	63,8	76	76,0	0,126
	Không đồng đều	4	8,5	3	3,0	0,21
	Cổ hang	5	10,6	15	15,0	0,473
	Nốt vôi hóa trung tâm	6	12,8	1	1,0	0,005
Phế quản hởi		2	4,3	5	5,0	> 0,05
Hạch rốn phổi cùng bên		1	2,1	7	7,0	0,437
Dây dính màng phổi tại vị trí u phổi		16	34,0	5	5,0	< 0,01

Kích thước có mối liên quan với bản chất u: u lao chiếm tỷ lệ cao ở nhóm u có kích thước từ 2cm trở xuống, trong khi ở nhóm u kích thước trên 3cm, UTP chiếm chủ yếu ($p < 0,05$).

Nốt vôi hóa trong u và tình trạng dây dính màng phổi tại vị trí u là những dấu hiệu chiếm tỷ lệ cao ở nhóm u lao ($p < 0,01$).

Bảng 4. So sánh hình ảnh tổn thương quan sát được trong PTNS giữa hai nhóm

Đặc điểm tổn thương	U lao (n=47)		UTP (n=100)		P
Nhấn nhúm màng phổi tạng trên u	1	2,1	22	22,0	0,01
Dây dính màng phổi tại vị trí u	19	40,4	6	6,0	0,01
Xâm lấn màng phổi thành	0	0,0	4	4,0	0,3
Xâm lấn thùy phổi lân cận	0	0,0	2	2,0	0,46
Nốt màng phổi thành, cơ hoành	0	0,0	3	3,0	0,55
Nốt vệ tinh cùng thùy	1	2,1	0	0,0	0,32
Nốt vệ tinh khác thùy	2	4,2	3	3,0	0,65

Dấu hiệu nhàn nhúm màng phổi tạng trên u có ý nghĩa tiên đoán ung thư phổi, trong khi dính màng phổi tại vị trí u là dấu hiệu gợi ý u lao phổi.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu

- **Tuổi:** tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là $54,6 \pm 11,2$. Đây là nhóm tuổi được xếp vào nhóm có yếu tố nguy cơ ung thư phổi cao, nhất là khi người bệnh có tiền sử hút thuốc là trên 20 PA (package years).² Do vậy, yêu cầu cần chẩn đoán rõ bản chất tổn thương dạng u ở phổi cho nhóm bệnh nhân này càng trở nên cấp thiết, nhằm tránh bỏ sót tổn thương ác tính, bỏ lỡ cơ hội điều trị sớm cho người bệnh.

- **Giới:** u lao phổi thường gặp ở giới nữ hơn giới nam, trong khi đó ung thư phổi lại thường gặp hơn giới nam. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ nam giới và nữ giới là tương đương có lẽ do số lượng bệnh nhân còn hạn chế và đối tượng lựa chọn vào nghiên cứu cũng tập trung vào nhóm BN được chỉ định PTNS lồng ngực.

- **Kích thước u:** trong nghiên cứu, kích thước khối u của bệnh nhân từ 5cm trở xuống, đây là nhóm BN chúng tôi lựa chọn với mục tiêu để chỉ định cắt thùy phổi bằng phẫu thuật nội soi trong trường hợp kết quả mô bệnh học tức thì là ung thư phổi. Những trường hợp khối u kích thước lớn hơn sẽ làm cản trở thao tác, gây khó khăn trong PTNS cắt thùy phổi, chúng tôi không thu thập số liệu vào nghiên cứu này.

4.2. So sánh đặc điểm lâm sàng, cắt lớp vi tính lồng ngực của bệnh nhân ung thư phổi nguyên phát với u lao có tổn thương dạng u đơn độc ngoại vi phổi

- **Sự khác biệt về một số đặc điểm lâm sàng:** Bệnh nhân có tiền sử bệnh lao phổi: Một số nghiên cứu cho thấy, tiền sử mắc bệnh lao phổi làm tăng nguy cơ mắc bệnh ung thư phổi. Meredith S. và cs (2011) cho biết: nguy cơ ung thư phổi ở bệnh nhân có tiền sử mắc bệnh lao tăng gấp 2 lần, và nguy cơ cao nhất xảy ra ở hai năm đầu sau khi mắc bệnh lao.¹ Đồng quan điểm này, Ming Liao K. và cs (2023) cho biết nguy cơ này là 1,13 lần.³ Trong nghiên cứu chúng tôi, tỷ lệ BN ung thư phổi có tiền sử mắc bệnh lao phổi là 2,0%. Phân tích số liệu cho thấy, ở BN có tiền sử mắc bệnh lao, khi phát hiện có tổn thương dạng u ở phổi, khả năng khối u đó có bản chất là u lao cao hơn ung thư, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuy vậy, trong nghiên cứu này, chúng tôi chưa có đủ dữ liệu để đánh giá nguy cơ UTP ở người bệnh

có tiền sử mắc bệnh lao.

Triệu chứng ho ra máu là triệu chứng có giá trị cảnh báo cao, cần được thăm khám, xác định nguyên nhân.⁴ Nghiên cứu tổng kết của Abdulmalak C. và cs, trong 5 năm (từ 2008 đến 2012), trên 15.000 trường hợp, tại Pháp, tỷ lệ người bệnh nhập viện hàng năm vì lý do ho ra máu là 0,2%. Trong đó, ho ra máu do căn nguyên ung thư là 17,4% và do lao là 2,7%.⁴ Như vậy, triệu chứng ho ra máu thường gặp hơn ở người bệnh UTP so với lao. Trong nghiên cứu, chúng tôi cho thấy: tỷ lệ bệnh nhân UTP có triệu chứng ho ra máu là 13,6%, trong khi tỷ lệ này 2,0% ở BN u lao phổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Sự khác biệt về một số đặc điểm tổn thương trên phim chụp CLVT lồng ngực:

Các nghiên cứu về đặc điểm tổn thương dạng u trên phim chụp CLVT lồng ngực đã khẳng định giá trị cao của xét nghiệm này trong chẩn đoán ung thư phổi. Nhìn chung các tác giả đều có nhận định: kích thước u càng lớn; đặc điểm bờ viền không đều, có mủi, tua gai là những dấu hiệu có giá trị định hướng chẩn đoán UTP cao. Trong khi đó, những tổn thương có bờ rõ, nhẵn thường lành tính.^{5,6,7} Kết quả nghiên cứu chúng tôi, thể hiện ở bảng 3 là tương tự các tác giả khác. Điều đó khẳng định, việc đọc kỹ, chính xác các tổn thương trên phim chụp CLVT lồng ngực là rất hữu ích, giúp tiên lượng nguy cơ ác tính và chỉ định các phương pháp can thiệp cũng như theo dõi để xác định chính xác bản chất tổn thương.

Vôi hóa trong u là một trong những dấu hiệu có giá trị gợi ý tổn thương lành tính ở phổi. Các dạng vôi hóa đã được đề cập như: vôi hóa trung tâm, lan tỏa, dạng vĩa ... thường gặp trong bệnh u hạt; vôi hóa dạng bông ngô thường gặp trong bệnh u mô thừa.⁸ Trong nghiên cứu chúng tôi gặp tổn thương vôi hóa trung tâm 7/147 trường hợp (tỷ lệ 4,8%), trong đó hầu hết là ở bệnh nhân u lao phổi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuy vậy, cũng cần cảnh giác, tránh chủ quan khi gặp một trường hợp u phổi có vôi hóa để bỏ sót tổn thương ác tính. Theo Bhatt M. và cs (2012), tỷ lệ vôi hóa tại u có thể gặp lên tới 14%.⁹

- Về giá trị một số dấu hiệu trong chẩn đoán phân biệt u lao và UTP:

Dấu hiệu dính màng phổi tại u: nghiên cứu của tác giả Yang X. và cs (1997) khi so sánh đặc điểm tổn thương trên phim Xquang của u phổi ngoại vi, giữa u lao với UTP đã nhận thấy: tỷ lệ dính màng phổi cận u với u lao là 25%, trong khi tỷ lệ này là 6,7% với UTP. Sự khác biệt có ý nghĩa

thống kê. Kết quả chúng tôi tương tự báo cáo trên, với tỷ lệ dày dính tại vị trí khối u ở bệnh nhân u lao phổi là 36,2% (19/47 trường hợp) trên CLVT lồng ngực và 40,4% (19/47 trường hợp) quan sát được trong PTNS. Tỷ lệ này lần lượt là 5,0% và 4,1% ở BN UTP. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Nhấn nhúm màng phổi tạng trên u có giá trị gợi ý một tổn thương ác tính. Nghiên cứu của Vũ Anh Hải và cs (2016) cho thấy, dấu hiệu nhấn nhúm màng phổi tạng trên u có giá trị chẩn đoán UTP, với độ nhạy 31,3%, độ đặc hiệu 98,5%.¹⁰ Trong nghiên cứu này, khi so sánh đặc điểm này giữa hai nhóm BN u lao và UTP chúng tôi cũng có kết quả tương tự, với BN UTP, tỷ lệ nhấn nhúm màng phổi tạng là 14,9%, lớn hơn có ý nghĩa so với u lao (tỷ lệ 0,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Tuổi, tiền sử bệnh lao phổi, triệu chứng ho ra máu; đặc điểm kích thước, bờ khối u trên phim CLVT lồng ngực và tổn thương đại thể trong mổ (dày dính màng phổi tại vị trí u và nhấn nhúm màng phổi tạng trên u) có giá trị định hướng bản chất tổn thương dạng u ngoại vi của phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Meredith S., Shiels., Albanes D., Virtamo J., Engels C.E.A. Increased Risk of Lung Cancer in Men with Tuberculosis in the Alpha-Tocopherol, Beta-Carotene Cancer Prevention Study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2011;20(4):262 - 278.
2. Health Commission Of The People's Republic Of China N. National guidelines for

- diagnosis and treatment of lung cancer 2022 in China (English version). *Chinese journal of cancer research* = Chung-kuo yen cheng yen chiu. Jun 30 2022;34(3):176-206. doi:10.21147/j.issn.1000-9604.2022.03.03
3. Liao K-M, Lee C-S, Wu Y-C, Shu C-C, Ho C-H. Prior treated tuberculosis and mortality risk in lung cancer. *Original Research.* 2023-March-29 2023;10doi:10.3389/fmed.2023.1121257
4. Abdulmalak C, Cottenet J, Beltramo G, et al. Haemoptysis in adults: a 5-year study using the French nationwide hospital administrative database. 2015;46(2):503-511. doi:10.1183/09031936.00218214 %J European Respiratory Journal
5. Jime'nez M. F. Prospective study on video - assisted thoracoscopic surgery in the resection of pulmonary nodules: 209 cases from the Spanish Video-Assisted Thoracic Surgery Study Group. *European Journal of Cardio - thoracic Surgery.* 2001;19:562 - 565.
6. Minh NC. U phổi lành tính. Điều trị ngoại khoa Bệnh phổi và màng phổi. Nhà xuất bản Y học; 2010:54 - 67.
7. Ost D., Fein A. M. The Solitary Pulmonary Nodule: A Systematic Approach. vol 1 & 2. *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders.* The McGraw - Hill Companies; 2008:1815 - 1828.
8. Khan AN, Al-Jahdali HH, Irion KL, Arabi M, Koteyar SS. Solitary pulmonary nodule: A diagnostic algorithm in the light of current imaging technique. *Avicenna journal of medicine.* Oct 2011;1(2):39-51. doi:10.4103/2231-0770.90915
9. Bhatt M, Kant S, Bhaskar R. Pulmonary tuberculosis as differential diagnosis of lung cancer. *South Asian journal of cancer.* Jul 2012;1(1):36-42. doi:10.4103/2278-330x.96507
10. Vũ Anh Hải, Mai Văn Viện, Phạm Vĩnh Quang. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực trong chẩn đoán ung thư phổi. *Y dược lâm sàng* 108. 2016;11(1):100 - 106.

NHẬN THỨC VỀ MÔI TRƯỜNG HỌC TẬP LÂM SÀNG CỦA SINH VIÊN ĐIỀU DƯỠNG NĂM THỨ 2 TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HÀ NỘI

Tạ Thị Kim Tiến¹, Nguyễn Thị Nguyệt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện với 2 mục tiêu: (1) Khảo sát nhận thức về môi trường học tập lâm sàng của sinh viên điều dưỡng năm thứ 2 Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội năm 2022 - 2023; (2) Xác định một số yếu tố có liên quan đến nhận thức về môi

trường học tập lâm sàng của nhóm sinh viên tham gia nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng bộ câu hỏi tự điền Clinical Learning Environment Inventory phiên bản tiếng Việt (V-CLEI) để khảo sát sinh viên cao đẳng chính quy chuyên ngành điều dưỡng năm thứ 2 của Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội. **Kết quả:** Điểm trung bình thang đo V-CLEI là $72,62 \pm 9,56$, điểm số thấp nhất là 41 và điểm số cao nhất ghi nhận được là 100. Một số yếu tố liên quan đến nhận thức của sinh viên về môi trường học tập lâm sàng được ghi nhận là: số lần sinh viên được giảng dạy trực tiếp và theo nhóm, được luân chuyển vị trí học tập, có lịch học lâm sàng cụ thể. **Kết luận:** Nhìn chung, kết quả của nghiên cứu cho thấy nhận thức của sinh viên điều dưỡng năm thứ

¹Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Kim Tiến

Email: tienkimkim@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2023

Ngày duyệt bài: 11.9.2023