

## VAI TRÒ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY LỒNG NGỰC TRONG ĐÁNH GIÁ GIAI ĐOẠN SỚM UNG THƯ PHỔI

### The Role of Multi-Detector Thoracic Computed Tomography in Assessment of Early Stage Lung Cancer

*Trương Thị Ngọc Hà\*, Nguyễn Văn Thi\*\*, Đoàn Tiến Lưu\*\*\*,  
Nguyễn Thùy Linh\*\*\*\*, Đinh Hoàng Việt\*\*\*\*\**

#### SUMMARY

**Objective:** To characterize multi-detector computed tomography (MDCT) images of the chest and initially determine the T, N stage of early lung cancer on MDCT images.

**Methods:** A transverse, prospective descriptive study of 53 patients diagnosed with early-stage lung cancer based on MDCT images at K hospital between January 1, 2022, and January 1, 2023, underwent surgery and had postoperative pathology results.

**Results:** Early-stage lung cancer was more common over 50-year-olds (92.5 percent), more common in men (73.6 percent) than in women (26.4 percent). The most frequent histopathological type was adenocarcinoma (77.4%). Both adenocarcinoma and squamous carcinoma are characterized mainly by solid form (66.7% and 65.8%), spiculated margin (69.3% and 66.7%), polygonal shape (70.7% and 77.8%). Cavitary lesions were more common in squamous carcinoma (22.2%). Assessment of stage T of lung cancer based on MDCT has a good consensus compared with postoperative pathology results (Kappa Index = 0.771). MDCT is a tool which has high sensitivity (73.3%) and specificity (84.2%) in pretreatment ganglion evaluation for patients.

**Conclusion:** MDCT is high value in the diagnosis of stage T, determining the status of regional lymph node metastases of patients with early-stage lung cancer which is the basis for selecting the most appropriate treatment methods for patients.

**Keywords:** early-stage lung cancer, MDCT

\* Trường Đại học Y Hà Nội

\*\* Bệnh viện K

\*\*\* Trường Đại học Y Hà Nội

\*\*\*\* Bệnh viện K

\*\*\*\*\* Bệnh viện K

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một trong số những bệnh ung thư phổ biến nhất và là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu do ung thư ở Việt Nam cũng như trên toàn thế giới. Năm 2020, theo số liệu của GLOBOCAN [1], có 2.206.771 trường hợp mới được chẩn đoán UTP trên toàn cầu (xếp thứ hai sau ung thư gan, chiếm 11,4 %) và 1.796.144 ca tử vong do UTP (đứng đầu, chiếm 18 %). Tại Việt Nam, tỷ lệ UTP xếp thứ hai (14,4 % với 26.262 ca, sau ung thư gan). UTP là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở cả hai giới, tỷ lệ sống sau 5 năm chỉ khoảng 16,8 %. Theo bảng phân loại TNM 8 của AJCC [2] thì UTP giai đoạn sớm được định nghĩa là UTP giai đoạn I và II, do vậy UTP giai đoạn sớm bao gồm các khối u giai đoạn T1, T2 có hoặc không có di căn hạch quanh phế quản, hạch rốn phổi, hạch trong phổi cùng bên và các u giai đoạn T3, không có di căn hạch, không di căn xa. Phát hiện UTP giai đoạn sớm làm tăng tỷ lệ chữa khỏi và tăng thời gian sống trên 5 năm cho BN. Trong các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, chụp CLVT là phương pháp có giá trị và được ứng dụng phổ biến nhất trong đánh giá các đặc điểm của u phổi, tình trạng xâm lấn, di căn hạch vùng và di căn ở các cơ quan khác... Ngoài ra, chụp CLVT đa dãy lồng ngực còn giúp sàng lọc phát hiện sớm các UTP ở những người có nguy cơ cao. Theo một nghiên cứu của Hoàng Văn Lương (2020) [3] CLVT có độ nhạy 98,7 %, độ đặc hiệu 75,3 %, giá trị dự báo dương tính 79,0 % và giá trị dự báo âm tính là 86,7 % trong chẩn đoán các nốt đơn độc phổi có đường kính trên 8mm. Như vậy, để có cái nhìn tổng thể về vai trò của chụp CLVT đa dãy lồng ngực trong đánh giá giai đoạn sớm UTP, chúng tôi tiến hành đề tài "Vai trò của cắt lớp vi tính đa dãy lồng ngực trong đánh giá giai đoạn sớm ung thư phổi" với các mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh và bước đầu xác định giai đoạn T, N của UTP giai đoạn sớm trên phim chụp CLVT đa dãy lồng ngực.

## II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 53 bệnh nhân được chẩn đoán UTP giai đoạn sớm tại bệnh viện K từ ngày 1/1/2022 đến 1/1/2023 đáp ứng các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người lớn > 18 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu.
- BN có tổn thương u phổi trên phim CLVT lồng ngực được xếp vào giai đoạn I, II trên phim, có kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là UTP.
- BN được theo dõi và ghi chép hồ sơ đầy đủ về tình trạng lâm sàng, cận lâm sàng liên quan đến nghiên cứu.
- Phim chụp CLVT đa dãy lồng ngực đúng kỹ thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- BN có tiền sử can thiệp chẩn đoán và/hoặc can thiệp điều trị ở phổi.
- Chất lượng hình ảnh phim chụp không đủ tiêu chuẩn của nghiên cứu.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện K từ ngày 1/1/2022 đến ngày 1/1/2023. Cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

- Biến số nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: giới, tuổi, tình trạng hút thuốc lá, triệu chứng lâm sàng, tít mô bệnh học.

+ Đặc điểm hình ảnh: đường bờ, hình dạng, cấu trúc, giai đoạn T\* của u và hạch nghi ngờ trên CLVT đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh\*\*

\*Phân độ giai đoạn T trên CLVT được đánh giá và phân loại dựa vào các đặc điểm khối u theo Theo bảng phân loại TNM 8 của AJCC [2]

\*\* Đặc điểm chẩn đoán hạch di căn trên CLVT chủ yếu dựa vào đường kính trục ngắn của hạch ở các nhóm hạch trung thất khác nhau (>12 mm đối với các hạch nhóm 7; >10 mm đối với các hạch nhóm 4 và 10R; > 8 mm đối với các hạch ở các nhóm còn lại) [4], [5].

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm STATA 14.0

### III. KẾT QUẢ

#### 1. Các đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu		Số lượng (N = 53)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nữ	14	26,4
	Nam	39	73,6
Tuổi	Nhóm 1 (< 35 tuổi)	1	1,9
	Nhóm 2 (35-50 tuổi)	3	5,6
	Nhóm 3 (> 50 tuổi)	49	92,5
Hút thuốc lá	< 10 bao/ năm	10	18,9
	10-19 bao/ năm	18	33,9
	20-29 bao/ năm	17	32,1
	>= 30 bao/ năm	8	15,1
Lâm sàng	Không có triệu chứng	5	9,4
	Ho	31	58,5
	Đau ngực	38	71,7
	Gầy sút cân	20	37,7
Típ mô bệnh học	UTBM tuyến	41	77,4
	UTBM vảy	9	16,9
	UTBM tế bào lớn	1	1,9
	UTBM tế bào nhỏ	1	1,9
	U thần kinh nội tiết	1	1,9

**Nhận xét:** Nhóm tuổi có tỷ lệ hay gặp nhất là nhóm > 50 tuổi, chiếm 92,5 %, gấp 12,3 lần so với nhóm < 50 tuổi. Nhóm BN giới tính nam chiếm tỷ lệ cao (73,6 %) gấp 2,8 lần so với nhóm BN nữ (26,4 %). Về mức độ hút thuốc lá, chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm hút thuốc từ 10-19 bao/ năm là 33,9 %. Nhóm BN có triệu chứng lâm sàng chiếm 90,6 %, trong đó triệu chứng gầy sút cân và ho là các triệu chứng thường gặp nhất. Về phân loại mô bệnh, thường gặp nhất là típ UTBM tuyến (77,4 %), tiếp theo UTBM vảy (16,9 %), nhóm UTBM tế bào lớn, UTBM tế bào nhỏ, u thần kinh nội tiết có tỷ lệ gặp tương tự nhau (1,9 %).

#### 2. Các đặc điểm về tổn thương u phổi giai đoạn sớm trên phim chụp CLVT lồng ngực

**Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh các u phổi theo các típ mô bệnh học giai đoạn sớm trên phim CLVT lồng ngực**

Đặc điểm tổn thương		UTBM tuyến	UTBM vảy	Típ mô bệnh học khác
Mật độ	Dạng đặc	27 65,8 %	6 66,7%	3 100%
	Dạng bán đặc	14 34,2 %	1 11,1%	0 0%
	Dạng kính mờ	0 0%	0 0%	0 0%
	Tạo hang	0 0%	2 22,2%	0 0%
	Tổng	41 100%	9 100%	3 100%
Bờ	Đều	2 4,9%	1 11,1%	2 66,7 %
	Tua gai	28 69,3%	6 66,7%	0 0%
	Đa cung	11 26,8%	2 22,2%	1 33,3 %
	Tổng	41 100%	9 100%	3 100%
Hình dạng	Tròn	3 7,4 %	0 0 %	2 66,7 %
	Bầu dục	9 21,9 %	2 22,2 %	1 33,3%
	Đa giác	29 70,7 %	7 77,8 %	0 %
	Tổng	41 100%	9 100%	3 100%

**Nhận xét:** UTBM tuyến chiếm tỷ lệ cao với các đặc điểm hình ảnh thường gặp là các tổn thương dạng đặc (65,8 %), bờ tua gai (67,3 %), hình đa giác (70,7 %). UTBM vảy đứng thứ hai, cũng có các đặc điểm hình ảnh tương tự như dạng đặc (66,7 %), dạng hang (22,2 %) và

dạng bán đặc (11,1 %), bờ tua gai (66,7 %), hình đa giác (77,8 %). Các típ mô bệnh học khác của u phổi chiếm tỷ lệ ít hơn, chỉ có 3/53 BN, chiếm tỷ lệ 5,7 %.

**Bảng 3. Phân độ giai đoạn u trên phim chụp CLVT**

		Giai đoạn u trên CLVT *			Tổng
		T1	T2	T3	
Di căn hạch trên CLVT**	Có	14 82,4 %	3 17,6 %	0 0 %	17 100 %
	Không	27 75 %	4 11,1 %	5 13,9 %	36 100 %
Tổng		41 77,4 %	7 13,2 %	5 9,4 %	53 100 %

**Nhận xét:** Nhóm BN giai đoạn T1 chiếm tỷ lệ cao nhất 77,4 %, tiếp theo là giai đoạn T2 chiếm 13,2 % và giai đoạn T3 chiếm 9,4 %. Số BN có hạch di căn là 17 trên tổng 53 BN, chiếm 32,1 %.

### 3. Vai trò của CLVT đa dây lồng ngực trong đánh giá giai đoạn sớm UTP

**Bảng 4. Kết quả so sánh tương đồng giai đoạn T u phổi trên phim CLVT lồng ngực và kết quả GPB sau phẫu thuật**

		Giai đoạn u trên CLVT			Tổng
		T1	T2	T3	
Giai đoạn u trên GPB	T1	37	1	0	38
	T2	4	6	0	10
	T3	0	0	5	5
Tổng		41	7	5	53
Giá trị Kappa		0,771			

**Nhận xét:** Chỉ số Kappa đánh giá sự tương đồng của phân độ giai đoạn T khối u trên CLVT lồng ngực với kết quả GPB khối u sau phẫu thuật là 0,771 với  $p < 0,01$  cho thấy mức độ đồng thuận tốt giữa hai phương pháp.

**Bảng 5. Kết quả chẩn đoán di căn hạch của CLVT lồng ngực đối chiếu giải phẫu bệnh sau mổ**

GPB sau mổ		CLVT		Di căn hạch	Tổng
		Có	Không		
Di căn hạch	Có	11	4	15	
	Không	6	32	38	
Tổng		17	36	53	

**Nhận xét:** Độ nhạy và độ đặc hiệu của phương pháp đánh giá hạch trên CLVT so với kết quả GPB sau phẫu thuật là Se= 73,3 %, Sp= 84,2 %.

## IV. BÀN LUẬN

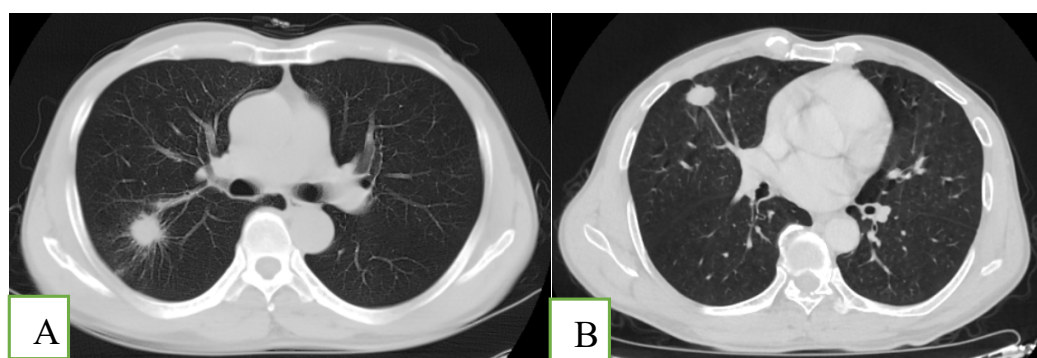
### 1. Về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Theo nghiên cứu của chúng tôi, UTP giai đoạn sớm thường gặp ở nhóm tuổi > 50 tuổi (chiếm 92,5 %), nhóm tuổi < 50 tuổi có tỷ lệ mắc bệnh thấp hơn rất nhiều, đặc biệt là nhóm tuổi < 35 tuổi. Theo y văn, UTP rất ít gặp ở những người < 35 tuổi và độ tuổi hay gặp nhất là từ 55-74 tuổi. Trong nhóm đối tượng nghiên cứu, các đối tượng giới tính nam chiếm tỷ lệ cao (73,6 %), gấp khoảng 2,8 lần so với nữ. Tỷ lệ chênh lệch giới tính giữa nam và nữ có liên quan đến thói quen hút thuốc lá của các BN nam cao hơn nữ. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu như nghiên cứu của Cung Văn Công (2015) [6] trên 141 trường hợp UTP thấy độ tuổi hay gặp nhất là từ 51-60 tuổi, nghiên cứu của Đặng Tài Vóc (2016) [7] thấy phần lớn BN ở lứa tuổi trên 40 tuổi, trong đó 60-69 tuổi gặp nhiều nhất, tỷ lệ nam/ nữ là 2,68/1. Về típ mô bệnh học phổ biến nhất là UTBM tuyến (77,4 %), tiếp đến là UTBM vảy (16,9 %), các típ mô bệnh học khác chỉ chiếm tỷ lệ rất nhỏ. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Cung Văn Công (2015) [6] kết luận đại đa số BN mắc UTP típ UTBM tuyến (72,34 %), thứ hai là UTBM vảy (18,44 %). Về triệu chứng lâm sàng của các đối tượng nghiên cứu thì các triệu chứng hay gặp là đau ngực (71,7 %) và ho (58,5 %). Một nghiên cứu của Đỗ Thị Kim Thùy (2022) [8] trên 31 BN cũng cho kết quả tương tự thấy các triệu chứng hay gặp gồm đau ngực (79 %) và ho (58 %).

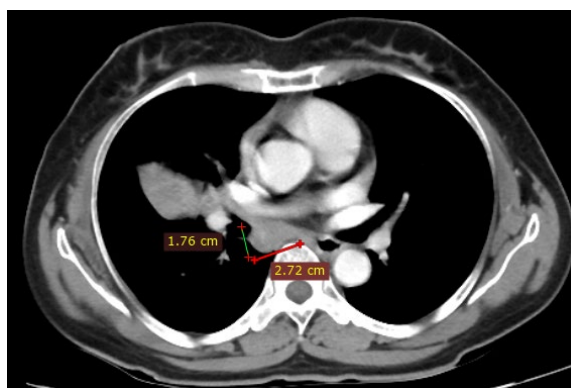
## 2. Về các đặc điểm tổn thương u phổi giai đoạn sớm trên phim CLVT lồng ngực

Trong 53 BN nghiên cứu, phần lớn các khối u phổi ở cả hai típ UTBM vảy và UTBM tuyến đều có tỷ lệ là các tổn thương dạng đặc là 66,7 % và 65,8 %, đặc điểm này phù hợp với nghiên cứu của Ngô Tuấn Minh (2018) trên 39 BN UTP típ UTBM vảy với tổn thương dạng đặc chiếm 69,2 %, và 47 BN UTP típ UTBM tuyến với tổn thương dạng đặc chiếm 59,6 %. Tỷ lệ UTBM vảy tạo hang là 22,2 %. Đây là đặc điểm thường gặp của loại ung thư này, nguyên nhân do khối u phát triển quá nhanh dẫn đến thiếu nuôi dưỡng, hoại tử trong u tạo hình ảnh u dạng hang. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ngô Tuấn Minh (2018) với tỷ lệ UTP típ biểu mô vảy tạo hang chiếm 20,5 %. Một nghiên cứu của Chaudhuri [9] trên 100 tổn thương dạng hang ở phổi, có 82 trường hợp là UTBM vảy, 7 trường hợp là UTBM tuyến, còn lại là các

típ mô bệnh học khác, điều này cho thấy các tổn thương u phổi dạng hang thường gặp ở típ UTBM vảy hơn các nhóm khác. Ngoài ra cả 2 típ mô bệnh học thường gặp cũng cho thấy phần lớn tổn thương có bờ tua gai (69,3 % và 66,7 %), hình đa giác (70,7 % và 77,8 %). Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu khác như Nguyễn Quốc Phương (2015) [10] thấy 100 % tổn thương có bờ không đều hoặc tua gai, hình đa giác, nghiên cứu của Choi (2015) [11] tỷ lệ khối u có bờ đa thùy hoặc tua gai là 96,1 %. Một số nghiên cứu các nốt ở phổi cho thấy nếu nốt có bờ tua gai, tỷ lệ ác tính lên đến 88-94 %. Các BN trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu ở giai đoạn T1, T2 chiếm 77,4 % và 13,2 %, giai đoạn T3 chỉ chiếm 9,4 % do đối tượng nghiên cứu là các tổn thương UTP giai đoạn sớm, nên phần lớn các khối u được phát hiện có kích thước nhỏ, chưa xâm lấn các cấu trúc xung quanh. Các BN có hạch di căn cũng chiếm tỷ lệ thấp là 32,1 % so với số BN có không có hạch di căn là 67,9 %.



Hình 1. Khối ung thư phổi bờ tua gai (A) và bờ đều (B) (Nguồn: BN trong nghiên cứu)



Hình 2. Hạch di căn trung thất tăng kích thước (Nguồn: BN trong nghiên cứu)



### 3. Về giá trị của CLVT trong đánh giá UTP giai đoạn sớm

Tất cả 53 BN trong nghiên cứu đều được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật, trong đó có 47 BN có phân độ T trên CLVT giống với phân độ T sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ 88,7 %, 6 BN không tương đồng với kết quả GPB sau mổ. Như vậy sự đồng thuận trong chẩn đoán phân độ T trên CLVT và kết quả GPB được đánh giá ở mức độ tốt với hệ số Kappa = 0,771 và  $p < 0,01$ . Kết quả này cao hơn so với một số nghiên cứu như nghiên cứu của Trần Xuân Quân (2020) [12] có sự đồng thuận ở mức độ tốt giữa phân độ T của u trên CLVT so với kết quả GPB sau phẫu thuật với hệ số Kappa = 0,672 và  $p < 0,01$ , do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên những BN UTP giai đoạn sớm, các tổn thương u kích thước nhỏ nên việc phân tích các đặc điểm hình ảnh, đánh giá giai đoạn của khối u sẽ chính xác hơn so với các tổn thương ở giai đoạn muộn.

Về đánh giá sự di căn hạch trên CLVT so với kết quả GPB sau phẫu thuật, độ nhạy và độ đặc hiệu của

CLVT lần lượt là 73,3 % và 84,2 %. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu như nghiên cứu của Chung Giang Đông và Đỗ Kim Quế (2008) [13] trên 114 BN được phẫu thuật thấy độ nhạy của CLVT là 77,5 % và độ đặc hiệu là 56,7 % trong đánh giá hạch di căn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Trần Xuân Quân (2020) [12] có độ nhạy và độ đặc hiệu của CLVT là 50 % và 100 % do nghiên cứu của chúng tôi có số lượng BN được phẫu thuật lớn hơn và có tỷ lệ di căn hạch lớn hơn là 15/53 BN (khoảng 28,3 %).

### V. KẾT LUẬN

UTP giai đoạn sớm thường gặp nhất ở đối tượng > 50 tuổi, nam giới có hút thuốc lá, triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau ngực và ho, tip mô bệnh học phổ biến nhất là UTBM tuyến. CLVT có giá trị cao trong chẩn đoán giai đoạn T, tình trạng di căn hạch của BN UTP giai đoạn sớm, góp phần phân loại đúng giai đoạn của người bệnh, giúp bác sĩ lâm sàng đưa ra phác đồ điều trị phù hợp nhất cho bệnh nhân.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cancer (IARC) T.I.A. for R. on Global Cancer Observatory. <<https://gco.iarc.fr/>>, accessed: 08/28/2023.
2. Lim W., Ridge C.A., Nicholson A.G., et al. (2018). The 8th lung cancer TNM classification and clinical staging system: review of the changes and clinical implications. *Quant Imaging Med Surg*, 8(7), 709–718.
3. Hoàng Văn Lương (2020). Nghiên cứu giá trị cắt lớp vi tính ngực trong chẩn đoán nốt đơn độc ở phổi có đường kính lớn hơn 8mm.
4. Kiyono K., Sone S., Sakai F., et al. (1988). The number and size of normal mediastinal lymph nodes: a postmortem study. *AJR Am J Roentgenol*, 150(4), 771–776.
5. Xia Y., Zhang B., Zhang H., et al. (2015). Evaluation of lymph node metastasis in lung cancer: who is the chief justice?. *J Thorac Dis*, 7(Suppl 4), S231–S237.
6. 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*.
7. Đặng Tài Vóc (2016). Nhận xét vai trò của PET/CT trong chẩn đoán giai đoạn bệnh ung thư phổi không tế bào nhỏ.
8. Đỗ Thị Kim Thùy (2022). Nghiên cứu giá trị của cắt lớp vi tính liều thấp trên máy 128 lát trong chẩn đoán nốt mờ của phổi.
9. Chaudhuri M.R. (1973). Primary pulmonary cavitating carcinomas. *Thorax*, 28(3), 354–366.

10. Nguyễn Quốc Phương (2015). Đặc điểm 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.
  11. Choi C.-M., Kim M.Y., Hwang H.J., et al. (2015). Advanced Adenocarcinoma of the Lung: Comparison of CT Characteristics of Patients with Anaplastic Lymphoma Kinase Gene Rearrangement and Those with Epidermal Growth Factor Receptor Mutation. *Radiology*, 275(1), 272–279.
  12. Trần Xuân Quân (2020). Vai trò của chụp cắt lớp vi tính đa dãy lồng ngực trong đánh giá giai đoạn ung thư phổi theo phân loại AJCC phiên bản 8.
  13. Chung Giang Đông và Đỗ Kim Quế (2008). Giá trị của CT scan trong chẩn đoán di căn hạch của ung thư phổi nguyên phát.
- 

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) đa dãy lồng ngực và bước đầu xác định giai đoạn T, N của ung thư phổi (UTP) giai đoạn sớm trên phim chụp CLVT đa dãy lồng ngực.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 53 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán UTP giai đoạn sớm dựa trên phim CLVT đa dãy lồng ngực tại bệnh viện K từ ngày 1/1/2022 đến 1/1/2023, được tiến hành phẫu thuật và có kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật.

**Kết quả:** UTP giai đoạn sớm thường gặp ở đối tượng > 50 tuổi (92,5 %), bệnh mắc ở nam giới (73,6 %) gấp khoảng 2,8 lần so với nữ giới (26,4 %). Loại mô bệnh học thường gặp nhất là ung thư biểu mô tuyến (77,4 %), cả hai típ UTBM tuyến và UTBM vảy đều có đặc điểm chủ yếu là dạng đặc (66,7 % và 65,8 %), bờ tua gai (69,3 % và 66,7 %), hình đa giác (70,7 % và 77,8 %). Các tổn thương dạng hang thường gặp hơn ở típ UTBM vảy (22,2 %). CLVT trong chẩn đoán giai đoạn T của u phổi giai đoạn sớm với mức độ đồng thuận tốt so với kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật (Chỉ số Kappa = 0,771). CLVT đa dãy lồng ngực có độ nhạy (73,3 %) và độ đặc hiệu (84,2 %) cao trong đánh giá hạch trước điều trị.

**Kết luận:** Chụp CLVT đa dãy lồng ngực có giá trị cao trong chẩn đoán giai đoạn T, xác định tình trạng di căn hạch vùng của BN UTP giai đoạn sớm, là cơ sở lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp nhất cho người bệnh.

**Từ khóa:** UTP giai đoạn sớm, CLVT lồng ngực

---

Người liên hệ: Trương Thị Ngọc Hà. Email: ngochatruong15@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/09/2023. Ngày nhận phản biện: 28/09/2023. Ngày chấp nhận đăng: 15/05/2025