

KẾT QUẢ CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN NỐT PHỔI VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TRÊN 90 NGƯỜI BỆNH TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Hà Văn Yêm¹

Đào Ngọc Bằng², Nguyễn Hải Công^{3*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chẩn đoán nguyên nhân nốt phổi và mối liên quan với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp với tiền cứu 90 người bệnh nốt mờ ở phổi chưa rõ bản chất trên phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực, điều trị tại Khoa Nội hô hấp, Bệnh viện Quân y 175, từ tháng 01/2024 đến tháng 3/2026.

Kết quả: Kích thước nốt trung bình là $21,27 \pm 6,33$ mm; vị trí gặp chủ yếu ở thùy trên phổi phải 38,9% và thùy trên phổi trái 28,9%. Về đặc điểm hình ảnh: 93,3% nốt đặc, 5,6% nốt bán đặc, 1,1% nốt kính mờ; 71,1% nốt có tăng bắt thuốc cản quang. Nguyên nhân: ung thư 40,0%, viêm phổi 32,2%, lao phổi 24,4%, u nấm 2,2% và hamartoma 1,1%. Hiệu quả chẩn đoán xác định: sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính đạt 75,0%, nội soi phế quản siêu âm - sinh thiết đạt 45,45%, nội soi phế quản ống mềm đạt 17,5%. 75,0% các nốt phổi chẩn đoán ác tính có kích thước từ 2-3 cm. Tỷ lệ ác tính nốt có tua gai và tăng bắt thuốc cản quang cao.

Kết luận: Nên sinh thiết hoặc phẫu thuật chẩn đoán với nốt phổi có kích thước ≥ 2 cm, có tua gai và tăng bắt thuốc cản quang.

Từ khóa: Nốt phổi, nội soi phế quản, sinh thiết xuyên thành ngực

ETIOLOGICAL DIAGNOSIS OF PULMONARY NODULES AND ITS ASSOCIATION WITH CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS IN 90 PATIENTS AT 175 MILITARY HOSPITAL

ABSTRACT

Objectives: To evaluate the diagnostic results regarding the causes of pulmonary nodules and their association with some clinical and paraclinical characteristics.

Subjects and methods: This is a retrospective, cross-sectional descriptive study combining both retrospective and prospective findings, involving 90 patients with pulmonary nodules of unknown cause on chest computed tomography scans, treated at the Department of Respiratory Medicine, 175 Military Hospital, from January 2024 to March 2026.

Results: The average nodule size was 21.27 ± 6.33 mm; the most common locations were the upper right lung lobe (38.9%) and the upper left lung lobe (28.9%). Imaging characteristics: 93.3% were solid nodules, 5.6% were semi-solid, and 1.1% were ground-glass nodules; 71.1% showed increased contrast enhancement. Causes: cancer (40.0%), pneumonia (32.2%), pulmonary tuberculosis (24.4%), fungal tumors (2.2%), and hamartoma (1.1%). Diagnostic efficacy: CT-guided transthoracic biopsy achieved 75.0%, bronchoscopy with ultrasound-guided biopsy achieved 45.45%, and flexible bronchoscopy achieved 17.5%. 75.0% of lung nodules diagnosed as malignant were measuring 2-3 cm. The incidence of malignant nodules with spiky growths and increased contrast enhancement was high.

Conclusions: Biopsy or diagnostic surgery should be performed on pulmonary nodules that are ≥ 2 cm in size, have spiky growths, and increase contrast enhancement.

Keywords: Pulmonary nodules, bronchoscopy, transthoracic biopsy.

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Hải Công, Email: nguyen_med@ymail.com

Ngày nhận bài: 05/6/2026; mời phản biện khoa học: 6/2026; chấp nhận đăng: 21/8/2026.

¹Bệnh viện Quân y 120; ²Bệnh viện Quân y 103; ³Bệnh viện Quân y 175.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nốt phổi (Pulmonary nodules) là tổn thương khu trú có hình tròn hoặc bầu dục, đường kính dưới 3 cm, được bao quanh bởi nhu mô phổi và không kèm theo xẹp phổi, hạch rốn phổi hoặc tràn dịch màng phổi [1]. Nốt phổi thường được phát hiện qua chẩn đoán hình ảnh như X quang ngực, nhất là cắt lớp vi tính (CLVT) phổi liều thấp [2]. Nguyên nhân của nốt phổi rất đa dạng, gồm cả các tổn thương lành tính (viêm, lao, nấm, u lành) và các tổn thương ác tính (ung thư phổi nguyên phát hay di căn). Tuy nhiên, ung thư phổi là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất của các tổn thương nốt phổi [3, 4].

Chẩn đoán sớm và chính xác nguyên nhân nốt phổi có ý nghĩa quan trọng trong việc quyết định hướng xử trí và điều trị. Tuy nhiên, việc đánh giá bản chất của nốt phổi dựa vào hình ảnh và lâm sàng gặp nhiều khó khăn do các biểu hiện thường không đặc hiệu, triệu chứng lâm sàng nghèo nàn. Hiện có nhiều phương pháp chẩn đoán nguyên nhân nốt phổi, như các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh (chụp CLVT, chụp PET/CT...) và các kỹ thuật xâm nhập chẩn đoán (nội soi phế quản sinh thiết, sinh thiết phổi xuyên thành ngực, nội soi lồng ngực...) [1, 5, 6]. Trong đó, phương tiện chẩn đoán hình ảnh có vai trò định hướng chẩn đoán và các kỹ thuật can thiệp giúp lấy mẫu bệnh phẩm từ tổn thương để xác định bản chất các nốt phổi. Tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán nguyên nhân các nốt phổi là dựa vào kết quả xét nghiệm tế bào hoặc mô bệnh từ bệnh phẩm lấy trực tiếp từ tổn thương.

Bệnh viện Quân y 175 là bệnh viện tuyến cuối khu vực phía Nam của Quân đội, đủ năng lực triển khai nhiều kỹ thuật can thiệp hô hấp chuyên sâu, góp phần nâng cao hiệu quả trong chẩn đoán nguyên nhân nốt phổi. Tuy nhiên, đến nay chưa có nghiên cứu nào thống kê và mô tả một cách đầy đủ, hệ thống về kết quả chẩn đoán nguyên nhân nốt phổi tại đây.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả chẩn đoán nguyên nhân nốt phổi và phân tích mối liên quan với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở người bệnh (NB) điều trị tại Bệnh viện Quân y 175.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

90 NB có nốt mờ ở phổi chưa rõ bản chất trên phim chụp CLVT lồng ngực, điều trị tại Khoa Nội hô hấp, Bệnh viện Quân y 175, từ tháng 01/2024 đến tháng 3/2026.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: NB từ 18 tuổi trở lên, có hình ảnh nốt mờ tại phổi đường kính ≤ 3 cm trên

phim CLVT, chưa rõ bản chất; NB có kết quả của các kỹ thuật xâm lấn xác định nguyên nhân như: nội soi phế quản ống mềm, nội soi phế quản siêu âm, sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CLVT, phẫu thuật; NB có hồ sơ bệnh án đủ thông tin nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: NB có tiền sử ung thư, bệnh phổi kẽ, lao phổi; NB có chống chỉ định với các kỹ thuật can thiệp chẩn đoán; NB không theo dõi được thay đổi hình ảnh học bằng chụp CLVT; NB không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp với tiến cứu.

- Chọn mẫu: thuận tiện (tất cả NB đáp ứng tiêu chuẩn chọn trong thời gian nghiên cứu).

- Kỹ thuật và tiêu chuẩn đánh giá kết quả các kỹ thuật xâm lấn xác định nguyên nhân: xác định nguyên nhân nốt phổi bằng các kỹ thuật mô bệnh học, tế bào học, vi sinh học. Kết quả chia thành 2 nhóm nguyên nhân với tiêu chuẩn như sau:

+ Nhóm ác tính (ung thư phổi nguyên phát, các tổn thương ác tính khác): xác định khi mô bệnh học/tế bào học có sự hiện diện của tế bào ung thư.

+ Nhóm nguyên nhân lành tính, gồm: lao phổi dạng nốt (mô bệnh có hình ảnh nang lao điển hình hoặc xét nghiệm dịch rửa phế quản - phế nang có AFB hoặc PCR lao dương tính); mô phổi viêm mạn tính (mô bệnh chỉ có hình ảnh viêm mạn tính); hamartoma (mô bệnh có hình ảnh hamartoma); u nấm *Aspergillus* (nuôi cấy nấm mảnh mô bệnh).

Các trường hợp nốt phổi không có chỉ định thực hiện kỹ thuật lấy bệnh phẩm được theo dõi bằng hình ảnh CLVT theo thời gian, hình ảnh chụp lại có sự hấp thu hoàn toàn tổn thương nốt được xác định là lành tính.

- Đạo đức: nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, Bệnh viện Quân y 175 thông qua (Quyết định số 4538/GCN-HĐĐĐ, ngày 22/9/2025). Nhóm nghiên cứu bảo đảm không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu. Mọi thông tin cá nhân NB được bảo mật.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 26.0. Mô tả các biến định lượng phân bố chuẩn dưới dạng giá trị $\pm$ SD và min-max; các biến không phân bố chuẩn dưới dạng trung vị (khoảng tứ phân vị); các biến định tính dưới dạng số lượng và tỉ lệ %. Xác định mối quan hệ giữa hai biến định tính bằng kiểm định Chi bình phương/Fisher Exact, giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của NB nghiên cứu

Đặc điểm (n = 90)		Kết quả
Giới tính (n, %)	Nam giới	62 (68,9)
	Nữ giới	28 (31,1)
Tuổi (năm)	< 40 (n, %)	7 (7,8)
	40-60 (n, %)	41 (45,6)
	> 60 (n, %)	42 (46,7)
	$\bar{X} \pm SD$	57,12 $\pm$ 13,03
	Min-max	22-84
Dấu ấn u huyết thanh ($\bar{X} \pm SD$ min-max)	CEA (ng/ml)	7,74 $\pm$ 11,12 (1,12-60,63)
	NSE (ng/ml)	16,21 $\pm$ 9,65 (9,47-34,03)
	Cyfra 21.1 (ng/ml)	3,26 $\pm$ 1,48 (0,96-6,8)
Hút thuốc lá (n, %)		39 (43,3)
Thời gian chẩn đoán (tháng)	$\bar{X} \pm SD$	49 $\pm$ 65,2
	Min-max	1-270
Trì hoãn can thiệp chẩn đoán	NB không muốn	11 (61,1)
	Bác sĩ khuyến cáo	7 (38,9)
	Tổng	18 (100)

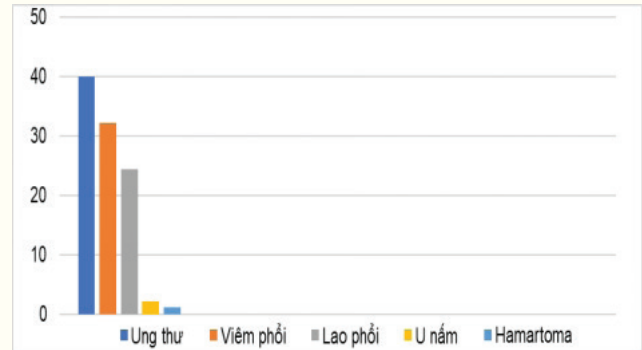
Tuổi trung bình của NB là 57,12 $\pm$ 13,03 tuổi; tỉ lệ nam giới (68,9%) nhiều hơn nữ giới (31,1%). NB có hút thuốc lá chiếm 43,3%. Trước điều trị, nồng độ trung bình CEA là 7,74 $\pm$ 11,12 ng/ml, Cyfra 21.1 là 3,26 $\pm$ 1,48 ng/ml, NSE là 16,21 $\pm$ 9,65 ng/ml. 18/90 NB (20,0%) trì hoãn can thiệp chẩn đoán, trong đó 61,1% do NB không đồng ý.

Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên CLVT ngực

Đặc điểm hình ảnh CLVT(n = 90)		Kết quả
Kích thước nốt (mm)	$\bar{X} \pm SD$	21,3 $\pm$ 6,33
	Min-max	5-30
Vị trí tổn thương (n, %)	Thùy trên phải	35 (38,9)
	Thùy giữa phải	4 (4,4)
	Thùy dưới phải	15 (16,7)
	Thùy trên trái	26 (28,9)
	Thùy dưới trái	10 (11,1)
Tính chất tổn thương (n, %)	Nốt đặc	84 (93,3)
	Bán đặc	5 (5,6)
	Kính mờ	1 (1,1)
Bắt thuốc cản quang (n, %)	Tăng bắt thuốc	64 (71,1)
	Không bắt thuốc	26 (28,9)

Kích thước trung bình tổn thương nốt phổi là 21,27 $\pm$ 6,33 mm (dao động từ 5-30 mm). Vị trí nốt phổi chủ yếu ở thùy trên phổi phải (38,9%) và thùy trên phổi trái (28,9%). Về đặc điểm hình ảnh, nốt đặc chiếm đa số (93,3%); nốt bán đặc và nốt kính mờ lần lượt chiếm 5,6% và 1,1%. Có 71,1% trường hợp ghi nhận tăng bắt thuốc cản quang trên CLVT.

- Nguyên nhân nốt phổi:



Biểu đồ nguyên nhân nốt phổi.

36/90 NB (40,0%) chẩn đoán xác định nốt phổi ác tính và 54/90 NB (60,0%) chẩn đoán nốt phổi lành tính. Trong đó có 18 NB (20,0%) theo dõi bằng CLVT, ghi nhận tổn thương giảm kích thước hoặc biến mất hoàn toàn sau 1-9 tháng, phù hợp với chẩn đoán viêm phổi. Ngoài ra, ghi nhận 01 NB u nấm *Aspergillus* và 01 NB chẩn đoán Hamartoma.

Bảng 3. Phương pháp và kết quả chẩn đoán nguyên nhân nốt phổi

Kỹ thuật (n = 90)	Số ca thực hiện	Xác định chẩn đoán
Nội soi phế quản ống mềm (n, %)	80 (88,9)	14 (17,5)
Nội soi phế quản - siêu âm (n, %)	11 (12,2)	05 (45,45)
Sinh thiết xuyên thành ngực (n, %)	48 (53,3)	36 (75)
Phẫu thuật (n, %)	20 (22,2)	20 (100)
Theo dõi CLVT (n, %)	18 (20,0)	18 (100)

88,9% NB nội soi phế quản ống mềm (tỉ lệ xác định chẩn đoán đạt 17,5%). 53,3% NB sinh thiết xuyên thành ngực (tỉ lệ xác định chẩn đoán đạt 75,0%). 12,2% NB nội soi phế quản kết hợp siêu âm (tỉ lệ xác định chẩn đoán đạt 45,5%). 22,2% NB phẫu thuật và 20,0% NB theo dõi bằng chụp CLVT (tất cả các NB này đều xác định chẩn đoán đạt 100%).

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và bản chất nốt phổi

Đặc điểm		Ác tính (n = 36)	Lành tính (n = 54)	p
Tuổi trung bình ($\bar{X} \pm SD$)		60,0 $\pm$ 9,5	54,2 $\pm$ 14,7	0,061
Hút thuốc lá (%)		21 (58,3)	18 (33,3)	0,029
CEA, Median (ng/ml)		6,66	2,5	< 0,001
NSE, Median (ng/ml)		13,65	14,02	0,856
Cyfra 21.1, ($\bar{X} \pm SD$, ng/ml)		3,99 $\pm$ 1,55	2,62 $\pm$ 1,11	< 0,001
Kích thước nốt	< 1 cm	0	3 (5,6)	0,074
	1-2 cm	9 (25,0)	22 (40,7)	
	2-3 cm	27 (75,0)	29 (53,7)	
Tính chất nốt	Nốt đặc (%)	34 (94,4)	50 (92,6)	> 0,05
	Bán đặc (%)	2 (5,6)	3 (5,5)	
	Kính mờ (%)	0	1 (1,9)	
	Có vôi hóa (%)	1 (2,8)	8 (14,8)	0,080
	Tua gai (%)	35 (97,2)	34 (63,0)	< 0,001
Nốt bắt thuốc cản quang	Tăng bắt thuốc (%)	36 (100)	28 (51,9)	< 0,001
	Không bắt thuốc (%)	0	26 (48,1)	

Tỉ lệ hút thuốc lá ở NB nhóm ác tính cao hơn có ý nghĩa so với nhóm lành tính (58,3% so với 33,3%; $p = 0,029$). Nồng độ CEA và Cyfra 21.1 ở NB nhóm ác tính cao hơn rõ rệt so với nhóm lành tính ($p < 0,001$), trong khi NSE không có sự khác biệt giữa hai nhóm ($p = 0,856$). Đặc điểm nốt có tua gai và tăng bắt thuốc cản quang gặp phổ biến hơn ở nhóm ác tính và mối liên quan có ý nghĩa thống kê với bản chất ác tính của nốt ($p < 0,001$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

90 NB có nốt mờ ở phổi chưa rõ bản chất trên phim chụp CLVT lồng ngực trong nghiên cứu có tuổi phân bố từ 22-84 tuổi, trung bình 57,12 $\pm$ 13,03 tuổi; tỉ lệ lớn ở độ tuổi trên 60 tuổi (46,7%) và từ 40-60 tuổi (45,6%); nam giới (65,9%) nhiều hơn so với nữ giới (34,1%). Kết quả này tương đương các nghiên cứu của Hoàng Văn Lương (2020) [7] (NB nốt phổi có tuổi trung bình là 53,5 $\pm$ 1,5 tuổi; hay gặp ở nhóm từ 49-69 tuổi; tỉ lệ NB nam/nữ $\approx$ 1,8/1); Lê Hoàn (2021) [8] (NB có nốt phổi ở độ tuổi trên 50 chiếm 74%, tỉ lệ nam giới là 64%). Những kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ của ung thư phổi (thường gặp ở người lớn tuổi và ở giới nam).

Nồng độ trung bình của CEA là 7,74 $\pm$ 11,12 ng/ml và Cyfra 21.1 là 3,26 $\pm$ 1,48 ng/ml; ở nhóm ung thư cao hơn có ý nghĩa so với nhóm lành tính; tương tự nghiên cứu của Đặng Đình Phúc (2022) [9] (CEA trung bình 8,17 $\pm$ 20,46 ng/ml và Cyfra trung bình 21.1 là 3,27 $\pm$ 1,08 ng/ml).

Các dấu ấn khối u có giá trị định hướng căn nguyên ác tính đối với các nốt hoặc khối u phổi. Việc kết hợp xét nghiệm các dấu ấn khối u trong huyết thanh giúp tăng độ đặc hiệu của chẩn đoán. Trong ung thư phổi, CEA huyết thanh và Cyfra 21.1 có độ nhạy cao hơn các chất chỉ điểm ung thư khác, nên khi kết hợp 2 chất chỉ điểm này thì giá trị chẩn đoán sẽ tốt hơn [10]. Sự phát triển của kỹ thuật sinh học phân tử đã cho phép xác định được các dấu ấn sinh học ung thư bằng mẫu huyết thanh như cfDNA, miRNA thông qua kỹ thuật sinh thiết lỏng, góp phần hỗ trợ chẩn đoán sớm ung thư phổi với mức độ xâm lấn tối thiểu.

4.2. Đặc điểm hình ảnh nốt phổi trên CLVT lồng ngực

Bảng 2 cho thấy, nốt phổi gặp chủ yếu ở thùy trên (thùy trên phổi phải chiếm 38,9% và thùy trên phổi trái chiếm 28,9%); tương đương với các nghiên cứu của Lê Hoàn (2021) [8] (u gặp nhiều nhất ở thùy trên 2 phổi: bên phải 32% và bên trái 34%); McWilliams và cộng sự (2013) [11] (các nốt ác tính có xu hướng xuất hiện ưu thế ở thùy trên 2 phổi: bên trái 23,1% và bên phải 32,6%).

Trong số 56 NB có kích thước nốt phổi từ 2-3 cm, 27 trường hợp (48,2%) chẩn đoán ung thư. Trong số 31 NB có kích thước nốt phổi từ 1-2 cm, 9 trường hợp (29,0%) chẩn đoán ung thư. Không ghi nhận trường hợp nốt phổi dưới 1 cm chẩn đoán ung thư. Nghiên cứu của McWilliams và cộng sự (2013) [11] cũng cho thấy kích thước của nốt phổi đơn độc có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ ung thư phổi.

Về đặc điểm cấu trúc, hay gặp nhất là nốt đặc (93,3%), tiếp đến nốt bán đặc (5,6%) và nốt kính mờ (1,1%); cao hơn kết quả nghiên cứu của Winkler và cộng sự (2015) [12] (78,9% tổn thương là dạng nốt đặc, 4,3% là nốt bán đặc). Về tính chất bắt thuốc cản quang: 71,1% nốt phổi có bắt thuốc cản quang và 28,9% nốt phổi không bắt thuốc cản quang (không có trường hợp nào ác tính trong nhóm này). 100% nốt được chẩn đoán ác tính đều tăng bắt quang trên hình ảnh CLVT.

Việc kết hợp phân tích đặc điểm lâm sàng, hình ảnh tổn thương, dấu ấn sinh học khối u và sinh thiết lỏng sẽ giúp đưa ra quyết định chiến lược chẩn đoán phù hợp, tối ưu hóa hiệu quả chẩn đoán và hạn chế được những can thiệp xâm lấn cho NB. Trong đó, đặc điểm hình ảnh tổn thương là tiếp cận sớm nhất và khách quan nhất cho việc định hướng căn nguyên ác tính hoặc lành tính. Thông tin thu được từ hình ảnh chụp CLVT, chẳng hạn như kích thước tổn thương, hình thái, vị trí, số lượng (đơn độc hoặc nhiều), sự liên quan của hạch bạch huyết, xâm lấn các cấu trúc lân cận và kiểu tăng cường độ tương phản, có thể cung cấp chẩn đoán định hướng có giá trị về bản chất của tổn thương.

4.3. Kết quả chẩn đoán nguyên nhân nốt phổi và mối liên quan với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Trong nghiên cứu này, chẩn đoán xác định dựa vào xét nghiệm mô bệnh học và theo dõi thay đổi hình ảnh tổn thương. Từ đó, chúng tôi phát hiện có 40% trường hợp bệnh lý ác tính và 60% trường hợp bệnh lý lành tính. Trong nhóm bệnh lý lành tính, có 18 trường hợp được theo dõi bằng CLVT, ghi nhận kích thước nốt phổi giảm hoặc biến mất sau 1-9 tháng. Kỹ thuật can thiệp chẩn đoán thực hiện nhiều nhất là nội soi phế quản ống mềm thường quy (88,9%), tiếp đến là sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của CLVT (53,3%), phẫu thuật (22,2%) và nội soi phế quản siêu âm (12,2%). Có 20% NB không thực hiện can thiệp chẩn đoán mà chỉ theo dõi hình ảnh, trong đó có 61,1% NB từ chối can thiệp.

Hiện nay, nội soi phế quản ống mềm vẫn là phương pháp can thiệp lấy bệnh phẩm chẩn đoán thường quy và phổ biến nhất trong chẩn đoán các bệnh lý hô hấp, đặc biệt là bệnh lý nhiễm trùng và ung thư phổi. Kỹ thuật nội soi phế quản hỗ trợ siêu âm xuyên phế quản (rEBUS) kết hợp với sinh thiết phổi xuyên phế quản đã được triển khai rộng rãi, chứng minh được cả hiệu quả và độ an toàn trong chẩn đoán. rEBUS cho phép hướng dẫn sinh thiết đối với các tổn thương phổi ngoại vi nhỏ mà nội soi

phế quản ống mềm thông thường không thể tiếp cận [13]. Các kỹ thuật chẩn đoán xâm lấn thường chứa đựng nguy cơ tai biến nên có thể không được sử dụng nhiều do các biến chứng thủ thuật và các yếu tố của NB.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy hiệu quả chẩn đoán xác định cao nhất là dựa trên kết quả mô bệnh học (100%), tiếp đến là sinh thiết xuyên thành ngực (75,0%), nội soi phế quản - siêu âm (45,45%) và nội soi phế quản ống mềm (17,5%). Hiệu quả của từng kỹ thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố như vị trí, kích thước tổn thương, khả năng tiếp cận và chất lượng mẫu bệnh phẩm. Theo Lê Huy Hoàng và cộng sự (2022) [14], sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của CLVT liều thấp thành công 100%, cho tỉ lệ chẩn đoán xác định ung thư phổi là 82,6% và bệnh lý lành tính là 17,4%. Đào Ngọc Bằng và cộng sự (2023) [15] thấy hiệu quả chẩn đoán của nội soi phế quản siêu âm cao, với độ nhạy từ 50-82% và độ đặc hiệu từ 60-100%.

Do đối tượng trong nghiên cứu này là NB có các nốt phổi, đường kính ≤ 3 cm, do đó, việc sinh thiết tổn thương chẩn đoán qua nội soi phế quản ống mềm gặp khó khăn, dẫn đến hiệu quả chẩn đoán xác định bằng kỹ thuật này thấp.

Phân tích mối liên quan cho thấy NB nhóm bệnh lý ác tính có tuổi trung bình cao hơn, liên quan chặt chẽ với tiền sử hút thuốc lá và có nồng độ CEA, Cyfra 21.1 huyết thanh cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm lành tính ($p < 0,05$). Về đặc điểm hình ảnh, nốt phổi ác tính chủ yếu có kích thước từ 2-3 cm (75,0%). Nốt có tua gai và bắt thuốc cản quang là dấu hiệu có giá trị chẩn đoán nguy cơ ác tính. Những đặc điểm này phù hợp với đặc điểm nguy cơ ung thư phổi đã được nhiều nghiên cứu công bố.

Hạn chế nghiên cứu: đây là một nghiên cứu đơn trung tâm, với cỡ mẫu nhỏ nên tính đại diện và khái quát của kết quả nghiên cứu chưa cao. Bên cạnh đó, kết quả chẩn đoán xác định nguyên nhân của 18 NB không dựa vào mô bệnh học cũng chứa đựng nguy cơ sai lệch kết quả.

5. KẾT LUẬN

93,3% nốt phổi trong nghiên cứu này là các nốt đặc, kích thước từ 2-3 cm. 40% là nốt phổi ác tính và 60% nốt phổi lành tính. Trong các phương pháp chẩn đoán, phẫu thuật có tỉ lệ chẩn đoán xác định đạt 100%, sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính đạt 75%, nội soi phế quản siêu âm đạt 45,45% và nội soi phế quản ống mềm đạt 17,5%.

Với các nốt phổi có kích thước 2-3 cm, có tua gai và tăng bắt thuốc cản quang, tỉ lệ xác định ung thư rất cao. Do đó, trong thực hành lâm sàng, cần khuyến cáo mạnh mẽ chỉ định sinh thiết hoặc phẫu thuật để xác định chẩn đoán, nhằm nâng cao hiệu quả điều trị. Các nốt kích thước < 2 cm có các yếu tố nguy cơ ung thư thấp và có chống chỉ định sinh thiết hoặc nguy cơ phẫu thuật cao có thể theo dõi tiến triển hình ảnh theo thời gian.

Từ kết quả nghiên cứu này, chúng tôi cho rằng nên tầm soát các bệnh lý ác tính bằng chụp cắt lớp vi tính liều thấp ở những người có nguy cơ cao, nhằm phát hiện sớm các tổn thương dạng nốt ở phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. MacMahon H, Naidich DP, Goo JM, et al., "Guidelines for Management of Incidental Pulmonary Nodules Detected on CT Images: From the Fleischner Society 2017", *Radiology*, 284 (1): pp. 228-243, doi:10.1148/radiol.2017161659, 2017.
2. Christensen J, Prosper AE, Wu CC, et al., "ACR Lung-RADS v2022: Assessment Categories and Management Recommendations", *CHEST*, 165 (3): pp. 738-753. doi:10.1016/j.chest.2023.10.028, 2024.
3. Chen D, Yang L, Zhang W, et al., "Prevalence and management of pulmonary nodules: a systematic review and meta-analysis", *J Thorac Dis.*, 16(7). doi:10.21037/jtd-24-874, 2024.
4. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al., "Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", *CA Cancer J Clin.*, 74 (3): pp. 229-263. doi:10.3322/caac.21834, 2024.
5. Yang W, Sun W, Li Q, et al., "Diagnostic Accuracy of CT-Guided Transthoracic Needle Biopsy for Solitary Pulmonary Nodules", *PloS One*, 10(6): e0131373. doi:10.1371/journal.pone.0131373, 2015.
6. Jia Y, Gong W, Zhang Z, et al., "Comparing the diagnostic value of 18F-FDG-PET/CT versus CT for differentiating benign and malignant solitary pulmonary nodules: a meta-analysis", *J Thorac Dis.*, 11 (5): 2082-2098. doi:10.21037/jtd.2019.05.21, 2019.
7. Hoàng Văn Lương, Lâm Khánh, Nguyễn Viết Nhung, "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính ngực trong chẩn đoán nốt đơn độc ở phổi có đường kính lớn hơn 8mm", *J 108 - Clin Med Pharmacy*, November 2020. <https://tcydls108.benhvien108.vn/index.php/YDLS/article/view/552>. Accessed April 11, 2026.
8. Lê Hoàn, Vũ Văn Giáp, Đinh Thị Thanh Hồng, và cộng sự, "Chẩn đoán căn nguyên nốt đơn độc ở phổi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội", *Tạp chí Nghiên cứu y học*, 147(11): tr. 123-130. doi:10.52852/tcncyh.v147i11.577, 2021.
9. Đặng Đình Phúc, Ngô Quốc Bộ, Đinh Hoàng Việt và cộng sự, "Giá trị của phân loại LUNG-RADS trong chẩn đoán ung thư phổi với nốt mờ đơn độc", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 520 (1A): tr. 313-317, 2022.
10. Joshi S, Kallappa S, Kumar P, Shukla S, Ghosh R., "Simple diagnosis of cancer by detecting CEA and CYFRA 21-1 in saliva using electronic sensors", *Sci Rep.*, 12: 15315. doi:10.1038/s41598-022-19593-8, 2022.
11. McWilliams A, Tammemagi MC, Mayo JR, et al., "Probability of Cancer in Pulmonary Nodules Detected on First Screening CT", *N Engl J Med.*, 369(10): pp. 910-919. doi:10.1056/NEJMoa1214726, 2013.
12. Winkler Wille MM, van Riel SJ, Saghir Z, et al., "Predictive Accuracy of the PanCan Lung Cancer Risk Prediction Model-External Validation based on CT from the Danish Lung Cancer Screening Trial", *Eur Radiol*, 25 (10):3093-3099. doi:10.1007/s00330-015-3689-0, 2015.
13. Nguyen Hai C, Nguyen Minh T, Hoang Thanh T, Trinh Duc L, Hoang Xuan C., "Efficacy and safety of radial probe endobronchial ultrasound-transbronchiallungbiopsyinperipheralpulmonary lesions without guide sheath and fluoroscopy", *Ther Adv Respir Dis.*, 20:17534666261430508. doi:10.1177/17534666261430508, 2026.
14. Lê Huy Hoàng, Nguyễn Quang Anh, Vũ Đăng Lưu, "Kết quả và tính an toàn của sinh thiết phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn cắt lớp vi tính liều thấp trong chẩn đoán ung thư phổi tại bệnh viện đa khoa Hải Dương", *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 46, tập 555 (2), tr.290-294, 2025.
15. Đào Ngọc Bằng và Tạ Bá Thắng, "Cập nhật các phương pháp chẩn đoán sớm ung thư phổi", *Tạp chí Y dược học Quân sự*, 48 (1): 50-62. doi:10.56535/jmpm.v48i1.238, 2023. □

LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả trân trọng cảm ơn sự tình nguyện, nhiệt tình tham gia nghiên cứu của người bệnh; trân trọng cảm ơn sự hỗ trợ, giúp đỡ của cán bộ, nhân viên Bệnh viện Quân y 175 trong quá trình chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.