

Nghiên cứu giá trị của cắt lớp vi tính ngực liều thấp trong phát hiện sớm các nốt mờ phổi ác tính

Hoàng Thị Ngọc Hà¹, Đoàn Dũng Tiến², Lê Trọng Khoan¹

(1) Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

(2) Học viên Cao học, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính ngực liều thấp kết hợp sinh thiết giúp chẩn đoán sớm các nốt mờ phổi ác tính, có ý nghĩa rất lớn trong việc quyết định theo dõi nốt mờ hay cắt thùy phổi đối với các nốt ác tính, giúp làm giảm tỷ lệ tử vong do ung thư phổi, kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân, giảm chi phí điều trị... Do vậy, việc chẩn đoán sớm các nốt mờ phổi ác tính bằng kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính ngực liều thấp có ý nghĩa như là tầm soát ung thư phổi sớm. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh và giá trị chẩn đoán của các dấu hiệu nghi ngờ ác tính trên kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính ngực liều thấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 33 bệnh nhân có nốt mờ phổi khu trú trên cắt lớp vi tính lồng ngực, có chỉ định sinh thiết hoặc phẫu thuật. **Kết quả:** Chủ yếu nốt mờ phổi gặp thùy trên phải: 42,4%, nốt mờ phổi đơn độc chiếm đa số: 75,8%; kích thước > 21,5 mm: 57,6%; ≤ 21,5 mm: 42,4%; nốt đặc: 97% và hỗn hợp: 3%; hình dáng tròn: 42,4% và đa giác: 57,6%; bờ tổn thương không đều: 78,8% và bờ đều: 21,2%; kiểu vôi hóa lệch tâm, lấm tấm: 18,2%, không vôi hóa: 81,8%; có và không cây phế quản khí trong nốt mờ: 39,4% và 60,6%; có thành phần mỡ trong nốt mờ phổi: 6,1%; kết quả giải phẫu bệnh ác và lành tính: 39,3%, 60,7%. Kích thước ≥ 21,5 mm, có hình ảnh cây phế quản khí trong nốt mờ phổi, hình dáng đa giác trong chẩn đoán nốt mờ phổi ác tính với độ nhạy lần lượt 84,6%, 92,3%, 76,9% và độ đặc hiệu lần lượt 60%, 65%, 85%. **Kết luận:** Các nốt mờ phổi có kích thước ≥ 21,5mm, hình ảnh cây phế quản khí và hình dáng đa giác là ba đặc điểm hình ảnh có giá trị chẩn đoán cao trong chẩn đoán nốt mờ phổi ác tính. Sự kết hợp của hai đặc điểm hình ảnh trở lên có độ nhạy 92,3% và độ đặc hiệu 80% trong chẩn đoán dương tính các tổn thương ung thư phổi sớm.

Từ khóa: nốt mờ phổi, cắt lớp vi tính lồng ngực, ung thư phổi.

Abstract

Study the value of lung low dose computed tomography in early detection the malignant pulmonary nodule

Hoang Thi Ngoc Ha¹, Doan Dung Tien², Le Trong Khoan¹

(1) Dept. of Radiology, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Post-graduate Student, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Background: Early diagnosis of the malignant pulmonary nodules plays an important role in decreasing the mortality, increasing the lifetime and considering as early detection of lung cancer. **Objectives:** To describe the characteristics and diagnostic value of the malignant suspected signs of pulmonary nodule. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study on 33 patients with localized pulmonary nodule which has indications of biopsy or surgery at Hospital of Hue University of Medicine and Pharmacy from 05/2017 to 08/2018. **Results:** A majority of pulmonary nodules were found in the right upper lobe with 42.4%; solitary pulmonary nodules made up the majority of 75.8%. (Nodules > 21.5 mm: 57.6%; nodules ≤ 21.5 mm: 42.4%; solid nodules: 97% and mixed nodules: 3%, round shape: 42.4% and polygons: 57.6%; irregular margin: 78.8%; regular margin: 21.2%; eccentric and stippled calcification: 18.2%; non-calcification: 81.8%; air-bronchogram in nodules: 39.4%; air-bronchogram (-): 60.6%; fat containing pulmonary nodules: 6.1%, malignant and benign confirmed by biopsy: 39.3% and 60.7% respectively. The sensitivity and specificity of features included size > 21.5 mm; air-bronchogram in nodules, polygons for malignant nodules diagnosis are 81.6%; 92.3%; 76.9% and 60%, 65%, 85% respectively. **Conclusions:** Three features of nodules: Size ≥ 21.5 mm; air-bronchogram and polygons are suggestive malignant characteristics. The combination of two or more characteristics have the sensitive 92.3% and specific 80%

Keywords: pulmonary nodule, thoracic computed tomography, lung cancer.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nốt mờ phổi (NMP) là tổn thương dạng nốt mờ khu trú trong nhu mô phổi, có kích thước tối đa 30mm, bờ đều hoặc không, bao gồm cả hình ảnh kính mờ, nốt mờ đặc và tổn thương hỗn hợp. Tỷ lệ ung thư ở bệnh nhân nốt mờ phổi từ 10-70%, tổn thương lành tính khoảng 80% u hạt và 10% u mô thừa [6], [9], [12]. Bệnh nhân (BN) tiên lượng tốt khi phát hiện giai đoạn IA của bệnh, khoảng 61% đến 75% bệnh nhân có tỷ lệ sống sau 5 năm khi được phẫu thuật cắt bỏ. Tuy nhiên khoảng một nửa lượng bệnh nhân ung thư phổi đã có tổn thương ngoài phổi khi được chẩn đoán, làm giảm tỷ lệ sống sau 5 năm khi được phẫu thuật chỉ còn 13-15%.

Do đó ung thư cần được chẩn đoán sớm thông qua việc xác định chính xác bản chất của nốt mờ phổi nghi ngờ ác tính để giúp cho việc điều trị sớm và hiệu quả [11]. Tại Việt Nam, chẩn đoán và theo dõi nốt mờ phổi trên cắt lớp vi tính ngực liều thấp (LDCT) chưa được quan tâm đúng mức và có rất ít đề tài nghiên cứu về vấn đề này. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm hình ảnh và khảo sát giá trị chẩn đoán của các dấu hiệu nghi ngờ ác tính trên kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính ngực liều thấp.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 33 BN có NMP khu trú, kích thước ≤ 30mm trên LDCT, có dấu hiệu nghi ngờ ác tính được chỉ định sinh thiết hoặc phẫu thuật tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế (BV

Trường ĐHYD Huế) từ tháng 05/2017 đến 08/2018.

* Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Bệnh nhân có một hoặc nhiều NMP khu trú kích thước ≤ 30 mm, chưa rõ bản chất nằm trong nhu mô phổi trên phim LDCT, có thái độ xử trí được xác định theo ACR LungRADS 1.0, tức là: nốt đặc hoặc nốt hỗn hợp có kích thước ≥ 10 mm, nốt kính mờ trên CLVTLN có kích thước ≥ 15 mm, có chỉ định sinh thiết hoặc phẫu thuật [12].

Chỉ định sinh thiết được chọn theo khuyến cáo về thái độ xử trí của bảng phân loại ACR LungRADS: Các nốt phân loại 4B trở lên được cho chỉ định lấy mẫu trực tiếp từ tổn thương để làm rõ.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định ung thư.

- Bệnh nhân có ≥ 06 nốt mờ phổi trên cắt lớp vi tính (được xem là hình ảnh thường gặp di căn phổi, hoặc tổn thương lan tỏa) theo Fleischner 2017 [2],[7].

2.2. Phương pháp nghiên cứu

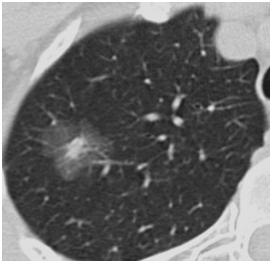
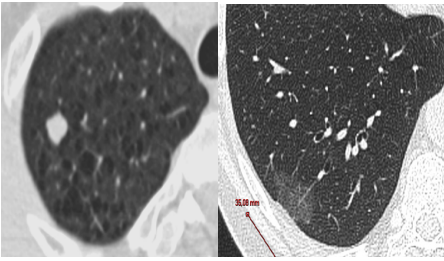

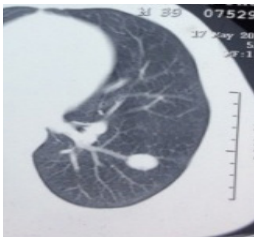
Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

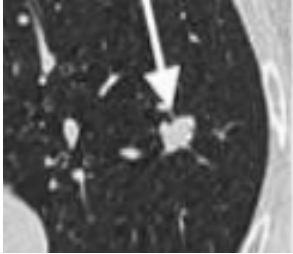
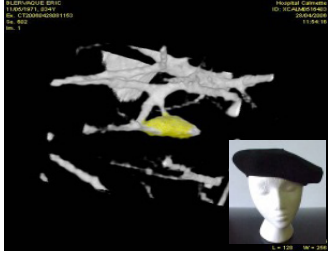
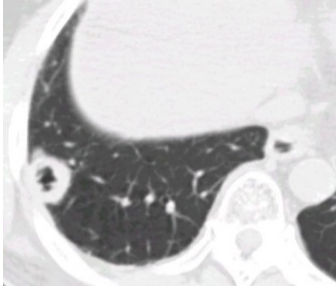
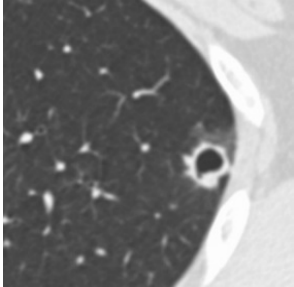
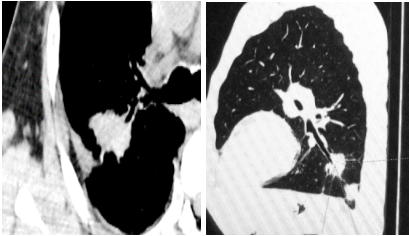
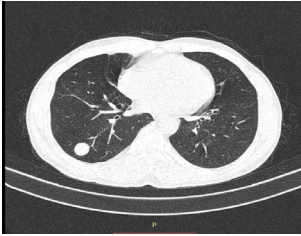

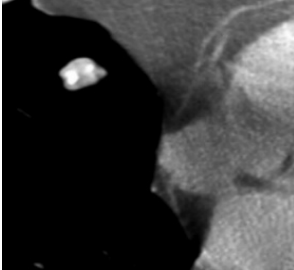
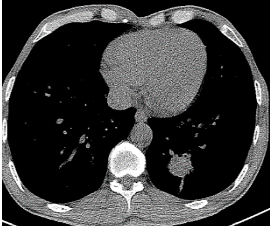

Cỡ mẫu: 33 BN đến khám và có nốt mờ phổi trên LDCT, được sinh thiết hoặc phẫu thuật tại BV Trường ĐHYD Huế.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu:

2.2.1. Mô tả đặc điểm hình ảnh về số lượng, vị trí, kích thước, hình dạng, bờ tổn thương, mật độ, kiểu vôi hóa, phế quản khí, thành phần mỡ trong NMP và xác định giá trị các dấu hiệu hình ảnh NMP trên LDCT.

Đặc điểm HA	Đặc điểm gợi ý ác tính	Đặc điểm gợi ý lành tính
Kích thước	≥ 20 mm	< 10 mm
Đậm độ	 Nốt hỗn hợp	 Nốt đặc hoặc kính mờ
Bờ	 Bờ không đều, tua gai	 Bờ tròn đều

<p>Hình dáng</p>	 <p>Hình đa giác</p>	 <p>Hình tam giác</p>
<p>Hình hang</p>	 <p>Hang có thành dày ≥ 16 mm</p>	 <p>Hang có thành mỏng</p>
<p>Phế quản</p>	 <p>Hình cắt cụt, xâm lấn PQ</p>	 <p>Tổn thương không liên quan PQ</p>
<p>Vôi hóa</p>	 <p>Vôi hóa lấm tấm</p>	 <p>Vôi hóa đại thể, bấp rang</p>
<p>Mỡ trong nốt</p>	 <p>Không có</p>	 <p>Có thành phần mỡ</p>

2.2.2. Đánh giá nốt mờ phổi bằng bảng phân loại ACR LungRADS 1.0 (2014)



Hình 1. Bảng minh họa Chẩn đoán và thái độ xử trí

2.2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 33 BN có nốt mờ phổi, độ tuổi trung bình $60,85 \pm 16,51$, tỷ lệ nam/nữ 1,5/1. Kết quả mô bệnh học lành tính 60,6% và ác tính 39,4%.

3.1. Đặc điểm hình ảnh của nốt mờ phổi trên cắt lớp vi tính ngực

3.1.1. Số lượng, vị trí:

Bảng 1. Giá trị về số lượng nốt và vị trí phân bố trong chẩn đoán nốt mờ phổi

Tính chất		Số lượng n = 33	Tỷ lệ %
Số lượng	1 nốt mờ phổi	21	63,6
	2 nốt mờ phổi	4	12,1
	3 nốt mờ phổi	5	15,2
	4 nốt mờ phổi	3	9,1
Vị trí	Thùy trên phải	14	42,4
	Thùy giữa phải	5	15,2
	Thùy dưới phải	5	15,2
	Thùy trên trái	6	18,1
	Thùy dưới trái	3	9,1

Tỷ lệ bệnh nhân có số lượng NMP đơn độc gấp 1,75 lần so với số lượng 2-4 nốt. Vị trí tổn thương phổi phải gấp 2,67 lần so với phổi trái và vị trí trên phải chiếm ưu thế 42,4%. Vị trí ít gặp nhất là thùy dưới trái (9,1%).

Tỷ lệ NMP lành tính thùy trên cao hơn so với nhóm ác tính 70% so với 30%. Số lượng nốt mờ đơn độc lành tính chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm ác tính 66,7% so với 33,3%. Không có sự khác biệt về vị trí, số lượng trong chẩn đoán NMP lành tính và ác tính.

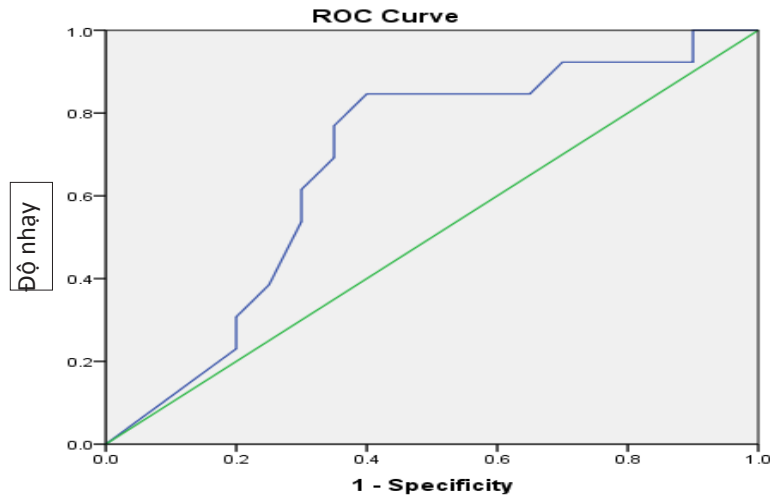
3.1.2. Kích thước, đậm độ

Bảng 2. Giá trị về kích thước, mật độ trong chẩn đoán nốt mờ phổi

Tính chất		MBH	Ác tính		Lành tính		Se	Sp	p
			n	%	n	%			
Kích thước	> 21,5 mm		11	57,9	8	42,1	84,6%	60%	< 0,05
	≤ 21,5 mm		2	14,3	12	85,7			
Mật Độ	Hỗn hợp		1	100	0	0	7,7%	100%	> 0,05
	Nốt đặc		12	37,5	20	62,5			

Đặc điểm kích thước trong chẩn đoán bản chất nốt mờ phổi ác tính có độ nhạy 84,6% và độ đặc hiệu 60%, giá trị dự đoán dương tính 57,9%, giá trị dự đoán âm tính 85,7%, độ chính xác 69,7% (p < 0,05).

Nốt đặc tỷ lệ ác tính thấp hơn 37,5% so với nốt hỗn hợp 100% (p > 0,05).



Biểu đồ 1. Đường cong ROC biểu diễn độ nhạy, độ đặc hiệu của kích thước trong chẩn đoán nốt mờ phổi ác tính

Khi chọn điểm cắt 21,5 mm nhóm bệnh nhân NMP có kích thước lớn hơn 21,5 mm chiếm đa số có tỷ lệ 57,6%.

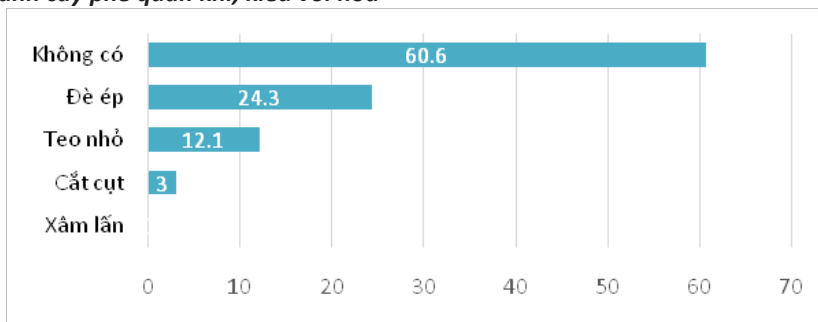
3.1.3. Hình dáng, bờ tổn thương, thành phần mỡ trong nốt mờ phổi

Bảng 3. Giá trị về hình dáng, bờ tổn thương trong chẩn đoán nốt mờ phổi

Tính chất (n1 = 13 ca)		GPB	Ác tính		Lành tính		Se	Sp	p
			n	%	n	%			
Hình dạng	Đa giác		12	63,2	7	36,8	92,3	65	< 0,05
	Tròn		1	7,1	13	92,9			
Bờ tổn thương	Không đều		12	46,2	14	53,8	92,3	30	> 0,05
	Đều		1	14,3	6	85,7			

- Hình dáng không tròn: chiếm tỷ lệ cao 63,2% và Se 92,3%, Sp 92,3%. Bờ không đều tỷ lệ ác tính cao hơn 85,7% (p > 0,05). Nốt hình đa giác (không tròn), bờ không đều chiếm tỷ lệ ác tính cao, trong đó, sự khác biệt về tính chất ác tính của nốt tròn và nốt đa giác có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3.1.4. Hình ảnh cây phế quản khí, kiểu vôi hóa



Biểu đồ 2. Cây phế quản khí trong nốt mờ phổi

Tỷ lệ bệnh nhân có cây phế quản khí trong NMP 39,4% và không có cây phế quản khí là 60,6%. Trong nghiên cứu, NMP có cây phế quản khí (đè ép cắt cụt và teo nhỏ) 76,9% ác tính và 23,1% lành tính, không có cây phế quản khí trong NMP 15% ác tính, 85% lành tính ($p < 0,05$) với Se là 76,9%, Sp là 85%.

Kiểu vôi hóa lệch tâm, lấm tấm 18,2% và không vôi hóa 81,8% ($p > 0,05$).

3.2. Kết hợp các đặc điểm có giá trị trong chẩn đoán nốt mờ phổi ác tính

Bảng 4. Giá trị về hình ảnh trên cắt lớp vi tính trong chẩn đoán nốt mờ phổi

Tính chất		MBH		Ác tính		Lành tính		Se	Sp	p
		n	%	n	%	n	%			
Đặc điểm hình ảnh có giá trị chẩn đoán	≥ 2 đặc điểm (n2 = 16 ca)	12	75	4	25	92,3%	80%	< 0,05		
	Không có đặc điểm nào trong 3 đặc điểm (n0 = 17 ca)	1	5,9	16	94,1					

Dấu hiệu có giá trị trong chẩn đoán NMP: Kích thước NMP > 21,5 mm, có hình ảnh cây phế quản khí trong NMP và hình dạng NMP. Khi kết hợp ba đặc điểm trên, nếu 2 trong 3 hoặc cả 3 đặc điểm cùng xuất hiện có Se 92,3% và Sp 80%.

3.3. Phân loại nốt mờ phổi theo ACR Lung-RADS

Bảng 5. Phân loại nốt mờ phổi theo ACR Lung-RADS

Lung-RADS	4A	4B	4X	Tổng
Số bệnh nhân	1	8	24	33
Tỷ lệ %	3,1	24,2	72,7	100

Chiếm tỷ lệ cao trong mẫu nghiên cứu là nhóm NMP loại Lung-RADS 4X với 72,7%, thấp nhất 4A tỷ lệ 3%.

Bảng 6. Giá trị phân loại Lung-RADS trong chẩn đoán nốt mờ phổi

Phân loại		MBH		Ác tính		Lành tính		Se	Sp	p
		n	%	n	%	n	%			
Lung-RADS	4X	12	50	12	50	92,3	40	< 0,05		
	4AB	1	11,1	8	88,9					

Phân loại Lung-RADS 4X chiếm tỷ lệ ác tính cao hơn nhóm 4AB với 50% và 11,1%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm hình ảnh của nốt mờ phổi trên cắt lớp vi tính ngực

Trong nghiên cứu của chúng tôi về kích thước của các nốt mờ phổi, các nốt có kích thước > 21,5

mm có tỷ lệ ác tính cao hơn (57,9%), NMP có kích thước ≤ 21,5 mm có tỷ lệ lành tính chiếm tỷ lệ cao 85,7%. Kết quả này phù hợp với nhiều công trình cho thấy sự liên quan giữa nguy cơ nốt phổi ác tính và đường kính nốt. Theo nghiên cứu của Gohagan J.

chẩn đoán NMP ác tính kích thước ≤ 3 mm 3,8%, 4 - 9 mm: 2,3%, 10 - 19 mm: 21,3% ≥ 20 mm: 34,5% [5]. Tổng hợp các nghiên cứu trên thấy rằng đặc điểm kích thước NMP là yếu tố quan trọng để đánh giá tính chất NMP và NMP có kích thước càng lớn khả năng ác tính càng cao. Trong bảng phân loại Lung-RADS (2014) kích thước tổn thương được xem là yếu tố quan trọng nhất để đánh giá tổn thương và phân loại tổn thương [2].

Kết quả nghiên cứu của Cung Văn Công (2015) nghiên cứu 141 bệnh nhân ung thư phổi thấy 42,6% tổn thương cắt cụt phế quản, u sùi vào lòng khí - phế quản 19,9%, phế quản thun nhỏ hình mỏ chim 19,9% [1]. Theo Winer-Muaram H. T. (2006) phế quản khí trong NMP gặp ác tính hơn là lành tính. Trong một bài báo cáo phế quản khí thấy khoảng 30% trong nốt ác tính và chỉ 6% là lành tính [13].

Theo tiêu chí đánh giá khả năng ác tính của Beigelman-Aubry (2006) là nốt đặc có cây phế quản khí bên trong nốt mờ phổi [3]. Trong nghiên cứu chúng tôi có cây phế quản khí trong nốt mờ phổi tỷ lệ ác tính cao hơn so với lành tính và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, phù hợp với các tác giả trên. Đánh giá khả năng lành tính của Beigelman-Aubry (2006) [3] dạng hình tròn thường lành tính (harmartoma). Tuy nhiên theo tác giả Li Feng (2004) nghiên cứu NMP dạng nốt đặc thì hình tròn tỷ lệ lành tính cao hơn (84,8%) tỷ lệ ác tính (15,2%), dạng không tròn tỷ lệ ác tính thấp hơn (9,6%) so với dạng lành tính (90,4%) [8]. Theo Tan B. B. Với nốt mờ phổi có hình tròn và bờ đều thường lành tính nhưng cũng có 20-34% nốt mờ đơn độc trong số này là ác tính, đáng chú ý nhất là những nốt di căn [11]. Như vậy đặc điểm hình dạng NMP khi đánh giá cần kết hợp thêm các đặc điểm khác để chẩn đoán bản chất NMP.

4.2. Đặc điểm hình ảnh trên cắt lớp vi tính có giá trị chẩn đoán nốt mờ phổi

Khả năng chẩn đoán NMP ác tính dựa trên kết hợp bộ ba dấu hiệu: kích thước $\geq 21,5$ mm, có cây phế quản khí, hình dạng đa giác. Khi kết hợp từ 2 đặc điểm trở lên khả năng chẩn đoán NMP ác tính với độ nhạy 92,3% và độ đặc hiệu 80%. Kết quả trên cho thấy một tổn thương có càng nhiều đặc điểm hình ảnh có tính chất gợi ý ác tính thì làm tăng giá trị chẩn đoán NMP ác tính.

4.3. Giá trị phân loại của ACR LungRADS 1.0

Dựa vào đặc điểm hình ảnh trên cắt lớp vi tính và bảng phân độ Lung-RADS của ACR chúng tôi phân loại được nốt mờ phổi trong nghiên cứu có 3% NMP thuộc phân nhóm 4A, đây nhóm tổn thương có nguy cơ ác tính (chuyển dạng ác tính $> 4\%$), các tổn thương này có thể được theo dõi sau 03 tháng trên cắt lớp vi tính, PET/CT, hoặc sinh thiết qua da có thể được xem xét. Những phương pháp này phụ thuộc nhiều vào trình độ chuyên môn và trang thiết bị có sẵn, vì thế theo khuyến cáo ACR nên theo dõi trong vòng 03 tháng để đánh giá hình ảnh NMP trên CLVT.

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi phân loại Lung-RADS thuộc phân nhóm 4X chiếm tỷ lệ cao nhất 72,7%, đây là nhóm tổn thương có nguy cơ ác tính cao: là những NMP thuộc phân nhóm Lung-RADS 3, 4A, 4B mà có thêm đặc điểm hình ảnh nghi ngờ tổn thương ác tính. Tổn thương thuộc nhóm 4B và 4X cần được đánh giá thêm chụp CLVT, PET/CT, sinh thiết hoặc phẫu thuật cắt thùy phổi.

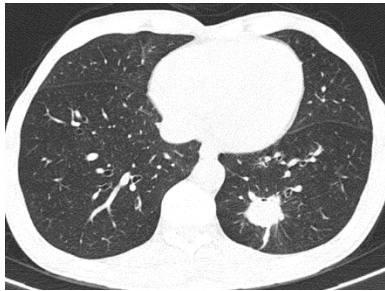
Kết quả nghiên cứu chúng tôi tổn thương thuộc phân nhóm 4X có tỷ lệ ác tính cao hơn nhóm 4A và 4B và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với độ nhạy 92,3% và độ đặc hiệu 40%. Do đó phân loại 4X trên hình ảnh CLVT ngược chiều thấp có thể là một tiêu chí gợi ý cho chỉ định sinh thiết hoặc phẫu thuật cắt thùy phổi đối với tổn thương nghi ngờ trong chẩn đoán NMP.

5. KẾT LUẬN

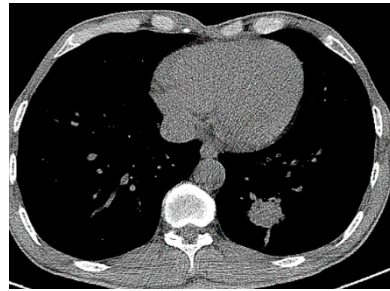
Kích thước $\geq 21,5$ mm, cây phế quản khí trong nốt mờ phổi, hình dạng đa giác có giá trị trong chẩn đoán nốt mờ phổi ác tính. Khi kết hợp 2 trong 3 hoặc cả 3 đặc điểm hình ảnh trên trong chẩn đoán nốt mờ phổi ác tính sẽ làm tăng độ nhạy lên 92,3% và độ đặc hiệu 75%.

Với kết quả phân loại các tổn thương nhóm 4X ác tính cao hơn nhóm 4A và 4B có ý nghĩa thống kê với độ nhạy 92,3% và độ đặc hiệu 40% ($p < 0,05$), bảng phân loại phân ACR LungRADS dựa trên hình ảnh CLVT ngược chiều thấp 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 sớm.

ẢNH MINH HOẠ



Cửa sổ nhu mô



Cửa sổ trung thất

Hình 1. Bệnh nhân Hoàng Thiên H.

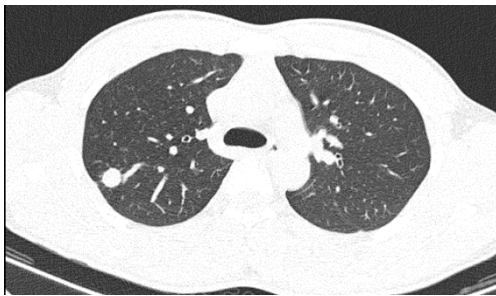
Nam 54 tuổi

Số phim CLVT: 6474

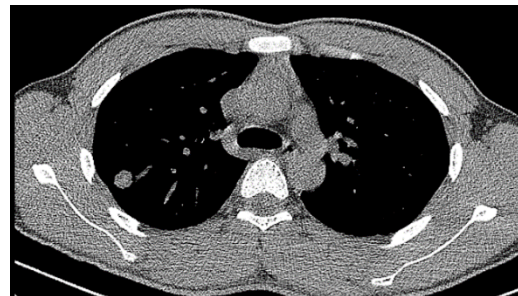
Lâm sàng: Ho khan.

Tiền sử: Hút thuốc lá 16 gói-năm.

Tổn thương: Nốt đặc thùy dưới trái, kích thước #30 mm, bờ không đều tua gai, không vôi hóa, có hình ảnh cây phế quản khí. Phân loại Lung-RADS 4X. Giải phẫu bệnh Adenocarcinoma.



Cửa sổ nhu mô



Cửa sổ trung thất

Hình 2. Bệnh nhân Cao S.

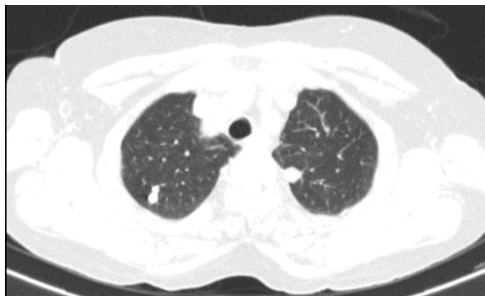
Nam 20 tuổi

Số phim CLVT: 3361

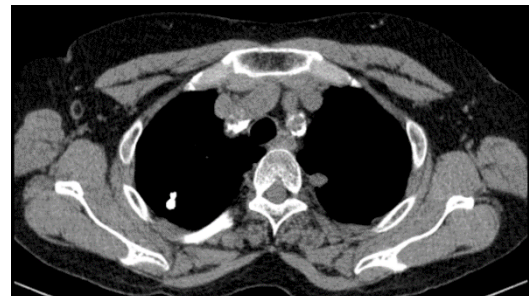
Lâm sàng: Không triệu chứng.

Tiền sử: Không hút thuốc lá.

Tổn thương: Nốt đặc thùy trên phải, kích thước #13mm, tròn, bờ tua gai, vôi hóa lệch tâm. Phân loại Lung-RADS 4X. Giải phẫu bệnh: Lành tính



Cửa sổ nhu mô



Cửa sổ trung thất

Hình 3. Bệnh nhân Văn Thị M.

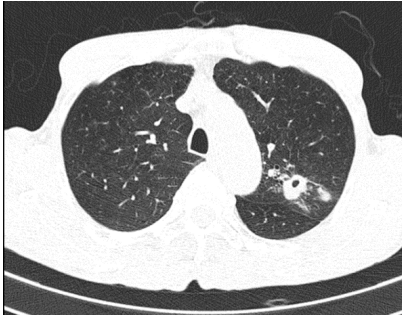
Nữ 79 tuổi

Số phim CLVT: 355

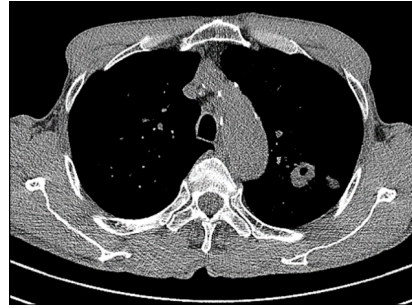
Lâm sàng: Ho khan.

Tiền sử: Hút thuốc lá 25 gói-năm

Tổn thương: Nốt đặc thùy trên trái, kích thước #12 mm, bờ tròn đều, không vôi hóa. Nốt đặc thùy trên phải, kích thước #10mm, bờ tròn đều, vôi hóa toàn bộ. Phân loại Lung-RADS 4B. Giải phẫu bệnh: Lành tính.



Cửa sổ nhu mô



Cửa sổ trung thất

Hình 4. Bệnh nhân Phạm P.

Nam 73 tuổi Số phim CLVT: 5276

Lâm sàng: Ho khạc đờm.

Tiền sử: Hút thuốc lá 58 gói-năm

Tổn thương: Nốt đặc thùy trên phổi trái, kích thước # 20mm, bờ không đều tua gai, có hang hóa thành dày #10 mm, không vôi hóa. Bên cạnh có nốt đặc # 12 mm, bờ tròn đều, không vôi hóa. Phân loại Lung-RADS 4X. Giải phẫu bệnh: Lành tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cung Văn Công (2015), *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 sỹ Y học, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.
2. Hoàng Thị Ngọc Hà, Lê Trọng Khoan (2015), "Lung-RADS và cập nhật về chẩn đoán nốt mờ phổi bằng Cắt lớp vi tính ngực liều thấp", *Tạp chí y dược học*, (28+29), tr. 12-19.
3. Beigelman-Aubry C., Hill C., Grenier P. A., et al (2006) "Management of an incidentally discovered pulmonary nodule". *European Radiology*, 17(2), 449-466.
4. Detterbeck F. C., Boffa D. J., Tanoue L. T., et al (2010), "Details and Difficulties Regarding the New Lung Cancer Staging System", *Chest*, 137(5), pp. 1172-1180.
5. Gohagan J., Marcus, P., Fagerstrom, P., et al (2004)" Baseline Findings of a Randomized Feasibility Trial of Lung Cancer Screening With Spiral CT Scan vs Chest Radiograph". *Chest*, 126(1), 114-121.
6. Hanley K. S.(2003), "Classifying solitary pulmonary nodules: new imaging methods to distinguish malignant, benign lesions", *Postgraduate medicine*, 114(2), 29-35.
7. Jeanbourquin D., Bensalah J., Duong K. (2012), «Nodule pulmonaire solitaire», *Imagerie thoracique de l'adult et de l'enfant 2nd edition*, Elsevier Masson, pp. 276-293.
8. Li F. Sone S.(2004)," Malignant versus benign nodules at CT screening for lung cancer: comparison of thin-section CT findings", *Radiology*, 233(3), pp.793-798.
9. Ost D., Fein A. M., Feinsilver S. H. (2003), "The solitary pulmonary nodule", *New England Journal of Medicine*, 348(25), pp.2535-2542.
10. Swensen S. J., Viggiano R.W, Midthun D.E., et al (2000), "Thoracic Imaging Lung Nodule Enhancement at CT: Multicenter study", *Radiology*, 214, pp. 73-80.
11. Tan B. B., Flaherty K. R., Kazerooni E. A., & Iannettoni, M. D. (2003), "The Solitary Pulmonary Nodule", *Chest*, 123(1), pp. 89-96.
12. The Japanese Society of CT Screening (2011), "Low-dose CT Lung Cancer Screening Guidelines for Pulmonary Nodules Management, Version 2, pp 1-9
13. Winer-Muram H. T. (2006),"The Solitary Pulmonary Nodule", *Radiology*, 239(1), pp. 34-49.
14. Woodring J. H., Fried, A. M. (1983), "Significance of wall thickness in solitary cavities of the lung: a follow-up study", *American journal of Roentgenology*, 140(3), pp. 473-474.