

## 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

### The image characteristic and the value of CT-Scanner in diagnosis of non-small cell lung cancer and follow-up post chemotherapy

Nguyễn Quốc Phương\*, Bùi Văn Lệnh\*\*

#### SUMMARY

*Lung cancer is non-small cell type common , accounting for 80% of all lung cancers and is the kind of good response to chemotherapy. The problem of early diagnosis and follow-up after treatment chemicals tumors is essential.*

**Objective:** *Describe some features computerized tomography images of lung cancer non-small cell and rating the value of computerized tomography in monitoring chemotherapy lung cancer non -small cell.*

**Subjects and Methods:** *The study conducted on 47 patients diagnosed with lung cancer non -small cell had computed tomography movie multiple slices at Medical University Hospital from 5/2012 to Hanoi in May / 201. Study design: descriptive cross-sectional, prospective combined with retrospective.*

**Results:** *In 47 patients with 28 patients with tumors in the (R) 59.6%, 19 patients with tumors in the (L) 40,46%. Smallest tumor size 2,4cm, the largest 8.2 cm, medium 5.3 cm. Before average injection of contrast 100% of tumors with low levels < 50 Hu, after injecting drug absorbed 100% u > 20 HU. Bo irregular tumor (lobe segments) or fringed or hemp (100%). In 38 patients with metastases that 100% cost- compartment shaft size > = 15 mm and soaked after dye injection drugs. Which necrotic nodes, adhesive 9 patients (23.7%), Lymphadenopathy mere 29 patients (76.3%). Results after 6 round treatment chemicals according to RECIST Version 1.1: Complete response of 25 patients (53.3%), can meet 17 patients (36.1%), Stable 5 patients (10.6%), Progress: 0 patients (0%)*

**Conclusion:** *CLVT valuable in the diagnosis and monitoring of cancer chemotherapy -small cell lung.*

**Keywords:** *Lung cancer, lung cancer non-small cell, computed tomography.*

\* Khoa Chẩn đoán hình ảnh,  
Bệnh viện Đa khoa Hòa Bình

\*\* Trường ĐHY Hà Nội

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi không tế bào nhỏ chiếm tới 80% các ung thư phổi và là loại đáp ứng tốt với hóa trị. Vấn đề chẩn đoán sớm và theo dõi sau điều trị hóa chất là rất cần thiết. CLVT có vai trò quan trọng trong chẩn đoán ban đầu các u phổi và hướng tới chẩn đoán u phổi không tế bào nhỏ cùng với theo dõi sau điều trị góp phần điều trị ung thư phổi ngày một hiệu quả hơn. Các thông tin quan trọng của CLVT của UTP (trước và sau điều trị), như kích thước, hình dạng vị trí, một ổ hay đa ổ, tình trạng di căn hạch, di căn gần hay xa, xâm lấn hay không xâm lấn các cơ quan, tổ chức lân cận là các dấu hiệu cần khảo sát khi chẩn đoán và theo dõi tiến triển của bệnh theo tiêu chuẩn RECIST. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với 02 mục tiêu:

1. *Mô tả một số đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của ung thư phổi không tế bào nhỏ.*

2. *Đánh giá vai trò của cắt lớp vi tính trong theo dõi điều trị hóa chất ung thư phổi không tế bào nhỏ.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiến cứu thực hiện trên 47 bệnh nhân chụp CLVT đa dãy ngực có tiêm thuốc cản quang, có chẩn đoán tế bào là ung thư phổi không tế bào nhỏ và được điều trị hóa chất tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Các phác đồ cơ bản theo Hiệp hội Ung thư phổi Hoa Kỳ:

#### Một số phác đồ hóa chất (điều trị 1 liệu trình 6 chu kỳ)

1. Taxol (175mg/m<sup>2</sup> da) Carboplatin (AUC=6), chu kỳ 21 ngày.

hoặc Taxol (175mg/m<sup>2</sup> da) Cisplatin 100 mg/m<sup>2</sup> da, chu kỳ 21 ngày.

2. Gemcitabine (1000 mg/m<sup>2</sup> da) ngày 1, ngày 8; Carboplatin (AUC=6) ngày 1, chu kỳ 21 ngày.

hoặc Gemcitabine (1000 mg/m<sup>2</sup> da) ngày 1, ngày 8; Cisplatin (100 mg/m<sup>2</sup> da) ngày 1, chu kỳ 21 ngày.

3. Navelbine (60 mg/m<sup>2</sup> da) ngày 1, ngày 8; Carboplatin (AUC=6) ngày 1, chu kỳ 21 ngày.

hoặc Navelbine (60 mg/m<sup>2</sup> da) ngày 1, ngày 8; Cisplatin 100 mg/m<sup>2</sup> da ngày 1, chu kỳ 21 ngày.

Chụp cắt lớp lồng ngực được thực hiện tiếp theo sau 3 chu kỳ điều trị và sau liệu trình điều trị (6 chu kỳ, mỗi chu kỳ 21 ngày).

### 2.2. Các biến số

- Các biến số hành chính: tuổi, giới...

- Biến số lâm sàng: tiền sử, ho, ho ra máu, đau ngực, khó thở, sút cân...

- Dấu hiệu CLVT: vị trí u, kích thước, số lượng, đường bờ u, tỷ trọng u, xâm lấn, di căn (hạch, di căn xa...)

- Phân loại u trước và sau điều trị theo phiên bản 7TNM 2009.

- Đánh giá theo dõi u bằng tiêu chuẩn RECIST 2.1. Thời gian theo dõi là sau liệu trình (đối chiếu so sánh tổn thương ban đầu, sau 3 chu kỳ và sau 6 chu kỳ):

o Kết luận đáp ứng sau điều trị của các tổn thương đích (lấy tổng kích thước của nhiều nhất 5 u đo được, mỗi tạng lấy nhiều nhất 2 u).

o CR (Complete Response) đáp ứng hoàn toàn: các tổn thương u mất hoàn toàn, với hạch <10mm.

o PR (Partial Response) đáp ứng một phần: Kích thước u giảm ≥ 30% tổng kích thước so với ban đầu.

o SD (Stable Disease) Bệnh ổn định khi PR < SD < PD.

o PD (Progressive Disease) không đáp ứng: Kích thước u tăng trên 20%.

Kết quả được xử lý bằng các thuật toán y sinh học SPSS 16.0, thống kê mô tả tần số của biến.

## III. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng

#### 3.1.1. Đặc điểm tuổi và giới của nhóm nghiên cứu

- Tỷ lệ nam 68,1% và nữ 31,9%.

**Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi nhóm nghiên cứu**

Nhóm tuổi	Số BN	Tỷ lệ %
< 40	1	2,1
50 – 59	13	27,7
60 – 69	24	51,1
≥ 70	9	19,1
Tổng	47	100
Trung bình	62,7 ± 8,1 (38 – 77)	

*Nhận xét:* Lớp tuổi trung niên thường gặp nhất (38 đến 77 tuổi, trung bình 62). Có 31/47 trường hợp nghiện thuốc lá, thuốc lào chiếm 66%.

**3.1.2. Một số triệu chứng lâm sàng hay gặp**

Ho kéo dài gặp 45/47 trường hợp chiếm 95,7%, đau ngực 39/47 (83%), khó thở gặp 3/47 (6,4%).

**3.2.3. Độ đậm đặc ngấm thuốc khối u trước và sau tiêm thuốc cản quang**

**Bảng 3.2. Độ đậm đặc ngấm thuốc khối u trước và sau tiêm thuốc cản quang**

Đặc điểm	Tỷ trọng	Tần suất	Tỷ lệ %	Tổng số
Trước tiêm thuốc	>50 HU	0	0	0
	<50HU	47	100	100
Sau tiêm thuốc ngấm tăng	>20 HU	47	100	100
	<20 HU	0	0	0

*Nhận xét:* 100% u có tỷ trọng trước tiêm nhỏ hơn 50 HU. Sau tiêm thuốc cản quang 100% u ngấm thuốc lớn hơn 20 HU.

**3.2.4. Hoại tử, vôi hóa trong u**

Có 7 bệnh nhân có u hoại tử, các u này đều có kích thước lớn hơn 3 cm. Chỉ có 1 ca có vôi hóa trong u (2,1%).

**3.2.5. Bờ viền khối u**

100% u có bờ không đều (thùy múi) hoặc có tua gai.

**3.2.6. Xâm lấn của khối u**

Trong 6 ca xâm lấn có 5 ca xâm lấn màng phổi tạng và 1 ca xâm lấn màng phổi trung thất.

**3.2.7. Di căn hạch**

Có di căn hạch trung thất và rốn phổi ở 38/47 chiếm 80,9%.

**3.2.8. Đặc điểm hạch di căn**

**Bảng 3.3. Đặc điểm hạch**

Đặc điểm	Tần suất	Tỷ lệ %
Kích thước (trục ngắn)	>15mm	38
	<15 mm	
Cấu trúc	Không hoại tử	29
	Có hoại tử	9

**3.2. Đặc điểm hình ảnh chụp CLVT**

**3.2.1. Vị trí khối u**

U phổi phải: 28/47 trường hợp (59,6%), u phổi trái: 19 trường hợp (40,4%).

**3.2.2. Kích thước khối u:** Lớn nhất: 8,2; Nhỏ nhất: 2,4 và trung bình: 5,3cm.

*Nhận xét:* 100% hạch có kích thước trục ngắn >= 15 mm. Có 29 trường hợp hạch to đơn thuần (76,3%) và 9 trường hợp hoại tử, dính (23,7%).

**3.2.9. Di căn xa**

Ngoài di căn hạch, có 10 trường hợp di căn phổi (21,3%), thượng thận 3 (6,4%) và các bộ phận khác (xương) 2 trường hợp (4,2%).

**3.2.10. Phân loại giai đoạn theo TNM2009**

Giai đoạn IIb = 6 (12,8%), IIIa = 16 (34%), IIIb = 10 (21,2% và giai đoạn IV = 15 (32%).

**3.3. Chụp CLVT sau liệu trình điều trị và phân loại theo TNM 2009**

**3.3.1. Kích thước u**

Không gặp trường hợp nào u tăng kích thước > 20%, u có kích thước giảm <30% đến u có kích thước < 20%: 5 trường hợp (10,6%), u có kích thước giảm ≥ 30%: 17 trường hợp (36,1%), u biến mất hoàn toàn: 25 trường hợp (53,3%).

**3.3.2. Kích thước hạch**

100% hạch có kích thước nhỏ < 10 mm.

**3.3.3. Tổn thương mới:** không thấy tổn thương mới.

**3.4. Tỷ lệ đáp ứng điều trị theo RECIST 1.1**

**Bảng 3.4**

Đặc điểm	Tần suất	Tỷ lệ %
Đáp ứng hoàn toàn	25	53,3
Có đáp ứng	17	36,1
Ổn định	5	10,6
Không đáp ứng	0	0
<i>Tổng cộng</i>	47	100

**3.5. Chuyển giai đoạn sau điều trị**

Sau liệu trình điều trị hóa chất bệnh nhân có sự chuyển giai đoạn với kết quả: u biến mất 25 trường hợp (53,2%), giai đoạn Ia 10 trường hợp (21,2%), giai đoạn IIa 7 trường hợp (14,9%) và giai IV 5 trường hợp (10,7%).

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm lâm sàng**

**4.1.1. Đặc điểm tuổi và giới của nhóm nghiên cứu**

Bệnh nhân cao tuổi nhất là 77 và nhỏ nhất là 38, lớp tuổi thường gặp nhất là > 50 tuổi, điều này cũng tương tự nhiều nghiên cứu đã công bố [3],[5].

**4.1.2. Yếu tố hút thuốc lá**

Chúng tôi gặp 31 trường hợp nghiện thuốc lá, thuốc lào với mức >10 điếu/ ngày. Kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu ở trong nước và nước ngoài, là một cơ sở củng cố thêm về yếu tố nguy cơ gia tăng UTPQP ở nhóm bệnh nhân hút thuốc lá [1], [2].

**4.1.3. Một số triệu chứng lâm sàng hay gặp**

Ho kéo dài (95,7%) và đau ngực (85%) là hai triệu chứng hay gặp có giá trị trong chẩn đoán ung thư phổi. Các công bố của các tác giả nước ngoài cho thấy tỷ lệ này thấp hơn như nghiên cứu của Perrot M [3] thì ho kéo dài gặp ít hơn (15%), đau ngực gặp ít hơn (17%), không triệu chứng gặp nhiều (32%). Tô Kiều Dung và cs [4] nghiên cứu kết quả phẫu trị ung thư phế quản tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Trung ương 1999 cho thấy một số triệu chứng hay gặp sau có tỷ lệ tương

đương nghiên cứu của chúng tôi như ho kéo dài gặp 78,4%, đau ngực gặp 73,7%. Điều này lại chứng minh thêm là ung thư phổi ở nước ta phát hiện muộn khi lâm sàng quá rầm rộ. Vấn đề đặt ra là cần tầm soát ung thư phổi bằng chụp phổi định kỳ trong cộng đồng là cấp thiết.

**4.2. Một số đặc điểm hình ảnh CLVT UTP không tế bào nhỏ**

**4.2.1. Vị trí khối u**

Chúng tôi có 28 trường hợp u ở phổi phải (59,6%), u phổi trái có 19 trường hợp (40,4%), tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả khác [5], [6], [7].

**4.2.2. Kích thước u**

91,5% các trường hợp u trên 3 cm. Cá biệt có trường hợp u 8,22 cm. Như vậy hầu hết bệnh nhân đến với chúng tôi đều ở giai đoạn muộn khi u đã lớn.

**4.2.3. Độ đậm trước và sau tiêm thuốc cản quang**

Trước tiêm cản quang các u phổi này có tỷ trọng xung quanh 50 HU. Sau tiêm thuốc 100% u ngấm thuốc mạnh > 20 HU. Một số nghiên cứu ở Việt Nam và nước ngoài cũng có nhận xét tương tự như nghiên cứu của Bùi Anh Thắng và cộng sự (2011) [5]. Kiessling và cộng sự (2004) [8] nghiên cứu sự ngấm thuốc của u ở 124 BN ung thư phổi trên CLVT. Mức độ ngấm thuốc phụ thuộc nhiều vào kích thước, thời gian tiêm thuốc.

**4.2.4. Vôi hóa và hoại tử trong u**

Chúng tôi thấy có sự tương quan giữa kích thước u và hoại tử trong u. U có kích thước càng lớn sự hoại tử trong u càng cao. Nhiều tác giả cũng cùng nhận xét như chúng tôi [5]. Vôi hóa trong u phổi thường hiếm, chúng tôi chỉ gặp 1 trường hợp.

**4.2.5. Bờ viền khối u**

Bờ của khối u không đều thường có dạng thùy múi hoặc có tua gai. Đây là một trong những hình ảnh gợi ý chẩn đoán u ác. Trong khi các u lành tính đa số bờ đều, nhẵn, có giới hạn với nhu mô phổi xung quanh rõ. Trong nghiên cứu này 100% tổn thương u có bờ không đều hoặc có tua gai. Nhận xét của chúng tôi cũng phù hợp với các tài liệu kinh điển và các nghiên cứu của nhiều tác giả khác [6], [8], [9], [10].

**4.2.6. Xâm lấn của khối u**

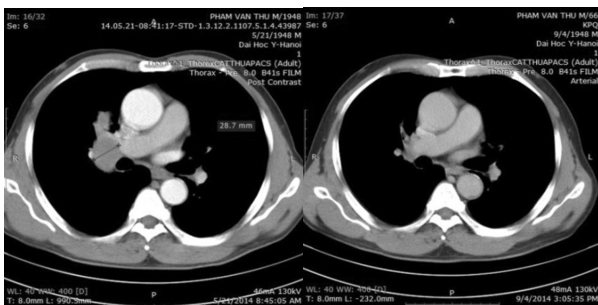
Hình ảnh CLVT trước và sau tiêm thuốc cản quang rất có giá trị chẩn đoán u phổi xâm lấn lân cận và các tạng, tổ chức xung quanh. Dấu hiệu xâm lấn có ý nghĩa rất lớn trong phân loại tổn thương ở giai đoạn (theo TNM 2009) T2 - T3 hay T4. Các xâm lấn hay gặp nhất là màng phổi. Nhiều tác giả cũng có chung nhận xét với chúng tôi [4, 6, 8].

**4.2.7. Di căn**

Ngoài di căn hạch, hình ảnh CLVT còn chỉ ra các di căn tại phổi, thượng thận, não, xương v.v... Hình ảnh CLVT có ý nghĩa rất lớn trong phân loại tổn thương theo TNM 2009 [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy di căn tại phổi 21,3%, thượng thận 6,4%, các cơ quan khác 4,2%. Nhiều nghiên cứu cũng có đã nêu kết luận về di căn của ung thư phổi tương tự chúng tôi [5,13].

**4.2.8. Đặc điểm hạch di căn**

Trong 38 trường hợp có hạch di căn chung tôi nhận thấy 100% hạch có kích thước trực ngắn >=15 mm và ngấm thuốc sau tiêm, trong đó hạch hoại tử, dính chiếm 23,7%, hạch to đơn thuần 76,3%. Các đặc điểm này cũng phù hợp với tài liệu kinh điển và các nghiên cứu của các tác giả khác [5], [6], [11].



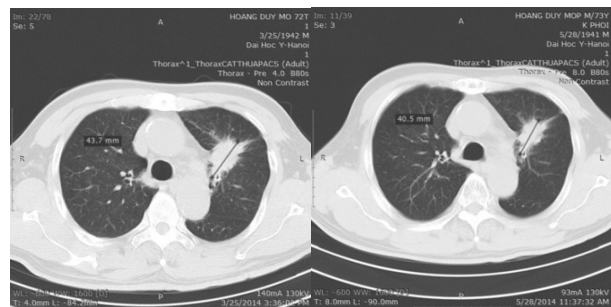
**Ảnh 4.1. Hình ảnh hạch di căn trước và sau điều trị (kích thước sau điều trị < 10mm)**

**4.3. Giá trị của cắt lớp vi tính trong phân loại theo dõi điều trị hóa chất ung thư phổi không tế bào nhỏ**

Trên thế giới hiện nay, chụp CLVT đa dãy là kỹ thuật cơ bản, các dữ liệu hình ảnh dùng cho đánh giá giai đoạn theo TNM 2009 [13]. Tiêu chuẩn đo lường theo RECIST Version 1.1 ra đời năm 2009 là cơ sở đo đạc tính toán trong theo dõi điều trị các ung thư nói chung và ung thư phổi nói riêng [12].

Với các phác đồ hóa trị của Bệnh viện Đại học Y, sau liệu trình điều trị có 53,3% trường hợp đáp ứng hoàn toàn với điều trị hóa chất, có đáp ứng là 36,1%, ổn định là 10,6%, không có tiến triển nặng thêm.

Chuyển giai đoạn sau điều trị, kết quả rất khả quan với 53,2% u biến mất, giai đoạn Ia có 10 trường hợp chiếm 21,2%, giai đoạn II a có 7 trường hợp chiếm 14,9% và giai đoạn IV có 5 trường hợp chiếm 10,7%.



**Ảnh 4.2. Hình ảnh u phổi trước bờ không đều có tua gai. Kích thước u trước và sau điều trị (kích thước nhỏ đi < 30%)**

**V. KẾT LUẬN**

Qua nghiên cứu 47 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được điều trị hóa chất, được chụp CLVT đa dãy chẩn đoán và theo dõi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội chúng tôi đưa ra một số kết luận sau:

**1. Đặc điểm hình ảnh ung thư phổi không tế bào nhỏ**

Các u gặp ở phổi phải nhiều hơn phổi trái với tỷ lệ gần 1,5 lần. Kích thước u thay đổi từ 2,4 cm tới 8,2 cm, chủ yếu gặp các u từ 3 - 5 cm. Bờ u thường nham nhở không đều dạng tua gai (100%). Tỷ trọng u trước tiêm thường >50 HU và ngấm mạnh sau tiêm thuốc cản quang. Tỷ lệ u có hoại tử là 14,9%, chủ yếu gặp hoại tử ở các u kích thước lớn. Di căn hạch trung thất và rốn phổi rất thường gặp, ngoài ra còn thấy di căn tuyến thượng thận và di căn xương.

**2. Giá trị của cắt lớp vi tính trong theo dõi điều trị hóa chất ung thư phổi không tế bào nhỏ**

Chụp CLVT là một phương pháp hữu ích không những trong chẩn đoán mà còn có giá trị theo dõi hiệu quả điều trị hóa chất. Ung thư phổi không tế bào nhỏ đáp ứng hóa trị rất tốt với 53,3%, đáp ứng một phần là 36,1% và ổn định là 10,6%. Hầu hết các trường hợp đều tiến triển tốt theo đánh giá bằng tiêu chuẩn RECIST 1.1.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Doll R et al (1978), "Cigarette smoking and bronchial carcinoma: dose and time relationships among regular smokers and lifelong non-smokers", *J Epidemiol Community Health*, (32), 303.
2. Lubin J. H et al (1984), "Patterns of lung cancer risk according to type of cigarette smoked", *Int J Cancer*, (33), 569.
3. Perrot M et al (2000), "Sex differences in presentation, management, and prognosis of patients with non- small cell lung carcinoma", *J Thorac Cardiovasc Surg*, (119), 21-6
4. Tô Kiều Dung và cs (1999). "Nghiên cứu kết quả phẫu trị ung thư phế quản tại Bệnh viện Lao và bệnh Phổi Trung ương 1999".
5. Bùi Anh Thắng (2011). "Đặc điểm hình ảnh học Ung thư phế quản phổi trên phim chụp cắt lớp vi tính", *Tạp chí nghiên cứu Y học (Y học Thành phố Hồ Chí Minh) \* tập 15 \* phụ bản số 2\*2011*.
6. Cung Văn Công (2015). "Nhận xét một số đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính và mô bệnh học của ung thư phổi ở các bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương". *Tạp chí Y học quân sự số 306(5-6/2015)*.
7. Lederlin M et al (2013), "Correlation of radio and histomorphological pattern of pulmonary adenocarcinoma", *Eur. Respir J.*, 41(4): p. 943-51.
8. Kiessling F et al (2004), "Perfusion CT in patients with advanced bronchial carcinomas: a novel chance for characterization and treatment monitoring?", *Eur. Radiol*, 14(7): p. 1226-33.
9. Nguyễn Duy Huê, Phạm Minh Thông (2009) "Chẩn đoán hình ảnh" dùng cho đào tạo bác sỹ đa khoa NXB Giáo dục Việt Nam tr. 176 -177.
10. Phạm Ngọc Hoa và Lê Văn Phước (2008) "Chẩn thương ngực" NXB Y học, tr. 10, 11, 81, 82, 181-195.
11. Clifton FM and Carolyn M. (1990): "Regional Lymph Nod Classification for Lung chest cancer satging", *Chest* 111: 1718
12. E.A. Eisenhauer, P. Therasse, J. Bogaerts et al (2009) *New response evaluation criteria in solid tumours: Revised RECIST guideline (version 1.1)*.
13. Frank C. Detterbeck, D.J.B.a.L.T.T.,(2009). *The New Lung Cancer Staging System*. *Chest*. 136: p. 260-271.

TÓM TẮT

Ung thư phổi không tế bào nhỏ là loại hay gặp, chiếm tới 80% các ung thư phổi và đáp ứng tốt với hóa trị.

**Mục tiêu:** 1. Mô tả một số đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính của ung thư phổi không tế bào nhỏ, 2. Đánh giá vai trò của cắt lớp vi tính trong theo dõi điều trị hóa chất.

**Đối tượng và phương pháp:** 47 bệnh nhân chụp cắt lớp vi tính phổi có chẩn đoán tế bào là ung thư phổi không tế bào nhỏ được điều trị hóa chất tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 5/2012 đến tháng 5/2015. Nghiên cứu tiến cứu mô tả.

**Kết quả:** Có 28 u ở phổi phải (59,6%) 19 u ở phổi trái (40,4%). Kích thước u nhỏ nhất 2,4cm, lớn nhất 8,2 cm, trung bình 5,3 cm. Trước tiêm cản quang 100% khối u có tỷ trọng thấp < 50 HU, sau tiêm thuốc 100% u ngấm thuốc > 20 HU. Bờ của khối u không đều (thùy mũi) hoặc có tua hay gai (100%). Có 38/47 trường hợp có di căn hạch với kích thước trực ngắn >15 mm và ngấm thuốc sau tiêm, trong đó hạch hoại tử, dính có 23,7%, hạch to không có hoại tử 76,3%. Theo dõi sau 6 đợt hóa trị các trường hợp đáp ứng hoàn toàn là 25 chiếm 53,3%, đáp ứng một phần là 17 chiếm 36,1% tổn thương ổn định ở 5 bệnh nhân (10,6%), không có trường hợp nào tiến triển nặng thêm.

**Kết luận:** CLVT có giá trị trong chẩn đoán và theo dõi điều trị hóa chất ung thư phổi không tế bào nhỏ.

**Từ khóa:** Ung thư phổi, ung thư phổi không tế bào nhỏ, chụp cắt lớp vi tính.

Người liên hệ: Bùi Văn Lệnh

Email: buivanlenh@gmail.com

Ngày Nhận bài: 4.2.2016

Ngày chấp nhận đăng: 20.2.2016