

Đối với người già, vì chất lượng xương kém, nên mặc dù cơ chế té ngã đơn giản và lực gây gãy xương không lớn nhưng vẫn gây gãy đầu trên xương đùi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ gãy đầu trên xương đùi theo đường liên mẫu chuyển chiếm tới 70%, gãy khác chiếm 30%, phù hợp với các nghiên cứu lớn của Guyton J.L [4], Lorch D.G [6]. Phân loại gãy xương vùng mẫu chuyển có thể giúp ích cho thầy thuốc trong việc lựa chọn phương pháp và dụng cụ kết hợp xương.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy MDX ở vị trí CXĐ cao hơn MDX tại CSTL. Điều này hoàn toàn phù hợp với ý kiến vì vị trí CSTL bao gồm các đốt sống từ L1 đến L4, đốt sống là xương xốp nên tỷ lệ mất xương hàng năm cao hơn xương đặc vì vậy loãng xương vùng CSTL thường biểu hiện sớm hơn CXĐ. Độ loãng xương theo Singh ở các bệnh nhân chủ yếu là loãng xương độ 3 (62%). Có mối tương quan chặt, đồng biến giữa MDX đo theo phương pháp DEXA và phân độ loãng xương theo Singh trên x-quang.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ = 0,85. Tuổi trung bình: $78,1 \pm 8,71$.
- Các triệu chứng lâm sàng thường gặp trên bệnh nhân: đau dọc theo các xương dài (40%), giảm chiều cao > 3cm so với lúc trẻ (38%), cảm giác rời rạc, buồn bực, đau không rõ ràng trong xương (28%).
- Trên x-quang: Có 70% bệnh nhân gãy đầu trên xương đùi theo đường liên mẫu chuyển cổ

xương đùi, 62% bệnh nhân loãng xương độ 3 theo phân độ Singh.

- MDX trung bình đo bằng phương pháp DEXA tại CXĐ là: $-2,9 \pm 0,39$, tại CSTL là: $-3,72 \pm 0,72$.

Có mối tương quan chặt, đồng biến giữa MDX theo Singh và MDX đo theo phương pháp DEXA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lưu Ngọc Giang, Nguyễn Thị Trúc (2011), "Mối liên quan giữa loãng xương và thời gian mãn kinh của phụ nữ ở thành phố Mỹ Tho", *Y học thực hành* (751), số 2, tr. 21-24.
2. Đào Thị Văn Khanh, Nguyễn Hoàng Thanh Vân, Nguyễn Thị Huyền Trang (2009), "Khảo sát tình hình loãng xương ở phụ nữ lớn tuổi bằng máy siêu âm định lượng", *Y học thực hành* (644+645), số 2/2009, tr. 20-22
3. Lê Thị Hải Yến, Vũ Thị Bích Hạnh, Nguyễn Thanh Thủy (2009), "Nghiên cứu tình trạng loãng xương ở phụ nữ bị đau thắt lưng mạn tính và liên quan tới một số yếu tố nguy cơ", *Tạp chí Y học lâm sàng* (44), tr.22-28.
4. Guyton J.L. (2003), "Fractures of hip - Acetabulum and Pelvis", *Campbell's operative orthopaedics*, 9th Edit., Mosby, pp.2181 - 2262.
5. Kanis J. A., Hans D., Cooper C., Baim S., et al. (2011), "Interpretation and use of FRAX in clinical practice", *Osteoporos Int*, 22 (9), pp. 2395-411.
6. Lorch D.G., Geller D.S., Nielson J.H. (2004), "Osteoporotic peritrochanteric hip fractures. Management and current controversies", *J.Bone Joint Surg Am*, 86, pp. 398 - 410.
7. Mary Anderson, Pierre Demals (2000), "Osteoporosis an underdiagnosed and undertreated public health issue", *Karger Gazette*, pp.3-5.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA HẠCH TRUNG THẤT TRÊN CT NGỰC VỚI KẾT QUẢ MÔ BỆNH HỌC SAU MỔ TRONG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ

Trần Trọng Kiểm*

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định một số đặc điểm về hình thái trên CT ngực có liên quan tới tính chất di căn của hạch trung thất trong ung thư phổi không tế bào nhỏ. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu 293 hạch trung thất của 67 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được phẫu thuật. Thống kê các đặc điểm về kích thước, tỷ trọng, tính chất vôi hóa, tính chất tăng sinh mạch của hạch trên phim cắt lớp v. tính lồng

ngực, kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật. Lập bảng mối liên quan giữa các đặc điểm hình thái của hạch với kết quả mô bệnh học. **Kết quả:** Tỷ lệ hạch ác tính ở nhóm trên 20mm là 60,9%, nhóm 10 - 20mm là 53,6%. Tỷ lệ ác tính ở nhóm hạch có tỷ trọng trên 70HU là 36,8%. Tỷ lệ ác tính ở nhóm hạch có đồng thời hai dấu hiệu tăng sinh mạch và vôi hóa là 61,1%. **Kết luận:** khả năng di căn hạch trung thất trong ung thư phổi không tế bào nhỏ liên quan tới một số thay đổi về hình thái của hạch trên phim CT ngực.

SUMMARY

RELATIONSHIPS BETWEEN CHARACTER OF LYMPH NODE ON CHEST CT AND POST-OPERATIVE PATHOLOGY IN NON-SMALL CELL LUNG CANCER

Objective: Define some morphologic characters of lymph node on chest CT which are related to lymph

*Bệnh viện TW Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trọng Kiểm

Email: dr.trantrongkiem.B4.H108@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2017

Ngày duyệt bài: 12.4.2017

node metastasis in non-small cell lung cancer.

Method: Retrospective study on 293 mediastinal lymph nodes of 67 patients who were underwent surgery. Statistics about size, density, calcification, vascular increasing and post-operative pathology result of lymph nodes. Make the table about the relationships between morphologic character and pathology result. **Result:** Malignant rate following diameter was 60,9% in over 20mm group. 53,6% in 10-20mm group, respectively. Malignant rate following density was 36,8% in over 70HU group. Malignant rate in lymph node which had both calcification and vascular increasing was 61,1%. **Conclusion:** Metastasis ability to mediastinal lymph node in non-small cell lung cancer was related to morphologic deformity of lymph node chest CT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tính chất di căn hạch ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn chiến lược điều trị cho từng bệnh nhân trong ung thư phổi không tế bào nhỏ. Do vậy việc chẩn đoán hạch di căn hay không di căn dựa trên hình ảnh cắt lớp vi tính lồng ngực có vai trò rất quan trọng trong điều trị. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm góp phần đưa ra một số gợi ý định hướng cho chẩn đoán

tính chất di căn của hạch trung thất trên CT lồng ngực [3].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả bệnh chứng

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 293 hạch trung thất của 67 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ được phẫu thuật cắt thùy phổi, vét hạch tại Khoa Ngoại lồng ngực - Bệnh viện TWQĐ 108 từ tháng 01/2014 đến tháng 12/2016.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Bước 1: Thống kê các đặc điểm hình thái của hạch trên phim CT lồng ngực có tiêm thuốc cản quang

- Kích thước hạch: thông số nghiên cứu là đường kính trục ngắn nhất của hạch trên lát cắt có kích thước lớn nhất: 5 - 10mm; 10 - 20mm; Trên 20mm

- Tỷ trọng của hạch: Trên 70HU; Dưới 70 HU

- Tính chất khác: Vôi hóa; Tăng sinh mạch

Bước 2: thống kê kết quả mô bệnh học của hạch sau phẫu thuật: Lành tính; Ác tính

Bước 3: Lập bảng mối liên quan giữa các đặc điểm hình thái của hạch với kết quả mô bệnh học sau mổ

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Một số đặc điểm của hạch trên CT ngực

Đặc điểm	Trung bình	Min	Max	Tổng
Kích thước (mm)	13,0 ± 4,0	8,0	23	293
Tỷ trọng (HU)	65,0 ± 10,3	57	114	293

Nhận xét: kích thước trung bình của hạch là 13,0±4,0mm; tỷ trọng trung bình là 65,0±10,3HU.

Bảng 2: Mối tương quan giữa kích thước hạch và mô bệnh học

Kích thước	Lành tính		Ác tính		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
5 - 10mm	159	89,3	19	10,7	178	60,8
10 - 20mm	32	46,4	37	53,6	69	23,5
≥20mm	18	39,1	28	60,9	46	15,7
Tổng	209	71,3	84	28,7	293	100

Nhận xét: hạch có kích thước càng lớn, tỷ lệ ác tính càng cao; với hạch có đường kính trên 20mm, tỷ lệ ác tính là 60,9%.

Bảng 3: Mối tương quan giữa tỷ trọng hạch và mô bệnh học

Tỷ trọng	Lành tính		Ác tính		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
< 70HU	125	78,1	35	21,9	160	54,6
≥ 70HU	84	63,2	49	36,8	133	45,4
Tổng	209	71,3	84	28,7	293	100

Nhận xét: tỷ lệ hạch ác tính ở nhóm tỷ trọng trên 70HU cao hơn nhóm tỷ trọng dưới 70HU.

Bảng 4: Mối tương quan giữa các đặc điểm khác của hạch và mô bệnh học

Đặc điểm	Lành tính		Ác tính		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
Vôi hóa	21	65,6	11	34,4	32	100
Tăng sinh mạch	25	61,0	16	39,0	41	100
Vôi hóa và tăng sinh mạch	7	38,9	11	61,1	18	100

Nhận xét: hạch có đồng thời cả hai dấu hiệu vôi hóa và tăng sinh mạch chiếm tỷ lệ ác tính cao nhất (61,1%).

IV. BÀN LUẬN

Với CT ngực, các hạch trung thất có đường kính trên 5mm đều có thể xác định được [4]. Trong nghiên cứu này, với 67 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ, chúng tôi đã xác định được 293 hạch trung thất trên phim CT ngực. Đối chiếu về kích thước hạch với kết quả mô bệnh học sau mổ thấy rằng: tỷ lệ ác tính ở những hạch có đường kính dưới 10mm là 10,7%, từ 10 - 20mm là 53,6%, trên 20mm là 60,9%. Như vậy, hạch có kích thước càng lớn thì tỷ lệ ác tính càng cao. Kết quả của chúng tôi thu được tương đồng với kết quả của nhiều tác giả khác. Theo Adrianus và cộng sự, tỷ lệ dị căn đối với hạch trung thất có đường kính 10 - 15mm là 29%, đặc biệt tỷ lệ này tăng gấp hai lần đối với những hạch có đường kính lớn hơn 15mm. Andrea Bille và cộng sự nghiên cứu 1001 hạch trung thất trên bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ thấy rằng tỷ lệ chẩn đoán đúng là 32,4% với hạch dưới 10mm, 85,3% với hạch trên 10mm. Hầu hết các tác giả đều cho rằng đường kính trực tràng nhất trên 1cm là tiêu chí để đánh giá khả năng ác tính của hạch trên phim CT ngực, tỷ lệ chẩn đoán chính xác dựa vào CT trước mổ là 57% [1],[2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ một số ít các hạch có tăng sinh mạch hoặc vôi hóa đơn thuần là ác tính (39,0% và 34,4%); tuy nhiên, nếu hạch có đồng thời cả hai dấu hiệu trên thì tỷ lệ ác tính tăng lên đáng kể (61,1%). Phần lớn hạch được nghiên cứu là lành tính, tuy nhiên, tỷ lệ ác tính ở nhóm có tỷ trọng trên 70HU cao hơn hẳn nhóm có tỷ trọng dưới 70HU (36,8% so với 21,9%). Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Kim và cộng sự: 83% số hạch có calci hóa hoặc tăng tỷ trọng (> 70 HU) là lành tính [6].

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số điểm hạn chế. Thứ nhất, số lượng bệnh nhân và số mẫu hạch nghiên cứu chưa đủ lớn do vậy chúng tôi không phân type mô bệnh học ung thư phổi thái hạch cũng chỉ mang tính tổng quát trên toàn bộ hạch trung thất, chưa phân rõ vị trí các nhóm hạch. Thứ hai, do hạn chế về các phương tiện hỗ trợ chẩn đoán giai đoạn trước mổ như sinh thiết xuyên thành phế quản dưới hướng dẫn siêu âm, sinh thiết xuyên thành thực quản dưới hướng dẫn siêu âm hoặc chụp PET/CT nên chúng tôi

chưa có sự so sánh về thay đổi giai đoạn chẩn đoán trước và sau mổ. Với một số nghiên cứu trên thế giới, tính chính xác trong chẩn đoán căn cứ vào CT ngực có thể đạt 57 - 69%. Nghiên cứu của Izicki và cộng sự, tỷ lệ hạch trung thất được chẩn đoán là 81% với độ nhạy là 29%, độ đặc hiệu là 93%, giá trị tiên đoán dương là 49%, giá trị tiên đoán âm là 85%. Với những trường hợp này, mô bệnh học sau mổ xác chẩn tính chính xác ở 69% với độ nhạy là 90%, độ đặc hiệu 63%, giá trị tiên đoán dương là 39%, giá trị tiên đoán âm là 96% [5].

V. KẾT LUẬN

Sự thay đổi về kích thước, tỷ trọng, vôi hóa, tăng sinh mạch của hạch trên phim cắt lớp vi tính lồng ngực là các dấu hiệu có tính chất gợi ý đến khả năng dị căn hạch trong ung thư phổi không tế bào nhỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Andrea Bille, Ettore Pelosi, Andrea Skanjeti, Vincenzo Arena, Luca Errico, Piero Borasio, Maurizio Mancini, Francesco Ardisson (2009), "Preoperative intrathoracic lymph node staging in patients with non-small-cell lung cancer: accuracy of integrated positron emission tomography and computed tomography", *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*, 36: 440-445
2. Adrianus J. de Langen, Pieter Raijmakers, Ingrid Riphagen, Marinus A. Paul, Otto S. Hoekstra (2006), "The size of mediastinal lymph nodes and its relation with metastatic involvement: a meta-analysis", *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*, 29: 26-29
3. Ngô Quý Châu (chủ biên) (2012), *Bệnh hô hấp, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam*, Hà Nội.
4. Phạm Ngọc Hoa, Lê Văn Phước (2011), *CT ngực, Nhà xuất bản y học*, Hà Nội.
5. Izicki JR, Thetter O, Karg O, Kreusser T, Passlick B, Trupka A, Häussinger K, Woelckel W, Kenn RW, Wilker DK (1992), "Accuracy of computed tomographic scan and surgical assessment for staging of bronchial carcinoma. A prospective study", *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 104(2):413-420.
6. Yoon Kyung Kim, Kyung Soo Lee, Byung-Tae Kim, Joon Young Choi, Hojoong Kim, O. Jung Kwon, Young Mog Shim, Chn A. Yi, Ha Young Kim, Myung Jin Chung, (2007), "Mediastinal Nodal Staging of Nonsmall Cell Lung Cancer Using Integrated 18F-FDG PET/CT in a Tuberculosis-Endemic Country Diagnostic Efficacy in 674 Patients", *Cancer*, 109:1068-77.