

Nhận xét biểu hiện lâm sàng và một số ảnh hưởng trong đau bụng tái diễn không thực tồn ở trẻ em tuổi học đường. Nhi Khoa tập 10. Nhà xuất bản Y học, Hà nội: 215-225.

4. **Benninga MA, Faure C.** "Childhood functional gastrointestinal Disorders: neonate/toddler", *Gastroenterology*. 2016,150(6):1443-1445.e 2.
5. **Nguyễn Phúc Thịnh (2014)**, Bệnh loét dạ dày tá tràng ở trẻ em do HP tại BV Nhi đồng 1. Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh * Tập 18.

6. **Kalpesh Thakkar, Leon Chen, Mary E. Tessier, and Mark A. Gilger(2014)**. Outcomes of Children After Esophagogastroduodenoscopy for Chronic Abdominal Pain. Section of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition, Baylor College of Medicine, Houston, Texas.

7. **Lê Sĩ Hùng (2019)**, Đau bụng mạn tính do rối loạn chức năng đường tiêu hoá ở trẻ em tuổi học đường, Tạp chí Y học Cộng đồng số 5, trang 33-39.

NHẬN XÉT GIÁ TRỊ CỦA CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ NGỰC SO VỚI CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH NGỰC Ở CÁC BỆNH NHÂN ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH LÀ UTP KHÔNG TẾ BÀO NHỎ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ HẢI PHÒNG NĂM 2019 – 2020.

Hoàng Đức Hạ^{1,2}, Nguyễn Duy Hoàng¹, Nguyễn Thanh Hồi²

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ ngực trong chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ tại bệnh viện đa khoa quốc tế hải phòng, năm 2019 đến 2020. **đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** đối tượng nghiên cứu gồm 43 bệnh nhân được chẩn đoán tại bệnh viện đa khoa quốc tế hải phòng trong thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2020, phù hợp với tiêu chuẩn nghiên cứu. phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu, chọn mẫu không xác suất. phương tiện nghiên cứu gồm máy chụp cht avanto siemens (germany) 1.5 tesla, với quy trình đã được thống nhất và được tập huấn kỹ càng. các số liệu thu thập trong nghiên cứu được xử lý theo thuật toán thống kê y học spss 22.0. **kết quả và kết luận:** nghiên cứu gồm 43 bn utpktbn, tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới (2.1/1), tuổi trung bình là $64,4 \pm 12,6$. trên chụp cht, kích thước trung bình khối u nguyên phát trong 43 ca được chụp cht ngực là $39,7 \pm 18,7$ mm, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,06 > 0,05$) so với chụp clvt. trong nhóm xẹp phổi, clvt phát hiện được khối u trong 7/8 th, trong khi cht phát hiện được 8/8 th (chiếm 100%). chụp cht phát hiện nhiều hơn 2 th xâm lấn màng phổi, 1 th di căn gan so với clvt. tuy nhiên, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê mà có sự tương đồng cao trong đánh giá tnm giữa cht và clvt. như vậy, chụp cht ngực có thể được xem xét là chỉ định thay thế ở những đối tượng không có chỉ định chụp clvt và đặc biệt trong trường hợp nghi ngờ u phổi trong vùng phổi xẹp, u phổi sát tim, trung thất. **Từ khoá:** U phổi, không tế bào nhỏ, chụp cộng hưởng từ phổi.

SUMMARY

STUDY ON THE ROLE OF CHEST MAGNETIC RESONANCE IN DIAGNOSING NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT HAI PHONG INTERNATIONAL GENERAL HOSPITAL 2019 - 2020

Objectives: This study aims to: 1-Describe clinical features and computed tomography images, chest magnetic resonance in the diagnosis of non-small cell lung cancer at Hai Phong International General Hospital, 2019 up to 2020. **Subjects and methods:** The study subjects included 43 patients diagnosed at Hai Phong International General Hospital during the period from January 2019 to December 2020, in accordance with the study criteria. The research method was descriptive cross-sectional, prospective, non-probability sampling. Research facilities included Avanto Siemens CT scanner (Germany) 1.5 Tesla, with an agreed procedure and carefully trained. The data collected in the study were processed according to the SPSS 22.0 medical statistical algorithm. **Results and Conclusions:** The study included 43 patients with non-small cell lung cancer, the ratio of men was higher than that of women (2.1/1), the mean age was 64.4 ± 12.6 . On magnetic resonance imaging, the mean size of primary tumor in 43 cases with chest MRI was 39.7 ± 18.7 mm, there was no statistically significant difference ($p = 0.06 > 0, 05$) compared with CT scan. In the atelectasis group, CT detected tumors in 7/8 cases, while MRI detected 8/8 cases (100%). CT scan detected more than 2 cases of pleural invasion and 1 of liver metastases compared with CT. However, the difference was not statistically significant, but there was a high similarity in TNM assessment between MRI and CT. Thus, chest MRI can be considered as an alternative indication in subjects who do not have an indication for CT scan and especially in cases of suspected lung tumor in the collapsed lung area, lung tumor close to the heart, mediastinum.

Keywords: Lung tumor, non-small cell, lung magnetic resonance imaging

¹Trường Đại học Y dược Hải Phòng

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đức Hạ

Email: drhoangducha.hp@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 27.12.2021

Ngày duyệt bài: 10.01.2022

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chụp cộng hưởng từ (CHT) là kỹ thuật không sử dụng tia x, an toàn, mang lại hình ảnh có độ phân giải cao, được ứng dụng rộng rãi trong lâm sàng. Tuy nhiên, riêng đối với thăm khám phổi thì chụp CHT là phương pháp mới, gần đây mới được dần áp dụng. Một số ít nghiên cứu trong và ngoài nước về vai trò của CHT trong thăm khám bệnh lý u phổi đã cho thấy phương pháp này có giá trị trong chẩn đoán ung thư phổi (UTP) [6]. UTP đã trở thành loại ung thư phổ biến nhất và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư nhiều nhất từ nhiều thập kỷ nay. Theo GLOBOCAN 2018, toàn cầu có thêm 2,09 triệu ca mắc UTP mới, chiếm 11,6% trong tổng số các ca mắc ung thư, trong khi tử vong do UTP là 1,76 triệu ca, chiếm 18,4% số ca tử vong do ung thư [4]. Ở Việt Nam, thống kê của GLOBOCAN 2018 cho thấy UTP là loại ung thư phổ biến hàng đầu với con số ước tính mắc mới là 23667 ca và tử vong là 20710 ca [8]. UTP được chia làm 2 nhóm giải phẫu bệnh chính: ung thư phổi tế bào nhỏ (UTPTBN) và ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN). UTPKTBN chiếm khoảng 85% các trường hợp UTP [3, 7]. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu nhận xét giá trị của chụp cộng hưởng từ ngực so với chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ngực ở các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTP không tế bào nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hải Phòng năm 2019 - 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 43 bệnh nhân được chẩn đoán tại Bệnh viện Đa khoa quốc tế Hải Phòng trong thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 09/2020 (20 tháng), phù hợp với tiêu chuẩn: Có kết quả sau khám lâm sàng và Xquang tim phổi thường quy nghi ngờ ung thư phổi; Có chẩn đoán UTPKTBN với các bệnh phẩm

sinh thiết khối u, dịch rửa phế quản, dịch màng phổi, sinh thiết màng phổi, sinh thiết hạch; tất cả các BN đều được chụp CLVT và CHT ngực với khoảng cách chụp cách nhau không quá 03 tuần; BN tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ: trường hợp (TH) có chẩn đoán xác định UTPTBN hoặc không phải UTP qua kết quả giải phẫu bệnh; BN có chống chỉ định chụp CLVT hoặc CHT ngực; BN hoặc người nhà BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu. Chọn mẫu thuận tiện, không xác suất. Thu thập kết quả giải phẫu bệnh, phân nhóm theo phân loại UTPKTBN của WHO. Phương pháp thu thập số liệu: Các bệnh nhân được hỏi bệnh, khám bệnh, làm giải phẫu bệnh, chụp CHT ngực theo một mẫu bệnh án thống nhất. Phương tiện nghiên cứu gồm máy chụp CHT Avanto Siemens (Germany) 1.5 Tesla với quy trình đã được thống nhất và được tập huấn kỹ càng, bao gồm các chuỗi xung T2W, STIR, T1W Vibe 3D và Diffusion. Các số liệu thu thập trong nghiên cứu được xử lý theo thuật toán thống kê y học SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu gồm 43 BN phù hợp tiêu chuẩn nghiên cứu, trong đó tỷ lệ BN nam chiếm ưu thế với 29/43 ca, chiếm 67,4%. Độ tuổi trung bình của cả hai nhóm là $64,4 \pm 12,6$. Khi phân theo nhóm tuổi, tỷ lệ của nhóm tuổi 60 – 69 và nhóm > 70 tuổi là lớn nhất 32,6%. Kết quả sinh thiết của nghiên cứu này cho thấy: UTP biểu mô tuyến chiếm đại đa số (39/43 TH chiếm tỷ lệ 90,7%), UTP biểu mô vảy và UTP biểu mô không xếp loại (mỗi loại là 2/43 TH chiếm 4,6%). Trên chụp CHT, kích thước trung bình khối u nguyên phát trong 43 ca được chụp CHT ngực là $39,7 \pm 18,7$ mm. Khối có kích thước lớn nhất là 92 mm, nhỏ nhất là 8,9 mm.

Bảng 1. Tỷ lệ phát hiện khối u nguyên phát của chụp CHT ngực đôi chiều với CLVT ngực

Tỷ lệ phát hiện khối UTP nguyên phát		Chụp CHT				Tổng	Tỷ lệ %
		Có khối u	Tỷ lệ %	Không có khối u	Tỷ lệ %		
Chụp CLVT	Có khối u	42	97,7	0	0	42	97,7
	Không có khối u	1	2,3	0	0	1	2,3
Tổng		43	100	0	0	43	100%

Nhận xét: Có 42/43 trường hợp CLVT phát hiện u nguyên phát, chiếm tỷ lệ 97.7%, thấp hơn tỷ lệ phát hiện u khi chụp CHT ngực là 43/43 TH (100%).

Bảng 2. Nhận xét tỷ lệ phát hiện khối u nguyên phát của chụp CHT ngực đôi chiều với CLVT ngực ở nhóm có xẹp phổi

Tỷ lệ phát hiện khối UTP nguyên phát ở nhóm có xẹp phổi		Chụp CHT				Tổng	Tỷ lệ %
		Có khối u	Tỷ lệ %	Không có khối u	Tỷ lệ %		

Chụp CLVT	Có khối u	7	87,5	0	0	7	87,5
	Không có khối u	1	12,5	0	0	1	12,5
Tổng		8	100	0	0	8	100%

Nhận xét: Khi xét trong nhóm UTP có xẹp phổi, có 8 trường hợp thoả mãn, trong đó tỷ lệ phát hiện u của CLVT là 7/8 ca, chiếm 87,5%, thấp hơn so với tỷ lệ phát hiện của CHT ngực là 8/8 tương ứng 100%.

Trong 42 trường hợp có khối u trên cả hình ảnh CHT và CLVT ngực, kích thước khối u ở cả hai nhóm không có sự phân bố chuẩn. Kết quả kiểm định cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (T-test ghép cặp, $p = 0,06 > 0,05$).

Bảng 3. Các dấu hiệu xâm lấn của u nguyên phát theo vị trí trên hình ảnh CHT ngực đôi chiếu với CLVT ngực

Vị trí phát hiện xâm lấn		Chụp CHT				Tổng	Tỷ lệ %
		Có	Tỷ lệ %	Không có	Tỷ lệ %		
Chụp CLVT							
Xâm lấn màng phổi	Có	21	48,8	0	0	21	48,8
	Không có	2	4,7	20	46,5	22	51,2
Tổng		23	53,5	20	46,5	43	100%
Xâm lấn màng ngoài tim	Có	1	2,3	0	0	1	2,3
	Không có	1	2,3	41	95,4	42	97,7
Tổng		2	4,6	41	95,4	43	100%
Xâm lấn trung thất	Có	2	4,6	0	0	2	2,6
	Không có	1	2,3	40	93	41	97,4
Tổng		3	6,9	40	93	43	100%
Xâm lấn cột sống	Có	1	2,3	0	0	0	2,3
	Không có	0	0	42	97,7	0	97,7
Tổng		1	2,3	42	97,7	43	100%

Nhận xét: Hình ảnh CHT cho thấy về xâm lấn màng phổi có nhiều hơn 2 trường so với CLVT ngực, tỷ lệ chung trong 43 BN của CHT là 53.5% cao hơn của CLVT với 48.8%. Có 1/43 TH có xâm lấn cột sống, chiếm tỷ lệ 2.3%.

Bảng 4. Khối, nốt di căn theo vị trí trên hình ảnh CHT ngực so với CLVT ngực

Vị trí di căn		Chụp CHT				Tổng	Tỷ lệ %
		Có	Tỷ lệ %	Không có	Tỷ lệ %		
Chụp CLVT							
Phổi	Có	8	18,6	1	2,3	9	20,9
	Không có	0	0	35	79,1	35	79,1
Tổng		8	18,6	35	79,1	43	100%
Xương	Có	5	11,6	0	0	5	11,6
	Không có	1	2,3	37	86,1	38	88,4
Tổng		6	13,9	37	86,1	43	100%
Gan	Có	2	4,7	0	0	2	4,7
	Không có	1	2,3	41	93	41	95,3
Tổng		3	7	40	93	43	100%
Thượng thận	Có	3	7	0	0	3	7
	Không có	0	0	40	93	40	93
Tổng		3	7	40	93	43	100%

Nhận xét: CHT ngực phát hiện ít hơn 1 trường hợp di căn phổi so với CLVT, tỷ lệ di căn phổi chung của CHT ngực là 8/40 BN tương ứng 18,6% so với 9/40 BN của CLVT tương ứng 20,9%. Với di căn gan, CHT ngực phát hiện nhiều hơn 1 trường hợp so với CLVT, tỷ lệ di căn gan chung của CHT ngực là 3/40 BN tương ứng 7% cao hơn so với 2/40 BN trên CLVT tương ứng 4,7%.

Bảng 5. Chẩn đoán giai đoạn T của UTP của CHT ngực đôi chiếu với CLVT ngực

		Chụp CHT – phân giai đoạn T				Tổng	
		T1	T2	T3	T4		
Chụp CLVT – phân giai	Tx	0	1	0	0	1	K = 0,785
	T1	4	2	0	0	6	

đoạn T	T2	1	13	1	0	15
	T3	0	1	6	0	7
	T4	0	0	0	14	14
Tổng		5	17	7	14	43

Nhận xét: Có sự khác biệt giữa tỷ lệ Tx, T1 và T2 giữa hai phương pháp, kết quả kiểm định so sánh giữa hai phương pháp cho thấy có sự tương đồng ở mức độ tương đối cao trong đánh giá giai đoạn T (Kappa test, $K = 0,785$).

Về số lượng hạch phát hiện trung bình ở mỗi phương pháp, chụp CLVT phát hiện 2,44 hạch, nhiều hơn so với CHT ngực với 2,31; tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (T-test ghép cặp, $p = 0,23 > 0,05$).

Bảng 6. Chẩn đoán giai đoạn N của UTP của CHT ngực so với CLVT ngực

		Chụp CHT – phân giai đoạn N				Tổng	
		N0	N1	N2	N3		
Chụp CLVT – phân giai đoạn N	N0	13	1	0	0	14	$K = 0,895$
	N1	2	5	0	0	7	
	N2	1	0	8	0	9	
	N3	0	1	0	12	13	
Tổng		16	7	8	12	43	

Nhận xét: Cả hai nhóm đều có tỷ lệ N0 cao nhất với 14/43 ca so với chụp CLVT ngực và 15/43 ca với CHT ngực, tiếp theo là nhóm N3 với 12/43 ca so với chụp CHT ngực. Có sự khác biệt giữa tỷ lệ N0 và N1 giữa hai phương pháp, tuy nhiên kết quả kiểm định so sánh cho thấy có sự tương đồng ở mức độ cao (Kappa test, $K = 0,895$).

Bảng 7. Chẩn đoán giai đoạn M của UTP của CHT ngực so với CLVT ngực

		Chụp CHT – phân độ M		Tổng	
		Mx	M1		
Chụp CLVT – phân độ M	Mx	26	3	29	$K = 0,941$
	M1	2	12	14	
Tổng		28	15	43	

Nhận xét: Do hạn chế về khu vực khảo sát di căn xa trong nghiên cứu chỉ giới hạn trong vùng ngực, chúng tôi xếp tất cả những trường hợp chưa phát hiện di căn xa trên CLVT và CHT ngực vào nhóm Mx. Kết quả nghiên cứu cho thấy CHT có tỷ lệ chẩn đoán giai đoạn M1 là 15/43 ca, cao hơn so với CLVT với 14/43 ca. Tuy nhiên kết quả kiểm định cho thấy có sự tương đồng mức độ cao giữa hai phương pháp (Kappa test, $K = 0,941$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này gồm 43 BN, mỗi BN được chụp cả CLVT và CHT ngực, với khoảng cách giữa hai lần chụp không quá 3 tuần. Kết quả cho thấy trong 43 trường hợp có khối u nguyên phát trên CHT ngực, có 1 trường hợp không phát hiện khối u nguyên phát trên CLVT, chiếm 2,3%, trong khi CHT ngực phát hiện khối u nguyên phát trên 100% trường hợp. Đặc biệt là trong nhóm 8 BN có xẹp phổi, chụp CLVT không phát hiện được một trường hợp do khối u có cùng tỷ trọng với vùng phổi xẹp xung quanh u. Tuy nhiên, chụp CHT ngực không dùng thuốc đối quang tử vẫn có khả năng phân biệt tốt khối u với vùng phổi xẹp xung quanh trên các chuỗi

xung được đưa vào khảo sát nhờ nguyên lý tạo hình ảnh không đơn thuần dựa vào tỷ trọng tổ chức. Như vậy CHT có ưu thế so với CLVT trong đánh giá khối u ở vùng phổi xẹp. Theo Cung Văn Đông (2017), trong 47 trường hợp được chẩn đoán xác định UTP trên CHT, có 5/47 trường hợp có xẹp phổi do u, cả 5 BN này đều đã được chụp CLVT từ trước và trên phim CLVT khó đánh giá u trong vùng phổi xẹp [2]. Theo Tang và CS (2015), trong 45 BN UTP được chụp CHT và CLVT đa dãy, có 26 BN xuất hiện xẹp phổi, trong số đó 16 ca phát hiện khối u nguyên phát trên CLVT (61,5%, khoảng tin cậy 95%: 43,9 – 81,1%), thấp hơn có ý nghĩa so với CHT khi phát hiện 22 trường hợp (84,6%, khoảng tin cậy 95%: 70,7 – 98,5%, $p = 0,014 < 0,05$) [9].

Về đánh giá kích thước khối u: Kết quả kích thước khối u trung bình trên CHT ngực là $39,9 \pm 19,0$ mm, trên CLVT ngực là $38,8 \pm 17,8$ mm, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kích thước trung bình khối u nguyên phát giữa hai phương pháp (T-test ghép cặp, $p = 0,06 > 0,05$). Theo Cung Văn Đông (2017), nhóm khối u có kích thước > 2 cm chiếm phần lớn với tỷ lệ 74,4%, kích thước trung bình khối u đo bởi CHT và CLVT lần lượt là $49,3 \pm 22,15$ mm và $48,3 \pm$

24,5 mm[2], không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kích thước khối u. Như vậy, kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu trong nước, theo đó CHT ngực có thể đánh giá kích thước khối u không khác biệt so với CLVT. Với các khối có kích thước nhỏ dưới 2 cm, dù số ca còn nhỏ do hạn chế về cỡ mẫu nhưng nhìn chung các nghiên cứu đều có nhận định CHT ngực có khả năng phát hiện tốt các tổn thương này.

Về đánh giá sự lan rộng của khối u nguyên phát: Kết quả nghiên cứu này cho thấy: về xâm lấn màng phổi, CHT ngực phát hiện nhiều hơn 2 trường hợp so với CLVT, tỷ lệ có xâm lấn chung của CHT là 60,5% lớn hơn so với 32,6% của CLVT; về xâm lấn màng ngoài tim, CHT phát hiện nhiều hơn 1 trường hợp (2,3%). Cả hai phương pháp đều có phát hiện xâm lấn cột sống và xâm lấn trung thất tương đồng nhau. Tác giả Cung Văn Đông (2017) nghiên cứu 47 BN UTP tại BV Bạch Mai, kết quả: tại thời điểm quan sát, CHT ngực phát hiện tỷ lệ xâm lấn phần mềm xung quanh khá cao với 70,2%, chủ yếu là xâm lấn màng phổi với tỷ lệ 25,5%. Khả năng phát hiện xâm lấn trên CHT ngực cao hơn so với CLVT với tỷ lệ phát hiện 42,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [2]. Về đánh giá giai đoạn T của khối u: Kết quả nghiên cứu này cho thấy giai đoạn T2 ở cả hai phương pháp có tỷ lệ cao nhất: 39.5% ở phương pháp chụp CHT ngực và 34.8% ở phương pháp chụp CLVT ngực, có tương đồng ở mức độ tương đối cao (chỉ số Kappa = 0,785). Nghiên cứu của tác giả Cung Văn Đông (2017) đánh giá UTP theo T đối chiếu giữa CHT ngực với CLVT cho kết quả: giai đoạn T2 chiếm tỷ lệ cao nhất 46,8% ở cả hai phương pháp, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa khả năng đánh giá[2]. Theo tác giả Ngô Quang Định (2011), khi so sánh khả năng chẩn đoán giai đoạn T giữa CHT toàn thân và FDG-PET-CT cho kết quả đánh giá giai đoạn T giữa hai phương pháp có độ tương đồng ở mức độ phù hợp (chỉ số Kappa = 0,601)[1].

Về đánh giá giai đoạn N khối UTP: Với CHT ngực, việc sử dụng nhiều chuỗi xung cho giúp người đọc có thêm công cụ để chẩn đoán hạch lành tính hay ác tính bên cạnh kích thước và hình thái hạch, trong nghiên cứu chúng tôi loại trừ những hạch < 10 mm và không giảm khuếch tán trên xung Diffusion. Về số lượng hạch phát hiện, chúng tôi nhận thấy CLVT ngực phát hiện trung bình 2,44 hạch, nhiều hơn so với CHT ngực khi phát hiện 2,31 hạch, có thể do ưu thế về độ phân giải của phim CLVT so với CHT, tuy nhiên,

không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,23 > 0,05$). Hai phương pháp CHT và CLBVT có sự tương đồng mức độ cao (Kappa test, $K = 0,895$) trong đánh giá giai đoạn N của UTP. Các tác giả trong và ngoài nước cũng cho thấy có sự tương đồng trong đánh giá giai đoạn N của UTP giữa CHT và CLVT [2], giữa CHT và PET-CT [1, 2].

Về đánh giá giai đoạn M: Kết quả cho thấy tỷ lệ M1 của CHT ngực là 34.9%, cao hơn so với 32.6% của CLVT, có sự tương đồng ở mức độ cao về khả năng chẩn đoán giai đoạn M giữa hai phương pháp (Kappa test, $K = 0,941$). Tuy vậy, chụp CHT có thể mở rộng vùng khảo sát từ ngực lên chụp toàn thân trong một lần chụp, an toàn, không nhiễm tia X, ưu thế hơn so với chụp CLVT. Tác giả Ngô Quang Định (2011) so sánh khả năng chẩn đoán di căn xa giữa CHT toàn thân và FDG-PET-CT cho thấy: giai đoạn M1 của CHT chiếm 52,4%, thấp hơn so với FDG-PET-CT là 57,1%, nhưng có sự phù hợp cao giữa hai phương pháp với $K = 0,904$, $p < 0,05$ [1]. Chen và CS (2010) so sánh giữa CHT toàn thân và PDG-PET-CT có đối chiếu với phẫu thuật nhận thấy khả năng chẩn đoán chính xác di căn xa của CHT là 92% thấp hơn so với 98% của FDG-PET-CT, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [5]. Như vậy, khi so sánh với một số nghiên cứu trong nước và nước ngoài, mặc dù chúng tôi mới chỉ đánh giá vùng ngực tuy nhiên có thể kết luận CHT có khả năng đánh giá giai đoạn M tương đương với CLVT, thậm chí không thua kém PET-CT.

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu trên cho phép chúng tôi đưa ra một số kết luận sau: Chụp CHT có ưu thế hơn chụp CLVT trong chẩn đoán khối u phổi trong vùng phổi xẹp và trong đánh giá sự xâm lấn màng ngoài tim của khối u. Hai kỹ thuật chụp CHT và CLVT ngực có sự tương đồng trong đánh giá kích thước của khối u, trong đánh giá giai đoạn xâm lấn cơ quan khác (T), hạch trung thất (N) và tổn thương thứ phát ở vùng ngực (M). Như vậy, chụp CHT ngực có thể được xem xét là chỉ định thay thế ở những đối tượng không có chỉ định chụp CLVT và đặc biệt trong trường hợp nghi ngờ u phổi trong vùng phổi xẹp, u phổi sát tim, trung thất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Quang Định (2011). Bước đầu nghiên cứu giá trị của chụp cộng hưởng từ toàn thân trong đánh giá giai đoạn của ung thư phổi. Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ Nội trú, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
2. Cung Văn Đông (2017). Nghiên cứu giá trị của

- chụp cộng hưởng từ trong chẩn đoán ung thư phổi. Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Nguyễn Văn Hiếu (2015).** Ung thư phế quản phổi. Bài giảng ung thư học. Nhà xuất bản Y học, Tr. 147-164.
 4. **Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I. et al. (2018).** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, 68(6), 394–424.
 5. **Chen W., Jian W., Li H. et al. (2010).** Whole-body diffusion-weighted imaging vs. FDG-PET for the detection of non-small-cell lung cancer. How do they measure up?. *Magn Reson Imaging*, 28(5), 613–620.
 6. **Hochegger B., Marchiori E., Sedlacek O. et al. (2011).** MRI in lung cancer: a pictorial essay. *Br J Radiol*, 84(1003), 661–668.
 7. **Howlader N., Noone AM, Krapcho M, et al. (2017).** SEER Cancer Statistics Review, 1975-2014. <https://seer.cancer.gov/csr/1975_2014/>.
 8. **Pham T., Bui L., Kim G. et al. (2019).** Cancers in Vietnam—Burden and Control Efforts: A Narrative Scoping Review. *Cancer Control J Moffitt Cancer Cent*, 26(1).
 9. **Tang W., Wu N., OuYang H. et al. (2015).** The presurgical T staging of non-small cell lung cancer: efficacy comparison of 64-MDCT and 3.0 T MRI. *Cancer Imaging*, 15(1).

NỒNG ĐỘ hs-CRP TRONG ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2

Lâm Vĩnh Niên*, Nguyễn Thanh Trâm*,
Nguyễn Lê Hà Anh*, Vũ Trí Thanh**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá hs-CRP theo nguy cơ tim mạch với các đặc tính khác ở bệnh nhân đái tháo đường là cần thiết để hỗ trợ can thiệp điều trị kịp thời. **Đôi tượng- phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang. Phân tích nồng độ hs-CRP của 118 bệnh nhân đái tháo đường typ 2, đến khám và điều trị tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM cơ sở 2 từ tháng 9 năm 2020 đến tháng 6 năm 2021. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu là nữ giới. Có 33,1% bệnh nhân thuộc ngưỡng thừa cân/ béo phì, và 64,4% bệnh nhân có tăng huyết áp. Nồng độ hs-CRP trung bình là 3,9±1,7 mg/L thuộc ngưỡng nguy cơ tim mạch cao. Nồng độ glucose máu lúc đói trung bình 174,1±82,8 mg/dL và chỉ số HbA1c trung bình là 8,3±2,4 mg/dL cũng phân bố chủ yếu ở ngưỡng nguy cơ tim mạch cao. Chỉ số BMI dưới 25 kg/m² ở ngưỡng nguy cơ tim mạch cao, khác biệt so với nhóm còn lại (p=0,015). **Kết luận:** Nồng độ hs-CRP và nguy cơ tim mạch cao có sự liên quan với chỉ số BMI, glucose máu lúc đói và chỉ số HbA1c nhưng chưa tìm thấy sự liên quan với các đặc tính khác như tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh và tăng huyết áp.

Từ khóa: hs-CRP, nguy cơ tim mạch, đái tháo đường typ 2.

SUMMARY

SERUM HIGH-SENSITIVITY C-REACTIVE PROTEIN (hs-CRP) IN ASSEMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASE RISK IN TYPE

*Đại học Y Dược TP. HCM,

**Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM cơ sở 2

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Vĩnh Niên

Email: nien@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 28.12.2021

Ngày duyệt bài: 12.01.2022

2 DIABETIC PATIENTS

Background: Assessment of serum hs-CRP according to cardiovascular risk with characteristics in diabetic patients is necessary to support treatment timely for these patients. **Material and methods:** Cross-sectional study. Analysis of hs-CRP levels of 118 type 2 diabetic patients, who came for examination and treatment at the University Medical Center Ho Chi Minh City 2nd from September 2020 to June 2021. **Results:** Most of the patients were female. There were 33.1% of patients who were overweight or obese, and 64.4% of patients had hypertension. The mean hs-CRP concentration was 3.9±1.7mg/L, and belonged to high-risk cardiovascular. The mean fasting blood glucose concentration of 174.1±82.8 mg/dL and the mean HbA1c index of 8.3±2.4 mg/dL were also distributed mainly within the high cardiovascular risk threshold. At a high-risk cardiovascular threshold, those with a BMI of less than 25 kg/m² were significantly different from the other groups (p = 0.015). **Conclusion:** High hs-CRP levels and cardiovascular risk were associated with BMI, high blood glucose and the HbA1c index, but no association was found with other characteristics such as age, sex, period of time and hypertension.

Keywords: hs-CRP, cardiovascular disease risk, type 2 diabetic

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh rối loạn chuyển hóa không đồng nhất, có đặc điểm tăng glucose máu do thiếu hụt về tiết insulin, về tác động của insulin, hoặc cả hai. Theo ước tính, thì đến năm 2030 trên thế giới sẽ có khoảng 366 triệu người mắc bệnh tiểu đường⁽¹⁾. Đái tháo đường typ 2 là loại phổ biến nhất, thường khởi phát âm thầm, đôi khi không có triệu chứng rõ ràng nên việc chẩn đoán và điều trị hay bị chậm