

6. **El Maghraoui A, Ghazi M, Gassim S, et al.**, Bone mineral density of the spine and femur in a group of healthy Moroccan men. *Bone*. 2009. 44(5): p. 965-969.
7. **Lekamwasam S, Wijayarathne L, Rodrigo M, et al.**, Prevalence and determinants of osteoporosis among men aged 50 years or more in Sri Lanka: A community-based cross-sectional study. *Arch Osteoporos*. 2009. 4(1-2): p. 79-84.
8. **N.R. Jorgensen, P. Scharz**, Osteoporosis in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Curr. Opin. Med*. 2008. 14(2): p. 122-127.
9. **Shamiha M Abu-Bakr, Magd M. Gala Eldin, et al.**, Assessment of osteoporosis in patients with obstructive pulmonary disease. *Egyptian Journal of Chest Disease and Tuberculosis*. 2014. 63: p. 597-602.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, XQUANG BỆNH NHÂN ĐÃ PHỤC HÌNH MẮT RĂNG ĐƠN LẺ TRÊN IMPLANT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HẢI PHÒNG NĂM 2019 - 2020

Nguyễn Thị Phương Anh¹, Phạm Thanh Hải¹, Nguyễn Đăng Bình¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và X-quang của bệnh nhân đã phục hình mắt răng đơn lẻ trên implant (IM) tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2019 – 2020. Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh trên 123 implant đơn lẻ đã được cấy ghép và mang phục hình trên 1 năm, khám lâm sàng và chụp phim CT Conebeam sau đó đánh giá theo các tiêu chí. Kết quả cho thấy tỷ lệ trụ IM được cấy đúng theo 3 chiều là: chiều gần xa (61%), chiều đứng 82,9%, ngoài trong là 95,1%. Thiết kế implant có chuyển bộ có vai trò quan trọng trong ổn định mô xương, mô mềm quanh trụ IM. Hút thuốc lá, đái tháo đường làm tăng nguy cơ tiêu xương quanh implant. Viêm nha chu không làm nguy cơ tiêu

xương quanh implant. Khớp cắn không thẳng bằng ảnh hưởng đến sự tiêu xương quanh implant.

Từ khóa: đặc điểm lâm sàng, implant đơn lẻ, phục hình.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTIC AND RADIOGRAPHIC IMAGES OF PATIENTS WITH SINGLE PROSTHETICS ON THE IMPLANT AT HAIPHONG MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN 2019 – 2020

The aim of this study is to describe clinical characteristics and radiographic images of patients with single prosthetics on the implant at HaiPhong medical university in 2019 – 2020. The study described a cluster of cases on 123 single implants that had been implanted and had prosthetics for more than 1 year, clinical examination and CT Conebeam taken, then evaluated according to the criteria. The results

¹*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Hải

Email: pthai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.02.22

Ngày phản biện khoa học: 28.3.22

Ngày duyệt bài: 12.5.22

show that the percentage of IM fixture which is correctly implanted in 3 dimensions was: mesial-distal plane (61%), vertical plane 82.9%, lingual-buccal plane 95.1%. The design of implant with pedestal transfer plays an important role in stabilizing bone and soft tissue around the IM fixture. Smoking, diabetes increases the risk of bone loss around the fixture. Periodontitis does not increase the risk of bone loss around the fixture. An unbalanced occlusion affects bone resorption around the fixture.

Keywords: clinical characteristic, single implant, prosthetic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phục hình bằng cấy ghép Implant nha khoa là phương pháp điều trị mất răng tiên tiến nhất hiện nay. Tại vị trí mất răng, một trụ implant được đặt vào trong xương để thay thế cho chân răng tự nhiên. Răng giả sẽ được kết nối với trụ implant đó theo các cách kết nối khác nhau. Thời điểm mà trụ implant tải lực tùy theo tình trạng ổn định sơ khởi ban đầu của nó hoặc tình trạng xương tại chỗ cấy cũng như nhu cầu về thẩm mỹ của bệnh nhân...

Implant nha khoa đã khắc phục được những nhược điểm rất lớn của các phương pháp phục hình truyền thống như cầu răng hoặc hàm giả tháo lắp, dần trở thành xu thế cho điều trị mất răng nhất là khi điều kiện kinh tế của đất nước nói chung đã có sự tăng trưởng và hiểu biết của bệnh nhân đã được nâng cao. Tuy vậy, tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu mang tính hệ thống trên số lượng đủ lớn và theo dõi đủ lâu những phục hình trên implant nha khoa để có thể khẳng định tính ưu việt vượt trội cũng như các tác động không mong muốn của phương pháp mới này. Chính vì lý do đó, nhóm nghiên cứu tiến hành đề tài này với mục tiêu: “*Mô*

tả đặc điểm lâm sàng và X-quang của bệnh nhân đã phục hình mất răng đơn lẻ trên implant tại bệnh viện Đại học Y Hải Phòng năm 2019 – 2020”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

123 implant đơn lẻ mang phục hình cố định gắn xi măng của 82 bệnh nhân đã được cấy ghép tại khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các phục hình cố định loại gắn xi măng trên trụ implant ở những bệnh nhân mất răng đơn lẻ. Có phim XQ trước cấy ghép: Panorama hoặc CBCT. Có phim CBCT ở thời điểm nghiên cứu. Tình nguyện tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Những trụ Implant đã cấy nhưng chưa phục hình hoặc thời gian phục hình chưa đủ 1 năm. Những phục hình bắt vít trên IM. Bệnh nhân đang mang thai.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Khoa Răng Hàm Mặt, bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

- Thời gian: từ tháng 12/2019 đến tháng 10/2020.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả chùm ca bệnh.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: n = 123. Chọn mẫu thuận tiện các bệnh nhân đến khám đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn.

Phương pháp thu thập thông tin: (1) Lựa chọn bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu, (2) Phỏng vấn bệnh nhân theo mẫu, (3) Khám lâm sàng và thu thập thông tin vào phiếu khám, (3) Chụp phim CBCT, (4) Thu thập số liệu, (5) Đánh giá kết quả.

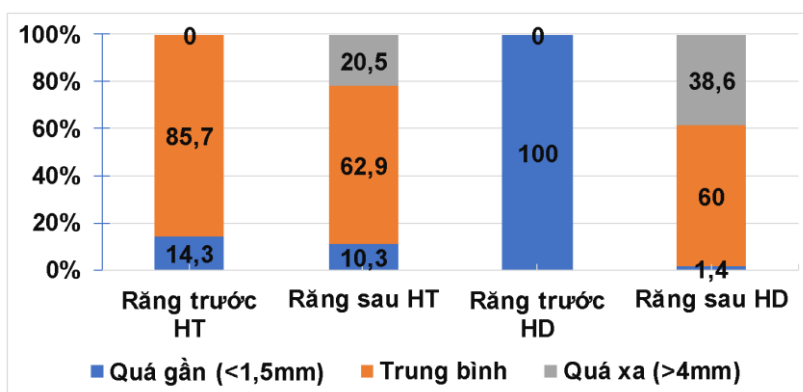
2.4. Biến số và chỉ số nghiên cứu

Tuổi, Giới, Vị trí răng cấy IM, Thiết kế IM, Đường kính IM, Thời gian mang phục hình, Tái khám định kỳ, Chiều cao lợi sừng hóa, cao răng – mảng bám, mô mềm, tình trạng mô xương quanh IM, viêm quanh IM, vị trí IM theo 3 chiều không gian, góc giữa PH/IM, tỉ lệ PH/IM.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Ban Giám hiệu Trường Đại học Y Dược Hải Phòng. Đối tượng nghiên cứu được cung cấp đầy đủ nội dung, mục đích nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Toàn bộ thông tin thu thập được quản lý bởi nghiên cứu viên, giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1 . Vị trí cấy implant so với răng kế bên trên phim CBCT theo từng nhóm răng

Tỷ lệ trụ IM được cấy cách răng kế bên một khoảng rộng trung bình đạt 61,0%. 100% răng trước HD có khoảng cách IM so với răng kế bên quá gần, cao hơn so với ở các nhóm răng khác. 20,5% và 38,6% số trụ IM ở nhóm răng sau HT và răng sau HD có khoảng cách với răng kế bên quá xa. Khoảng cách giữa các trụ IM với răng kế bên theo nhóm răng thay thế có sự khác biệt với $p < 0,01$.

Bảng 1 . Đặc điểm mô mềm và mô xương theo thiết kế implant

Thiết kế implant		Chuyển bệ	Không chuyển bệ	p
Tình trạng mô mềm	Bình thường	40 (51,3%)	9 (20,0%)	<0,001
	Viêm mô mềm	29 (37,2%)	17 (37,8%)	
	Thiếu mô	7 (9,0%)	17 (37,8%)	
	Viêm quanh IM	2 (2,6%)	2 (4,4%)	
Mức độ tiêu xương	Không tiêu	58 (74,4%)	4 (8,9%)	<0,001
	Tiêu ở mức chấp nhận được	13 (16,7%)	28 (62,2%)	
	Tiêu rõ ràng	7 (9%)	13 (28,9%)	

Tỉ lệ mô mềm cũng như mô xương quanh IM đạt mức bình thường ở nhóm IM có thiết kế chuyển bệ cao hơn nhóm không có thiết kế chuyển bệ với $p < 0,001$. Tỉ lệ tổn thương mô mềm cũng như mô xương ở tất cả các mức độ trong nhóm IM không chuyển bệ đều lớn hơn nhóm có chuyển bệ với $p < 0,001$.

Bảng 2. Ảnh hưởng của một số yếu tố nguy cơ đến tình trạng mô xương quanh implant.

Yếu tố nguy cơ \ Tiêu xương		Không tiêu	Chấp nhận được	Tiêu rõ ràng	Tổng	p
Hút thuốc	Không	60 (55,0%)	37 (33,9%)	12 (11,0%)	109 (88,6%)	<0,001
	Có	2 (14,3%)	4 (28,6%)	8 (57,1%)	14 (11,4%)	
Tiểu đường	Không	60 (59,4%)	34 (33,7%)	7 (6,9%)	101 (82,1%)	<0,001
	Có	2 (9,1%)	7 (31,8%)	13 (59,1%)	22 (17,9%)	
Tiền sử nha chu	Không	49 (49,5%)	36 (36,4%)	14 (14,1%)	99 (80,5%)	0,237
	Có	13 (54,2%)	5 (20,8%)	6 (25,0%)	24 (19,5%)	
Khớp cắn	Cân bằng	36 (61,0%)	20 (33,9%)	3 (5,1%)	59 (48,0%)	0,004
	Không cân bằng	26 (40,6%)	21 (32,8%)	17 (26,6%)	64 (52,0%)	

Tỷ lệ mức độ tiêu xương rõ ràng ở nhóm trụ IM trên người hút thuốc, tiểu đường, nha chu lần lượt là 57,1%; 59,1% và 25%; cao hơn so với trụ IM ở nhóm bệnh nhân không hút thuốc, không bị tiểu đường, không có tiền sử nha chu là 11,0%; 6,9% và 14,1%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ở nhóm hút thuốc và tiểu đường. Riêng nhóm bệnh nhân nha chu, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ tiêu xương ở các mức độ cũng khác nhau ở hai nhóm trụ IM ở bệnh nhân có khớp cắn thăng bằng và không thăng bằng. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Bàn luận về vị trí của các trụ IM trên CBCT: Kết quả tại hình 1 cho thấy cơ sự khác biệt về vị trí IM được cấy theo chiều gần xa ở các nhóm răng được thay thế. Nội bật lên là ở nhóm răng cửa hàm dưới, 100%

vị trí trụ IM có khoảng cách nhỏ hơn 1,5mm so với chân răng kế bên do kích thước gần xa ở vùng này rất hẹp. Nhóm nghiên cứu nhận thấy rằng vùng răng cửa hàm dưới là vùng an toàn nhất cho cây ghép IM.

Lỗi cấy trụ IM quá xa răng kế bên chỉ xảy ra ở vùng răng sau hai hàm. Trong đó hàm trên có 8 IM chiếm tỷ lệ 20,5% số trụ IM ở vùng này, còn hàm dưới có 22 IM chiếm tỷ lệ 33,8% số trụ IM ở vùng này. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Như vậy khi cấy IM vùng răng sau, đặc biệt ở hàm dưới, mà không có máng hướng dẫn, rất cần chú ý tránh lỗi cấy quá xa so với răng kế bên. (Trong nghiên cứu này, 100% trụ IM được cấy không có máng hướng dẫn).

Ảnh hưởng của thiết kế implant đến mô mềm và xương quanh implant.

Từ bảng 1, nghiên cứu này cho thấy rõ sự khác biệt về kết quả đánh giá các tiêu chí đánh giá mô mềm trên hai nhóm trụ IM có

thiết kế chuyển bệ và không chuyển bệ. Nhóm thứ nhất có tỷ lệ mô mềm bình thường chiếm tới 51,3% trong khi nhóm thứ hai, mô mềm đạt được mức bình thường thấp hơn rất nhiều, chỉ có (20,0%). Như vậy, thiết kế chuyển bệ có vai trò ổn định mô mềm quanh trụ IM.

Tỷ lệ không tiêu xương ở nhóm implant có thiết kế chuyển bệ đạt 74,4% cao hơn rất nhiều so với nhóm không chuyển bệ (8,9%). Tỷ lệ tiêu ở mức chấp nhận được của nhóm thiết kế chuyển bệ lại ít hơn đáng kể (16,7%) so với nhóm không chuyển bệ (62,2%). Tỷ lệ tiêu xương rõ ràng ở nhóm chuyển bệ cũng thấp hơn nhiều (9,0%) so với nhóm không chuyển bệ (28,9%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Khi tham khảo một số nghiên cứu mới đây như của tác giả Yung- Ting Hsu, Gui-Hao Lin và cộng sự (2017) [7] kết quả là nhóm chuyển bệ có mức tiêu xương trong năm đầu chịu lực là 0.3 ± 0.15 thấp hơn nhóm còn lại là 0.23mm, có ý nghĩa thống kê và tác giả kết luận: Thiết kế chuyển bệ của implant góp phần làm giảm tiêu xương ở những implant có mô mềm dày trước khi cấy.

Như vậy, cho dù chưa có sự đồng thuận hoàn toàn giữa các nghiên cứu nhưng rõ ràng có nhiều bằng chứng hơn nghiêng về tác dụng giảm tiêu xương quanh trụ implant ở thiết kế chuyển bệ mà kết quả từ nghiên cứu này cũng góp phần minh chứng giả thuyết đó.

Ảnh hưởng của một số yếu tố nguy cơ đến tình trạng mô xương quanh implant.

- Bảng 2 cho thấy hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ làm tăng sự tiêu xương quanh trụ IM sau khi phục hình bởi sự khác nhau rõ rệt về các mức độ tiêu xương của nhóm bị bệnh so với nhóm còn lại. Nhận xét này cũng đạt được sự đồng thuận rất cao từ tất cả các

nghiên cứu chúng tôi tham khảo được. Mới nhất là một bài báo công bố online 2020 của tác giả Jazib Nazeer, Rohit Singh và cộng sự [5] kết quả là tiêu xương ở nhóm không hút thuốc sau 9 tháng tải lực tùy theo vùng cấy ghép từ 1,5 đến 2,2 mm xương. Trong khi ở nhóm người hút thuốc con số tiêu xương dao động từ 3,0 đến 3,9 mm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Họ kết luận: hút thuốc làm giảm tỉ lệ thành công của implant và tăng mức độ tiêu xương quanh implant.

Một bài báo của tác giả Hui Chen, Nizhou Liu và cộng sự [3] đăng 2013 cho thấy nguy cơ thất bại implant do hút thuốc lá tăng gấp 1,92 lần so với người không hút thuốc.

Năm 2019, tác giả Amritpal S, Kullar trường đại học Kentucky mỹ [1] đã đăng trong tạp chí Dent Clin N Am số 63 tổng hợp từ 4 nghiên cứu khác trên 104350 implant trong thời gian từ 8 tháng đến 20 năm cho thấy nguy cơ hút thuốc lá làm tăng nguy cơ thất bại cấy ghép implant lên 2,9 lần so với nhóm không hút thuốc.

Tuy có sự đồng thuận cao của giới khoa học về mối liên quan giữa hút thuốc và tỉ lệ thành công của implant nhưng hút thuốc lại không được coi là chống chỉ định cho phương pháp điều trị mất răng này. Tuy nhiên cần phải thông báo về nguy cơ thất bại cho bệnh nhân hút thuốc khi lựa chọn phục hồi răng mất bằng cấy ghép implant nha khoa.

- Nghiên cứu của chúng tôi ủng hộ cho giả thuyết bệnh tiểu đường có nguy cơ gây mất xương quanh implant. Tuy vậy, chúng tôi chỉ ghi nhận có hay không có tiểu đường theo lời khai của bệnh nhân trong phiếu phỏng vấn mà không làm xét nghiệm nên cũng không thể biết họ thuộc loại tiểu đường có kiểm soát hay không. Hiện nay những nghiên cứu

sâu hơn về ảnh hưởng của bệnh tiểu đường trên tỉ lệ thất bại của implant đã tổng hợp từ 8 nghiên cứu, trên 16137 implant trong từ 4 tháng đến 17 năm thì thấy rằng bệnh tiểu đường có nguy cơ làm gia tăng tỉ lệ thất bại implant so với nhóm không bị tiểu đường là 0,62 lần nhưng lại không có ý nghĩa thống kê. Cho nên không có chống chỉ định cấy ghép implant trên bệnh nhân tiểu đường, tuy nhiên cần giải thích cho bệnh nhân rõ về nguy cơ và bệnh nhân cần hiểu sự kiểm soát đường huyết là quan trọng [4]

- Nhóm có tiền sử nha chu, số trụ bị tiêu rỗng ở bệnh nhân có tiền sử nha chu là 6/24 trụ (25%), còn số tiêu rỗng mà không hề có tiền sử nha chu là 14/99 trụ (14,1%). Sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê. Điều này khác với kết luận của nhiều nghiên cứu như của Sirikarn P Arunyanak, Navawan Sophon và cộng sự [6] đăng trên tờ Clin Oral Implants Res 2019 bài “Ảnh hưởng của tiền sử viêm nha chu đến tình trạng viêm quanh implant” đã kết luận: Những bệnh nhân có tiền sử viêm nha chu mạn tính, đặc biệt là những người bị nha chu nặng có nguy cơ bị viêm quanh implant tăng gấp 2,5 lần. Tuy nhiên nghiên cứu của nhóm tác giả Ferreira Sergio Diniz, Martins Carolina Castro và cộng sự từ Brazil đăng trong tạp chí nha khoa số 79 năm 2018 [2] về nguy cơ bệnh nha chu với tỉ lệ thất bại implant (Nghiên cứu tổng hợp từ rất nhiều nghiên cứu khác với n rất lớn, trên những hệ thống implant tên tuổi rõ ràng như Nobel, Zimmer, Branemark system, Straumann) nhưng đều nhận thấy chưa có ý nghĩa thống kê nếu chỉ đơn thuần bị nha chu mà không kèm nguy cơ khác đặc biệt là hút thuốc lá thì chỉ nhận thấy có nguy cơ nhưng không có ý nghĩa thống kê.

- Số trụ ở nhóm bệnh nhân có khớp cắn thẳng bằng bị tiêu rỗng chỉ có 3/59 trụ (5,1%) còn nhóm không có khớp cắn thẳng bằng là 17/64 (26,6%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$. Về khía cạnh khớp cắn, hiện tại chúng tôi không tìm được nghiên cứu nào tương tự để so sánh. Nhưng với kết quả này, chúng tôi thấy cần phải hết sức cẩn thận trong việc kiểm soát khớp cắn trên phục hình IM ở những bệnh nhân có đường cong Spee và Wilson không được hài hòa, quá nhiều phục hình răng giả vùng răng sau, mất răng lâu ngày không phục hình, những bệnh nhân có tiêu cổ răng hoặc gãy vỡ răng trầm trọng.

V. KẾT LUẬN

Thiết kế implant có chuyển bộ có vai trò quan trọng trong ổn định mô xương, mô mềm quanh trụ IM. Hút thuốc lá, chải tháo đường, khớp cắn không thẳng bằng làm tăng nguy cơ tiêu xương quanh implant trong khi viêm nha chu thì không có nguy cơ này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Amritpal S.**, Are There Contraindication for Placing Dental Implant?. Dent Clin N Am, 2019. 63: p.345-362.
2. **Ferreira S.D., et al.**, Periodontitis as a risk factor for peri- implantitis: Systematic review and meta- analysis of observational studie., Journal of Dentistry, 2018. 79:p. 1-10.
3. **Chen, H., et al.**, Smoking, radiotherapy, diabetes and ostoporosis as risk factors for dental implant failure: a meta- analysis. PloS One, 2013. 8(8): e71955. Doi: 10.1371/journal. Pone.0071955
4. **Chambrone L.**, Current status of dental implants survival and peri- implant bone loss in patients with uncontrolled type- 2 diabetes

- mellitus. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes, 2019. 26(4): p.219-222
5. **Nazeer J., et al.**, Evaluation of marginal bone loss around dental implants in cigarette smokers and nonsmokers. A comparative study. J Family Med Prim Care, 2020 ;9(2):p.729-734.
6. **Sirikarn P.A., et al.**, The effect of factors related to periodontal status toward peri-implantitis, Clin Oral Implants Res, 2019. 30(8):p. 791-799
7. **Hsu Y.T., et al.**, Effects of Platform-Switching on Peri- implant Soft and Hard Tissue Outcomes: A Systematic Review and Meta- analysis. Int J Oral Maxillofa Implants, 2019. 32 (1): p.9-24

NGHIÊN CỨU VAI TRÒ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ NGỰC TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG, 2019 – 2020

Hoàng Đức Hạ^{1,2}, Nguyễn Duy Hoàng², Phạm Văn Linh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư phổi (UTP) là loại u ác tính phổ biến và tiên lượng xấu, cần được chẩn đoán sớm và chính xác. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính (CLVT), cộng hưởng từ (CHT) ngực trong chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ tại bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hải Phòng và nhận xét giá trị của chụp cộng hưởng từ ngực so với chụp cắt lớp vi tính ngực ở các đối tượng nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 43 bệnh nhân được chẩn đoán tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng, theo các tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2020. Mẫu nghiên cứu được lấy theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Phương tiện nghiên

cứu gồm máy chụp CHT Avanto Siemens (Germany) 1.5 Tesla với quy trình đã được thống nhất và được tập huấn kỹ. Số liệu thu thập trong nghiên cứu được xử lý sử dụng các thuật toán thống kê y học. **Kết quả và Kết luận:** Trên nhóm Nghiên cứu gồm 43 BN UTPKTBN, tỷ số nam giới/nữ giới là 2.1/1, tuổi trung bình của nhóm là $64,4 \pm 12,6$. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất ho khan (39,5%), ho khạc đờm trắng hoặc trong (27,9%), đau ngực (23,3%), gầy sút cân (23,3%). Triệu chứng thực thể thường gặp nhất gồm ran ẩm ran nổ ở phổi (23,3%), hội chứng 3 giảm (16,3%), ngón tay dùi trống (7%). CHT ngực đánh giá u trong vùng phổi xẹp, đánh giá u xâm lấn màng ngoài tim và phát hiện u di căn gan tốt hơn CLVT ngực. CHT và CLVT có sự tương đồng trong đánh giá kích thước khối u, sự di căn hạch và giai đoạn T, N, M của khối U. CHT có thể thay thế CLVT trong đánh giá khối UTPKTBN.

Từ khoá: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, chụp cộng hưởng từ phổi.

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đức Hạ

Email: hdha@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.01.22

Ngày phản biện khoa học: 25.3.22

Ngày duyệt bài: 24.5.22