

SO SÁNH ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH CỦA UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN VÀ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO VÂY PHỔI TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Comparison of Computed Tomography Characteristics between Pulmonary Adenocarcinoma and Squamous Cell Carcinoma at Bach Mai Hospital

Lê Thị Thanh Hạnh, Nguyễn Quang Anh*, Nguyễn Thị Thu Thảo**,
Vũ Đăng Lưu**

SUMMARY

Objective: To compare the CT imaging features of lung adenocarcinoma and squamous cell carcinoma.

Methods: This was a descriptive cross-sectional and retrospective study conducted on 407 patients diagnosed with lung adenocarcinoma or squamous cell carcinoma confirmed by histopathology. All patients underwent chest CT scans between January 2022 and July 2024 at Bach Mai Hospital. Imaging characteristics analysed included tumour size, density, margin, calcification, cavitation, anatomical location, bronchial involvement, and invasion of adjacent structures, alongside epidemiological features such as age and sex. Data were processed using SPSS version 20.0.

Results: Adenocarcinomas were predominantly located peripherally (43.8%). Squamous cell carcinomas were more frequently central (43.2%), had a larger mean tumour size (48.5 mm vs. 39.7 mm), a higher rate of bronchial invasion (15.9%), and a higher proportion of male patients (86.4%). No statistically significant differences were observed between the two groups regarding lobar location, tumour margin, calcification or cavitation.

Conclusion: CT imaging can delineate several features that help distinguish between the two histological types, thereby aiding in diagnostic orientation and the development of an appropriate treatment plan.

Keywords: lung adenocarcinoma, lung squamous cell carcinoma, computed tomography

* Trường Đại Học Y Hà Nội

** Bệnh viện Bạch Mai

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là bệnh ung thư phổ biến, mối lo ngại lớn về sức khỏe cộng đồng ở Việt Nam. Theo ước tính của GLOBOCAN năm 2022, tại Việt Nam có khoảng 24426 ca bệnh ung thư phổi mới được chẩn đoán, chiếm 13,5% tổng số các trường hợp. Đây là nguyên nhân thứ hai gây tử vong do ung thư ở Việt Nam [1].

Trong các thể bệnh, ung thư phổi không tế bào nhỏ chiếm đa số, với hai thể mô bệnh học chính là ung thư biểu mô tuyến (UTBMT) và ung thư biểu mô tế bào vảy (UTBMV) [2]. Chẩn đoán phân biệt giữa UTBMT và UTBMV có ý nghĩa lâm sàng. So với ung thư biểu mô tế bào vảy, ung thư biểu mô tuyến có tiên lượng tốt hơn [3] also known as squamous cell lung cancer, is a type of non-small cell lung cancer (NSCLC. Một số liệu pháp điều trị hiện đại phụ thuộc chặt chẽ vào loại mô bệnh học, ví dụ như Pemetrexed, chống chỉ định ở UTBMV do thiếu hiệu quả. Bevacizumab - kháng thể đơn dòng chống tăng sinh mạch, được chỉ định cho UTBMT giai đoạn tiến triển hoặc tái phát, và là chống chỉ định với UTBMV do nguy cơ xuất huyết [4]. Điều này đặt ra yêu cầu xác định chính xác loại mô bệnh học để lựa chọn chiến lược điều trị tối ưu.

Tuy nhiên, sinh thiết có thể không thông tin được toàn bộ đặc điểm của bệnh do tính không đồng nhất trong khối u. Việc nghiên cứu đặc điểm hình ảnh của hai loại mô bệnh học nói trên là cần thiết, nhằm làm rõ liệu CLVT có thể giúp gợi ý phân biệt UTBMT và UTBMV hay không. Trên thế giới đã có một số nghiên cứu phân tích đặc điểm hình ảnh CLVT giữa UTBMT và UTBMV, song kết quả chưa thống nhất. Tại Việt Nam, số lượng nghiên cứu chuyên sâu so sánh trực tiếp đặc điểm hình ảnh của hai thể mô bệnh học này còn hạn chế. Do vậy, mục tiêu của nghiên cứu này là: So sánh đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của ung thư biểu mô tuyến và ung thư biểu mô tế bào vảy phổi.

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc ung thư biểu mô tuyến và ung thư biểu mô tế bào vảy phổi bằng giải phẫu bệnh, được chụp phim CLVT lồng ngực

có tiêm thuốc cản quang tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2022 đến tháng 07/2024 lần đầu khi chưa được điều trị đặc hiệu.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu

2.2. Các biến số nghiên cứu

2.2.1. Biến số chung: tuổi, giới, kết quả giải phẫu bệnh.

2.2.2. Đặc điểm hình ảnh

- ❖ **Đậm độ tổn thương phổi:** Đánh giá trên cửa sổ nhu mô phổi. Tổn thương được chia làm 3 nhóm bao gồm đặc, kính mờ và bán đặc [5] the U.S. Preventive Services Task Force made lung cancer screening (LCS).
- ❖ **Tính chất vôi hóa trong tổn thương phổi:** bao gồm vôi hóa toàn bộ, trung tâm, dạng lá đồng tâm, dạng bấp rang, lệch tâm, vôi hóa lấm tấm [6] .
- ❖ **Đường viền:** tròn đều hay không đều, đa cung, tua gai.
- ❖ **Sự tạo hang:** Ghi nhận sự hiện diện của hình hang, hang nghi ngờ ác tính khi thành dày > 15mm, bờ trong không đều, nham nhở.
- ❖ **Kích thước tổn thương phổi:** *Đo kích thước nốt theo Lung-RADS 2019, là đo kích thước lớn nhất trên mặt phẳng bất kỳ và đo đường kính vuông góc* [7]. Kích thước nốt được tính trung bình của trục dài (kích thước lớn nhất) và trục ngắn (vuông góc) trên cùng một mặt phẳng, bất kể đó là mặt phẳng ngang, đứng ngang hay đứng dọc.
- ❖ **Vị trí phân bố tổn thương:** vị trí trung tâm hay ngoại vi, phân thùy phổi nào.
- ❖ **Cây phế quản khí :** Hình thái của cây phế quản khí đánh giá theo phân loại 4 type của Tsuboi gồm cắt cụt, hẹp, đè ép, xâm lấn[8].
- ❖ **Nhóm tính chất xâm lấn:** xâm lấn thành ngực, trung thất hay màng phổi.

3. Xử lý số liệu: Các thông tin được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Số liệu định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Số liệu định tính được mô tả bằng tỷ lệ %. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

4. Đạo đức nghiên cứu: Số liệu nghiên cứu đảm bảo trung thực, khách quan. Các thông tin và kết quả nghiên cứu của BN được bảo mật tuyệt đối. Nghiên cứu không ảnh hưởng đến quá trình điều trị của BN.

III. KẾT QUẢ

1. Các type mô bệnh học

Có 407 bệnh nhân được chọn đưa vào nghiên cứu,

trong đó có 363 ca UTBMT (chiếm 89,2%), 44 ca UTBMV (chiếm 10,8%).

2. Tuổi và giới

Độ tuổi trung bình mắc bệnh của hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,204$). Tuy nhiên nhóm UTBMT có độ tuổi khởi phát bệnh trẻ hơn (29 - 88 tuổi) so với nhóm UTBMV (34 - 93 tuổi).

Nam giới chiếm ưu thế rõ rệt trong cả hai nhóm, đặc biệt ở nhóm UTBMV với tỷ lệ 86,4%. Tỷ lệ bệnh nhân nam trong nhóm UTBMV cao hơn nhóm UTBMT, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,016$).

Bảng 1. Tóm tắt so sánh các đặc điểm giữa UTBMT và UTBMV

Đặc điểm	UTBMT	UTBMV	Giá trị p
Tuổi trung bình	62,3 ± 9,6	64,7 ± 9,4	0,204
Giới nam (%)	68,9%	86,4%	0,016
Kích thước trung bình (mm)	39,7 ± 17,8	48,5 ± 20,8	0,005
Bờ không đều (%)	71,3%	81,8%	0,142
Tua gai	21,8%	13,6%	0,210
Đa thùy	6,9%	4,5%	
Đậm độ đặc (%)	96,1%	97,7%	1
Bán đặc	3,9%	2,3%	
Vôi hóa lấm tấm (%)	6,3%	13,6%	0,111
Vôi lệch tâm	6,3%	6,8%	
Không có vôi	87,3%	79,5%	0,154
Tạo hang ác tính (%)	6,3%	6,8%	0,752
Không tạo hang	93,7%	93,2%	
Vị trí trung tâm (%)	20,9%	43,2%	0,001
Vị trí ngoại vi	43,8%	27,3%	
Cắt cụt phế quản (%)	59,5%	59,1%	1
Xâm lấn trung thất (%)	27,8%	54,5%	0,000
Xâm lấn màng phổi	35,8%	36,4%	0,943
Không xâm lấn	25,9%	6,8%	

3. Đặc điểm hình ảnh

- Kích thước u: Kích thước của nhóm UTBMV lớn hơn, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,005$).

Bảng 2. Kích thước trung bình khối u

Đường kính	Tuyến (n, %)	Vây (n, %)
≤30 mm	136 (37,5%)	7 (15,9%)
Trên 30 đến 50 mm	138 (38,0%)	21 (47,7%)
Trên 50 đến 70 mm	69 (19,0%)	9 (20,5%)
>70 mm	20 (5,5%)	7 (15,9%)

Ung thư biểu mô vảy có tỷ lệ kích thước khối u > 30 mm cao hơn so với ung thư biểu mô tuyến, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,005$). Tỷ lệ khối u có kích thước trên 50 đến 70mm tương đương nhau giữa hai nhóm, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,818$).

- Đường viền khối u: Đặc điểm bờ không đều nổi bật trong cả hai nhóm, đặc biệt cao ở nhóm UTBMV, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,142$). Đặc điểm bờ tua gai khá phổ biến ở nhóm UTBMT nhưng tỷ lệ này của hai nhóm bệnh khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,21$).

- Độ đậm khối u: Cả hai nhóm chủ yếu có khối u đặc với tỷ lệ rất cao, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=1$).

- Vôi hóa trong khối u: Hai nhóm không ghi nhận các đặc điểm vôi hóa tính chất lành tính. Đặc điểm vôi hóa lấm tấm có tỷ lệ cao hơn ở nhóm UTBMV, nhưng tỷ lệ vôi hóa lấm tấm và tỷ lệ vôi hóa có tính chất ác tính giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,111$ và $p=0,154$).

- Hiện tượng tạo hang: Hai nhóm UTBMT và UTBMV có tỷ lệ tạo hang ác tính gần tương đương nhau, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,752$).

- Vị trí u (thùy phổi):

Bảng 3. Vị trí u theo thùy phổi

Vị trí thùy phổi	Tuyến (n, %)	Vây (n, %)
Trên phải	95 (26,2%)	12 (27,3%)
Giữa phải	16 (4,4%)	3 (6,8%)
Dưới phải	83 (22,9%)	9 (20,5%)

Trên trái	89 (24,5%)	6 (13,6%)
Dưới trái	62 (17,1%)	9 (20,5%)
Không xác định	18 (5,0%)	5 (11,4%)

Hai nhóm có tỷ lệ phân bố ở thùy trên phổi phải cao nhất và tương đương nhau, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,875$). Tỷ lệ khối u phân bố ở thùy trên phổi trái của nhóm UTBMT cao hơn UTBMV, nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,107$).

- Vị trí u (trung tâm/ngoại vi): Ung thư biểu mô vảy có xu hướng phân bố ở trung tâm nhiều hơn. Trong khi đó, ung thư biểu mô tuyến chủ yếu phân bố ở ngoại vi (43,8%).

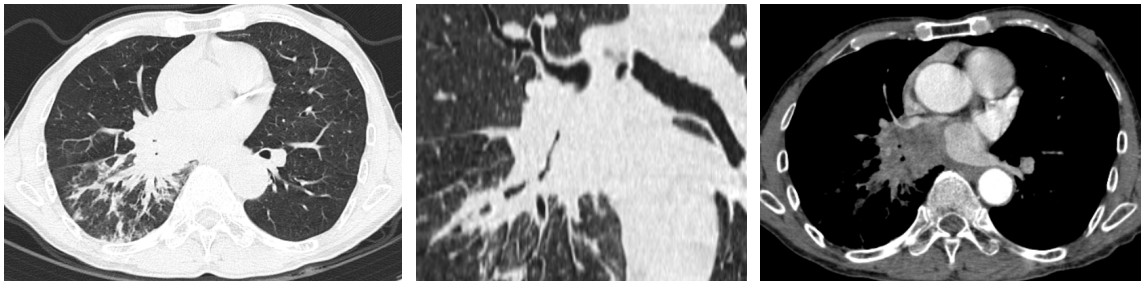
- Tình trạng cây phế quản

Bảng 4. Trình trạng xâm lấn cây phế quản

Tình trạng	Tuyến (n, %)	Vây (n, %)
Bình thường	67 (18,5%)	6 (13,6%)
Đè ép	9 (2,5%)	0 (0,0%)
Hẹp	53 (14,6%)	5 (11,4%)
Cắt cụt	216 (59,5%)	26 (59,1%)
Xâm lấn	18 (5,0%)	7 (15,9%)

Có tổn thương cây phế quản là một dấu hiệu hình ảnh thường gặp trên cắt lớp vi tính, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p=0,535$). Cắt cụt phế quản là đặc điểm phổ biến và tương đương ở cả hai nhóm, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=1$). Nhóm UTBMV không gặp đặc điểm đè ép cây phế quản, nhưng tỷ lệ này giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,353$). Nhóm UTBMV có tỷ lệ xâm lấn phế quản cao hơn so với nhóm UTBMT (15,9% và 5%), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,011$).

- Xâm lấn cấu trúc lân cận: Xâm lấn trung thất là đặc điểm nổi bật ở nhóm UTBMV (54,5%), tỷ lệ này cao hơn UTBMT, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,000$). Nhóm UTBMT có tỷ lệ không xâm lấn cấu trúc lân cận cao hơn UTBMV (25,9% so với 6,8%), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,005$). Tỷ lệ xâm lấn màng phổi của hai nhóm bệnh không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,943$).



Hình 1. Hình ảnh CLVT ca bệnh ung thư biểu mô vảy. Bệnh nhân nam 69 tuổi, được chẩn đoán xác định UTBMV bằng giải phẫu bệnh mẫu sinh thiết qua nội soi phế quản. Khối u rốn phổi phải, kích thước trung bình 48mm, bờ tua gai, không có vôi hóa, không tạo hang, xâm lấn phế quản thùy dưới, xâm lấn trung thất.



Hình 2. Hình ảnh CLVT ca bệnh ung thư biểu mô tuyến. Bệnh nhân nam 60 tuổi được chẩn đoán xác định UTBMT bằng giải phẫu bệnh mẫu sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CLVT. Khối u ngoại vi thùy dưới phổi phải, kích thước trung bình 32mm, bờ tua gai, không có vôi hóa, tạo hang ác tính, cắt cụt phế quản, không xâm lấn cơ quan lân cận.

IV. BÀN LUẬN

1. Dịch tễ học

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù nhóm UTBMV có xu hướng mắc bệnh ở độ tuổi lớn hơn, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,204$). Ngô Tuấn Minh và cs (2018) ghi nhận tuổi trung bình của UTBMT là $62,36 \pm 11,03$ [9], độ tuổi trung bình nhóm UTBMV là $57,9 \pm 9,77$ [10]. Nghiên cứu của Heba Said Gharraf và cs (2020) cho kết quả độ tuổi trung bình của bệnh nhân UTBMT là $59,5 \pm 8,3$, độ tuổi trung bình của UTBMV là 55 ± 10 [11]. Sự không khác biệt rõ ràng về tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi có thể phản ánh sự hội tụ về đặc điểm dịch tễ học giữa hai thể mô bệnh học tại Việt Nam.

Nam giới đều chiếm ưu thế rõ rệt trong cả hai nhóm, trong đó tỉ lệ bệnh nhân nam trong nhóm UTBMV cao hơn nhóm UTBMT. Ngô Tuấn Minh (2018) ghi nhận tỉ lệ

nam/nữ là 4,8/1 trong nhóm UTBMT, trong khi UTBMV có tỷ lệ nam/nữ là 9/1 [9, 10]. Nghiên cứu của Jun Yan Yue (2018) cũng cho kết quả tỉ lệ bệnh nhân nữ trong nhóm UTBMT cao hơn UTBMV ($p=0,017$) [12]. Sự khác biệt rõ nét về giới giữa hai thể mô học phản ánh đặc điểm dịch tễ và yếu tố nguy cơ liên quan. UTBMV có mối liên hệ chặt chẽ với hút thuốc lá – một yếu tố phổ biến ở nam giới lớn tuổi. Trong khi đó, UTBMT đang ngày càng phổ biến ở nữ giới không hút thuốc, đặc biệt tại châu Á, có liên quan đến hút thuốc lá thụ động và hít khói từ nhà bếp.

2. Đặc điểm hình ảnh

- Kích thước u:

Kích thước của nhóm UTBMV lớn hơn UTBMT. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Heba Said Gharraf (2020) khi tổn thương UTBMV và UTBMT có kích thước trung bình lần lượt là $7,7 \pm 2,7$ cm so với $5,5 \pm 2,3$ cm [11].

Phân tích phân bố kích thước theo khoảng giá trị cho thấy phần lớn UTBMT có đường kính khối u trung bình khoảng từ dưới 5 cm tại thời điểm chẩn đoán (75,5%), nhiều trường hợp được phát hiện ở giai đoạn sớm với kích thước ≤ 3 cm (37,5%). UTBMV có tỷ lệ kích thước khối u > 30 mm cao hơn UTBMT, chứng tỏ tổn thương thường được phát hiện muộn hơn. Điều này có thể do UTBMV có xu hướng phát triển nhanh, xâm lấn mạnh, làm tăng kích thước tổn thương đáng kể trước khi được phát hiện.

- Đường bờ khối u

Đặc điểm bờ không đều nổi bật trong cả hai nhóm, đặc biệt cao ở nhóm UTBMV, đặc điểm bờ tua gai phổ biến hơn ở nhóm UTBMT, tuy vậy các khác biệt đều không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Nghiên cứu của Cung Văn Công cho thấy UTBMV có thể gặp cả ba dạng đường bờ u tròn nhẵn (34,6%), đa thùy (34,6%) và tua gai (30,8%) với tỉ lệ gần tương đương nhau. Đối với UTBMT, dạng đường bờ hay gặp nhất là bờ tua gai (44,1%) rồi đến đa thùy (35,4%), ít gặp dạng đường bờ tròn nhẵn (20,6%) [13]. Nghiên cứu của Jun Yan Yue (2018) ghi nhận 33,6% UTBMT và 54,5% UTBMV có bờ tua gai và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Đáng chú ý, UTBMV có xu hướng bờ trơn nhẵn hơn, 83,3% UTBMV trong nghiên cứu của họ có bờ tương đối nhẵn, so với chỉ 2,7% ở UTBMT ($p < 0,001$) [12].

Với ung thư biểu mô tuyến, trên bề mặt các thùy khối u thường biểu hiện các lá nhỏ biệt hóa và các gai. Bờ tua gai phản ánh phản ứng tạo sợi và thâm nhiễm mô kẽ – điều này gặp ở UTBMT do đặc tính vi thể. Ngược lại, ung thư biểu mô tế bào vảy có xu hướng xâm lấn vào các cụm tế bào khối u, tạo ra bề mặt tương đối nhẵn hơn. Kết quả có sự không tương đồng giữa các nghiên cứu đến từ cách chọn mẫu và biến số đưa vào nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đặc điểm đường bờ đa dạng hơn các nghiên cứu khác.

- Về đậm độ khối u, cả hai nhóm chủ yếu có khối u dạng đặc với tỷ lệ rất cao, một phần nhỏ dạng bán đặc, không ghi nhận dạng kính mờ, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 1$). Trong UTBMT, các loại tiền xâm lấn thường xuất hiện trên CT dưới dạng kính mờ, loại xâm lấn tối thiểu và loại xâm lấn thường xuất hiện thành phần

đặc cùng kính mờ có kích thước thay đổi [14]. Ngược lại, UTBMV hầu như luôn biểu hiện khối đặc trên CLVT. Tuy vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khi có các tổn thương dạng bán đặc, không hoàn toàn loại trừ UTBMV.

- Về đặc điểm vôi hóa, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ không có vôi hóa của hai nhóm khá cao, khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Đặc điểm vôi hóa lấm tấm phổ biến hơn ở nhóm UTBMV, tuy vậy khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,111$). Do đó, không thể dùng đặc điểm vôi hóa để phân biệt hai thể mô bệnh học này với nhau.

- Về đặc điểm tạo hang, hai nhóm UTBMT và UTBMV có tỉ lệ tạo hang ác tính gần tương đương nhau, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,752$). Nghiên cứu của Cristina Mihaela Ciofiac (2024) ghi nhận 36,4% UTBMV có tạo hang, tỉ lệ này cao hơn so với các nhóm u phổi ác tính còn lại (bao gồm UTBMV), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [15]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có phần tương đồng với nghiên cứu của Kunihiro (2016), nghiên cứu này chỉ ra rằng 13,9 % UTBMT và 14,9% UTBMV có tạo hang. Trong nghiên cứu này, cơ chế tạo hang trong ung thư phổi có sự khác biệt giữa hai nhóm. Ở nhóm UTBMV, cơ chế tạo hang chủ yếu là do hoại tử trung tâm khối u. Loại u này thường phát triển ở vị trí trung tâm, gần các phế quản lớn, có tốc độ phát triển nhanh, dễ gây tắc nghẽn mạch máu nuôi dưỡng khối u, dẫn đến thiếu máu cục bộ và hoại tử. Ngược lại, việc hình thành hang trong UTBMT có thể liên quan đến sự phá hủy cấu trúc tuyến, hiện tượng hoại tử khu trú trong lòng tuyến hoặc sự giãn phế quản trong khối u. Một số hang có thể hình thành từ các phế nang bị xâm lấn [16].

- Vị trí u

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ phân bố khối u cả hai nhóm ở thùy trên phổi phải là cao nhất và gần tương đương nhau, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,875$). Mặc dù tỉ lệ khối u phân bố ở thùy trên phổi trái của nhóm UTBMT cao hơn UTBMV nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,107$). Do đó vị trí phân bố theo phân thùy phổi không phải là đặc điểm giúp phân biệt hai nhóm mô bệnh học.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, UTBMT có tỉ lệ phân bố ở ngoại vi phổi cao hơn UTBMV, UTBMV có tỉ lệ phân bố ở trung tâm cao hơn UTBMT. Nghiên cứu của Cung Văn Công cho thấy UTBMV có tỉ lệ xuất hiện ở trung tâm là 57,7%, UTBMT có tỉ lệ xuất hiện ở ngoại vi là 55,9% [13]. Heba Said Gharraf và cs (2020) cũng ghi nhận UTBMV có tỷ lệ ở vị trí trung tâm cao hơn, trong khi UTBMT chủ yếu ở ngoại vi phổi [11]. Nguyên nhân chính của sự khác biệt này là do nguồn gốc mô học: UTBMT thường xuất phát từ biểu mô tuyến ở phế nang/tiểu phế quản, còn UTBMV phát sinh từ niêm mạc phế quản.

- Cây phế quản

Tổn thương cây phế quản là một dấu hiệu hình ảnh thường gặp trên cắt lớp vi tính, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Đặc biệt, tình trạng cắt cụt phế quản là hình ảnh phổ biến trong ung thư phổi không tế bào nhỏ có tổn thương cây phế quản. Trong khi đó, tình trạng xâm lấn cây phế quản lại có xu hướng nổi bật hơn ở nhóm UTBMV, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này phù hợp với đặc điểm phát triển của UTBMV – là loại ung thư thường xuất phát từ các biểu mô phủ vùng trung tâm gần phế quản chính, dễ xâm lấn trực tiếp vào thành phế quản. Trong khi đó, UTBMT thường có vị trí ngoại vi, ít liên quan trực tiếp đến cây phế quản lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. F. Bray, M. Laversanne, H. Sung, J. Ferlay, R. L. Siegel, I. Soerjomataram, and A. Jemal (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 74(3),229–263.
2. Y. Wang, S. Zou, Z. Zhao, P. Liu, C. Ke, and S. Xu (2020). New insights into small-cell lung cancer development and therapy. *Cell Biology International*, 44(8),1564–1576.
3. B. R. Sabbula, D. P. Gasalberti, S. K. R. Mukkamalla, and F. Anjum (2025). *Squamous Cell Lung Cancer*.
4. H. Shigematsu, L. Lin, T. Takahashi, M. Nomura, M. Suzuki, I. I. Wistuba, K. M. Fong, H. Lee, S. Toyooka, N. Shimizu, T. Fujisawa, Z. Feng, J. A. Roth, J. Herz, J. D. Minna, and A. F. Gazdar (2005). Clinical and biological features associated with epidermal growth factor receptor gene mutations in lung cancers. *Journal of the National Cancer Institute*, 97(5),339–346.

- Xâm lấn

Tình trạng xâm lấn trung thất là dấu hiệu nổi bật ở nhóm UTBMV, cao hơn đáng kể so với nhóm UTBMT. Kết quả này phản ánh bản chất sinh bệnh học của UTBMV là loại u phát triển mạnh tại vùng trung tâm phổi, gần các cấu trúc trung thất, do đó dễ xâm lấn vào các vùng này khi khối u tiến triển. Ngược lại, nhóm UTBMT có tỷ lệ không xâm lấn cao hơn đáng kể so với UTBMV cho thấy đặc điểm phát triển khu trú và khuynh hướng phân bố ngoại vi của UTBMT. Về tình trạng xâm lấn màng phổi, tỷ lệ ghi nhận trong hai nhóm tương đương nhau, cho thấy đây không là đặc điểm giúp phân biệt hai nhóm bệnh.

V. KẾT LUẬN

CLVT có khả năng gợi ý phân biệt UTBMT và UTBMV. UTBMT có xu hướng phân bố ở ngoại vi, tỉ lệ không xâm lấn cơ quan lân cận cao hơn, còn UTBMV thường là u trung tâm, xâm lấn trung thất, tỉ lệ kích thước trung bình >3cm lớn hơn, có thể đè ép cây phế quản, tỉ lệ xâm lấn cây phế quản cao hơn. Trên lâm sàng nếu nhận diện sớm loại mô bệnh học qua hình ảnh, bác sĩ có thể định hướng kế hoạch chẩn đoán và điều trị phù hợp từ đầu.

5. F. J. Fintelmann, A. Bernheim, S. R. Digumarthy, I. T. Lennes, M. K. Kalra, M. D. Gilman, A. Sharma, E. J. Flores, V. V. Muse, and J.-A. O. Shepard (2015). The 10 Pillars of Lung Cancer Screening: Rationale and Logistics of a Lung Cancer Screening Program. *Radiographics: A Review Publication of the Radiological Society of North America, Inc*, 35(7),1893–1908.
6. M. Paśnik, I. Bestry, and K. Roszkowski-Śliż (2017). Solitary pulmonary nodule - the role of imaging in the diagnostic process. *Advances in Respiratory Medicine*, 85(6),345–351.
7. A. A. Bankier, H. MacMahon, J. M. Goo, G. D. Rubin, C. M. Schaefer-Prokop, and D. P. Naidich (2017). Recommendations for Measuring Pulmonary Nodules at CT: A Statement from the Fleischner Society. *Radiology*, 285(2),584–600.
8. M. Gaeta, I. Pandolfo, S. Volta, E. G. Russi, G. Bartiromo, G. Girone, F. La Spada, M. Barone, G. Casablanca, and A. Minutoli (1991). Bronchus sign on CT in peripheral carcinoma of the lung: value in predicting results of transbronchial biopsy. *AJR. American journal of roentgenology*, 157(6),1181–1185.
9. Ngô Tuấn Minh, Lê Vũ Duy, Nguyễn Xuân Phùng, Đỗ Xuân Hiền (2018). Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính lồng ngực của bệnh nhân ung thư phổi typ biểu mô tuyến. *Tạp chí Y Dược học Quân sự*, 43(1), 85-90.
10. Ngô Tuấn Minh, Lê Vũ Duy, Lê Thị Hồng Vân, Nguyễn Tiến Dũng (2018). Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính lồng ngực của bệnh nhân ung thư phổi typ biểu mô tế bào vảy. *Tạp chí Y Dược học Quân sự*, 43(3), 85-90.
11. H. S. Gharraf, S. M. Mehana, and M. A. ElNagar (2020). Role of CT in differentiation between subtypes of lung cancer; is it possible? *The Egyptian Journal of Bronchology*, 14(1),28.
12. J.-Y. Yue, J. Chen, F.-M. Zhou, Y. Hu, M.-X. Li, Q.-W. Wu, and D.-M. Han (2018). CT-pathologic correlation in lung adenocarcinoma and squamous cell carcinoma. *Medicine*, 97(50),e13362.
13. 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.
14. W. D. Travis, E. Brambilla, M. Noguchi et al (2011). International association for the study of lung cancer/american thoracic society/european respiratory society international multidisciplinary classification of lung adenocarcinoma. *Journal of Thoracic Oncology: Official Publication of the International Association for the Study of Lung Cancer*, 6(2),244–285.
15. C. M. Ciofiac, M. Mămuleanu, L. M. Florescu, and I. A. Gheonea (2024). CT Imaging Patterns in Major Histological Types of Lung Cancer. *Life (Basel, Switzerland)*, 14(4),462.
16. Y. Kunihiro, T. Kobayashi, N. Tanaka, T. Matsumoto, M. Okada, M. Kamiya, K. Ueda, H. Kawano, and N. Matsunaga (2016). High-resolution CT findings of primary lung cancer with cavitation: a comparison between adenocarcinoma and squamous cell carcinoma. *Clinical Radiology*, 71(11),1126–1131.

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh đặc điểm hình ảnh CLVT giữa ung thư biểu mô tuyến và ung thư biểu mô tế bào vảy phổi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu, thu thập dữ liệu từ 407 bệnh nhân được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến (UTBMT) và ung thư biểu mô tế bào vảy phổi (UTBMV), đã chụp cắt lớp vi tính (CLVT) trong giai đoạn từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 7 năm 2024 tại Bệnh viện Bạch Mai. Các đặc điểm hình ảnh gồm kích thước u, đậm độ, đường viền, vôi hoá, tạo hang, vị trí, liên quan cây phế quản, xâm lấn cấu trúc lân cận, cùng đặc điểm dịch thể học tuổi, giới được phân tích. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Kết quả: UTBMT thường phân bố ngoại vi (43,8%). UTBMV thường khu trú trung tâm (43,2%), kích thước trung bình lớn hơn (48,5mm so với 39,7mm), có tỉ lệ xâm lấn cây phế quản (15,9%), tỷ lệ nam giới (86,4%) cao hơn. Khác biệt không có ý nghĩa thống kê về vị trí phân thùy phổi, đường viền, vôi hóa, tạo hang giữa hai nhóm.

Kết luận: CLVT mô tả một số đặc điểm giúp phân biệt hai nhóm mô bệnh học, hỗ trợ định hướng chẩn đoán, xây dựng kế hoạch điều trị phù hợp.

Từ khóa: ung thư biểu mô tuyến phổi, ung thư biểu mô tế bào vảy phổi, cắt lớp vi tính

Người liên hệ: Lê Thị Thanh Hạnh. Email: ltthanh201298@gmail.com

Ngày nhận bài: 04/08/2025. Ngày nhận phản biện: 13/08/2025. Ngày chấp nhận đăng: 30/11/2025