



HỘI HỒ HẤP  
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

**HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN HỘI HỒ HẤP - HRS 2026**  
THE ANNUAL CONFERENCE OF THE HO CHI MINH RESPIRATORY SOCIETY

# **Cập nhật tầm soát ung thư phổi bằng chụp cắt lớp vi tính ngực liều thấp**

**ThS.BS. Nguyễn Thị Phụng**  
**Bệnh viện Chợ Rẫy**

**VŨNG TÀU, TP.HCM - NGÀY 21 THÁNG 3 NĂM 2026**

# **NỘI DUNG CHÍNH**

- 1** Khái niệm nốt phôi và giá trị tầm soát UTP
- 2** Cập nhật hướng dẫn tầm soát UTP bằng LDCT
- 3** Minh họa ca lâm sàng

# Khái niệm nốt phổi và giá trị tầm soát UTP

# Khái niệm và “vận mệnh” nốt phổi

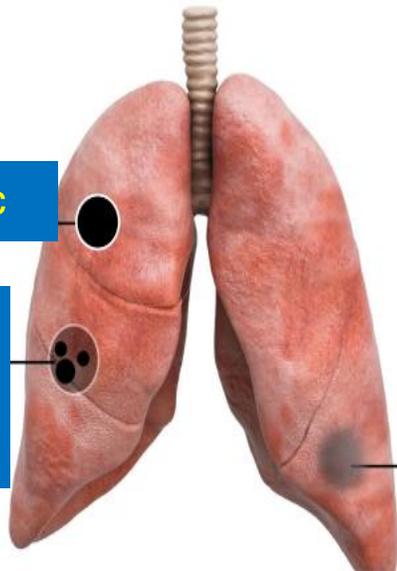
Mật độ:

Nốt đặc và bán đặc sẽ có nguy cơ xâm lấn và phát triển nhanh ung thư cao hơn

Nốt đặc

Nốt bán đặc

Nốt kính mờ



**Định nghĩa:** nốt phổi < 30mm

**HRS  
2026**

## Đặc điểm nốt

## Tỷ lệ ác tính ước tính

Tất cả nốt phổi phát hiện ngẫu nhiên

1% – 5%

Nốt ≤ 4 mm (ở người không nguy cơ)

< 1%

Nốt 4 – 6 mm

1% – 3%

Nốt 6 – 8 mm

5% – 15%

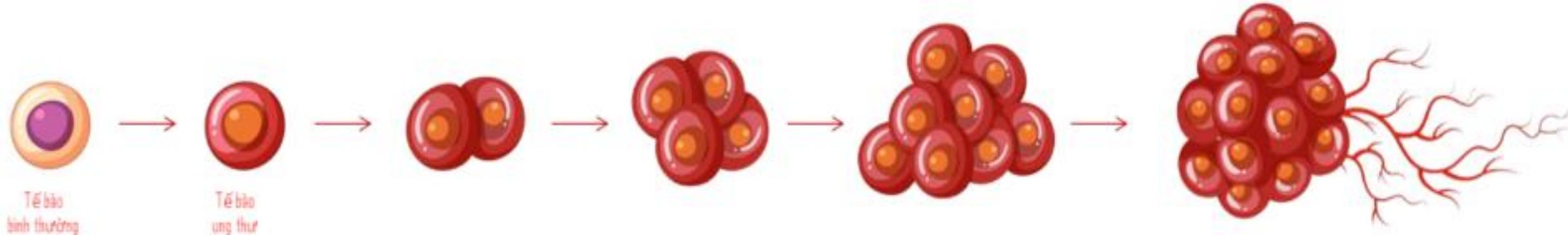
Nốt ≥ 8 mm

15% – 50%+

# So sánh sự khác biệt của T (Tumor) trong TNM 7, 8 và 9 trong phân loại ung thư phổi

Phân loại	TNM 7 (2010)	TNM 8 (2017)	TNM 9 (2024, công bố, dự kiến áp dụng 2024–2025)
T (Tumor – U nguyên phát)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tách rõ kích thước &lt;3 cm (T1), 3–7 cm (T2), &gt;7 cm (T3):  <b>T1 ≤3 cm,</b>                      T2 &gt;3 cm đến ≤7 cm.                      T3: ≥7 cm hoặc xâm lấn cấu trúc lân cận.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Phân nhóm T chi tiết hơn dựa trên kích thước:</b></li> <li>T1a ≤1 cm, T1b &gt;1–2 cm, T1c &gt;2–3 cm.</li> <li>T2a &gt;3–4 cm, T2b &gt;4–5 cm.</li> <li>T3 &gt;5–7 cm.</li> <li>T4 &gt;7 cm.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Không thay đổi kích thước T (giữ nguyên TNM 8).</li> <li>Lưu ý thêm một số yếu tố mô học ảnh hưởng tiên lượng (như Spread Through Air Spaces - STAS).</li> <li>Nhấn mạnh hơn vai trò của độ sâu xâm lấn mạch máu-lympho (vi mô, vi thể).</li> </ul>
Giai đoạn (Stage Grouping)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dựa chủ yếu vào T, N, M.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Thay đổi lớn về giai đoạn III (chia chi tiết hơn): IIIA, IIIB, IIIC.</li> <li>Áp dụng M1c.</li> <li><b>Giai đoạn IB: T2aN0M0 (&gt;3–4 cm) được đưa vào IB.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Giữ nguyên giai đoạn như TNM 8.</b></li> <li><b>Thêm khuyến nghị lồng ghép thông tin mô học/di truyền (molecular markers) vào lâm sàng.</b></li> </ul>

# Tại sao cần tầm soát ung thư?



## KHỞI PHÁT

- GEN DI TRUYỀN UNG THƯ
- MÔI TRƯỜNG VÀ LỐI SỐNG

CÁC YẾU TỐ SINH UNG  
BIẾN ĐỔI TẾ BÀO

## GIAI ĐOẠN VÀNG

Tế bào ung thư  
PHÁT TRIỂN TẠI CHỖ - CHƯA CÓ BIỂU HIỆN  
Chỉ có thể phát hiện bằng các phương pháp xét nghiệm

90%

ĐIỀU TRỊ HIỆU QUẢ  
BẰNG PHẪU THUẬT

## DI CĂN

Khối u ác tính phát triển **CHIẾM CHỖ >50% CƠ QUAN NGUYÊN PHÁT**, di căn đến nhiều nơi – bắt đầu có biểu hiện

90%

TỬ VONG

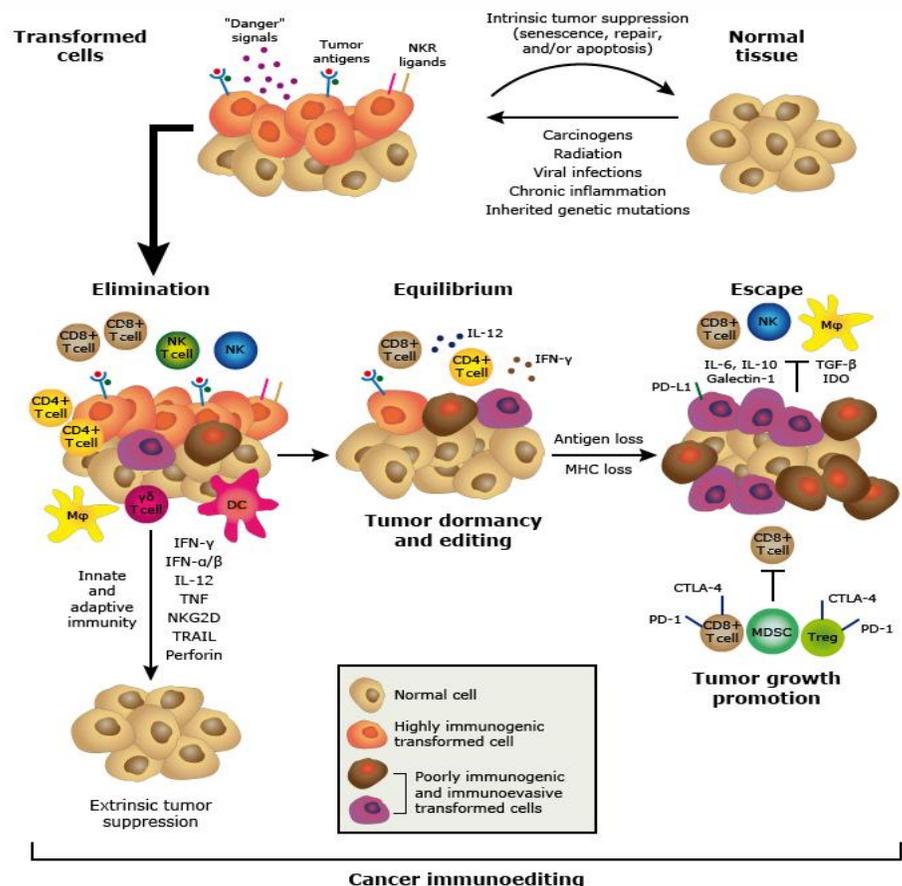
# Cơ sở lý luận phát hiện sớm ung thư: từ cơ chế tế bào (SHPT) đến hình ảnh

- Có **1 tỉ** tế bào u cho hình ảnh **1mm** (nhỏ hơn hạt gạo)

**TNM hiện tại: u từ 10mm trở lên**

- Vậy U từ 1mm -> 10mm thì đánh giá thế nào? Chẩn đoán & theo dõi ra sao? Và làm sao phát hiện bệnh gđ từ 1-30mm (nốt) nhiều nhất?

## Cancer immunoediting

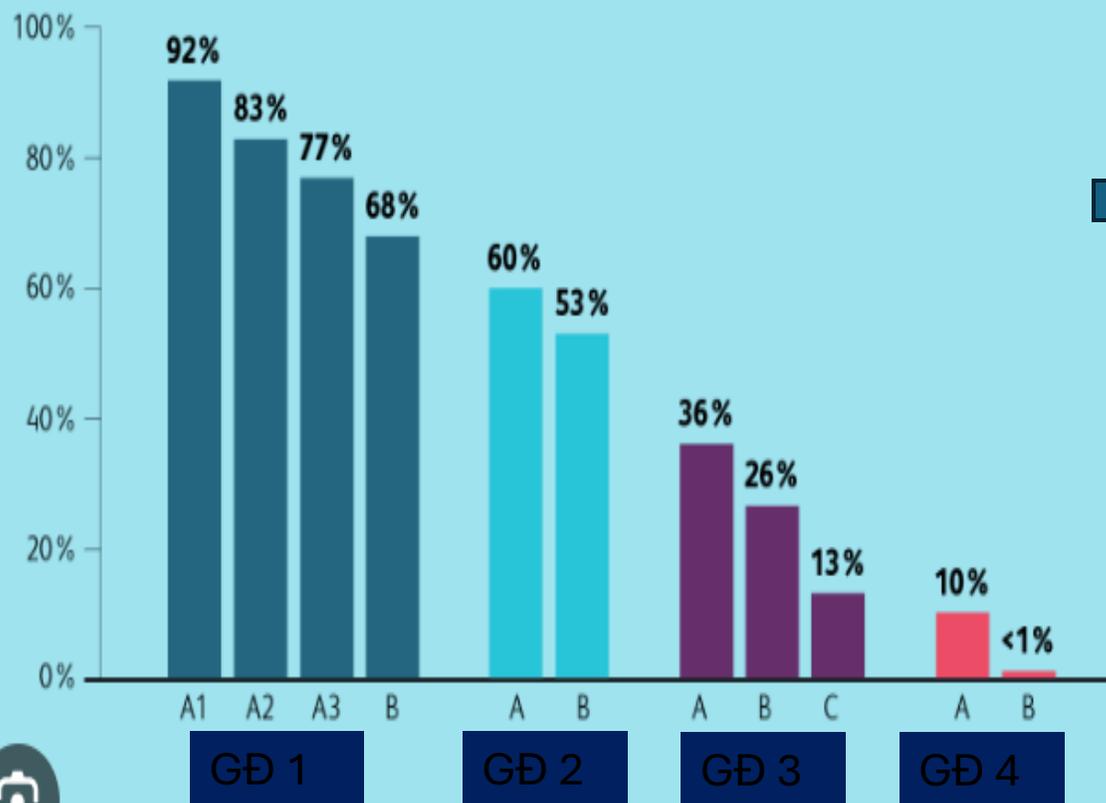


<https://uptodate.com/contents/>

immunotherapy-of-non-small-cell-lung-cancer-with-immune-checkpoint-inhibition

# Tại sao cần tầm soát UTP?

Tỉ lệ sống còn  
sau 5 năm UTPKTBN



➔ Nếu BN được chẩn đoán giai đoạn **càng sớm** thì tiên lượng **càng tốt**

# Tại sao bệnh UTP cần tầm soát?

- ✓ 1. Gánh nặng: tỉ lệ mắc bệnh cao, tử vong cao<sup>1</sup>
- ✓ 2. Hiểu rõ bệnh sử tự nhiên của bệnh: Chẩn đoán ở giai đoạn sớm không triệu chứng hiện tại là 1 thách thức<sup>2</sup>
- ✓ 3. Trên nhóm người khỏe mạnh có **nguy cơ TRUNG BÌNH/CAO** đã có NC chứng minh lợi ích<sup>3</sup>
- ✓ 4. Chẩn đoán và điều trị sớm cải thiện hiệu quả điều trị hơn so với ở giai đoạn muộn (giảm tử vong)<sup>4</sup>

⇒ UTP có tất cả các đặc điểm phù hợp cho tầm soát có ý nghĩa.

1. Bray CA Cancer J Clin. 2024;74:229: Global cancer statistics

2. <https://uptodate.com/contents/>

**immunotherapy-of-non-small-cell-lung-cancer-with-immune-checkpoint-inhibition**

3. Stage Shift Improves Lung Cancer Survival: Real-World Evidence 2006-2019

4. Five-Year Relative Survival for Selected Cancers by Race and Stage at Diagnosis, United States, 2010 to 2016

# Giá trị và phương tiện tầm soát utp hiện nay

- Hình ảnh học:
  - + CT ngực liều thấp (Low Dose Computer Tomography (LDCT))<sup>1</sup>
  - + Nội soi quỳnh quang<sup>2</sup>
  - + ~~CXR + tế bào học đàm~~<sup>5</sup>
- Sinh thiết lỏng tìm ctDNA (Spot Mas Lung)<sup>3</sup>
- Sinh thiết hơi thở tìm VOCs (Breath Biopsy)<sup>4</sup>
- ~~Xn máu Cyfra 21.1, NSE, CEA...~~

1. Enage T., Nakajima T., Early Lung Cancer Detection 2018

2. Lowen G., Natarajan N., Tan D., Autofluorescence bronchoscopy for lung cancer surveillance based on risk assessment, Thorax 2007.

3. Lin C., Liu X., Zheng J., Liquid biopsy, ctDNA diagnosis through NGS. 2021.

4. Wang M., Sheng J., Wu Q., Confounding effect of benign pulmonary diseases in selecting volatile organic compounds as markers of lung cancer, 2011.

5. The National Lung Screening Trial: Overview and Study Design, 2011

# Cơ sở lựa chọn test tầm soát để n/cứu và ứng dụng?

- ✓ 1. Giá trị: giảm tử vong, đảo ngược tiên lượng
- ✓ 2. Khả năng tiếp cận: có thể
- ✓ 3. Giá thành hợp lý
- ✓ 4. Nguy cơ < lợi ích: Test tầm soát không gây khó chịu, nguy cơ chấp nhận được cho cộng đồng (nhóm nguy cơ cao)
- ✓ 5. Có thể lặp lại: Test tầm soát được lặp lại trong thời gian bệnh sử tự nhiên

=> CTNLT TSUTP là hữu ích: gthích từ cơ chế SLB và c/minh TNLS

# Tầm soát giúp nhận diện UTP ở giai đoạn sớm hơn

IASLC



IASLC 19th World Conference on Lung Cancer

September 23–26, 2018 Toronto, Canada

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF LUNG CANCER

WWW.IASLC.ORG

#WCLC2018

Trial (Ref.)	Participants in Screening Arm (n)	Screening Rounds (n)	Length of Screening Interval (yr)	Males to Females (%:%)	No. of Published CT-Detected Lung Cancers	Stage IA + IB Lung Cancers [n (%)]	Stage IIIB + IV Lung Cancers [n (%)]
NLST (8)	26,722	3	1	59.0:41.0	649	400 (61.6)	130 (20.0)
NELSON	7,915	4	1, 2, and 2.5	83.5:16.5	209	148 (70.8)	17 (8.1)
DLST (36)	2,052	5	1	54.6:45.4	69	47 (68.1)*	11 (15.9) <sup>†</sup>
ITALUNG (7)	1,613	4	1	100.0:0.0	56	11 (50.0) <sup>‡</sup>	5 (22.7)
DANTE (37)	1,276	4	1	100.0:0.0	56	41 (70.7)	4 (6.9)
MILD (38)	1,190	10	1	68.4:31.6	29	18 (62.1)	4 (20.0)
	1,186	5	2	68.5:31.5	20	14 (70.0)	5 (17.2)
LUSI (39)	2,029	4	1	64.8:35.2	22	18 (81.8)	0 (0)
Total	43,983	3 to 10	1 to 2.5	65.4:34.6	1,078	697 (64.7) <sup>§</sup>	118 (10.9)*

Tầm soát giúp giảm tử vong do UTP

# Tỉ lệ tử vong do UTP giảm với tầm soát bằng CT ngực liều thấp

- NC NLST: 26.722 CT liều thấp/năm x 3 năm; 26.732 X-quang ngực/năm x 3 năm; theo dõi trung vị 6,5 năm đến 31/12/2009

**24% người tầm soát có phát hiện nốt phổi**

Trong số đó, chỉ # **4%** có ung thư thực sự

**Nguy cơ tử vong vì UT phổi giảm 20.0%** (KTC95%: 6.8 - 26.7; P=0.004)

**Nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân giảm 6.7%**

**Tầm soát bằng CT ngực liều thấp: 70% giai đoạn I-II**  
có triệu chứng 70-80% giai đoạn III-IV)

## So sánh TNLS NLST và NELSON

Đặc Điểm	NLST (Hoa Kỳ)	NELSON (Hà Lan-Bỉ)
Cỡ mẫu	~53,454	~15,800 (chủ yếu là nam)
Đối tượng	55-74 tuổi, ≥30 gói-năm, đang hút hoặc bỏ ≤15 năm	50-74 tuổi, nguy cơ cao (tiêu chí hút thuốc đa dạng)
Can thiệp	3 lần LDCT hàng năm	LDCT tại năm 0, 1, 3, 5.5
Đối chứng	3 lần CXR hàng năm	Không tầm soát
Quản lý nốt	Dựa trên đường kính (≥4mm)	Dựa trên thể tích và thời gian nhân đôi thể tích (VDT)
Theo dõi (KQ chính)	Trung vị 6.5 năm	10 năm
Giảm tử vong do UTP	20% (so với CXR) (P=0.004)	24% (nam) (P=0.01), 33% (nữ, không ý nghĩa TK) (so với không tầm soát)
Giảm tử vong mọi NN	6.7% (P=0.02)	Không có ý nghĩa thống kê
NNS (ngăn 1 tử vong UTP)	323 (so với CXR, qua 6.5 năm)	130 (so với không tầm soát, qua 10 năm)
Tỷ lệ dương tính giả	Cao (96.4% các KQ dương tính ở nhóm LDCT)	Thấp hơn NLST (VD: 19.8% ở lần đầu)

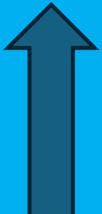
# Hiệu quả sàng lọc utp trên người không hút thuốc lá

TABLE 1 Prevalence of BAC-AAH-AIS-MIA in CT screening programmes in Asian countries and in the NLST

Study	Year	Country	Age years	Smoking history	Subjects	Females	Lung cancer	BAC-AAH-AIS-MIA	Adenocarcinoma	Stage I
WU [22]	2016	Taiwan	40–80	Non-smokers	1615	734 (45%)	25 (1.55%)	22 (88%)	3 (12%)	22 (88%)
KANG [25]	2018	South Korea	40–75	Non-smokers	12176	7744 (63%)	55 (0.45%)	18 (32%)	37 (67%)	51 (93%)
KIM [28]	2018	South Korea	40–79	Non-smokers	4365	4365 (100%)	22 (0.50%)	17 (77%)	5 (23%)	18 (82%)
SONE [23]	2001	Japan	40–74	Non-smokers	2954	2342 (79%)	31 (1.05%)	28 (90%)	2 (6.4%)	
YANG [24]	2016	Taiwan	55–75	Non-smokers	10397	7703 (74%)	243 (2.34%)	58 (24%)	152 (63%)	231 (95%)
CHEN [26]	2016	Taiwan	19–86	Mixed	3399	1593 (47%)	30 (0.88%)	12 (40%)	16 (53%)	29 (97%)
FAN [27]	2019	China	35–96	Mixed	14506	5828 (40%)	238 (1.23%)	145 (61%)	80 (33%)	140 (79%)
SONE [23]	2001	Japan	40–74	Smokers	2529	170 (7%)	29 (1.15%)	14 (48%)	7 (24%)	
KANG [25]	2018	South Korea	40–75	Smokers	16631	748 (4.5%)	143 (0.86%)	31 (22%)	73 (51%)	91 (64%)
NLST [1]	2011	USA	55–80	Smokers	26722	10953 (41%)	649 (2.43%)	110 (17%)	380 (59%)	520 (80%)

BAC: bronchioloalveolar carcinoma; AAH: atypical adenomatous hyperplasia; AIS: adenocarcinoma *in situ*; MIA: minimally invasive adenocarcinoma. These entities are here presented as one group.

# Dữ liệu các nghiên cứu về ứng dụng CTNLT (Châu Á)

<b>TAIWAN 2006-2019 REAL WORLD</b>	<b>Giai đoạn 0,1 or 2</b>	<b>Giai đoạn 3 or 4</b>	<b>Tỉ lệ sống còn 5 năm</b>
Năm 2006	19,3%	70,9%	22,1%
Năm 2019	62,8%  Tăng > 3 lần	33,8%  Giảm > 2 lần	54,9%  Tăng 2.5 lần

# Ước tính nguy cơ ung thư của nốt phổi phát hiện trên CT ngực liều thấp lần đầu

Variables	Enter Values	Transformation	Transfomed value	Beta coefficients	Calculated value
Age (years)	69	-62	7	0.0286687	0.2007
Sex (Male=0, Female=1)	0			0.6010727	0.0000
Family history of lung cancer (No=0, Yes=1)	0			0.296109	0.0000
Emphysema (No=0, Yes=1)	1			0.2953112	0.2953
Nodule size (in millimeters)	20.0		-0.8740	-5.385484	4.7071
Nodule type (choose only one from this category)					
Groundglass/nonsolid (No=0, Yes=1)	0			-0.1276173	0.0000
Semisolid/part-solid (No=0, Yes=1)	0			0.3769578	0.0000
Solid [referent group](No=0, Yes=1)	1			0	0.0000
Upper lobe location (No=0, Yes=1)	1			0.6581383	0.6581
Spiculation (No=0, Yes=1)	1			0.7729335	0.7729
Nodule count (number of nodules detected on screen)	1	-4	-3	-0.0824156	0.2472
Model constant (do not change)					-6.78917
				xb =	0.092226
				<b>Probability that nodule is lung cancer ** =</b>	<b>0.523</b>

**Xử trí nốt phổi tùy thuộc vào đánh giá lâm sàng, nguyện vọng của bệnh nhân, xác suất ác tính của nốt phổi**

# Tiêu chuẩn nguy cơ cao mắc ung thư phổi

- Nhóm nguy cơ cao cần tầm soát UTP bằng CT ngực liều thấp hàng năm:  $\geq 50$  tuổi và hút thuốc lá  $\geq 20$  gói-năm
- Không khuyến cáo dùng X-quang ngực để tầm soát UTP
- Ngưng tầm soát khi không còn khả năng phẫu thuật

Xem xét tầm soát UTP ở các đối tượng khác có nguy cơ: hút thuốc lá thụ động; phơi nhiễm radon hoặc bụi nghề nghiệp (silic, asbestos, khói xăng dầu, khói than đá, nhang đèn ...); tiền sử bệnh ung thư; quan hệ huyết thống thế hệ 1 bị utp; tiền căn: xơ phổi, COPD, khí phế thũng

**Incidence**  
Overall annual incidence of lung cancer in East Asia = 34.4 / 100,000



**Prevalence**

Smoking: Males: ~84.98%;  
Females: ~15.08%  
Non-smoking: >30%  
Females: ≥50%



**Occupational Exposure**

Silica, Asbestos and  
Radon



**Air Pollution**

Particulate Matter <2.5 μm  
Household Burning of Smoky Coal



**Combustion**

Nitrated polycyclic aromatic  
hydrocarbons



**Organic Matter  
(Incomplete Burning)**

Dibenz[a,h]acridine(DBAC)  
Dibenz(a,h)anthracene (DBA)



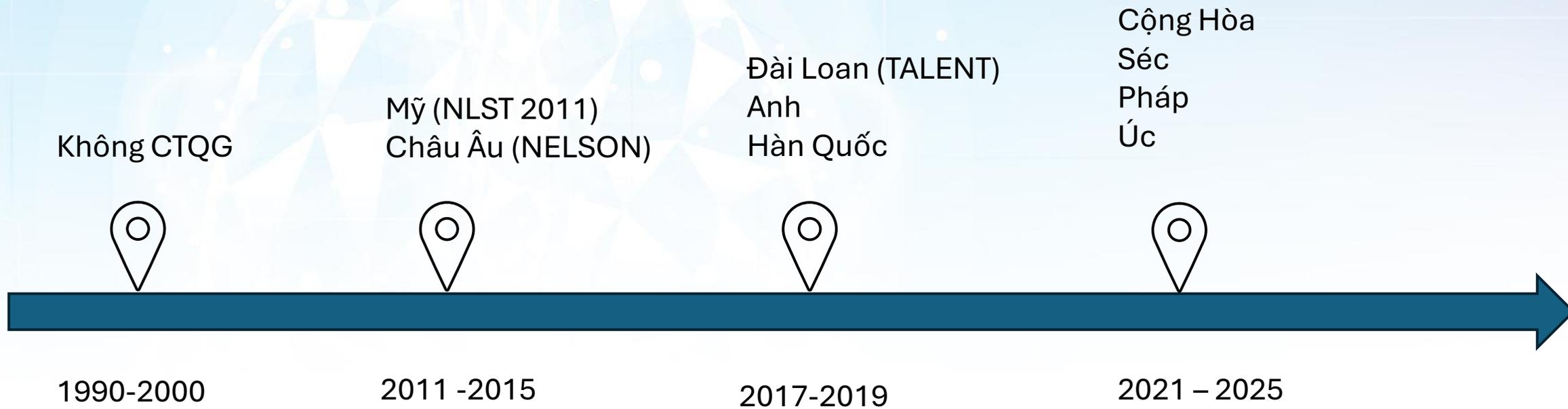
**Tobacco, Food, & Drink**

N- Nitrosopyrrolidine

Ứng dụng tầm soát UTP bằng chụp cắt lớp vi tính ngược liều thấp: vì sao chậm trễ?

# Có sự cân bằng lợi ích và nguy cơ của LDCT hay không?

Kết cục	Số người tham gia (số RCT)	Hiệu quả tương đối (RR hoặc SMD)	Chênh lệch tuyệt đối	Mức độ tin cậy (GRADE)
Tử vong do ung thư phổi	91.122 (8 RCT)	RR = 0,79 (0,72–0,87)	Giảm 4/1000 (3 đến 6)	Trung bình
Tử vong do mọi nguyên nhân	91.107 (8 RCT)	RR = 0,95 (0,91–0,99)	Giảm 4/1000 (1 đến 8)	Trung bình
Chẩn đoán quá mức	28.656 (5 RCT)	RR = 0,18 (0,00–0,36)	180 ca/1000 ca phát hiện	Thấp
Thủ thuật xâm lấn	60.003 (3 RCT)	RR = 2,60 (2,41–2,80)	Tăng 49/1000 (45 đến 55)	Trung bình
Tử vong sau phẫu thuật	409 (2 RCT)	RR = 0,68 (0,24–1,94)	Không khác biệt có ý nghĩa	Trung bình
Lo âu liên quan chất lượng cuộc sống	8.153 (3 RCT)	SMD = –0,43 (–0,59 đến –0,27)	Giảm mức độ lo âu đáng kể	Thấp



**HRS  
2026**

**Tại Việt nam ?**

<b>Đặc điểm</b>	<b>Mỹ (Tiêu chuẩn USPSTF 2021)</b>	<b>Nhật Bản</b>	<b>Đài Loan</b>
<b>Độ tuổi bắt đầu</b>	<b>50 - 80 tuổi</b> (Muộn nhất)	<b>40 tuổi</b> (Sớm nhất)	<b>45 - 50 tuổi</b>
<b>Tiền sử hút thuốc</b>	<b>Bắt buộc:</b> $\geq 20$ bao-năm.	$\geq 600$ Brinkman (tương đương 30 bao-năm).	$\geq 30$ bao-năm.
<b>Người đã bỏ thuốc</b>	Phải bỏ trong vòng <b>dưới 15 năm</b> .	Không giới hạn khắt khe như Mỹ.	Không giới hạn khắt khe.
<b>Người không hút thuốc</b>	<b>Không được tầm soát</b> (trừ khi tự trả phí cao).	Được khuyến khích (tầm soát cộng đồng).	<b>Ưu tiên cực cao</b> nếu có tiền sử gia đình.
<b>Tiền sử gia đình</b>	Không phải là tiêu chuẩn xét duyệt.	Có xem xét phụ trợ.	<b>Tiêu chuẩn chính.</b>
<b>Chi phí</b>	Miễn phí (nếu đúng đối tượng bảo hiểm).	Phí rất thấp (hỗ trợ công).	Miễn phí (nhóm mục tiêu).

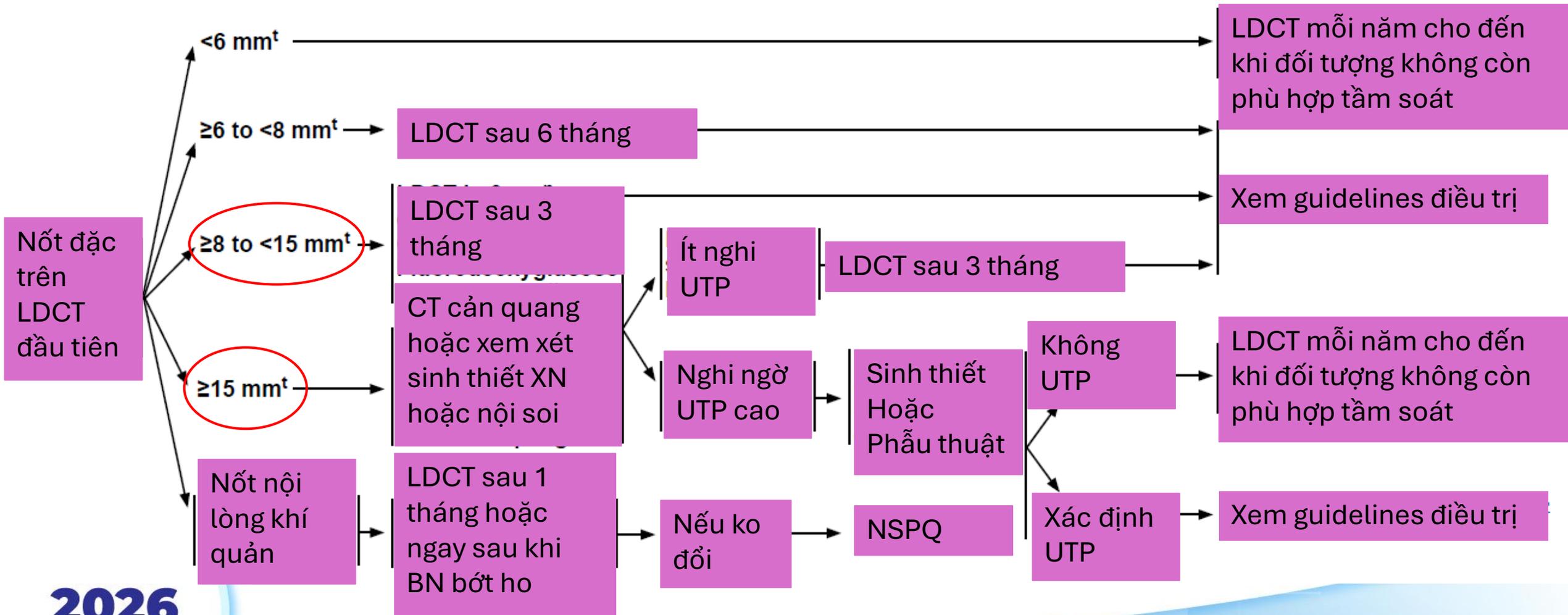
# Đối tượng nguy cơ tầm soát UTP

- BN  $\geq$  40 tuổi, có 1 trong các yếu tố sau:
  1. Hút thuốc lá ( $\geq$ 20g-n, ngưng  $<$  15 năm)
  2. Tiền sử gia đình trực hệ 1,2 mắc UTP
  3. Tiền căn bệnh phổi mạn (COPD, BPMK, di chứng lao)
  4. Phơi nhiễm tia xạ, nghề nghiệp, môi trường
  5. Tiền sử cá nhân có mắc ung thư khác

# Cách tiếp cận nốt phổi mới theo NCCN V1.2025

Đánh giá tổn thương

Kế hoạch theo dõi tổn thương

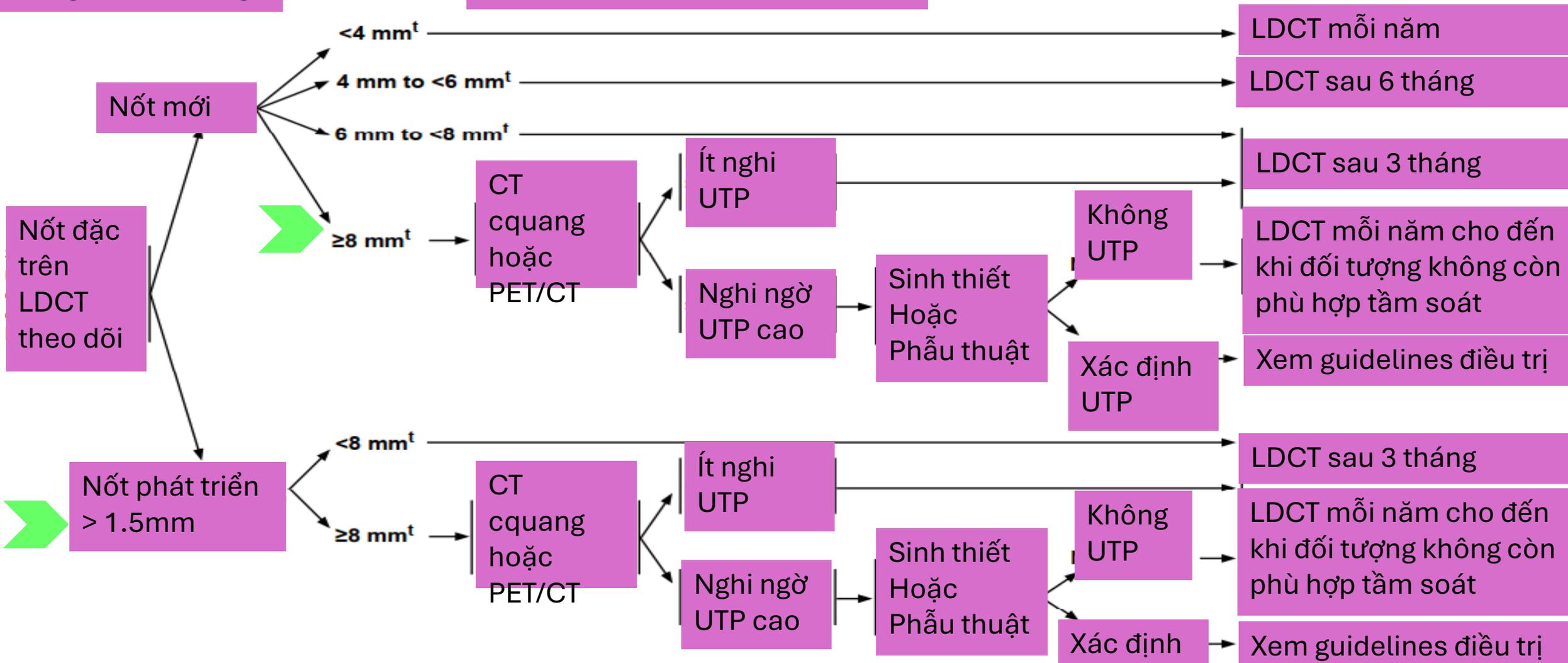


2026

# Cách tiếp cận nốt phổi trên CTNLT theo dõi /NCCN V1.2025

Đánh giá tổn thương

Kế hoạch theo dõi tổn thương

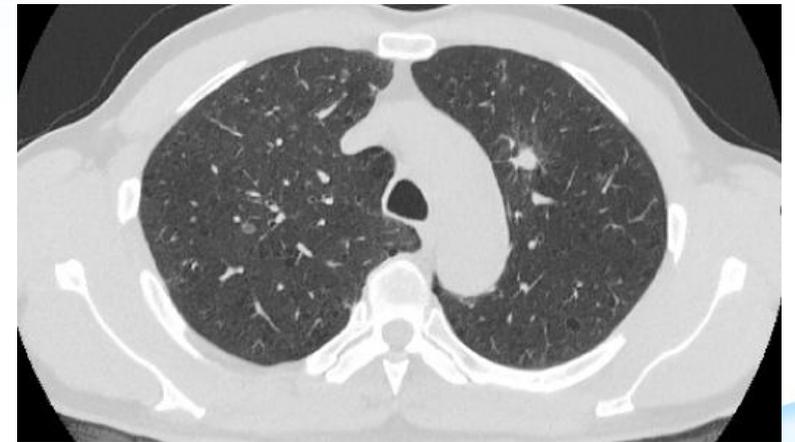
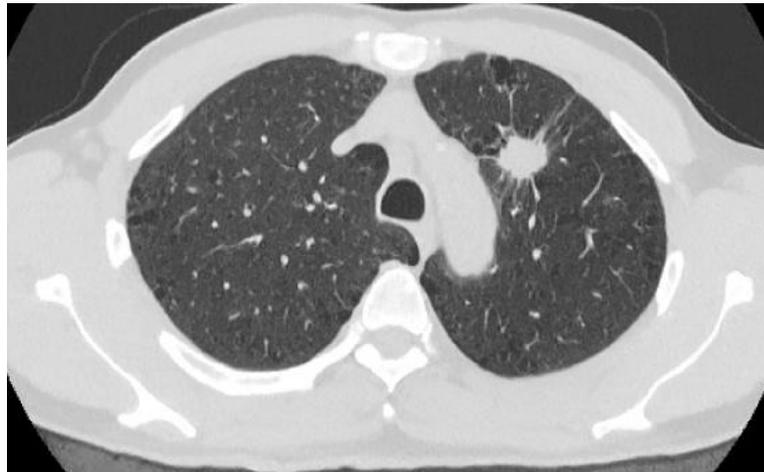
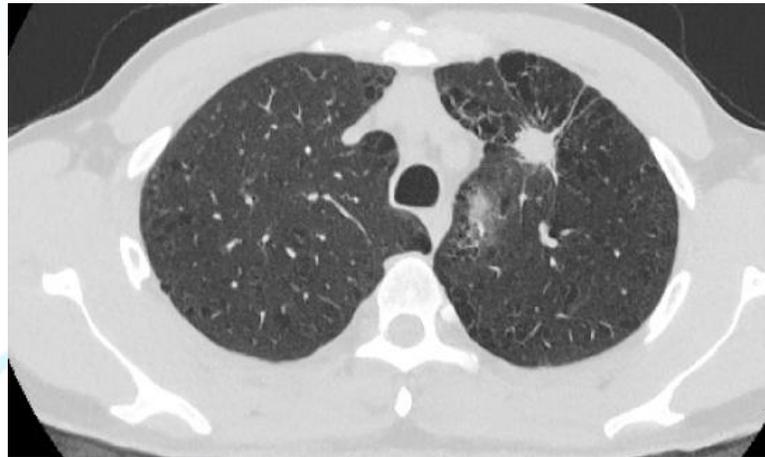


# NỘI DUNG TRÌNH BÀY

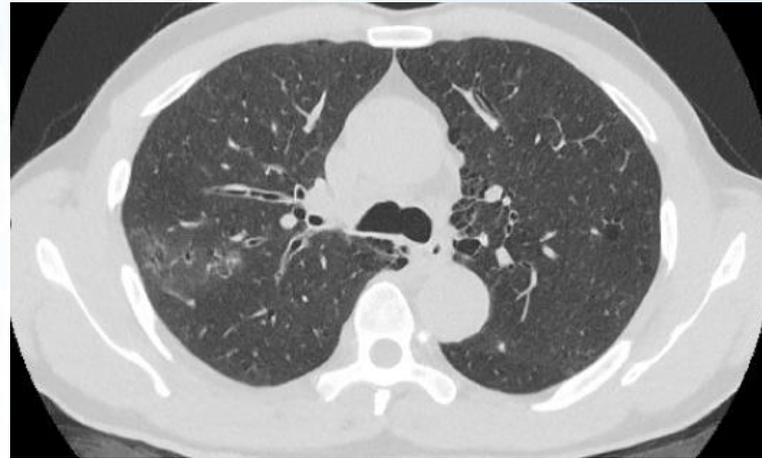
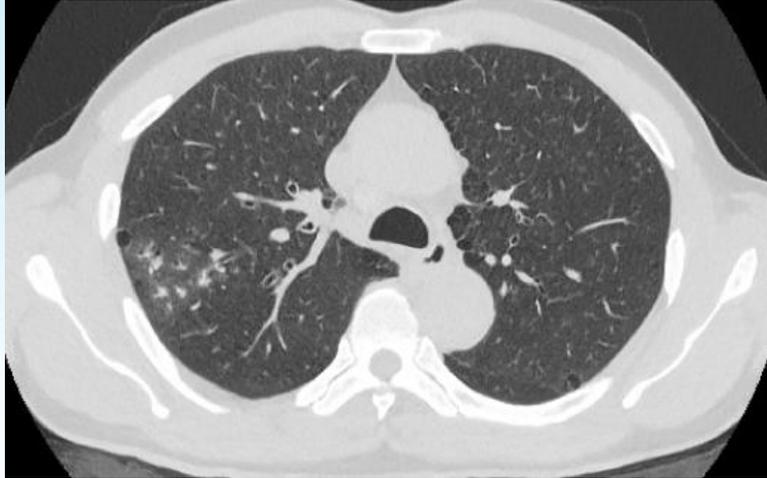
Minh họa ca lâm sàng

- Nam, 64 tuổi
- Tiền sử: tăng huyết áp đang điều trị ổn; hút thuốc lá 44 gói-năm
- Ho khạc đàm trắng mỗi buổi sáng, không khó thở, không sốt, không đau ngực, kéo dài khoảng 4 tháng, ăn uống kém, không sút. Không nhớ thời thời gian bắt đầu ho khạc đàm, nghỉ do hút thuốc lá nên không khám bệnh. Cách 1 tháng có kiểm tra sức khỏe định kỳ tại BV VIMEC, X-quang phổi bình thường.
- Bác sĩ 1 phòng khám giới thiệu tầm soát K phổi bằng CT ngực liều thấp → tham gia

# CT ngực liều thấp



# CT ngực liều thấp



## KẾT QUẢ CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH NGỰC LIỀU THẤP (CHEST LOW-DOSE CT REPORT)

Họ và tên: LÊ DOÃN M. Năm sinh: 1954 Mã:  
Giới tính: Nam Địa chỉ: TP.HCM  
Số điện thoại liên hệ:  
Đơn vị chỉ định: CHAC Ngày chụp: 17/7/2023  
Nơi chụp: Phòng khám đa khoa MEDIC Hòa Hào; Máy: MSCT 640\_2  
Bác sĩ chỉ định:  
Chẩn đoán: Tầm soát K phổi bằng CT ngực liều thấp

### 1. Mô tả hình ảnh

- Thành ngực:
  - Phân mềm: bình thường
  - Khung xương: bình thường
- Trung thất:
  - Tim: bình thường
  - Mạch máu lớn: bình thường
  - Hạch trung thất: không phì đại
- Màng phổi: bình thường
- Khí, phế quản: bình thường
- Nhu mô phổi: nốt mờ đặc, đậm độ đồng nhất, đậm độ thấp hơn mô mềm, hình tròn, kích thước 20 x 18 mm, bờ tua gai, không có vôi hóa bên trong, nằm ở phân thùy đỉnh sau thùy trên phổi trái; vài nốt kính mờ kèm hình ảnh nụ trên cánh tay đám ở phân thùy sau thùy trên phổi phải; nhiều ổ khí phế thũng trung tâm tiểu thùy rải rác thùy trên 2 bên và các ổ khí phế thũng vách không rõ nằm ở thùy dưới 2 phổi, mức độ khí phế thũng khoảng 10-15% thể tích 2 phổi.

### 2. Kết luận:

- Cảm nghi: nốt phổi đơn độc thùy trên phổi trái với kích thước 20 x 18 mm, tổn thương nghi lao phổi thùy trên phổi phải trên nền khí phế thũng mức độ nhẹ liên quan hút thuốc lá.
- LUNG-RADS: loại 4B (hiện nguy cơ ung thư phổi > 15%)
- Kiến nghị: khám bác sĩ chuyên khoa phổi để chẩn đoán xác định nốt phổi đơn độc thùy trên trái và tổn thương thùy trên phổi phải.

Ngày trả kết quả: 18/7/2023

# Nội soi phế quản ngày 21/7/2023



Cây khí phế quản bình thường. Rửa phế quản B1+2a thùy trên phổi trái làm xét nghiệm tế bào lạ; rửa phế quản B2 thùy trên phổi phải làm xét nghiệm vi khuẩn lao: soi AFB, X-pert MTB/RIF, cấy MGIT

Tế bào lạ/DRPQ: viêm mạn tính mức độ cao, không thấy tổn thương đặc hiệu  
AFB, Xpert, cấy MGIT/DRPQ: âm tính

# Hô hấp ký (19/7/2023)

Mức độ phối hợp / Coordination: Không tốt / Poor 0 1 2 3 4 5  
Ghi chú / Comment:

Rất tốt / Excellent

Chất lượng đo / Test quality: Pre - A, Post - A

Kỹ thuật viên / Technician: KTV. HOÀNG

Parameter	LLN	Pre-Bronchodilator			Post-Bronchodilator			Change	
		Best	%Prd	Z-score	Best	%Prd	Z-score	%Chg	Chg (L)
SVC (L)	1.99	2.30	85%	---	2.25	83%	---	-2%	-0.05
FVC (L)	1.99	2.36	87%	-0.79	2.48	92%	-0.52	5%	0.12
FEV1 (L)	1.56	1.38	63%	-2.13	1.48	68%	-1.86	7%	0.10
FEV1/FVC	0.68	0.58		-2.99	0.60		-2.83		
FEV1/SVC	0.68	0.60			0.62				
FEF25-75% (L/s)	0.96	0.62	32%	-2.20	0.62	31%	-2.21		
PEFR (L/s)	---	2.96	---	---	3.42	---	---	16%	
FEF50/FIF50		1.39			0.67				

Chẩn đoán: nốt đơn độc thùy trên phổi trái, COPD nhóm B

Điều trị: Umeclidinium/vilanterol 26,5/25 mcg 1 hít/ngày

Giới thiệu làm VATS: cắt thùy trên phổi trái; GPB: carcinoma tế bào tuyến

Chẩn đoán sau phẫu thuật: UTP tế bào tuyến T1cN0M0 (gđ IA3)

# Kết quả đột biến gen mẫu mô phẫu thuật

Chẩn đoán : K phổi

Mẫu : FFPE (PT23/3160)

BSCĐ : Nguyễn Văn Thọ

Ngày nhận mẫu : 08/09/2023

Nơi thu mẫu : BV PNT

Ngày trả KQ : 14/09/2023

KẾT QUẢ	Kết quả này chỉ có ý nghĩa trên mẫu nghiệm phẩm nhận được	
GENE	Thể đột biến   Thay đổi trình tự	Tỷ lệ (%)
EGFR	Chưa phát hiện đột biến có ý nghĩa lâm sàng	
ALK	Chưa phát hiện đột biến có ý nghĩa lâm sàng	
ROS1	Chưa phát hiện đột biến có ý nghĩa lâm sàng	
<b>KRAS</b>	<b>KRAS_G12C_NM_004985.5:c.34G&gt;T</b>	<b>23%</b>
BRAF	Chưa phát hiện đột biến có ý nghĩa lâm sàng	
NTRK	Chưa phát hiện đột biến có ý nghĩa lâm sàng	
MET	Chưa phát hiện đột biến có ý nghĩa lâm sàng	
NRAS	Chưa phát hiện đột biến có ý nghĩa lâm sàng	
PIK3CA	Chưa phát hiện đột biến có ý nghĩa lâm sàng	
HER2	Chưa phát hiện đột biến có ý nghĩa lâm sàng	
<b>KẾT LUẬN</b>	<b>Phát hiện đột biến G12C trên gen KRAS</b>	

Tại thời điểm phân tích chưa phát hiện đột biến có ý nghĩa lâm sàng trên các gen EGFR, ALK, ROS1, BRAF, NTRK, MET, NRAS, PIK3CA, HER2



HỘI HÔ HẤP  
THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

**HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN HỘI HÔ HẤP - HRS 2026**  
THE ANNUAL CONFERENCE OF THE HO CHI MINH RESPIRATORY SOCIETY

# **CẢM ƠN QUÝ ĐỒNG NGHIỆP ĐÃ CHÚ Ý LẮNG NGHE**

VŨNG TÀU, TP.HCM - NGÀY 21 THÁNG 3 NĂM 2026