

- khoa Nhi- Bệnh viện Trung ương Huế", Đề tài khoa học cấp cơ sở, Bệnh viện Trung ương Huế.
5. **Trần Thu Hà** (2019), "Thực trạng chăm sóc trẻ sơ sinh suy hô hấp tại khoa sơ sinh Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh: Luận văn Thạc sĩ Điều dưỡng, trường Đại học Thăng Long Hà Nội,
  6. **Lê Phương Linh, Lê Minh Trác** (2019), "Đánh giá hiệu quả nuôi dưỡng đường tiêu hóa ở trẻ cực non và rất non tháng tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương", Tạp chí bệnh viện Nhi TW.
  7. **Birhanu, D, Gebremichael, B, Tesfaye, T, et al**, Survival status and predictors of mortality among preterm neonates admitted to neonatal intensive care unit of AddisAbaba public hospitals, Ethiopia, 2021, A prospective cohort study, BMC Pediatr 22, 153 (2022), <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03176-7>.
  8. **Subramaniam P, Ho JJ, Davis PG**, Prophylactic or very early initiation of continuous positive airway pressure (CPAP) for preterm infants, Cochrane Database Syst Rev, 2021;10(10): CD001243, Published 2021 Oct 18, doi:10.1002/14651858.CD001243, pub4.
  9. **Gupta N, Bruschetti M, Chawla D**, Fluid restriction in the management of transient tachypnea of the newborn, Cochrane Database Syst Rev, 2021;2(2):CD011466, Published 2021 Feb 18, doi:10.1002/14651858, CD011466, pub2.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN SAN HÔ BẰNG PHƯƠNG PHÁP TÁN SỎI THẬN QUA DA ĐƯỜNG HẸM NHỎ TẠI BỆNH VIỆN BƯU ĐIỆN

Trịnh Hoàng Hoan<sup>1</sup>, Dương Văn Trung<sup>1</sup>, Bùi Đức Hoàng<sup>1</sup>,  
Lại Ngọc Thắng<sup>2</sup>, Trịnh Thành Vinh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận san hô bằng phương pháp tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Bưu Điện. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu 85 bệnh nhân sỏi thận san hô được điều trị bằng tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Bưu Điện thời gian từ 6/2022 – 6/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình: 54,6 ± 9,5 tuổi; Kích thước sỏi là 32,7 ± 7,2 mm mm; Số lượng sỏi: 34,1% có 1 viên; 65,9% có 2 viên trở lên; Phân loại sỏi: sỏi san hô S3 chiếm 54,1%; S4 chiếm 31,8%; S5 là 14,1%. Vị trí chọc dò nhiều nhất là đài dưới thận với 52,9%; đài giữa là 42,4% và đài trên 4,7%. Tỷ lệ tai biến trong mổ là 2,4% đây là các trường hợp chảy máu trong mổ phải truyền máu. Thời gian tán sỏi trung bình 75,4 ± 18 phút. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 11,8% đều là các trường hợp nhiễm khuẩn. Tỷ lệ sạch sỏi ngay sau mổ là 76,5%; có 14 trường hợp tán sỏi qua da lần 2. Sau 1 tháng tỷ lệ sạch sỏi là 89,4%. **Kết luận:** Điều trị sỏi thận san hô bằng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Bưu Điện là phương pháp an toàn và hiệu quả với tỷ lệ sạch sỏi cao và biến chứng thấp.

**Từ khóa:** Tán sỏi qua da đường hầm nhỏ, Sỏi thận san hô

### SUMMARY

#### THE EVALUATION ON THE RESULT OF STAGHORN KIDNEY STONES MANAGED BY MINI PERCUTANEOUS

<sup>1</sup>Bệnh viện Bưu Điện

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Hoàng Hoan

Email: trinh.hoangoan@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 5.01.2024

### NEPHROLITHOTOMY AT THE HOSPITAL OF POST AND TELECOMMUNICATIONS

**Objective:** The aim of this study is to evaluate the treatment result of staghorn stones by mini percutaneous nephrolithotomy at the Hospital of Post and Telecommunications. **Subject and method:** This is a descriptive study of 85 patients with staghorn stones treated by the mini-percutaneous nephrolithotomy at the Hospital of Post and Telecommunications from period of June 2022 to June 2023. **Result:** We studied 85 patients whose average age was 54,6 ± 9,5 with the mean size of stones be 32,7 ± 7,2 mm. There was 65,9% of 85 patients to have more than one staghorn kidney stone and 34,1% is for the solitary stag horn stone. Regarding classification of stones, staghorn stones S3,S4,S5 accounted for 54,1%,31,8% and 14,1% respectively. The most often appropriate puncture site was lower calyx of kidney which accounted for 52,9%, middle calyx of kidney was 42,4% and upper calyx of kidney was 4,7%. Bleeding complication during surgery was 2,4% by which blood transfusion was required. The mean operative time was 75,4 ± 18 minutes. The complication was 11.8% but mainly was fever caused by post-surgery infections. The primary free-stone rate after PCNL was 76,5%. There was 14 cases performed 2nd Mini PCNL and free stone rate has been reported at 89,4% after one month. **Conclusion:** Treatment of staghorn stones by mini percutaneous nephrolithotomy treatment at the Hospital of Post and Telecommunications is safe and effective method with high free-stone rates and less complications rate.

**Keywords:** Mini-PCNL, Stones staghorn.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi san hô là các trường hợp sỏi bể thận có nhánh vào trong các đài thận. Điều trị sỏi thận, nhất là sỏi san hô thường khó khăn rất nhiều so với việc điều trị sỏi niệu quản, hay sỏi thận đơn

thuần. Trước những năm 1980 điều trị sỏi san hô chủ yếu là mổ mở lấy sỏi. Gần đây nhờ sự phát triển của khoa học kỹ thuật trong lĩnh vực nội soi, đã ra đời rất nhiều các phương pháp ít xâm lấn điều trị bệnh lý tiết niệu nói chung và sỏi thận nói riêng<sup>1</sup>. Trong đó tán sỏi thận qua da (PCNL - percutaneous nephrolithotomy) được phát triển để điều trị các trường hợp sỏi thận lớn phức tạp thay cho mổ mở<sup>2</sup>. Theo khuyến cáo của Hiệp hội Tiết niệu Châu Âu năm 2019, tán sỏi qua da là lựa chọn hàng đầu trong điều trị sỏi thận lớn hơn 2cm bao gồm cả sỏi san hô<sup>3,4</sup>. Tại Việt Nam tán sỏi qua da cũng đang dần được áp dụng điều trị sỏi thận ở nhiều cơ sở y tế thay cho mổ mở. Bệnh Viện Bưu Điện áp dụng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ điều trị sỏi thận san hô thực hiện từ năm 2017 cho đến nay. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ (mini-PCNL), điều trị sỏi san hô thận tại Bệnh viện Bưu điện, với mục tiêu đánh tỷ lệ sạch sỏi và biến chứng của phương pháp này.

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bao gồm 85 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân có sỏi san hô thận được tiến hành tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ lấy sỏi tại Khoa ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Bưu Điện trong thời gian từ tháng 6/2022 – 6/2023.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân**

+ Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân > 18 tuổi, có sỏi san hô thận được tán sỏi qua da đường hầm nhỏ lấy sỏi.

+ Đầy đủ hồ sơ bệnh án.

**Tiêu chuẩn loại trừ**

+ Sỏi san hô thận phối hợp với sỏi vị trí khác.

+ Không đủ hồ sơ bệnh án.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- **Thiết kế nghiên cứu:** Hồi cứu từ 6/2022 – 6/2023

- **Cỡ mẫu nghiên cứu:** Bằng phương pháp chọn cỡ mẫu thuận tiện thu được 85 bệnh nhân nằm trong nhóm đối tượng nghiên cứu.

**- Các chỉ tiêu nghiên cứu:**

+ Dịch tễ học: tuổi, giới tính

+ Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh: mức độ ứ nước thận, số lượng, kích thước sỏi, phân loại hình thái sỏi.

+ Đặc điểm trong và sau mổ: vị trí chọc dò, thời gian phẫu thuật, các tai biến và biến chứng

+ Tỷ lệ sạch sỏi ngay sau mổ và 1 tháng sau khi ra viện

- **Tiêu chuẩn đánh giá sạch sỏi và sót sỏi:** Theo hướng dẫn của Hiệp hội tiết niệu châu

Âu năm 2019 đưa ra<sup>3</sup>:

+ Sạch sỏi là khi không còn sỏi trên kết quả siêu âm sau tán sỏi hoặc khi còn sót sỏi nhỏ có kích thước < 4mm.

+ Sót sỏi: là khi còn một hoặc nhiều sỏi trên 4mm, phải tiếp tục theo dõi hoặc phối hợp các phương pháp khác để điều trị.

- **Xử lý số liệu:** Chương trình toán thống kê SPSS 20.0 và các thuật toán thống kê y học.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được sự đồng ý của Bệnh viện Bưu điện, số liệu thu thập được xác nhận của khoa, phòng bệnh Bệnh viện Bưu điện.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung**

- Tổng số 85 bệnh nhân

- Tỷ lệ nam - nữ là 1,7/1

- Tuổi trung bình là 54,6 ± 9,5 tuổi; cao nhất 81 tuổi, thấp nhất 29 tuổi.

**3.2. Đặc điểm của sỏi trên chẩn đoán hình ảnh**

**Bảng 1: Đặc điểm của sỏi trên chẩn đoán hình ảnh**

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Phân loại kích thước sỏi	21 - 25mm	14	16,5
	26 - 30mm	33	38,8
	> 30mm	38	44,7
Số lượng sỏi	1 viên	29	34,1
	≥ 2 viên	56	65,9
Phân loại vị trí và hình thái sỏi	S3	46	54,1
	S4	27	31,8
	S5	12	14,1
Mức độ ứ nước thận	Thận không ứ nước	11	12,9
	Độ I	35	41,2
	Độ II	32	37,6
	Độ III	7	7,3

**Nhận xét :** Kích thước sỏi trung bình là 32,7 ± 7,2 mm. Về hình thái sỏi phần lớn là sỏi S3 (54,1%); S4 chiếm 31,8%; S5 (14,1%). Thận ứ nước độ I và độ II là chủ yếu với lần lượt là 41,2% và 37,6%.

**3.3. Quá trình tán sỏi**

**Bảng 2: Vị trí chọc dò**

Nhóm đài	S3	S4	S5	Tổng số	Tỷ lệ %
Đài trên	0	2	2	4	4,7
Đài giữa	21	11	4	36	42,4
Đài dưới	25	14	6	45	52,9
<b>Tổng</b>	<b>46</b>	<b>27</b>	<b>12</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Vị trí chọc dò nhiều nhất là đài dưới thận với 52,9%; đài giữa là 42,4% và đài trên 4,7%.

**Bảng 3: Tai biến trong phẫu thuật**

Tai biến	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Không có tai biến	83	97,6
Chảy máu phải truyền máu	2	2,4
Chảy máu phải mổ mở	0	0
Tai biến khác	0	0
<b>Tổng</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Trong quá trình phẫu thuật gặp 2 trường hợp chảy máu phải truyền máu (2,4%); không gặp các biến chứng khác. Thời gian tán sỏi trung bình  $60,4 \pm 18$  phút.

### 3.4. Theo dõi sau mổ

**Bảng 3.4. Biến chứng sau mổ**

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Không có biến chứng	75	88,2
Sốt, nhiễm khuẩn tiết niệu	9	10,6
Nhiễm khuẩn huyết	1	1,2
Sốc nhiễm khuẩn	0	0
Biến chứng khác	0	0
<b>Tổng</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Có 11,8% bệnh nhân có biến chứng sau mổ trong đó đều là nhiễm khuẩn với 10,6% sốt, nhiễm khuẩn tiết niệu; 1 trường hợp nhiễm khuẩn huyết.

**Bảng 3.5. Kết quả tán sỏi**

Đặc điểm		Số bệnh nhân	
		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Kết quả tán sỏi ngay sau mổ	Sạch sỏi	65	76,5
	Sốt sỏi	20	23,5
Các can thiệp khác sau tán lần 1 sỏi sỏi	Không can thiệp	6	30
	Tán sỏi qua da lần 2	14	70
	Tán sỏi ngoài cơ thể	0	0
	Mổ lấy sỏi	0	0
Kết quả tán sỏi sau 1 tháng	Sạch sỏi	76	89,4
	Sốt sỏi	9	10,6

**Nhận xét:** Kết quả tán sỏi ngay sau mổ ngày thứ 3 có 76,5% sạch sỏi và 20 trường hợp chiếm 23,5% còn sỏi sỏi sau tán. Khám lại sau 1 tháng có 76 trường hợp (89,4%) sạch sỏi và 9 trường hợp sỏi sỏi.

## IV. BÀN LUẬN

**Tư thế bệnh nhân và định vị sỏi bằng siêu âm.** Các bệnh nhân đều được thực hiện tán sỏi qua da với tư thế nằm nghiêng. Theo chúng tôi tư thế bệnh nhân nằm nghiêng là tư thế quen thuộc với phẫu thuật viên tiết niệu, có thể giúp giải quyết nhanh các tai biến trong mổ, bên cạnh đó các nghiên cứu cũng chỉ ra tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tư thế nằm nghiêng có mức độ an toàn và hiệu quả cao<sup>5</sup>. Trong nghiên cứu chọc dò định vị sỏi dưới hướng dẫn siêu âm. Siêu âm

có lợi thế là xác định cả những sỏi không cản quang, nhìn thấy cả chiều dài đường đi của kim chọc dò, đánh giá được các liên quan của thận với sỏi và các cơ quan nội tạng, hạn chế tổn thương tạng. Ngoài ra siêu âm còn tránh được vấn đề phơi nhiễm phóng xạ khi sử dụng tia X<sup>6</sup>.

**Vị trí chọc dò và tạo đường hầm.** Lựa chọn vị trí chọc dò vào thận là rất quan trọng trong quy trình tán sỏi qua da đường hầm nhỏ. Xác định vị trí chọc dò phụ thuộc vào vị trí, kích thước sỏi cũng như hình thái hệ tiết niệu. Chúng tôi ưu tiên chọc dò vào vị trí có thể tiếp cận và tán sỏi tốt nhất nhằm hạn chế biến chứng. Trong đó đài trên chiếm 4,7%; đài giữa là 42,4% và đài dưới thận với 52,9%. Sỏi san hô là loại phức tạp nằm ở nhiều đài thận, để kiểm soát tốt sỏi cũng như tăng tỷ lệ sạch sỏi trong nghiên cứu có 19 bệnh nhân tạo 2 đường hầm chiếm 22,3% và 3 trường hợp chiếm 3,5% tạo 3 đường hầm. Theo Nguyễn Nhật An tỷ lệ 2 đường hầm là 20,2% và 3 đường hầm là 0,06%<sup>7</sup>.

**Thời gian tán sỏi và tai biến trong quá trình tán sỏi.** Sỏi san hô phức tạp, kích thước sỏi lớn nên thời gian tán sỏi sẽ kéo dài hơn điều đó sẽ tăng nguy cơ tai biến và biến chứng sau mổ. Thời gian tán sỏi trung bình trong nghiên cứu là  $60,4 \pm 18$  phút; ngắn nhất là 30 phút, dài nhất là 95 phút. Theo Nguyễn Minh An thời gian phẫu thuật trung bình là  $57,9 \pm 17,0$  phút<sup>8</sup>. Trong nghiên cứu này của chúng tôi chỉ có 2 trường hợp biến chứng trong mổ chiếm 2,4% đều là các trường hợp chảy máu phải truyền máu. Đây là những bệnh nhân sỏi S4 và S5 chúng tôi tạo 2 đường hầm để tiếp cận sỏi, thời gian tán kéo dài, trong quá trình tán dịch rửa sỏi nhiều đã xác định có nguy cơ chảy máu và được truyền máu, cả hai bệnh nhân đều ổn định sau truyền không phải mổ mở cầm máu.

**Biến chứng sau mổ.** Tỷ lệ biến chứng sau mổ trong nghiên cứu là 11,8% tất cả đều là nhiễm khuẩn sau mổ; trong đó sốt nhiễm khuẩn tiết niệu chiếm 10,6% (9 bệnh nhân); có 1 bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết, không có trường hợp nào sốc nhiễm khuẩn. Tất cả các trường hợp đều được cấy dịch dẫn lưu thận, cấy máu và điều trị theo kháng sinh đồ, bệnh nhân ổn định. Theo Nguyễn Nhật An tỷ lệ biến chứng sau mổ là 11,9% đều là các trường hợp nhiễm khuẩn sau mổ, không gặp biến chứng khác<sup>7</sup>. Ahmed.R nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị sỏi san hô bằng tán sỏi nội soi qua da cho thấy biến chứng sau phẫu thuật gặp ở 54 bệnh nhân (chiếm 22%), trong đó có 34 bệnh nhân cần truyền máu (chiếm 14%)<sup>9</sup>.

**Tỷ lệ sạch sỏi sau tán sỏi qua da.** Tỷ lệ

sạch sỏi là một trong những tiêu chí quan trọng nhất để đánh giá tính hiệu quả của các phương pháp điều trị sỏi thận. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, kết quả sạch sỏi ngay sau mổ là 76,5%. Có 20 bệnh nhân chiếm 23,5% còn sót sỏi. Trong đó thì 6 trường hợp điều trị nội khoa; còn lại 14 trường hợp được tiến hành tán sỏi qua da lần 2. Không có trường hợp nào tán sỏi lần 3. Bệnh nhân khám lại sau 1 tháng thì có 76 trường hợp chiếm 89,4% sạch sỏi và 9 trường hợp sót sỏi. Các trường hợp sót sỏi tiếp tục được điều trị nội khoa không có can thiệp khác. Sỏi san hô thận là loại sỏi phức tạp, kích thước lớn thì vấn đề sót sỏi sau tán là khó tránh khỏi. Nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra rằng mức độ phức tạp của sỏi đi kèm với tỷ lệ sót sỏi. Theo Nguyễn Hoàng Đức khi nghiên cứu mối liên quan giữa vị trí, hình thái sỏi với tỷ lệ sạch sỏi cho thấy tỷ lệ sạch sỏi của sỏi đài giữa là 95,8%, sỏi đài dưới là 93,3% trong khi đó tỷ lệ này của sỏi san hô là 60%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,001^1$ .

#### V. KẾT LUẬN

Tán sỏi qua da đường hầm nhỏ điều trị sỏi san hô thận với tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng là 89,4%, không gặp tai biến và biến chứng lớn. Chúng tôi nhận thấy là phương pháp tương đối an toàn và hiệu quả trong điều trị sỏi thận san hô.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Đức, Nguyễn Tân Cường, Trần Lê Linh Phương. "Phẫu thuật lấy sỏi thận qua da". Ngoại khoa, 2007; tập 57, tr. 35-41.
2. Vũ Văn Ty. "Lấy sỏi thận qua da". Y học TP. Hồ Chí Minh, 2015; 19(4), tr 7 – 15.
3. C. Türk (Chair), A. Skolarikos (Vice-chair), A. Neisius. EAU Guidelines on Urolithiasis. 2019. pp28 – 30.
4. Akif Diri and Banu Diri. "Management of staghorn renal stones". Ren Fail, 2018; 40(1): pp357 – 362.
5. Pan, T., B. Liu, S. Wei, et al. "Flank-suspended versus prone percutaneous nephrolithotomy: changes of haemodynamics, arterial blood gases and subjective feelings". Urologia, 2015; 82(2): pp. 102 – 5.
6. Zhu, W., J. Li, J. Yuan, et al. "A prospective and randomised trial comparing fluoroscopic, total ultrasonographic, and combined guidance for renal access in mini-percutaneous nephrolithotomy". BJU Int; 2017; 119(4): pp 612 – 618.
7. Nguyễn Nhật An, Lê Anh Nguyệt, Cao Quyết Thăng. "Đánh giá kết quả tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ điều trị sỏi san hô tại Bệnh viện Quân Y 103". Y Học Việt Nam; Tập 519 Tháng 10 Số Chuyên Đề 2022.
8. Nguyễn Minh An, Đỗ Hải Hùng. "Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận san hô bằng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hải Dương năm 2020". Y Học Việt Nam; Tập 503 Tháng 6 Số 2 Năm 2021.
9. Ahmed R. El-Nahas, Ibrahim Eraky, Ahmed A. Shokeir. "Percutaneous nephrolithotomy for treating staghorn stones: 10 years of experience of a tertiary-care centre". Arab Journal of Urology, 2012; 10, pp324 – 329.

## ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH X QUANG VÀ CẮT LỚP VI TÍNH NGỰC BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ

Phạm Công Tú<sup>1</sup>, Lê Thị Mỹ Linh<sup>2</sup>,  
Trần Nguyễn Cát Tường<sup>2</sup>, Hồ Xuân Tuấn<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh X quang và cắt lớp vi tính ngực bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu thu thập được từ tháng 09/2019 đến tháng 12/2021 tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch thành phố Hồ Chí Minh có 272 BN thỏa điều kiện chọn mẫu. **Kết quả:** Đặc điểm hình ảnh trên X quang ngực: Vị trí khối u thường gặp là phổi phải (62,4%), trong đó thùy

trên phổi phải hay gặp nhất (31,5%) và khối u thường gặp ở ngoại biên (55,7%) hơn trung tâm. Khối u có đường đường bờ đa cung hoặc tua gai chiếm đa số (92,1%). Kích thước trung bình khối u trên X quang là  $5,3 \pm 2$  cm. Phần lớn các khối u có mật độ đặc trên X quang (80,8%). Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính ngực ung thư phổi không tế bào nhỏ: Phần lớn các khối u ở ngoại biên (51,8%) và u phổi thường gặp ở thùy trên hơn các thùy khác (57,0%). Hầu hết các khối u có bờ đa cung hoặc tua gai (94,2%). Phần lớn các khối u có mật độ đặc hoàn toàn (69,9%). Đa số kích thước u lớn hơn 3cm (88,9%). **Kết luận:** Nhìn chung kỹ thuật chụp X Quang và chụp CLVT đều có giá trị để phát hiện và đánh giá đặc điểm ung thư phổi không tế bào nhỏ về số lượng, vị trí, mật độ, đường bờ và kích thước u. Tuy nhiên, chụp CLVT xác định số lượng tổn thương u phổi tốt hơn X Quang.

**Từ khóa:** hình ảnh X quang, cắt lớp vi tính, ung thư phổi

<sup>1</sup>Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

<sup>2</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y – Dược Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Xuân Tuấn

Email: hxtuan@dhktyduocdn.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 2.01.2024