

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF STAGE I-IIA NON-SMALL CELL LUNG CANCER

Le Minh Phong*, Le Thanh Liem

Military Hospital 175 – 786 Nguyen Kiem Street, Hanh Thong Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 01/04/2025

Revised: 27/04/2025; Accepted: 20/05/2025

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with stage I–IIA non-small cell lung cancer treated at Military Hospital 175 from January 2015 to December 2020.

Subjects and methods: An uncontrolled intervention study on 83 patients diagnosed with stage I - IIA non-small cell lung cancer who underwent thoracoscopy at Military Hospital 175 from January 2015 to December 2020. Results: Early stage lung cancer often had symptoms of chest pain 44.6%, cough sputum 38.6%, patients often related to smoking 39/83 (47%). Preoperative diagnosis on computed tomography stage IA accounted for 52/83 (62.7%); stage IB accounted for 27/83 (32.5%); only 4 (4.8%) patients with tumor ≤ 5 cm and lymph nodes on computed tomography at stage IIA. Most of the patients had histopathology of adenocarcinoma 71/83 (85.5%); only 12/83 (14.5%) patients had squamous cell histology.

Conclusion: Common lung cancer symptoms were chest pain, cough with phlegm, related to smoking. Most of the patients had histopathology of adenocarcinoma.

Keywords: Non-small cell lung cancer, clinical, subclinical characteristics.

*Corresponding author

Email: drphonglm175@gmail.com **Phone:** (+84) 975636378 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD8.3015**



ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN I-IIA

Lê Minh Phong*, Lê Thanh Liêm

Bệnh viện Quân y 175 - 786 Nguyễn Kiệm, P. Hạnh Thông, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận: 01/04/2025

Ngày sửa: 27/04/2025; Ngày đăng: 20/05/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I-IIA điều trị tại Bệnh viện Quân y 175 từ 01/2015 đến 12/2020.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu can thiệp không đối chứng trên 83 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I – IIA được phẫu thuật nội soi lồng ngực tại Bệnh viện Quân y 175 từ 01/2015 đến 12/2020. Kết quả: Ung thư phổi giai đoạn sớm thường có triệu chứng đau ngực 44,6%, ho đờm 38,6%, các bệnh nhân thường liên quan tới hút thuốc lá 39/83 (47%) bệnh nhân. Chẩn đoán trước mổ trên cắt lớp vi tính giai đoạn IA chiếm 52/83 (62,7%); giai đoạn IB chiếm 27/83 (32,5%); chỉ có 4 (4,8%) bệnh nhân $u \leq 5$ cm và có hạch trên cắt lớp vi tính ở giai đoạn IIA. Đa số các bệnh nhân có mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến 71/83 (85,5%); chỉ có 12/83 (14,5%) bệnh nhân có mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy.

Kết luận: Triệu chứng ung thư phổi thường gặp là đau ngực, ho đờm, liên quan tới hút thuốc lá. Đa số các bệnh nhân có mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, lâm sàng, cận lâm sàng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2008 thế giới có khoảng 1,6 triệu người mới mắc ung thư phổi nguyên phát (UTPNP) và gần 1,4 triệu người chết đến năm 2012 con số này là 1,82 triệu và 1,59 triệu tương ứng. Ở châu Âu mỗi năm có khoảng 375.000 người mới mắc so với tất cả các loại ung thư thì UTPNP chiếm tỷ lệ 13% nhưng gây tử vong cao đến 28% [1], [2]. Biểu hiện sàng ủa UTPNP thường âm thầm, nghèo nàn và không đặc hiệu, khoảng 15% số bệnh nhân được phát hiện khi chưa có triệu chứng lâm sàng. Do vậy, việc hiểu biết và phát hiện các triệu chứng lâm sàng có giá trị quan trọng nhằm chẩn đoán sớm bệnh. Xuất phát từ vấn đề trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: “Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I-IIA điều trị tại Bệnh viện Quân y 175 từ 01/2015 đến 12/2020”

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 83 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I – IIA được phẫu thuật nội

soi lồng ngực tại Bệnh viện Quân y 175 từ 01/2015 đến 12/2020.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn*

+ Tuổi > 18

+ Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư phổi không tế bào nhỏ (NSCLC) bằng mô bệnh học. Phân giai đoạn theo AJCC/UICC ở giai đoạn I đến IIA

+ Bệnh nhân chưa được điều trị trước đó bằng hóa trị, xạ trị hay miễn dịch trị liệu

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc

- *Tiêu chuẩn loại trừ*

+ Bệnh nhân mắc ung thư phổi tế bào nhỏ hoặc các loại ung thư phổi khác không thuộc nhóm NSCLC

+ Bệnh nhân được xác định ở giai đoạn IIB trở lên

+ Có tiền sử điều trị ung thư phổi hoặc các bệnh lý ác tính khác trước khi vào nghiên cứu (phẫu thuật, hóa trị, xạ trị...).

+ Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng không kiểm

*Tác giả liên hệ

Email: drphonglm175@gmail.com Điện thoại: (+84) 975636378 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD8.3015>

soát ảnh hưởng đến việc đánh giá kết quả (suy gan, suy thận, bệnh tim mạch giai đoạn cuối...)

+ Bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp không đối chứng.

- **Cỡ mẫu**

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ:

$$n = Z^2 \frac{p(1 - p)}{d^2}$$

Trong đó:

+ n: Cỡ mẫu

+ Z: Độ tin cậy: 1,96 (test hai phía, độ tin cậy 95%)

+ d: Mức sai lệch tương đối giữa tham số mẫu và tham số quần thể, có thể dao động từ 0,05 - 0,5.

+ p: Tỷ lệ bệnh nhân ung thư phổi không phải tế bào nhỏ (NSCLC) giai đoạn I-IIA, theo nghiên cứu của Engelhardt và cộng sự (2018) giá trị p=0,798. Chọn mức sai số d = 0,1 với α = 0,05. Áp dụng công thức, cỡ mẫu tối thiểu là 62 bệnh nhân.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I – IIA được phẫu thuật nội soi lồng ngực tại Bệnh viện Quân y 175 từ 01/2015 đến 12/2020 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Trên thực tế, đề tài khảo sát được 83 bệnh nhân. Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm tuổi, giới;

- Các triệu chứng lâm sàng bao gồm: đau ngực, ho khan kéo dài, ho ra máu, khó thở, gầy sút cân, sốt nhẹ và không có triệu chứng lâm sàng;

- Tiền sử nghiện thuốc lá, liên quan thuốc lá theo giới;

- Sự phân bố giai đoạn bệnh: Gồm các giai đoạn IA, IB, IIA;

- Chỉ điểm U: CEA, Cyfra 21-1, SCC;

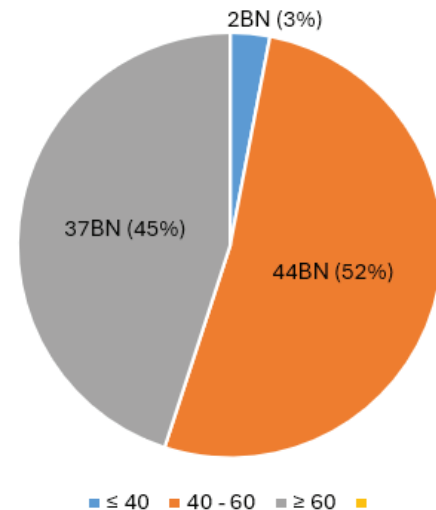
- Tiến hành đánh giá chức năng hô hấp của bệnh nhân trước mổ: FVC, FEV1, FEV1/FVC;

- Đặc điểm trên cắt lớp vi tính lồng ngực: Sự phân bố bệnh nhân theo vị trí tổn thương; Sự phân bố bệnh nhân theo kích thước khối u được chia ra: đk khối u

≤ 20 mm; từ 20 - 30 mm; từ 30 - 50 mm.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu thu thập được nhập và xử lý trên phần mềm thống kê y sinh học SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



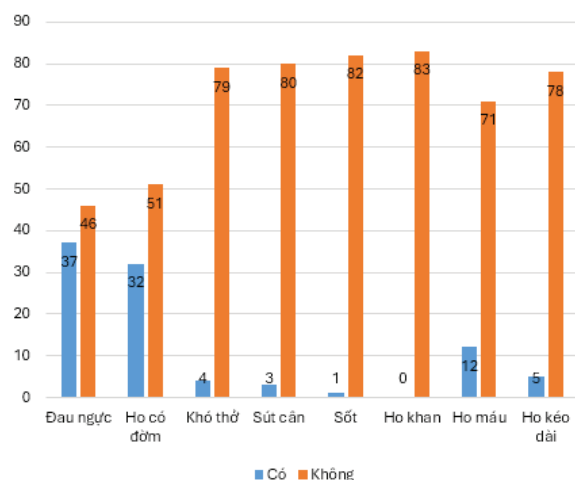
Biểu đồ 1. Phân bố tuổi đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân trong nhóm tuổi 40-60 chiếm 52%; các bệnh nhân trong nhóm tuổi ≥ 60 chiếm 45%; chỉ có 3% (2 Bệnh nhân) trong nhóm tuổi dưới 40. Phần lớn các bệnh nhân trong nghiên cứu là nam giới 64%; nữ giới chiếm 36%, tỉ lệ nam/nữ = 1,77.

Bảng 1. Tiền sử hút thuốc lá

Tiền sử	Số bệnh nhân (n=83)	Tỷ lệ (%)
Hút thuốc lá	39	47
Nam	37	44,6
Nữ	2	2,4
Số năm hút	31,55 ± 9,00 (15-50 năm)	

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 39/83 bệnh nhân hút thuốc lá trong đó chủ yếu là nam giới 37/39; Số năm hút trung bình là 31,55 ± 9 (15-50).



Biểu đồ 2. Triệu chứng lâm sàng

Nhận xét: Các bệnh nhân trong nghiên cứu thường gặp triệu chứng đau ngực nhất với tỉ lệ 37/83 (44,6%); tiếp theo là triệu chứng ho có đờm chiếm 32/83 (38,6%); triệu chứng ho máu chiếm 12/83 (14,5%); ho kéo dài chiếm 5/83 (6%); khó thở chiếm 4/83 (4,8%); sút cân chiếm 3/83 (3,6%); sốt 1/83 (1,2%); không có bệnh nhân nào có triệu chứng ho khan.

Bảng 2. Các marker chỉ điểm ung thư phổi

Marker (n=83)	TB ± SD (Min-max)	Tỷ lệ tăng trên ngưỡng
CEA	5,99 ± 6,99 (0,40-44,61)	32 (38,6)
CYFRA 21-1	3,12 ± 2,32 (0,02-18,40)	31 (37,3)
SCC	1,27 ± 1,39 (0,3-7,0)	8 (9,6)

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân được xét nghiệm CEA, CYFRA21-1 và SCC thường quy để sàng lọc ban đầu. Trung bình chỉ điểm u CEA là 5,99 ± 6,99 (0,40 – 61 cao hơn ngưỡng giới hạn do có một số bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến có CEA tăng rất cao cho thấy có sự tương quan giữa chỉ điểm u CEA và ung thư biểu mô tuyến của phổi, tỷ lệ bệnh nhân có CEA > 5ng/ml là 32/83 (38,6%); CYFRA 21-1 là 3,12 ± 2,32 (0,02 – 18,40) có 31/83 bệnh nhân có CYFRA21-1 > 3,3 ng/ml; SCC là 1,27 ± 1,39 (0,3 – 7,0) có 8/83 bệnh nhân có SCC > 2,5ng/ml.

Bảng 3. Chỉ số thông khí phổi của bệnh nhân

Chỉ số (n=83)	TB ± SD	Min-max
FEV1	3,23 ± 0,76	1,56-4,69
FVC	3,56 ± 0,86	1,63-4,82
FEV1/FVC	91,71 ± 7,27	67-100

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân có chức năng thông khí bình thường với chỉ số trung bình của FEV1: 3,23 ± 0,76 (1,56 – 4,69); FVC: 3,56 ± 0,86 (1,63 – 4,82); FEV1/FVC: 91,71 ± 7,27 (67 – 100).

Bảng 4. Vị trí, kích thước, giai đoạn bệnh, mô bệnh học của u phổi trên cắt lớp vi tính

Vị trí u phổi	Số bệnh nhân (n=83)	Tỷ lệ (%)
Phổi phải	56	67,5
Thùy trên	17	20,5
Thùy giữa	6	7,2
Thùy dưới	33	39,8
Phổi trái	27	32,5

Vị trí u phổi	Số bệnh nhân (n=83)	Tỷ lệ (%)
Thùy trên	13	15,6
Thùy dưới	14	16,9
Kích thước u		
≤ 2cm	23	27,8
<2-3cm	31	37,3
>3-5cm	29	34,9
Giai đoạn bệnh		
Giai đoạn IA (T1aN0; T1bN0)	52	62,7
Giai đoạn IB (T2aN0)	27	32,5
Giai đoạn IIA (T1aN1, T1bN1, T2aN1)	4	4,8
Mô bệnh học		
Ung thư biểu mô tuyến	71	85,5
Ung thư biểu mô vảy	12	14,5

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có u nằm ở phổi phải 56 (67,5%) trong đó chủ yếu là u nằm ở thùy dưới (33/81 39,8%); tiếp đó là u thùy trên 17 (20,5%) và ít nhất là u thùy giữa 6/83 (7,2%); có 27/83 (32,5%) bệnh nhân có u nằm ở phổi trái trong đó thùy trên và thùy dưới có tỉ lệ gần bằng nhau.

Phần lớn u phổi trong nghiên cứu của chúng tôi có kích thước 2-3 cm chiếm 31/83 (37,3%); u phổi kích thước từ trên 3-5 cm chiếm 29/83 (34,9%) và 23/83 (27,8%) bệnh nhân có u phổi dưới 2cm. Kích thước u trung bình là 3,05 ± 0,98 (0,5-5cm).

Giai đoạn IA chiếm 52/83 (62,7%); giai đoạn IB chiếm 27/83 (32,5%); chỉ có 4 (4,8%) bệnh nhân uva có hạch trên cắt lớp vi tính ở giai đoạn IIA.

Hầu hết các bệnh nhân có mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến 71/83 (85,5%); chỉ có 12/83 (14,5%) bệnh nhân có mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi, đa số các bệnh nhân trong nhóm tuổi 40-60 chiếm 52%; các bệnh nhân trong nhóm tuổi ≥ 60 chiếm 45%; chỉ có 3% (2 Bệnh nhân) trong nhóm tuổi dưới 40; trong đó tuổi trung bình là 58,59 ± 8,44, nhỏ nhất là 34 - lớn nhất là 71. Độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các tác giả: Bùi Chí Viết cho biết: tuổi trung bình của bệnh nhân ung thư phổi được điều trị phẫu thuật là 56,8 ± 10, 8 trong đó 80,8% bệnh nhân có độ tuổi 40 đến 69 [3]. Theo tác giả Lê Tiến Dũng tuổi trung bình của bệnh nhân ung thư phổi là 58,8 trong đó 40-79 tuổi chiếm 85,9% [4]. Nghiên cứu Tác giả

Cung Văn Công: Có 141 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là $56,8 \pm 10,7$, trẻ nhất là 25 tuổi, già nhất là 84 tuổi, tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi trên 40 với tổng tỉ lệ 95% [5]. So với các nghiên cứu ngoài nước độ tuổi của chúng tôi thấp hơn: Allen nghiên cứu trên 1023 bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn sớm có tuổi trung bình là 68 nhỏ nhất 23 lớn nhất 89 [6]; Shamus nghiên cứu trên 429 bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn IA ó độ tuổi trung bình 67, nhỏ nhất 28 lớn nhất 88 [7]. Nhìn chung, nghiên cứu của chúng tôi cũng như các tác giả khác đều cho thấy độ tuổi trên 40 chiếm tỷ lệ rất cao.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trên 83 bệnh nhân, có 53 nam (63,9%), 30 nữ (36,1%). Tỷ lệ nam nhiều hơn nữ 1,77/1. Nghiên cứu của một số tác giả khác có tỷ lệ nam/ nữ cao hơn của chúng tôi như: Ngô Quang Định tỷ lệ nam/nữ = 2,8/1 [8]; Tuy nhiên, các nghiên cứu trên thế giới cho thấy xu hướng tỷ lệ nữ mắc bệnh cao hơn: Allen tỉ lệ nam/giới 52% nữ giới 48%; Shamus tỉ lệ nữ giới là 53,8% [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân thường gặp triệu chứng đau ngực nhất với tỉ lệ 37/83 (44,6%); tiếp theo là triệu chứng ho có đờm chiếm 32/83 (38,6%); triệu chứng ho máu chiếm 12/83 (14,5%); ho kéo dài chiếm 5/83 (6%); khó thở chiếm 4/83 (4,8%); sút cân chiếm 3/83 (3,6%); sốt 1/83 (1,2%); không có bệnh nhân nào có triệu chứng ho khan. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tỉ lệ triệu chứng lâm sàng thấp hơn so với của Trần Minh Bảo Luân với triệu chứng đau ngực 61,4%; ho khan 48,6%; ho ra máu 14,6%; ho đờm 26,6% có lẽ do nghiên cứu của tác giả này trên các bệnh nhân từ giai đoạn IA-IIIB các bệnh nhân ở giai đoạn sau bộc lộ nhiều triệu chứng lâm sàng hơn [9].

Hút thuốc lá là một yếu tố nguy cao gây ung thư phổi. Theo ước tính thuốc lá có liên quan tới 90% ung thư phổi ở nam giới và 70-80% ung thư phổi ở nữ giới. Nguyên nhân là do hút thuốc lá kích hoạt quá trình viêm mãn tính dẫn tới thúc đẩy ung thư phổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ hút thuốc lá ở cả 2 giới là 47% trong đó có 44,6% nam giới và 2 (2,4%) nữ giới. Số năm hút thuốc lá trung bình là $31,55 \pm 9,00$ (nhỏ nhất 15 lớn nhất 50 năm. Kết quả này tương đương với tác giả Trần Minh Bảo Luân tỉ lệ hút thuốc lá là 41,3% ở cả hai giới [9].

Các chất chỉ điểm u trong ung thư phổi thường được áp dụng là CEA, CYFRA 21-1 và SCC. Các chất chỉ điểm này thường ít được áp dụng trong chẩn đoán vì độ nhạy và độ đặc hiệu không cao; tuy nhiên chúng thường được áp dụng để theo dõi sau điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân được xét nghiệm CEA, CYFRA 21-1 và SCC thường quy để sàng lọc ban đầu. Trung bình chỉ điểm u CEA là $5,99 \pm 6,99$ (0,40 – 44,61 cao hơn ngưỡng giới hạn do có một số bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến có CEA tăng rất cao cho thấy có sự tương quan giữa chỉ điểm

u CEA và ung thư biểu mô tuyến của phổi tỉ lệ bệnh nhân có CEA > 5ng/ml là 32/83 (38,6%); CYFRA 21-1 là $3,12 \pm 2,32$ (0,02 – 18,40) có 31/83 bệnh nhân có CYFRA 21-1 > 3,3 ng/ml; SCC là $1,27 \pm 1,39$ (0,3 – 7,0) có 8/83 bệnh nhân có SCC > 2,5ng/ml.

Chúng tôi tuyển chọn các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chức năng thông khí để có thể tham gia phẫu thuật do đó đa số các bệnh nhân có chức năng thông khí bình thường với chỉ số trung bình của FEV1: $3,23 \pm 0,76$ (1,56 – 4,69); FVC: $3,56 \pm 0,86$ (1,63 – 4,82); FEV1/FVC: $91,71 \pm 7,27$ (67 – 100). Chỉ có một số bệnh nhân có rối loạn thông khí tắc nghẽn mức độ nhẹ và vẫn có khả năng tham gia vào phẫu thuật nội soi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân có u nằm ở phổi phải 56/83 (67,5%) trong đó chủ yếu là u nằm ở thùy dưới 33/81 (39,8%); tiếp đó là u thùy trên 17/83 (20,5) và ít nhất là u thùy giữa 6/83 (7,2%); có 27/83 (32,5%) bệnh nhân có u nằm ở phổi trái trong đó thùy trên và thùy dưới có tỉ lệ u gần bằng nhau 13/83 (15,6%) và 14/83 (16,9%).

Tỉ lệ phân bố vị trí u phổi trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với tác giả Trần Minh Bảo Luân (2019) nghiên cứu trên 109 trường hợp ung thư phổi giai đoạn IA đến IIB khối u phổi phải chiếm tỷ lệ cao 66 trường hợp (60,6%), phổi trái thấp hơn 43 trường hợp (39,4%); Trong đó nhiều nhất là thùy dưới phổi phải 30 trường hợp (27,5%), kế đến là thùy trên phổi phải 22 trường hợp (20,2%) và thùy trên phổi trái 25 trường hợp (22,9%), ít nhất là thùy giữa 14 trường hợp (12,8%) [9]. Tác giả Fraser R.G cũng khẳng định điều này khi mô tả tổn thương ở phổi phải nhiều gấp 1,5 lần phổi trái và đưa ra tỷ số 6/4 cho phổi phải/trái, tỷ số này được dùng ước lượng chung cho ung thư phổi [10].

Nghiên cứu của chúng tôi kích thước u trung bình là $3,05 \pm 0,98$ (0,5-5cm); đa số u phổi trong nghiên cứu của chúng tôi có kích thước >2-3cm chiếm 31/83 (37,3%); u phổi kích thước >3-5cm chiếm 29/83 (34,9%) và 23/83 (27,8%) bệnh nhân có u phổi ≤ 2 cm. Tác giả Trần Minh Bảo Luân nghiên cứu trên 109 trường hợp có kích thước khối u trung bình $3,23 \pm 0,91$ (1,2 – 5cm); 7 trường hợp (6,4%) nhỏ hơn 2cm, 24 trường hợp (22%) kích thước 2 – 3cm, kích thước 3 – 5cm chiếm đa số với 78 trường hợp (71,6%). Tác giả Ngô Quang Định (2011) nghiên cứu trên 40 bệnh nhân thấy nhóm u ≤ 30 mm là 32,5%; u ≥ 31 – 50mm 35%; u ≥ 50 mm chiếm 32,5% [8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số các bệnh nhân có mô bệnh học là ung thư iểu mô không phải vảy 71/83 (85,5%); chỉ có 12/83 (14,5%) bệnh nhân có mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy. Tỉ lệ ung thư biểu mô vảy của chúng tôi cao hơn tác giả Trần Minh Bảo Luân cho kết quả tỉ lệ ung thư biểu mô tuyến là 87,2%; ung thư biểu mô vảy 6,4%; ung thư tế bào lớn 6,4% [9].

5. KẾT LUẬN

Ung thư phổi giai đoạn sớm thường có triệu chứng đau ngực 44,6%, ho đờm 38,6%, các bệnh nhân thường liên quan tới hút thuốc lá 39/83 (47%) bệnh nhân.

Chẩn đoán trước mổ trên cắt lớp vi tính giai đoạn IA chiếm 52/83 (62,7%); giai đoạn IB chiếm 27/83 (32,5%); chỉ có 4 (4,8%) bệnh nhân $u \leq 5$ cm và có hạch trên cắt lớp vi tính ở giai đoạn IIA.

Đa số các bệnh nhân có mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến 71/83 (85,5%); chỉ có 12/83 (14,5%) bệnh nhân có mô bệnh học là ung thư biểu mô vảy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Trần Văn Thuấn và Nguyễn Tuyết Mai Nguyễn Bá Đức (2010). Ung thư phổi. Điều trị nội khoa bệnh ung thư. Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
- [2] IARC Globocal (2012). Cancer incidence, mortality and prevalence. Worldwide, version 1.0, IARC Cancerbase, No.7. IARC Press: 5-24.
- [3] Bùi Chí Viết (2011). Phẫu trị Ung thư phổi nguyên phát không tế bào nhỏ. Luận án Tiến sĩ Y học Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
- [4] Lê Tiến Dũng (2000). Đặc điểm ung thư phế quản: Một số đặc điểm lâm sàng và vai trò chụp cắt lớp điện toán trong chẩn đoán. Luận án Tiến sĩ Y học Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
- [5] 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. Luận án Tiến sĩ Y học, Viện nghiên cứu khoa học y dược học lâm sàng 108.
- [6] Mark S. Allen. (2006). Morbidity and Mortality of Major Pulmonary Resections in Patients With Early-Stage Lung Cancer: Initial Results of the Randomized, Prospective ACOSOG Z0030 Trial. The Society of Thoracic Surgeons: 1013-1020.
- [7] Shamus R. Carr. (2012). Impact of tumor size on outcomes after anatomic lung resection for stage 1A non-small cell lung cancer based on the current staging system. The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery: 390-397.
- [8] 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 sĩ nội trú bệnh viện, Trường Đại học Y Hà Nội.
- [9] Trần Minh Bảo Luân (2019). Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi và nạo hạch. Luận án Tiến sĩ Y học Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
- [10] Frazer R.G. and Paze J.A.P. (2004). Neoplastic disease of the lung. In Frazer R.S (Editor) Synopsis of diseases of the chest, 2nd edition, W.B. Saunder Company: 15-23.