

KẾT QUẢ NỘI SOI PHẾ QUẢN TRONG UNG THƯ PHỔI TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU HÀ NỘI

Nguyễn Nguyễn Thủy^{1,2}, Hoàng Mạnh Thăng^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả nội soi phế quản ở những bệnh nhân mắc ung thư phổi tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ tháng 11/2024 đến tháng 4/2025. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu trên 105 bệnh nhân mắc ung thư phổi được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Ung bướu Hà Nội. **Kết quả:** Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi ở giai đoạn muộn (90,45% từ giai đoạn IIIA trở lên). 47,6% trường hợp không nhìn thấy u và không sinh thiết qua nội soi phế quản, số trường hợp thấy u và sinh thiết được có 46,7% trường hợp cho kết quả dương tính và 5,6% trường hợp cho kết quả âm tính. Sau nội soi có 4,8% bệnh nhân có khó thở nhẹ, 4,8% bệnh nhân ho máu số lượng ít, 0,96% bệnh nhân có sốt và 1,92% bệnh nhân có đau ngực nhẹ. **Kết luận:** Nội soi phế quản ống mềm là một kỹ thuật cận lâm sàng có giá trị cao và an toàn trong chẩn đoán và hỗ trợ điều trị các bệnh lý ung thư phổi. **Từ khóa:** Nội soi phế quản, ung thư phổi, ung thư phế quản.

SUMMARY

RESULTS OF BRONCHOSCOPY IN LUNG CANCER AT HANOI ONCOLOGY HOSPITAL

Objective: Evaluation of Bronchoscopic Findings in Lung Cancer Patients at Hanoi Oncology Hospital from November 2024 to April 2025. **Methodology:** A retrospective and prospective study on 105 lung cancer patients diagnosed and treated at Hanoi Oncology Hospital. **Results:** The majority of patients were diagnosed at an advanced stage (90.45% from stage IIIA onward). In 47.6% of cases, the tumor was not visible and bronchoscopic biopsy was not performed; among those with visible lesions, biopsy yielded positive results in 46.7% and negative results in 5.6% of cases. Post-bronchoscopy complications included mild dyspnea (4.8%), minor hemoptysis (4.8%), low-grade fever (0.96%), and mild chest pain (1.92%). **Conclusions:** Flexible bronchoscopy is a safe and modern paraclinical technique with high diagnostic value and supportive role in the management of lung cancers. **Keywords:** Bronchoscopy; Lung cancer; Bronchial cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nội soi phế quản (NSPQ) hiện được coi là phương tiện không thể thiếu trong chẩn đoán

¹Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Mạnh Thăng

Email: thanghm2002@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.10.2025

Ngày duyệt bài: 10.11.2025

ung thư phổi. Kỹ thuật này cho phép quan sát trực tiếp cấu trúc khí – phế quản nhờ hệ thống ống soi, từ đó phát hiện các bất thường trong lòng phế quản. Song song với việc quan sát, nhiều thủ thuật có thể được tiến hành trong quá trình soi như chải rửa, hút dịch hay sinh thiết. Trong đó, sinh thiết được xem là “tiêu chuẩn vàng” bởi khả năng cung cấp mẫu mô có giá trị cao, giúp xác định chính xác loại u, thực hiện các xét nghiệm hoá mô miễn dịch cũng như phân tích sinh học phân tử. Những thông tin này đặc biệt quan trọng trong bối cảnh y học cá thể hoá, góp phần lựa chọn phác đồ điều trị tối ưu cho từng người bệnh.

Tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội, NSPQ là một trong những kỹ thuật chủ lực hỗ trợ chẩn đoán và định hướng điều trị ung thư phổi. Nhằm đánh giá hiệu quả thực tế của phương pháp này, chúng tôi triển khai nghiên cứu với mục tiêu: “Nhận xét kết quả nội soi phế quản ống mềm trong ung thư phổi tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ tháng 11/2024 đến tháng 4/2025”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được nội soi phế quản.
- Các bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư phổi.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có chống chỉ định của nội soi phế quản ống mềm.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Nội soi – Thăm dò chức năng Bệnh viện Ung bướu Hà Nội từ tháng 11 năm 2024 đến tháng 4 năm 2025.

2.3. Phương pháp nghiên cứu.

Mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu chùm ca bệnh.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Lấy mẫu thuận tiện.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu nhằm mục đích nâng cao giá trị chẩn đoán cho bệnh nhân. Bệnh nhân và gia đình được giải thích về sự cần thiết của thủ thuật. Các thông tin cá nhân của bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và giới

	n=105	%
Đặc điểm về tuổi		
<50	7	6,7
50-70	71	67,6
>70	27	25,7
Tuổi trung bình	64,5±9,8	
Đặc điểm về giới		
Nam	76	72,38
Nữ	29	27,62

Nhận xét: Nghiên cứu gồm 105 bệnh nhân, có độ tuổi trung bình 64,5±9,8, tỉ lệ nam:nữ là 2,6:1

Bảng 2. Đặc điểm về lối sống và bệnh nền

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thói quen hút thuốc lá	67	63,8
Tiền sử tăng huyết áp	33	31,4
Tiền sử đái tháo đường	9	8,6
Tiền sử bệnh tim mạch	6	5,7
Tiền sử bệnh hô hấp mạn tính	4	3,8
Tiền sử bệnh lý khác	24	22,9

Nhận xét: Gần 2/3 đối tượng có thói quen hút thuốc lá. Tăng huyết áp là bệnh lý nền phổ biến nhất ở bệnh nhân ung thư phổi trong nghiên cứu (31,4%)

Bảng 3. Thời gian và lí do vào viện

Nội dung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian vào viện		
<1 tháng	67	63,8
1-3 tháng	22	21,0
>3 tháng	16	15,2
Lí do vào viện		
Đau ngực	32	30,5
Ho	58	55,2

Bảng 6. Kết quả sinh thiết khối u qua nội soi phế quản

Kết quả sinh thiết khối u qua nội soi phế quản	U trung tâm trên CLVT		U ngoại vi trên CLVT		Tổng số		
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Không sinh thiết, không thấy u	20	19,0	30	28,6	50	47,6	
Thấy u và sinh thiết	Kết quả sinh thiết không phải ung thư (âm tính giả)	5	4,8	1	0,95	6	5,7
	Kết quả sinh thiết là ung thư trong lần nội soi thứ nhất	37	35,2	1	0,95	38	36,2
	Kết quả sinh thiết là ung thư trong lần nội soi thứ hai	9	8,6	0	0	9	8,6
	Kết quả sinh thiết là ung thư trong lần nội soi thứ ba	1	0,95	0	0	1	0,95
	Kết quả sinh thiết là ung thư trong lần nội soi thứ tư	1	0,95	0	0	1	0,95

Nhận xét: Có 47,6% trường hợp không quan sát thấy u và không sinh thiết trong khi NSPQ, và gần toàn bộ các trường hợp có u ngoại vi trên phim CLVT đều tập trung ở nhóm này

Khó thở	24	22,9
Tình cờ	17	16,2

Nhận xét: Gần 2/3 bệnh nhân nhập viện trong vòng một tháng với các triệu chứng thường gặp nhất đó là ho (55,2%) đau ngực (30,5%), khó thở (22,9%). Có 16,2% bệnh nhân tình cờ phát hiện ra bệnh.

Bảng 4. Vị trí tổn thương trên phim CLVT ngực/

Vị trí	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Phổi phải (n=67)	Trên	29	25,4
	Giữa	17	14,9
	Dưới	21	18,4
Phổi trái (n=47)	Trên	31	27,2
	Dưới	16	14,1
Trung tâm	73	69,5	
Ngoại vi	32	30,5	

Nhận xét: Hơn 2/3 số bệnh nhân có u ở thể trung tâm (69.5%), tập trung chủ yếu ở thùy trên (trên trái: 27.2%, trên phải: 25.4%).

Bảng 5. Bảng phân bố giai đoạn

Giai đoạn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
IA1	1	0,95
IB	4	3,8
IIB	5	4,8
IIIA	10	9,5
IIIB	6	5,7
IIIC	9	8,6
IVA	50	47,6
IAB	20	19,05

Nhận xét: Bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, khi khối u đã di căn và lan tràn, chủ yếu là từ giai đoạn IIIA trở lên (90,45%). Tỷ lệ bệnh nhân phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm còn thấp.

(28,6%). Các trường hợp tiếp cận và sinh thiết được hầu hết có hình ảnh u thể trung tâm trên phim chụp CLVT.

Bảng 7. Triệu chứng sau NSPQ của

bệnh nhân

Triệu chứng sau NSPQ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sốt	1	0,95
Đau ngực	0	0
Khó thở	5	4,8
Ho máu	5	4,8

Nhận xét: Sau nội soi phế quản, triệu chứng lâm sàng gặp nhiều nhất là ho máu (4,8%) và khó thở (4,8%), sốt (0,95%). Không có ca chảy máu nặng.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $64,5 \pm 9,8$, dao động từ 24 đến 83 tuổi với tỉ lệ nam: nữ là 2,6:1. Tương tự với nghiên cứu của chúng tôi, Trần Thị Thuần cũng báo cáo độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $60,1 \pm 9,2$ với tỉ lệ nam: nữ là 2,6:1. Về lối sống, kết quả cho thấy gần 2/3 đối tượng có thói quen hút thuốc lá. Kết quả này tương đồng với tỷ lệ hút thuốc lá được ghi nhận cao trong báo cáo của Trần Thị Thuần là 64,6%.⁴, khẳng định vai trò của thuốc lá như yếu tố nguy cơ chính của ung thư phổi. Về bệnh lý nền, tăng huyết áp là bệnh nền phổ biến nhất chiếm 31,4%. Trần Nguyên Khánh báo cáo tỉ lệ thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi nhưng tăng huyết áp vẫn là bệnh lý nền phổ biến nhất trong nhóm nghiên cứu với 17,58%.

Phần lớn bệnh nhân nhập viện trong vòng 1 tháng kể từ khi xuất hiện triệu chứng (63,8%). Tỷ lệ này cao hơn báo cáo của Trần Thị Thuần là 39%⁴ và của Trần Nguyên Khánh là 44% bệnh nhân đến viện trước 1 tháng,³ có thể gợi ý khả năng người bệnh ngày càng chú ý đến triệu chứng song cũng có thể do khác biệt về quần thể nghiên cứu và tiêu chuẩn chọn mẫu. Về vị trí tổn thương trên phim CLVT ngực, hơn 2/3 số bệnh nhân có u ở thể trung tâm chiếm 69,5%, cao hơn trong báo cáo của So Young Ock và cộng sự ghi nhận có 37,7%.⁵ Sự khác biệt này có thể do định nghĩa về vị trí trung tâm hoặc ngoại vi, hoặc do đặc điểm của quần thể nghiên cứu. Trong các vị trí, u thường gặp nhất ở thùy trên, với 27,2% ở thùy trên trái và 25,4% ở thùy trên phải. Kết quả này tương đồng trong các nghiên cứu của tác giả khác,^{1,3,4} cơ chế có thể liên quan đến sự lắng đọng và tích tụ các hạt bụi, khói thuốc ở vùng đỉnh phổi do đặc điểm thông khí – tưới máu.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng hệ thống phân loại giai đoạn bệnh theo TNM 2018, đa số bệnh nhân được chẩn đoán từ giai đoạn IIIA trở lên (90,45%), trong đó giai đoạn IVA

chiếm tỷ lệ cao nhất (47,6%). Điều này cho thấy phần lớn người bệnh đã có di căn hạch vùng hoặc di căn xa đến các cơ quan như não, gan, xương. Tỷ lệ này tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Mão (93,7% từ giai đoạn IIIA trở lên).² Tỷ lệ chẩn đoán muộn phản ánh không chỉ đặc thù bệnh lý mà còn liên quan đến việc thiếu chương trình sàng lọc, hạn chế tiếp cận y tế và thói quen khám sức khỏe định kỳ ở cộng đồng. Do đó, nâng cao ý thức chăm sóc sức khỏe và triển khai sàng lọc cho nhóm đối tượng nguy cơ cao là hết sức cần thiết.

Trong nghiên cứu, có 47,6% bệnh nhân không quan sát thấy u trong lòng phế quản và không được sinh thiết, có 52,4% trường hợp có khối u nhìn thấy được trong lòng phế quản. Kết quả này thấp hơn một chút so với nghiên cứu của Schreiber và cộng sự (2003), ghi nhận 58% trường hợp có khối u nhìn thấy được trong lòng phế quản.⁶ Đây là hạn chế thường gặp của nội soi, nhất là với các tổn thương ngoại vi. Thực tế, 28,6% các trường hợp không thấy u trên nội soi trong nghiên cứu lại được xác định có u ngoại vi qua CLVT, phản ánh vai trò bổ sung quan trọng của chẩn đoán hình ảnh. Trong số bệnh nhân được sinh thiết qua NSPQ, có 49/55 bệnh nhân được xác định ung thư phổi, tương ứng tỷ lệ chẩn đoán thành công qua sinh thiết nội soi là 89,1%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Đinh Thị Khuyên, với tỷ lệ 97,7%.¹ Để giải thích cho điều này, trong số 6 bệnh nhân có tổn thương u rõ trên NSPQ nhưng cho kết quả âm tính giả, có 4 trường hợp từ chối soi lần 2 và lựa chọn phương pháp khác như sinh thiết xuyên thành ngực hoặc sinh thiết hạch. Chỉ có 2 trường hợp soi sinh thiết đến lần thứ 3 vẫn âm tính và được chẩn đoán bằng phương pháp khác. Điều này nhấn mạnh vai trò của kết hợp đa phương thức (sinh thiết hạch, sinh thiết u dưới hướng dẫn CLVT, siêu âm nội soi – EBUS) nhằm nâng cao hiệu quả chẩn đoán, đồng thời cho thấy vai trò quan trọng của bác sĩ nội soi và bác sĩ giải phẫu bệnh trong quá trình sinh thiết và đọc bệnh phẩm.

Sau nội soi phế quản, chỉ một số ít bệnh nhân có tình trạng ho máu nhẹ (4,8%) và khó thở nhẹ (4,8%), chủ yếu gặp ở các bệnh nhân có sinh thiết u qua nội soi phế quản hoặc thời gian soi kéo dài. Không ghi nhận biến chứng nặng. Tính an toàn của phương pháp này cũng được các tác giả khác ghi nhận trong nghiên cứu.^{1,3,4}

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy nội soi phế quản là thủ thuật an toàn, với tỷ lệ biến chứng thấp và chủ yếu nhẹ, dễ kiểm soát chủ yếu là ho

máu nhẹ chiếm 4,8% và khó thở nhẹ chiếm 4,8%. Sinh thiết qua nội soi mang lại giá trị chẩn đoán đáng tin cậy, giúp xác định tổn thương ngay trong những lần thực hiện đầu tiên ở đa số bệnh nhân. Tuy nhiên, hạn chế còn tồn tại ở các trường hợp u ngoại vi hoặc vị trí khó quan sát, làm giảm hiệu quả chẩn đoán. Do đó, việc kết hợp đa phương thức như chải rửa, sinh thiết dưới hướng dẫn CLVT hoặc EBUS được xem là hướng đi cần thiết nhằm tăng độ nhạy, rút ngắn thời gian chẩn đoán và tối ưu hóa hiệu quả điều trị ung thư phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đình TK.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị của sinh thiết qua nội soi phế quản trong chẩn đoán ung thư phổi tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn ThS Y học. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2022.
- Nguyễn VM.** Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và phân loại mô bệnh học ung thư phổi. Luận án TS Y học. Huế: Trường Đại học Y Dược Huế; 2019.
- Trần NK.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh nội soi phế quản ống mềm ở người bệnh ung thư phổi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình. Luận văn ThS Y học. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2024.
- Trần TT.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tế bào học dịch rửa phế quản ở bệnh nhân ung thư phổi nguyên phát tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai. Luận văn ThS Y học. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2014.
- Ock SY, Kim YY, Kim HJ, et al.** Characteristics of peripheral versus central lung cancer since 2000. Korean Med J. 2014;29(1):47-56.
- Schreiber G.** Performance characteristics of different modalities for diagnosis of suspected lung cancer: summary of published evidence. Chest. 2003;123(1 Suppl):115S-128S.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN BẰNG LENVATINIB TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Thị Thúy Ngân¹, Nguyễn Thanh Hùng^{1,2},
Phạm Cẩm Phương^{1,2,3}, Mai Trọng Khoa^{1,2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan bằng Lenvatinib tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên 47 trường hợp được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tế bào gan được điều trị bằng Lenvatinib tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu - Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 03/2022 – 06/2025. **Kết quả:** Bệnh gặp nhiều ở nhóm tuổi từ 60-79 (53,2%); đa số là nam giới (89,4%). Phần lớn mắc viêm gan virus B, chiếm tỷ lệ 80,9%. Tỷ lệ bệnh nhân có huyết khối tĩnh mạch cửa là 23,4%. Tỷ lệ đáp ứng khách quan (ORR) là 51,1%, tỷ lệ kiểm soát bệnh (DCR) là 89,4% theo tiêu chí mRECIST 1.1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (PFS) trung vị là 6,8 ± 1,0 tháng. Các yếu tố ảnh hưởng đến PFS bao gồm AFP trước điều trị và sự xâm lấn mạch máu lớn. Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ là 10,3 ± 0,8 tháng. **Kết luận:** Ung thư biểu mô tế bào gan chủ yếu gặp ở nam giới, tiền sử mắc viêm gan virus B. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có thể trạng tốt, chức năng gan còn bù. Lenvatinib là thuốc hiệu quả và khá an toàn trong điều

trị ung thư biểu mô tế bào gan. **Từ khóa:** Lenvatinib, ung thư biểu mô tế bào gan, hiệu quả điều trị.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF ADVANCED HEPATOCELLULAR CARCINOMA USING LENVATINIB AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: To evaluate the treatment outcomes of hepatocellular carcinoma (HCC) patients receiving Lenvatinib at Bach Mai Hospital. **Methods:** A descriptive, retrospective study on 47 patients with a confirmed diagnosis of HCC who were treated with Lenvatinib at the Nuclear Medicine and Oncology Center – Bach Mai Hospital from March 2022 to March 2025. **Results:** The disease was most prevalent in the 60–79 age group (53,2%), with the majority being male (89,4%). Most patients had a history of hepatitis B virus infection (80,9%). The proportion of patients with portal vein thrombosis was 23,4%. The objective response rate (ORR) was 51,1%, and the disease control rate (DCR) was 89,4% according to mRECIST 1.1 criteria. The median progression-free survival (PFS) was 6,8 ± 1,0 months. Factors influencing PFS included baseline AFP level and major vascular invasion. The median overall survival (OS) was 10,3 ± 0,8 months. **Conclusion:** HCC primarily occurred in male patients with a history of hepatitis B virus infection. Most patients in the study had good performance status and preserved liver function. Lenvatinib demonstrated good efficacy and acceptable safety in the treatment of HCC. **Keywords:** Lenvatinib, hepatocellular carcinoma, treatment efficacy.

¹Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thúy Ngân

Email: yeunganmd@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.10.2025

Ngày duyệt bài: 12.11.2025