

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

**SUMMARY****CHARACTERISTICS OF CHEST X-RAY AND COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGES OF PATIENTS WITH NON-SMALL CELL LUNG CANCER**

**Objective:** Describe the characteristics of chest X-ray and computed tomography images of patients with non-small cell lung cancer. **Objects and methods:** A descriptive, retrospective study was collected from September 2019 to December 2021 at Phạm Ngọc Thạch Hospital Ho Chi Minh City with 272 patients who met the sample selection criteria. **Result:** Imaging features on chest X-ray: The most common tumor location is the right lung (62.4%), in which the right upper lobe is the most common (31.5%) and the tumor is most common in the periphery (55.7%) than the center. The polylobulated margin or spiculated margin accounted for the majority (92.1%). The mean tumor size on radiograph was  $5.3 \pm 2$  cm. Most of the tumors were dense on radiographs (80.8%). Features of chest computed tomography of non-small cell lung cancer: Most of the tumors are peripheral (51.8%) and lung tumors are more common in the upper lobe than in other lobes (57.0%). Most of the tumors had polylobulated margin or spiculated margin (94.2%). The majority of tumors were completely dense (69.9%). Most tumor sizes are larger than 3cm (88.9%). **Conclusion:** In general, both X-ray and CT scan films are used to detect similar values such as the number, location, density, margins, and size of non-small cell lung tumor. However, CT scans are better at identifying the number of tumors than X-rays. **Keywords:** X-ray images, computed tomography, lung cancer

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ung thư phổi (UTP) là bệnh lý ác tính thường gặp nhất và gây tử vong hàng đầu trên phạm vi toàn cầu. Theo Globocan 2020 trên thế giới ước tính có khoảng 2,2 triệu trường hợp mắc mới và 1,8 triệu trường hợp tử vong. UTP là nguyên nhân hàng đầu gây ra tỷ lệ mắc và tử vong do ung thư ở nam giới, hàng thứ ba về tỷ lệ mắc và thứ hai về tỷ lệ tử vong, sau ung thư vú ở nữ giới [1]. Ở Việt Nam, cũng theo thống kê của Globocan 2020, số ca mắc mới ung thư phổi là 26.262 trường hợp; tỷ lệ mắc tính chung cả 2 giới là 22,8/100.000 dân, tỷ lệ tử vong chung cả 2 giới là 20,6/100.000 dân đứng hàng thứ hai chỉ sau ung thư gan [2].

Trong giai đoạn đầu tổn thương còn khu trú, bệnh nhân (BN) thường không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu và được chẩn đoán qua tầm soát hoặc phát hiện tình cờ qua chẩn đoán hình ảnh. Chẩn đoán hình ảnh hiện nay vẫn là lựa chọn hàng đầu trong việc sàng lọc, phát hiện, chẩn đoán sớm UTP từ đó có hướng điều trị cá thể hoá đối với từng bệnh nhân. Các kỹ thuật

chẩn đoán hình ảnh đang được sử dụng rộng rãi hiện nay bao gồm: X quang thường quy, chụp cắt lớp vi tính (CLVT), chụp cộng hưởng từ (CHT), siêu âm. Ngày nay, hiện đại hơn có kỹ thuật PET/CT cung cấp thông tin chức năng và giải phẫu trong một lần chụp và đang từng bước phát triển ở Việt Nam. Mỗi một phương tiện chẩn đoán hình ảnh đều có giá trị riêng của nó, trong đó chụp X quang và CLVT đóng vai trò chủ đạo trong chẩn đoán UTP. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 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.*

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng chọn bệnh bao gồm các bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) được chẩn đoán xác định tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch TP Hồ Chí Minh từ tháng 9/2019 đến tháng 12/2021 thoả các tiêu chuẩn chọn mẫu của nghiên cứu.

**2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu.** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTPKTBN bằng kết quả giải phẫu bệnh.

Có phim chụp X quang ngực và phim chụp CLVT ngực đã lát cắt trước tiêm và sau tiêm thuốc cản quang, khi bệnh nhân chưa được điều trị đặc hiệu.

Hồ sơ được lưu trữ đầy đủ tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.** Không có phim X quang và/hoặc phim chụp CLVT ngực hoặc chất lượng hình ảnh không đảm bảo.

Bệnh nhân mắc đồng thời loại ung thư khác.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

**Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

Chọn mẫu thuận tiện trong thời gian từ 9/2019 đến 12/2021 tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch Thành phố Hồ Chí Minh.

**Nội dung nghiên cứu bao gồm:** Các đặc điểm hình ảnh khối u trên X quang và CLVT về: số lượng, vị trí, mật độ, đường bờ, kích thước.

**Phương pháp thu thập:**

**Bước 1:** Lập danh sách các trường hợp được chẩn đoán UTPKTBN được chẩn đoán tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch. Liên hệ phòng lưu trữ hồ sơ bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, mượn và tra cứu hồ sơ bệnh án tất cả những bệnh nhân nhập viện đã được chẩn đoán UTPKTBN có chụp X quang phổi và CLVT ngực thoả tiêu chuẩn chọn mẫu. Mọi thông tin về bệnh nhân đều được đảm bảo bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

**Bước 2:** Tìm kiếm và xử lý hình ảnh X quang và CLVT; lưu giữ dữ liệu hình ảnh X quang và CLVT bằng cách sao lưu sang ổ cứng dung lượng lớn trên nền phần mềm Efilm. Thông tin lưu trữ được bảo mật và được xoá sau khi kết thúc nghiên cứu.

**Bước 3:** Đọc phim, ghi nhận đánh giá đặc điểm hình ảnh, đo đạc u theo bệnh án mẫu. Kết quả được kiểm tra lại bởi các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm trên 5 năm.

**Bước 4:** Thống kê và xử lý số liệu.

**Phân tích và xử lý số liệu:** Phần mềm SPSS Statistics 22, dữ liệu được thể hiện dưới dạng phần trăm (%) đối với biến phân loại, trung bình ± độ lệch chuẩn đối với biến định lượng.

**Đạo đức nghiên cứu:** Nguyên cứu này được thực hiện khi đã được Hội đồng Y đức Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch và Hội đồng Y đức bệnh viện Phạm Ngọc Thạch thông qua.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.**

Mẫu nghiên cứu của chúng tôi thu thập được từ tháng 09/2019 đến tháng 12/2021 tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch có 272 BN thỏa điều kiện chọn mẫu. Trong 272 BN nghiên cứu có 188 nam (69,12%) và 84 nữ (30,88%). Tuổi BN thấp nhất là 21 tuổi, cao nhất là 89 tuổi, độ tuổi trung bình là 60,6±11. Theo kết quả nghiên cứu, UTBM tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất 95,6%, tiếp đến là UTBM tế bào gai 3,3%, UTBM gai-tuyến chiếm tỷ lệ 0,7% và thấp nhất UTBM tế bào lớn 0,4%.

**3.2. Đặc điểm hình ảnh X quang và hình ảnh CLVT ung thư phổi không tế bào nhỏ**

Trong 272 BN nghiên cứu, trên X quang có 53 trường hợp tràn dịch màng phổi và xẹp phổi do u, tổn thương u không xác định được trên phim X quang nhưng đánh giá được trên CLVT. Do đó, có 219 BN được đánh giá trên phim X quang các đặc điểm về: số lượng, vị trí, mật độ, đường bờ, kích thước.

**3.2.1. Đặc điểm số lượng khối u**

**Bảng 3.1. Số lượng u xác định trên phim X quang và CLVT**

Số lượng u	X quang (n=272)		CLVT (n=272)	
	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Đơn u	180	66,2	164	60,3
Đa u	39	14,3	108	39,7
Không phát hiện	53	19,5	0	0,0
<b>Tổng</b>	<b>272</b>	<b>100</b>	<b>272</b>	<b>100,0</b>

Trong 272 bệnh nhân nghiên cứu, X quang không phát hiện u phổi trong 53 trường

hợp(chiếm tỷ lệ 19,5%) nhưng trên CLVT phát hiện được những trường hợp này. CLVT còn có khả năng phát hiện tổn thương đa u phổi cao hơn X quang. Tỷ lệ đa u phát hiện được trên CLVT so X quang tương ứng là 2,76/1.

**3.2.2. Vị trí khối u nguyên phát**

**Bảng 3.2. Phân bố vị trí u theo X quang và CVLT**

Vị trí u	X quang (n=219)		CVLT (n=272)		
	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	
Vị trí u	Ngoại biên	122	55,7	141	51,8
	Trung tâm	74	33,8	97	35,7
	Cả 2	23	10,5	34	12,5
Phổi phải	Thùy trên	69	31,5	92	33,8
	Thùy giữa	34	15,5	40	14,7
	Thùy dưới	38	17,4	47	17,3
Phổi trái	Thùy trên	52	23,7	63	23,2
	Thùy dưới	26	11,9	30	11,0
<b>Tổng</b>	<b>219</b>	<b>100,0</b>	<b>272</b>	<b>100,0</b>	

- Trong 219 BN phát hiện u trên phim X quang: Tỷ lệ u ở ngoại biên chiếm đa số (55,7%), tiếp đến là u ở vị trí trung tâm (33,8%). Trong 5 thùy phổi, vị trí thường gặp là thùy trên phổi phải (31,5%) và thùy trên trái (23,7%). Vị trí ít gặp u là thùy dưới phổi trái (11%). Tỷ lệ u phổi gặp nhiều hơn ở bên phải (64,4%) và thùy trên (55,7%).

- Trong 272 BN phát hiện u trên phim CLVT: Phần lớn các khối u ở ngoại vi phổi chiếm tỷ lệ 51,8%, các khối u ở trung tâm chiếm tỷ lệ thấp hơn 35,7%. Trong 5 thùy phổi, vị trí thường gặp là thùy trên phổi phải (33,8%) và thùy trên phổi trái (23,2%). Tỷ lệ u phổi gặp nhiều hơn ở bên phải (65,8%) và thùy trên (57,0%).

Nhận xét chung về vị trí u trên phim X quang và CLVT: Trên cả 2 phim X quang và CLVT, vị trí u thường gặp ở ngoại biên, thùy trên hai phổi, tỷ lệ cao nhất là thùy trên phổi phải. Phổi bên phải tỷ lệ u phổi gặp nhiều hơn so với phổi trái.

**3.2.3. Đặc điểm đường bờ**

**Bảng 3.3. Đặc điểm đường bờ u trên X quang và CLVT**

Đường bờ	X quang (n=219)		CVLT (n=272)	
	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Tròn nhẵn	18	8,2	13	4,8
Đa cung	124	56,6	159	58,5
Tua gai	77	35,2	100	36,8
<b>Tổng</b>	<b>219</b>	<b>100,0</b>	<b>272</b>	<b>100,0</b>

Trên X quang, đường bờ đa cung chiếm đa số (56,6%) tiếp đến bờ tua gai (35,2%), thấp nhất là bờ tròn nhẵn (8,2%).

Trên CLVT, đường bờ đa cung chiếm phần lớn (58,8%), kế tiếp là đường bờ tua gai (36,8%), đường bờ tròn nhẵn chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ (4,8%).

Trên X quang và CLVT hầu hết các u đều có đường bờ dạng đa cung.

### 3.2.4. Đặc điểm về mật độ

**Bảng 3.4. Đặc điểm mật độ u trên X quang và CLVT**

Mật độ	X quang (n=219)		CLVT (n=272)	
	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Đặc hoàn toàn	177	80,8	190	69,9
Đặc một phần	35	16,0	67	24,6
Hang	7	3,2	15	5,5
<b>Tổng</b>	<b>219</b>	<b>100,0</b>	<b>272</b>	<b>100,0</b>

Trên X quang, hầu hết các trường hợp là khối u đặc hoàn toàn (80,8%), khối u có mật độ đặc một phần chiếm tỷ lệ 16%; chỉ có 3,2% số BN có u dạng hang.

Trên CLVT, mật độ khối u đặc hoàn toàn chiếm đa số (69,9%), BN có khối u dạng hang chiếm tỷ lệ 5,5%, Trên X quang và CLVT hầu hết các u đều có dạng đặc hoàn toàn. Cắt lớp vi tính xác định được nhiều trường hợp có mật độ đặc một phần (67/272) hơn so với X quang (35/219) và trên CLVT cũng phát hiện được nhiều trường hợp BN có hình hang (15/272) so với trên X quang (7/219).

### 3.2.5. Đặc điểm về kích thước của khối u

**Bảng 3.5. Sự khác biệt giữa X quang và CLVT về kích thước**

	X quang	CLVT
Kích thước theo đường kính lớn nhất (TB ± ĐLC)	5,3 ± 2,2cm	5,7 ± 2,2cm

Kích thước u trên CLVT lớn hơn trên X quang, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

## IV. BÀN LUẬN

**4.1. Số lượng và vị trí của u.** Trong 272 BN nghiên cứu, trên X quang có 53 trường hợp tràn dịch màng phổi và xẹp phổi do u. Những trường hợp này tổn thương u không xác định được trên phim X quang nhưng đánh giá được trên CLVT. Khả năng phát hiện đa u trên CLVT cao gấp 2,76 lần so với X quang. Trong 219 bệnh nhân phát hiện trên phim X quang: U ở ngoại biên chiếm đa số các trường hợp phát hiện được trên X quang chiếm tỷ lệ 55,7%. Trong 5 thùy phổi, vị trí thường gặp là thùy trên phổi phải (31,5%) và thùy trên trái (23,7%). Vị trí ít

gặp u là thùy dưới phổi trái (11%). Tỷ lệ u phổi gặp nhiều hơn ở bên phải (64,4%) và thùy trên (55,7%). Trong 272 bệnh nhân phát hiện trên CLVT: Phần lớn các khối u ở ngoại vi phổi chiếm tỷ lệ 51,8%, các khối u ở trung tâm chiếm tỷ lệ thấp hơn 35,7%. Trong 5 thùy phổi, vị trí thường gặp là thùy trên phổi phải (33,8%) và thùy trên phổi trái (23,2%). Tỷ lệ u phổi gặp nhiều hơn ở bên phải (65,8%) và ở thùy trên (57,0%).

Đặc điểm tổn thương phổi trên X quang và CLVT trong nghiên cứu của chúng tôi đều phù hợp với y văn: UTP thường xảy ra ở ngoại biên, thùy trên, hay gặp hơn ở bên phải [3]. Kết quả của chúng tôi cũng gần tương đồng với kết quả các tác giả trong và ngoài nước. Cung Văn Công (2015) trong 141 BN nghiên cứu, tỷ lệ u ở trung tâm và ngoại vi là xấp xỉ nhau, lần lượt là 47,5% và 52,5%. Trong 5 thùy phổi, vị trí thường gặp u nhất là thùy trên phải (32,6%) và thùy trên trái (27,7%), vị trí ít gặp u nhất là thùy giữa phải (11,3%). U phổi gặp nhiều ở thùy trên (60,3%) [4]. Hyun Woo Lee (2018) nghiên cứu phân tích gộp trên 33.372 BN UTPKTBN thấy tỷ lệ khối u thùy trên là 64,0% [5].

**4.2. Đặc điểm về đường bờ.** Trong 219 BN nghiên cứu trên X quang đường bờ đa cung và tua gai chiếm đa số (91,8%), ít gặp nhất là bờ tròn nhẵn (8,2%). Trên 272 BN nghiên cứu trên CLVT, đường bờ đa cung và tua gai chiếm phần lớn (94,2%), đường bờ tròn nhẵn chỉ chiếm 1 tỷ lệ nhỏ (4,8%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước khác [4]. Đặc điểm bờ u có giá trị trong phân biệt lành tính và ác tính. Tổn thương bờ đa thùy hoặc tua gai có nguy cơ ác tính cao hơn so với tổn thương có bờ tròn nhẵn. Một số nghiên cứu các nốt ở phổi cho thấy nếu nốt có bờ tua gai, tỷ lệ ác tính lên đến 88-94%. Đường bờ trơn láng không nói được u lành và có đến 1/3 trường hợp tổn thương ác tính có đặc điểm này. Tương tự, bờ đa cung tương ứng với nốt có tốc độ phát triển khác nhau, xấp xỉ 40% liên quan đến ác tính. Bờ tua gai, không đều tiên đoán mạnh khả năng ác tính 90% [6].

**4.3. Đặc điểm về mật độ.** Theo đồng thuận về thuật ngữ hình ảnh ngực, trên X quang và CLVT, nốt chỉ những tổn thương mờ dạng tròn, đường kính  $\leq 3$ cm, khối để chỉ bất kỳ tổn thương thuộc phổi, màng phổi hoặc trung thất được nhìn thấy trên X quang ngực dưới dạng một khối mờ có đường kính lớn hơn 3cm (không tính đến các đặc điểm đường viền, đường viền hoặc mật độ). CLVT có ưu điểm so với X quang là còn đánh giá được chính xác mật độ của tổn

thương bao gồm: Đặc hoàn toàn, đặc không hoàn toàn, dạng kính mờ [3].

Trong 272 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, trên X quang và CLVT, hầu hết khối u có mật độ đặc hoàn toàn chiếm đa số (80,8% và 69,9%), dạng đặc không hoàn toàn chiếm tỷ lệ thấp hơn (16,0% và 24,6%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước khác[4].

#### 4.4. Đặc điểm về kích thước của khối u.

Trong chẩn đoán UTP, CLVT đa lát cắt và độ phân giải cao là phương pháp có giá trị được ứng dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng. Hình ảnh CLVT giúp xác định vị trí, số lượng, kích thước, hình dạng, đường bờ, đậm độ tổn thương, chi tiết các cấu trúc trong tổn thương cũng như cấu trúc xung quanh tổn thương, mức độ tăng quang giúp cải thiện tỷ lệ phát hiện, giảm sai sót so với X quang phổi thường qui. Kích thước u được xem như yếu tố tiên lượng đối với UTPKTBN giai đoạn sớm, chưa xâm lấn tại chỗ và chưa di căn hạch [7].

Trung bình của các đường kính lớn nhất khối u trong nghiên cứu là: X quang là  $5,3 \pm 2,2$  cm, trên CLVT là  $5,7 \pm 2,2$ cm. Đa số có kích thước  $\geq 3$ cm chiếm 88,9%, trong đó khối u kích thước 3 – 7cm chiếm tỷ lệ cao nhất 63,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước khác: Cung Văn Công (2015) thấy rằng đường kính trung bình u:  $6,1 \pm 2$ cm, đại đa số u có kích thước lớn trên phim CLVT, 90,1% số u  $> 3$ cm [4].

#### V. KẾT LUẬN

Nhìn chung kỹ thuật chụp X Quang và chụp

CLVT đều có giá trị và được sử dụng để phát hiện các đặc điểm về số lượng, vị trí, mật độ, đường bờ, kích thước của UTPKTBN. Tuy nhiên, chụp CLVT xác định số lượng tổn thương u tốt hơn X Quang.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2021;71(3):209-49.
2. **Observatory Global Cancer.** Viet nam: Globocan 2020 [Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-vietnam-fact-sheets.pdf>.
3. **MacMahon H, Naidich DP, Goo JM, Lee KS, Leung ANC, Mayo JR, et al.** Guidelines for Management of Incidental Pulmonary Nodules Detected on CT Images: From the Fleischner Society 2017. Radiology. 2017;284(1):228-43.
4. **Cung Văn Công.** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính đa dãy đầu thu ngực trong chẩn đoán ung thư phổi nguyên phát ở người lớn. Luận án tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2015.
5. **Lee HW, Lee CH, Park YS.** Location of stage I-III non-small cell lung cancer and survival rate: Systematic review and meta-analysis. Thoracic cancer. 2018;9(12):1614-22.
6. **Mosmann MP, Borba MA, de Macedo FP, Liguori Ade A, Villarim Neto A, de Lima KC.** Solitary pulmonary nodule and (18)F-FDG PET/CT. Part 1: Epidemiology, morphological evaluation and cancer probability. Radiologia brasileira. 2016;49(1):35-42.
7. **Glazer G, Gross B, Quint L, Francis I, Bookstein F, Orringer M.** Normal mediastinal lymph nodes: number and size according to American Thoracic Society mapping. American journal of roentgenology. 1985;144(2):261-5.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU DÂY THẦN KINH HÔNG TO DO PHONG HÀN THẤP BẰNG ĐIỆN CHÂM, XOA BÓP BẨM HUYỆT KẾT HỢP BÀI TẬP WILLIAMS

Đỗ Ngọc Hân<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Hải<sup>2</sup>, Trần Văn Chiến<sup>3</sup>

#### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

<sup>2</sup>Bệnh viện Tuệ Tĩnh - Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

<sup>3</sup>Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Ngọc Hân

Email: dongochan.041197@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023

Ngày duyệt bài: 3.01.2024

**Đặt vấn đề:** Đau dây thần kinh hông to (dây thần kinh tọa) là một bệnh rất phổ biến hiện nay. Không chỉ biểu hiện bởi cảm giác đau dọc theo đường đi của dây thần kinh hông to mà còn thường kéo dài, hay tái phát gây ảnh hưởng nhiều tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Việc kết hợp YHCT với phục hồi chức năng đặc biệt là bài tập Williams trong điều trị đau dây thần kinh tọa mang lại nhiều hiệu quả tích cực trên lâm sàng. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả điều trị đau dây thần kinh hông to do phong hàn thấp bằng điện châm, xoa bóp bấm huyệt kết hợp bài tập Williams. **Đối tượng và phương pháp:** Can thiệp lâm sàng tiến cứu có đối chứng. Đối tượng gồm 60