

rộng môi bé bên phải là $26,9 \pm 12,8$ mm; bên trái là $24,8 \pm 13,1$ mm. Kích cỡ này được nhóm tác giả xác nhận là trong giới hạn bình thường. Ngoài 3 người phụ nữ có bất đối xứng chên lệch chiều rộng môi bé lên đến 30mm, các trường hợp còn lại nhóm bác sỹ từ chối thực hiện phẫu thuật thay vào đó là tư vấn cho họ về các biến thể giải phẫu bình thường của môi bé, một số được tư vấn đến gặp bác sỹ tâm lý⁷.

V. KẾT LUẬN

Phụ nữ tham gia phẫu thuật thẩm mỹ tạo hình môi tại Bệnh viện Bưu Điện đều trong độ tuổi sinh sản và có kích thước môi bé lớn hơn so với kích thước giải phẫu thông thường. Tuy nhiên phì đại môi bé vẫn còn là một chẩn đoán còn nhiều tranh cãi và chưa có sự thống nhất cuối cùng. Các bác sỹ thẩm mỹ cần giải thích cho bệnh nhân về những biến thể giải phẫu bình thường của môi bé để các phụ nữ tìm đến thẩm mỹ không tự ti và có định kiến sai lệch về vấn đề này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lloyd J, Crouch NS, Minto CL, Liao L, Creighton SM. Female genital appearance:

- 'normality' unfolds. BJOG. 2005;112(5):643-646. doi:10.1111/j.1471-0528.2004.00517.x
- Propst K, Ferrando CA. Outcomes of labiaplasty in women with labial hypertrophy. Int Urogynecol J. 2021; 32(5):1247-1251. doi:10.1007/s00192-020-04621-w
 - Chang SY, Kao SW, Shih YC, Huang JJ. Labiaplasty in Asian women: Motivation, technique feasibility, and patient reported outcomes. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2023;85:217-225. doi:10.1016/j.bjps.2023.07.002
 - Clerico C, Lari A, Mojallal A, Boucher F. Anatomy and Aesthetics of the Labia Minora: The Ideal Vulva? Aesthetic Plast Surg. 2017; 41(3):714-719. doi:10.1007/s00266-017-0831-1
 - Gress S. Aesthetic and Functional Labiaplasty. Springer International Publishing; 2017. doi:10.1007/978-3-319-60222-6
 - Heusse JL, Cousin-Verhoest S, Aillet S, Watier E. [Refinements in the labia minor reduction procedures]. Ann Chir Plast Esthet. 2009;54(2): 126-134. doi: 10.1016/j.anplas.2008.03.007
 - Crouch NS, Deans R, Michala L, Liao LM, Creighton SM. Clinical characteristics of well women seeking labial reduction surgery: a prospective study. BJOG. 2011;118(12):1507-1510. doi:10.1111/j.1471-0528.2011.03088.x

ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG, VI SINH VÀ GIẢI PHẪU BỆNH CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM LOÉT GIÁC MẠC TẠI BỆNH VIỆN MẮT THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Lê Trần Thúy Vy¹, Lê Văn Đám¹, Nguyễn Công Kiệt²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm loét giác mạc là nguyên nhân gây mù loà phổ biến nhất ở Việt Nam. Nhưng đa phần các báo cáo tập trung đánh giá kết quả điều trị viêm loét giác mạc, còn đặc điểm cận lâm sàng liên quan đến yếu tố tiên lượng bệnh và sự phù hợp của kết quả cận lâm sàng tìm thấy tác nhân vi sinh trong chẩn đoán chưa được mô tả nhiều. **Mục tiêu:** Xác định các đặc điểm cận lâm sàng, vi sinh và giải phẫu bệnh của người bệnh viêm loét giác mạc tại bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, hồi cứu hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán viêm loét giác mạc nhiễm trùng và điều trị nội trú tại Khoa Giác Mạc, bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:**

Nghiên cứu ghi nhận nấm và vi khuẩn là thường gặp nhất, trong đó vi khuẩn chiếm 40,0% và nấm chiếm 25,0%. Trong 40 ca có 27 ca có sự tham gia của vi khuẩn gây viêm loét giác mạc. Chỉ 4 trường hợp nuôi cấy mọc vi khuẩn (chiếm 14,8%). Thực hiện RT-PCR trên 26 mẫu bệnh phẩm, trong 14 ca viêm loét giác mạc có vi khuẩn tham gia ghi nhận có 10 trường hợp dương tính với vi khuẩn chiếm 38,5% (10/26) và độ nhạy 71,4% (10/14). Trong mẫu nghiên cứu tỉ lệ dương tính của virus là 23,1%, 1 ca do aspergillus niger chiếm tỉ lệ (3,8%). **Kết luận:** Kết quả cận lâm sàng soi tươi, nuôi cấy và RT PCR trước và sau phẫu thuật không có phù hợp với nhau. **Từ khóa:** Cận lâm sàng, vi sinh, giải phẫu bệnh, viêm loét giác mạc, bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, MICROBIOLOGY, AND PATHOLOGY OF PATIENTS WITH CORNEAL ULCER AT EYE HOSPITAL AT HO CHI MINH CITY

Background: Corneal ulcers are the most common cause of blindness in Vietnam. But most of the reports focus on evaluating the results of

¹Trường Đại học Trà Vinh

²Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Trần Thúy Vy

Email: letranthuyvy26@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 26.3.2024

Ngày duyệt bài: 24.4.2024

treatment of corneal ulcers, while also examining paraclinical characteristics related to prognostic factors and the suitability of paraclinical results to find microbial agents. birth in diagnosis has not been described much. **Objective:** Determine the paraclinical, microbiological and pathological characteristics of patients with corneal ulcers at Ho Chi Minh City Eye Hospital. **Methods:** The study describes a series of cases, retrospectively examining medical records of patients diagnosed with infectious corneal ulcers and treated as inpatients at the Cornea Department, Ho Chi Minh City Eye Hospital. **Results:** The study found that fungi and bacteria are the most common, of which bacteria account for 40.0% and fungi account for 25.0%. Of the 40 cases, 27 cases involved bacteria causing corneal ulcers. Only 4 cases grew bacteria by culture (accounting for 14.8%). Performing RT-PCR on 26 patient samples, in 14 cases of corneal ulcers with bacteria, 10 cases were positive for bacteria, accounting for 38.5% (10/26) and sensitivity of 71.4. % (10/14). In the study sample, the positive rate of the virus was 23.1%, with 1 case due to *Aspergillus niger* (3.8%). **Conclusion:** Laboratory results of fresh examination, culture and RT PCR before and after surgery were not consistent with each other.

Keywords: Paraclinical, microbiology, pathology, corneal ulcers, Ho Chi Minh City Eye Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm loét giác mạc nhiễm trùng (VLGMNT) là nguyên nhân gây mù đứng hàng thứ 5 trên toàn cầu, chiếm khoảng 3,2%. Theo một báo cáo tổng hợp của Flaxman và cộng sự (2017), có khoảng 6 triệu dân số thế giới bị ảnh hưởng bởi mù giác mạc hoặc suy giảm thị lực vừa/nặng [1]. Ngoài ra, sự mờ đục giác mạc được ước tính là nguyên nhân gây ra 1,5–2,0 triệu trường hợp mù một bên hàng năm, làm nổi bật gánh nặng liên tục không được kiểm soát đối với sức khỏe con người [2]. Hiện tại, các báo cáo tài liệu về tỉ lệ mắc VLGM trên toàn cầu còn hạn chế. Điều này chủ yếu là do hầu hết các nghiên cứu báo cáo tỉ lệ/tỉ lệ phổ biến của mù giác mạc mà không phân biệt các nguyên nhân cơ bản như nhiễm trùng, viêm, chấn thương, thoái hóa và các nguyên nhân khác [3]. Để có thể hỗ trợ việc chẩn đoán xác định được nhanh chóng, các đặc điểm cận lâm sàng đặc hiệu là cần thiết nhằm tối ưu hóa thời gian điều trị. Dựa trên các nội dung đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Khảo sát đặc điểm cận lâm sàng, vi sinh và giải phẫu bệnh của người bệnh viêm loét giác mạc tại bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh" xác định các đặc điểm cận lâm sàng liên quan đến yếu tố tiền lượng bệnh và sự phù hợp của kết quả cận lâm sàng tìm thấy tác nhân vi sinh trong chẩn đoán viêm loét giác mạc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán viêm loét giác mạc nhiễm trùng và điều trị nội trú tại Khoa Giác Mạc, bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh.

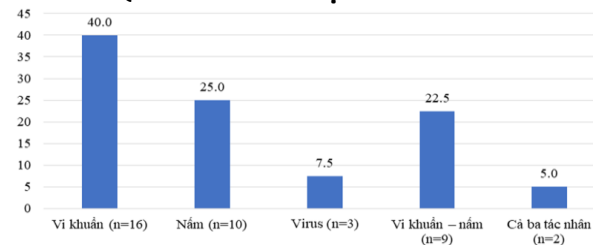
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Từ 01/8/2021 đến 29/7/2022.
- Địa điểm: Khoa Giác mạc, bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh

2.3. Phương pháp nghiên cứu

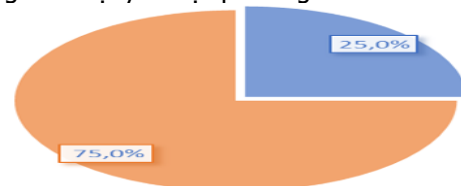
- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca, hồi cứu hồ sơ bệnh án
- Cỡ mẫu: Toàn bộ bệnh nhân viêm loét giác mạc nhiễm trùng và điều trị nội trú tại Khoa Giác Mạc, bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh
- Kỹ thuật thu thập số liệu: Chọn mẫu thuận tiện
- Công cụ thu thập số liệu: Phiếu nghiên cứu với các thông tin thu thập từ hồ sơ bệnh án

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



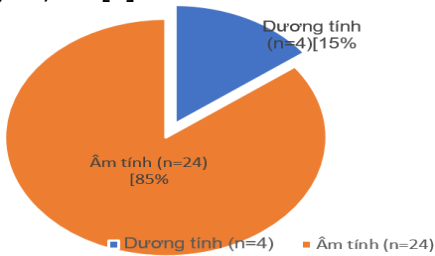
Biểu đồ 1. Phân bố tác nhân nhiễm trùng

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận: nấm và vi khuẩn là thường gặp nhất, trong đó vi khuẩn chiếm 40,0% và nấm chiếm 25,0%. So với các nghiên cứu trong nước, tỉ lệ vi khuẩn và nấm chiếm ưu thế [4, 5, 6]. Khi so sánh tỉ lệ giữa nấm và vi khuẩn, các nghiên cứu ghi nhận nấm là nguyên nhân hàng đầu với tỉ lệ nấm cao hơn hẳn vi khuẩn. Tỉ lệ giữa vi khuẩn và nấm lần lượt là 30,6% và 50,8% trong nghiên cứu của Lê Anh Tâm (2008) [4], 25,8% và 68,0% theo nghiên cứu của Vũ Hoàng Việt Chi (2012) [6]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tác nhân vi khuẩn nhiều hơn. Điểm khác biệt này có thể do nhiều nguyên nhân như sự khác nhau về cơ cấu ngành nghề lao động, sinh hoạt, cách thức xử lý ban đầu, thời gian từ lúc khởi phát đến thời điểm khám bệnh cũng như việc bắt đầu có điều trị kháng nấm tại y tế địa phương.



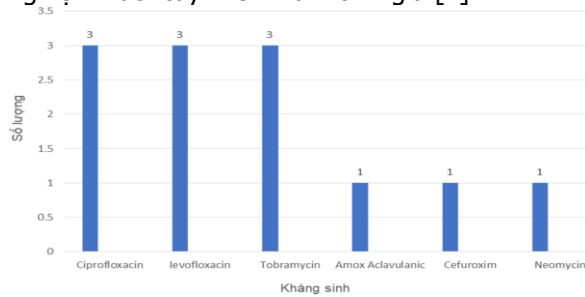
Biểu đồ 2. Kết quả soi tươi tìm nấm

Nghiên cứu trong nước, ghi nhận nấm sợi là nguyên nhân của hầu hết các ca VLGM do nấm và tỉ lệ nấm men rất thấp [4, 5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 21 trường hợp VLGM có sự tham gia của nấm, soi tươi tìm thấy nấm sợi vách ngăn trong 10 trường hợp, không có ca nào ghi nhận nấm men. Độ nhạy của soi tươi trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu trước đây. Điểm khác biệt này, được giải thích liên quan bệnh nhân không tự ý sử dụng các phương pháp dân gian, không sử dụng thuốc nhỏ chứa corticoids cũng như kháng sinh kéo dài có lẽ là yếu tố làm giảm tỉ lệ nấm trong nghiên cứu của chúng tôi khi đối chiếu với các tác giả khác. Cụ thể, độ nhạy của soi tươi trong nghiên cứu của chúng tôi là 47, 6%; trong khi đó độ nhạy của trong nghiên cứu của Trần Ngọc Huy (2020) 81,3% [5].



Biểu đồ 3. Nuôi cấy vi khuẩn

Nghiên cứu ghi nhận có 27/40 ca có sự tham gia của vi khuẩn gây VLGM. Chỉ 4 trường hợp nuôi cấy mọc vi khuẩn (chiếm 14,8%). Kết quả này thấp hơn đa số các nghiên cứu, lý do chính là do nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân đến vào giai đoạn trễ, đã có điều trị ở tuyến trước với kháng sinh và các thuốc kháng nấm đường toàn thân nên khả năng nuôi cấy giảm nhiều. Nghiên cứu của Marangon, F.B. (2004) nhận thấy thời gian để các tác nhân vi sinh mọc ở nhóm đã điều trị kháng sinh là lâu hơn so với nhóm chưa điều trị, điều này có thể làm xét nghiệm nuôi cấy vi sinh âm tính giả [7].

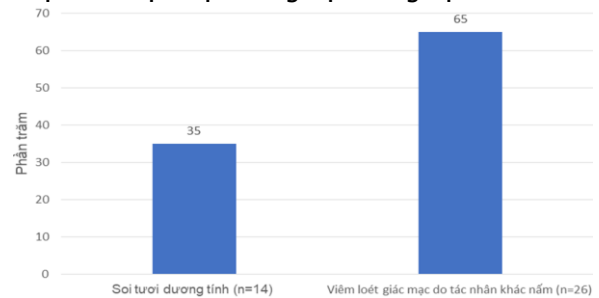


Biểu đồ 4. Kết quả Polymerase Chain Reaction

Về vi khuẩn: thực hiện RT-PCR trên 26 mẫu bệnh phẩm, trong 14 ca VLGM có vi khuẩn tham

gia ghi nhận có 10 trường hợp dương tính với vi khuẩn chiếm 38,5% (10/26) và độ nhạy 71,4% (10/14). Tỉ lệ dương tính này khá phù hợp so với các nghiên cứu trước đây. Tác giả Trần Ngọc Huy ghi nhận 23/55 trường hợp dương tính với vi khuẩn chiếm 41,8% và độ nhạy 88,4% (23/33) [5]. Theo Kim. E, tác giả thực hiện RT-PCR 108 mẫu với 37 mẫu có RT-PCR dương tính với vi khuẩn tương đương 34,3% và độ nhạy là 85,7%. Tác nhân thường gặp nhất trong nghiên cứu là S. coagulase negative (50,0%), các tác nhân còn lại chiếm tỉ lệ Escherichia coli (30,0%), MRSE (20,0%) [8]. Kết quả này khác biệt với các nghiên cứu trước đây. Tác giả Trần Ngọc Huy báo cáo tác nhân thường gặp nhất là P. aeruginosa và MRSE (cùng đạt 12,7%) [5]. Sự khác biệt về vi khuẩn thường gặp nhất chủ yếu do các nhóm dân số nghiên cứu khác nhau với khác biệt về hệ thống y tế, cách sử dụng kháng sinh mà có các phổ vi khuẩn gây bệnh cũng khác nhau.

Về virus: trong mẫu nghiên cứu tỉ lệ dương tính của virus là 23,1%, cao hơn so với các tác giả trong nước như Trần Ngọc Huy (9,0%) [5]. Về tác nhân thường gặp nhất: Herpes simplex, virus type1 (83,3%), còn lại 16,7% do Epstein Barr virus. Về nấm: chúng tôi chỉ có ghi nhận 1 ca do aspergillus niger chiếm tỉ lệ (3,8%). Tỉ lệ nhiễm nấm này thấp hơn so với các nghiên cứu trước đây không phải do khả năng phát hiện nấm của PCR thấp mà có thể do sự thiếu hụt đoạn mỗi đặc hiệu trong bộ xét nghiệm RT-PCR.



Biểu đồ 5. Kết quả giải phẫu bệnh

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 14/40 ca có sự tham gia của tác nhân vi sợi nấm, giải phẫu bệnh cho kết quả dương tính chiếm 35,0% (14/40) với độ nhạy 66,7% (14/21). Tác nhân khác nấm chiếm tỉ lệ 56,0% (26/40). Kết quả này khá cao so với các nghiên cứu trước đây. Sự khác biệt này có thể do kỹ thuật lấy mẫu khác biệt, số lượng và kích thước mẫu lấy giữa các nghiên cứu.

3.3. Sự phù hợp giữa kết quả giải phẫu bệnh và vi sinh

Bảng 1. Sự phù hợp giữa giải phẫu

bệnh và vi sinh trong nhóm nấm

Giải phẫu bệnh	Vi sinh		
	Năm	Khác năm	Tổng
Năm	8	6	14
Khác năm	2	24	26
Tổng	10	30	40

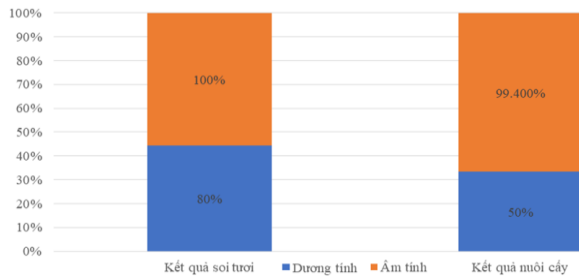
Thực hiện 40 mẫu bệnh phẩm, chúng tôi ghi nhận được các thông số độ phù hợp của phương pháp nuôi cấy so với giải phẫu bệnh ở VLGM do nấm cũng như nhóm khác năm là 80%. Kết quả này cao hơn so với nhiều nghiên cứu trước đây.

Bảng 2. So sánh mức độ phù hợp kết quả soi tươi trước và sau phẫu thuật

Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật		
	Dương tính	Âm tính	Tổng
Dương tính	8	0	8
Âm tính	2	30	32
Tổng	10	30	40

Bảng 3. So sánh mức độ phù hợp kết quả nuôi cấy trước và sau phẫu thuật

Trước phẫu thuật	Sau phẫu thuật		
	Dương tính	Âm tính	Tổng
Dương tính	2	2	4
Âm tính	2	34	36
Tổng	4	36	40



Biểu đồ 6. Mức độ phù hợp trước và sau phẫu thuật của KQ soi tươi và nuôi cấy

So sánh sự phù hợp của kết quả vi sinh trước và sau phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận độ phù hợp của các phương pháp vi sinh ở mức cao. Nghiên cứu ghi nhận, mức độ phù hợp của kết quả soi tươi dương tính trước và sau phẫu thuật là 80,0% với 10 ca sau phẫu thuật có soi tươi dương thì có 8 ca trước phẫu thuật có kết quả phù hợp. Đồng thời, kết quả soi tươi âm tính trước và sau phẫu thuật đều ghi nhận 30 ca nên mức độ phù hợp của soi tươi âm tính trước và sau đạt 100%. Với phương pháp nuôi cấy, kết quả nuôi cấy dương tính trước phẫu thuật có 2 ca phù hợp với kết quả của 4 ca sau phẫu thuật, ghi nhận mức độ phù của nuôi cấy dương tính trước và sau phẫu thuật là 50,0%; cũng như 36 ca nuôi cấy âm tính sau phẫu thuật có 34 ca có kết quả nuôi cấy phù hợp, nên có mức độ phù hợp của nuôi cấy âm tính trước và sau phẫu

thuật đạt 94,4%.

Kết quả nghiên cứu này là phù hợp với các nghiên cứu trước đây. Báo cáo của tác giả Parisa Taravati và cộng sự (2013) cũng kết luận soi tươi, nuôi cấy và RT PCR là phương pháp vi sinh có giá trị chẩn đoán cao trong viêm loét giác mạc nhiễm trùng [9]. Theo Jeremy J. Hoffman và cộng sự (2022), qua nghiên cứu hồi cứu đánh giá kết quả PCR, soi tươi và nuôi cấy để chẩn đoán viêm loét giác mạc nhiễm trùng ở 259 bệnh nhân thực hiện tại Bệnh viện Mắt Moorfields từ tháng 8 năm 2013 đến tháng 12 năm 2014 cũng kết luận PCR, soi tươi và nuôi cấy trong chẩn đoán viêm loét giác mạc nhiễm trùng có mức độ phù hợp khá cao; Tác giả khẳng định soi tươi là kỹ thuật vi sinh nhạy cảm nhất để chẩn đoán viêm loét giác mạc do nấm và đơn bào, trong khi nuôi cấy vẫn là ưu thế đối với viêm loét giác mạc nhiễm trùng. Tác giả cũng đồng ý, PCR là một trong những tiêu chuẩn chẩn đoán xác định tác nhân gây bệnh với độ nhạy và độ đặc hiệu cao [9].

IV. KẾT LUẬN

Sự phù hợp của kết quả vi sinh trước và sau phẫu thuật cao. Vì vậy soi tươi, nuôi cấy và RT PCR là phương pháp vi sinh hiệu quả và tối ưu trong chẩn đoán phần lớn viêm loét giác mạc nhiễm trùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Flaxman S.R., et al** (2017). "Global causes of blindness and distance vision impairment 1990-2020": a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 5(12): e1221-e1234
2. **Whitcher J.P., M. Srinivasan, M. P. Upadhyay** (2001), "Corneal blindness: a global perspective", *Bull World Health Organ*. 79(3), pp. 214-21
3. **Ung L., et al** (2019). "The persistent dilemma of microbial keratitis: Global burden, diagnosis, and antimicrobial resistance." *Surv Ophthalmol*. 64(3): 255-271
4. **Lê Anh Tâm** (2008). "Nghiên cứu tình hình viêm loét giác mạc tại Bệnh viện Mắt Trung ương trong 10 năm (1998 – 2007)". Luận văn thạc sĩ Y học chuyên ngành Nhãn Khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Trần Ngọc Huy** (2020). "Khảo sát tác nhân viêm loét giác mạc nhiễm trùng tại bệnh viện mắt thành phố Hồ Chí Minh". Luận văn thạc sĩ Y học chuyên ngành Nhãn khoa, Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh.
6. **Vũ Hoàng Việt Chi** (2012). "Viêm loét giác mạc nhiễm trùng tại bệnh viện Mắt Trung Ương: Đặc điểm lâm sàng và vi sinh". *Tạp chí Nhãn khoa Việt Nam*. 29: 28-34
7. **Marangon F B, Miller D, Alfonso E C,** (2004), "Impact of prior therapy on the recovery and frequency of corneal pathogens", *Cornea*, 23 (2), pp. 158-164
8. **Kim E, Chidambaram J.D, Srinivasan M, Lalitha P, et al** (2008). "Prospective comparison

of microbial culture and polymerase chain reaction in the diagnosis of corneal ulcer". Am J Ophthalmol.146(5): 714-723

9. **Parisa Taravati, Deborah Lam, Russell N. Van Gelder** (2013). "Role of Molecular Diagnostics in Ocular Microbiology". Current

Ophthalmology Reports.Vol 1: 181–189.

10. **Jeremy J. Hoffman, John K.G. Dart, Surjo K. De, et al** (2022). "Comparison of culture, confocal microscopy and PCR in routine hospital use for microbial keratitis diagnosis". Eye. Vol. 36: 2172–2178.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU SÀNG LỌC PHÁT HIỆN UNG THƯ PHỔI Ở BỆNH NHÂN CÓ NGUY CƠ CAO BẰNG CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH LIỀU THẤP TẠI BỆNH VIỆN E

Trịnh Việt Anh¹, Vũ Hồng Anh^{1,2}, Phạm Thị Thanh Loan^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu sàng lọc phát hiện ung thư phổi bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp ở đối tượng có nguy cơ cao. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** ngang mô tả, theo dõi dọc 157 người bệnh tại khoa khám chữa bệnh Theo yêu cầu và quốc tế bệnh viện E từ 01/2023 - 09/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 64,9 ± 8,2. Nhóm người bệnh có triệu chứng đến khám chiếm 75,16%. Có 24,2% người bệnh có tổn thương nốt mờ được phát hiện bằng chụp cắt lớp vi tính phổi liều thấp. 31,6% gặp ở thùy trên phổi phải. Kích thước tổn thương từ dưới 8 mm chiếm tỷ lệ cao 73,6%. Nốt mờ bờ tròn nhẵn 71,1%, tua gai 15,7%. 15,79% người bệnh được chẩn đoán xác định ung thư phổi. **Kết luận:** kích thước nốt mờ càng lớn nguy cơ ác tính càng cao. Hình ảnh tua gai nguy cơ ác tính cao. Trong nhóm ung thư nốt đặc hoàn toàn chiếm tỷ lệ 100%. Chụp cắt lớp vi tính phổi liều thấp phát hiện 3,82% bệnh nhân ung thư phổi. **Từ khóa:** Chụp cắt lớp vi tính phổi liều thấp, Ung thư phổi, Bệnh viện E.

SUMMARY

EVALUATION OF THE INITIAL RESULTS OF SCREENING OF LUNG CANCER IN HIGH-RISK PATIENTS USING LOW DOSE COMPUTED TOMOGRAPHY AT E HOSPITAL

Objective: Evaluate the initial results of screening lung cancer using low-dose computed tomography in high-risk subjects. **Materials and methods:** cross-sectional description, longitudinal follow-up of 157 patients at the Out-patient clinic for international and required services, E hospital from 01/2023 – 09/2023. **Results:** Mean age was 64.93 ± 8.24 years. The group of patients with symptoms who came for examination accounted for 75.16%. There were 24.20% of patients with opaque nodular lesions

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Việt Anh

Email: drvietanhbve@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 23.4.2024

detected by low-dose computed tomography. 31.63% occur in the upper lobe of the right lung. Lesion size from less than 8 mm accounts for a high rate of 73.62%. Blurred nodules with smooth, round edges in 71.16%, with dendrites in 15.72%. 15.79% of patients were diagnosed with lung cancer. **Conclusion:** The larger the opaque nodule size, the higher the risk of malignancy. Image of dendrites with high risk of malignancy. Completely solid nodule cancer accounts 100% in group lung cancer. Low-dose computed tomography detected 3.82% of lung cancer patients.

Keywords: Low-dose CT lung scan, Lung cancer, E Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một trong những bệnh ung thư thường gặp. Bệnh có tỷ lệ mắc và tử vong đứng hàng đầu trong các bệnh ung thư, và có trên 80% UTP được phát hiện ở giai đoạn muộn, chỉ có khoảng 15% các trường hợp UTP được chẩn đoán có khả năng phẫu thuật, khi đã có di căn xa tỉ lệ sống sót sau 5 năm khoảng 4% [1]. Do vậy, các phương pháp sàng lọc phát hiện sớm UTP lúc này đóng vai trò rất quan trọng để làm giảm tỉ lệ tử vong và kéo dài thời gian sống thêm cho người bệnh. Sàng lọc UTP bằng phương pháp chụp CLVT liều thấp hiện nay đang được sử dụng phổ biến trên thế giới. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: 1. Khảo sát đặc điểm hình thái nốt mờ phổi bằng chụp CLVT phổi liều thấp; 2. Đánh giá kết quả bước đầu sàng lọc phát hiện UTP bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp ở đối tượng có nguy cơ cao

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 157 người đến khám tại bệnh viện E từ tháng 01/2023 đến tháng 09/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tuổi từ 50; Hút thuốc lá, thuốc lào nhiều năm (từ 20 bao-năm); Tiếp xúc với khói bụi, ô nhiễm nghề nghiệp, sống trong môi trường nhiễm xạ [6].

Tiêu chuẩn loại trừ: Tuổi ≤ 50 và hoặc