

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Xuân Cung, Nguyễn Thị Thanh Nga, Nguyễn Xuân Hiệp, et al. (2017), "Sự thay đổi của phim nước mắt sau phẫu thuật phaco", Tạp chí Y học thực hành, 10 (1059), tr.27-30.
2. M André A, Torricelli, Priscila Novaes, Monique Matsuda, et al. (2013), "Correlation Between Signs and Symptoms of Ocular Surface Dysfunction and Tear Osmolarity With Ambient Levels of Air Pollution in a Large Metropolitan Area", cornea, 32 (4), tr.11-15.
3. C. Belmonte, M. C. Acosta, J. Gallar (2004), "Neural basis of sensation in intact and injured corneas", Exp Eye Res, 78 (3), tr.513-525.
4. E. Elksnis, I. Lace, G. Laganovska, et al. (2019), "Tear osmolarity after cataract surgery", J Curr Ophthalmol, 31 (1), tr.31-35.
5. T. Igarashi, H. Takahashi, M. Kobayashi, et al. (2021), "Changes in Tear Osmolarity after Cataract Surgery", J Nippon Med Sch, 88 (3), tr.204-208.
6. Ratna Sitompul, Sancoyo. Grace S, Hutaaruk. Johan A, et al. (2008), "Sensitivity Change in Cornea and Tear Layer due to Incision Difference on Cataract Surgery with Either Manual Small-Incision Cataract Surgery or Phacoemulsification", Cornea, 27 (8), tr.13-18.
7. P. Garg, A. Gupta, N. Tandon, et al. (2020), "Dry Eye Disease after Cataract Surgery: Study of its Determinants and Risk Factors", Turk J Ophthalmol, 50 (3), tr.133-142.
8. N. Kasetsuwan, V. Satitpitakul, T. Changul, et al. (2013), "Incidence and pattern of dry eye after cataract surgery", PLoS One, 8 (11).

KẾT QUẢ SINH THIẾT PHỐI XUYÊN THÀNH NGỰC Ở BỆNH NHÂN CÓ TỔN THƯƠNG NỐT PHỔI ĐƯỢC PHÂN LOẠI LUNG- RADS 4 THEO ACR 2019

Lê Hoàn^{1,2}, Tống Thị Khánh Hòa¹

TÓM TẮT

Phân loại Lung-RADS trên hình ảnh cắt lớp vi tính lồng ngực giúp phân tầng nguy cơ ung thư phổi các tổn thương dạng nốt. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính ngực và kết quả mô bệnh học tổn thương nốt phổi Lung-RADS 4. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 104 bệnh nhân có nốt phổi Lung-RADS 4 trên cắt lớp vi tính lồng ngực, được sinh thiết xuyên thành ngực. **Kết quả:** Nốt phổi thường gặp ở vị trí thùy trên phải, chiếm 43,3%; nốt kích thước ≥ 15 mm chiếm 76%; nốt < 15 mm chiếm 24%; nốt đặc chiếm 92,3% và nốt bán đặc chiếm 7,7%; mô bệnh học ác tính và lành tính lần lượt là 66% và 34%. **Kết luận:** Các đặc điểm hình ảnh hay gặp trong nốt phổi ác tính là kích thước ≥ 15 mm, đường bờ không đều và nốt đặc. Tỷ lệ nốt ác tính tăng dần theo phân loại nguy cơ ung thư của phân loại Lung- RADS (2019). **Từ khóa:** nốt phổi, cắt lớp vi tính lồng ngực, ung thư phổi.

SUMMARY

RESULTS OF TRANSTHORACIC NEEDLE BIOPSY IN PATIENTS WITH LUNG NODULES CLASSIFIED LUNG – RADS 4 ACCORDING TO ACR 2019

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hoàn

Email: lehoan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 22.01.2024

Lung-RADS classification on chest computed tomography aids in stratifying the risk of cancer with lung nodules. **Objective:** Describe the clinical characteristics, chest computed tomography images and histopathological results of lung nodules classified as Lung-RADS 4. **Research subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study was conducted on 104 patients with lung nodules classified Lung-RADS 4 who underwent transthoracic needle biopsy. **Results:** Lung nodules are most common in the right upper lobe with a rate of 43,3%; nodules size ≥ 15 mm account for 76%; nodules < 15 mm account for 24%; solid nodules account for 92,3% and semi-solid nodules account for 7,7%; malignant and benign histopathology was 66% and 34%. **Conclusion:** Common computed tomography imaging features in malignant lung nodules are size ≥ 15 mm, irregular borders and solid nodules. The rate of malignant nodules gradually increases according to the cancer risk of the Lung-RADS classification (2019).

Keywords: lung nodules, chest computed tomography, lung cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nốt phổi được định nghĩa là những tổn thương có đường kính nhỏ hơn hoặc bằng 3cm trên X- quang ngực hoặc cắt lớp vi tính lồng ngực (CLVT), được bao bọc xung quanh bởi nhu mô phổi lành không có xẹp phổi hay hạch to. Đây là tổn thương khá thường gặp có thể lành tính hoặc ác tính. Với các tổn thương lành tính gặp đến 80% là các u hạt do nhiễm trùng, với tổn thương ác tính hay gặp nhất là ung thư biểu mô tuyến phổi^{1,2,3,4}. Chẩn đoán sớm ung thư phổi là vấn đề hết sức hữu ích, tỷ lệ sống sau 5

năm khi được phát hiện và phẫu thuật sớm lên đến 70-80%^{5,6,7}. Việc sinh thiết nốt phổi để xác định bản chất mô học là rất cần thiết, nhưng lại là một kỹ thuật xâm lấn và khó thực hiện, vậy nên cần phân tích triệt để các đặc điểm hình ảnh trên cắt lớp vi tính lồng ngực 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. Trên thế giới hiện nay có rất nhiều hệ thống phân loại nốt phổi với ưu điểm và nhược điểm khác nhau, trong đó phân loại Lung-RADS 2019 của ACR được ưu tiên lựa chọn vì phân loại dựa trên kích thước và một số đặc điểm chính, giúp cho bác sỹ lâm sàng dễ dàng hơn trong tiếp cận và hạn chế bỏ sót tổn thương. Báo cáo năm 2015 của Hội lồng ngực Mỹ đã ghi nhận việc sử dụng Lung-RADS giúp giảm tỷ lệ dương tính giả từ 26,6% xuống còn 12,8%⁵. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính ngực và kết quả mô bệnh học tổn thương nốt phổi Lung-RADS 4 được sinh thiết xuyên thành ngực

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 104 bệnh nhân có tổn thương nốt phổi được phân loại Lung-RADS 4 theo ACR 2019 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và được chẩn đoán căn nguyên nốt phổi bằng phương pháp sinh thiết xuyên thành ngực.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Những bệnh nhân có tổn thương phổi được phân loại Lung- RADS 4 (nhóm 4A, 4B, 4X) trên CLVT lồng ngực
- Có kết quả mô bệnh học qua sinh thiết phổi xuyên thành ngực
- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin về lâm sàng, cận lâm sàng

* Phân loại Lung – RADS 4 theo ACR 2019⁸

- + Nốt rất nghi ngờ ung thư Lung- RADS 4X: Nốt đặc hoặc bán đặc ≥ 6 mm kèm đặc điểm hình ảnh nghi ngờ (bờ tua gai hoặc hạch lớn)
- + Nốt rất nghi ngờ ung thư Lung- RADS 4B: Nốt đặc ≥ 15 mm hoặc nốt bán đặc có phần đặc ≥ 8 mm
- + Nốt nghi ngờ ung thư Lung- RADS 4A: Nốt đặc ≥ 6 mm đến < 15 mm hoặc nốt bán đặc có phần đặc ≥ 6 mm đến 8mm

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định ung thư phổi hoặc ung thư di căn phổi
- Bệnh nhân có ≥ 05 nốt mờ phổi trên cắt

lớp vi tính (được xem là hình ảnh thường gặp di căn phổi, hoặc tổn thương lan tỏa) theo Fleischer 2017⁹

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin về lâm sàng và cận lâm sàng

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Từ tháng 5/2022 đến tháng 12/2023
- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

2.2.3. Thiết kế nghiên cứu:

2.2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu:

Chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ

2.2.5. Các tiêu chuẩn chẩn đoán căn nguyên nốt phổi:

✓ Lao phổi: Có bằng chứng xác định về vi sinh như: AFB đờm/dịch phế quản dương tính hoặc PCR-MTB đờm/ dịch phế quản dương tính hoặc MGIT đờm/ dịch phế quản dương tính. Hoặc có bằng chứng về mô bệnh học qua sinh thiết phổi/ phế quản, phẫu thuật là lao điển hình

✓ Ung thư phổi/ ung thư di căn phổi: Khi có bằng chứng chẩn đoán dựa trên giải phẫu bệnh sinh thiết phổi

✓ Nấm phổi: Dựa trên bằng chứng về nấm phát hiện trên mô phổi lấy từ bệnh phẩm sinh thiết phổi xuyên thành ngực hoặc sinh thiết qua nội soi phế quản hoặc phẫu thuật lồng ngực

✓ Viêm/Áp xe phổi: Kết quả mô bệnh học u phổi qua sinh thiết hoặc phẫu thuật là hình ảnh điển hình của viêm, tổ chức hoại tử không phải điển hình lao

✓ U phế bào xơ hoá: Kết quả mô bệnh học là u phế bào xơ hoá với hình ảnh của tế bào phế nang II và tế bào tròn mô đệm

✓ Hamartoma: Kết quả mô bệnh học nốt phổi là bao gồm một hỗn hợp bất thường của các thành phần mô như sụn, biểu mô, mỡ, cơ

2.2.6. Phương pháp thu thập số liệu:

Quan sát, thu thập bệnh án nghiên cứu

2.2.7. Phương pháp xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 20

2.2.8. Đạo đức nghiên cứu: Tất cả hoạt động tiến hành trong nghiên cứu này đều tuân thủ qui định và nguyên tắc chuẩn mực về đạo đức nghiên cứu y sinh học của Việt Nam và quốc tế.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 104 bệnh nhân có tổn thương nốt phổi trên cắt lớp vi tính lồng ngực thuộc phân loại Lung-RADS 4 theo ACR (2019) và có kết quả mô bệnh học qua sinh thiết phổi

xuyên thành ngực, chúng tôi thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (n=104)

Đặc điểm		n	%
Tuổi	< 45	6	5,8
	≥ 45 <60	33	31,7
	≥ 60	65	62,5
Giới	Nam	67	64,4
	Nữ	37	35,6
Tổng		104	100

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 60,8 ± 10,2 tuổi. Nhóm tuổi ≥ 60 chiếm cao nhất với tỷ lệ 62,5%. Nam giới gặp nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ nam/nữ : 1,8

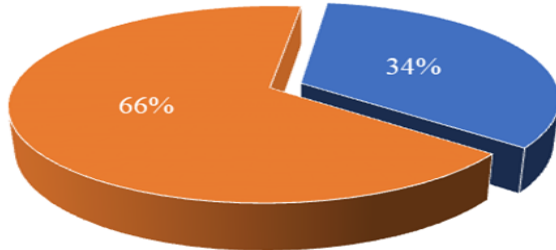
3.2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu



Biểu đồ 1: Đặc điểm lâm sàng nhóm nghiên cứu (n=104)

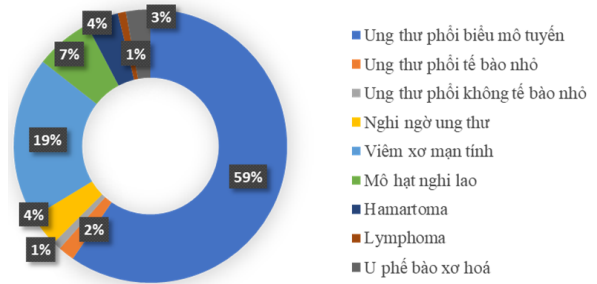
Nhận xét: Lý do đi khám định kỳ chiếm tỷ lệ cao nhất 60/104 chiếm khoảng 60%. Còn lại ghi nhận chủ yếu là các triệu chứng như đau ngực, ho khan và ho đờm với tỷ lệ lần lượt là 12,5%, 9,6%, 12,5%.

3.3. Kết quả sinh thiết xuyên thành ngực tổn thương nốt phổi



Biểu đồ 2: Kết quả phân nhóm mô bệnh học sinh thiết phổi xuyên thành ngực (n=104)

Nhận xét: Kết quả mô bệnh học ghi nhận được 69/104 nốt là ác tính, 35/104 nốt lành tính và tỷ lệ nốt ác tính/ lành tính là 1,94



Biểu đồ 3: Kết quả sinh thiết xuyên thành ngực tổn thương nốt phổi (n=104)

Nhận xét: Kết quả mô bệnh học gặp nhiều nhất là ung thư biểu mô tuyến 59% (62 nốt), tiếp đến là tổn thương viêm xơ mạn tính 19% (20 nốt), trong đó tổn thương nghi lao là 7/104 nốt chiếm 7%. Ngoài ra còn gặp tổn thương lành tính ít gặp khác như hamartoma 3 nốt và u phế bào xơ hoá 3 nốt

3.4. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính lồng ngực tổn thương nốt phổi

Bảng 2: Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính ngực (n=104)

Tính chất		n	%
Kích thước	<15mm	25	24
	≥15mm	79	76
Vị trí	Thùy trên phổi trái	17	16,3
	Thùy dưới phổi trái	14	13,5
	Thùy trên phổi phải	45	43,3
	Thùy giữa phổi phải	14	13,5
	Thùy dưới phổi phải	14	13,5
Đường bờ	Đều	20	19,2
	Không đều	84	80,8
	Tổng	104	100
Đậm độ	Đặc	96	92,3
	Bán đặc	8	7,7
	Tổng	104	100

Nhận xét: Kích thước trung bình nốt là 18,6 ± 5cm, nốt ≥ 15mm chiếm ưu thế (79%). Vị trí phổi phải gấp 2,5 lần so với phổi trái và chủ yếu gặp thùy trên phổi phải: 43,8%. Nốt có đường bờ không đều chiếm ưu thế: 80,8%. Và nốt đặc hay gặp với tỷ lệ 92,3% so với nốt bán đặc 7,7%.

3.5. Đối chiếu kết quả mô bệnh học với đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính lồng ngực

Bảng 3. Kết quả sinh thiết phổi xuyên thành ngực và đặc điểm lâm sàng nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n=104)

Đặc điểm	Lành tính		Ac tính		Tổng	Tỷ lệ %	
	n	%	n	%			
Nhóm tuổi	< 45 tuổi	5	14,3	1	1,4	6	5,8
	≥ 45 tuổi	10	28,6	23	33,3	33	31,7
	< 60 tuổi						

	≥ 60 tuổi	20	57,1	45	65,2	65	62,5
	Tổng	35	100	69	100	104	100
Giới	Nam	21	60	46	66,7	67	64,4
	Nữ	14	40	23	33,3	37	35,6
	Tổng	35	100	69	100	104	100

Nhận xét: Nguy cơ ác tính tăng dần theo tuổi, tuổi ≥ 60 có tỷ lệ ác tính cao nhất chiếm 62,5%. Tỷ lệ ung thư gặp ở nam nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ nam/nữ là 1,8

Bảng 4. Kết quả sinh thiết phổi xuyên thành ngực và phân loại Lung - RADS 4 theo ACR 2019 (n=104)

Phân loại Lung - Rads	Lành tính		Ác tính		Tổng	Tỷ lệ %	
	n	%	n	%			
Nhóm	4A	12	34,3	4	5,8	16	15,4
	4B	9	25,7	9	13	18	17,3
	4X	14	40	56	81,2	70	67,3
Tổng		35	100	69	100	104	100
Tỷ lệ %		34	100	66	100	100	100

Nhận xét: Phân loại Lung- RADS 4X chiếm tỷ lệ cao nhất với 67,3%, tiếp theo là nhóm Lung - RADS 4B: 17,3% và 4A chiếm thấp nhất: 15,4%. Tỷ lệ ác tính trong các nốt theo thứ tự tăng dần từ nhóm Lung- RADS 4A, 4B, 4X với tỷ lệ lần lượt: 5,8%, 13%, 81,2%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính lồng ngực nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $60,8 \pm 10,2$ tuổi với nhóm tuổi ≥ 60 chiếm đa số với tỷ lệ 62,5%. Về phân bố bệnh nhân có nốt phổi theo giới, nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới với 64,4% và tỷ lệ nam so với nữ trong mẫu nghiên cứu là 1,8. Theo Giuseppe Cardillo và cộng sự (2003) nghiên cứu trên 429 bệnh nhân có nốt phổi, tỷ lệ nam và nữ là 64,3% và 35,7%⁹.

Đa số các bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng tại thời điểm chẩn đoán nốt phổi chiếm tỷ lệ 60%. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Lê Minh Hằng và CS (2021), chẩn đoán căn nguyên nốt phổi đơn độc, 90% bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng được phát hiện có nốt ở phổi¹⁰.

Vị trí nốt phổi thường gặp nhất là thùy trên hai phổi với phổi phải thường gặp hơn phổi trái, tỷ lệ lần lượt là 70% và 30%, trong đó thùy trên phổi phải hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 43,3%. Nốt phổi đa số có kích thước ≥ 15mm chiếm tỷ lệ 76%, đây là ngưỡng kích thước để phân chia nhóm nguy cơ ác tính cao và ác tính thấp, tương ứng với phân nhóm Lung- RADS 4B, 4X và Lung- RADS 4A. Theo Hoàng Thị Ngọc Hà (2020),

ngưỡng kích thước ≥ 15mm có độ nhạy 98%, độ đặc hiệu 9,1% trong chẩn đoán nốt phổi lành tính, ác tính, $p > 0,05$ ¹¹. Đây được xem là đặc điểm hình ảnh quan trọng trong chẩn đoán ung thư phổi. Ngoài ra tổn thương dạng nốt đặc chiếm đa số với 92,3%, và 7,7% là nốt bán đặc. Trong nghiên cứu chúng tôi không ghi nhận tổn thương dạng nốt kính mờ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Winkler và cs (2015) với 78,9% tổn thương là dạng nốt đặc, 4,3% nốt bán đặc.

4.2. Nhận xét kết quả sinh thiết xuyên thành ngực và các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính lồng ngực của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Có 3 căn nguyên chính của nốt phổi được sinh thiết xuyên thành ngực là: ung thư phổi (66%), lao phổi (7%), viêm xơ mạn tính (19%), và căn nguyên nốt phổi lành tính theo y văn có thể gặp như: hamartoma (4%), u phế bào (1%). 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 tính¹⁰.

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. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi ≥ 60 có tỷ lệ ác tính cao nhất chiếm 62,5%. Nam giới được chẩn đoán ung thư phổi nhiều hơn nữ giới với 64,4% và 35,6%, điều này có liên quan đến thói quen hút thuốc lá của các bệnh nhân nam cao hơn nữ.

Nguy cơ ác tính trong các nốt phổi tỉ lệ thuận với kích thước nốt, kích thước càng lớn thì nguy cơ ác tính càng cao. Điều này đã được chứng minh trong các nghiên cứu, cụ thể: Ann Leung và Robin Smithuis (2017): nốt có đường kính dưới 4mm, khả năng ác tính là 0%, nốt có đường kính từ 4-7mm, khả năng ác tính là 1% và nốt trên 20 mm khả năng ác tính là 75%¹⁵. Nốt đặc phổi có căn nguyên ung thư chiếm tỉ lệ cao nhất với 89,9%.

Tỷ lệ nốt ác tính tăng dần theo phân loại nguy cơ ung thư của bảng phân loại Lung- RADS (2019) với tỷ lệ cao nhất là nhóm Lung- RADS 4X (67,3%) và thấp nhất là nhóm Lung- RADS 4A (15,4%). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Thị Ngọc Hà (2020): Tỷ lệ ác tính của nhóm 4X là 77,1% và nhóm 4A, 4B lần lượt là 13,3% và 3,6%. Như vậy Phân loại Lung-RADS có độ nhạy, độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán ung thư phổi. Kết luận này đã được chứng minh qua các nghiên cứu của các tác giả

trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Hoàng Thị Ngọc Hà giá trị bằng phân loại Lung- RADS (2019) có độ nhạy là 98%, độ đặc hiệu là 21,2%. Nghiên cứu của Đặng Đình Phúc (2022) độ nhạy là 92,6%, độ đặc hiệu là 90,7%. Nghiên cứu của Julia Kastner, có độ nhạy là 94,6%, độ đặc hiệu là 54,5%.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu 60,8 ± 10,2 tuổi với nhóm tuổi ≥ 60 chiếm đa số, tỷ lệ nam/nữ là 1,8. Khám định kỳ là lý do chủ yếu tại thời điểm chẩn đoán nốt phổi. Các đặc điểm hình ảnh hay gặp trong các nốt phổi ác tính là kích thước nốt ≥ 15mm, bờ không đều và nốt đặc. Kết quả sinh thiết xuyên thành ngực nốt phổi hay gặp 3 căn nguyên chính: Ung thư phổi (66%), viêm xơ mạn tính (19%), lao (7%).

Tỷ lệ nốt ác tính tăng dần theo phân loại nguy cơ ung thư của bảng phân loại Lung- RADS (2019) với tỷ lệ cao nhất là nhóm Lung- RADS 4X (67.3%) và thấp nhất là nhóm Lung- RADS 4A (15.4%). Phân loại Lung-RADS dựa trên hình ảnh CLVT lồng 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huang P, Lin C.T, Li Y, et al.** Prediction of lung cancer risk at followup screening with low-dose CT: a training and validation study of a deep

learning method. *Lancet Digit Heal*, 2019 Nov;1(7):e353-e362. DOI: 10.1016/S2589-7500(19)30159-1..

- Kanwal M, Ding X.J, and Cao Y.** Familial risk for lung cancer. *Oncol Lett*, 2017 Feb;13(2):535-542. doi: 10.3892/ol.2016.5518.
- Ost D.** Approach to the patient with Pulmonary nodules. *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders*. 5th edition, McGraw-Hill Education, 3348-3378
- Triphuridet N. and Henschke C.** Landscape on CT screening for lung cancer in Asia. *Lung Cancer Targets Ther*, 10: 107-124. DOI: 10.2147/LCTT.S192643
- American Lung Association.** Providing Guidance on Lung Cancer Screening to Patients and Physicians. 2012.
- De Koning H.J, Van Der Aalst C.M, De Jong P.A, et al.** Reduced lung-cancer mortality with volume CT screening in a randomized trial. *N Engl J Med*. 2020 Feb 6;382(6):503-513. doi: 10.1056/NEJMoa1911793
- Wood D.E, Kazerooni E.A, Baum S.L, et al.** Lung Cancer Screening, Version 3.2018, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2018 Apr;16(4):412-441. doi: 10.6004/jnccn.2018.0020.
- American College of Radiology.** Lung- RADS ® Version 1.1 Assessment categories 3, 2019.
- Cardillo G., Regal M., Sera F. et al.** Videothoracos management of the solitary pulmonary nodule: a single institution study on 429 cases. *Ann Thorac Surg*. 2003 May;75(5):1607-11; discussion 1611-2. doi: 10.1016/s0003-4975(02)04827-0.
- Lê Hoàn, Vũ Văn Giáp, Lê Minh Hằng và cộng sự.** Chẩn đoán căn nguyên nốt đơn độc ở phổi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Tạp chí nghiên cứu Y học, 147 (11): 123-130

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH LAO MÀNG NÃO Ở NGƯỜI LỚN NHIỄM HIV/AIDS

Trần Văn Giang¹, Nguyễn Quốc Phương¹,
Bùi Vũ Huy¹, Lê Ngọc Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh lao màng não ở người lớn nhiễm HIV/AIDS. **Đối tượng & phương pháp:** mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 56 bệnh nhân HIV/AIDS được chẩn đoán là lao màng não (LMN) điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương và Bệnh viện phổi Trung ương từ tháng 1/2011 đến 7/2016. **Kết**

quả: nhóm tuổi 30 - 40 (66,1%), nam giới (86%), sốt (80,4%), đau đầu (94,5%), buồn nôn và nôn (80,4%), cổ cứng 76,4%, gầy sút cân (66,1%), rối loạn tâm thần 55,4%, ý thức từ li bì đến hôn mê 55,4%, rối loạn cơ tròn 32,1%, co giật 14,3% và liệt thần kinh khu trú (từ 1,8 - 8,9%). DNT: màu vàng (64,3%), áp lực tăng (90,9%). Nồng độ protein trung bình 2,38 ± 1,85 g (tăng trên 1g là 86,8%), đường giảm (89,3%). Số lượng tế bào trung bình là 433 ± 429 tế bào (> 100 tế bào/ml là 88,6%). Kết quả nuôi cấy (+) là 67,6% và PCR (+) là 90,7%. Chẩn đoán hình ảnh: 54% có tổn thương trên phim X quang, trong đó tổn thương dạng nốt 51,9%, tràn dịch màng phổi 14,8%, lao kê 11,1%. Trên phim chụp MRI sọ não 83,9% có bất thường, trong đó nhồi máu não (30,8%), phù não (38,5%), giãn não thất (26,9%).

¹Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Giang

Email: giangminh08@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.12.2023

Ngày duyệt bài: 24.01.2024