

7. Svetlana Razumova, Khaskhanova, Haydar Barakat Anzhela Brago et al (2018) "Evaluation of Anatomy and Root Canal Morphology of the Maxillary First Molar Using the Cone-Beam Computed Tomography among

Residents of the Moscow Region" Contemporary Clinical Dentistry, 9, 1, 133-136

8. Vertucci F. (1984). "Root anatomy of the human permanent teeth". Oral Surg, 58, 589-599.

MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA MÔ BỆNH HỌC VÀ ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH CỦA UNG THƯ PHỔI NGUYÊN PHÁT

Đặng Vĩnh Hiệp*, Đinh Dương Tùng Anh**, Nguyễn Thành Lễ***

TÓM TẮT.

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa hình ảnh chụp cắt lớp vi tính với mô bệnh học của ung thư phổi nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu mô tả cắt ngang ở 79 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư phổi nguyên phát điều trị tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, từ tháng 01/2018 đến tháng 1/2019, có giải phẫu bệnh chẩn đoán là Ung thư phổi. Đánh giá đặc điểm chung của BN, hình ảnh CLVT và đặc điểm mô bệnh học theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Rút ra mối tương quan giữa CLVT và mô bệnh học. **Kết quả:** Nam:nữ=51/28 (1.8:1). Tuổi trung bình là 62,12±9,87 (năm), lớn nhất 78, nhỏ nhất 29. Nhóm ung thư tế bào gai có kích thước > 5 cm chiếm 75%. Không có mối liên quan đường bờ khối u với loại UTP, $p > 0,05$. Grade càng cao thì tỉ lệ bờ đa cung, tua gai càng cao, với $p < 0,05$. Ung thư phổi không tế bào nhỏ tạo hang từ 18,6-25%, vôi hoá 8,6-25%. Tỉ lệ xâm lấn phổi ung thư tế bào tuyến (72,9%), xâm lấn phế quản ung thư tế bào gai (50%), $p < 0,05$. Tràn dịch màng phổi tăng dần theo giai đoạn ung thư, với $p < 0,05$. Nguy cơ bị tràn dịch màng phổi ở nhóm UTPKTBN gấp 1,19 lần so với nhóm UTPTBN, với $OR = 1,19$; $[CI-95\% = 1,02-11,40]$; $p < 0,05$. Nguy cơ xuất hiện có hạch ở phổi nhóm UTPTBN gấp 9,45 lần so với nhóm UTPKTBN, với $OR = 9,45$; $[CI-95\% = 1,99-89-45]$; $p < 0,05$. **Kết luận:** CLVT giúp đánh giá tính chất lành tính, ác tính của khối u phổi, phân chia vị trí u phổi thành các nhóm để phục vụ cho vấn đề sinh thiết làm giải phẫu bệnh, phân độ giai đoạn cho điều trị, một số trường hợp gợi ý type hoặc phân độ mô học mà chưa cần sinh thiết.

Từ khóa: Ung thư phổi, cắt lớp vi tính, mô bệnh học.

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN HISTOPATHOLOGICAL AND COMPUTER TOMOGRAPHY FEATURES FOR PRIMARY LUNG CANCER

Purpose: Determine the relationship of the CT scan pattern with histopathological types in primary

*Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch,

**Đại học Y Dược Hải Phòng,

***Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long.

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Vĩnh Hiệp

Email: namxoanle.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2019

Ngày phản biện khoa học: 19/1/2020

Ngày duyệt bài: 1/2/2020

lung cancer. **Material and method:** Retrospectively and prospectively descriptive study in 79 primary lung cancer patients have been diagnosed and treated in Phạm Ngọc Thạch hospital from 01/2018 to 01/2019 with histopathological evidence. Evaluation the general characteristic of the patients, CT scan images and histopathologic. Propose the correlation between CT scan patterns and histopathologic. **Result:** Male: female=51/28 (1.8:1). Average of age 62. 12±9.87 (years old), age range: 29-78 year olds. Squamous cell carcinoma with size > 5cm account for 75%. No relationship between the border patterns of tumors with histopathological type, $p < 0.05$. The higher histopathological grade, the higher rate of multilobulated, spiculated border, $p < 0.05$. In non small cell lung cancer, cavitation in 18.6-25%, calcification 8.6-25%. Lung adenocarcinoma invasive (72.9%), bronchial invasive in squamous cell carcinoma (50%), $p < 0.05$. Pleural effusion rate increasing correlate with disease stage $p < 0.05$. The rate of pleural effusion in NSCLC is 1.19 times than that of SCLC with $OR = 1,19$; $[CI-95\% = 1,02-11,40]$; $p < 0.05$. The lung's hilum lymph nodes in SCLC is 9.45 times than that of NSCLC $OR = 9,45$; $[CI-95\% = 1,99-89-45]$; $p < 0.05$. **Conclusion:** CT scan influencing evaluating benign and malignant of the lung tumors, dividing into groups for biopsy, grading tumor to guide therapy, sometimes oriented the histopathological type or grade without biopsy

Key word: Lung cancer, CT scan, histopathologic

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là nguyên nhân hàng đầu gây ung thư cho cả nam giới và phụ nữ ở Hoa Kỳ và cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư trên toàn thế giới [1]. Phân loại mô bệnh học UTP cập nhật của tổ chức y tế thế giới (WHO) năm 2014 đã đưa ra những phân loại dưới nhóm mới, giúp cho việc chẩn đoán mô bệnh học ở những giai đoạn rất sớm dù lượng tế bào rất hạn chế [2]. Phát hiện UTP ở những giai đoạn sớm là mục tiêu quan trọng của việc chẩn đoán và điều trị. Để làm được điều đó, vai trò của chẩn đoán hình ảnh (CĐHA) nói chung và cắt lớp vi tính (CLVT) nói riêng là rất quan trọng. Với sự phát triển ngày càng mạnh mẽ của các thế hệ máy về số lát cắt, đầu thu và các công nghệ xử lý để giảm liều tia nhưng vẫn đảm bảo về chất lượng thì CLVT thực sự đã trở thành phương tiện hữu

ích cho việc tầm soát UTP. CLVT giúp đánh giá tính chất lành tính, ác tính của khối u phổi, phân chia vị trí u phổi thành các nhóm để phục vụ cho vấn đề sinh thiết làm giải phẫu bệnh, phân độ giai đoạn cho điều trị. Cho đến hiện nay, việc sinh thiết để làm giải phẫu bệnh định danh loại tế bào vẫn là tiêu chuẩn vàng cho chẩn đoán, tuy nhiên, trong một số trường hợp bệnh nhân có các chống chỉ định thì việc sinh thiết không phải lúc nào cũng thực hiện được và có thể sinh thiết được u nhưng lại có nhiều biến chứng nặng nề cho người bệnh, lúc này các phương tiện CDHA như CLVT thực sự đem lại lợi ích cho việc định hướng loại tế bào. Vì vậy, việc đánh giá tương quan giữa mô bệnh học và đặc điểm CLVT là rất cần thiết, là một hướng đi mới để giảm thiểu xâm lấn cho bệnh nhân trong việc chẩn đoán, vì những lý do đó, chúng tôi thực hiện đề tài "Khảo sát mối liên quan giữa hình ảnh cắt lớp vi tính với mô bệnh học của ung thư phổi nguyên phát tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 79 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư phổi nguyên phát điều trị tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch, từ tháng 01/2018 đến tháng 1/2019, có giải phẫu bệnh chẩn đoán là Ung thư phổi.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân có tuổi từ 18 trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Có phim chụp CLVT lồng ngực đúng quy trình và được lưu hồ sơ đầy đủ tại BV Phạm Ngọc

Thạch, kết quả giải phẫu bệnh được chẩn đoán xác định là ung thư phổi.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ không đầy đủ và BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu, tiến cứu mô tả cắt ngang.

Quy trình nghiên cứu: Các BN đến khám lâm sàng và X quang ngực thường quy chẩn đoán u ở phổi nghi ngờ ác tính, được các bác sĩ lâm sàng chỉ định chụp CLVT ngực và được sinh thiết làm giải phẫu bệnh cho kết quả là ung thư phổi nguyên phát tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch.

Thu thập các biến về: đặc điểm chung của BN, hình ảnh CLVT và đặc điểm mô bệnh học.

Phân tích số liệu: Theo phần mềm SPSS 26.0 (2018). Kiểm định sự khác biệt giữa hai biến định lượng có phân phối chuẩn bằng phép kiểm T test, hai biến không có phân phối chuẩn bằng phép kiểm Mann Whitney.

Tìm mối liên quan giữa hình ảnh chụp cắt lớp vi tính với mô bệnh học của ung thư phổi bằng cách lập 2 x 2. Mọi sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi p<0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 79 bệnh nhân được xác định chẩn đoán ung thư phổi nguyên phát bằng mô bệnh học và được điều trị tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch Thành phố Hồ Chí Minh. Rút ra một số kết quả nghiên cứu như sau:

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Nam: nữ = 51/28 (1.8:1). Tuổi trung bình là 62,12±9,87 (năm), lớn nhất 78, nhỏ nhất 29.

2. Mối liên quan giữa hình ảnh CLVT với mô bệnh học

		TB Tuyến(%)	TB gai (%)	TB nho(%)	n	P
Kích thước	<3cm	22.9	0	20	17	0.74
	3-5cm	34.2	25	40	27	
	>5cm	42.9	75	40	35	
Đường bờ	Tròn nhẵn	17.1	25	40	15	0.094
	Đa cung	24.3	0	60	20	
	Tua gai	58.6	75	0	44	
Mật độ	Đồng nhất	57.1	50	75	46	0.571
	Không đồng nhất	42.9	50	25	33	
Xâm lấn	Nhu mô phổi	72.9	50	20	54	0.035
	Phế quản	25.7	50	20	21	0.026
	Màng phổi	10	0	0	7	0.61
	Màng tim	1.4	0	0	1	0.935
	Hủy xương	2.9	0	0	2	0.876
Hạch	Trung thất	78.3	4.3	17.4	23	0.546
	Rõn phổi	100	0	0	1	
	Trung thất + rõn phổi	100	0	0	1	
	Carina + rõn phổi	100	0	0	1	
TDMP	Có	17	0	5.6	18	0.524
	Không	53	6.6	6.6	61	

Nhận xét: Ở nhóm ung thư phổi không tế bào nhỏ loại ung thư tế bào gai có kích thước khối u ≥ 5 cm cao nhất với 75%; tiếp đến là ung thư phổi tế bào tuyến 42,9%; ung thư phổi tế bào nhỏ 40%. Không có mối liên quan kích thước khối u với loại UTP, $p > 0,05$.

Ở nhóm ung thư phổi không tế bào nhỏ loại ung thư tế bào gai có đường bờ tua gai, lởm chởm chiếm tỉ lệ cao nhất với 75%. Ung thư phổi tế bào nhỏ bờ đa cung chiếm tỉ lệ cao với 60%. Không có mối liên quan đường bờ khối u với loại UTP, $p > 0,05$.

Ở nhóm ung thư phổi tế bào nhỏ mật độ đồng nhất chiếm tỉ lệ cao với 75%. Tỷ lệ mật độ

đồng nhất và không đồng nhất có tỉ lệ tương đương nhau giữa nhóm UTP tế bào tuyến và TB gai. Không có mối liên giữa kết quả giải phẫu bệnh loại tế bào ung thư phổi với mật độ khối u, $p > 0,05$.

Có mối liên quan giữa mức độ xâm lấn nhu mô phổi, phế quản với loại tế bào tuyến ung thư theo kết quả mô bệnh học, với $p < 0,05$. Các loại xâm lấn khác không có mối liên quan ở đối tượng nghiên cứu, $p > 0,05$.

Không có mối liên quan hạch ở phổi và trung thất với mô bệnh học ở UTP nguyên phát, với $p > 0,05$. Không có mối liên quan giữa tràn dịch màng phổi với loại tế bào ung thư, với $p > 0,05$.

3. Mối liên quan giữa hình ảnh CLVT với phân độ mô bệnh học (Grade)

		GradeI(%)	GradeII(%)	GradeIII(%)	n	P
Kích thước	<3cm	27.6	0	19	16	0.392
	3-5cm	44.8	33.3	26.2	25	
	>5cm	27.6	66.7	54.8	33	
Đường bờ	Tròn nhẵn	61.5	0	38.5	13	0.046
	Đa cung	17.6	0	82.4	17	
	Tua gai	40.9	6.8	52.3	44	
Mật độ	Đồng nhất	65.5	66.7	50	42	0.405
	Không đồng nhất	34.5	33.3	50	32	
Xâm lấn	Nhu mô phổi	93.1	66.7	57.1	53	0.004
	Phế quản	6.9	33.3	40.5	20	0.007
	Màng phổi	6.9	0	11.9	7	0.661
	Màng tim	3.4	0	0	1	0.455
	Hủy xương	3.4	0	3.4	2	0.923
Hạch	Trung thất	26.3	5.3	68.4	19	0.791
	Rốn phổi	0	0	100	1	
	Trung thất + rốn phổi	0	0	100	1	
	Carina + rốn phổi	0	0	100	1	
TDMP	Có	11.8	5.9	82.4	17	0.031
	Không	47.4	3.5	49.1	57	

Nhận xét: Không có mối liên quan giữa kích thước khối u với giai đoạn mô bệnh học UTPKTBN ở đối tượng nghiên cứu, với $p > 0,05$.

Bờ tròn nhẵn chiếm tỉ lệ cao nhất UTPKTBN grade I với 61,5%. Có 3 trường hợp grade II thì cả 3 đều có bờ tua gai (6,8%). Bờ đa cung grade III chiếm tỉ lệ cao nhất với 82,4%. Có mối liên quan giữa grade và tính chất đường bờ, với $p < 0,05$. Không có liên quan giữa mật độ khối u grade mô bệnh học ở UTPKTBN, với $p < 0,05$.

Có mối liên quan xâm lấn nhu mô phổi và phế quản với grade UTPKTBN ở đối tượng nghiên cứu, với $p < 0,05$. Grade I xâm lấn nhu mô nhiều hơn, grade III xâm lấn phế quản nhiều hơn.

Không có mối liên quan giữa hạch ở phổi với grade mô bệnh học của UTPKTBN, với $p > 0,05$.

Tràn dịch màng phổi tăng dần theo grade mô bệnh học, với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung: Theo công bố của WHO về Nghiên cứu Ung thư Quốc tế (GLOBOCAN) năm 2018 thì trên thế giới cũng như tại Việt Nam, UTP đã vươn lên đứng hàng thứ hai, hay gấp ở nam giới. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết luận trên và của tác giả Cung Văn Công (2015)[1-3].

2. Mối liên quan giữa hình ảnh CLVT với mô bệnh học. Trong nghiên cứu này chúng tôi đối chiếu kết quả giải phẫu bệnh với một số đặc điểm hình ảnh của khối u trên chụp CLVT, từ đó tìm hiểu mối liên quan của đặc điểm hình ảnh UTP trên chụp CLVT với kết quả giải phẫu bệnh.

BN ung thư biểu mô vảy ngoại vi có độ tuổi cao hơn, độ mô học của khối u thấp hơn, ít có xâm lấn bạch mạch và di căn hạch hơn nhóm u trung tâm [4].

Các kết quả thu được trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ung thư biểu mô TB gai

thường gặp dạng tua gai (75%), trong khi đó UTP TB tuyến thường gặp dạng tròn nhẵn (61,5%) và UTP TB nhỏ thường gặp dạng đa cung (60%). Liên quan đường bờ khối u với giai đoạn mô bệnh học: Bờ tròn nhẵn chiếm tỉ lệ cao nhất UTPKTBN giai đoạn I với 61,5%. Bờ tua gai có 3 trường hợp giai đoạn II thì cả 3 đều có bờ tua gai (6,5%); giai đoạn I 40,9%; giai đoạn III 52,3%. Bờ đa cung giai đoạn III chiếm tỉ lệ cao nhất với 82,4%. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi thu được có mối liên quan giữa giai đoạn và tính chất đường bờ có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$. Theo đó bờ đa cung, tua gai tăng dần theo giai đoạn bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác biệt với báo cáo của tác giả Cung Văn Công (2015) và báo cáo của Lederlin và cs (2013), các tác giả đều có kết quả nghiên cứu là UTP TB tuyến thường gặp dạng tua gai, ít gặp dạng tròn nhẵn [3-5]. Có sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi với cỡ mẫu còn nhỏ, số lượng mẫu đại diện cho mỗi phân nhóm chưa đủ lớn.

Trước đây, để định nghĩa một tổn thương ở phổi, người ta thường chỉ sử dụng thuật ngữ " nốt" (cho tổn thương $\leq 3\text{cm}$) hoặc "khối" (cho tổn thương $> 3\text{cm}$). Ngày nay với việc máy chụp CLVT đã đầy được sử dụng phổ biến trong chẩn đoán các bệnh lý ở phổi, các tác giả còn đưa ra các thuật ngữ về mật độ tổn thương gồm: đặc hoàn toàn (solid), đặc không hoàn toàn (subsolid), trong đó các tổn thương đặc không hoàn toàn lại được chia làm hai dạng bán đặc (partly solid) và dạng kính mờ (ground glass). [6]. Tổn thương bán đặc hay gặp trong các ung thư giai đoạn sớm. Đường kính u phổi ác tính có ảnh hưởng lớn tới tiên lượng bệnh. Khối u có đường kính nhỏ thường có tiên lượng tốt hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi đại đa số BN đến viện với khối u trên 3 cm ở các nhóm tế bào tuyến, TB gai và TB nhỏ do phần lớn các BN đến viện đều đã ở giai đoạn muộn. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Cung Văn Công (2015). [3].

Liên quan mật độ khối u với giai đoạn mô bệnh học UTPKTBN: Không có mối liên quan giữa mật độ khối u với giai đoạn mô bệnh học ở UTPKTBN, với $p < 0,05$. Nhiều tác giả cho rằng do sự phát triển của khối u, sự tăng sinh mạch máu, hoại tử khối u gây ra ở giai đoạn muộn, trong khi giai đoạn sớm thì mật độ khối u thường đồng nhất, chưa có sự hoại tử khối u cũng như sự vôi hóa. [4-5]. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ u đồng nhất đều có tỉ lệ cao hơn so với u không đồng nhất ở tất cả các giai đoạn bệnh.

Liên quan hạch ở phổi và trung thất với mô bệnh học: Hạch trung thất UTP loại tế bào tuyến chiếm tỉ lệ 78,3%; tế bào gai 4,3%; tế bào nhỏ 17,4%. Hạch ở rốn phổi; hạch trung thất - rốn phổi và hạch carina - rốn phổi mỗi loại có 1 trường hợp (100%) đều xuất hiện hiện ở nhóm UTPKTBN tế bào gai. Không có mối liên quan hạch ở phổi và trung thất với mô bệnh học ở UTP nguyên phát, với $p > 0,05$. Nhóm UTP TB tuyến trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Cung Văn Công (2015), báo cáo của tác giả cho thấy nhóm TB tuyến có di căn hạch trung thất chiếm 79,4%, tuy nhiên nhóm TB gai thì nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả (4,3% với 65,7%), có sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về cỡ mẫu nghiên cứu. [3].

Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ xâm lấn nhu mô phổi và phế quản ở nhóm UTPKTBN có tỉ lệ cao hơn nhóm UTPTBN, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chẩn đoán có hay không có xâm lấn màng phổi và thành ngực với những khối u ở ngoại biên liên quan trực tiếp tới chỉ định phẫu thuật. Tuy nhiên phẫu thuật chỉ bị chống chỉ định với các khối u đã xâm lấn rộng vào thành ngực. Mặc dù vậy việc chẩn đoán xâm lấn thành ngực là không dễ trên CLVT. Hai dấu hiệu có thể giúp khẳng định xâm lấn là hình ảnh hủy xương thành ngực hoặc xâm lấn tạo khối. Các dấu hiệu khác có giá trị gồm xâm lấn xóa lớp mỡ ngoài màng phổi (độ nhạy 85%, độ đặc hiệu 85%), tỉ lệ đường kính u và diện tiếp xúc thành ngực $> 0,9$ (độ nhạy 85%, độ đặc hiệu 80%) [8].

Liên quan tràn dịch màng phổi với giai đoạn UTPKTBN: kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ tràn dịch màng phổi tăng dần theo giai đoạn ung thư phổi theo giải phẫu bệnh. Nếu như ở giai đoạn I là 11,8% thì tỉ lệ này ở giai đoạn III là 82,4%. Khác biệt về tỉ lệ tràn dịch màng phổi ở bệnh nhân UTPKTBN theo giai đoạn giải phẫu bệnh có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

Liên quan tràn dịch màng phổi với mô bệnh học: Trong số 18 trường hợp có tràn dịch UTP tế bào tuyến có tỉ lệ tràn dịch màng phổi là 94,4% (chiếm 24,3% so với nhóm UTP tế bào tuyến); tế bào gai không có trường hợp nào; tế bào nhỏ 5,6% (chiếm 20% so với nhóm UTP tế bào nhỏ). Không có mối liên quan giữa tràn dịch màng phổi với loại tế bào ung thư, với $p > 0,05$.

Đi sâu vào phân tích mối liên quan tràn dịch màng phổi với phân loại UTP chúng tôi thu được kết quả nguy cơ bị tràn dịch màng phổi ở nhóm UTPKTBN gấp 1,19 lần so với nhóm UTPTBN có ý nghĩa thống kê, với OR=1,19; khoảng tin cậy không chứa 1 [CI-95%=1,02-11,40]; $p < 0,05$.

Tiếp tục phân tích mối liên quan hạch ở phổi và trung thất với phân loại UTP bước đầu kết quả nghiên cứu cho thấy: ở nhóm UTP TBN số đối tượng nghiên cứu có hạch chiếm tỉ lệ 80%. Trong khi đó tỉ lệ này ở nhóm UTP K TBN chỉ có 29,7%. Nguy cơ xuất hiện có hạch ở phổi nhóm UTP TBN gấp 9,45 lần so với nhóm UTP K TBN có ý nghĩa thống kê, với OR=9,45; khoảng tin cậy không chứa 1 [CI-95%=1,99-89-45]; p<0,05. Điều này chứng tỏ mức độ và tính chất ác tính của UTP TBN. Tìm hiểu mối liên quan loại tế bào ung thư với giai đoạn ung thư trên chụp CLVT chúng tôi nhận thấy không có mối liên quan loại tế bào ung thư với giai đoạn ung thư trên chụp CLVT, p>0,05.

V. KẾT LUẬN

Ung thư phổi (UTP) là nguyên nhân hàng đầu gây ung thư cho cả nam giới và phụ nữ ở Hoa Kỳ và cũng là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư trên toàn thế giới. CLVT giúp đánh giá tính chất lành tính, ác tính của khối u phổi, phân chia vị trí u phổi thành các nhóm để phục vụ cho vấn đề sinh thiết làm giải phẫu bệnh, phân độ giai đoạn cho điều trị, một số trường hợp gợi ý type hoặc phân độ mô học mà chưa cần sinh thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Freddie Bray, Jacques Ferlay, Isabelle Soerjomataram, et al** (2018), "Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries", CA CANCER J CLIN 2018;0:1-31.
2. **Travis WD., Brambilla E., Nicholson AG., et al.** (2015), "The 2015 World Health Organization Classification of Lung Tumors", J Thorac Oncol, 10:1243-1260.
3. **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 sĩ Y học, Viện nghiên cứu khoa học Y Dược Lâm sàng 108.
4. **Funai, K., et al., (2003)**, "Clinicopathologic characteristics of peripheral squamous cell carcinoma of the lung", Am J Surg Pathol, 27(7), pp. 978-984.
5. **Lederlin, M., et al., (2013)**, "Correlation of radio- and histomorphological pattern of pulmonary adenocarcinoma", Eur Respir J, 41(4), pp. 943-951.
6. **Naidich, D.P., et al., (2013)**, "Recommendations for the management of subsolid pulmonary nodules detected at CT: a statement from the Fleischner Society", Radiology, 266(1), pp. 304-317.
7. **Wisnivesky, J.P., D. Yankelevitz, and C.I. Henschke, (2005)**, "Stage of lung cancer in relation to its size: part 2. Evidence", Chest, 127(4), pp. 1136-1139.
8. **Ratto, G.B., et al., (1991)**, "Chest wall involvement by lung cancer: computed tomographic detection and results of operation", Ann Thorac Surg, 51(2), pp. 182-188.

HIỆU QUẢ VÔ CẢM TRONG MỔ VÀ GIẢM ĐAU SAU MỔ CỦA GÂY TÊ CẠNH CỘT SỐNG NGỰC DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM TRONG PHẪU THUẬT LỒNG NGỰC MỘT BÊN Ở TRẺ EM

TÓM TẮT.

Mục tiêu: So sánh tác dụng vô cảm trong phẫu thuật và hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật của phương pháp gây tê cạnh cột sống ngực với gây tê ngoài màng cứng để phẫu thuật lồng ngực một bên ở trẻ em, đánh giá các tác dụng không mong muốn của 2 phương pháp vô cảm trên. **Đối tượng và phương pháp:** Từ tháng 1/2017 đến tháng 7/2019 tại bệnh viện nhi trung ương, có 60 bệnh nhân được phẫu thuật lồng ngực một bên được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm: nhóm 1 được gây tê cạnh cột sống ngực dưới hướng dẫn của siêu âm, nhóm 2 được gây tê ngoài màng cứng. Thuốc tê chirocain 0,125%. **Kết quả:** Sự

Thieu Tăng Thăng*, Công Quyết Thăng**

tăng nhịp tim, huyết áp trung bình không thay đổi trước và sau khi rạch da. Điểm đau FLACC sau phẫu thuật 1 giờ ($2,07 \pm 1,60$ so với $2,43 \pm 0,77$), sau phẫu thuật 4 giờ ($2,37 \pm 1,1$ so với $2,7 \pm 1,2$), sau phẫu thuật 12 giờ ($2,2 \pm 1,16$ so với $2,17 \pm 1,09$), sau phẫu thuật 24 giờ ($2,07 \pm 1,02$ so với $2,07 \pm 0,98$), sau phẫu thuật 48 giờ ($1,50 \pm 0,51$ so với $1,97 \pm 1,03$). Tỷ lệ tụt huyết áp trung bình sau phẫu thuật (1 bệnh nhân (3,3%) nhóm 1 so với 6 bệnh nhân (20%) nhóm 2). **Kết luận:** Gây tê cạnh cột sống ngực dưới hướng dẫn của siêu âm có tác dụng giảm đau tương đương gây tê ngoài màng cứng để phẫu thuật lồng ngực một bên ở trẻ em nhưng ít tác dụng không mong muốn hơn.

Từ khóa: Bệnh viện Nhi Trung ương, gây tê cạnh cột sống,, giảm đau, trẻ em.

SUMMARY

EFFICACY OF PARAVERTEBRAL UNDER ULTRASOUND GUIDED FOR UNILATERALLY THORACIC SURGERY IN CHILDREN

Aims: Comparing paravertebral block versus

*Bệnh viện Nhi Trung ương

** Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thieu Tăng Thăng

Email: thieuthang12@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/12/2019

Ngày phản biện khoa học: 8/1/2020

Ngày duyệt bài: 31/1/2020