

nhân xuất hiện sốt, có dịch ổ bụng, kèm theo cả tình trạng viêm tụy cấp và đặc biệt điều bất lợi là chụp Xquang bụng đứng không thể phân biệt được hơi tự do ổ phúc mạc là từ thủng tá tràng hay từ việc bơm hơi trong PTNS làm chẩn đoán khó khăn hơn. Rất tiếc là gia đình từ chối phẫu thuật và xin về. Có 4 trường hợp viêm tụy cấp (9,1%) sau điều trị với Amylase máu tăng cao trong khoảng 500U/I-1500U/I, sau 48 giờ giảm xuống dẫn 250-600U/I, triệu chứng đau bụng cũng giảm rõ. Tất cả được điều trị bằng nhịn ăn, truyền dịch, kháng sinh phối hợp, giảm đau, kháng tiết và sandostatin. Sau NSMTND lấy sỏi OMC có 1 bệnh nhân (2,3%) chảy máu vết cắt cơ vòng Oddi, bệnh nhân được nội soi dạ dày - tá tràng kiểm tra thì ghi nhận vết cắt đã tự cầm máu, nên được chỉ định điều trị bảo tồn.

Thời gian nằm viện hậu phẫu trong nghiên cứu của chúng tôi là  $3,93 \pm 2,30$  ngày, ngắn nhất là 1 ngày và dài nhất là 14 ngày. Theo ElGeidie, thời gian nằm viện hậu phẫu của nhóm NSMTND trong mổ ngắn hơn 1,3 ngày so với 3 ngày của nhóm NSMTND trước mổ và kết luận cả 2 phương pháp này là lý tưởng nhưng khi có đủ kinh nghiệm và phương tiện, cắt túi mật nội soi kết hợp NSMTND trong mổ, điều trị một thì sẽ được ưu tiên chọn lựa.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jones M, Johnson M, Samourjian E, Slauch

- K, Ozobia N. ERCP and laparoscopic cholecystectomy in a combined (one-step) procedure: a random comparison to the standard (two-step) procedure. Surg Endosc. 2013;27(6): 1907-1912. doi:10.1007/s00464-012-2647-z.
2. Nguyễn Hoàng Linh (2019). Kết quả bước đầu nội soi cắt túi mật kết hợp nội soi mật tụy ngược dòng. Tạp chí Y học Việt Nam. Số 2 (478) Tháng 5.
3. Lê Huy Cường (2021). Kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật phối hợp nội soi mật tụy ngược dòng 1 thì điều trị sỏi túi mật và sỏi ống mật chủ tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. Tạp chí Y dược học Cần Thơ. (37).p28-35.
4. Williams E, Beckingham I, El Sayed G, et al. Updated guideline on the management of common bile duct stones (CBDS). Gut. 2017; 66(5): 765-782. doi: 10.1136/gutjnl-2016-312317.
5. Tazuma S, Unno M, Igarashi Y, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for cholelithiasis 2016. J Gastroenterol. 2017;52(3): 276-300. doi:10.1007/s00535-016-1289-7.
6. Kozrzeska M, Baniukiewicz A, Wroblewski E, et al. Complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) and their risk factors. Adv Med Sci. 2011;56(1):6-12. doi: 10.2478/v10039-011-0012-4.
7. Natsui M, Saito Y, Abe S, et al. Long-term outcomes of endoscopic papillary balloon dilation and endoscopic sphincterotomy for bile duct stones. Dig Endosc. 2013;25(3):313-321. doi:10.1111/j.1443-1661.2012.01393.x.
8. Mallick R, Rank K, Ronstrom C, et al. Single-session laparoscopic cholecystectomy and ERCP: a valid option for the management of choledocholithiasis. Gastrointest Endosc. 2016; 84(4): 639-645. doi:10.1016/ j.gie.2016.02.050.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH VÀ MÔ BỆNH HỌC NGƯỜI BỆNH CÓ TỔN THƯƠNG PHỔI ĐƯỢC PHÂN LOẠI LUNG - RADS 4 (2019)

Tổng Thị Khánh Hòa<sup>1</sup>, Đoàn Tiến Lưu<sup>2</sup>, Lê Hoàn<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT<sup>34</sup>

Kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính ngực kết hợp sinh thiết giúp chẩn đoán sớm các nốt mỡ phổi ác tính, có ý nghĩa rất lớn trong việc quyết định theo dõi nốt mỡ hay cắt thùy phổi đối với các nốt ác tính, giúp làm giảm tỷ lệ tử vong do ung thư phổi, kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân, giảm chi phí điều trị. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh, đối chiếu các đặc điểm đó với kết quả mô bệnh học tổn thương phổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 89 bệnh nhân có nốt mỡ

phổi trên cắt lớp vi tính lồng ngực, được sinh thiết hoặc phẫu thuật. **Kết quả:** Chủ yếu nốt mỡ phổi gặp thùy trên phải: 43,8%, nốt mỡ phổi đơn độc chiếm đa số: 61,8%; kích thước  $\geq 15$  mm: 76,4%;  $< 15$  mm: 23,6%; nốt đặc: 88,8% và hỗn hợp: 11,2%; hình dáng tròn: 77,5% và không tròn: 22,5%; bờ tổn thương không đều: 82% và bờ đều: 18%; kiểu vôi hóa lệch tâm, rải rác: 9%, không vôi hóa: 87,6%; kết quả giải phẫu bệnh ác và lành tính: 69,7%, 30,3%. Kích thước  $\geq 15$  mm, đường bờ không đều và đặc điểm có ngấm thuốc sau tiêm trong chẩn đoán nốt mỡ phổi ác tính với độ nhạy lần lượt 82,2%, 91,9%, 100% và độ đặc hiệu lần lượt 37%, 40,7%, 13,04%. **Kết luận:** Các nốt mỡ phổi có kích thước  $\geq 15$ mm, có đường bờ không đều và ngấm thuốc sau tiêm là ba đặc điểm hình ảnh có giá trị chẩn đoán cao trong chẩn đoán nốt mỡ phổi ác tính. **Từ khóa:** nốt mỡ phổi, cắt lớp vi tính lồng ngực, ung thư phổi

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tổng Thị Khánh Hòa

Email: khanhhoand.yhanoi@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2023

Ngày duyệt bài: 30.11.2023

**SUMMARY****CLINICAL FEATURES, IMAGES AND ANATOMY OF PATIENTS WITH LUNG LESIONS CLASSIFIED LUNG RADS 4 (2019)**

Chest computed tomography combined with biopsy helps to diagnose malignant pulmonary nodules early, which is of great significance in deciding whether to monitor the nodule or lobectomy for malignant nodules to help reduce the rate. **Objectives:** To describe clinical, images features and compare those features with the results of pulmonary nodule anatomy. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study on 89 patients with localized pulmonary nodule which has indications of biopsy or surgery at Hanoi Medical University Hospital from 05/2022 to 08/2023. **Results:** A majority of pulmonary nodules were found in the right upper lobe with 43,8%; solitary pulmonary nodules made up the majority of 61,8%. (Nodules > 15 mm: 76,4%; nodules ≤ 15 mm: 23,6%; solid nodules: 88,8% and mixed nodules: 11,2%, round shape: 77,5% and not round: 22,5%; irregular margin: 82%; regular margin: 18%; eccentric and stippled calcification: 9%; non-calcification: 87,6%; air-bronchogram in nodules: 23,6 and benign confirmed by biopsy: 69,7% and 30,3% respectively. The sensitivity and specificity of features included size > 15 mm; the character of margin, contrast absorption for malignant nodules diagnosis are 82,2%, 91,9%, 100% and 37%, 40,7%, 13,04% respectively. **Conclusions:** Three features of nodules: Size ≥ 15 mm; the character of margin, contrast absorption are suggestive malignant characteristics. **Keywords:** pulmonary nodule, thoracic computed tomography, lung cancer, LUNG-RADS

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Nốt đơn độc ở phổi là những tổn thương đơn độc có đường kính nhỏ hơn 3cm được bao bọc xung quanh bởi nhu mô phổi lành không có xẹp phổi hay hạch to. Những tổn thương có kích thước lớn hơn được gọi là các khối ở phổi. Bản chất các nốt đơn độc ở phổi rất khác nhau, có thể lành tính hoặc ác tính. Với các tổn thương lành tính gặp đến 80% là các u hạt do nhiễm trùng, 10% u mỡ và 10% còn lại là các tổn thương hiếm khác như u hạt không do nhiễm trùng và các u lành tính khác[2], [3], [4]. Bệnh nhân tiên lượng tốt khi phát hiện giai đoạn IA của bệnh, khoảng 61% đến 75% bệnh nhân có tỷ lệ sống sau 5 năm khi được phẫu thuật cắt bỏ.

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân có nốt mờ phổi**

	Đau ngực	Khó thở	Ho khan	Ho đờm	Ho máu	Sốt	Gây sút	Mệt mỏi	Khác
<b>n</b>	13	2	13	13	1	1	3	11	7
<b>%</b>	14,6	2,2	14,6	14,6	1,1	1,1	3,4	12,4	7,9

**Nhận xét:** Triệu chứng lâm sàng được ghi nhận chủ yếu là đau ngực, ho khan và ho đờm với tỷ lệ bằng nhau 14,6%

**Bảng 2. Số triệu chứng lâm sàng trên**

Tuy nhiên khoảng một nửa lượng bệnh nhân ung thư phổi đã có tổn thương ngoài phổi khi được chẩn đoán, làm giảm tỷ lệ sống sau 5 năm khi được phẫu thuật chỉ còn 13-15%[5]. Việc sinh thiết nốt, khối phổi để xác định bản chất mô học và khẳng định chẩn đoán ung thư phổi là rất cần thiết, nhưng lại là một kỹ thuật xâm lấn và rất khó thực hiện, vậy nên các đặc điểm hình ảnh của tổn thương trên cắt lớp vi tính (CLVT) đã được phân tích triệt để nhằm phân loại và sàng lọc các nốt phổi cần sinh thiết, đồng thời hướng dẫn thủ thuật sinh thiết, lấy mẫu mô qua thành ngực. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh và đối chiếu các đặc điểm trên với kết quả giải phẫu bệnh từ đó mô tả được giá trị các đặc điểm gợi ý tính chất ác tính trên cắt lớp vi tính ngực*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Các bệnh nhân được chẩn đoán nốt phổi theo phân loại Lung – RADS 4 (2019) tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội (khoa Nội tiết – Hô hấp, khoa Ung bướu, khoa Phẫu thuật lồng ngực) và có kết quả giải phẫu bệnh tổn thương phổi

**2.2. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

**2.3. Phương pháp xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập và xử lý theo chương trình SPSS 20

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu thu thập số liệu từ tháng 5/2022 đến hết tháng 8/2023 ghi nhận 89 BN đến khám và có nốt mờ phổi trên CLVT ngực, được sinh thiết hoặc phẫu thuật nội soi lồng ngực tại Bệnh viện trường Đại học Y Hà Nội

**3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu.** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $61,2 \pm 9,8$  tuổi. Nhóm tuổi > 60 chiếm cao nhất với tỷ lệ 60,2%. Nam giới chiếm 61,8% nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Các căn nguyên của nốt phổi đơn độc: 69,7% ung thư, 30,3% Lành tính (viêm xơ mạn tính: 15,7%, lao: 5,6%)

**3.2. Đặc điểm lâm sàng của các bệnh nhân có nốt mờ phổi trên cắt lớp vi tính ngực**

**mỗi đối tượng nghiên cứu**

Số triệu chứng lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ %
Có ≥1 triệu chứng lâm sàng	45	50,6

Không có triệu chứng lâm sàng	44	49,4
<b>Tổng</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng là 44/89 chiếm tỷ lệ (49,4%) còn lại 50,6% bệnh nhân có ít nhất 1 triệu chứng lâm sàng

**3.3. Đặc điểm hình ảnh của nốt mờ phổi trên cắt lớp vi tính ngực**

**3.4.1. Số lượng, vị trí:**

**Bảng 3. Số lượng nốt và vị trí phân bố trong chẩn đoán nốt mờ phổi**

Tính chất	Số lượng (n=89)	Tỷ lệ %
<b>Số lượng</b>	1	61,8
	2	15,7
	3	12,4

	4	9	10,1
<b>Vị trí</b>	Trên trái	14	15,7
	Dưới trái	11	12,4
	Trên phải	39	43,8
	Giữa phải	13	14,6

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân có số lượng NMP đơn độc gấp 1,61 lần so với số lượng 2-4 nốt. Vị trí tổn thương phổi phải gấp 2,5 lần so với phổi trái và vị trí trên phải chiếm ưu thế 43,8%. Vị trí ít gặp nhất là thùy dưới trái (12,4%). Tỷ lệ NMP ác tính thùy trên cao hơn so với nhóm ác tính thùy dưới 71,2% so với 30,8%. Số lượng nốt mờ đơn độc ác tính chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm lành tính 69,7% so với 30,3%.

**3.4.2. Kích thước, đậm độ**

**Bảng 4. Giá trị về kích thước, mật độ trong chẩn đoán nốt mờ phổi**

		Lành tính		Ác tính		Độ nhạy %	Độ đặc hiệu %	p
		n	%	n	%			
<b>Kích thước</b>	≥15mm	17	25	51	75	82,3	37	0,049
	<15mm	10	47,6	11	52,4			
<b>Đậm độ</b>	Đặc	26	32,9	53	67,1	85,4	96,3	0,129
	Bán đặc	1	100	9	90			

**Nhận xét:** Đặc điểm kích thước trong chẩn đoán bản chất nốt mờ phổi ác tính có độ nhạy 82,3% và độ đặc hiệu 37%, giá trị dự đoán dương tính 75%, giá trị dự đoán âm tính 47,6% với p < 0,05. Nốt đặc tỷ lệ lành tính thấp hơn 32,9% so với nốt bán đặc 100% (p > 0,05).

**3.4.3. Đường bờ nốt và tính ngấm thuốc nốt trên CLVT ngực**

**Bảng 5. Giá trị về đường bờ, tính ngấm thuốc tổn thương trong chẩn đoán nốt mờ phổi**

		Lành tính		Ác tính		Độ nhạy	Độ đặc hiệu	p
		n	%	n	%			
<b>Đường bờ</b>	Đều	11	68,8	5	31,2	91,9	40,7	0,001
	Không đều	16	21,9	57	78,1			
<b>Ngấm thuốc</b>	Có	20	29	49	71	79	11,1	0,04
	Không	3	100	0	0			
	Không tiêm	43	23,5	13	76,5			

**Nhận xét:** Đặc điểm đường bờ trong chẩn đoán bản chất nốt mờ phổi ác tính có độ nhạy 91,9% và độ đặc hiệu 40,7%, giá trị dự đoán dương tính 78,1%, giá trị dự đoán âm tính 68,8% với p < 0,05. Nốt ngấm thuốc có tỷ lệ ác tính cao hơn 71% so với nốt không ngấm thuốc 0%

**3.4.4 Phân loại nốt mờ phổi theo ACR Lung - RADS**

**Bảng 6. Phân loại nốt mờ phổi theo ACR Lung-RADS 2019**

	4A	4B	4X	Tổng
<b>Số bệnh nhân</b>	13	16	60	89
<b>Tỷ lệ %</b>	14,6	18	67,4	100

**Nhận xét:** Chiếm tỷ lệ cao trong mẫu nghiên cứu là nhóm NMP loại Lung - RADS 4X với 67,4%, thấp nhất 4A tỷ lệ 14,6%.

**Bảng 7. Giá trị phân loại Lung - RADS 2019 trong chẩn đoán nốt mờ phổi**

	Lành tính		Ác tính		Độ nhạy %	Độ đặc hiệu %	p
	n	%	n	%			
<b>4A</b>	8	61,5	5	38,5	77,4	55,6	0,003
<b>4B</b>	7	43,8	9	56,2			
<b>4X</b>	12	20	48	80			

**Nhận xét:** Phân loại Lung-RADS 4X chiếm tỷ lệ ác tính cao hơn nhóm 4A,B với 80%, 56,2% và 38,5% sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân có tổn thương phổi.** Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 61,2 với nhóm tuổi  $\geq 60$  chiếm đa số với tỷ lệ 57,3%, điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng tuổi của bệnh nhân có liên quan mật thiết đến nguy cơ ác tính của các nốt phổi, nguy cơ ác tính càng tăng khi tuổi bệnh nhân càng lớn[9]. Về phân bố nốt phổi theo giới, nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới với 61,8% và tỷ lệ nam/nữ trong mẫu nghiên cứu là 1,6 và sự khác biệt về tuổi, giới và nốt ác tính là không có ý nghĩa thống kê có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi không đủ lớn.

Về đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân tại thời điểm chẩn đoán nốt phổi không đặc hiệu và gần một nửa số bệnh nhân tới khám là định kỳ và không có triệu chứng. Trong khi nghiên cứu của Hoàng Thị Ngọc Hà trên 83 bệnh nhân có tổn thương nốt phổi thuộc nhóm nguy cơ ung thư cao có kết quả là đa số bệnh nhân tới khám là có triệu chứng lâm sàng chiếm tới 96,4% [7]. Sự khác biệt này có thể là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là tất cả các bệnh nhân được phân loại Lung – RADS 4 bao gồm cả các bệnh nhân không thuộc nhóm nguy cơ ung thư phổi cao theo David Ost[3]

**4.2. Đặc điểm hình ảnh của nốt mờ phổi trên cắt lớp vi tính ngực.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, căn nguyên nốt phổi được xác định thông qua bằng chứng về mô bệnh học từ bệnh phẩm sinh thiết phổi xuyên thành ngực cho tới phẫu thuật nội soi lồng ngực. Theo kết quả thu nhận được chúng tôi ghi nhận có 3 căn nguyên chính chẩn đoán được: ung thư phổi chiếm tỉ lệ cao nhất (69,7%), lao phổi (5,6%), viêm xơ mạn tính (15,7%), và căn nguyên nốt phổi lành tính theo y văn có thể gặp như: hamartoma (1,12%), u phế bào (2,25%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Lê Minh Hằng (2021) chẩn đoán căn nguyên nốt phổi đơn độc với 64%: ung thư phổi, 10%: lao phổi; 16%: viêm xơ mạn tính. Vì Việt Nam là nước có tỷ lệ mắc lao cao mà triệu chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của các nốt phổi không đặc hiệu cho lao, do đó việc chẩn đoán loại trừ lao sớm là một điều quan trọng và cần thiết.

Trong nghiên cứu của chúng tôi về kích thước, đường bờ của các nốt phổi, nốt có kích thước  $>15$  mm có tỷ lệ ác tính cao hơn (81,4%), nốt phổi có kích thước  $\leq 15$  mm có tỷ lệ lành tính chiếm tỷ lệ cao 53,3% ( $p<0.05$ ). Bờ không đều tỷ lệ ác tính cao hơn 78,1% so với bờ đều

chiếm tỷ lệ là 31,2% ( $p < 0,05$ ). Tuy nhiên phần lớn tổn thương lao cũ ở thùy trên phổi hai bên theo các dải xơ co kéo, rất dễ nhầm lẫn với hình ảnh tua gai hay tia mặt trời. Nếu tập trung độc lập vào đặc điểm bờ tua gai hoặc ít kinh nghiệm trong phân tích đặc điểm hình ảnh, phân biệt bờ tua gai thực sự với các dải xơ kẽ, co kéo thì sẽ có tỷ lệ dương tính giả cao. Ngoài ra nốt ngấm thuốc cũng là một trong những đặc điểm gợi ý tính chất ác tính của nốt phổi: Nốt ngấm thuốc chiếm tỷ lệ 71% với  $p<0.05$ .

Kết quả này phù hợp với nhiều công trình cho thấy sự liên quan giữa nguy cơ nốt phổi ác tính và các đặc điểm gợi ý ác tính trên CLVT ngực. Theo nghiên cứu của Hoàng Thị Ngọc Hà (2020)[7]. Kích thước nốt đặc  $\geq 15$ mm có độ nhạy 98% và độ đặc hiệu 9,1%. Đường bờ nốt phổi dạng tua gai và đa cung trong chẩn đoán bản chất nốt phổi ác tính có độ nhạy 92% và độ đặc hiệu 27,3% ( $p<0,05$ ). Khi kết hợp từ 2 đặc điểm trở lên khả năng chẩn đoán nốt phổi ác tính với độ nhạy 92,3% và độ đặc hiệu 80%. Nghiên cứu của David Ost (2013) thấy rằng nốt ác tính ngấm thuốc nhiều hơn nốt lành tính, nhưng các nốt lành tính như hamartoma và lao cũng có thể ngấm thuốc. với độ nhạy là 96% và độ đặc hiệu là 75%. Như vậy một tổn thương có càng nhiều đặc điểm hình ảnh có tính chất gợi ý ác tính càng có tỷ lệ ác tính cao

**4.3. Giá trị phân loại của Lung - RADS 1.1 (2019).** Dựa vào đặc điểm hình ảnh trên cắt lớp vi tính và bảng phân độ Lung-RADS của ACR chúng tôi thấy trong nghiên cứu có 14,6 % thuộc phân nhóm 4A, đây nhóm tổn thương có nguy cơ ác tính  $> 4\%$  theo Lung – RADS 2019, các tổn thương này theo khuyến cáo ACR nên theo dõi trong vòng 03 tháng để đánh giá hình ảnh nốt phổi trên CLVT. Tuy nhiên theo nghiên cứu của chúng tôi trong tổng số 13 nốt phân loại Lung – RADS 4A được sinh thiết thì có 5 nốt là tổn thương ác tính chiếm tỷ lệ không nhỏ 38,5%, vì vậy việc đặt ra hướng chẩn đoán bằng sinh thiết qua da tại thời điểm chẩn đoán cho các bệnh nhân thuộc nhóm phân loại này cũng cần được đặt ra. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 bệnh nhân được phân loại Lung – RADS 4A và không có yếu tố nguy cơ ung thư cao theo David Ost [9], nhưng kết quả sinh thiết xuyên thành ngực lại là ung thư phổi. Bệnh nhân thứ 1 là nữ 39 tuổi đi khám vì ho kéo dài, cắt lớp vi tính ngực nốt phổi kích thước trung bình 10mm, bán đặc, thùy trên, hình đa giác, bờ không đều, giải phẫu bệnh là ung thư phổi biểu mô tuyến. Bệnh

nhân thứ 2 là nữ 49 tuổi đi khám định kỳ, nốt phổi kích thước trung bình 11mm, bờ đều, hình tròn, cắt cụt nhánh phế quản, giải phẫu bệnh cũng là ung thư phổi biểu mô tuyến. Hiện tại chưa có nhiều nghiên cứu về nhóm phân loại Lung – RADS 4A không có yếu tố nguy cơ ung thư phổi cao mà được làm chẩn đoán ngay tại thời điểm phát hiện tổn thương. Như vậy cần đặt ra câu hỏi có sinh thiết ngay cả với những nốt thuộc nhóm Lung – RADS 4A mà không có nguy cơ ung thư phổi cao theo David Ost [9]

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi phân loại Lung-RADS 4X chiếm tỷ lệ cao nhất 67,4%, đây là nhóm tổn thương có nguy cơ ác tính cao nhất. Tổn thương thuộc nhóm 4B và 4X cần được đánh giá thêm chụp CLVT, PET/CT, sinh thiết hoặc phẫu thuật cắt thùy phổi. Tổn thương thuộc phân nhóm 4X có tỷ lệ ác tính cao hơn nhóm 4A và 4B và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) với độ nhạy 77,4% và độ đặc hiệu 55,6%. Do đó phân loại 4X trên hình ảnh CLVT ngực có thể gợi ý cho chỉ định sinh thiết hoặc phẫu thuật cắt thùy phổi đối với tổn thương nghi ngờ trong chẩn đoán nốt phổi

## V. KẾT LUẬN

Kích thước  $\geq 15$  mm, đường bờ không đều trong nốt mờ phổi, tính chất ngấm thuốc trên phim CLVT ngực có giá trị trong chẩn đoán nốt mờ phổi ác tính. Với kết quả phân loại các tổn thương nhóm 4X ác tính cao hơn nhóm 4A và 4B có ý nghĩa thống kê với độ nhạy 77,4% và độ đặc hiệu 55,6% ( $p < 0,05$ ). Đặc biệt phân với phân loại Lung – RADS 4A cần nhắc sinh thiết làm chẩn đoán ngay tại thời điểm phát hiện để tránh bỏ sót tổn thương ngay cả trên đối tượng không có nguy cơ cao ung thư phổi. Bảng phân

loại phân ACR Lung-RADS dựa trên hình ảnh CLVT ngực là một phương pháp khá tốt cho việc đánh giá nguy cơ ác tính của các nốt mờ phổi, từ đó có chỉ định sinh thiết hoặc phẫu thuật phù hợp đối với tổn thương nghi ngờ ung thư phổi sớm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **H. Sung, J. Ferlay, R. L. Siegel, M. Laversanne, I. Soerjomataram, A. Jemal, F. and Bray**, "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries," *CA Cancer J Clin*, vol. 71, no. 3, pp. 209-249, 2021, doi: 10.3322/caac.21660
2. **Hanley K. S.** (2003), "Classifying solitary pulmonary nodules: new imaging methods to distinguish malignant, benign lesions", *Postgraduate medicine*, 114(2), 29-35
3. **Ost D., Fein A. M., Feinsilver S. H.** (2003), "The solitary pulmonary nodule", *New England Journal of Medicine*, 348(25), pp.2535-2542.
4. **The Japanese Society of CT Screening** (2011), "Low-dose CT Lung Cancer Screening Guidelines for Pulmonary Nodules Management, Version 2, pp 1-9
5. **Tan B. B., Flaherty K. R., Kazerooni E. A., & Iannettoni, M. D.** (2003), "The Solitary Pulmonary Nodule", *Chest*, 123(1), pp. 89-96.
6. **American College of Radiology** (2019), Lung - RADS ® Version 1.1 Assessment Categories 3, 2019
7. **Hoàng Thị Ngọc Hà, Đoàn Dũng Tiên, Lê Trọng Khoan** (2020), Nghiên cứu giá trị của cắt lớp vi tính ngực liều thấp trong phát hiện sớm các nốt mờ phổi ác tính, *Tạp chí Y Dược học, Trường ĐH Y Dược, Đại học Huế*
8. **Jeanbourquin D., Bensalah J., Duong K.** (2012), «Nodule pulmonaire solitaire», *Imagerie thoracique de l'adulte et de l'enfant 2nd edition*, Elsevier Masson, pp. 276-293.
9. **Ost D.** (2013), Approach to the patient with Pulmonary nodules. *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders. 5th edition*, McGraw-Hill Education, 3348-3378

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP GÂY TÊ VÙNG TRONG SINH THIẾT TIỀN LIỆT TUYẾN DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM ĐƯỜNG TRỰC TRÀNG

Đặng Đình Phúc<sup>1</sup>, Ngô Quốc Bộ<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Đình Phúc

Email: phucvaac@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 01.12.2023

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả của phương pháp gây tê vùng trong sinh thiết tiền liệt tuyến dưới hướng dẫn của siêu âm qua đường trực tràng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu thực hiện trên 68 bệnh nhân nghi ngờ mắc ung thư tiền liệt tuyến trên lâm sàng cùng cận lâm sàng nên chỉ định sinh thiết để chẩn đoán xác định, đến khám và điều trị tại bệnh viện K từ tháng 8 năm 2022 đến tháng 7 năm 2023. Dưới hướng dẫn của siêu âm đường trực tràng, người bệnh được gây tê vùng rồi sinh thiết hệ thống tiền liệt