

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH UNG THƯ PHỔI GIAI ĐOẠN SỚM TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY Ở BỆNH NHÂN ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Imaging Characteristics of Early-Stage Lung Cancer on Multidetector Computed Tomography in Patients Undergoing Surgical Resection at the National Lung Hospital

Trần Văn Tuấn*, Cung Văn Công**, Hoàng Đức Hạ***

SUMMARY

Objective: This study aimed to describe the multidetector computed tomography (MDCT) characteristics of the chest in patients with early-stage lung cancer who underwent surgical treatment at the National Lung Hospital in 2025.

Methods: A retrospective cross-sectional study was conducted on 89 patients with early-stage lung cancer (stages IA–IIIA) who underwent contrast-enhanced chest MDCT before surgery and had histopathological confirmation following tumor resection or lobectomy at the National Lung Hospital in 2025. Data were analyzed using SPSS version 20.0.

Results: On MDCT, lesions were most frequently located in the right upper lobe (38.2%). The mean lesion diameter was 2.26 ± 1.0 cm, with tumors measuring >1 to ≤ 2 cm accounting for the largest proportion (42.7%). Solid nodules/masses were the predominant imaging pattern (71.9%), while part-solid lesions accounted for 16.9%. Lobulated margins (60.7%) and spiculated margins (37.1%) were the most common morphological features. Following contrast administration, 59.6% of tumors demonstrated marked enhancement (≥ 20 HU). Most mediastinal lymph nodes had a short-axis diameter ≤ 10 mm (93.3%) and exhibited benign morphological features (97.8%).

Conclusion: Early-stage lung cancer that is still surgically treatable is characterized by solid nodules/mass (79.1%); followed by semi-solid nodules (16.9%). Tumors are found in the upper lobes of both lungs (51.7%), are small in size (1-2 cm, 42.7%), and have polyarc and spiky borders (97.8%). Most solid nodules show very strong contrast enhancement (59.6%), while the solid cores of semi-solid nodules mostly do not enhance or enhance poorly. Mediastinal lymph nodes are small, with the smallest transverse diameter being <10 mm in 93.3%. This study provides additional data on the identifying features of early-stage lung cancer nodules on multislice CT scans, contributing to early diagnosis and guiding the surgical treatment of lung tumors.

Keywords: early-stage lung cancer; multidetector computed tomography; diagnostic imaging; surgery; adenocarcinoma.

* Trường Đại học Y Dược
Hải Phòng

** Bệnh viện Phổi Trung ương

*** Bệnh viện Đa khoa Quốc tế
Hải Phòng

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là một trong những bệnh ung thư phổ biến nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở Việt Nam cũng như trên toàn thế giới. Theo GLOBOCAN 2022, có khoảng 2.480.000 trường hợp mới được chẩn đoán UTP trên toàn cầu (xếp thứ nhất, chiếm 12,4% tổng ca ung thư) và 1.800.000 ca tử vong (đứng đầu, chiếm 18,7%) [1]. Tại Việt Nam, UTP xếp thứ hai sau ung thư gan với khoảng 26.000-30.000 ca mới/năm (chiếm 14-15%), và là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở cả hai giới [1]. Tỷ lệ sống sau 5 năm của UTP chỉ khoảng 15-20% toàn cầu, và tại Việt Nam khoảng 16,8%, chủ yếu do phát hiện muộn [2]. Hậu quả kinh tế-xã hội của UTP rất lớn, với chi phí điều trị cao và mất mát lao động, đặc biệt ở nhóm tuổi trung niên hút thuốc lá – yếu tố nguy cơ chính tại Việt Nam. Theo phiên bản thứ 9 về xếp giai đoạn TNM của AJCC thì UTP giai đoạn sớm được định nghĩa là các khối u ở giai đoạn I và II, IIIA. Vì vậy, các khối u T1, T2 và có hạch N1 (có hạch rốn phổi và/hoặc hạch cận khí quản cùng bên); khối u T3 không kèm di căn hạch được xếp vào nhóm UTP giai đoạn sớm [2]. Việc phát hiện UTP ở giai đoạn sớm sẽ làm tăng cơ hội chữa khỏi và tăng thời gian sống trên 5 năm cho BN. Theo nghiên cứu của Jing Ning, tỷ lệ sống trên 5 năm đối với BN UTP giai đoạn IA có thể trên 90% trong khi đó tỷ lệ sống trên 5 năm đối với nhóm BN giai đoạn IV là dưới 10% [3]. Theo phác đồ điều trị của Mạng lưới ung thư toàn diện quốc gia của Hoa Kỳ (NCCN), phẫu thuật là phương pháp lựa chọn đầu tiên và cơ bản khi bệnh ở giai đoạn sớm (giai đoạn còn khu trú, chủ yếu ở giai đoạn I, II, IIIA). Vai trò và mục đích của phẫu thuật là loại bỏ triệt để khối u và các hạch di căn trong lồng ngực, ngăn chặn xâm nhiễm cục bộ và di căn xa, làm giảm bớt hoặc mất các triệu chứng lâm sàng phát sinh do khối u gây ra, tạo điều kiện thuận lợi cho các phương pháp điều trị bổ trợ khác [4].

Tại Việt Nam hiện nay cùng với sự nỗ lực tăng cường thiết bị chẩn đoán của ngành y tế, trong đó ngày càng nhiều cơ sở y tế được trang bị máy chụp CLVT, số người được chụp CLVT phổi ngày càng tăng. Việc phát hiện UTP ở giai đoạn sớm là cực kỳ quan trọng giúp cho việc lập kế hoạch điều trị hợp lý, giúp người bệnh kéo dài tuổi thọ, nâng cao chất lượng cuộc sống và giảm thiểu chi

phí điều trị. Như vậy, hình thái UTP ở giai đoạn sớm trên chụp CLVT được chẩn đoán như thế nào? Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả các đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính đa dãy ngực ở bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn sớm được phẫu thuật tại Bệnh viện Phổi Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 89 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư phổi giai đoạn sớm và phẫu thuật tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ ngày 01/01/2025 đến ngày 31/12/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi; Được chẩn đoán ung thư phổi giai đoạn sớm theo hệ thống phân loại TNM 9; Đã được chụp CLVT đa dãy lồng ngực có tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch trước phẫu thuật; Được điều trị phẫu thuật cắt u hoặc cắt thùy phổi kèm vét hạch vùng tại Bệnh viện Phổi Trung ương; Có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ xác định rõ bản chất mô bệnh học; Hồ sơ bệnh án và dữ liệu hình ảnh được lưu trữ đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không có phim CLVT hoặc hình ảnh CLVT không đạt chất lượng để đánh giá; Không có kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật; Hồ sơ bệnh án thiếu các thông tin quan trọng liên quan đến đặc điểm lâm sàng hoặc hình ảnh học.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

Phương tiện nghiên cứu và phương pháp phân tích hình ảnh:

Bệnh nhân được chụp trên hệ thống máy CLVT 64 dãy (Revolution HD, GE Healthcare) theo quy trình chẩn đoán lồng ngực. Độ dày lát cắt mỏng (1 - 1,25 mm), khảo sát trên cả hai cửa sổ: cửa sổ nhu mô (W: 1500, L: -600) và cửa sổ trung thất (W: 350, L: 40). Dữ liệu hình ảnh được tái tạo đa mặt phẳng (MPR) theo các hướng ngang (axial), trán (coronal) và dọc (sagittal).

Hình ảnh lưu trữ dạng DICOM trên hệ thống PACS được phân tích độc lập bởi 2 bác sĩ chẩn đoán hình ảnh chuyên khoa lồng ngực. Trong trường hợp không thống nhất ý kiến, kết quả sẽ được thống nhất thông qua hội chẩn bác sĩ thứ 3/trưởng khoa.

Kích thước u: Đo đường kính lớn nhất của tổn thương trên cửa sổ nhu mô phổi.

Mật độ u: Phân loại thành đặc (solid), bán đặc (part-solid) và dạng hang (cavitary).

Đường bờ u: Phân loại thành bờ đều/nhẵn, bờ đa cung (lobulated) và bờ tua gai (spiculated).

Đặc điểm ngấm thuốc cản quang: Đo tỷ trọng (HU) của khối u tại cùng một vị trí đại diện (tránh vùng hoại tử, vôi hóa) trước và sau tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch ở thì ngấm thuốc tối đa. Mức độ tăng quang được chia làm 4 mức: Ngấm ít (< 10 HU); Ngấm vừa (10 - < 15 HU); Ngấm mạnh (15 - < 20 HU); Ngấm rất mạnh (≥ 20 HU)

Đặc điểm hạch trung thất: đánh giá đường kính ngắn và đặc điểm hình thái hạch trung thất (lành tính/nghi ngờ ác tính).

Xử lý và phân tích số liệu: Thu thập và xử lý dữ liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ

Độ tuổi phát hiện UTP gặp ở 78/89 trường hợp (chiếm 87,6%), độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 60,9 ± 10,8 tuổi. Tỷ lệ nam giới 50,6% nhiều hơn nữ giới 49,4%. Tiền sử hút thuốc lá chiếm 58,4% số bệnh nhân.

Bảng 1. Đặc điểm phân loại típ mô bệnh học trước và sau phẫu thuật (n = 89)

Các típ mô bệnh học	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
UTBM tuyến	78	87,6	78	87,6
UTBM vảy	6	6,7	7	7,9
UTBM tế bào lớn	3	3,4	2	2,2
UTBM tế bào nhỏ	1	1,1	1	1,1
U thần kinh nội tiết	1	1,1	1	1,1
Tổn thương lành tính	0	0	0	0
Tổng	89	100	89	100

Nhận xét: Ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (chiếm 87,6%), tiếp theo là ung thư biểu mô vảy (chiếm 7,9%); các típ mô bệnh học khác gặp với tỷ lệ thấp.

Bảng 2. Phân bố vị trí u phổi trên CLVT

Vị trí	Phân thù	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phổi phải	Thùy trên	34	38,2
	Thùy giữa	4	4,5
	Thùy dưới	24	27
Phổi trái	Thùy trên	12	13,5
	Thùy dưới	15	16,9
Tổng		89	100

Nhận xét: U phổi gặp nhiều nhất ở thùy trên phổi phải (38,2%), tiếp theo là thùy dưới phổi phải (27,0%), tỷ lệ U phổi gặp ở thùy trên hai phổi là 51,7%.

Bảng 3. Đường kính lớn nhất u phổi

Đường kính lớn nhất khối u	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 1 cm	3	3,4
>1 cm và ≤ 2 cm	38	42,7
> 2 cm và ≤ 3 cm	33	37,1
> 3 cm và ≤ 4 cm	9	10,1
> 4 cm và ≤ 5 cm	5	5,6
> 5 cm và ≤ 7 cm	1	1,1
>7 cm	0	0
Tổng	89	100
Đường kính trung bình của khối u: 2,26 ± 1,01 cm (Min: 0,6 cm, Max: 5,6 cm)		

Nhận xét: Khối u có đường kính >1–≤2 cm chiếm tỷ lệ cao nhất (42,7%), tiếp theo là >2–≤3 cm (37,1%), các khối u có kích thước lớn hơn chiếm tỷ lệ thấp.



Hình 1. Khối u có kích thước nhỏ nhất

BN Đỗ Thị H, Nữ, 60 tuổi, Mã bệnh nhân
VP2506000132

Bảng 4. Đặc điểm về mật độ và đường bờ u phổi

Đặc điểm tổn thương		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mật độ	Đặc	64	71,9
	Bán đặc	15	16,9
	Tạo hang	10	11,2
	Kính mờ	0	0
	Tổng	89	100

Đường bờ	Đều	2	2,2
	Tua gai	33	37,1
	Đa cung	54	60,7
	Tổng	89	100

Nhận xét: Tỷ lệ nốt đặc chiếm 71,9%, nốt bán đặc chiếm 16,9%; Tổn thương có đường bờ đa cung gặp nhiều nhất (60,7%), tiếp theo là tua gai (37,1%).



Hình 2. Khối u bờ tua gai

BN Lê Văn C, Nam, 64 tuổi, Mã bệnh nhân
VP2504000318

Bảng 5. Mức độ ngấm thuốc cản quang của khối u trên CLVT (n = 89)

Mức độ ngấm thuốc (HU)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Ngấm ít	20	22,5
Ngấm vừa	9	10,0
Ngấm mạnh	7	7,9
Ngấm rất mạnh	53	59,6
Tổng cộng	89	100,0

Nhóm ngấm rất mạnh (≥ 20 HU) chiếm tỷ lệ cao nhất với 59,6%, tiếp theo là nhóm ngấm ít chiếm 22,5%, ngấm vừa 10 % , ngấm mạnh 7,9%.

**Bảng 6. Kích thước và hình thái hạch trung thất trên
chẩn đoán hình ảnh (n = 89)**

Đường kính lớn nhất hạch trung thất	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 10 mm	83	93,3
> 10 mm và ≤ 15 mm	6	6,7
> 15 mm và ≤ 20 mm	0	0
> 20 mm	0	0
Tổng	89	100

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có đường kính lớn nhất của hạch trung thất ≤10 mm, chiếm 93,3%. Chỉ 6,7% bệnh nhân có hạch kích thước từ >10 mm đến ≤15 mm.

Bảng 7. Hình thái hạch trung thất trên CLVT (n=89)

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hạch hình dạng nhỏ	87	97,8
Tăng kích thước đơn thuần	1	1,1
Hoại tử trung tâm	0	0
Thâm nhiễm xung quanh	0	0
Vôi hóa	1	1,1
Tổng	89	100

Nhận xét: Hình thái hạch trung thất trên CLVT chủ yếu là hạch nhỏ, gặp ở 97,8% bệnh nhân. Chỉ có 1,1% trường hợp biểu hiện tăng kích thước đơn thuần và 1,1% trường hợp có vôi hóa.

IV. BÀN LUẬN

Có 89 BN được đưa vào nghiên cứu với độ tuổi trung bình là 60,9 ± 10,8 tuổi, trong đó BN trẻ tuổi nhất là 28 tuổi, lớn tuổi nhất là 81 tuổi, tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi > 50 tuổi với tỷ lệ là 87,6 %. Theo nghiên cứu này, kết quả sinh thiết trước mổ thấy UTBM tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất 87,6 %, tiếp đến là UTBM vảy chiếm tỷ lệ 6,7 %. Sau phẫu thuật UTBM tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất 87,6 %, tiếp đến là UTBM vảy chiếm tỷ lệ 7,9 %. Các tıp mô bệnh học còn lại chiếm tỷ lệ thấp, cho thấy kết quả giải phẫu bệnh đa số chính xác. Và 100% kết quả giải phẫu bệnh

trước và sau phẫu thuật khẳng định là ung thư phổi. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu như nghiên cứu của Đoàn Thị Phương Lan (2015) trên 104 BN có tổn thương dạng u ở phổi, trong đó 69 BN được chẩn đoán UTP nguyên phát, tỷ lệ UTBM tuyến là 91,3 %, UTBM vảy là 4,3 % [5]. Trương Thị Ngọc Hà (2023) UTBM tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất 74,4 %, tiếp đến là UTBM vảy chiếm tỷ lệ 10,6 % [6].

*** Về vị trí khối u trên phim chụp CLVT lồng ngực**

Trong 89 bệnh nhân nghiên cứu, vị trí thường gặp nhất của u phổi là thùy trên phải (38,2 %) và vị trí ít gặp nhất là thùy giữa phải (4,5 %). U phổi ở cả hai bên đều gặp nhiều ở thùy trên (51,7 %), điều này phù hợp với y văn là UTP thường xảy ra ở thùy trên và hay gặp hơn ở bên phải. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Trương Thị Ngọc Hà (2023) trên 83 bệnh nhân nghiên cứu, vị trí thường gặp nhất của u phổi là thùy trên phải (33,7 %) và vị trí ít gặp nhất là thùy giữa phải (8,4 %). U phổi ở cả hai bên đều gặp nhiều ở thùy trên (56,6 %) [6]. Đào Thị Cẩm Giang và cộng sự (2024) nghiên cứu trên 47 bệnh nhân, vị trí thường gặp nhất của u phổi là thùy trên phải (23,4 %) và vị trí ít gặp nhất là thùy giữa phải (17,1 %). U phổi ở cả hai bên đều gặp nhiều ở thùy trên (44,7 %) [7]. Nguyễn Vĩnh Phong và cộng sự (2025) nghiên cứu trên 80 bệnh nhân, vị trí thường gặp nhất của u phổi là thùy trên phải (31,3 %) và vị trí ít gặp nhất là thùy giữa phải (13,8 %). U phổi ở cả hai bên đều gặp nhiều ở thùy trên (46,3 %), vị trí thùy dưới phải (17,5%) và chủ yếu ở ngoại vi chiếm 93,8% [8]. Theo nghiên cứu này, không có trường hợp ung thư phổi giai đoạn sớm nào là loại u trong phế quản thùy hay ở vị trí phế quản gốc khả năng là do cỡ mẫu nghiên cứu còn hạn chế, đồng thời cũng mở ra hướng nghiên cứu tiếp theo về hình thái và vị trí của u phổi sớm này.

*** Về kích thước tổn thương trên phim chụp CLVT lồng ngực**

Theo nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các tổn thương có kích thước từ >1 cm và ≤ 2 cm chiếm tỷ lệ là 42,7 % và không có tổn thương nào kích thước > 7 cm. Đường kính lớn nhất trung bình của khối u là 2,26 ± 1,01

cm. Do nghiên cứu chỉ thực hiện ở những u phổi còn chỉ định phẫu thuật, nên tỷ lệ về kích thước khối u có thể khác biệt với một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Trương Thị Ngọc Hà (2023) trên 83 bệnh nhân nghiên cứu các tổn thương có kích thước từ > 2 cm và ≤ 3 cm chiếm tỷ lệ là 48,2 % và không có tổn thương nào kích thước ≤ 1 cm. Đường kính lớn nhất trung bình của khối u là $2,8 \pm 1,7$ cm [6]. Đào Thị Cẩm Giang và cộng sự (2024) Nghiên cứu trên 47 bệnh nhân tổn thương có kích thước từ > 5 cm và ≤ 7 cm chiếm tỷ lệ là 40,4 %. Đường kính trung bình của khối u là: $5,81 \pm 2,14$ cm, tỷ lệ khối u > 7 cm chiếm 23,4 % [7]. Các nốt hay khối bất thường ở phổi có nguy cơ ác tính tỉ lệ thuận với kích thước tổn thương, tổn thương kích thước càng lớn có nguy cơ ác tính càng cao nên việc phát hiện các nốt ở phổi từ khi nốt còn nhỏ là rất quan trọng nhằm điều trị kịp thời, hạn chế biến chứng.

*** Về đặc điểm mật độ tổn thương trên phim chụp CLVT lồng ngực**

Về đặc điểm mật độ khối u, chúng tôi phân loại thành các nhóm: đặc hoàn toàn, bán đặc, tổn thương kính mờ, tổn thương tạo hang. Tổn thương bán đặc được định nghĩa là tổn thương gồm cả thành phần đặc và thành phần kính mờ. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu như: Nghiên cứu của Cung Văn Công (2015) cho thấy đa số bệnh nhân có khối u mật độ đặc hoàn toàn chiếm 90,8 %, dạng bán đặc chiếm 5,7 %, dạng tạo hang chiếm 2,8 % và 1 BN có tổn thương dạng kính mờ chiếm tỷ lệ 0,7 % [9]. Trần Xuân Quân (2020) trên 102 BN cho thấy 91,2 % các khối u có dạng đặc hoàn toàn, 2,9 % u có mật độ bán đặc, 5,9 % u dạng hang [10]. Trương Thị Ngọc Hà (2023) cho thấy các khối u ở dạng đặc chiếm tỷ lệ cao nhất là 78,3 %, tiếp theo là khối u dạng bán đặc chiếm 19,3 %, dạng tạo hang có 2 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 2,4 % [6]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận khối u dạng đặc hoàn toàn chiếm tỷ lệ cao nhất (79,1%), tiếp theo là dạng bán đặc (16,9%) và dạng tạo hang (11,2%); không ghi nhận trường hợp nào có tổn thương dạng kính mờ. Mặc dù tỷ lệ từng dạng tổn thương có sự khác nhau giữa các nghiên cứu, khối u dạng đặc vẫn là hình thái chiếm ưu thế, phù hợp với đặc điểm hình ảnh thường gặp của ung thư phổi trên CLVT.

*** Về đặc điểm đường bờ tổn thương trên phim chụp CLVT lồng ngực**

Kết quả nghiên cứu này cho thấy tổn thương chủ yếu có bờ không đều đa cung và tua gai (chiếm 97,8%), tương đồng với nhiều nghiên cứu khác như nghiên cứu của Trần Xuân Quân (2020) trên 98 BN có gần như toàn bộ số tổn thương có bờ không đều hoặc bờ tua gai chiếm 98,9 %, chỉ có 1 khối u bờ tròn nhẵn chiếm 1,1% [10]. Nguyễn Quốc Phương (2015) nghiên cứu 47 BN UTP không tế bào nhỏ thấy 100 % tổn thương u có bờ không đều hoặc tua gai [11]. Đào Thị Cẩm Giang và cộng sự (2024) Nghiên cứu trên 47 bệnh nhân UTP thấy Ung thư phổi thường có bờ tua gai hoặc đa cung với tỷ lệ 100%, không có ca nào có bờ tròn đều [7].

Sự tương đồng này cho thấy đường bờ không đều là đặc điểm hình ảnh điển hình của ung thư phổi, phản ánh sự phát triển không đồng đều và xu hướng xâm lấn của khối u vào nhu mô phổi xung quanh. Tuy nhiên, dấu hiệu này không hoàn toàn đặc hiệu vì vẫn có thể gặp trong một số bệnh lý viêm mạn tính, lao phổi hoặc tổn thương xơ hóa, do đó cần được đánh giá kết hợp với các đặc điểm hình ảnh khác và kết quả mô bệnh học để nâng cao độ chính xác trong chẩn đoán.

*** Đặc điểm ngấm thuốc cản quang của u**

Nghiên cứu của tôi cho thấy, phần lớn khối u phổi ngấm thuốc cản quang đường tĩnh mạch ở mức rất mạnh chiếm 59,6%, tiếp đến là ngấm ít (22,5%), ngấm vừa (10 %) và ngấm mạnh (7,9%). Trong 15 trường hợp nốt bán đặc, phần đặc của nốt chủ yếu ngấm thuốc cản quang rất mạnh, gặp ở 11 trường hợp (73,3%). Như vậy, 67,5% trường hợp có mức độ ngấm thuốc từ mạnh đến rất mạnh, cho thấy đa số khối u có tăng bắt thuốc cản quang rõ sau tiêm, gợi ý tình trạng tăng sinh mạch máu thường gặp ở các tổn thương ác tính, tương đồng với kết quả của Nguyễn Vĩnh Phong và cộng sự (2025) trong đó 63,7% khối u phổi nghi ngờ ác tính ngấm thuốc mạnh, chứng tỏ phần lớn các tổn thương ác tính đều có khả năng tăng bắt thuốc cản quang sau tiêm [8].

*** Về đặc điểm hạch trung thất**

Nghiên cứu này cho thấy đường kính ngang hạch

< 10mm chiếm tỷ lệ cao nhất là 93,3 %, khác với nghiên cứu Trương Thị Ngọc Hà (2023) cho thấy đường kính ngang hạch từ ≥ 10 mm và ≤ 15 mm chiếm tỷ lệ cao nhất là 64,7 % [6]. Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là các bệnh nhân chưa có di căn hạch hoặc ở giai đoạn bệnh sớm, nên đa số hạch trung thất vẫn có kích thước bình thường. Theo y văn, đường kính trục ngắn ≥ 10 mm là ngưỡng thường được sử dụng để đánh giá hạch trung thất bất thường trên CLVT. Tuy nhiên, kích thước hạch đơn thuần không đủ để xác định tình trạng di căn, vì hạch tăng kích thước có thể do phản ứng viêm, trong khi nhiều hạch có kích thước bình thường vẫn có thể chứa tế bào ung thư. Do đó, cần kết hợp đánh giá kích thước với các đặc điểm hình thái của hạch, hình ảnh chuyển hóa trên PET/CT hoặc kết quả giải phẫu bệnh để nâng cao độ chính xác trong chẩn đoán di căn hạch. Hạch ác tính thường có các dấu hiệu như hạch tăng kích thước, mất rốn mỡ, thâm nhiễm mô mỡ xung quanh hoặc hoại tử trung tâm làm tăng khả năng hạch ác tính và cần được đánh giá kết hợp với các đặc điểm hình ảnh khác cũng như kết quả

mô bệnh học. Trong nghiên cứu của Toloza và cộng sự (2003) cho thấy độ nhạy của CLVT chỉ đạt 57%, độ đặc hiệu 82 %, giá trị dự báo dương tính 56% và giá trị dự báo âm tính 83% trong đánh giá phân độ hạch trung thất trong UTP [12].

V. KẾT LUẬN

Ung thư phổi giai đoạn sớm còn chỉ định phẫu thuật có đặc điểm là các nốt/khối đặc (chiếm 71,9%); tiếp đến là các nốt bán đặc (16,9%). U gặp ở thùy trên hai phổi (chiếm 51,7 %), kích thước nhỏ (1-2 cm chiếm 42,7 %), bờ đa cung và bờ tua gai (chiếm 97,8%),. Phần lớn các khối u phổi đều ngấm thuốc cản ở mức rất mạnh (chiếm 59,6%), các lõi đặc của nốt bán đặc ngấm thuốc mạnh, phần kính mờ quanh lõi đặc của nốt bán đặc không ngấm thuốc/ngấm thuốc kém. Hạch trung thất nhỏ, đường kính ngang bé nhất hạch < 10mm chiếm tỷ lệ 93,3 %. Kết quả nghiên cứu này cung cấp thêm dữ liệu về các dấu hiệu nhận biết nốt ung thư phổi ở giai đoạn sớm trên chụp CLVT đa dãy, góp phần vào việc chẩn đoán sớm và định hướng khả năng phẫu thuật nốt U phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Detterbeck FC, Woodard GA, Bader AS et al. The proposed ninth edition TNM classification of lung cancer. *Chest*. 2024.166(4):882-895.
2. Migliore M, Palmucci S, Nardini M et al. Imaging patterns of early-stage lung cancer for the thoracic surgeon. *J Thorac Dis* 2020;12(6):3349-3356.
3. Ning J, Ge T, Jiang M, et al. Early diagnosis of lung cancer: which is the optimal choice? *Aging* (Albany NY) 2020.13(4):6214-6227.
4. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ (Ban hành kèm theo Quyết định số 4825/QĐ-BYT). Hà Nội: Bộ Y tế; 2018.
5. Đoàn Thị Phương Lan. Giá trị của sinh thiết cắt xuyên thành ngực dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính trong chẩn đoán tổn thương dạng u ở phổi. *Published online* 2015.
6. Trương Thị Ngọc Hà, Nguyễn Văn Thi, Đoàn Tiến Lưu, và Cs. Vai trò của cắt lớp vi tính đa dãy lồng ngực trong đánh giá giai đoạn sớm ung thư phổi. *Tạp chí Điện quang và Y học hạt nhân Việt Nam* 2025;(59):4-10.
7. Đào Thị Cẩm Giang, Lại Văn Nông, Phạm Thị Anh Thư và Cs. Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán ung thư phổi nguyên phát tại Bệnh viện Ung bướu Cần Thơ năm 2022-2024. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ* 2024.76:42-47.

8. Nguyễn Vĩnh Phong, Bùi Ngọc Thuận, Nguyễn Thị Giao Hạ, và Cs. Đặc điểm hình ảnh học và giá trị của chụp cắt lớp vi tính ngực có tiêm thuốc cản quang trong chẩn đoán khối u phổi nghi ngờ ác tính tại Bệnh viện Ung Bướu thành phố Cần Thơ năm 2024-2025. Tạp chí Y học Việt Nam 2025.553(3):43-47.

9. Cung Văn Công. 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 NCKH Y Dược Lâm sàng 108, 2015.

10. Trần Xuân Quân. Vai trò của cắt lớp vi tính đa dãy lồng ngực trong đánh giá giai đoạn ung thư phổi theo phân loại AJCC phiên bản 8, 2020, *Published online*.

11. Nguyễn Quốc Phương. Đặc điểm hình ảnh và vai trò của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán và theo dõi điều trị hóa chất ung thư phổi không tế bào nhỏ hình ảnh và vai trò của cắt lớp vi tính trong đánh giá ung thư phổi không tế bào nhỏ trước và sau điều trị, Tạp chí Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam 2016. 23:13-18.

12. Toloza EM, Harpole L, McCrory DC. Noninvasive staging of non-small cell lung cancer: a review of the current evidence. Chest. 2003;123(1 Suppl):137S-146S. doi:10.1378/chest.123.1_suppl.137s

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả các đặc điểm hình ảnh CLVT đa dãy ngực ở bệnh nhân UTP giai đoạn sớm được phẫu thuật tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2025.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 89 bệnh nhân UTP giai đoạn sớm (Từ IA đến IIIA) được chụp CLVT đa dãy ngực cản quang trước mổ và có kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật cắt u/thùy phổi tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2025. Dữ liệu xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Kết quả: Trên CLVT, tổn thương tập trung nhiều nhất ở thùy trên phổi phải (38,2%); đường kính trung bình là $2,26 \pm 1,01$ cm (nhóm $>1 - \leq 2$ cm chiếm cao nhất với 42,7%). Mật độ u chủ yếu là dạng đặc (71,9%), bán đặc chiếm 16,9%. Bờ đa cung (60,7%) và bờ tua gai (37,1%) chiếm đa số. Sau tiêm cản quang, 59,6% khối u ngấm thuốc rất mạnh (≥ 20 HU). Hạch trung thất đa số có đường kính ngắn ≤ 10 mm (93,3%) với hình thái lành tính (97,8%).

Kết luận: UTP giai đoạn sớm trên CLVT đa dãy biểu hiện chủ yếu là nốt/khối đặc, ưu thế thùy trên phổi phải, bờ đa cung hoặc tua gai và ngấm thuốc cản quang mạnh. CLVT giúp chẩn đoán sớm nhằm lập kế hoạch điều trị phù hợp.

Từ khóa: Ung thư phổi giai đoạn sớm; Cắt lớp vi tính đa dãy; Chẩn đoán hình ảnh; Phẫu thuật; Ung thư biểu mô tuyến.

Người liên hệ: Trần Văn Tuấn. Email: trantuan.dttt@gmail.com
Ngày nhận bài: 29/07/2026. Ngày nhận phản biện: 30/07/2026. Ngày chấp nhận đăng: 03/09/2026