

VAI TRÒ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ PHỔI VỚI NỐT MỜ ĐƠN ĐỘC

Trình Văn Kỳ

Trường Đại học Y Khoa Vinh

Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm hình ảnh nốt mờ đơn độc trên cắt lớp vi tính (CLVT) và xác định giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán ung thư phổi với nốt mờ đơn độc. Nghiên cứu được thực hiện trên 79 bệnh nhân có nốt mờ đơn độc phổi được chẩn đoán trên cắt lớp vi tính và mô bệnh học tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ 09/2023 đến hết 11/2024. Kết quả nghiên cứu cho thấy 79 bệnh nhân với 79 nốt mờ phổi, kết quả có 45 nốt ác tính (chiếm 57%), 34 nốt lành tính (chiếm 43%). Trên CLVT nốt mờ có vị trí hay gặp nhất ở thùy trên hai bên với 49 nốt (chiếm 62%), kích thước trung bình là $20.8 \pm 6.6\text{mm}$. Các nốt mờ đa số là nốt đặc và đường bờ không đều, đa cung. Các dấu hiệu hình ảnh trên cắt lớp vi tính có giá trị chẩn đoán ung thư phổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ gồm: kích thước $\geq 15\text{mm}$; kích thước $\geq 25\text{mm}$; đường bờ đa cung, không đều; co kéo rãnh liên thùy với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là: Se 88,9% và 41,2%; Se 51,1% và Sp 88,2%; Se 97,8% và 44,1%; Se 64,4 %, và 3,4%. Cắt lớp vi tính là phương pháp chẩn đoán hình ảnh có giá trị cao trong chẩn đoán và sàng lọc nốt mờ phổi đơn độc.

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

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, trên thế giới cũng như tại Việt Nam, ung thư phổi là bệnh lý ung thư có tỷ lệ mắc mới và tử vong cao ở cả nam và nữ. Theo Globocan, năm 2022, trên thế giới có khoảng 2,48 triệu trường hợp mắc mới ung thư phổi, chiếm 12,4% tổng số ca ung thư mới phát hiện; ở nước ta, số ca mắc mới là 24.563 ca, chiếm 13,6 % số ca ung thư mới phát hiện trong năm đó. Biểu hiện sớm của ung thư phổi nguyên phát là xuất hiện các nốt mờ đơn độc tại nhu mô phổi, quan sát thấy được trên phim chụp cắt lớp vi tính (CLVT) hoặc Xquang thường quy; tỷ lệ nốt ác tính dao động từ 5-69% tùy theo cỡ mẫu và phương tiện nghiên cứu. Sàng lọc và chẩn đoán sớm có ý nghĩa quan trọng trong điều trị ung thư phổi, tiên lượng bệnh tùy theo kích thước tổn thương khi phát hiện với tỷ lệ sống sau 5 năm chỉ 15-18% - tỷ lệ này có thể tăng lên 70-80% khi tổn thương được phát hiện và phẫu thuật sớm [1].

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu cho thấy vai trò quan trọng của CLVT trong chẩn đoán và sàng lọc ung thư phổi với nốt mờ đơn độc. Hiện tại các nước như Mỹ, Nhật Bản và một số nước

châu Á cũng đã áp dụng CLVT trong sàng lọc bệnh lý ung thư phổi ở những bệnh nhân nguy cơ cao trong cộng đồng [2]. Tại Việt Nam, một số tác giả như Đặng Đình Phúc và Ngô Quốc Bộ (2022); Hoàng Ngọc Hà (2022) đã thực hiện nghiên cứu giá trị của CLVT trong chẩn đoán các nốt phổi và đưa ra kết luận: CLVT có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán ung thư phổi [3], [4]. Ở các bệnh viện trên toàn quốc nói chung và bệnh viện Ung bướu Nghệ An nói riêng, các bệnh nhân ung thư phổi đến bệnh viện khi khối u có kích thước lớn và bệnh ở giai đoạn muộn, gây khó khăn cho điều trị, tiên lượng và thời gian sống thêm ngắn. Vì vậy, việc phát hiện và xác định bản chất tổn thương phổi khi chỉ là nốt mờ đơn độc cung cấp nhiều thông tin cho bác sĩ lâm sàng, gia tăng cơ hội thuận lợi trong chẩn đoán cũng như điều trị sớm và kịp thời nhất cho người bệnh. Từ những căn cứ trên, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu “Vai trò của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán ung thư phổi với nốt mờ đơn độc” với mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh nốt mờ đơn độc trên cắt lớp vi tính và xác định giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán ung thư phổi với nốt mờ đơn độc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tác giả chính: Trình Văn Kỳ
Email: trinhky@vnu.edu.vn

Tất cả bệnh nhân trên 18 tuổi đến khám tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An trong khoảng thời gian từ tháng 9/2023 đến tháng 11/ 2024 vì lý do bất kỳ, được chụp CLVT ngực và có kết quả xét nghiệm mô bệnh học phát hiện nốt phổi kích thước $\leq 30\text{mm}$.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các nốt phổi đơn độc trong nhu mô phổi $\leq 30\text{mm}$ ở bệnh nhân trên 18 tuổi. Bệnh nhân đã được chụp CLVT ngực và có kết quả xét nghiệm mô bệnh học. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các nốt đã được can thiệp chẩn đoán hoặc điều trị. Tổn thương viêm

phổi cùng bên với nốt phổi gây nhiều phân tích hình ảnh. Nốt vôi hóa toàn thể trên CLVT.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Với mục tiêu nghiên cứu xác định giá trị của kỹ thuật chụp CLVT ngực, thông số cần tìm là độ nhạy (Sensitivity) và độ đặc hiệu (Specificity). Chúng tôi sử dụng công thức ước tính cỡ mẫu trong nghiên cứu về chẩn đoán. Công thức ước tính cỡ mẫu (nsp) để nghiên cứu độ đặc hiệu (psp):

$$\text{nsp} = \frac{\text{FP} + \text{TN}}{1 - \text{Pdis}} \quad \text{Trong đó:} \quad \text{TP} + \text{FN} = \frac{Z^2 \alpha \times \text{psp} \times (1 - \text{psp})}{w^2}$$

Trong đó:

TP : True Positive (Dương tính thật)	Pdis	Tỷ lệ lưu hành của bệnh
FP : False Positive (Dương tính giả)	Psp và nsp	Độ đặc hiệu và mẫu để nghiên cứu độ đặc hiệu
TN : True Negative (Âm tính thật)	Z2α	Hàng số phân phối chuẩn
FN : False Negative (Âm tính giả)	W	Chênh lệch cho phép giữa nghiên cứu và thực tế

Mong muốn độ nhạy tối thiểu 80%, độ đặc hiệu tối thiểu 95%, chênh lệch W cho phép là 5%, với khoảng tin cậy 95% ($\alpha=0,05$). Tỷ lệ lưu hành trong quần thể (Pdis) của nốt phổi ác tính là khoảng 5% đối với mẫu không chọn lọc [5]. Vậy, ước tính cỡ mẫu để nghiên cứu độ đặc hiệu nsp:

$$\text{TP} + \text{FN} = \frac{(1,96)^2 \times 0,95 \times (1 - 0,95)}{0,05^2} = 73 \quad \text{Nên} \quad \text{nsp} = \frac{73}{1 - 0,05} = 77$$

Cần $n \geq 77$ để có thể nghiên cứu độ đặc hiệu của một kỹ thuật nên cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là 77 bệnh nhân. Quá trình nghiên cứu thực tế thu thập thông tin trên 79 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Thuận tiện.

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung: Tuổi, giới, phân loại mô bệnh học. Đặc điểm hình ảnh ung thư phổi nguyên phát trên cắt lớp vi tính: Vị trí, kích thước, đậm độ, đường bờ, dấu hiệu co kéo màng phổi, rãnh liên thùy; mức độ ngấm thuốc cản quang, hạch phì đại. Giá trị của CLVT trong chẩn đoán ung thư phổi với nốt mờ đơn độc.

Phương pháp xử lý số liệu: Kiểm định giả thuyết giữa hai biến định tính bằng kiểm định

Chi bình phương hoặc kiểm định Fisher Exact, khi vi phạm các giả định của kiểm định Chi bình phương với giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Sử dụng đường cong ROC đánh giá về kích thước trong chẩn đoán nốt phổi. Xác định điểm cắt, độ nhạy (Se), độ đặc hiệu (Sp) tại điểm cắt, diện tích dưới đường cong (AUC) và 95% khoảng tin cậy của AUC.

Xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

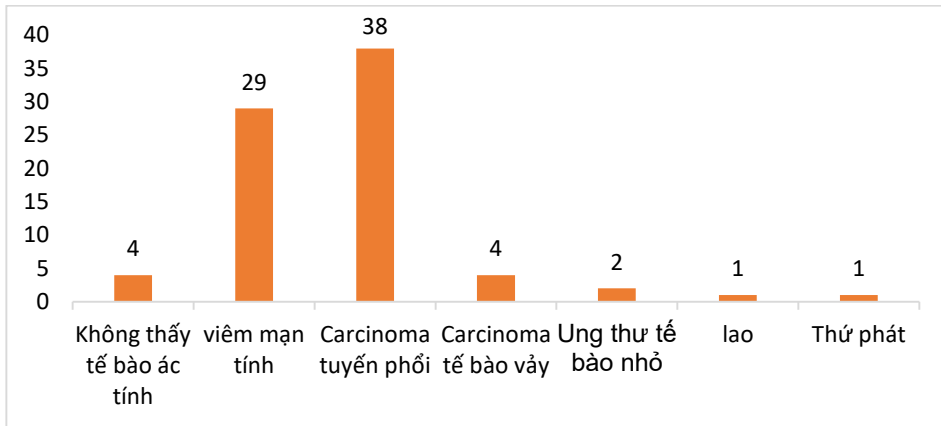
3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học trường đại học Y khoa Vinh và bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 79 đối tượng với 79 nốt mờ đơn độc với độ tuổi trung bình là $61,9 \pm 11$, nhóm > 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (59,5%). Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới, lần lượt là 65% và 35% với tỷ lệ nam: nữ là 1,82:1.



Biểu đồ 1: Kết quả mô bệnh học (n=79)

2. Đặc điểm hình ảnh nốt mờ phổi trên cắt lớp vi tính

Bảng 1. Kích thước, đậm độ và đường bờ nốt mờ phổi

Đặc điểm hình ảnh		n	%
Kích thước nốt	≥ 15 mm	60	75,9
	< 15 mm	19	24,1
	TB $\pm$ ĐLC (Nhỏ nhất - Lớn nhất)	20,8 $\pm$ 6,6 (6,5 - 30)	
Đậm độ	Bán đặc	5	6,3
	Nốt đặc	74	93,7
Đường bờ	Trơn láng/đều	16	20,2
	Không đều/tua gai	6	7,6
	Không đều/đa cung	57	72,2
Co kéo rãnh liên thùy, màng phổi	Không co kéo	41	51,9
	Có co kéo	38	48,1

Tỷ lệ nốt mờ phổi có KT ≥ 15 mm gặp nhiều nhất với 75,9%. Các nốt mờ phổi chủ yếu là nốt đặc với 74 nốt, chiếm 93,7%. Các nốt mờ phổi có đường bờ không đều chiếm phần lớn với tỷ lệ 72,7 %.

Bảng 2. Phân bố vị trí nốt mờ

Phân bố	Phân thùy	n	%
Phổi phải (n=46)	Thùy trên phải	32	40,5
	Thùy giữa phải	4	5,1
	Thùy dưới phải	10	12,7
Phổi trái (n=33)	Thùy trên trái	17	21,5
	Thùy dưới trái	16	20,3
Tổng		79	100

Các nốt mờ phổi phân bố chủ yếu ở thùy trên hai bên với 49/79 nốt, nhiều nhất ở thùy trên phải với 32 nốt, chiếm 40,5%.

Bảng 3. Đặc điểm ngấm thuốc sau tiêm và hạch vùng

Tiêm thuốc cản quang	Đặc điểm	n	%
Không tiêm thuốc		11	13,9
Có tiêm (n=68)	Không ngấm	30	38
	Có ngấm thuốc	38	48,1
Tổng		79	100
Phì đại hạch (n=79)	Không có	60	75,9
	Có hạch vùng	19	24,1
	Tổng	79	100

Có 68 bệnh nhân được tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch, trong đó, 48,1% nốt có ngấm thuốc > 15 HU, 38% nốt không ngấm. Phì đại hạch: Có 24,1% bệnh nhân có phì đại hạch vùng; 60 bệnh nhân hoàn toàn không có hạch (75,9%).

3. Giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán ung thư phổi với nốt mờ đơn độc

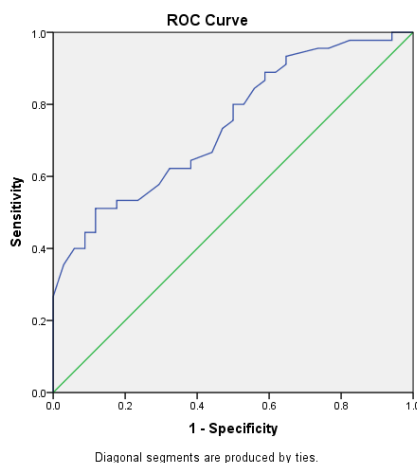
Giá trị chẩn đoán của đặc điểm hình ảnh

Đậm độ nốt phổi: Phần lớn tổn thương là nốt đặc, độ đậm của nốt phổi có độ nhạy 6,3% và độ đặc hiệu 93,7% trong chẩn đoán nốt ác tính ($p > 0,05$).

Kích thước nốt phổi: Khi lấy ngưỡng cắt kích thước nốt $\geq 15\text{mm}$ theo phân nhóm Lung-RADS

4B dành cho nốt đặc có độ nhạy 88,9% và độ đặc hiệu 41,2% trong chẩn đoán nốt ác tính.

Ngoài ra, khi sử dụng đường cong ROC phân tích về giá trị kích thước trong chẩn đoán nốt phổi ác tính, cho thấy ngưỡng kích thước giúp chẩn đoán tổn thương ác tính là $\geq 25\text{ mm}$, độ nhạy Se 51,1% và độ đặc hiệu Sp 88,2% ($p = 0,000$).



Biểu đồ 2. Đường cong ROC đánh giá về kích thước trong chẩn đoán nốt phổi (n=79)

Vị trí nốt: độ nhạy, độ đặc hiệu theo vị trí phân bố trong chẩn đoán nốt ác tính lần lượt là thùy trên (Se 66,7%, Sp 44,1%); thùy giữa (Se 4,4%, Sp 94,1%); thùy dưới (28,9%, 61,8%), $p > 0,05$.

Đường bờ nốt: Trong 79 nốt phổi theo nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu gặp nốt có bờ không đều, đặc điểm hình ảnh về đường bờ nốt phổi

dạng tua gai và đa cung trong chẩn đoán bản chất nốt phổi ác tính có độ nhạy Se 97,8% và độ đặc hiệu Sp 44,1% ($p < 0,05$);

Dấu hiệu co kéo rãnh liên thùy, tính chất ngấm thuốc: Trong nghiên cứu, nốt phổi có tính chất co kéo rãnh liên thùy thì tỉ lệ ác tính là 76,3%, lành tính 23,7%, dấu hiệu này có độ nhạy Se

64,4 % và độ đặc hiệu Sp 87,8% ($p < 0,05$) trong chẩn đoán tính chất ác tính của nốt.

Nốt phổi có ngấm thuốc sau tiêm: Nốt có ngấm thuốc (tăng $> 15\text{HU}$) chiếm 63,2% ác tính và 38,8% lành tính với Se 63,2% và Sp 53,3%

($p > 0,05$). Hình ảnh các hạch phì đại: trong số 19 bệnh nhân có hạch phì đại đi kèm các nốt phổi thì tỷ lệ nốt ác tính là 63,2%, nốt lành tính 36,8%, giá trị chẩn đoán nốt ác tính có độ nhạy 26,7% và độ đặc hiệu 79,4% ($p > 0,05$).

Giá trị phối hợp của các đặc điểm hình ảnh trên cắt lớp vi tính ngực trong chẩn đoán nốt phổi

Bảng 4. Giá trị kết hợp kích thước nốt với 1 đặc điểm hình ảnh nghi ngờ trong chẩn đoán ung thư phổi với nốt mờ phổi ($n=79$)

Phân nhóm lành/ác tính		Ác tính		Lành tính		Se (%)	Sp (%)	p
		n	%	n	%			
Nốt $\geq 15\text{mm}$ và đa cung, tua gai	Có	39	76,5	12	23,5	86,7	64,7	0,000
	Không	6	21,4	22	78,6			
Nốt $\geq 15\text{mm}$ và bờ tua gai	Có	5	83,3	1	16,7	11,1	97,1	0,179
	Không	40	54,8	33	45,2			

Nhóm tiêu chí kết hợp có ý nghĩa thống kê là nốt $\geq 15\text{mm}$ và bờ đa cung, tua gai (Se 86,7%, Sp 64,7%, $p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Trong nghiên cứu có 79 bệnh nhân thỏa mãn điều kiện nghiên cứu, độ tuổi trung bình là $61,9 \pm 11$, tập trung nhiều nhất ở nhóm > 60 tuổi với tỷ lệ 59,5%. Về phân bố bệnh nhân theo giới, nam chiếm tỷ lệ cao hơn với 65 % và tỷ lệ nam/nữ trong mẫu nghiên cứu là 1,82/1, $p > 0,05$.

Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu khá tương đồng với kết quả của các tác giả khác trong và ngoài nước về nghiên cứu nốt phổi. Theo Callister (2015), tổng hợp nghiên cứu của các tác giả ở Canada và Mỹ, cho thấy kết quả tuổi trung bình của các bệnh nhân có nốt phổi là 62-66 [6], Hoàng Thị Ngọc Hà (2022) nghiên cứu trên 83 bệnh nhân ghi nhận nhóm tuổi từ > 60 thường gặp nhất, với tỷ lệ 60,2%; tuổi trung bình là $62,01 \pm 12,96$ [4].

Tóm lại, tuổi của bệnh nhân có liên quan mật thiết đến nguy cơ ác tính của các nốt phổi, nguy cơ ác tính càng tăng khi tuổi bệnh nhân càng lớn, đặc biệt ở nhóm trên 60 tuổi.

Về phân loại mô bệnh học, các nốt phổi chủ yếu thuộc type Carcinom tuyến (48,1%), kết quả tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Thị Ngọc Hà (2022) có kết quả ghi nhận ung thư biểu mô tuyến chiếm 41%, tiếp đến là 16,9% tổn thương viêm [4].

2. Đặc điểm hình ảnh nốt mờ phổi trên CLVT

Trong mẫu nghiên cứu có 93,7% nốt đặc và 6,3% nốt hỗn hợp, không có nốt kính mờ. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng với nghiên cứu của Hoàng Thị Ngọc Hà (2022) cũng cho thấy các nốt phổi chủ yếu là nốt đặc (chiếm 94%), các nốt bán đặc chiếm 6% và không có nốt kính mờ [4].

Kích thước trung bình của nốt phổi là $20,8 \pm 6$, số nốt có kích thước $< 15\text{mm}$ chiếm 24,1%; nốt $\geq 15\text{mm}$ chiếm 75,9%. Nốt nguy cơ mắc ung thư phổi cao có kích thước $\geq 23\text{mm}$; nên các nốt phổi trong mẫu nghiên cứu, nếu xét về chẩn đoán ung thư phổi thì còn khá sớm (giai đoạn T1) nhưng nếu xét về chẩn đoán nốt phổi thì được phát hiện và chẩn đoán khá muộn. Nhiều tác giả cũng sử dụng đặc điểm về kích thước nốt phổi như là một

tiêu chí độc lập để đánh giá tính chất lành tính, ác tính của tổn thương.

Về đặc điểm phân bố, phổi phải ưu thế với 58,3% trường hợp, phân bố theo các thùy có ưu thế ở thùy trên phải (40,5%), thùy trên cả hai bên là 62%. Kết quả của chúng tôi tương tự với đa số các tác giả, như: Hoàng Thị Ngọc Hà (2022) có các nốt phân bố phổi phải ưu thế với 64,4% trường hợp và phổi trái là 35,6%; MacMahon H. (2017) cho rằng vị trí thùy trên tăng khả năng ác tính và ưu tiên thùy trên phải [7]. Do vậy, chúng ta nên lưu ý khi khảo sát thùy trên phổi để tránh bỏ sót các tổn thương dạng nốt nhỏ.

Theo kết quả nghiên cứu, bờ nốt phổi không đều kiểu đa cung, tua gai chiếm tỷ lệ cao nhất (72,2%). Những tổn thương có bờ dạng chia thùy, biểu hiện của sự phát triển không đều và xâm lấn ra xung quanh thường đi kèm với nốt ác tính; tuy nhiên, nó cũng được quan sát thấy ở khoảng 25% nốt lành tính. Các tổn thương có bờ đều, rõ, trơn láng thường là biểu hiện của lành tính; nhưng cũng có 21% nốt ác tính có đặc điểm này. Vì vậy, không thể chủ quan trước một tổn thương có kích thước nhỏ, bờ nhẵn; trái lại, một tổn thương có bờ tua gai chưa hẳn 100% đã là tổn thương ác tính.

Trong mẫu có 38 nốt (48,1%) có hình ảnh co kéo rãnh liên thùy màng phổi. Hình ảnh này được xem là sự tiến triển xâm lấn của các tổn thương ác tính dưới dạng các dải mờ, do phù tổ chức kẽ, dày vách liên tiểu thùy; tế bào u lan tràn hoặc có thể đã xâm lấn tới thiểu ở màng phổi tạng; cũng có thể gặp trong viêm, xơ... Nhiều tác giả trên thế giới cũng đã đề cập đến sự co kéo màng phổi, rãnh liên thùy như là một dấu hiệu của tổn thương xâm lấn của ung thư phổi.

Trong 68 bệnh nhân được chỉ định tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch, có 48,1% nốt ngấm thuốc với chênh lệch tỷ trọng trước và sau tiêm > 15HU, mang ý nghĩa trong định hướng nốt có tính chất ác tính. Nghiên cứu của Hoàng Thị Ngọc Hà (2022) cũng cho thấy trong số 64 bệnh nhân được chỉ định tiêm thuốc cản quang tĩnh

mạch có 69,9% nốt có ngấm thuốc, với chênh lệch tỷ trọng > 15HU và có giá trị trong định hướng nốt có tính chất ác tính [4].

Tổn thương thứ phát

Trong nhóm nghiên cứu có 24,1% bệnh nhân phì đại hạch vùng, bao gồm cả hạch trung thất cùng bên, khác bên, hạch cổ, nách; có 11,4% hạch nghi ngờ ác tính. Phì đại hạch vùng là một dấu hiệu hình ảnh rất có ý nghĩa trong phân loại nốt phổi, theo Lung-RADS 2019.

3. Giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán ung thư phổi nguyên phát

Có 4 đặc điểm hình ảnh mang giá trị chẩn đoán một cách độc lập, gồm: kích thước >25mm, ≥ 15 mm, bờ không đều kiểu đa cung, tua gai; co kéo rãnh liên thùy, màng phổi với $p < 0,05$.

Nhóm tiêu chí kết hợp 2 đặc điểm hình ảnh có giá trị chẩn đoán là: Nốt ≥ 15 mm và bờ không đều kiểu đa cung, tua gai ($p < 0,05$).

Với kết quả nghiên cứu này, việc phối hợp càng nhiều đặc điểm hình ảnh trong quá trình phân tích sẽ càng tăng giá trị chẩn đoán của CLVT trong chẩn đoán ung thư phổi sớm - điều này rất có ý nghĩa. Hơn nữa, kết quả này cụ thể hóa thêm một số đặc điểm hình ảnh nghi ngờ nốt ác tính có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân Việt Nam, bổ sung vào bảng phân loại ACR Lung-RADS 2019 để xếp nhóm 4X cho các nốt Lung-RADS 3,4 hay để xếp nhóm 4X cho các nốt Lung-RADS 4B.

Trong báo cáo tổng hợp của Jonas (2021), có 24 bài báo đề cập đến vấn đề giá trị của CLVT ngực trong sàng lọc ung thư phổi, bao gồm: Độ nhạy thay đổi từ 59-100% theo 13 nghiên cứu và độ nhạy > 80% theo 3 nghiên cứu; độ đặc hiệu trong khoảng 26,4%-99,7% theo 13 nghiên cứu và >75% theo 3 nghiên cứu [8].

Từ kết quả nghiên cứu về giá trị chẩn đoán các đặc điểm hình ảnh phối hợp, chúng tôi thấy rằng: Chỉ nên khuyến cáo chỉ định sinh thiết chẩn đoán ở các nốt Lung-RADS 4X hoặc các nốt

Lung-RADS 4B có phối hợp thêm các đặc điểm hình ảnh có giá trị chẩn đoán (bờ đa cung; co kéo rãnh liên thùy, màng phổi). Đề nghị này phù hợp với chiến lược quản lý nốt phổi của Lung-RADS 2019 đối với các nốt 4B (nốt $\geq 15\text{mm}$) và 4X (nốt $\geq 6\text{mm}$ + các đặc điểm hình ảnh nghi ngờ).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy nốt mờ phổi hay gặp ở bệnh nhân nam giới lớn tuổi. Có một số đặc điểm thường gặp trên cắt lớp vi tính gợi ý tổn thương ác tính, như: tổn thương có kích thước lớn, bờ không đều dạng đa cung, tua gai và nốt co kéo rãnh liên thùy, màng phổi. Chụp CLVT là phương tiện chẩn đoán hình ảnh đáng tin cậy, có độ nhạy và độ đặc hiệu cao với nốt mờ đơn độc trong chẩn đoán ung thư phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1]. De Koning H.J, Van Der Aalst C.M, De Jong P.A, et al. Reduced lung-cancer mortality with volume CT screening in a randomized trial. *N Engl J Med*. 2020; 382(6):503–513.
- [2]. Triphuridat N. and Henschke C. Landscape on CT screening for lung cancer in Asia. *Lung Cancer Targets Ther*. 2019;(10):107–124.
- [3]. Ngô Quốc Bộ (2022), Giá trị phân loại Lung-RADS trong chẩn đoán ung thư phổi với nốt mờ đơn độc, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2022, (1A): 313-317.
- [4]. Hoàng Thị Ngọc Hà. Nghiên cứu giá trị cắt lớp vi tính ngực liều thấp trong chẩn đoán các nốt phổi, *Luận án Tiến sĩ Y học*, Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế. 2022.
- [5]. Jeanbourquin D, Bensalah J, et al (2012), Nodule pulmonaire solitaire, *Pathologie tumorale du parenchyme pulmonaire. Imagerie thoracique de l'Adulte et de l'Enfant*. 2012; (2): 277–293.
- [6]. Callister M.E.J, Baldwin D.R, Akram A.R, et al. British thoracic society guidelines for the investigation and management of pulmonary nodules, *Thorax*, 2015; (70) :ii1–ii54.
- [7]. MacMahon H, Naidich D.P, Goo J.M, et al. Guidelines for management of incidental pulmonary nodules detected on CT images: From the Fleischner Society 2017. *Radiology*, 2017; 284(1): 228–243.
- [8]. Daniel E Jonas, Daniel S Reuland, Reddy S.M, et al. Screening for Lung Cancer With Low-Dose Computed Tomography Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force, *JAMA - J Am Med Assoc*, 2021; 43221(10):971–987.

SUMMARY

THE ROLE OF COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF LUNG CANCER WITH SOLITARY PULMONARY NODULES

The study aims to describe imaging characteristics and evaluate the role of computed tomography (CT) in diagnosing lung cancer with solitary pulmonary nodules (SPNs). The study was conducted on 79 patients with SPNs diagnosed through CT and histopathology at Nghệ An Oncology Hospital from September 2023 to November 2024. The results show: among the 79 patients with SPNs, 45 nodules were malignant (57%), and 34 were benign (43%). On CT, SPNs were commonly located in the upper lobes of both lungs, accounting for 49 nodules (62%), with an average size of 20.8 ± 6.6 mm. Most nodules were solid with irregular, lobulated margins. Statistically significant CT imaging features for diagnosing lung cancer ($p < 0.05$) included nodule size ≥ 15 mm (Se 88.9%, Sp 41.2%); nodule size ≥ 25 mm (Se 51.1%, Sp 88.2%); lobulated, irregular margins (Se 97.8%, Sp 44.1%); interlobar fissure retraction (Se 64.4%, Sp 3.4%), respectively. Computed tomography is a highly valuable imaging modality for the diagnosis and screening of solitary pulmonary nodules.

Keywords: Lung cancer, chest computed tomography.