

CHẨN ĐOÁN CĂN NGUYÊN NỐT ĐƠN ĐỘC Ở PHỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lê Hoàn¹, Vũ Văn Giáp², Đinh Thị Thanh Hồng¹
Nguyễn Thị Như Quỳnh¹, Trần Khánh Chi³ và Lê Minh Hằng^{1,✉}

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Bộ môn Nội tổng hợp, Trường Đại học Y Hà Nội

³Bộ môn Hóa sinh, Trường Đại học Y Hà Nội

Nốt đơn độc ở phổi được định nghĩa là tổn thương đơn độc trên X quang phổi với kích thước $\leq 3\text{cm}$, xung quanh là nhu mô phổi lành không gây xẹp phổi, không kèm hạch trung thất hay tràn dịch màng phổi. Đây là dạng tổn thương phổi khá thường gặp, có thể do nhiều nguyên nhân gây nên. Các nguyên nhân lành tính bao gồm: u lao, hamatoma, hạch lympho tại phổi, sarcoidosis, u nấm. Các căn nguyên ác tính gồm: ung thư phổi, ung thư di căn phổi, u lympho... Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện nhằm mô tả các đặc điểm về lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên nốt đơn độc ở phổi, từ đó giúp các bác sĩ lâm sàng có thêm kinh nghiệm trong việc đưa ra các quyết định quản lý theo dõi các tổn thương này nhằm chẩn đoán và điều trị kịp thời các nốt phổi gợi ý ác tính và tránh những can thiệp không cần thiết đối với các nốt phổi đơn độc có tính chất lành tính. Nghiên cứu mô tả với 50 bệnh nhân nốt phổi đơn độc. Vị trí tổn thương thường gặp là thùy trên phổi với 44% là ung thư phổi và 10% viêm lao. Với căn nguyên ung thư phổi, 40% bệnh nhân có kích thước nốt từ 2 đến 3 cm, trong đó 54% là tổn thương dạng nốt đặc.

Từ khóa: Nốt đơn độc ở phổi, sinh thiết phổi xuyên thành ngực.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thực hành lâm sàng hiện nay, nhờ vào sự phát triển của các phương pháp thăm dò chẩn đoán hình ảnh, bác sĩ lâm sàng xác định được nhiều hơn những bệnh nhân có nốt tổn thương phổi đơn độc. Tỷ lệ phát hiện nốt phổi đơn độc được ghi nhận trong các nghiên cứu từ 8- 51%.¹ Các nguyên nhân của nốt phổi đơn độc được phân loại thành hai nhóm lành tính và ác tính. Tỷ lệ giữa các nhóm căn nguyên là khác biệt giữa các nhóm quần thể khác nhau. Ngay cả trong nhóm quần thể người hút thuốc lá (nhóm nguy cơ mắc ung thư phổi cao), tỷ lệ nốt phổi ác tính cũng thấp. Nghiên cứu thực hiện trên 12.029 nốt phổi đơn độc chỉ 1% (144 nốt)

là nốt ác tính.² Quyết định làm gì tiếp theo, tiếp tục chẩn đoán hay theo dõi thêm là một quyết định rất khó khăn bởi các phương pháp chẩn đoán tiếp theo đều là các thủ thuật xâm lấn, có nguy cơ nhất định như: nội soi phế quản, sinh thiết xuyên thành ngực, sinh thiết phổi mở... Nếu là tổn thương lành tính, bệnh nhân chỉ cần theo dõi thêm, nhưng nếu là tổn thương ác tính, đặc biệt là ung thư giai đoạn sớm thì việc chẩn đoán là yếu tố quan trọng cho quá trình điều trị triệt để và đem lại tiên lượng tốt cho bệnh nhân.³ Nhưng bệnh nhân có nốt phổi đơn độc với nguy cơ ác tính cao (60 - 70%), phẫu thuật nội soi lồng ngực chẩn đoán kết hợp điều trị được áp dụng. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật nội soi lồng ngực chẩn đoán với các phương pháp phổi hợp đạt 0,98 (95% CI: 0,97-0,99) khi kết hợp hook wire, 0,98 (95% CI: 0,96-0,99) khi kết hợp với microcoil và 0,99 (95% CI: 0,98-1,00) khi kết hợp với tiêm lipiodol. Nếu

Tác giả liên hệ: Lê Minh Hằng

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: hangle.hmu@gmail.com

Ngày nhận: 01/10/2021

Ngày được chấp nhận: 13/10/2021

sinh thiết tức thì cho kết quả tổn thương lành tính chỉ định cắt thùy phổi hình chêm. Với tổn thương ác tính, cắt thùy phổi kết hợp nạo vét hạch vùng.⁴ Hiện nay, trên thế giới có rất nhiều hướng dẫn, khuyến cáo và các nghiên cứu về đặc điểm, căn nguyên nốt tại phổi, nhưng ở Việt Nam số nghiên cứu còn rất hạn chế. Sự khác nhau về dịch tễ, chủng tộc, đặc điểm hình thái học, dân tộc... có thể ảnh hưởng đến yếu tố tiên lượng, căn nguyên nốt tổn thương phổi, ảnh hưởng đến quyết định điều trị của các bác sĩ lâm sàng.^{5,6}

Do đó chúng tôi thực hiện đề tài “**Đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng và chẩn đoán căn nguyên nốt đơn độc ở phổi**” với mục tiêu chính: Nhận xét căn nguyên của bệnh nhân có nốt phổi đơn độc ở phổi được chẩn đoán xác định tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu

50 bệnh nhân nốt đơn độc ở phổi được lựa chọn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 6 năm 2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân có nốt phổi (8mm < đường kính lớn nhất ≤ 3cm) trên phim cắt lớp vi tính lồng ngực.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Đối với bệnh nhân thu thập bằng phương pháp hồi cứu, loại trừ khi bệnh nhân có nốt tổn thương phổi nhưng hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.

- Loại trừ các trường hợp bệnh nhân có nốt đơn độc ở phổi là nốt vôi hoá hoàn toàn, nốt có tỉ trọng dịch.

Quy trình tiến hành nghiên cứu

- Ghi nhận các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân bắt đầu từ thời điểm phát hiện ra tổn thương nốt phổi đơn độc.

- Các bệnh nhân có nốt phổi đơn độc được xác định dựa trên cắt lớp vi tính ngực được tiến hành thăm dò chẩn đoán căn nguyên dựa trên các bệnh phẩm về đờm, dịch rửa phế quản, sinh thiết phổi xuyên thành ngực hoặc nội soi lồng ngực chẩn đoán.

- Bệnh nhân được chẩn đoán căn nguyên nốt phổi đơn độc do lao khi có một trong các tiêu chuẩn sau:

+ Có bằng chứng xác định về vi sinh như: AFB đờm/ dịch phế quản dương tính hoặc PCR-MTB đờm/ dịch phế quản dương tính hoặc MGIT đờm/ dịch phế quản dương tính. Hoặc;

+ Có bằng chứng về mô bệnh học qua sinh thiết phổi/ phế quản là nang lao điển hình.

- Bệnh nhân được chẩn đoán căn nguyên nốt phổi đơn độc do ung thư phổi/ ung thư di căn phổi khi có bằng chứng chẩn đoán dựa trên mô bệnh học sinh thiết phổi.

- Bệnh nhân được chẩn đoán căn nguyên nốt phổi đơn độc do nấm phổi dựa trên bằng chứng về nấm phát hiện trên mô phổi lấy từ bệnh phẩm sinh thiết phổi xuyên thành ngực.

3. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm thống kê y học SPSS 22.0 với các thuật toán mô tả tỉ lệ, trung bình. So sánh các tỷ lệ và kiểm định tính độc lập của các biến định tính bằng kiểm định Khi bình phương với mức ý nghĩa thông kê $p < 0,05$.

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc đạo đức của nghiên cứu y học. Bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các thông tin liên quan đến bệnh nhân đều được bảo mật.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhóm nghiên cứu (n = 50)

Đặc điểm		Số lượng (%)	
Tuổi trung bình là: 58,5 ± 13,5 tuổi			
Giới	Nam	32 (64,0%)	
	Nữ	18 (36,0%)	
Triệu chứng lâm sàng	Không có TCLS	45 (90,0%)	
	Có TCLS	5 (10,0%)	
Vị trí tổn thương trên CLVT	Phổi trái	Thùy trên	17 (34,0%)
		Thùy dưới	5 (10,0%)
	Phổi phải	Thùy trên	16 (32,0%)
		Thùy giữa	3 (6,0%)
		Thùy dưới	9 (18,0%)
Tính chất nốt phổi	Nốt đặc	44 (88,0%)	
	Nốt bán đặc	6 (12,0%)	
Kích thước nốt phổi	≤ 1 cm	3 (6,0%)	
	1 cm < u ≤ 2 cm	19 (38,0%)	
	2 < u ≤ 3 cm	28 (56,0%)	

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 69 ± 13,55 tuổi với tuổi lớn nhất là 86 và tuổi nhỏ nhất là 23 tuổi. Tỷ số nam so với nữ là xấp xỉ 2/1. 90% không có triệu chứng lâm sàng khi phát hiện tổn thương nốt phổi đơn độc. Tổn thương chủ yếu ở thùy trên phổi chiếm 66%

(33 bệnh nhân). 88% các nốt đơn độc ở phổi là nốt đặc. Nốt bán đặc chiếm 12%. Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận được bệnh nhân có nốt phổi đơn độc dạng kính mờ. 56% nốt phổi đơn độc có kích thước trong khoảng 2 cm < u ≤ 3 cm.

2. Kết quả chẩn đoán căn nguyên nốt phổi đơn độc

Bảng 2. Căn nguyên nốt phổi đơn độc dựa trên kết quả mô bệnh học (n = 50)

Căn nguyên	Số lượng (%)
Ung thư	32 (64%)
Lao	5 (10%)
Viêm mạn tính	8 (16%)
Khác	5 (10%)

Chẩn đoán căn nguyên nốt phổi đơn độc trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu dựa trên kết quả mô bệnh học từ bệnh phẩm sinh

thiết phổi xuyên thành ngực trong đó ung thư phổi chiếm 64% và lao phổi chiếm 10%.

Bảng 3. Liên quan giữa căn nguyên nốt phổi và tuổi, giới (n = 50)

Căn nguyên	Nhóm tuổi				Giới	
	< 40	40 - 49	50 - 59	≥ 60	Nam	Nữ
Ung thư	1	3	8	20	21	11
Lao	2	2	1	0	3	2
Viêm mạn tính	2	1	2	3	5	3
Khác	2	0	0	3	3	2

Phần lớn bệnh nhân có chẩn đoán ung thư phổi ở nhóm trên 60 tuổi (40%), là nam giới (42%). 5 trường hợp chẩn đoán khác bao gồm

các căn nguyên hiếm gặp: 1 u nấm, 1 viêm phổi tăng bạch cầu ái toan, 3 viêm phổi tổ chức hoá

Bảng 4. Liên quan giữa căn nguyên nốt phổi và tính chất, vị trí của nốt (n = 50)

	Căn nguyên	Căn nguyên			
		Ung thư	Viêm lao	Viêm mạn	Khác
Tính chất nốt	Nốt đặc	27	5	7	5
	Nốt bán đặc	5	0	1	0
Vị trí tổn thương trên CLVT	Thùy trên (P)	12	2	3	0
	Thùy giữa	2	0	1	0
	Thùy dưới (P)	5	0	1	3
	Thùy trên (T)	10	3	3	1
	Thùy dưới (T)	3	0	1	1

Vị trí tổn thương thường gặp là thùy trên phổi với 44% là ung thư phổi, 10% là viêm lao. Với căn nguyên ung thư phổi 40% bệnh nhân có kích thước nốt từ 2 đến 3 cm, chủ yếu là tổn thương dạng nốt đặc (54%). Trong đó có một nốt phổi có bằng chứng mô bệnh học cả lao và ung thư phổi.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tuổi mắc

bệnh trung bình là $69 \pm 13,55$ tuổi với tuổi thấp nhất là 86 và tuổi cao nhất là 23. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là nhóm trên 60 tuổi (52%), tiếp đến là nhóm từ 50 đến 59 tuổi chiếm 22%. Nếu tính từ 50 tuổi trở lên có 37 trường hợp chiếm 74%. Theo Lê Thu Hà (2014) nhóm bệnh nhân trên 50 tuổi có tổn thương nốt mờ phổi đơn độc cần làm sinh thiết chẩn đoán chiếm tỉ lệ lớn 76,5%.⁷ Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự báo cáo của chúng tôi trước

đây 2020, nghiên cứu trên các tổn thương nốt phổi được tiến hành sinh thiết phổi xuyên thành ngực, nhóm tuổi gặp nhiều nhất là nhóm trên 50 tuổi chiếm 60%. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự các nghiên cứu trước đó do chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên những bệnh nhân có nốt phổi đơn độc có kích thước > 8 mm là những tổn thương có chỉ định cần thực hiện thăm dò chẩn đoán loại trừ bệnh lý ác tính và tổn thương ác tính ở phổi thường gặp ở độ tuổi trung niên hơn so với các nhóm tuổi khác.

Nghiên cứu trên 50 bệnh nhân có nốt phổi đơn độc chúng tôi ghi nhận được 64% là nam giới. Tỷ lệ nam so với nữ xấp xỉ 2/1. Theo Giuseppe Cardillo và cộng sự (2003) nghiên cứu trên 429 bệnh nhân tỷ lệ này là 64,3% ở nam và 35,7% ở nữ.⁸ Nghiên cứu của Lê Thu Hà (2014), nam chiếm 66,2% và nữ chiếm 33,8%.⁷ Nghiên cứu của chúng tôi thấy tỉ lệ mắc của nam và nữ cũng tương tự với các nghiên cứu khác về nốt phổi được thực hiện trong nước và trên thế giới. Đặc biệt trong nhóm bệnh nhân có nốt phổi được chẩn đoán căn nguyên là ung thư phổi gồm 32 bệnh nhân có 21 nam (chiếm 65,6%). Kết quả trên có thể giải thích do nam giới ở Việt Nam hiện nay vẫn có tỉ lệ hút thuốc lá nhiều hơn so với nữ giới. Đây là một trong những yếu tố nguy cơ chính liên quan trực tiếp với ung thư phổi.

Vị trí nốt phổi thường gặp nhất ở thùy trên hai phổi chiếm tỉ lệ (32,0% với thùy trên phổi phải và 34,0% với thùy trên phổi trái). Trong đó 22 trong tổng số 33 bệnh nhân có nốt phổi ở vị trí thùy trên chiếm 66,7% có kết quả mô bệnh học là ung thư phổi. Nghiên cứu của Trịnh Thị Hương (2018) u gặp nhiều nhất ở thùy trên 2 phổi (thùy trên phải 47,8% và thùy trên trái 36%).⁹ McWilliams và cộng sự (2013) nốt phổi thường đặc biệt nốt tổn thương ác tính thường ở vị trí thùy trên phổi (23,1%) với thùy trên trái và 32,6% với thùy trên phải).¹⁰ Vậy việc chẩn

đoán xác định ở những trường hợp tổn thương phổi kích thước nhỏ ở vị trí thùy trên phổi là vị trí được thống kê có tỉ lệ tổn thương ác tính thường gặp hơn so với các thùy khác của phổi là rất quan trọng nhằm chẩn đoán sớm từ đó quyết định phương pháp điều trị phù hợp sẽ đem lại tiên lượng tốt cho bệnh nhân đặc biệt với các type mô bệnh học có thể điều trị bằng phẫu thuật ở giai đoạn sớm.

Nốt phổi có kích thước từ 2 đến 3 cm được chẩn đoán là ung thư dựa trên sinh thiết phổi xuyên thành ngực chiếm tỉ lệ lớn nhất 40%, nốt có kích thước từ 1 đến 2 cm là 20% và các nốt phổi có kích thước dưới 1 cm được chẩn đoán là ung thư chiếm tỉ lệ thấp 4%. Nghiên cứu của McWilliams và cs (2013) 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 với $p < 0,001$.⁷ Như vậy với các nốt phổi đơn độc càng lớn nguy cơ ung thư càng cao, kết hợp với các yếu tố nguy cơ khác của ung thư phổi như tuổi, giới, vị trí của nốt phổi, tiền sử hút thuốc lá thì những nốt phổi có nguy cơ trung bình và cao là những tổn thương phổi cần được theo dõi sát sự tiến triển và cần thực hiện các can thiệp chẩn đoán tìm căn nguyên để có thể đưa ra các điều trị kịp thời và phù hợp cho bệnh nhân.^{5,6,11,12}

Tổn thương dạng nốt đặc chiếm đa số với 88%, 12% là nốt bán đặc. Trong nghiên cứu chúng tôi không ghi nhận được bệnh nhân có tổn thương dạng nốt kính mờ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Winkler và cs (2015) với 78,9% tổn thương là dạng nốt đặc, 4,3% nốt bán đặc. Trong số các nốt đặc phổi có căn nguyên ung thư phổi chiếm tỉ lệ cao nhất với 61,3% (27/44 ca).¹³

Ngoài căn nguyên ung thư phổi chiếm tỉ lệ chính (64%) được nghiên cứu ghi nhận trên 50 bệnh nhân có nốt phổi đơn độc. Một số căn nguyên khác chiếm tỉ lệ thấp cũng được

ghi nhận trong nguyên cứu của chúng tôi: lao phổi (10%), viêm phổi tổ chức hoá (4%), u nấm cryptococcus (2%). Lao phổi là bệnh lý phổi thường gặp ở Việt Nam tuy nhiên tổn thương phổi do lao thường đa hình thái, phổi hợp nhiều tổn thương cùng lúc và có thể được chẩn đoán bằng nhiều phương pháp vi sinh khác. 10% bệnh nhân nốt phổi trong nghiên cứu của chúng tôi là nốt đơn độc không có tổn thương khác kèm theo (nhóm chiếm tỉ lệ thấp trong lao phổi) đồng thời do là tổn thương ở ngoại vi nên các bằng chứng về vi sinh trong đó có xét nghiệm về đờm và cả dịch rửa phế quản đều khó có thể tiếp cận gần sát đến vị trí tổn thương nên tỉ lệ dương tính thường thấp. Những ca bệnh hiếm gặp khác như viêm phổi tổ chức hoá, u nấm cryptococcus, viêm phổi tăng bạch cầu ái toan cho thấy rằng nốt phổi không chỉ có ung thư phổi mà còn có thể gặp những căn nguyên khác. Và việc chẩn đoán xác định chính xác căn nguyên của nốt phổi dựa vào các thăm dò ít xâm lấn như xét nghiệm vi sinh từ đờm, dịch rửa phế quản, sinh thiết phổi xuyên thành ngực sẽ góp phần đưa ra các điều trị đúng hướng cho bệnh nhân giúp tăng hiệu quả điều trị bệnh và hạn chế các can thiệp, theo dõi không cần thiết cho bệnh nhân. Các căn nguyên nốt phổi lành tính theo y văn có thể gặp như hamartoma, u sụn... không được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi do cỡ mẫu nghiên cứu còn chưa đủ lớn.

Đối với căn nguyên ung thư phổi (nhóm căn nguyên chiếm tỉ lệ chính trong nghiên cứu của chúng tôi), các bệnh nhân ghi nhận được là những ca bệnh có nốt phổi đơn độc- nhóm được chẩn đoán ở giai đoạn sớm có thể điều trị triệt để bằng phương pháp phẫu thuật. Việc thực hiện chẩn đoán theo quy trình từ ít xâm lấn tới xâm lấn nhằm có được chẩn đoán xác định đối với các bệnh nhân có nốt phổi đơn độc đặc biệt nhóm bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao

của ung thư phổi dựa trên mô tả hình ảnh học X quang, tuổi, giới, yếu tố nguy cơ phổi nhiễm (thuốc lá, tiền sử tiếp xúc hoá chất độc hại...) giúp chẩn đoán kịp thời từ đó quyết định điều trị sớm và phù hợp, cải thiện tiên lượng bệnh, kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu thực hiện trên 50 bệnh nhân nốt phổi đơn độc tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 6 năm 2021 nhằm đánh giá căn nguyên của nốt phổi, chúng tôi có một số kết luận sau:

Nhận xét kết quả chẩn đoán căn nguyên nốt phổi đơn độc: 64% ung thư phổi, 10% viêm lao. 44% nốt đơn độc ở vị trí thùy trên phổi là ung thư phổi. 54% bệnh nhân chẩn đoán ung thư phổi có nốt dạng đặc và 10% là nốt dạng bán đặc.

Với những nốt phổi có nguy cơ ung thư cao (vị trí thùy trên phổi, nốt đặc, kích thước nốt lớn, bệnh nhân > 50 tuổi) sinh thiết phổi xuyên thành ngực để tiếp cận bằng chứng mô bệnh học là cần thiết để tránh bỏ sót chẩn đoán bệnh.

LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin được trân trọng cảm ơn Ban Giám đốc Bệnh viện và các đồng nghiệp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã tạo điều kiện và phối hợp cùng chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Albert RH, Russell JJ. Evaluation of the solitary pulmonary nodule. *Am Fam Physician*. 2009; 80:827-31. [PubMed]
2. McWilliams A, Tammemagi MC, Mayo JR, et al. Probability of cancer in pulmonary nodules detected on first screening CT. *N Engl J Med*. 2013;369(10):910–919. DOI: 10.1056/NEJMoa1214726

3. MacMahon H, Naidich DP, Goo JM, Lee KS, Leung AN, Mayo JR, et al. Guidelines for management of incidental pulmonary nodules detected on CT images: From the Fleischner Society 2017. *Radiology*.2017; 284:228-43. [PubMed] [Google Scholar].
4. Chul Hwan Park, Kyunghwa Han, Jin Hur et al. Comparative effectiveness and safety of preoperative lung localization for pulmonary nodules: A systematic review and meta-analysis. *Chest*. 2016; 151(2): 316-328. DOI: 10.1016/j.chest.2016.09.017.
5. Callister ME, Baldwin DR, Akram AR, Barnard S, Cane P, Draffan J, Franks K, Gleeson F, Graham R, Malhotra P, Prokop M, Rodger K, Subesinghe M, Waller D, Woolhouse. *British Thoracic Society Pulmonary Nodule Guideline Development Group. British Thoracic Society Standards of Care Committee*.2015; 70 Suppl 2():ii1-ii54.[PubMed] [Ref list].
6. Casar, Elyn Riedel, Michael S. Clinical and radiographic differentiation of lung nodules caused by mycobacteria and lung cancer: a case- control study. *BMC Infectious Diseases*. 2015; 15,482. 10.1186/s12879-015-1185-4.
7. Lê Thu Hà. “Nhận xét kết quả của kĩ thuật sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính trong chẩn đoán đám mờ phổi”, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ đa khoa, Đại học Y Hà Nội, 2014.
8. Giuseppe Cardillo, Mohamed Regal, Francesco Sera et al. Videothoracos management of the solitary pulmonary nodule: a single institution study on 429 cases. *The annals of thoracic surgery*. 2003; 75, 1607-1611. [https://doi.org/10.1016/S0003-4975\(02\)04827-0](https://doi.org/10.1016/S0003-4975(02)04827-0).
9. Trịnh Thị Hương. Nhận xét kết quả sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn chụp cắt lớp vi tính tổn thương nốt phổi. Luận văn chuyên khoa cấp 2, Đại học Y Hà Nội, 2018.
10. McWilliams, Martin C, John R. Probability of cancer in pulmonary nodules detected on first screening CT. *New England journal of medicine*. 2013; 369,910-919. DOI: 10.1056/NEJMoa121472.
11. Gould MK, Donington J, Lynch WR, Mazzone PJ, Midthun DE, Naidich DP, et al. Evaluation of individuals with pulmonary nodules: When is it lung cancer? Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2013; 143:e93S-120S. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar].
12. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Non-Small Cell Lung Cancer Version 2.2019. 2018. Nov 21, [Last accessed on 2018 Dec 12]. Available from: <https://www.nccn.org/>.
13. 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*. 2015; 25(10):3093-3099. doi: 10.1007/s00330-015-3689-0. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar].

Summary

IDENTIFICATION OF SOLITARY PULMONARY NODULE AT HA NOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Solitary pulmonary nodule was defined as well-circumscribed round lesion measuring up to 3 cm in diameter and surrounded by aerated lung without pulmonary collapse, mediastinal lymph nodes or pleural effusion. This is a common pulmonary lesion, which could be benign or malignant. Benign causes include: tuberculoma, hamatoma, pulmonary lymph nodes, sarcoidosis, or aspergilloma. Malignant etiologies include lung cancer, metastatic lung cancer, lymphoma, etc. Our study was conducted to describe the clinical, laboratory and etiological characteristics of solitary pulmonary nodules, thereby serving clinicians to gain more experience in making management decisions for an accurate diagnosis and treatment of malignant pulmonary nodules and to avoid unnecessary interventions for solitary benign pulmonary nodules. This is a descriptive study with 50 patients suffering from isolated pulmonary nodules. The most common site of lesion was the upper lobe of the lung where 44% was lung cancer and 10% tuberculosis. In lung cancer etiology group, 40% of patients had nodular size from 2 to 3 cm, of which 54% were solid nodular lesions.

Keywords: Solitary pulmonary nodule, transthoracic biopsy.