

ngiên cứu ngắn.

Về ranh giới của nhân giáp, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 60% nhân giáp có ranh giới không rõ, có răng cưa hoặc mờ rộng ra ngoài tuyến giáp. Từ kết quả đó có thể nhận định bướu nhân tuyến giáp ranh giới không rõ, có răng cưa hay mờ rộng ra ngoài tuyến giáp là một yếu tố gợi ý nhân giáp ác tính. Kết quả này tương đồng với rất nhiều các nghiên cứu trong và ngoài nước trước đây.

Về âm vang, nghiên cứu trên 40 bệnh nhân ung thư tuyến giáp, chúng tôi thấy chủ yếu là không có đặc điểm về âm vang hoặc có đốm sao chổi lớn (65%), chỉ 22,5% trường hợp có vi vôi hoá. Kết quả này có tương đồng với nhiều nghiên cứu trước đây. Tuy nhiên, có một số nghiên cứu cho thấy số lượng ung thư tuyến giáp có vi vôi hoá chiếm tỷ lệ lớn hơn, có thể do sự khác biệt về trình độ của bác sĩ siêu âm và thiết bị siêu âm dẫn đến việc phát hiện vi vôi hoá ở bệnh viện chúng tôi còn hạn chế.

Nhiều nghiên cứu trước đây cho thấy chủ yếu ung thư tuyến giáp nằm trong nhóm có phân độ TIRADS 4 và 5. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự với 95% nhân giáp nằm trong nhóm TIRADS 4 và TIRADS 5, chỉ 5% nằm trong nhóm TIRADS 3. Điều này cho thấy việc phân độ TIRADS cho bướu nhân tuyến giáp là hết sức quan trọng và có ý nghĩa trong việc đưa ra chiến

lược tầm soát bướu nhân tuyến giáp để phát hiện sớm ung thư tuyến giáp.

#### KẾT LUẬN

Ung thư giáp gặp nhiều hơn ở nhóm đa nhân tuyến giáp, nhân đặc và giảm âm. Kích thước phổ biến nhất của ung thư tuyến giáp là từ 11 – 20 mm. Theo phân độ TIRADS, chủ yếu ung thư tuyến giáp nằm trong nhóm TIRADS 4 và TIRADS 5.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dean DS, Gharib H.** Epidemiology of thyroid nodules. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2008;22(6):901-911. doi:10.1016/j.beem.2008.09.019.
2. **Cabanillas ME, McFadden DG, Durante C.** Thyroid cancer. *The Lancet.* 2016;388(10061):2783-2795. doi:10.1016/S0140-6736(16)30172 - 6.
3. **Seib CD, Sosa JA.** Evolving Understanding of the Epidemiology of Thyroid Cancer. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2019;48(1):23 - 35. doi:10.1016/j.ecl.2018.10.002.
4. **Nguyễn Xuân Hậu.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng di căn hạch của ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Y học Việt Nam.* February 2017:138 - 142.
5. **Nguyễn Tuấn Sơn.** Kết quả phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hoá tại Bệnh viện K cơ sở Tân Triều. *Y học Việt Nam.* January 2021:133 - 137.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ KỸ THUẬT SINH THIẾT XUYỀN THÀNH NGỰC DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN CÁC TỔN THƯƠNG DẠNG U Ở PHỔI TẠI BỆNH VIỆN 71 TRUNG ƯƠNG

LÊ DUY HƯNG, NGUYỄN VĂN HIỆU  
*Bệnh viện 71 trung ương*

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán các tổn thương dạng u ở phổi. Nhận xét những tai biến thường gặp của phương pháp trên.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Theo phương pháp tiền cứu mô tả, gồm 62 bệnh nhân có tổn thương dạng u ở phổi, điều trị nội trú tại

Bệnh viện 71 Trung ương từ tháng 2/2017 đến tháng 10/2018.

**Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình chung là  $60,15 \pm 15,45$ . Nam chiếm 82,26%, nữ 17,74%, tỷ lệ nam/nữ là 4,6/1. Vị trí tổn thương gặp nhiều nhất là thùy trên (phải 32,26%, trái 33,87%). Tổn thương có hình dạng không tròn là 66,13%, tròn 33,87%. Tổn thương có bờ không nhẵn là 54,84%, có múi 11,29%. Độ sâu sinh thiết từ (03-< 05) cm có tỷ lệ tai biến là 43,55%, <03 cm là 30,65% và > 07 cm là 06,45%. Chẩn đoán mô bệnh học: tổn thương ác tính là 70,97%, tổn thương lành tính 29,03% (viêm lao 14,52%, viêm mạn 12,90%, viêm phổi 01,61%). Tai biến

---

Chịu trách nhiệm: Lê Duy Hưng  
Email: duyhung71rad@gmail.com  
Ngày nhận: 02/8/2021  
Ngày phản biện: 07/9/2021  
Ngày duyệt bài: 20/9/2021

chung 22,58%, trong đó (tràn khí màng phổi 11,29%, chảy máu nhu mô 08,06%, ho ra máu nhẹ 03,23%).

**Kết luận:** Kích thước khối u càng nhỏ, sinh thiết càng sâu thì tỷ lệ tai biến khi sinh thiết càng tăng.

**Từ khóa:** U phổi, sinh thiết, tổn thương ác tính.

## SUMMARY

**EVALUATING THE RESULTS OF CHEST WALL BIOPSIES WITH THE GUIDANCE OF COMPUTERIZED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF LUNG TUMORS IN 71 CENTRAL HOSPITAL**

**Objectives:** To evaluate the results of chest biopsies with the guidance of computerized tomography in the diagnosis of lung tumors. Consider the common complications of the above method.

**Subjects and methods:** Descriptive prospective study included 62 patients with lung tumors, inpatient treatment at 71 Central Hospital from February 2017 to October 2018.

**Study results:** The mean age was 60,15 ± 15,45. Men accounted for 82.26%, female 17.74%, male / female ratio was 4.6 / 1. The most common site was the upper lobes (32.26% right, 33.87% left). Injury with unround shape was 66.13%, round 33.87%. Injury with non smooth margins was 54.84%, with segments of 11.29%. The depth of biopsy from (03 - < 05) cm had the incidence rate of 43.55%, < 03 cm was 30.65% and > 07 cm was 06.45%. Histopathological diagnosis: malignant lesions 70.97%, benign lesions 29.03% (TB infection 14.52%, chronic inflammation 12.90%, pneumonia 01.61%). General variables were 22.58%, in which pneumothorax 11.29%, parenchymal bleeding 08.06%, mild blood cough 03.23%.

**Conclusion:** The smaller the tumor size, the deeper the biopsy, the higher the incidence of biopsy complications.

**Keywords:** Lung tumors, biopsy, malignant lesions.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Các tổn thương dạng u ở phổi là những đám hoặc nốt mờ được phát hiện trên phim Xquang hay trên phim cắt lớp vi tính lồng ngực, bản chất của các tổn thương dạng u này rất khác nhau, có thể là khối ung thư phổi nguyên phát hoặc di căn từ nơi khác đến, các u lành tính (mô thừa, u xơ, u mỡ), các ổ nhiễm trùng (áp xe, u lao)<sup>[1]</sup>. Lấy bệnh phẩm từ khối u, xét nghiệm tế bào và mô bệnh học chẩn đoán chính xác bản chất khối u là hết sức quan trọng. Đến nay, STXTN dưới hướng dẫn CLVT trong chẩn đoán các tổn thương dạng u ở phổi đã được nghiên cứu, áp dụng ở nhiều

bệnh viện trong cả nước, giúp chẩn đoán nguyên nhân, tiêu chuẩn ác tính, typ mô bệnh và có vai trò quan trọng trong tiên lượng bệnh, định hướng chiến lược điều trị và thời gian sống thêm cho bệnh nhân<sup>[2,3]</sup>.

Bệnh viện 71 Trung ương là bệnh viện chuyên khoa lao và bệnh phổi, tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương dạng u ở phổi chiếm tỷ lệ khá cao, kỹ thuật STXTN dưới hướng dẫn của CLVT chưa được nghiên cứu áp dụng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

1. Đánh giá kết quả sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán các tổn thương dạng u ở phổi.

2. Nhận xét những tai biến thường gặp của phương pháp trên.

## ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 62 bệnh nhân có tổn thương dạng u ở phổi, điều trị nội trú tại Bệnh viện 71 Trung ương từ tháng 2/2017 đến tháng 10/2018.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

Theo phương pháp tiến cứu mô tả ca bệnh.

Cỡ mẫu thuận tiện, cách chọn mẫu không xác suất theo mục tiêu nghiên cứu.

### 3. Xử lý số liệu

Số liệu thu thập được làm sạch. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0 theo mục tiêu nghiên cứu.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Tuổi, giới

Tuổi trung bình 60,15 ± 15,45, nhóm bệnh nhân Ung thư: 61,41 ± 15,68, không ung thư: 57,06 ± 14,85. Nam (82,26%) gặp nhiều hơn nữ (17,74%), tỷ lệ nam so với nữ là 4,6/1.

### 2. Đặc điểm của tổn thương dạng u trên phim chụp cắt lớp vi tính

#### 2.1. Vị trí tổn thương dạng u ở phổi, theo thùy phổi (n = 62)

Trong 62 bệnh nhân u phổi, gặp 32,26% ở trên phổi phải, giữa phổi phải gặp 3,23% và dưới phổi phải gặp 19,35%. Trên phổi trái gặp 23 trường hợp chiếm 33,87%, dưới phổi trái gặp 11,29%.

#### 2.2. Số lượng tổn thương dạng u ở phổi (n = 62)

Số lượng khối u ở phổi: Ở phổi phải thì có 50% gặp một dạng u, 3,23% gặp dạng 2 u, 1,61% gặp dạng ≥ 3 u. Phổi trái: Gặp 41,94% dạng 1 u.

### 3. Giá trị của STXTN dưới hướng dẫn của CLVT

#### 3.1. Tư thế bệnh nhân khi sinh thiết (n = 62)

Bảng 1. Tư thế bệnh nhân khi sinh thiết

Tư thế bệnh nhân	N	%
Nằm ngửa	21	33,87
Nằm sấp	29	46,67
Nằm nghiêng	12	19,35
Tổng	62	100

Nhận xét: Trong 62 bệnh nhân tỷ lệ nằm ngửa khi sinh thiết chiếm 33,87%, nằm sấp chiếm 46,67%, nằm nghiêng chiếm 19,35%.

### 3.2. Độ sâu của sinh thiết tổn thương dạng u ở phổi (n = 62)

Bảng 2. Độ sâu của sinh thiết tổn thương dạng u ở phổi

Độ sâu	< 3 cm	3 - 5 cm	5 - 7 cm	> 7 cm	Tổng
n	19	27	12	4	62
%	30,65	43,55	19,35	6,45	100

Nhận xét: Độ sâu của sinh thiết dưới 3cm chiếm 30,65%; sâu từ 3 - 5 cm chiếm 43,55%, từ 5 - 7 cm chiếm 19,35%; ≥ 7 cm chiếm 6,45%.

### 3.3. Số lần sinh thiết (n = 62)

Trong 62 bệnh nhân thì có 50% số bệnh nhân sinh thiết 2 lần, 37,1% sinh thiết 1 lần, 12,9% sinh thiết 3 lần.

### 3.4. Kết quả chẩn đoán mô bệnh học

Bảng 3. Kết quả chẩn đoán mô bệnh học

Loại tổn thương	N	%
Ung thư	44	70,97
Viêm lao	09	14,52
Viêm mạn tính	08	12,90
Viêm phổi	01	01,61
Tổng	62	100

Nhận xét: Trong 62 bệnh nhân u phổi có 44 bệnh nhân bị ung thư chiếm 70,97%; viêm lao

### 5.2. Vị trí sinh thiết và tai biến

Bảng 6. Vị trí sinh thiết và tai biến

Nhóm Vị trí	Không có tai biến		Có tai biến						Tổng	P
			TKMP		Ho máu		CMNM			
	n	%	n	%	N	%	N	%	n	
Thùy trên (P)	16	80,0	01	5,0	02	10,0	01	5,0	20	0,448
Thùy giữa (P)	02	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	02	
Thùy dưới (P)	07	58,3	02	16,7	0	0,0	03	25,0	12	
Thùy trên (T)	17	81,0	03	14,3	0	0,0	01	4,8	21	
Thùy dưới (T)	06	85,7	01	14,3	0	0,0	0	0,0	07	

Nhận xét: Sinh thiết thùy trên (P) tai biến TKMP chiếm 5%; ho máu chiếm 10%; CMNM chiếm 5%; thùy giữa (P) không thấy tai biến; thùy dưới (P) TKMP chiếm 16,75%; CMNM chiếm 25%; thùy trên (T) TKMP chiếm 14,3%; CMNM chiếm 4,8%; thùy dưới (T) tai biến TKMP chiếm 14,3%. Vị trí sinh thiết liên quan tai biến sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

### 5.3. Kích thước tổn thương dạng u ở phổi và tai biến

Bảng 7. Kích thước tổn thương dạng u ở phổi và tai biến

Nhóm Kích thước	Không tai biến		Loại tai biến						Tổng	P
			TKMP		Ho máu		CMNM			
	N	%	n	%	N	%	N	%	n	
3 - <5 (cm)	25	73,5	07	20,6	2	05,9	0	0,0	34	0,009
5 - 7 (cm)	17	77,3	0	0,0	0	0,0	5	22,7	22	
> 7 (cm)	06	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	06	

chiếm 14,52%; viêm phổi mãn tính 12,9%; viêm phổi 1,61%.

### 4. Phân loại type mô bệnh học của ung thư phổi

Bảng 4. Phân loại typ mô bệnh học của ung thư phổi

Typ mô bệnh học của UTP	n	%
Ung thư biểu mô tuyến	13	29,55
Ung thư biểu mô vảy	14	31,82
Ung thư biểu mô tuyến vảy	04	09,10
Ung thư biểu mô tế bào lớn	07	15,90
Ung thư biểu mô tế bào nhỏ	06	13,63
Tổng	44	100

Nhận xét: Trong 44 bệnh nhân ung thư thì ung thư biểu mô tuyến chiếm 29,55%; ung thư biểu mô vảy chiếm 31,82%; ung thư biểu mô tuyến vảy chiếm 9,1%; ung thư biểu mô tế bào lớn chiếm 15,95%; ung thư biểu mô tế bào nhỏ chiếm 13,63%.

### 5. Tai biến của STXTN dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính

#### 5.1. Các loại tai biến của STXTN dưới hướng dẫn của CLVT

Bảng 5. Tai biến của STXTN dưới hướng dẫn của CLVT

Tai biến	Không TB	Tràn khí MP	Ho ra máu	Chảy máu	Tổng
n	48	7	2	5	62
%	77,42	11,29	3,23	8,06	100

Nhận xét: Trong 62 STXTN có 7 trường hợp tràn khí MP chiếm 11,29%; ho ra máu 2 trường hợp chiếm 3,23%; chảy máu 5 trường hợp chiếm 8,06%

Nhận xét: Với khối u kích thước 3 - 5cm tai biến TKMP là 7 trường hợp chiếm 20,6%; tai biến ho ra máu 2 trường hợp chiếm 5,9%; với khối u kích thước 5 - 7cm có tai biến CMNM là 5 trường hợp chiếm 22,7%, khối u > 7cm không thấy trường hợp tai biến nào.

#### 5.4. Độ sâu sinh thiết và tai biến

Bảng 8. Độ sâu sinh thiết và tai biến

Tai biến Độ sâu	Không tai biến		Loại tai biến						Tổng	P
			TKMP		Ho ra máu		CMNM			
	N	%	n	%	N	%	N	%	N	
< 3 (cm)	18	94,7	0	0,0	0	0,0	01	05,3	19	0,047
3- <5 (cm)	22	81,5	03	11,1	0	0,0	02	07,4	27	
5 - 7 (cm)	06	50,0	03	25,0	01	8,3	02	16,7	12	
> 7cm	02	50,0	01	25,0	01	25,0	0	0	04	

Nhận xét: Sinh thiết với độ sâu < 3cm tai biến CMNM là 5,3%; với độ sâu 3 - 5cm tai biến TKMP là 11,1%; CMNM là 7,4%; với độ sâu 5 - 7cm tai biến TKMP chiếm 25%; ho ra máu chiếm 8,3%; CMNM chiếm 16,7%; với độ sâu > 7cm tai biến TKMP chiếm 25%; ho ra máu chiếm 25%.

#### 5.5. Số lần sinh thiết và tai biến

Bảng 9. Số lần sinh thiết và tai biến

Tai biến Số lần	Không tai biến		Có tai biến						Tổng	P
			TKMP		Ho ra máu		CMNM			
	N	%	N	%	N	%	n	%	n	
01 lần	20	87,0	01	04,3	01	04,3	01	04,3	23	0,015
02 lần	26	83,9	03	09,7	0	0,0	02	06,5	31	
≥ 03 lần	02	25,0	03	37,5	01	12,5	02	25,0	08	

Nhận xét: Trong 62 bệnh nhân có 23 bệnh nhân sinh thiết 1 lần tỷ lệ tai biến TKMP, ho ra máu, CMNM lần lượt là 4,3%; 4,3%; 4,3%. 31 bệnh nhân sinh thiết 2 lần tỷ lệ tai biến TKMP; ho ra máu; CMNM lần lượt là 9,7%; 0%; 6,5%. 08 bệnh nhân sinh thiết ≥ 3 lần tỷ lệ tai biến TKMP; ho ra máu; CMNM lần lượt là 37,5%; 12,5%; 25%. Số lần sinh thiết với tỷ lệ tai biến có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

### BÀN LUẬN

#### 1. Đặc điểm chung

Trong 62 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình  $60,15 \pm 15,45$ , nhóm bệnh nhân ung thư  $61,41 \pm 15,68$ , nhóm bệnh nhân không ung thư  $57,06 \pm 14,85$ . Tỷ lệ nam so với nữ là 4,6/1. Nguyễn Đình Hoàng (2011)<sup>[2]</sup> tuổi trung bình  $63,7 \pm 11,4$ , tỷ lệ nam/nữ là 2,2/1. Đoàn Thị Phương Lan (2014) tuổi trung bình  $55 \pm 10$ , tỷ lệ nam/nữ là 1,3/1<sup>[4]</sup>. Feride Fatma (2016), nghiên cứu trên 65 bệnh nhân, tuổi trung bình  $65,4 \pm 10,7$ , tỷ lệ nam/nữ là 2,8/1<sup>[5]</sup>.

Vị trí tổn thương dạng u ở phổi: Thùy trên phổi phải 32,26%, phổi trái 33,87%. Thùy dưới phổi phải 19,35%, thùy dưới phổi trái 11,29%, gặp ít nhất là thùy giữa 3,23%. Theo chúng tôi, có thể do các bệnh nhân được lựa chọn vào nhóm nghiên cứu là những bệnh nhân có tổn thương ở phổi mà NSPQ không xác định được chẩn đoán, NSPQ rất khó tiếp cận được tổn thương dạng u ở ngoại vi, ở đỉnh phổi, những bệnh nhân có tổn thương dạng u ở thùy phổi khác đã được NSPQ

xác định chẩn đoán bản chất, lựa chọn được phương pháp điều trị phù hợp, phải chăng do vậy tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương dạng u ở vùng phổi khác đặc biệt là ở trung tâm thùy giữa phổi phải và thùy dưới cũng ít gặp hơn.

Số lượng tổn thương dạng u: Phần lớn chỉ có một tổn thương dạng u ở phổi chiếm tỷ lệ 91,94%, phổi phải là 50,0% và phổi trái 41,94%. Số bệnh nhân có trên hai tổn thương dạng u ở phổi trở lên chiếm tỷ lệ rất thấp 06,5%.

#### Giá trị của STXTN dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính

Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm sấp 46,67%, nằm ngửa 33,87%, nằm nghiêng 19,35%. Theo chúng tôi lựa chọn tư thế nằm khi sinh thiết phụ thuộc vào vị trí tổn thương dạng u ở phổi, nằm làm sao cho khoảng cách từ màng phổi tạng đến tổn thương là gần nhất mà không vướng xương, không có mạch máu lớn và hơn thế nữa nếu chọn thêm tư thế nằm sấp thì tiến hành kỹ thuật sinh thiết sẽ thuận lợi hơn bởi vì tư thế nằm sấp là tư thế thoải mái nhất, bệnh nhân có thể nằm lâu luôn ở trong một tư thế trong suốt quá trình sinh thiết, ít cử động, tai biến xảy ra sẽ ít hơn các tư thế khác, do vậy các tác giả thường cố gắng chọn tư thế sinh thiết nằm sấp là tư thế tốt nhất nếu có thể được.

Độ sâu sinh thiết: Độ sâu trung bình  $4,44 \pm 1,50$ , từ 03 - < 05cm: 43,55%, < 03cm: 30,65%, > 07cm: 06,45%. Đoàn Thị Phương Lan (2014), độ sâu trung bình  $2,5 \pm 1,4$ , < 5cm: 93,7%. Số dĩ độ

sâu sinh thiết trung bình của chúng tôi sâu hơn là do đối tượng lựa chọn nghiên cứu hẹp hơn<sup>[4]</sup>.

Số lần sinh thiết: Trung bình  $1,76 \pm 0,67$ , sinh thiết 02 lần: 50,0%, 03 lần: 12,90%, 01 lần: 37,1%. Trong nghiên cứu của chúng tôi tổn thương dạng u ở phổi có kích thước lớn trung bình là 5cm, trong một lần sinh thiết thường lấy 2 đến 3 mảnh bệnh phẩm khác nhau, theo các hướng khác nhau trong một đợt sinh thiết để làm xét nghiệm chẩn đoán mô bệnh học, số bệnh nhân phải làm lại sinh thiết lần 2 do các mảnh sinh thiết lần đầu không đủ điều kiện xét nghiệm mô bệnh học rất ít và không có lần nào chúng tôi không lấy được mảnh sinh thiết.

Kết quả mô bệnh học: Ung thư 70,97%, tổn thương lành tính 29,03%, trong đó: viêm lao 09/62 (14,52%), viêm mạn tính 08/62 (12,90%) và viêm phổi 01/62 (01,61%). Tổn thương ác tính gặp thấp hơn so với Ngô Quý Châu (2006), Sebahat Ocak, nhưng gần tương đồng với nghiên cứu của Lương Duy Long (2012) và Đoàn Thị Phương Lan (2014), Feride Fatma (2016), Fontaine Delaruella C (2016)<sup>[4,6,7,8,9,10]</sup>. Theo chúng tôi số dĩ có sự khác nhau là do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu của các tác giả khác nhau về độ tuổi, kích thước, vị trí tổn thương dạng u ở phổi ở trung tâm hay ngoại vi, khác nên kết quả chẩn đoán có khác nhau, tuy nhiên sự khác nhau không nhiều.

Typ mô bệnh học của ung thư phổi: UTP phổi không tế bào nhỏ 86,37% (ung thư biểu mô tuyến 29,55%, ung thư biểu mô vảy 31,82%, ung thư biểu mô tuyến vảy 09,1%, ung thư biểu mô tế bào lớn 15,9%), ung thư biểu mô tế bào nhỏ 13,63%. Typ mô bệnh học trong nghiên cứu của chúng tôi có một typ có tỷ lệ tương đồng như ung thư biểu mô vảy với Nguyễn Đình Hường (2011), Lương Duy Long (2012), nhưng không tương đồng với một số typ như ung thư biểu mô tuyến của chúng tôi lại thấp so với Lương Duy Long (2012)<sup>7</sup>, Đoàn Thị Phương Lan (2014), ung thư biểu mô tế bào nhỏ cao hơn so với Nguyễn Đình Hường (2011) và Đoàn Thị Phương Lan (2014): Ung thư biểu mô vảy, ung thư biểu mô tuyến và ung thư biểu mô tế bào nhỏ cao hơn so với nghiên cứu của Feride Fatma (2016)<sup>[8]</sup>.

Hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là hiện tại Bệnh viện 71 Trung ương chưa triển khai được phẫu thuật u lồng ngực cho nên chưa đánh giá được độ nhạy, độ đặc hiệu của mảnh sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính so với kết quả mô bệnh học bệnh phẩm tổn thương dạng u sau phẫu thuật đối với bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật.

### **Tai biến của sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của CLVT**

Tỷ lệ tai biến chung 22,58%, trong đó tràn khí màng phổi 11,29%, chảy máu nhu mô 08,06%, ho ra máu 03,23%. Tất cả các tai biến trên đều gặp ở mức độ nhẹ. Với 07 trường hợp tràn khí màng phổi: 04 trường hợp phải chọc hút khí 01 lần bằng bơm kim tiêm và khoá ba chạc tại phòng chụp cắt lớp vi tính và khoang màng phổi hết khí, còn 03 trường hợp khác tràn khí màng phổi lượng khí ít, không phải can thiệp thủ thuật chỉ thở oxy liều cao 06 l/phút, một ngày sau chụp lại xquang phổi, khoang màng phổi hết khí. Hai trường hợp ho ra máu và 05 trường hợp chảy máu nhu mô đều ở mức độ nhẹ chỉ cần tiêm thuốc cầm máu và nằm nghỉ bệnh nhân hết ho ra máu, không có bệnh nhân nào phải truyền máu. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các kết quả nghiên cứu của các tác giả khác như Lương Duy Long, Ngô Quý Châu, Đoàn Thị Phương Lan, Feride Fatma, Sebahat Ocak<sup>[4,6,7,8,10]</sup>.

Vị trí sinh thiết và tai biến: Thụỵ dưới phổi phải: 41,7%, thụỵ trên phổi trái: 23,5% và thụỵ trên phổi phải: 20,0%, không gặp tai biến nào ở thụỵ giữa phổi phải. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với ( $P = 0,448$ ). Đoàn Thị Phương Lan (2014), tai biến cũng gặp ở tất cả các vị trí sinh thiết, thụỵ dưới phổi phải gặp với tỷ lệ cao nhất 07/23 bệnh nhân (30,4%), thụỵ dưới phổi trái 02/14 nhân (14,3%)<sup>[4]</sup>.

Kích thước tổn thương dạng u ở phổi và tai biến: Kích thước ( $03 - < 05$ ) cm có tỷ lệ tai biến cao nhất 09/34 bệnh nhân (26,5%). Kích thước lớn trên 07cm chúng tôi không gặp tai biến nào. Tổn thương có kích thước càng lớn thì tai biến xảy ra càng ít. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với ( $P = 0,009$ ). Kích thước tổn thương là yếu tố nguy cơ tai biến, nhiều tác giả cho rằng kích thước tổn thương càng lớn tỷ lệ tai biến càng giảm.

Độ sâu sinh thiết và tai biến: Độ sâu sinh thiết  $> 05$ cm có tỷ lệ tai biến 50,0%, độ sâu sinh thiết  $03 - 05$  cm (18,5%), độ sâu sinh thiết  $< 03$  cm (05,3%).

Như vậy tổn thương dạng u càng sâu thì tai biến xảy ra càng nhiều. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê với ( $p = 0,047$ ).

Số lần sinh thiết và tai biến: Sinh thiết  $\geq 03$  lần 06/08 bệnh nhân (75%) xảy ra nhiều tai biến nhất, sinh thiết 01 lần tỷ lệ tai biến ít nhất 03/23 bệnh nhân (23,0%). Sinh thiết càng nhiều lần thì tỷ lệ tai biến càng tăng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với ( $p = 0,015$ ).

## KẾT LUẬN

### 1. Giá trị của STXTN dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính

- Tư thế nằm sấp thì tiến hành kỹ thuật sinh thiết sẽ thuận lợi

- Chẩn đoán mô bệnh học: Tổn thương ác tính là 70,97%, tổn thương lành tính 29,03%.

- Typ mô bệnh học của ung thư phổi: Ung thư phổi không tế bào nhỏ là 86,37%; ung thư biểu mô tế bào nhỏ là 13,63%.

### 2. Tai biến của STXTN dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính

- Tỷ lệ tai biến 22,58%.

- Tai biến thường gặp ở thùy dưới phổi phải (41,7%).

- Tổn thương có kích thước từ (03 - < 05) cm có tỷ lệ tai biến cao nhất là 26,5.

- Sinh thiết càng sâu tỷ lệ tai biến càng cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

- Sinh thiết nhiều lần tỷ lệ tai biến cao, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,5$ .

### KHUYẾN NGHỊ

Kỹ thuật có hiệu quả chẩn đoán chính xác cao tuy nhiên vẫn có những tai biến, vì vậy để đảm bảo an toàn cho người bệnh, kỹ thuật này chỉ nên triển khai thực hiện ở các bệnh viện có đủ các điều kiện phương tiện thiết bị và đội ngũ chuyên môn có kinh nghiệm từ tuyến tỉnh trở lên.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **David Ost.** The Solitary Pulmonary Nodule: A Systematic Approach. Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders. Fourth Edition. 1816 – 1830, 2008.

2. **Nguyễn Đình Hoàng.** Chọc sinh thiết xuyên thành ngực các khối u phổi dưới hướng dẫn của CLVT đa dãy; nhận xét qua 280 trường hợp

tại Bệnh viện Ung Bướu Hà Nội. Tạp chí Y học thực hành số 773. 2011.

3. **Frank C. Detterbeck.** The New Lung Cancer Staging System. *Chest.* 136, 260-271. 2009

4. **Đoàn Thị Phương Lan.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị của sinh thiết cắt xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán các tổn thương dạng u ở phổi. Luận văn Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội. 2014.

5. **Feride Fatma Gurgulu.** Computed tomography- guided transthoracic biopsy: Factors influencing diagnostic and complication. *Journal of International Medical Research*, Vol. (45)2808-815. 2017.

6. **Ngô Quý Châu.** Sinh thiết phổi với kim tru cut xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán đám mờ ở phổi trên 265 bệnh nhân, Tạp chí Nghiên cứu Y học, số 6 năm 2006.

7. **Lương Duy Long.** Đánh giá kết quả sinh thiết kim xuyên thành ngực trong u phổi dưới hướng dẫn của CT, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, 2012.

8. **Feride Fatma Gurgulu.** Computed tomography- guided transthoracic biopsy: Factors influencing diagnostic and complication. *Journal of International Medical Research*, Vol. (45)2808-815. 2017.

9. **Fontaine Delaruella C, Souquet P.J.** Factors Predictifs de complications des ponction transparietales thoraciques. *Revue de Pneumologie clinique* 2017 Apr, 73(2). 2016.

10. **Sebahat Ocak, Fabrice Duphlaques.** Diagnostic Accuracy and Safety off CT- Guided Percutaneous Transthoracic Needle Bopsies; 14- Gauge versus 22- Gauge Needles, 2016.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HÓA TRỊ DUY TRÌ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG GIAI ĐOẠN MUỘN BẰNG CAPECITABINE

NGUYỄN ĐỨC LUÂN, NGUYỄN QUANG HÙNG,  
PHẠM CẨM PHƯƠNG, PHẠM VĂN THÁI  
*Trung tâm Y học Hạt nhân và Ung Bướu, Bệnh viện Bạch Mai*

### TÓM TẮT

*Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm di căn ung thư đại trực tràng giai đoạn muộn được hóa trị duy trì bằng Capecitabine và đánh giá kết quả sống thêm bệnh không tiến triển.*

*Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 42 Bệnh nhân ung thư đại trực tràng giai đoạn muộn được điều trị duy trì bằng Capecitabine.*

*Chịu trách nhiệm: Nguyễn Đức Luân*

*Email: bsluanbvbm@gmail.com*

*Ngày nhận: 09/9/2021*

*Ngày phản biện: 06/10/2021*

*Ngày duyệt bài: 15/10/2021*