

đạt tốt từ 86,6% lên 91%. Tình trạng cơ kéo (lệch môi, hở mi) cải thiện dần nhờ tái tổ chức sẹo và làm mềm mô, cho thấy hiệu quả lâu dài của vật tại chỗ. Kết quả xa phụ thuộc vào vị trí giải phẫu: vùng trán và má dễ tái tạo, cho kết quả cao hơn, trong khi môi trên, mi dưới, hoặc hai đơn vị giải phẫu thường có kết quả thấp hơn do ảnh hưởng vận động và nguy cơ sẹo kém.

V. KẾT LUẬN

Kết quả điều trị tốt hơn rõ rệt khi khuyết hồng chỉ ảnh hưởng một đơn vị giải phẫu. Cần tăng cường tuyên truyền, giáo dục ý thức chấp hành luật giao thông và cải thiện cơ sở hạ tầng nhằm giảm thiểu tỷ lệ chấn thương. Đồng thời, cần nâng cao nhận thức cộng đồng về phòng tránh tai nạn sinh hoạt và xây dựng thói quen sinh hoạt an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thị Dự, Nguyễn Hồng Hà.** Kết quả ứng dụng phân loại vết thương phần mềm phức tạp hàm mặt theo MOXAIC tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 2009 - 2016. Tạp chí Y Dược học Quân sự. 2017;8:115–120.
2. **Braun TL, Maricevich RS.** Soft tissue management in facial trauma. Semin Plast Surg. 2017;31:73–9.
3. **Dölen UC, Baltu Y, Aydin O.** Subunit reconstruction of mid-facial defects with free style facial perforator flaps. J Craniofac Surg.

- 2018;29(6):1574–7.
4. **Trần Xuân Phú.** Nghiên cứu hình thái lâm sàng và kết quả phẫu thuật tạo hình các tổn khuyết phần mềm vùng mặt bằng vật tại chỗ. Luận án Chuyên khoa II. Trường Đại học Y Dược Huế; 2012.
5. **Rao JK, Shende KS.** Overview of local flaps of the face for reconstruction of cutaneous malignancies: single institutional experience of seventy cases. J Cutan Aesthet Surg. 2016; 9(4):220.
6. **Yoon CS, Kim HB, Kim YK, et al.** Relaxed skin tension line-oriented keystone-designed perforator island flaps considering the facial aesthetic unit concept for the coverage of small to moderate facial defects. Medicine (Baltimore). 2019;98(3).
7. **Baker SR.** Local flaps in facial reconstruction. Elsevier; 2014. p.71–107.
8. **Trịnh Hùng Mạnh.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô tế bào vảy, tế bào đáy của da vùng đầu mặt cổ. Luận án Tiến sĩ Y học. Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược Lâm sàng; 2016.
9. **Nguyễn Văn Dân, Đỗ Văn Tú.** Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình tổn khuyết phần mềm vùng mặt bằng vật tại chỗ và vật lán càn tại bệnh viện Quân y 175. Tạp chí Y Dược thực hành 175. 2020;21:71–8.
10. **Nguyễn Văn Tùng.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật tạo hình các tổn khuyết phần mềm vùng mặt bằng vật tại chỗ. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Răng Hàm Mặt. Trường Đại học Y Dược Huế; 2014.

ĐỐI CHIẾU KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH VỚI ĐẶC ĐIỂM SIÊU ÂM Ở BỆNH NHÂN BƯỚU NHÂN TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Đỗ Đình Tùng¹, Đặng Thị Bích¹, Trần Thu Hương¹,
Nguyễn Thành Lâm², Nguyễn Thị Hồng Quyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đối chiếu kết quả giải phẫu bệnh với đặc điểm siêu âm ở bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu đối chiếu kết quả giải phẫu bệnh với đặc điểm siêu âm của 85 bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp dưới hướng dẫn siêu âm tại Trung tâm Kỹ thuật cao và tiêu hóa Hà Nội, từ tháng 01/2022 đến 11/2024. **Kết quả:** Trong 85 bệnh nhân có 18,8% kết quả tế bào học nghi ngờ ác tính. Nhóm nhân giáp có vi vôi hóa, bờ không đều và giảm âm có tỷ lệ ác tính cao hơn so với nhóm nhân lành tính, với

sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ ác tính giữa bướu đơn nhân và bướu đa nhân. **Kết luận:** Phương pháp siêu âm có phân loại TIRADS, chọc hút kim nhỏ đều là những phương pháp hiệu quả và an toàn trong sàng lọc và chẩn đoán bệnh lý tuyến giáp.

Từ khóa: Nhân tuyến giáp, giải phẫu bệnh, tế bào học, siêu âm.

SUMMARY

COMPARISON OF PATHOLOGICAL RESULTS WITH ULTRASONIC CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH THYROID TUMORS AT SAINT PAUL HOSPITAL

Objective: Compare the pathological results with ultrasound characteristics in patients with thyroid nodules at Saint Paul Hospital. **Subjects and methods:** Study to compare the pathological results with ultrasound characteristics of 85 patients with thyroid nodules under ultrasound guidance at the

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đình Tùng

Email: bsdinh tung@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025

Hanoi Center for High Technology and Digestion from January 2022 to November 2024. **Results:** In 85 patients, 18.8% of cytological results were suspicious of malignancy. The group of thyroid nodules with microcalcification, irregular edges, and hypoechoic had a higher malignancy rate than the benign nodule group, with a statistically significant difference ($p < 0.05$). There was no significant difference in the malignancy rate between single nodules and multinodular goiters. **Conclusion:** Ultrasound with TIRADS classification and fine needle aspiration are both effective and safe methods in screening and diagnosing thyroid diseases. **Keywords:** Thyroid nodules, pathology, cytology, ultrasound.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các bệnh nội tiết, bướu nhân tuyến giáp là bệnh thường gặp và là một trong những bệnh mắc phải đứng hàng thứ 2 sau bệnh lý đái tháo đường. Bướu giáp nhân thường gặp ở nữ giới cao gấp 4 lần so với nam giới. Tần suất bướu giáp nhân phát hiện thấy tăng theo tuổi và thường gặp ở vùng thiếu hụt iod [1]. Ở hầu hết các trường hợp, người có bướu giáp nhân có biểu hiện bệnh kín đáo hoặc không có triệu chứng. Các triệu chứng của bướu giáp nhân biểu hiện rõ khi bướu nhân giáp to chèn ép, xâm lấn các cơ quan lân cận, hoặc bướu giáp nhân là thể ác tính di căn hạch chèn ép các tổ chức vùng cổ chiếm khoảng 5-15% [1].

Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, siêu âm và chọc hút tế bào kim nhỏ được coi là những phương tiện chẩn đoán bướu nhân giáp trước phẫu thuật đơn giản nhưng hiệu quả [1]. Từ đó, người thầy thuốc có thể lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp. Ở Việt Nam đã có các nghiên cứu về bướu nhân tuyến giáp dựa trên phân loại TIRADS trên siêu âm đồng thời đánh giá tế bào học nhân tuyến giáp. Tuy nhiên, chủ yếu thực hiện tại các cơ sở chuyên khoa nội tiết hoặc u bướu, các nghiên cứu tại các cơ sở y tế đa khoa còn rất hạn chế. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đối chiếu kết quả giải phẫu bệnh với đặc điểm siêu âm ở bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp tại Trung tâm Kỹ thuật cao và tiêu hóa Hà Nội – Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các BN (bệnh nhân) được chẩn đoán là nhân tuyến giáp từ TIRADS 3 trở lên theo phân loại AI TIRADS 2019 tại Trung tâm kỹ thuật cao và tiêu hóa Hà Nội.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn lựa

- Những BN được chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp trên siêu âm tuyến giáp và vùng cổ từ TIRADS 3 trở lên theo phân loại AI TIRADS 2019

có 1 trong các đặc điểm sau:

+ Nhân kích thước 5-15mm kèm theo 1 trong các yếu tố nguy cơ: Tổn thương ở dưới bao giáp hoặc cạnh khí quản.

Nghi ngờ có hạch vùng hoặc xâm lấn ra ngoài bao giáp trên siêu âm.

Tiền sử bản thân hoặc gia đình bị ung thư tuyến giáp.

Kèm theo các biểu hiện lâm sàng nghi ngờ ác tính (sút cân, khàn tiếng, nuốt vướng, nuốt nghẹn, khó nói).

+ Nhân TIRADS 3 kích thước ≥ 15 mm.

+ Nhân TIRADS 4 kích thước ≥ 10 mm.

+ Nhân TIRADS 5 kích thước ≥ 5 mm.

- BN được làm chọc hút tế bào nhân tuyến giáp bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm theo khuyến cáo của Hội tuyến giáp Mỹ (ATA 2015) khuyến nghị FNA.

- BN có đầy đủ xét nghiệm: FT4, TSH, siêu âm tuyến giáp, tế bào học. Kết quả tế bào học được nhận định theo tiêu chuẩn của phân loại Bethesda năm 2017.

- Những BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Rối loạn đông máu, đang dùng thuốc chống đông

Đang có những bệnh khác ở trạng thái nặng
Tình trạng nhiễm độc giáp biểu hiện rõ trên lâm sàng và xét nghiệm

Những BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2022 đến 11/2024.

- Địa điểm nghiên cứu: Tại Trung tâm Kỹ thuật cao & Tiêu hóa, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

2.2.3. Cỡ mẫu. Nghiên cứu thu được tất cả 85 BN thỏa mãn tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu.

2.2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu. Kết quả tế bào học nhân tuyến giáp, đặc điểm trên siêu âm của nhân tuyến giáp, phân loại nhân tuyến giáp theo AI TIRADS 2019.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo tuổi và giới

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nam	13	15,3
Nữ	72	84,7
≤ 20	1	1,2
21 – 30	3	3,5

31 – 40	11	12,9
41 – 50	17	20,0
51 – 60	27	31,8
> 60	26	30,6
Tổng	85	100,0
Trung bình (Min-Max)	52,45±12,44 (13-76)	

Trong tổng số 85 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, độ tuổi trung bình là 52,45 ± 12,44, với độ tuổi nhỏ nhất là 13 và lớn nhất là 76. Nhóm tuổi trên 50 chiếm ưu thế, chiếm 62,4%, trong đó độ tuổi từ 51 đến 60 có tỷ lệ cao nhất, chiếm 31,8%. Về giới tính, nữ giới chiếm đa số với 72 bệnh nhân (84,7%), trong khi nam giới chỉ có 13 bệnh nhân (15,3%), cho thấy bệnh lý này phổ biến hơn rõ rệt ở nữ giới.

Bảng 2. Đối chiếu tính chất âm, bờ nhân với kết quả tế bào học

Tế bào học Tính chất	Lành tính		Nghĩ ngờ ác tính		p
	n	%	n	%	
Giảm âm	36	52,2	15	93,7	<0,05
Không giảm âm	33	47,8	1	6,3	
Bờ không đều	11	15,9	9	56,3	<0,05
Bờ đều	58	84,1	7	43,7	
Tổng	69	100,0	16	100,0	

Trong 85 bệnh nhân, có 51 trường hợp nhân giáp giảm âm và 34 trường hợp không giảm âm trên siêu âm. Tỷ lệ giảm âm ở nhóm nhân giáp ác tính hoặc nghi ngờ ác tính rất cao (15/16, 93,7%), cao hơn đáng kể so với nhóm lành tính (36/69, 52,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Về ranh giới nhân giáp, có 20 bệnh nhân có ranh giới không rõ và 65 bệnh nhân có ranh giới rõ. Nhóm ác tính có tỷ lệ ranh giới không rõ cao hơn (9/16, 56,3%) so với nhóm lành tính (11/69, 15,9%), sự khác biệt này cũng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3. Đối chiếu dấu hiệu canxi hóa, kích thước trên siêu âm với kết quả tế bào học

Tế bào học Tính chất	Lành tính		Nghĩ ngờ ác tính		p
	n	%	n	%	
Vi vôi hóa	7	10,1	14	87,5	<0,01
Vôi hóa viên	62	89,9	2	12,5	
Cao > rộng	8	11,6	11	68,7	>0,05
Rộng > cao	61	88,4	5	31,3	
Tổng	69	100,0	16	100,0	

Trong số 85 bệnh nhân có nhân tuyến giáp, siêu âm cho thấy 21 trường hợp có vi vôi hóa và 64 trường hợp có vôi hóa viên. Nhóm nhân ác tính có tỷ lệ vi vôi hóa cao (14/16, 87,5%) so với nhóm lành tính (7/69, 10,1%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Về hình thái, có 66 bệnh nhân có nhân chiều rộng lớn hơn chiều cao

và 19 trường hợp ngược lại. Nhóm lành tính chủ yếu có nhân chiều rộng lớn hơn chiều cao (61/69, 88,4%), trong khi nhóm ác tính có tỷ lệ chiều cao lớn hơn chiều rộng cao hơn (11/16, 68,7%), tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4. Đối chiếu thang điểm TIRADS với kết quả tế bào học

Tế bào học TIRADS	Ac tính		Lành tính		n	p
	n	%	n	%		
TIRADS 3	2	12,6	45	65,2	47	0,000
TIRADS 4	7	43,7	24	34,8	31	
TIRADS 5	7	43,7	0	0	7	
Tổng	16	100	69	100	85	

Có 47 nhân tuyến giáp được phân loại TIRADS 3 thì có 45/47 là lành tính. 31 BN tuyến giáp được phân loại TIRADS 4 thì có 24/31 nhân tuyến giáp lành tính. Trong nhóm bướu nhân tuyến giáp ác tính TIRADS 4 và TIRADS 5 có 14/16 BN chiếm tỷ lệ 87,4%. Tỷ lệ ác tính ở các mức phân loại nhân tuyến giáp theo phân loại TIRADS có sự khác biệt giữa các mức độ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 85 BN bướu giáp nhân, độ tuổi trung bình là 52,45 ± 12,44, với độ tuổi nhỏ nhất là 13 và lớn nhất là 76. Nhóm tuổi trên 50 chiếm ưu thế, chiếm 62,4%, trong đó độ tuổi từ 51 đến 60 có tỷ lệ cao nhất, chiếm 31,8%. Về giới tính, nữ giới chiếm đa số với 72 bệnh nhân (84,7%), trong khi nam giới chỉ có 13 bệnh nhân (15,3%), cho thấy bệnh lý này phổ biến hơn rõ rệt ở nữ giới.

Kết quả ghi nhận kết quả tế bào học qua chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm là 81,2% lành tính (69 BN) và 18,8% là nghi ngờ ác tính (16 BN). Nhân giáp có thể ở các dạng nang, nhân đặc, chủ yếu dạng nang hoặc dạng bọt biển. Nhân đặc là đặc điểm có độ nhậy cao nhất đối với ác tính (69 – 75%). Tuy nhiên nó có giá trị dự báo dương tính thấp ở nhân đặc chỉ có 15,6–27,0% khả năng là ác tính, độ đặc hiệu ở mức 52–56%. Do đó không hữu ích để phân biệt các nốt lành tính và ác tính [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 85 BN là nhân đặc có 51 BN có nhân giáp giảm âm trên siêu âm và 34 nhân không giảm âm. Trong nhóm nhân giáp nghi ngờ ác tính nhân giáp giảm âm chiếm đa số 93,7%. Trong nhóm nhân giáp lành tính, nhân giáp giảm âm chiếm 52,2%. Tỷ lệ nhân giảm âm của nhóm nhân giáp ác tính lớn hơn nhóm lành tính có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này của chúng tôi tương tự kết quả của Phạm Tiến Đạt [3]. Giảm âm làm tăng nguy cơ ác tính.

Hầu hết các nốt tăng âm và đồng âm đều lành tính. Tỷ lệ ác tính chỉ là 4% trong số các nhân đặc tăng âm; tỷ lệ này tăng lên 26% đối với các nhân đồng âm [4]. Nếu các nhân đặc có độ hồi âm giảm đối với các cơ dây chằng, thì nó có thể được gọi là giảm âm rõ rệt và nếu độ hồi âm chỉ thấp hơn một chút so với nhu mô xung quanh, thì nó được coi là giảm âm. Các nốt ác tính, cả ung thư biểu mô và u lympho, thường có vẻ đặc và giảm âm khi so sánh với nhu mô tuyến giáp bình thường [4].

Nhân giáp có bờ không đều, có gai hoặc hình thù vi thù gợi ý đến tình trạng ác tính. Sự khác biệt giữa các ranh giới không đều và không rõ ràng là chủ đề của một số cuộc tranh luận. Tuy nhiên, nhân giáp có bờ không đều là một dấu hiệu hữu ích của bệnh ác tính với độ chính xác, độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán dương tính cao lần lượt là 73,4%, 83–91,8%, 60–81,3% [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 20 BN ranh giới nhân giáp trên siêu âm không rõ và 65 ranh giới nhân giáp trên siêu âm rõ. Nhân giáp ác tính có 9/16 trường hợp có ranh giới không rõ, 7/16 trường hợp có ranh giới rõ. Đa số nhân lành tính có ranh giới rõ chiếm 84,1%, có ranh giới không rõ chiếm 15,9%. Tỷ lệ ranh giới không rõ của nhóm bướu nhân tuyến giáp ác tính và nhóm lành tính có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Won-Jin Moon [6].

Các kiểu canxi hóa được thấy trong tuyến giáp là: vi vôi hóa, vôi hóa viền và vôi hóa thô. Vi canxi hóa được nhìn thấy trên siêu âm như các ổ tăng âm nhỏ khoảng 1 mm có hoặc không có bóng râm âm thanh hoặc như các bóng râm âm thanh mịn đơn giản. Đây là dấu hiệu đặc trưng của ung thư tuyến giáp thể nhú. Tuy nhiên, đặc điểm này cũng có thể thấy trong các tổn thương lành tính như bệnh Graves hoặc viêm tuyến giáp lymphocytic,... Vôi hóa thô biểu hiện là ổ tăng âm với bóng râm phía sau. Chúng đại diện cho các lắng đọng canxi vô định hình loạn dưỡng trong mô xơ hoặc vật liệu hoại tử. Khi nhìn thấy trong một nốt đơn độc, một số nhóm khuyến cáo phẫu thuật, bất kể kết quả sinh thiết kim nhỏ. Vôi hóa thô có thể cùng tồn tại với vôi hóa vi mô trong ung thư tuyến giáp dạng nhú, nhưng cũng là loại vôi hóa phổ biến nhất được thấy trong ung thư tuyến giáp thể vùi. Vôi hóa viền được coi là một đặc điểm lành tính, tuy nhiên đã được báo cáo gặp trong ung thư tuyến giáp, chủ yếu là trong ung thư biểu mô nhú và hiếm khi trong ung thư biểu mô nang [5]. So với nốt đặc không vôi hóa chủ yếu, sự hiện diện của vi vôi hóa làm tăng nguy cơ ung thư gấp ba lần và vôi hóa thô

làm tăng nguy cơ ung thư gấp hai lần. Trên 85 BN nghiên cứu của chúng tôi, có 21 BN trên siêu âm có canxi hóa vi thể và 64 BN không có canxi hóa. Nhóm nhân giáp ác tính có tỉ lệ canxi hóa vi thể với 14/16 trường hợp chiếm 87,5%, trong khi đó có 2/16 trường hợp không có canxi hóa. Nhóm nhân lành tính có 7/69 nhân canxi hóa vi thể chiếm 10,1%, không có canxi hóa vi thể có 62/69 trường hợp chiếm 89,9%. Tỷ lệ có canxi hóa vi thể ở nhóm bướu nhân tuyến giáp ác tính cao hơn nhóm lành tính có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Kết quả này của chúng tôi tương tự kết quả của Phạm Tiến Đạt [3], Won-Jin Moon [6].

Xu hướng phát triển của khối u không nhất thiết xảy ra ở tốc độ đồng đều ở mọi chiều. Do đó, các nốt ác tính có thể cao hơn chiều rộng của chúng mặc dù điều này chỉ được đề cập hạn chế trong tài liệu, với độ chính xác, độ đặc hiệu và độ nhạy trong khoảng lần lượt là 67%, 92% và 40%, đây là một dấu hiệu có giá trị khác để phát hiện khả năng ác tính trong một nốt tuyến giáp [7]. Trong 85 BN có nhân tuyến giáp có 66 BN trên siêu âm có chiều rộng lớn hơn chiều cao và 19 BN có chiều cao lớn hơn chiều rộng. Nhóm nhân giáp lành tính có 8/69 trường hợp có chiều cao lớn hơn chiều rộng chiếm 11,6%, 61/69 trường hợp chiều rộng lớn hơn chiều cao chiếm 86,3%. Nhóm nhân giáp ác tính có 11/16 trường hợp có chiều cao lớn hơn chiều rộng chiếm 68,7%, 5/16 trường hợp chiều rộng lớn hơn chiều cao chiếm 21,3%. Không có sự khác biệt về đặc điểm chiều cao lớn hơn chiều rộng của hai nhóm bướu nhân tuyến giáp lành tính và ác tính với $p > 0,05$.

Nhân tuyến giáp có phân loại theo TIRADS càng cao có tỷ lệ ác tính càng tăng. Tỷ lệ ác tính ở các mức phân loại nhân tuyến giáp theo phân loại TIRADS có sự khác biệt giữa các mức độ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 47 nhân tuyến giáp được phân loại TIRADS 3 thì có 45/47 là lành tính. 31 nhân tuyến giáp được phân loại TIRADS 4 thì có 24/31 nhân tuyến giáp lành tính và 7/7 nhân tuyến giáp được phân loại TIRADS 5 là ác tính. Trong nhóm BN tuyến giáp ác tính TIRADS 4 và TIRADS 5 có 14/16 BN chiếm tỷ lệ 87,4%. Do đó nên áp dụng phân loại TIRADS trên siêu âm để góp phần tiên lượng bệnh cho BN. Chọc hút bằng kim nhỏ là phương pháp có độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng độ nhạy 79,9 - 89,5%, độ đặc hiệu 61,1 - 79,8% [7]. Theo Wu M thì việc áp dụng TIRADS trong chỉ định chọc hút kim nhỏ giúp cải thiện được khả năng phát hiện u tuyến giáp ác tính sớm hơn [8]. Có thể nói nếu đánh giá đúng phân độ

TIRADS trên siêu âm và từ đó đưa ra chỉ định chọc hút tế bào bằng kim nhỏ đúng thì sẽ chẩn đoán đúng, tránh bỏ sót tổn thương và đồng thời đưa ra được phương pháp điều trị đúng.

Như vậy có thể thấy rằng, các phương pháp siêu âm có phân loại TIRADS, chọc hút kim nhỏ đều là những phương pháp tốt. Tuy nhiên, đây là các phương pháp phụ thuộc rất nhiều vào trình độ, kinh nghiệm của các nhà chẩn đoán hình ảnh, tế bào học và mô bệnh học, áp dụng kết hợp thêm phân loại TIRADS trong đánh giá ban đầu, chỉ định chọc hút kim nhỏ, so sánh kết quả giữa TIRADS và chọc hút kim nhỏ để chỉ định sinh thiết là cần thiết, hiệu quả và tránh lãng phí, phù hợp với điều kiện thực tiễn tại Việt Nam hiện nay.

V. KẾT LUẬN

Qua đối chiếu kết quả tế bào học với siêu âm của 85 BN nhân tuyến giáp từ TIRADS 3 trở lên theo phân loại AI TIRADS 2019 tại Trung tâm kỹ thuật cao và tiêu hóa Hà Nội, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn cho thấy rằng các phương pháp siêu âm có phân loại TIRADS, chọc hút kim nhỏ đều là những phương pháp hiệu quả và an toàn trong sàng lọc và chẩn đoán bệnh lý tuyến giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hosseini Gharib, E.P. (2020).** Medical guidelines for clinical practice for the diagnosis and management of thyroid nodules.2020.
2. **Frates MC, Benson CB, Charboneau JW. (2005).** Management of thyroid nodules detected at US: Society of Radiologists in Ultrasound consensus conference statement - PubMed. Accessed November 13, 2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16304103/>
3. **Phạm Tiên Đạt (2022).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bướu nhân tuyến giáp tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Ahuja AT, Evans RM. (2000).** Practical Head and Neck Ultrasound. Accessed November 13, 2024. <https://www.cambridge.org/core/books/practical-head-and-neck-ultrasound/2868B218C531596828E246E85D219496>
5. **Anil G, Hegde A, Chong FHV. (2011).** Thyroid nodules: risk stratification for malignancy with ultrasound and guided biopsy. Cancer Imaging Off Publ Int Cancer Imaging Soc. 2011;11(1):209-223. doi:10.1102/1470-7330.2011.0030
6. **Moon WJ, Jung SL, Lee JH, et al. (2008).** Benign and malignant thyroid nodules: US differentiation--multicenter retrospective study. Radiology. 2008; 247(3): 762-770. doi:10.1148/radiol.2473070944
7. **Seyrek NC, Baser H, Topaloglu O, et al (2021).** Ultrasonographical, clinical and histopathological features of 1264 nodules with papillary thyroid carcinoma and microcarcinoma based on tumor size. Archives of endocrinology and metabolism, 64(5), 533-541.
8. **Wu M (2021).** A correlation study between thyroid imaging report and data systems and the Bethesda system for reporting thyroid cytology with surgical follow-up - an ultrasound-trained cytopathologist's experience. Diagn Cytopathol; 49(4):494-499.

KỸ THUẬT CẮT NHU MÔ GAN AN TOÀN TRONG PHẪU THUẬT CẮT GAN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ GAN

Hồ Văn Linh^{1,2}, Đặng Quốc Ái^{3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh kết quả cắt nhu mô gan theo kỹ thuật kẹp nghiền bằng Kelly (clamp-crush) với dao siêu âm Sonastar trong phẫu thuật cắt gan. **Đối tượng và phương pháp:** Bao gồm 406 bệnh nhân được cắt gan tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 01/2017-05/2025. **Kết quả:** Qua 406 bệnh nhân cắt gan đã thu được một số kết quả như sau. Kết quả

được tóm tắt ở (bảng 3.2). Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của 2 nhóm về thời gian phẫu thuật trung bình (205 vs 237; p=0,67); thời gian kẹp cuống gan trung bình (45 vs 40 phút; p=0,37); tỷ lệ biến chứng (12,4% vs 12,2%; p=0,22); thời gian nằm viện (16 vs 15 ngày; p=0,55) và tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật (3 vs 0; p=0,89). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của 2 nhóm về lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật (250 vs 115 ml; p=0,01); tỷ lệ bệnh nhân kẹp cuống gan toàn bộ (84,1% vs 65,9%; p=0,03); tỷ lệ bệnh nhân phải truyền máu (13,4% vs 10,2%; p=0,02). **Kết luận:** Kỹ thuật cắt nhu mô gan bằng dao siêu âm Sonastar có hiệu quả hơn về lượng máu mất trung bình và thuận lợi hơn khi phẫu tích gần các tĩnh mạch gan. Tuy nhiên, kỹ thuật clamp-crush đơn giản, lại có thể nhanh hơn và tiết kiệm hơn. **Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi cắt gan, cắt nhu mô gan.

SUMMARY

THE LIVER PARENCHYMAL TRANSECTIONS

¹Bệnh viện TW Huế

²Đại học Nam Cần Thơ

³Đại học Y Hà Nội

⁴Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Văn Linh

Email: ts linh2020@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025