ĐỐI CHIẾU PHÂN ĐỘ ACR TI-RADS VỚI KẾT QUẢ TẾ BÀO HỌC BETHESDA Ở NHÂN GIÁP TI-RADS 4-5 TẠI BỆNH VIỆN LÊ VĂN THỊNH

Từ Kim Thanh[1], Trần Lê Hoài[1], Nguyễn Thị Phi Yến[1], Lê Đình Hy[1], Huỳnh Thị Hồng Loan[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm siêu âm, kết quả tế bào học Bethesda và đối chiếu phân độ ACR TIRADS với kết quả Bethesda ở nhân giáp TIRADS 4–5 được chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA).

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang hồi cứu trên hồ sơ bệnh án của 306 người bệnh (317 lượt FNA dưới hướng dẫn siêu âm) có nhân giáp TIRADS 4–5 tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh từ 01/4/2026 đến 01/9/2026. Kết quả tế bào học được phân loại theo hệ thống Bethesda 2023.

Kết quả: Tuổi trung bình 56,8 ± 13,1; nữ chiếm 83,3%. TIRADS 4 chiếm 73,2%, TIRADS 5 chiếm 26,8%. Nhóm TIRADS 5 có tỷ lệ giảm âm (76,2% so với 38,7%) và vi vôi hóa (49,4% so với 17,2%) cao hơn TIRADS 4 (p < 0,001). Bethesda I, II, III–IV và V–VI lần lượt chiếm 34,4%, 52,7%, 6,3% và 6,6%. Trong 208 mẫu có chẩn đoán tế bào học, tỷ lệ Bethesda V–VI ở TIRADS 5 là 26,4%, ở TIRADS 4 là 4,5%; TIRADS 5 là yếu tố liên quan độc lập (OR hiệu chỉnh = 5,90; KTC 95%: 2,11–16,54), với giá trị dự báo âm 95,5%.

Kết luận: Phân độ ACR TIRADS phân tầng tốt nguy cơ tế bào học ác tính ở nhân giáp TIRADS 4–5; TIRADS 5 liên quan độc lập với Bethesda V–VI, và nhân TIRADS 4 có giá trị dự báo âm cao.

Từ khóa: ACR TIRADS, Bethesda, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, nhân giáp.

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN ACR TI-RADS CATEGORIES AND BETHESDA CYTOLOGY IN TI-RADS 4–5 THYROID NODULES AT LE VAN THINH HOSPITAL

Objectives: To describe the ultrasound features and Bethesda cytology of TI-RADS 4–5 thyroid nodules undergoing fine-needle aspiration (FNA) and to correlate ACR TI-RADS categories with Bethesda results.

Methods: A retrospective cross-sectional study of medical records of 306 patients (317 ultrasound-guided FNAs) with TI-RADS 4–5 nodules at Le Van Thinh Hospital from April 1 to September 1, 2026; cytology was classified by the 2023 Bethesda System.

Results: Mean age was 56.8 ± 13.1 years; 83.3% were women. TI-RADS 4 and TI-RADS 5 accounted for 73.2% and 26.8%. TI-RADS 5 nodules more often showed marked hypoechogenicity (76.2% vs 38.7%) and microcalcifications (49.4% vs 17.2%) (p < 0.001). Bethesda I, II, III–IV and V–VI accounted for 34.4%, 52.7%, 6.3% and 6.6%. Among 208 diagnostic samples, Bethesda V–VI was found in 26.4% of TI-RADS 5 versus 4.5% of TI-RADS 4 nodules; TI-RADS 5 was independently associated with Bethesda V–VI (adjusted OR 5.90; 95% CI 2.11–16.54), with a negative predictive value of 95.5%.

Conclusions: ACR TI-RADS provides effective stratification of cytological malignancy risk in TI-RADS 4–5 nodules. TI-RADS 5 is independently associated with Bethesda V–VI, while TI-RADS 4 demonstrates a high negative predictive value.

Keywords: ACR TI-RADS, Bethesda, fine-needle aspiration, thyroid nodule.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhân giáp là bệnh lý thường gặp; siêu âm độ phân giải cao phát hiện nhân giáp ở 19–68% người trưởng thành, trong đó khoảng 7–15% là ung thư [5]. Thách thức của thực hành là lựa chọn đúng nhân cần chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA).

Hệ thống ACR TIRADS (2017) chấm điểm nhân giáp theo 5 nhóm đặc điểm siêu âm và xếp vào TR1–TR5; nhân TR4 và TR5 được khuyến cáo FNA khi đường kính lần lượt từ 15 mm và 10 mm [7], với nguy cơ ác tính tăng dần theo từng mức [6]. Hệ thống Bethesda 2023 phân loại tế bào học thành sáu nhóm (I – không chẩn đoán, II – lành tính, III – không điển hình chưa xác định ý nghĩa, IV – u dạng nang, V – nghi ngờ ác tính, VI – ác tính), với nguy cơ ác tính trung bình lần lượt 13%, 4%, 22%, 30%, 74% và 97% [3].

[1]Bệnh viện Lê Văn Thịnh, TP. Hồ Chí Minh
Tác giả chịu trách nhiệm chính: Từ Kim Thanh
Email: dr.kimthanh@gmail.com
Mã bài: N963
Ngày nhận bài: 7/7/2026
Ngày phản biện khoa học: 5/7/2026
Ngày duyệt bài: 11/8/2026

Tại Việt Nam, tỷ lệ ung thư ở nhân TIRADS 4 và TIRADS 5 là 88% và 94% ở người bệnh nguy cơ cao tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương [1]; tỷ lệ ác tính tăng từ 9,1% (TIRADS 3) đến 83,6% (TIRADS 5) tại Bệnh viện Bạch Mai [2]. Các dữ liệu này chủ yếu từ trung tâm chuyên khoa với dân số đã chọn lọc nguy cơ. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với hai mục tiêu: (1) Mô tả đặc điểm siêu âm và kết quả tế bào học Bethesda ở nhân giáp TIRADS 4–5 được FNA tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh; (2) Đối chiếu phân độ TIRADS với kết quả Bethesda và xác định các yếu tố liên quan đến kết quả Bethesda V–VI.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Hồ sơ bệnh án của người bệnh được chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA) nhân giáp dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh từ 01/4/2026 đến 01/9/2026.

Tiêu chuẩn chọn: hồ sơ bệnh án có đầy đủ thông tin người bệnh và các chỉ tiêu nghiên cứu: kết quả siêu âm tuyến giáp có phân độ TIRADS 4 hoặc TIRADS 5 theo ACR TIRADS 2017 [7]; được FNA dưới hướng dẫn siêu âm và có kết quả tế bào học phân loại theo hệ thống Bethesda.

Tiêu chuẩn loại: hồ sơ nhập trùng lặp (trùng mã người bệnh, phân độ TIRADS, kết quả Bethesda và kích thước nhân); nhân không thuộc TIRADS 4–5; kết quả Bethesda không xác định được mã duy nhất.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

Thiết kế: nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu.

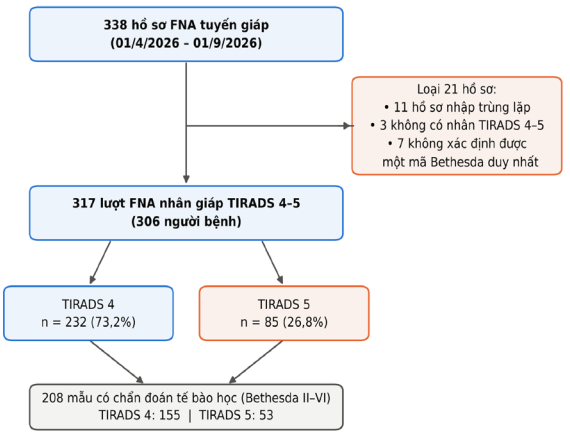
Cỡ mẫu: lấy mẫu toàn bộ; đơn vị phân tích là lượt FNA. Từ 338 hồ sơ, sau khi áp dụng tiêu chuẩn chọn và loại, 317 lượt FNA của 306 người bệnh được đưa vào phân tích (Hình 1).

Quy trình: (1) tra cứu trên phần mềm quản lý bệnh viện (HIS, bệnh án điện tử) và sổ lưu kết quả tế bào học của Khoa Giải phẫu bệnh; (2) kiểm tra từng hồ sơ bệnh án theo tiêu chuẩn chọn và tiêu chuẩn loại; (3) thu thập số liệu theo phiếu thu thập thống nhất; (4) làm sạch, mã hóa và xử lý số liệu. Siêu âm và phân độ ACR TIRADS 2017 do bác sĩ chuyên khoa Chẩn đoán hình ảnh thực hiện; ở người bệnh đa nhân, nhân có độ TIRADS cao nhất là nhân đích chọc hút. FNA dưới hướng dẫn siêu âm (kim 23G, chọc hút 1 lần mỗi nhân) và đọc tiêu bản theo hệ thống Bethesda 2023 [3] do bác sĩ chuyên khoa giải phẫu bệnh thực hiện.

Biến số: tuổi, giới, TSH; vị trí, số lượng nhân, đường kính lớn nhất (mm), thành phần, độ hồi âm, kiểu vôi hóa; phân độ TIRADS; kết quả Bethesda, gộp thành bốn nhóm: I (không chẩn đoán), II (lành tính), III–IV (không xác định) và V–VI (nghi ngờ ác tính và ác tính); mô bệnh học sau phẫu thuật (nếu có). Mô tả siêu âm được mã hóa theo từ điển biến số thống nhất.

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu được phân tích bằng Python 3.13 (SciPy, statsmodels). Biến định lượng trình bày bằng trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị). So sánh tỷ lệ bằng kiểm định χ^2 hoặc Fisher chính xác; so sánh kích thước bằng Mann–Whitney U hoặc Kruskal–Wallis. Yếu tố liên quan với Bethesda V–VI được phân tích trên các mẫu Bethesda II–VI bằng tỷ số chênh (OR) và khoảng tin cậy (KTC) 95%; biến có $p < 0,1$ ở phân tích đơn biến được đưa vào hồi quy logistic đa biến. Giá trị chẩn đoán của TIRADS 5 được đánh giá qua độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương (PPV) và âm (NPV) với KTC 95% theo Wilson. Phân tích độ nhạy được thực hiện ở mức người bệnh (giữ lượt FNA đầu tiên). Ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Hình 1. Sơ đồ chọn mẫu nghiên cứu

3.1. Đặc điểm chung và đặc điểm siêu âm

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N = 317 lượt FNA)

Đặc điểm		n	%
Tuổi (năm)	< 40	35	11,0
	40–59	135	42,6
	≥ 60	147	46,4
	Trung bình ± ĐLC (nhỏ nhất – lớn nhất)	56,8 ± 13,1 (17 – 89)	
Giới	Nữ	264	83,3
	Nam	53	16,7
Vị trí nhân	Cả hai thùy	189	59,6
	Thùy phải	63	19,9
	Thùy trái	41	12,9
	Có tổn thương eo giáp	24	7,6
Số lượng nhân	Đa nhân	241	76,0
	Đơn nhân	76	24,0
Kích thước nhân (mm)*	< 10	122	38,7
	10–19	123	39,0
	20–39	59	18,7
	≥ 40	11	3,5
	Trung vị (KTPV)	11,0 (8,0 – 18,0)	
TSH (mIU/L)**	Trung vị (KTPV)	1,23 (0,73 – 1,84)	
Phân độ TIRADS	TIRADS 4	232	73,2
	TIRADS 5	85	26,8

ĐLC: độ lệch chuẩn; KTPV: khoảng tứ phân vị. Tính trên 315 lượt FNA có số đo kích thước; tính trên 189 người bệnh có xét nghiệm TSH

Nhận xét: Nữ chiếm 83,3%; 46,4% người bệnh từ 60 tuổi trở lên; 38,7% nhân được chọc hút có đường kính dưới 10 mm.

Bảng 2. Đặc điểm siêu âm theo phân độ TIRADS

Đặc điểm		TIRADS 4 n (%)	TIRADS 5 n (%)	Chung n (%)	p
Thành phần*	Đặc	155 (87,1)	70 (97,2)	225 (90,0)	0,029[a]
	Hỗn hợp nang – đặc	23 (12,9)	2 (2,8)	25 (10,0)	
Độ hồi âm*	Rất giảm âm	53 (38,7)	48 (76,2)	101 (50,5)	< 0,001[b]
	Giảm âm	30 (21,9)	4 (6,3)	34 (17,0)	
	Đồng âm	51 (37,2)	10 (15,9)	61 (30,5)	
	Tăng âm	3 (2,2)	1 (1,6)	4 (2,0)	

Đặc điểm		TIRADS 4 n (%)	TIRADS 5 n (%)	Chung n (%)	p
Vôi hóa	Vi vôi hóa	40 (17,2)	42 (49,4)	82 (25,9)	< 0,001[b]
	Vôi hóa thô	81 (34,9)	24 (28,2)	105 (33,1)	
	Vôi hóa viền	14 (6,0)	2 (2,4)	16 (5,0)	
	Không vôi hóa	97 (41,8)	17 (20,0)	114 (36,0)	
Số lượng nhân	Đa nhân	179 (77,2)	62 (72,9)	241 (76,0)	0,529[a]
	Đơn nhân	53 (22,8)	23 (27,1)	76 (24,0)	
Kích thước (mm)	Trung vị (KTPV)	12,0 (8,0–19,0)	10,0 (7,0–16,0)	11,0 (8,0–18,0)	0,164[c]

Tỷ lệ tính trên số nhân có mô tả đặc điểm tương ứng (thành phần: TIRADS 4 = 178, TIRADS 5 = 72; độ hồi âm: TIRADS 4 = 137, TIRADS 5 = 63). [a] kiểm định χ^2; [b] kiểm định Fisher chính xác; [c] kiểm định Mann–Whitney U

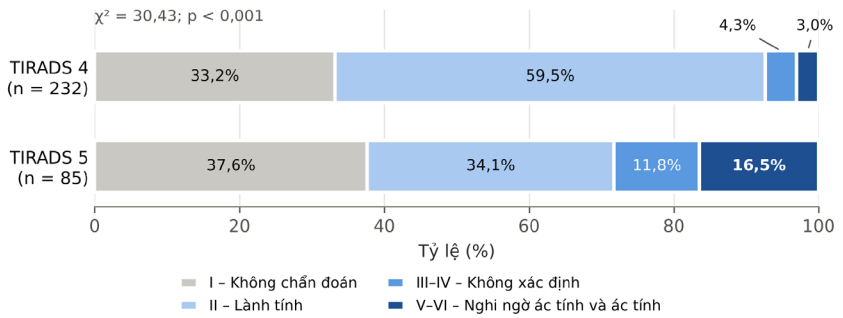
Nhận xét: Nhân TIRADS 5 có tỷ lệ rất giảm âm và vi vôi hóa cao hơn rõ rệt so với TIRADS 4 (p < 0,001).

3.2. Kết quả tế bào học và đối chiếu với phân độ TIRADS

Bảng 3. Phân bố kết quả Bethesda theo phân độ TIRADS

Phân loại Bethesda	TIRADS 4 n (%)	TIRADS 5 n (%)	Chung n (%)
I – Không chẩn đoán	77 (33,2)	32 (37,6)	109 (34,4)
II – Lành tính	138 (59,5)	29 (34,1)	167 (52,7)
III – Không điển hình chưa xác định ý nghĩa	4 (1,7)	7 (8,2)	11 (3,5)
IV – U dạng nang	6 (2,6)	3 (3,5)	9 (2,8)
V – Nghi ngờ ác tính	5 (2,2)	10 (11,8)	15 (4,7)
VI – Ác tính	2 (0,9)	4 (4,7)	6 (1,9)
Tổng	232 (100)	85 (100)	317 (100)

So sánh phân bố của bốn nhóm Bethesda (I, II, III–IV, V–VI) giữa TIRADS 4 và TIRADS 5: $\chi^2 = 30,43$; p < 0,001.



Hình 2. Phân bố nhóm Bethesda theo phân độ TIRADS

Nhận xét: Bethesda II chiếm 52,7%, Bethesda V–VI chiếm 6,6%. Tỷ lệ Bethesda V–VI ở TIRADS 5 cao gấp 5,5 lần TIRADS 4 (16,5% so với 3,0%); tỷ lệ Bethesda I tương đương giữa hai nhóm (37,6% so với 33,2%; p = 0,544).

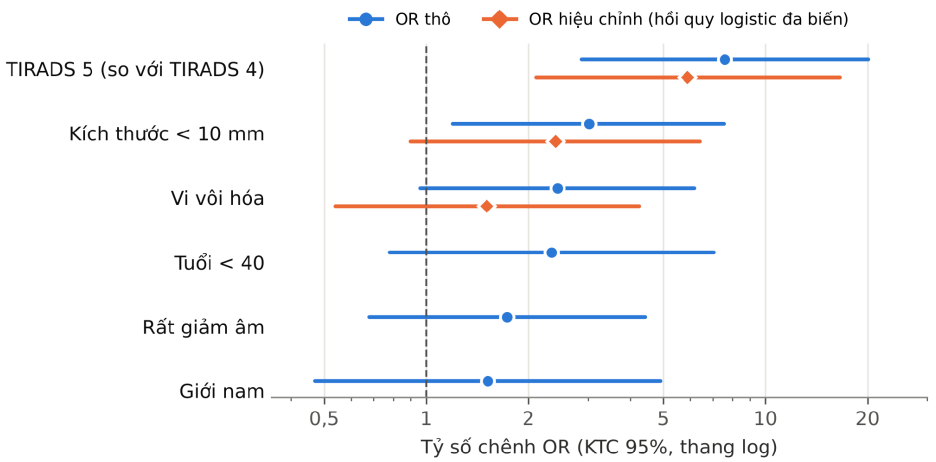
Trong 208 mẫu có chẩn đoán tế bào học, tỷ lệ Bethesda V–VI ở TIRADS 5 là 26,4% (14/53; KTC 95%: 16,4–39,6%) so với 4,5% ở TIRADS 4 (7/155; KTC 95%: 2,2–9,0%); $\chi^2 = 18,52$; $p < 0,001$. TIRADS 5 có độ nhạy 66,7% (45,4–82,8%), độ đặc hiệu 79,1% (72,8–84,4%), PPV 26,4% (16,4–39,6%), NPV 95,5% (91,0–97,8%) và độ chính xác 77,9% (71,8–83,0%). Phân tích ở mức người bệnh (n = 204) cho kết quả tương đồng (25,5% so với 4,6%; $p < 0,001$).

3.3. Các yếu tố liên quan với kết quả Bethesda V–VI

Bảng 4. Phân tích đơn biến và đa biến các yếu tố liên quan với Bethesda V–VI (n = 208)

Yếu tố	Nhóm	Số mẫu	Bethesda V–VI n (%)	OR thô (KTC 95%)	p	OR hiệu chỉnh (KTC 95%)	p
Phân độ TIRADS	TIRADS 5	53	14 (26,4)	7,59 (2,87–20,09)	< 0,001	5,90 (2,11–16,54)	0,001
	TIRADS 4	155	7 (4,5)	1		1	
Kích thước nhân	< 10 mm	69	12 (17,4)	3,02 (1,20–7,57)	0,026	2,41 (0,90–6,41)	0,079
	≥ 10 mm	138	9 (6,5)	1		1	
Vi vôi hóa	Có	53	9 (17,0)	2,44 (0,96–6,17)	0,066	1,51 (0,54–4,24)	0,433
	Không	155	12 (7,7)	1		1	
Tuổi	< 40	27	5 (18,5)	2,34 (0,78–7,03)	0,162	–	–
	≥ 40	181	16 (8,8)	1			
Độ hồi âm	Rất giảm âm	57	8 (14,0)	1,73 (0,68–4,43)	0,302	–	–
	Khác	151	13 (8,6)	1			
Giới	Nam	29	4 (13,8)	1,52 (0,47–4,90)	0,505	–	–
	Nữ	179	17 (9,5)	1			

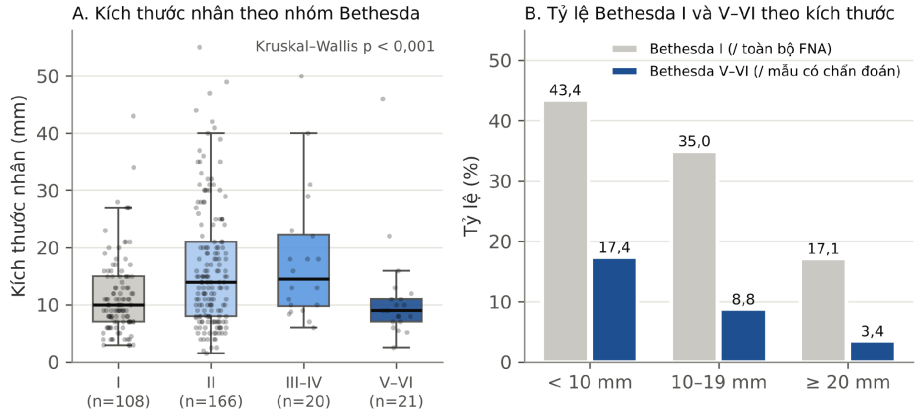
OR = 1: nhóm tham chiếu. Phân tích đơn biến: kiểm định Fisher chính xác. Mô hình đa biến (n = 207): hồi quy logistic gồm TIRADS 5, kích thước < 10 mm và vi vôi hóa; diện tích dưới đường cong ROC = 0,79; kiểm định Hosmer–Lemeshow p = 0,094.



Hình 3. Tỷ số chênh của các yếu tố liên quan với Bethesda V–VI

Nhận xét: TIRADS 5 là yếu tố liên quan độc lập với Bethesda V–VI sau khi hiệu chỉnh (OR = 5,90; p = 0,001).

3.4. Kích thước nhân, kết quả Bethesda và đối chiếu mô bệnh học



Hình 4. Liên quan giữa kích thước nhân và kết quả Bethesda

Nhóm V–VI có kích thước nhỏ nhất: trung vị 9,0 mm (7,0–11,0) so với 14,0 mm (8,0–21,0) ở nhóm II (p = 0,015; Kruskal–Wallis giữa các nhóm p < 0,001). Tỷ lệ Bethesda V–VI giảm theo kích thước: 17,4%, 8,8% và 3,4% ở nhóm < 10 mm, 10–19 mm và ≥ 20 mm (p = 0,030). Tỷ lệ Bethesda I cũng giảm: 43,4%, 35,0% và 17,1% (p = 0,001), không liên quan đến phân độ TIRADS, thành phần hay kiểu vôi hóa (p > 0,5).

Trong 7 trường hợp phẫu thuật, 4/5 trường hợp Bethesda V–VI là carcinôm tuyến giáp thể nhú (1 trường hợp di căn hạch), 1 trường hợp là bướu giáp tăng sản; 2/2 trường hợp Bethesda II là tổn thương lành tính (phù hợp 6/7 trường hợp).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung và đặc điểm siêu âm. Nữ chiếm 83,3%, phù hợp với y văn (tỷ lệ nữ/nam 5,5 tại Bệnh viện Bạch Mai [2]). Tuổi trung bình 56,8, cao hơn nghiên cứu tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương (44,3) [1] và Bệnh viện Bạch Mai (46,7) [2], phản ánh đặc điểm người bệnh tại bệnh viện đa khoa. Rất giảm âm và vi vôi hóa, hai đặc điểm được ACR TIRADS cho 3 điểm [7], chiếm tỷ lệ cao ở TIRADS 5, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Chinh (vi vôi hóa 67,1% ở TIRADS 5; rất giảm âm 23,1% ở TIRADS 5 so với 7,0% ở TIRADS 4) [1].

4.2. Phân bố Bethesda và giá trị phân tầng nguy cơ của TIRADS. Tỷ lệ Bethesda V–VI ở TIRADS 4 (4,5%) và TIRADS 5 (26,4%) nằm sát ngưỡng nguy cơ ác tính mà ACR TIRADS ước tính (TR4: 5–20%; TR5: > 20%) [7], phù hợp với phân tích đa trung tâm của Middleton [6]. TIRADS 5 vẫn là yếu tố độc lập sau hiệu chỉnh (OR = 5,90), trong khi OR của vi vôi hóa giảm rõ do đặc điểm này đã nằm trong tổng điểm TIRADS, cho thấy giá trị của phân độ tổng hợp so với từng đặc điểm riêng lẻ.

Tỷ lệ ác tính trong nghiên cứu thấp hơn tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương (88–94%) [1] và Bệnh viện Bạch Mai (47,4–83,6%) [2], do khác biệt về dân số và tiêu chuẩn đối chiếu: nghiên cứu [1] chọn người bệnh nguy cơ cao có kết quả giải phẫu bệnh, nghiên cứu [2] có 64,7% nhân TIRADS 5, trong khi chúng tôi bao gồm toàn bộ nhân TIRADS 4–5 được FNA liên tục tại bệnh viện đa khoa. NPV 95,5% cùng nguy cơ ác tính 4% của Bethesda II [3] là cơ sở để theo dõi bằng siêu âm thay vì phẫu thuật ở nhân TIRADS 4 có kết quả lành tính, phù hợp với khuyến cáo của Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ [5].

Mức phù hợp giữa tế bào học và mô bệnh học (6/7 trường hợp) tương đồng với nguy cơ ác tính 74% (Bethesda V) và 97% (Bethesda VI) theo Bethesda 2023 [3], cũng như tỷ lệ ung thư 96,4% và 100% trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Chinh [1].

4.3. Kích thước nhân và nguy cơ ác tính về mặt tế bào học. Tỷ lệ Bethesda V–VI cao nhất ở nhân < 10 mm (17,4%), tương đồng với nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai (tỷ lệ ác tính 69% ở nhân ≤ 10 mm so với 38,9% ở nhân > 20 mm) [2] và nghiên

cứu của Espinosa de Ycaza (kích thước nhân tỷ lệ nghịch với nguy cơ ác tính, OR = 0,55) [4]. Điều này có thể do nhân nhỏ chỉ được FNA khi có đặc điểm nghi ngờ cao (hiệu ứng chọn lọc), và carcinôm thể nhú biểu hiện đặc điểm nghi ngờ ngay từ kích thước nhỏ, trong khi nhân tăng sản lành tính lớn dần theo thời gian.

4.4. Kết quả Bethesda I và hàm ý cải tiến quy trình. Tỷ lệ Bethesda I (34,4%) cao hơn mức khuyến cáo dưới 10% [3], liên quan chặt với kích thước nhân (43,4% ở nhân < 10 mm so với 17,1% ở nhân ≥ 20 mm) nhưng không liên quan với phân độ TIRADS, thành phần hay kiểu vôi hóa, gợi ý yếu tố kỹ thuật lấy mẫu là chủ yếu: nhân nhỏ khó định vị đầu kim và kỹ thuật chọc một lần bằng kim 23G. Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ khuyến cáo chọc hút lại dưới hướng dẫn siêu âm, có đánh giá tế bào tại chỗ nếu điều kiện cho phép [5]. Các giải pháp phù hợp gồm: 2–3 lần chọc mỗi nhân, kim 25–27G với kỹ thuật mao dẫn cho nhân nhỏ, và đánh giá nhanh tiêu bản tại chỗ (ROSE).

4.5. Điểm mạnh và giới hạn. Nghiên cứu sử dụng toàn bộ các lượt FNA liên tiếp, có phân tích đa biến và phân tích độ nhạy ở mức người bệnh. Giới hạn gồm thiết kế hồi cứu tại một bệnh viện, kết cục chính là tế bào học, và số trường hợp Bethesda V–VI (n = 21) còn hạn chế cho mô hình đa biến nên các OR hiệu chỉnh có khoảng tin cậy rộng, cần được diễn giải thận trọng.

V. KẾT LUẬN

Qua 317 lượt FNA nhân giáp TIRADS 4–5 tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh: (1) Nhân TIRADS 5 có tỷ lệ rất giảm âm (76,2%) và vi vôi hóa (49,4%) cao hơn TIRADS 4; Bethesda I, II, III–IV và V–VI lần lượt chiếm 34,4%, 52,7%, 6,3% và 6,6%. (2) Tỷ lệ Bethesda V–VI ở TIRADS 5 là 26,4%, ở TIRADS 4 là 4,5%; TIRADS 5 liên quan độc lập với Bethesda V–VI (OR hiệu chỉnh = 5,90; KTC 95%: 2,11–16,54), với NPV 95,5%.

VI. KIẾN NGHỊ

Áp dụng thống nhất ACR TIRADS trong báo cáo siêu âm tuyến giáp và chỉ định FNA; chuẩn hóa kỹ thuật FNA (2–3 lần chọc mỗi nhân, kim 25–27G cho nhân dưới 10 mm, đánh giá nhanh tiêu bản tại chỗ) để giảm tỷ lệ Bethesda I; triển khai nghiên cứu tiến cứu có đối chiếu mô bệnh học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Chinh, Đỗ Trung Quân** (2025), "Tỷ lệ ung thư tuyến giáp qua chọc hút tế bào kim nhỏ ở bệnh nhân có nhân giáp từ TIRADS 4 trở lên có yếu tố nguy cơ cao", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 546(3), tr. 95–99.
2. **Nguyễn Thị Thu Thảo, Ngô Lê Lâm, Vũ Đăng Lưu** (2019), "Nghiên cứu giá trị chẩn đoán ung thư tuyến giáp của phân độ EU-TIRADS 2017", *Điện quang Việt Nam*, 33, tr. 12–18.
3. **Ali S.Z., Baloch Z.W., Cochand-Priollet B., et al.** (2023), "The 2023 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology", *Thyroid*, 33(9), pp. 1039–1044.
4. **Espinosa De Ycaza A.E., Lowe K.M., Dean D.S., et al.** (2016), "Risk of malignancy in thyroid nodules with non-diagnostic fine-needle aspiration: a retrospective cohort study", *Thyroid*, 26(11), pp. 1598–1604.
5. **Haugen B.R., Alexander E.K., Bible K.C., et al.** (2016), "2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer", *Thyroid*, 26(1), pp. 1–133.
6. **Middleton W.D., Teefey S.A., Reading C.C., et al.** (2017), "Multiinstitutional analysis of thyroid nodule risk stratification using the American College of Radiology Thyroid Imaging Reporting and Data System", *AJR Am J Roentgenol*, 208(6), pp. 1331–1341.
7. **Tessler F.N., Middleton W.D., Grant E.G., et al.** (2017), "ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS): white paper of the ACR TI-RADS Committee", *J Am Coll Radiol*, 14(5), pp. 587–595.