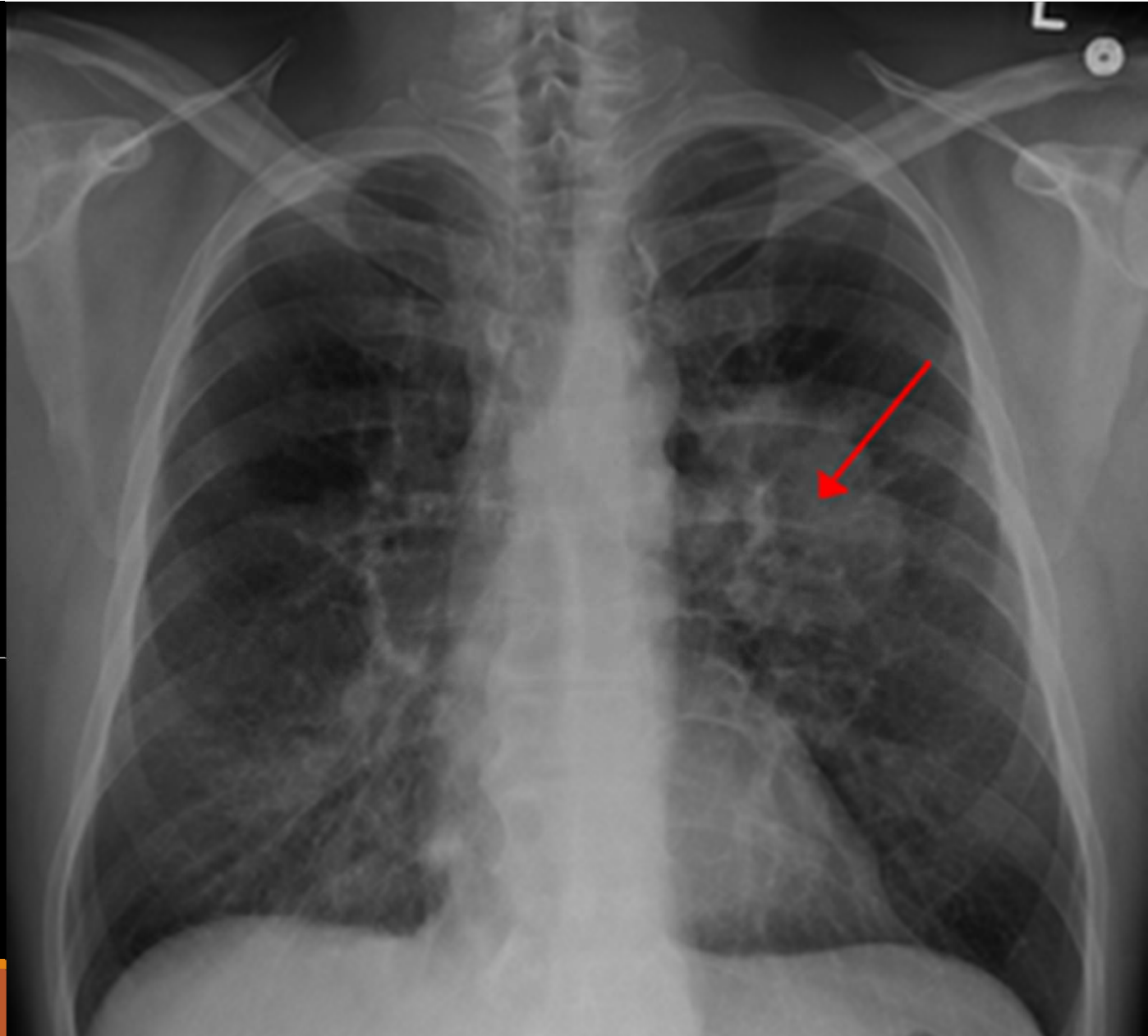
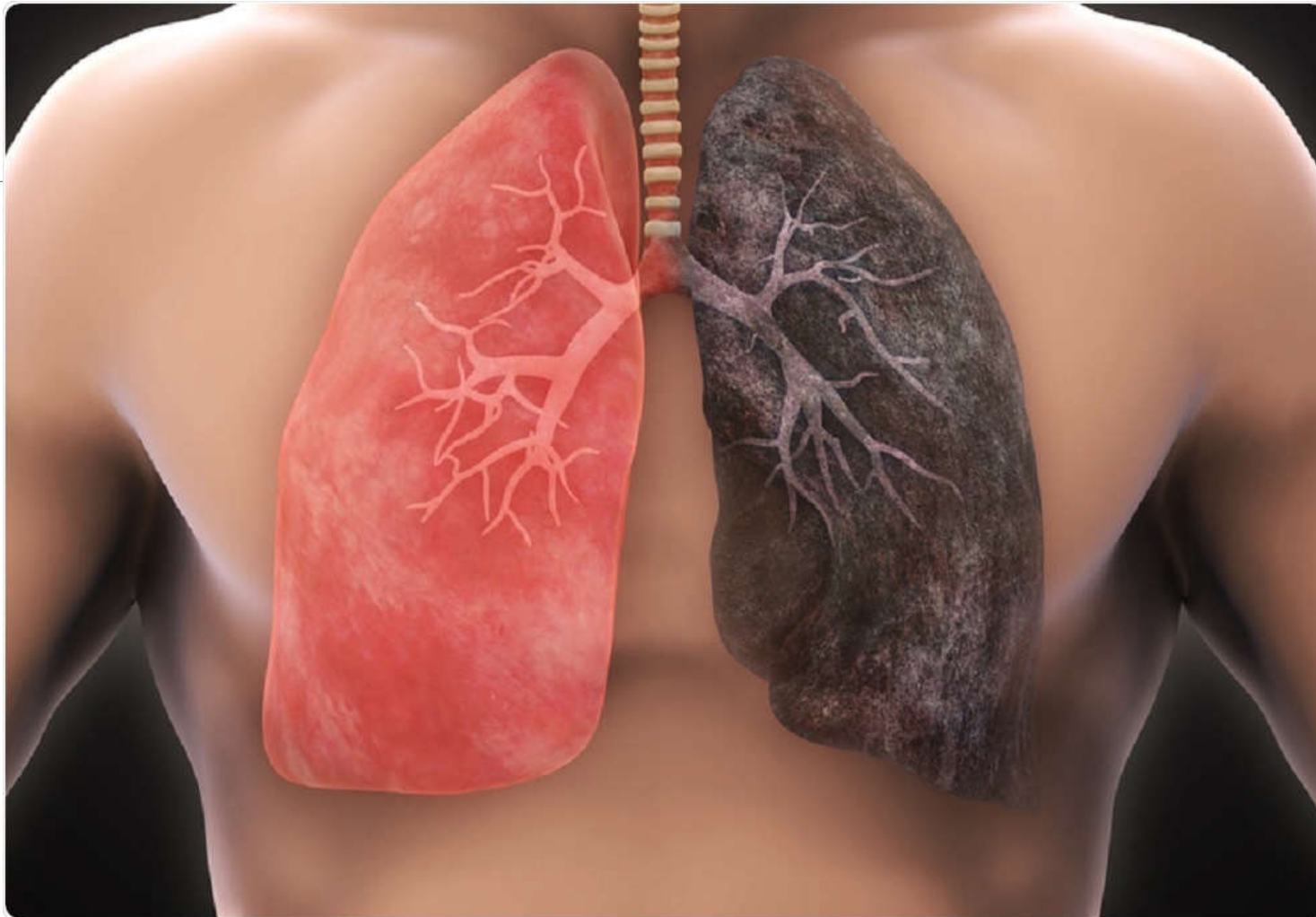


# UNG THƯ PHỔI

---

ĐINH THỊ BẢO NGỌC  
NGUYỄN ĐỨC THẮNG  
NGUYỄN HUỲNH ĐỨC THIỆN  
TRẦN QUỐC TOÀN





# Nội dung

---

Định nghĩa, phân loại, nguyên nhân của ung thư phổi

Trình bày bệnh cảnh lâm sàng và cận lâm sàng chẩn đoán

Chẩn đoán giai đoạn bệnh theo TNM

Lựa chọn phương pháp điều trị

# Định nghĩa

---

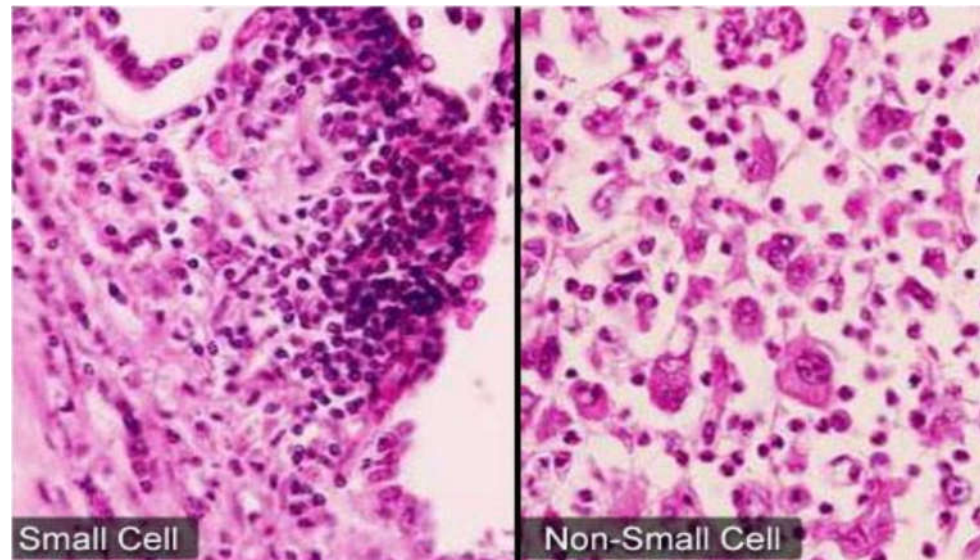
**Ung thư phổi** là ung thư xuất phát từ biểu mô hô hấp (phế quản, tiểu phế quản, phế nang)

# Phân loại

---

Ung thư phổi tế bào nhỏ (small cell lung cancer) (20-25%)

Ung thư phổi không tế bào nhỏ (non small cell lung cancer) (75-80%)



# Ung thư phổi không tế bào nhỏ

---

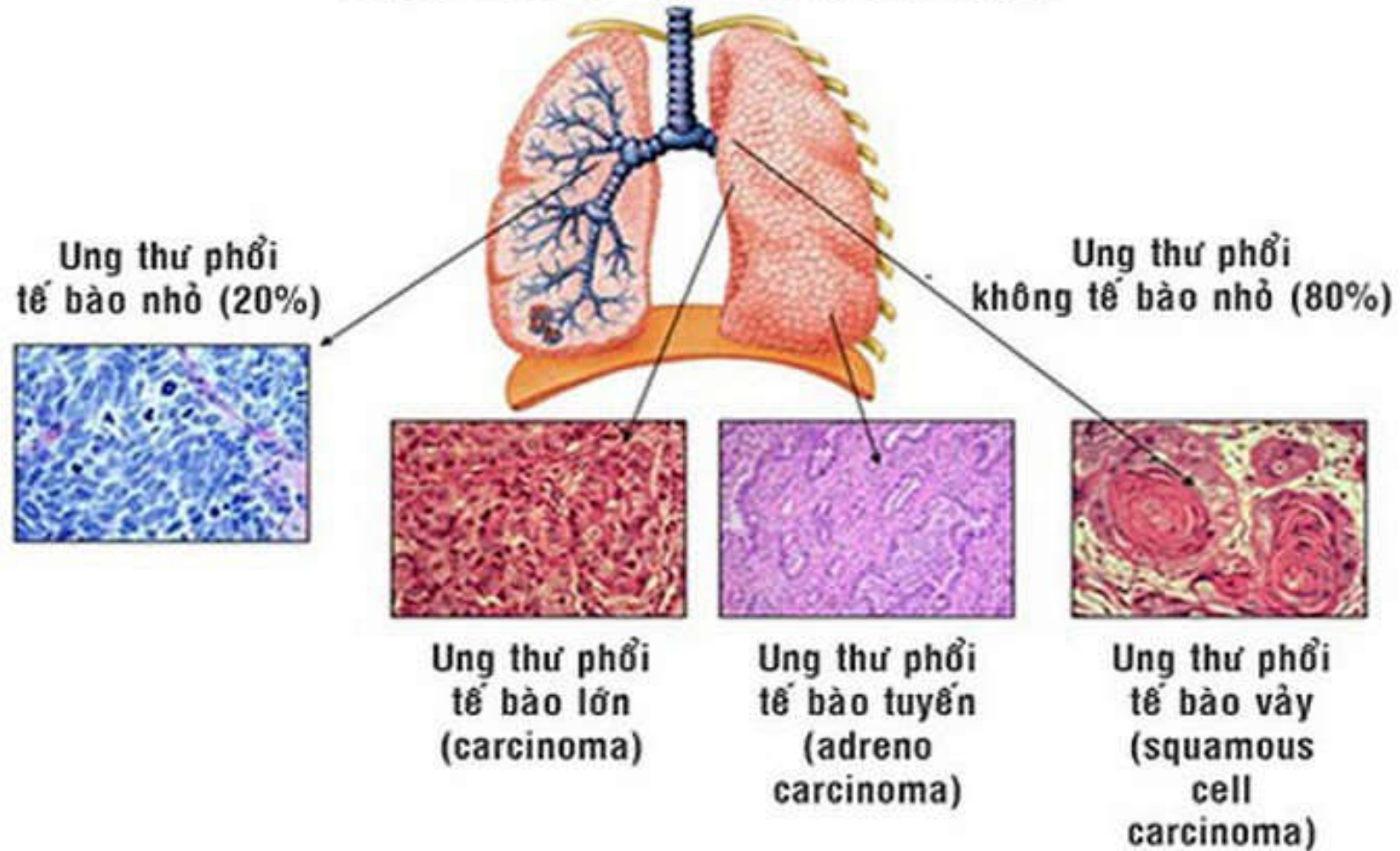
Ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma): 25-40%

Ung thư tiểu phế quản - phế nang (BAC = bronchioloalveolar carcinoma) 5%

Ung thư tế bào vảy (squamous cell carcinoma) 30-40%

Ung thư tế bào lớn (large cell carcinoma) 10%-20%

## Hình ảnh tế bào ung thư phổi



# Dịch tễ học

---

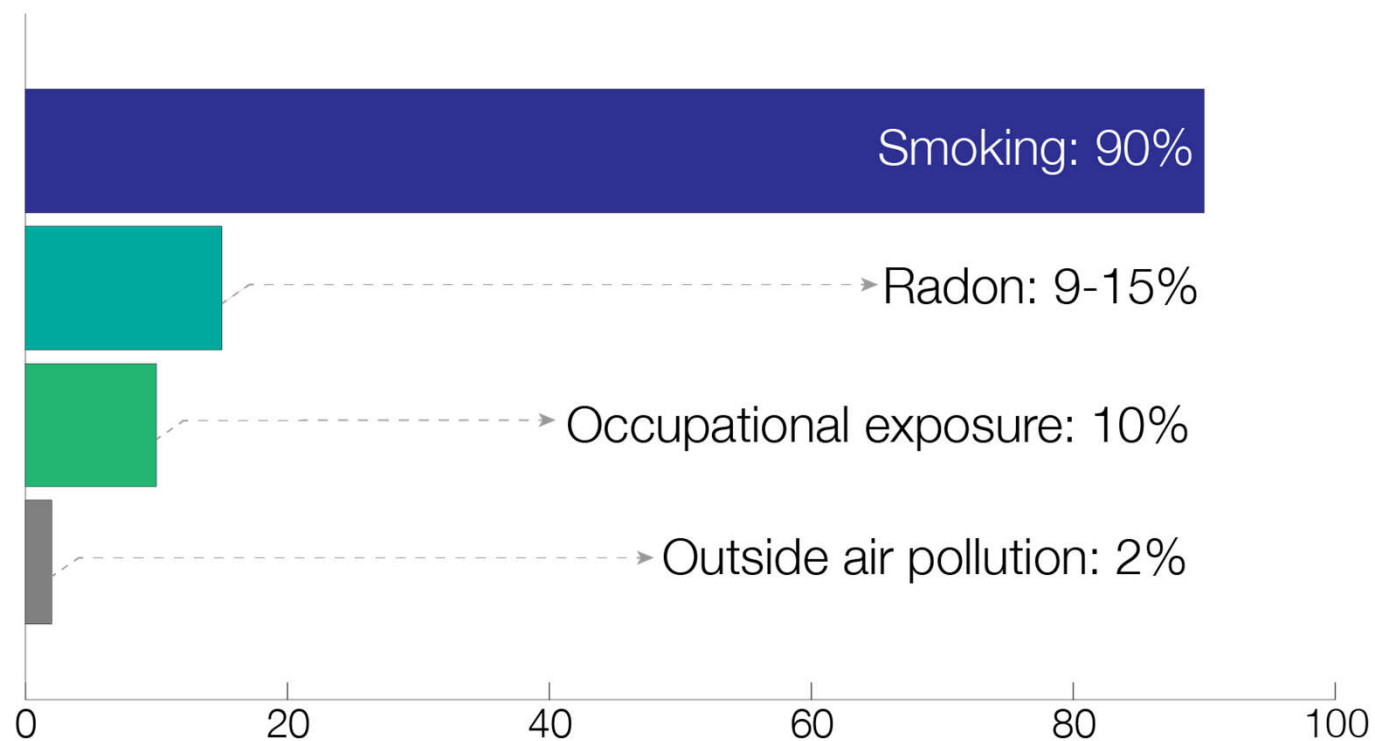
Là loại ung thư phổ biến nhất trên toàn thế giới

Là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở cả 2 giới



# Nguyên nhân

---



# Triệu chứng

---

Ho dai dẳng, ho khan, ho ra máu

Đau ngực, thở ngắn hơi, thở khó, khàn giọng, tắc tiếng

Viêm phổi - viêm phế quản tái phát nhiều lần

Tràn dịch màng phổi

Nổi hạch cổ. Có thể có: sưng cổ, phù mắt, phù áo khoác

Lâu ngày có triệu chứng suy nhược cơ thể

## U ở vị trí trung tâm

---

Tùy vào mức độ phát triển của u mà gây nghẹt đường dẫn khí mà triệu chứng có thể:

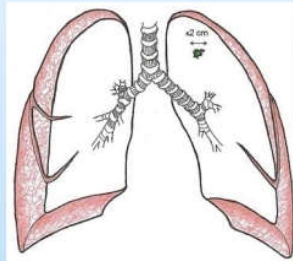
- Ho khan, ho đàm, đôi khi có ho ra máu..
- Khó thở hay khò khè do tắc các đường dẫn khí lớn, có thể có triệu chứng đau ngực do tắc nghẽn gây xẹp phổi, trong một số tình huống tình trạng tắc nghẽn gây ứ đọng dịch trong các phế nang, dẫn tới viêm phổi, áp xe phổi, làm bệnh nhân có triệu chứng sốt, khạc đàm mủ...

## U ở vị trí ngoại biên

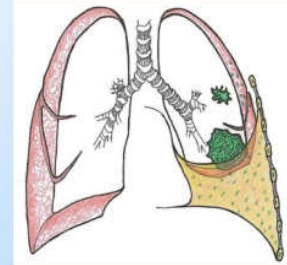
---

Thường có triệu chứng âm thầm và kín đáo, một số phát hiện tình cờ khi kiểm tra Xquang. Khi u lớn xâm lấn màng phổi hay các phế quản lớn mới gây các triệu chứng, trong tình huống này người bệnh có các triệu chứng bệnh tiến xa như xâm lấn thành ngực, phù áo khoác, tràn dịch màng phổi....

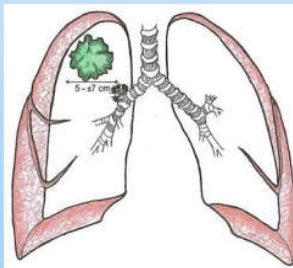
## Triệu chứng lâm sàng phụ thuộc vào diễn tiến sinh học và vị trí bướu



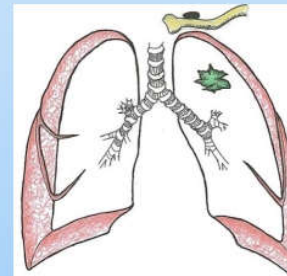
→ Không có triệu chứng  
Phát hiện tình cờ bằng Xq



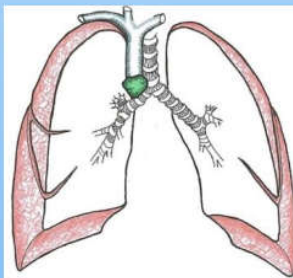
→ Khó thở khi nằm



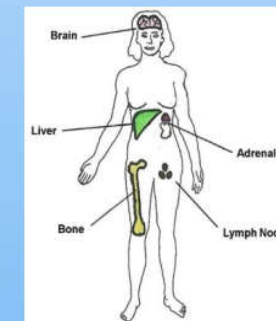
→ Ho, đau ngực



→ Tự phát hiện  
hạch trên đòn



→ Khó thở, phù mắt-cổ-  
cánh tay



→ Triệu chứng  
của cơ quan  
bị di căn

# Một số hội chứng thường gặp

---

**Hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch chủ trên:** do u xâm lấn vào tĩnh mạch chủ trên gây phù áo khoác, nổi tĩnh mạch bàng hệ trên ngực

**Hội chứng ba giảm** do tràn dịch màng phổi

# Một số hội chứng thường gặp

---

**Hội chứng Pancoast-Tobias:** u đỉnh phổi lan lên thành ngực trên, chèn ép rễ thần kinh cánh tay nên người bệnh bị đau ở vùng C8-D1 đau mặt trong cánh tay, căng tay đến hai ngón tay cuối



# Một số hội chứng thường gặp

---

**Hội chứng Claude-Bernard-Horner:** thường đi kèm với hội chứng Pancoast –Tobias, do u chèn ép gây tổn thương thần kinh giao cảm, bệnh nhân có triệu chứng sụp mi, co đồng tử, hẹp khe mắt, nóng bừng nửa mặt cùng bên khối u.





# Một số hội chứng thường gặp

---

**Các hội chứng cận ung:** ngón tay dùi trống, đau khớp, tổn thương thần kinh cơ, xạm da ở các nếp da vùng nách bẹn, hội chứng tăng bài tiết hormon chống lợi niệu, tăng canxi máu, giảm photphat máu

# Một số hội chứng thường gặp

---

**Hội chứng Pierre-Marie:** 5 triệu chứng điển hình

- Đầu ngón tay, chân biến dạng dùi trống, móng tay khum
- Các đầu chi to lên, rỗ ở cổ tay, cổ chân
- Đau khớp: cổ tay, cổ chân, khuỷu, gối
- Tăng sinh màng xương ở các xương dài: đầy, xù xì, không đều trên X-quang
- Rối loạn vận mạch: xanh tím đầu ngón, da nóng, rối loạn cảm giác, ra nhiều mồ hôi

# Cận lâm sàng

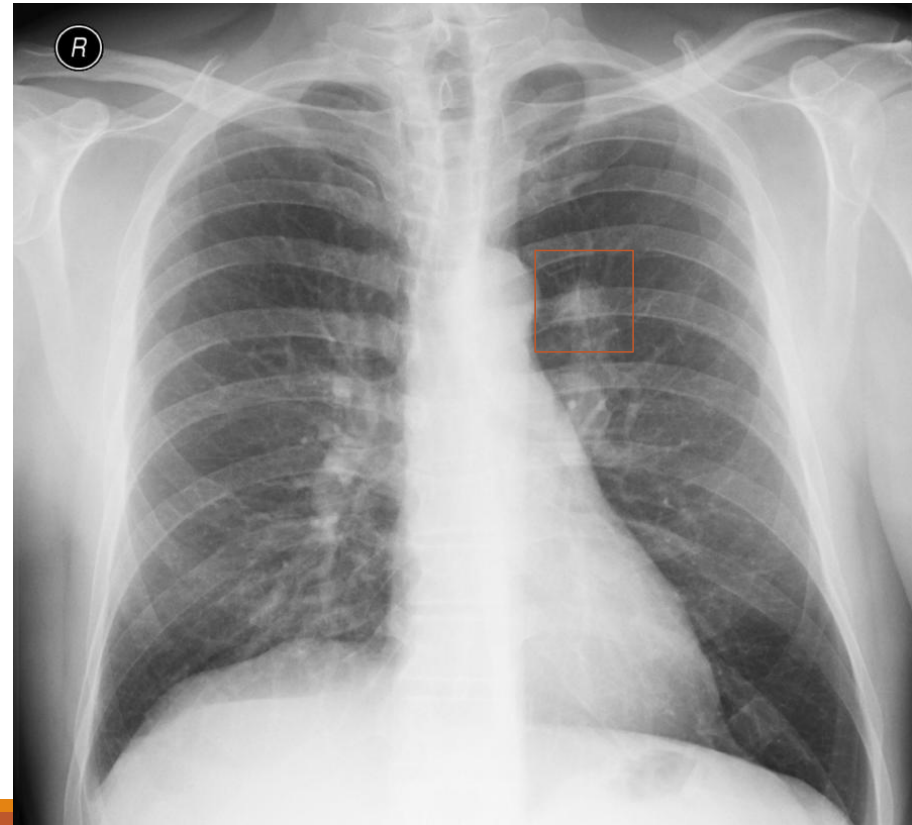
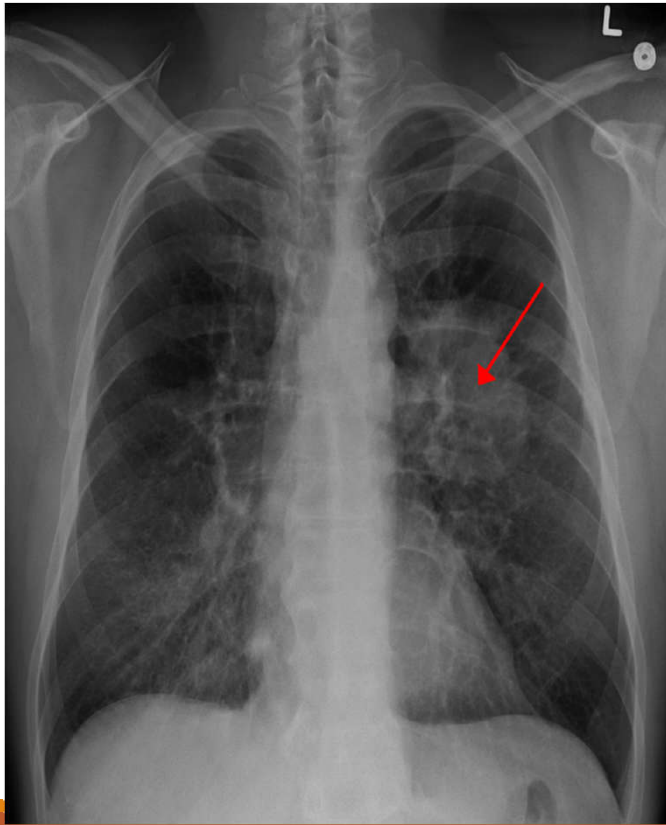
---

## **X-quang ngực**

- Hình ảnh nốt đơn độc
- Hình ảnh khối ở trung thất
- Hình ảnh tràn dịch màng phổi
- Hình ảnh cơ hoành bị dâng cao trong liệt TK hoành

# X-quang

---



# Cận lâm sàng

---

CT scan

MRI

Nội soi phế quản

Sinh thiết và nghiên cứu tế bào học

Sinh thiết xuyên thành ngực

Nội soi trung thất và mở ngực thám sát

Chọc dò và sinh thiết tủy xương

# Nội soi phế quản

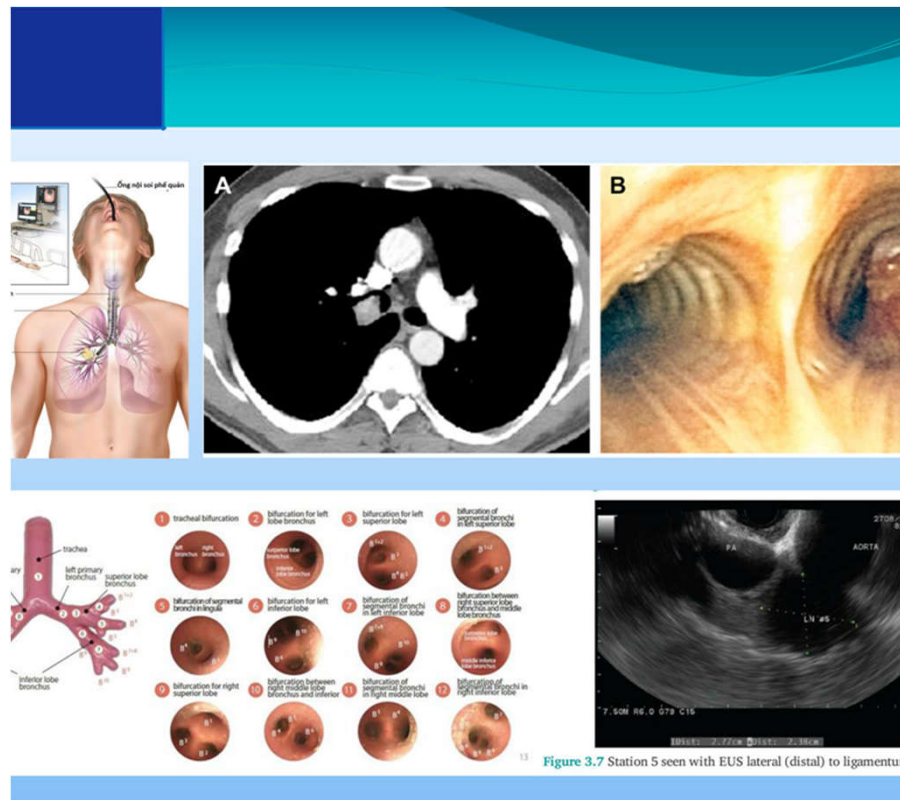
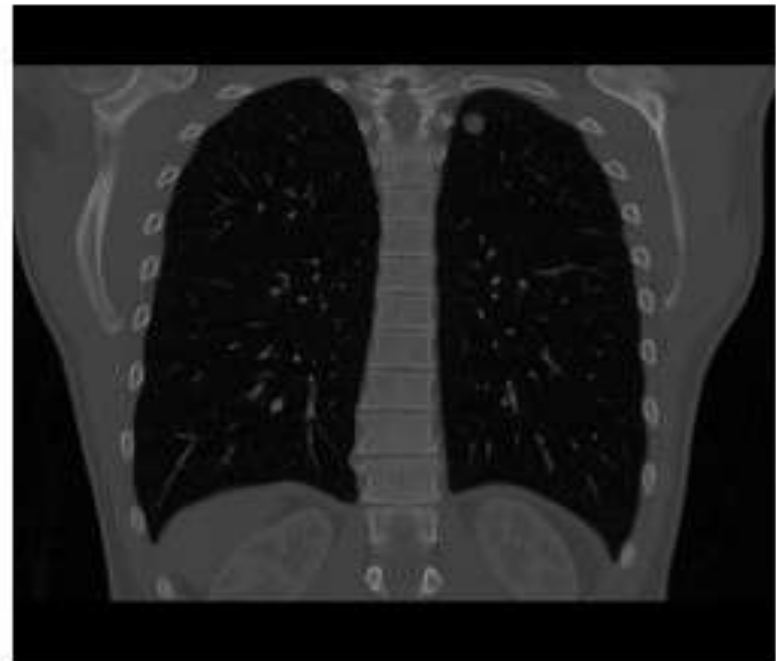


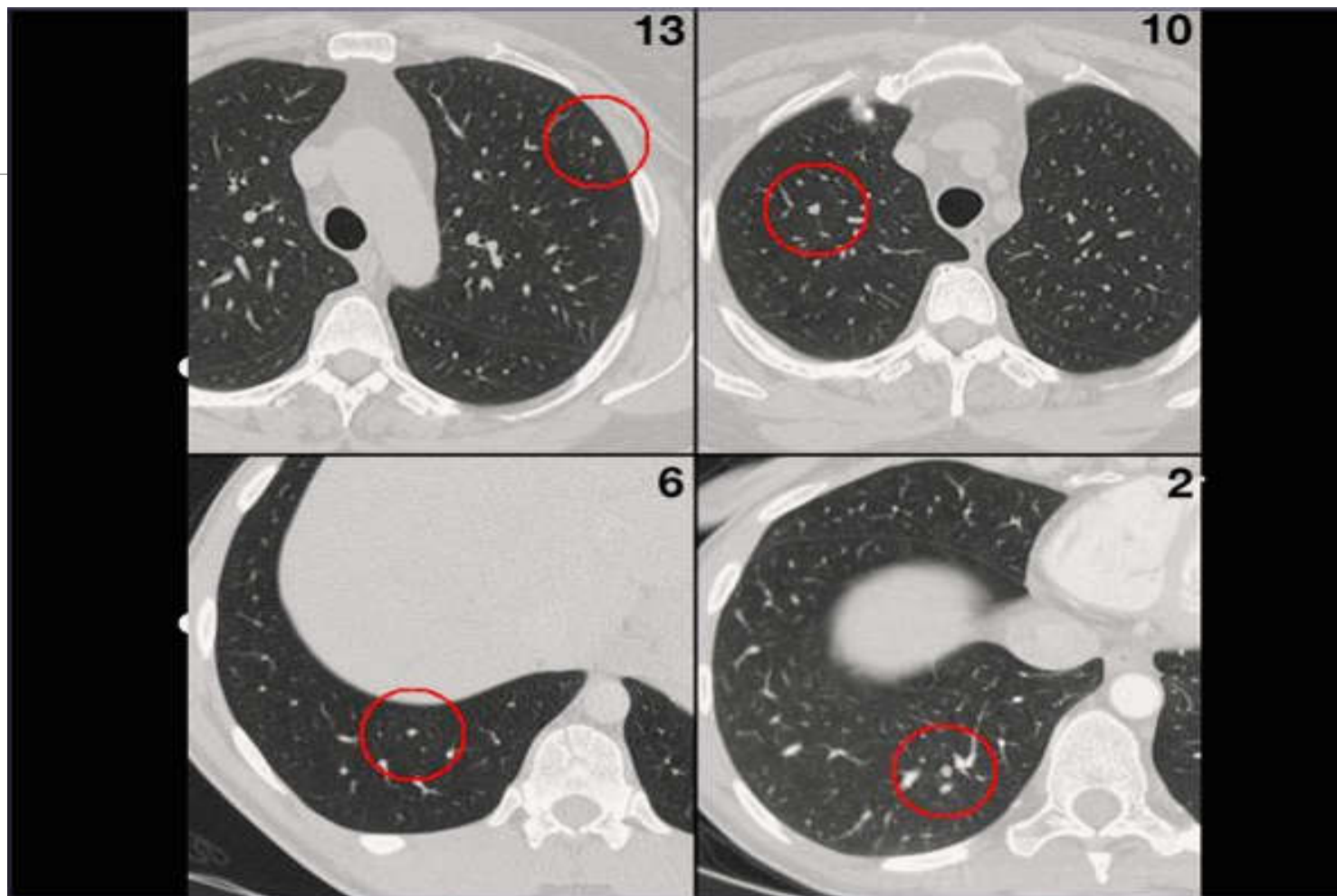
Figure 3.7 Station 5 seen with EUS lateral (distal) to ligamentum

# CTscan

---

During a computerized tomography (CT) scan, a thin x-ray beam rotates around an area of the body, generating a 3-D image of the internal structures

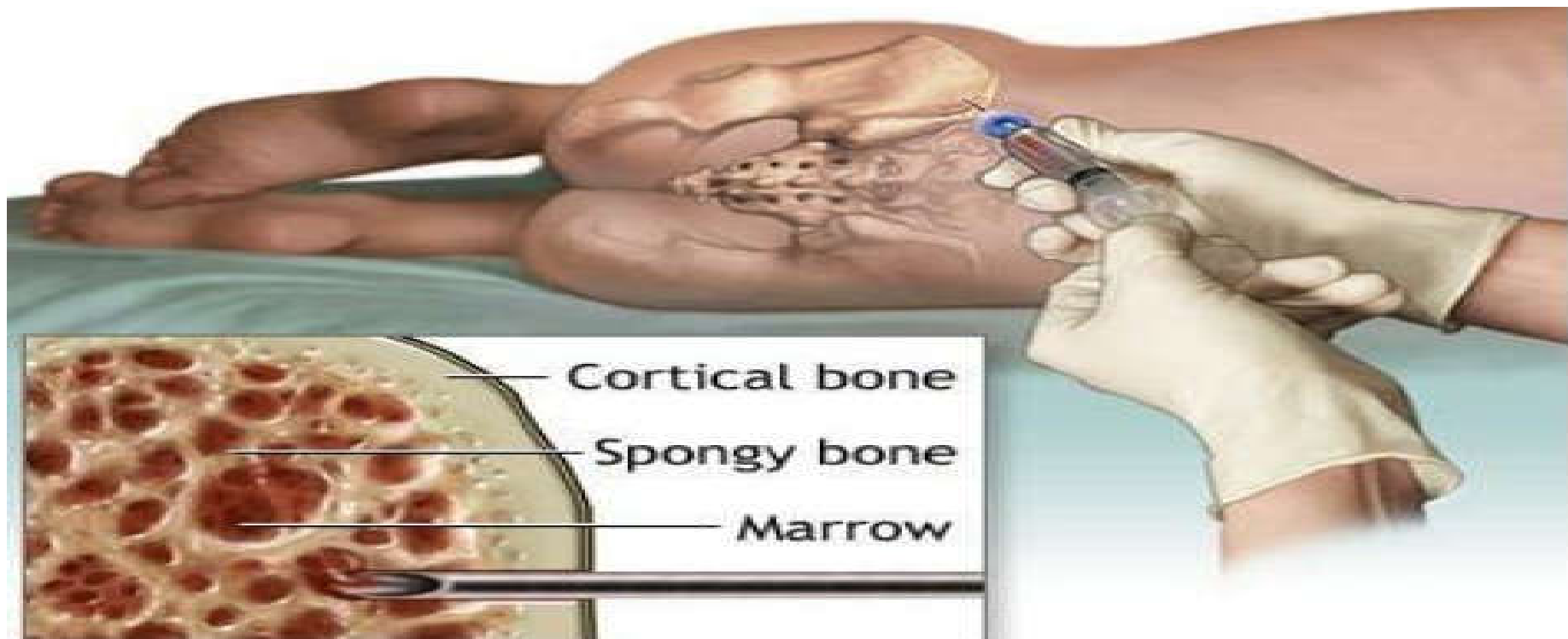




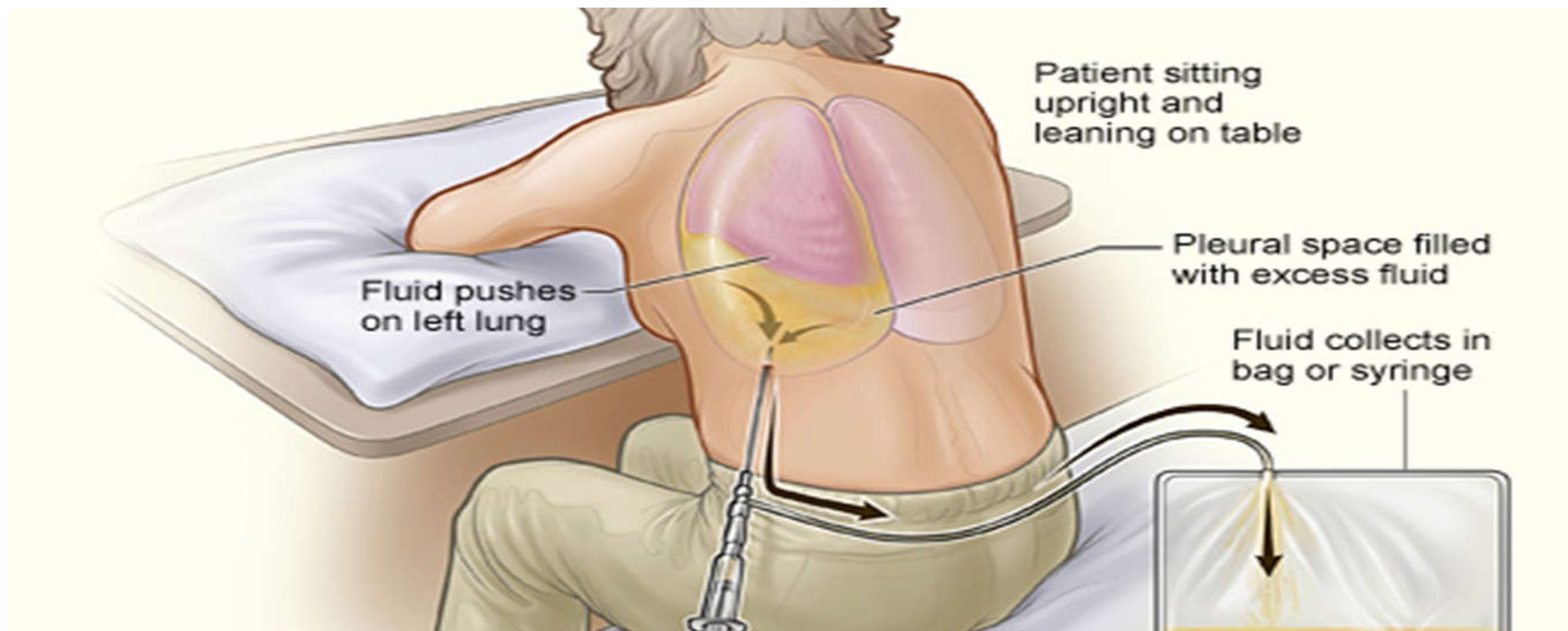


# Sinh thiết tủy xương

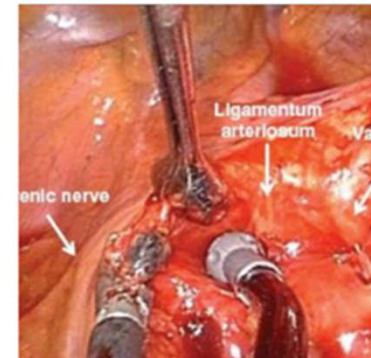
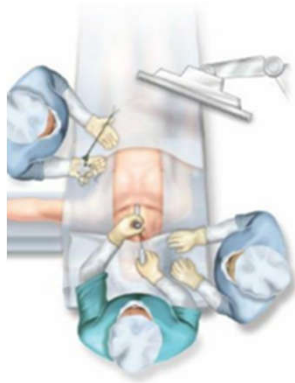
---



# Chọc dịch màng phổi



# Nội soi/mở trung thất thám sát



operating room setup for videomediastinoscopy.

Figure 5.1 The Rochard frame. (Aesculap-Chifa, Nowy Tomysl, Poland)

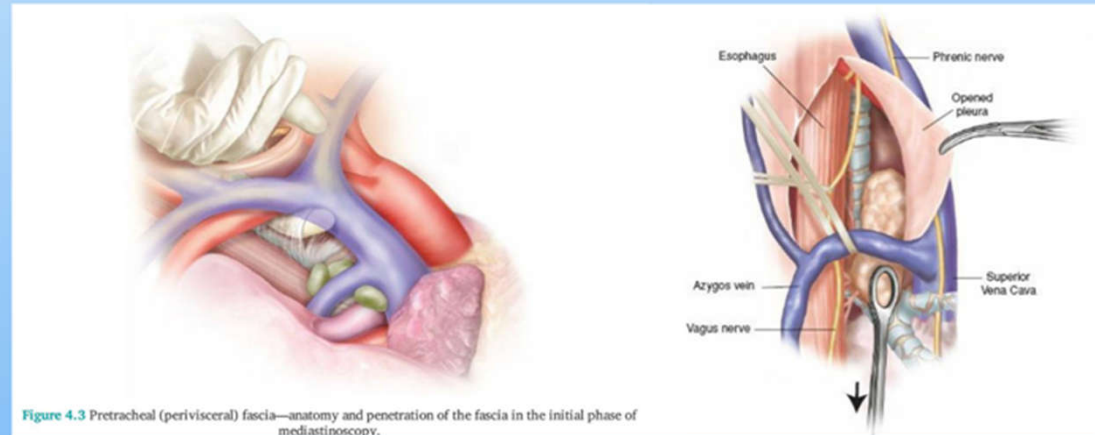


Figure 4.3 Pretracheal (perivisceral) fascia—anatomy and penetration of the fascia in the initial phase of mediastinoscopy.

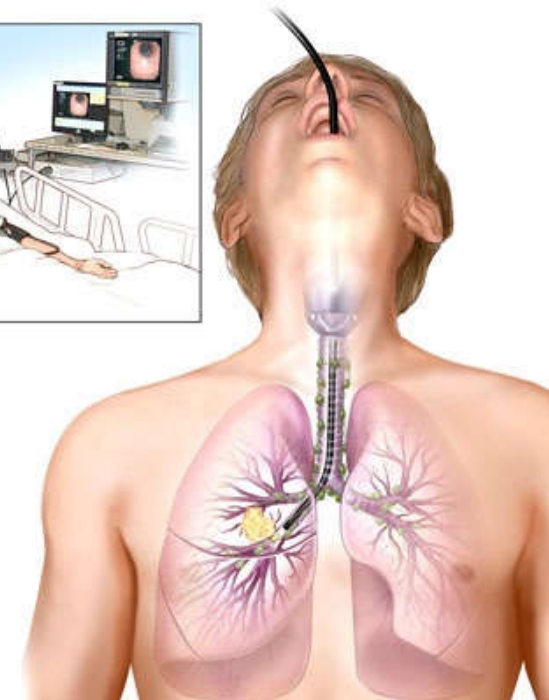
# Chẩn đoán xác định

---

1. NSPQ bẩm sinh thiết
2. Sinh thiết xuyên thành ngực
3. NS trung thất sinh thiết hạch
4. Chọc dịch màng phổi
5. NS màng phổi sinh thiết
6. NSLN có camera hỗ trợ (VATS) sinh thiết tức thì
7. Mở ngực (để chẩn đoán, <5%)

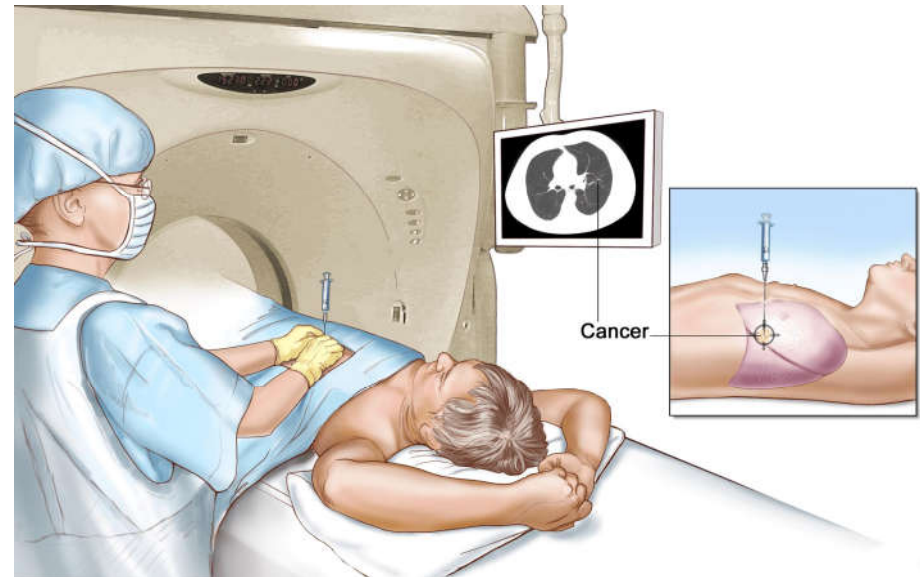
# Nội soi khí phế quản bằng ống nội soi mềm

Sinh thiết những hạch cạnh khí quản lớn như nhóm hạch ở dưới carina, sau khí quản, quanh khí quản và rốn phổi



# Sinh thiết xuyên thành ngực

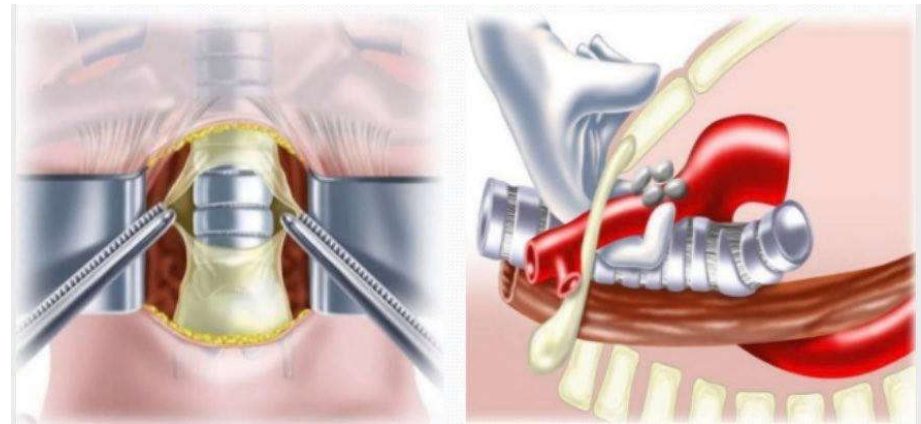
Thường được tiến hành dưới sự hướng dẫn của siêu âm, chụp CT, hay dưới màn huỳnh quang tăng sáng



# Nội soi mở trung thất thám sát

---

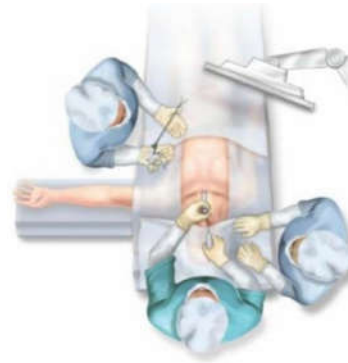
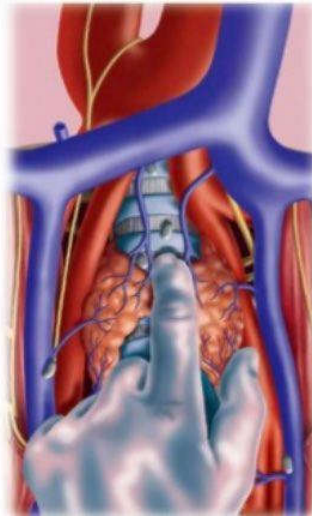
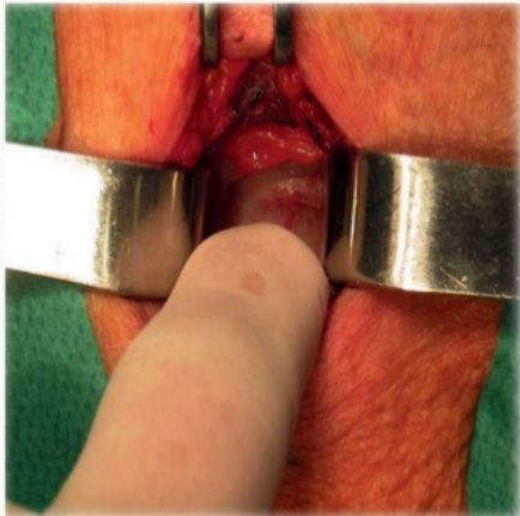
Là tiêu chuẩn so sánh với các phương pháp chẩn đoán bệnh u trung thất khác





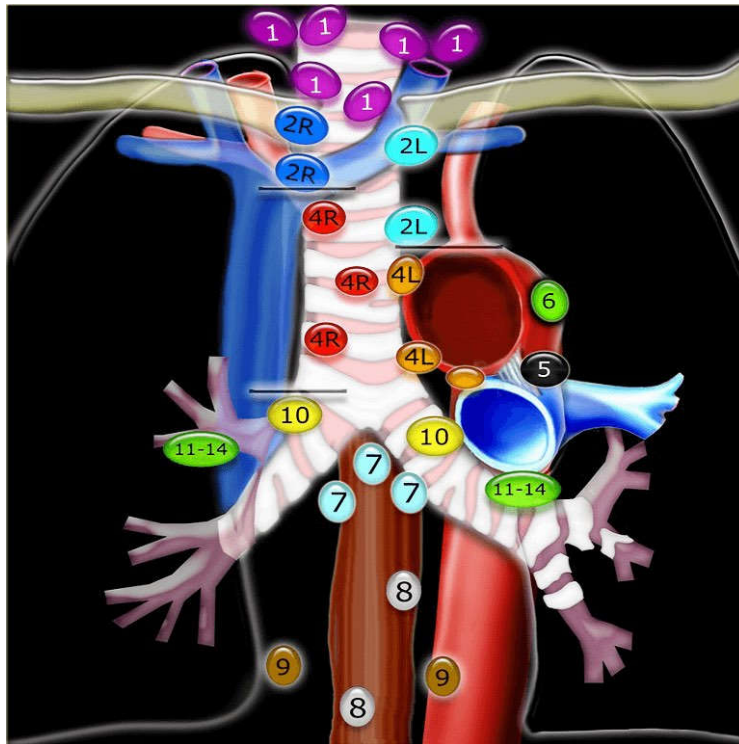
# Nội soi trung thất

---





# Nội soi trung thất



Nhóm hạch cạnh khí quản trên  
(2P, 2T)

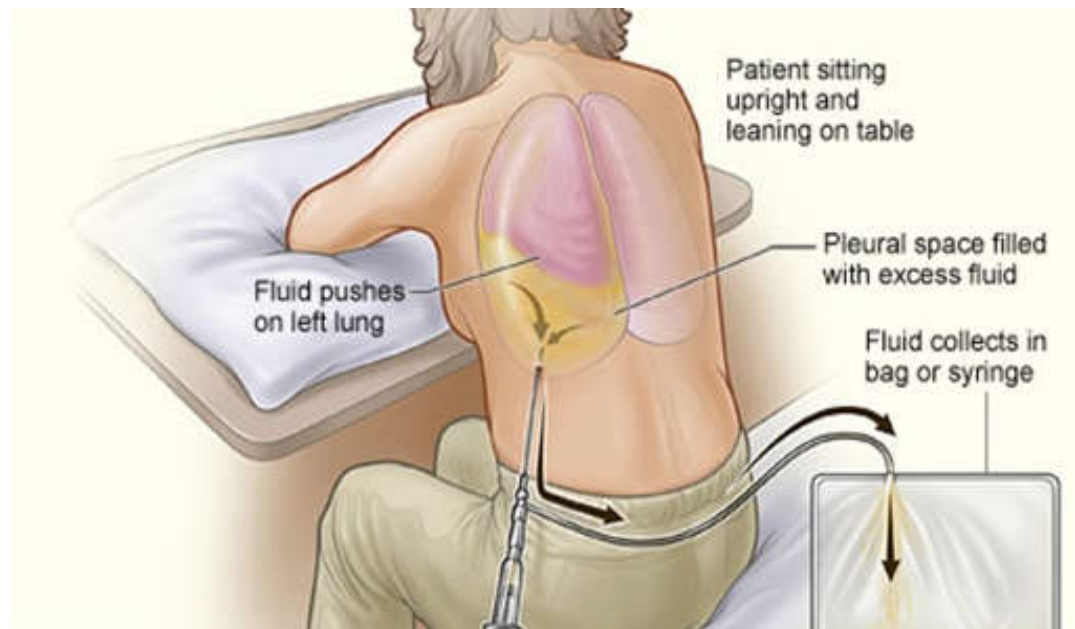
Nhóm hạch cạnh khí quản dưới  
(4P, 4T)

Nhóm hạch dưới carina (số 7)

Nhóm hạch cửa sổ phế chủ (5 và  
6) và rốn phổi (10)

# Chọc dịch màng phổi

---

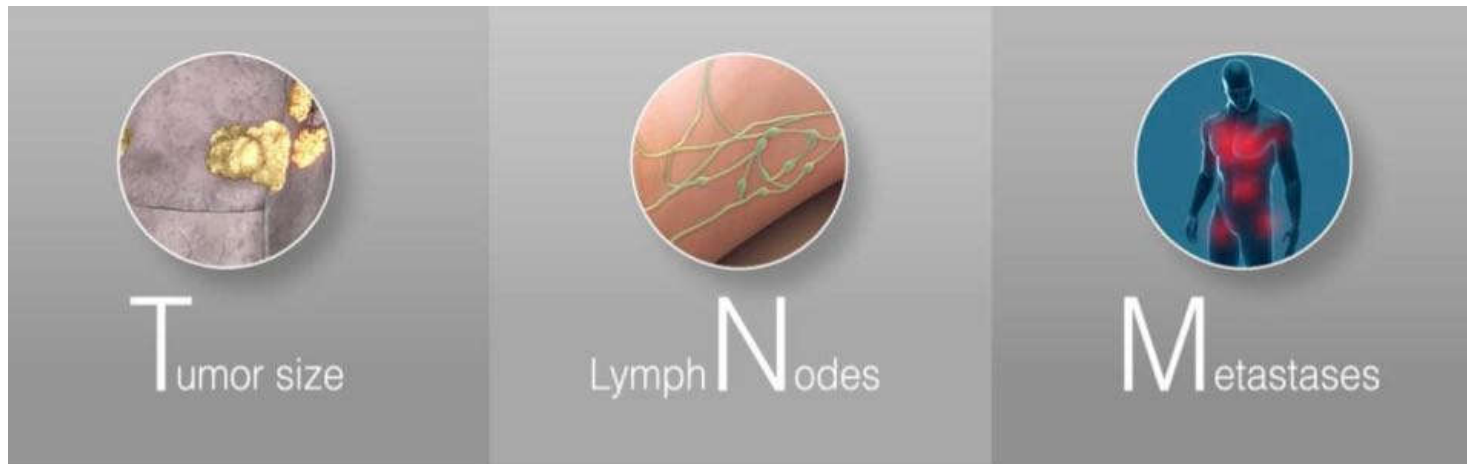


# Chẩn đoán giai đoạn

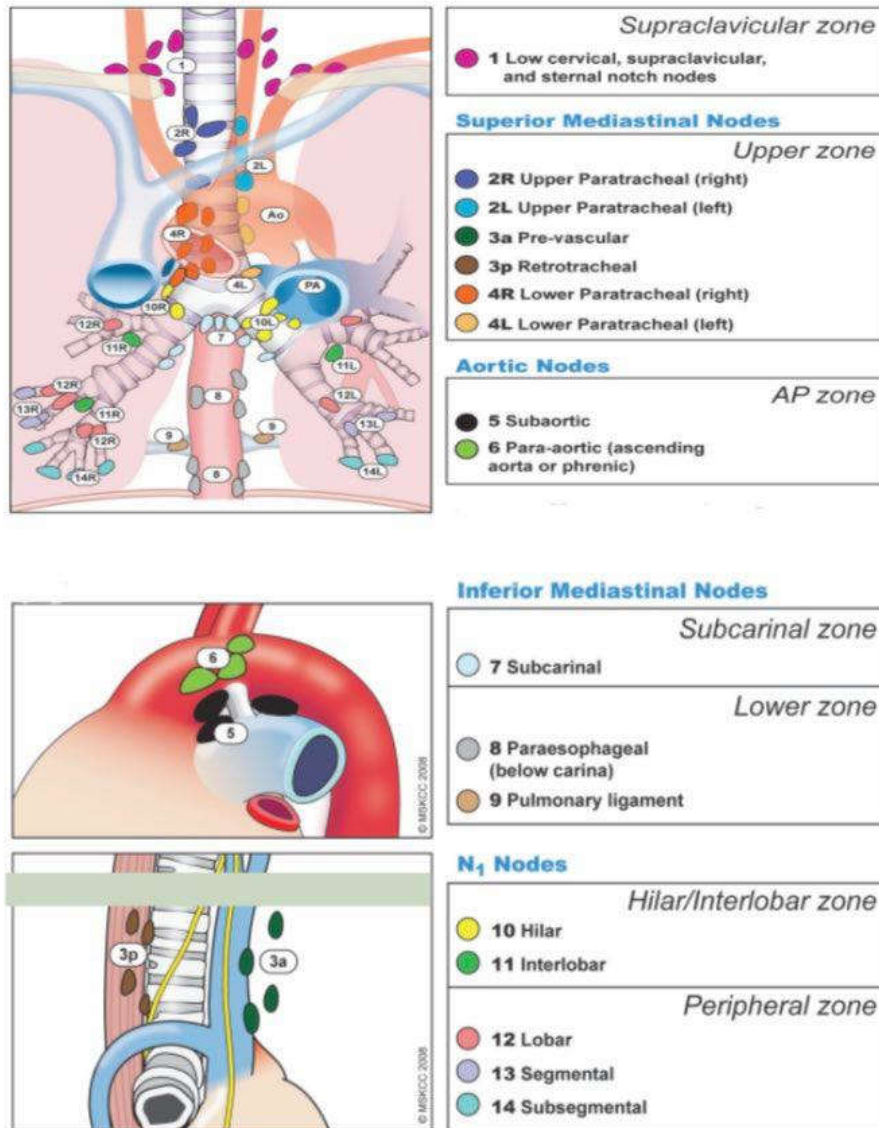
---

Theo TNM7

Hướng dẫn điều trị, tiên lượng, đánh giá điều trị



## Bảng phân loại hạch theo IASLC trong TNM7



Hình 1. Bản đồ hạch trung thất theo IASLC trong TNM 7

- |                                |                   |
|--------------------------------|-------------------|
| 1. cổ thấp, thượng đòn, hõm ức | 7. dưới carina    |
| 2. cạnh khí quản cao           | 8. cạnh thực quản |
| 3a. trước mạch máu             | 9. dây chằng phổi |
| 3p. sau khí quản               | 10. rốn phải      |
| 4. cạnh khí quản thấp          | 11. gian phổi     |
| 5. dưới ĐMC                    | 12. thùy          |
| 6. cạnh ĐMC                    | 13. phân thùy     |
|                                | 14. tiểu thùy     |

	<b>Định nghĩa</b>
<b>T</b>	<b>U nguyên phát</b>
<b>T0</b>	Không thấy u nguyên phát
<b>T1</b>	U ≤ 3cm †, bao xung quanh bởi phổi hoặc lá tạng màng phổi, không xâm lấn vào phế quản thùy.
<b>T1a</b>	U ≤ 2cm†
<b>T1b</b>	U > 2cm, nhưng ≤ 3cm†
<b>T2</b>	U > 3cm, nhưng ≤ 7cm† hoặc u có bất kỳ một trong các dấu hiệu sau ‡: Xâm lấn vào lá tạng màng phổi, có liên quan đến phế quản gốc nhưng còn cách Carina ≥ 2cm, xẹp phổi/viêm phổi do tắc nghẽn có thể lan đến rốn phổi nhưng không gây xẹp toàn bộ phổi.
<b>T2a</b>	U > 3cm nhưng ≤ 5cm
<b>T2b</b>	U > 5cm nhưng ≤ 7cm
<b>T3</b>	U > 7cm Hoặc có xâm lấn trực tiếp vào thành ngực, cơ hoành, thần kinh hoành, màng phổi trung thất, hoặc lá thành màng tim. Hoặc u trong phế quản gốc cách carina < 2cm; hoặc xẹp phổi/viêm phổi do tắc toàn bộ một phổi. Hoặc có một u hoặc nốt riêng biệt cùng thùy.
<b>T4</b>	Khối u có KT bất kỳ đã xâm nhiễm vào trung thất, lan vào tim, mạch máu lớn, khí quản, thực quản, thân đốt sống, hay carena hoặc đã có TDMP ác tính.

<b>N</b>	<b>Hạch vùng</b>
<b>N0</b>	Không có di căn
<b>N1</b>	Hạch cạnh phế quản cùng bên và/hoặc hạch cạnh rốn phổi, bao gồm cả xâm lấn trực tiếp vào hạch.
<b>N2</b>	Di căn hạch trung thất cùng bên và/hoặc hạch dưới carina
<b>N3</b>	Di căn hạch trung thất đối bên, hạch rốn phổi đối bên, di căn hạch cơ bậc thang cùng bên hoặc đối bên, hoặc hạch thượng đòn.
<b>M</b>	<b>Di căn xa</b>
<b>M0</b>	Không có di căn xa
<b>M1a</b>	Có các khối riêng biệt ở một thùy đối bên Hoặc khối u có các khối ở màng phổi, hoặc có các tổn thương ác tính ở màng phổi   .
<b>M1b</b>	Di căn xa

# Đánh giá giai đoạn

			IV B								M1
			IV A								M1
											M1a
N3			III B					III C		MO	
N2			III A					III B			
N1			II B					III A			
N0	Occult	Stage 0	I A1	I A2	I A3	I B	II A	II B	III A		
Nx	TX	Tis	T1a	T1b	T1c	T2a	T2b	T3	T4		
T0											

# Điều trị

---

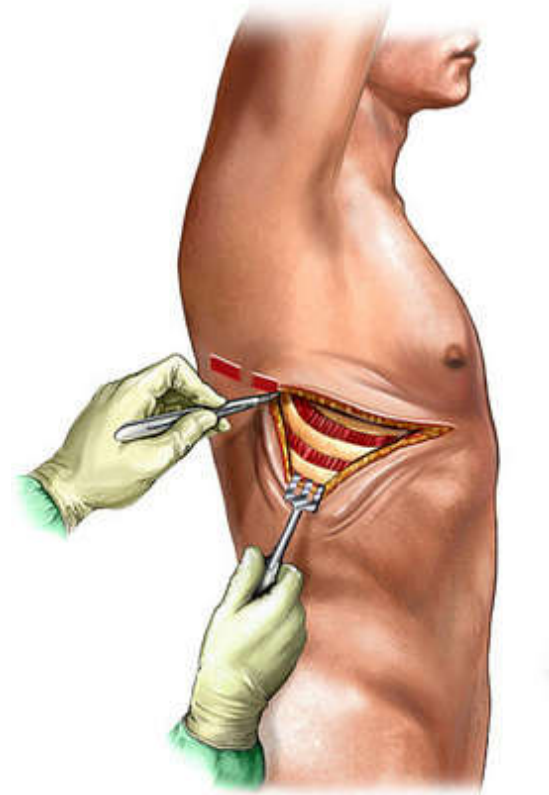
1. Phẫu thuật
2. Xạ trị
3. Hóa trị
4. Điều trị đích
5. Điều trị miễn dịch



# Phẫu thuật

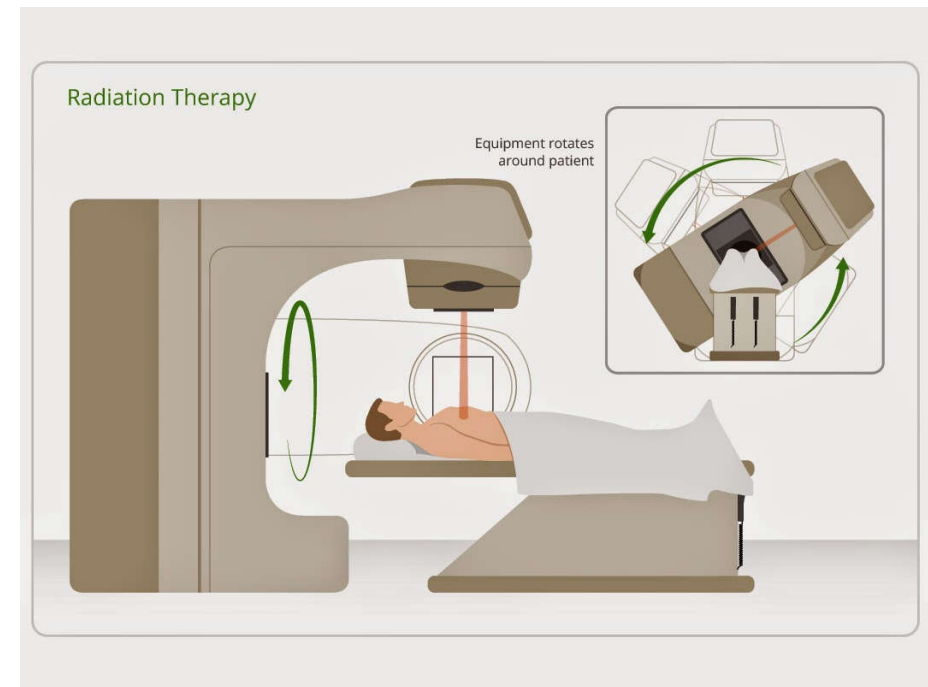
---

- Cắt bỏ toàn bộ thùy phổi chứa khối u
- Chỉ định: giai đoạn I, II, III
- Chống chỉ định
  - + Di căn xa
  - + Tràn dịch màng phổi
  - + Hội chứng Horner's
  - + Liệt dây thanh âm
  - + Liệt dây thần kinh hoành
  - + Hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ trên



# Xạ trị

- Sử dụng các tia xạ tiêu diệt tế bào ung thư, phá hủy, làm chậm tốc độ phát triển của khối u
- Có hiệu quả tương đương với phẫu thuật triệt căn đối với các bệnh nhân ở giai đoạn đầu, không thể phẫu thuật
- Chỉ định
  - + Giai đoạn sớm không thể phẫu thuật triệt căn
  - + Giai đoạn muộn (III, IV)
- Biến chứng
  - + Sớm: chán ăn, buồn nôn, rụng tóc,...
  - + Muộn: viêm da, xơ phổi,...



# Hoá trị

---

- Áp dụng cho những bệnh nhân ở giai đoạn muộn (III, IV)
- Kết hợp điều trị với phẫu thuật hoặc xạ trị làm giảm kích thước khối u, tiêu diệt những tế bào còn sót lại trong cơ thể
- Nhược điểm
  - + Tác động đến tế bào bình thường của cơ thể
  - + Tác dụng phụ nhiều: rụng tóc, suy tủy,...
  - + Tỷ lệ đáp ứng thấp

# Điều trị đích

---

- Sử dụng thuốc điều trị nhắm trúng các gen đột biến gây ung thư
- Áp dụng ở những bệnh nhân ở giai đoạn muộn (III, IV)
- Ưu điểm: làm giảm tác động đến các tế bào bình thường của cơ thể, ít gây tác dụng phụ

# Điều trị miễn dịch

---

- Sử dụng thuốc đối vận với phối tử của các tế bào ung thư (PD-L1)
- Áp dụng ở những bệnh nhân ở giai đoạn muộn (III, IV)

# Kết luận

---

- Ung thư phổi thường gặp và gây tử vong cao nhất
- Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ hàng đầu
- Triệu chứng đa dạng, xuất hiện trễ, cần tầm soát định kì
- Có nhiều phương pháp mới trong chẩn đoán và điều trị giúp chẩn đoán chính xác giai đoạn bệnh, cải thiện tỉ lệ và chất lượng sống còn
- Phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong điều trị triệt để và ngày càng ít xâm lấn

Cảm ơn thầy và các bạn  
đã lắng nghe!

---