

- 26620142.
- Mignini EV, Scarpellini E, Rinninella E, et al.** Impact of patients' nutritional status on major surgery outcome. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2018;22(11):3524-3533.
 - Trương Thị Thu, Nguyễn Thanh Chò, Hoàng Mạnh An, Phạm Đức Minh.** Nutritional Status of Patients before Stomach Surgery in 103 Military Hospital. *Tạp chí Y dược học Quân sự - No 4 (2018),* 2011:44 - 50.
 - Nguyễn Thị Thu Liễu, Hoàng Thị Ngọc Anh, Đỗ Nam Khánh.** Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh mắc bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2018. *Tạp chí Nghiên cứu y học.* 2019; Tập 120, số 4, tr.52-59
 - Chu Thị Tuyết.** Giảm tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân nằm viện, Hội thảo khoa học Dinh dưỡng lâm sàng toàn quốc năm 2019, Bộ Y tế và Viện Dinh dưỡng Quốc gia.
 - Trufa DI, Arhire LI, Grigorescu C, Mihalache L.** Assessment of preoperative and postoperative prealbumin in thoracic surgery - a two months' experience in a Romanian university hospital *Revista Română de Medicină de Laborator.* 2015;23
 - Vũ Thị Hà,** Tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng bệnh nhân trước và sau ghép thận tại Bv Bạch Mai Luân văn tốt nghiệp Thạc sĩ. 2018.
 - Sherf Dagan S, Zelber-Sagi S, Webb M, et al.** Nutritional Status Prior to Laparoscopic Sleeve Gastrectomy Surgery. *Obes Surg.* 2016; 26(9):2119-2126.

NGHIÊN CỨU MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, SIÊU ÂM VỚI KẾT QUẢ TẾ BÀO HỌC Ở BỆNH NHÂN CÓ BƯỚU NHÂN TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Phạm Tiến Đạt¹, Nguyễn Thị Thanh Thủy⁴, Đỗ Đình Tùng^{2,3}

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình nhằm phát hiện các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân có bướu nhân tuyến giáp (BNTG) giúp cho việc chẩn đoán, phát hiện sớm và kịp thời. Phân tích số liệu từ 318 bệnh nhân, tuổi trung bình 51,13 ± 14,928 cho thấy: Bệnh nhân nữ chiếm đa số với 89% và 81% ở độ tuổi 31-60 tuổi. Đa số bệnh nhân ở hai nhóm lành tính và ác tính đều ở trạng thái bình giáp. Không có sự khác biệt giữa nhóm lành tính và ác tính về xét nghiệm Anti TPO, anti TG, các nhóm kích thước nhân, hạch cổ, viên giảm âm. Xét nghiệm TG khác nhau ở 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Tỷ lệ ác tính bướu nhân đặc cao hơn so với bướu nhân hỗn hợp và bướu nhân nang, tỷ lệ có canxi hóa vi thể, tỷ lệ ranh giới không rõ ở nhóm BNTG ác tính cao hơn nhóm lành tính có ý nghĩa thống kê với p <0,05. Nhân tuyến giáp có phân loại TIRADS càng cao có tỷ lệ ác tính càng tăng, p<0,05. Kết luận: Ở nhóm BNTG ác tính chủ yếu là nhân đặc giảm âm. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhân tuyến giáp có canxi hoá vi thể, ranh giới không rõ, xét nghiệm TG ở 2 nhóm bệnh nhân BNTG lành tính và ác tính. Nhân tuyến giáp có phân loại theo TIRADS càng cao có tỷ lệ ác tính càng lớn.

Từ khóa: Bướu nhân tuyến giáp; Bướu nhân tuyến giáp lành tính; Bướu nhân tuyến giáp ác tính; tế bào học

SUMMARY

STUDY OF THE CLINICAL, PARACLINICAL, AND ULTRASONIC FEATURES WITH CYTOGENETIC RESULTS IN PATIENTS WITH THYROID TUMORS AT THAI BINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

The section comparing clinical, subclinical, and ultrasound characteristics with cytological results in patients with thyroid nodules at Thai Binh Provincial General Hospital is the basis for detecting clinical and laboratory characteristics. Clinical examination of patients with thyroid nodules going to the general hospital of Thai Binh province helps patients with thyroid nodules to be examined and detected early and promptly. Conducting clinical and subclinical examination of 318 patients with an average age of 51.13 ± 14,928 showed that: Female patients accounted for the majority with 89% and 81% of patients were aged 31-60 years old. The majority of patients in both benign and malignant groups are euthyroid. There was no difference between the benign and malignant groups in terms of anti-TPO, anti-TG, nuclear size groups, cervical lymph nodes, hypoechoic border. TG test was different in 2 groups with statistical significance with p<0.05. The rate of malignancy of solid nodule is higher than that of mixed nodular and cystic, the rate of microcalcification, the rate of unknown boundary in the group of malignant TNBC is higher than that of benign group with statistical significance. p < 0.05. The higher the TIRADS classification, the higher the rate of malignancy, the difference is statistically

¹Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Thái Bình

²Học viện Quân Y

³Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn

⁴Bệnh viện Hữu Nghị - Việt Xô

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đình Tùng

Email: bsdinhtung@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 7.12.2022

Ngày duyệt bài: 15.12.2022

significant. Conclusion: In the group of malignancies, mainly hypoechoic solid nodules. There was a statistically significant difference in the proportion of thyroid nodules with microcalcifications, unknown boundaries, and TG tests in 2 groups of patients with benign and malignant UTI. The higher the TIRADS classification, the higher the rate of malignancy.

Keywords: Thyroid nodules, Benign thyroid nodules, Malignant thyroid nodule, cytology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu nhân tuyến giáp là tình trạng khi có sự xuất hiện của một hoặc nhiều nhân trong nhu mô tuyến giáp có thể lành tính hoặc ác tính. Tần suất bướu giáp nhân phát hiện được qua thăm khám lâm sàng chỉ chiếm khoảng 4÷7%, tuy nhiên, với sự phát triển của siêu âm, tần suất nhân giáp phát hiện qua siêu âm có thể lên đến 19÷67%.

Trong hầu hết các trường hợp, biểu hiện của bướu nhân tuyến giáp thường nghèo nàn hoặc không có triệu chứng. Các triệu chứng chỉ biểu hiện rõ khi u to chèn ép, xâm lấn các cơ quan lân cận hoặc di căn hạch cổ trong bướu nhân ác tính. Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, việc xác định bản chất của bướu nhân tuyến giáp được dựa vào các triệu chứng lâm sàng kết hợp các xét nghiệm cận lâm sàng như siêu âm, chọc hút tế bào kim nhỏ, xạ hình tuyến giáp, xạ hình toàn thân, chụp cắt lớp vi tính, sinh thiết tức thì... Trong đó, siêu âm và chọc hút tế bào kim nhỏ được coi là những phương tiện chẩn đoán trước phẫu thuật đơn giản nhưng rất hiệu quả để giúp phát hiện sớm và tìm hiểu bản chất của bướu nhân và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp. Ngày nay rất nhiều bệnh nhân bướu nhân tuyến giáp được khám phát hiện sớm và điều trị kịp thời. Bướu nhân tuyến giáp là một bệnh hay gặp, nhưng đa số bướu nhân lại không có triệu chứng, thường phát hiện tình cờ. Tuy nhiên có 5- 15% bướu nhân tuyến giáp là ác tính.

Vì vậy để có thêm số liệu giúp chẩn đoán và điều trị phẫu thuật, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "*Nghiên cứu mối tương quan giữa đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, siêu âm với kết quả tế bào học ở bệnh nhân có bướu nhân tuyến giáp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình*".

Bảng 1. Đối chiếu xét nghiệm miễn dịch TG với tế bào học

Xét nghiệm TG	Mô bệnh học		Lành tính		n	p
	Ac tính/Nghi ngờ ác tính		n	%		
Bình thường		4	92	86,8	96	0,000
Tăng		27	14	13,2	41	
Tổng		31	106	100	137	

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 318 bệnh nhân khám bướu nhân tuyến giáp tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thái Bình từ tháng 11/2021 đến tháng 8/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp trên siêu âm theo tiêu chuẩn AI TIRADS 2019. Bệnh nhân được làm chọc hút tế bào nhân tuyến giáp bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm theo tiêu chuẩn ATA Guidelines 2015 khuyến nghị FNA. Bệnh nhân 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 loại Bethesda năm 2017.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu; bệnh nhân không có đủ các xét nghiệm; bệnh nhân đang phân bì bệnh cấp tính.

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp với phân tích.

Nội dung nghiên cứu: Tiến hành hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng. Tiến hành định lượng FT4, TSH, TG, anti TG, anti TPO bằng máy Sinh hóa tự động E411 của hãng Roche. Siêu âm tuyến giáp. Chọc hút tuyến giáp dưới siêu âm. Kết quả tế bào học.

Địa điểm nghiên cứu: Tại tỉnh Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

Quản lý và xử lý số liệu bằng phần mềm Epidata và SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đối chiếu lâm sàng và xét nghiệm máu với tế bào học. Không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ giới ở hai nhóm lành tính và ác tính $p > 0,05$.

Đa số bệnh nhân ở hai nhóm lành tính và ác tính đều ở trạng thái bình giáp chiếm 88,2%. Có 133 bệnh nhân làm xét nghiệm anti TPO trong đó có: 44,3% bệnh nhân có giá trị anti TPO tăng. Có 138 bệnh nhân làm xét nghiệm anti TG trong đó có 30,4% tăng. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về xét nghiệm miễn dịch anti TPO, anti TG ở hai nhóm lành tính và ác tính $p > 0,05$.

Nhận xét: Có 137 bệnh nhân làm xét nghiệm TG trong đó có 29,9% bệnh nhân có giá trị TG tăng. Tỷ lệ XN TG tăng ở nhóm ác tính 87,1% cao hơn nhóm lành tính 13,2% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2. Đối chiếu kết quả siêu âm với tế

bào học

+ Đối chiếu kích thước nhân giáp với tế bào học: Tỷ lệ ác tính của các nhóm kích thước nhân không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

+ Đối chiếu đặc điểm nhân BNTG trên siêu âm với tế bào học.

Bảng 2. Đối chiếu đặc điểm nhân tuyến giáp trên siêu âm với tế bào học

Đặc điểm nhân	Tế bào học		Ac tính - Nghi ngờ ác tính		Lành tính		n	p
	n	%	n	%	n	%		
Nhân đặc	23	67,6	107	37,7	130	0,000		
Nhân hỗn hợp	11	32,4	33	11,6	44			
Nhân nang	0	0	144	50,7	144			
Tổng	34	100	284	100	318			

Nhận xét: Nhóm BNTG ác tính có siêu âm là nhân đặc chiếm tỷ lệ cao nhất 67,6% cao hơn nhân hỗn hợp và nhân nang (với $p < 0,05$).

+ Đối chiếu dấu hiệu canxi hóa vi thể trên siêu âm với tế bào học.

Bảng 3. Đối chiếu dấu hiệu canxi hóa vi thể trên siêu âm với tế bào học

Canxi hóa vi thể	Tế bào học		Ac tính - Nghi ngờ ác tính		Lành tính		n	p
	n	%	n	%	n	%		
Canxi hóa vi thể	24	70,6	30	10,6	54	0,000		
Không có canxi hóa	10	29,4	254	89,4	264			
Tổng	34	100	284	100	318			

Nhận xét: Tỷ lệ có canxi hóa vi thể ở nhóm BNTG ác tính 70,6% cao hơn nhóm lành tính 29,4% có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

+ Đối chiếu tính chất ranh giới nhân giáp trên siêu âm với tế bào học

Bảng 4. Đối chiếu tính chất ranh giới nhân giáp trên siêu âm với tế bào học

Ranh giới nhân	Tế bào học		Ac tính/ nghi ngờ ác tính		Lành tính		n	p
	n	%	n	%	n	%		
Ranh giới không rõ	15	44,1	41	14,4	56	0,000		
Ranh giới rõ	19	55,9	243	85,6	262			
Tổng	34	100,0	284	100,0	318			

Nhận xét: Tỷ lệ ranh giới không rõ của nhóm BNTG ác tính và nhóm lành tính có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

+ Dấu hiệu viền giảm âm trên siêu âm với tế bào học: Không có sự khác biệt về tính chất viền giảm âm của hai nhóm BNTG lành tính và ác tính với $p > 0,05$.

+ Dấu hiệu có hạch cổ trên siêu âm với tế

bào học : Không có sự khác biệt về dấu hiệu có hạch cổ ở bệnh nhân có BNTG lành tính và ác tính $p > 0,05$.

+ Không có sự khác biệt về sự xuất hiện dấu hiệu tăng sinh mạch ở 2 nhóm bệnh nhân có BNTG lành tính và ác tính $p > 0,05$.

+ Đối chiếu phân loại TIRADS của nhân tuyến giáp trên siêu âm với tế bào học

Bảng 5. Đối chiếu phân loại theo TIRADS của nhân tuyến giáp trên siêu âm với tế bào học

TIRADS	Tế bào học		Ac tính – nghi ngờ ác tính		Lành tính		n	p
	n	%	n	%	n	%		
TIRADS 2	0	0	7	2,5	7	0,000		
TIRADS 3	1	2,9	126	44,4	127			
TIRADS 4a	3	8,8	70	24,6	73			
TIRADS 4b	6	17,7	59	20,8	65			
TIRADS 4c	15	44,1	19	6,7	34			
TIRADS 5	9	26,5	3	1,1	12			
Tổng	34	100,0	284	100	318			

Nhận xét: 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.

+ Giá trị của các dấu hiệu trên siêu âm

Bảng 6. Giá trị các dấu hiệu trên siêu âm trong chẩn đoán BNTG ác tính

Đặc điểm	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)
Nhân đặc	67,6	62,3
Giảm âm	88,2	82,4
Canxi hóa vi thể	70,6	89,4
Ranh giới không rõ	44,1	85,6
Viền giảm âm rõ	26,5	86,3
Tăng sinh mạch trong nhân	35,3	79,6
Có hạch cổ	29,4	83,5

Nhận xét: Dấu hiệu giảm âm có độ nhạy cao nhất 88,2% và độ đặc hiệu 82,4%. Dấu hiệu canxi hoá vi thể có độ đặc hiệu cao: 89,4% và độ nhạy 70,6%. Dấu hiệu viền giảm âm rõ, ranh giới không rõ, có hạch cổ, tăng sinh mạch trong nhân có độ đặc hiệu cao là 86,3%, 85,6%, 83,5% và 79,6%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đối chiếu lâm sàng, xét nghiệm máu với tế bào học. Theo nhiều tác giả, nhân tuyến giáp hay gặp ở nữ nhiều hơn ở nam, tuy nhiên ở nam nguy cơ ung thư cao hơn nữ. Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa thấy sự khác biệt về tỷ lệ giới giữa hai nhóm lành tính và ác tính.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân ở hai nhóm lành tính và ác tính đều ở trạng thái bình giáp chiếm 86,6%. Sự khác biệt hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải Yến có 91,3% bệnh nhân BNTG có bình giáp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 133 bệnh nhân được làm xét nghiệm miễn dịch anti TPO kết quả có 59 bệnh nhân có giá trị xét nghiệm cao, và 9/59 bệnh nhân có tế bào học là ác tính, và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về xét nghiệm miễn dịch anti TPO ở hai nhóm lành tính và ác tính với $p > 0,05$. Theo nhiều nghiên cứu, bướu nhân tuyến giáp trên nền tuyến giáp mạn tính có tỷ lệ ác tính tăng lên, viêm tuyến giáp Hashimoto và viêm giáp mạn có thể phối hợp với ung thư tuyến giáp³.

4.2. Đối chiếu siêu âm với tế bào học

+ Đối chiếu số lượng nhân giáp với tế bào học. Theo quan điểm cũ, bướu đa nhân tuyến giáp được cho là ít nguy cơ ác tính hơn bướu đơn nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ ác tính bướu đơn nhân chiếm 4,6% (3/65 trường hợp), ác tính ở bướu đa nhân có 31/253 trường hợp ác tính chiếm 12,3% và không có sự khác biệt về tỷ lệ ác tính giữa hai nhóm bướu giáp đơn nhân và đa nhân với $p > 0,05$.

+ Đối chiếu kích thước nhân giáp trên

siêu âm với mô bệnh học. Theo quan niệm trước đây, BNTG có kích thước lớn thì nguy cơ ác tính cao hơn, tuy nhiên nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy không có mối liên quan giữa kích thước nhân và nguy cơ ác tính. Trong nghiên cứu này, nhóm BNTG ác tính, đa số nhân có kích thước từ 0 - 20mm với 28/34 trường hợp chiếm 82,3%. Nhóm BNTG lành tính chủ yếu gặp nhân có kích thước từ 0 đến 20mm với 234/284 trường hợp chiếm 82,3%. Không có sự khác biệt nhiều về tỷ lệ lành tính và ác tính ở các nhóm kích thước nhân giáp với $p > 0,05$.

+ Đối chiếu đặc điểm âm vang của nhân giáp với tế bào học: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 284 BNTG lành tính trong đó 107 nhân đặc chiếm 37,7%, nhân hỗn hợp chiếm 11,6%, nhân nang chiếm 50,7%. Ở nhóm BNTG ác tính có tỷ lệ nhân đặc cao nhất là 67,6% chủ yếu là nhân đặc giảm âm, nhân hỗn hợp có tỷ lệ thấp hơn 32,4%, không có trường hợp nào nhân nang. Đặc điểm nhân ở nhóm bệnh nhân có BNTG ác tính và nhóm lành tính có sự khác biệt rõ rệt, tỷ lệ nhân đặc ở nhóm BNTG ác tính cao hơn nhóm BNTG lành tính có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tác giả Trịnh Thị Thu Hồng cũng có kết quả tương tự trong nhóm BNTG ác tính với 80,6% nhân đặc, 18,2% là nhân hỗn hợp, và nhân nang là 1,1%.

Trong 144 trường hợp nhân nang, không trường hợp nào là BNTG ác tính chiếm. Như vậy ta thấy dấu hiệu nhân nang rất đặc hiệu cho BNTG lành tính, với độ đặc hiệu 100%. Điều này cũng được tác giả Moon và cộng sự nêu ra trong nghiên cứu của mình: BNTG dạng nang chứa dịch thuần nhất hoặc có vách bên trong dạng tổ ong là lành tính với độ đặc hiệu là 99,7-100%.

+ Đối chiếu dấu hiệu canxi hóa vi thể với tế bào học. Nghiên cứu trên 318 bệnh nhân có BNTG chúng tôi nhân thấy nhóm BNTG ác tính có tỉ lệ canxi hóa vi thể là 70,6%. Nhóm BNTG lành tính có tỷ lệ nhân canxi hóa vi thể chiếm 10,6%, không có canxi hóa vi thể chiếm đa số các trường hợp 89,4%. Tỷ lệ có canxi hóa vi thể ở nhóm BNTG ác tính cao hơn nhóm lành tính có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy dấu hiệu có độ đặc hiệu cao 89,4% tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác, độ đặc hiệu của dấu hiệu vi thể hóa dao động 83% - 98%.

+ Đối chiếu dấu hiệu ranh giới không rõ với tế bào học. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, trong nhóm BNTG ác tính có 15/34 trường hợp có ranh giới không rõ, chiếm 44,1%, 19/34 trường hợp có ranh giới rõ chiếm 55,9%.

Đa số các trường hợp trong nhóm BNTG lành tính có ranh giới rõ với 243/284 trường hợp chiếm 85,6%, 41 trường hợp có ranh giới không rõ chiếm 14,4%. Tỷ lệ ranh giới không rõ của nhóm BNTG ác tính và nhóm lành tính có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi giống với kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả. Theo tác giả Trịnh Văn Tuấn nghiên cứu BNTG có tỷ lệ ranh giới không rõ ở nhóm ác tính là 87,5% và ở nhóm lành tính là 13,1%, tác giả Trịnh Thị Thu Hồng nghiên cứu thấy tỷ lệ này là 91% và 21%.

+ Đối chiếu dấu hiệu có viền giảm âm với tế bào học. Trong nghiên cứu của chúng tôi 13,7% trường hợp BNTG lành tính không có viền giảm âm rõ, 86,3% trường hợp có viền giảm âm rõ. Nhóm BNTG ác tính có tỷ lệ trường hợp viền giảm âm không rõ là 73,5%, viền giảm âm rõ có 9/34 trường hợp chiếm 26,5%. Không có sự khác biệt về tính chất viền giảm âm của hai nhóm BNTG lành tính và ác tính với $p > 0,05$. Dấu hiệu viền giảm âm có độ nhạy thấp trong dự báo độ ác tính của nhân tuyến giáp 26,5%. Theo nghiên cứu của tác giả Trịnh Thị Thu Hồng, tác giả cho rằng Dấu hiệu viền giảm âm là do nhu mô giáp bị ép lại từ từ khi nhân giáp to dần lên.

+ Đối chiếu dấu hiệu có tăng sinh mạch trong nhân với tế bào học. Trong nhóm BN có BNTG ác tính 35,3% bệnh nhân có dấu hiệu tăng sinh mạch trong nhân tuyến giáp. Nhóm BN có BNTG lành tính 20,4% có dấu hiệu tăng sinh mạch trong nhân tuyến giáp. Không có sự khác biệt về sự xuất hiện dấu hiệu tăng sinh mạch ở 2 nhóm bệnh nhân có BNTG lành tính và ác tính $p > 0,05$. Dấu hiệu này có độ nhạy không cao 35,3% nhưng độ đặc hiệu 79,6%.

+ Đối chiếu dấu hiệu có hạch cổ với tế bào học. Kết quả nghiên cứu chúng tôi thu được cho thấy đa số các trường hợp không có hạch cổ trên siêu âm chiếm 82,1% số bệnh nhân. Tỷ lệ BN có hạch cổ ở BNTG ác tính là 29,4%. Tỷ lệ có hạch cổ ở BN có BNTG lành tính là 16,5%. Không có sự khác biệt về dấu hiệu có hạch cổ ở bệnh nhân có BNTG lành tính và ác tính với $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu này cho thấy dấu hiệu hạch cổ có độ nhạy thấp 29,4% và độ đặc hiệu cao 83,5% tương tự nghiên cứu của Trịnh Thị Thu Hồng với độ đặc hiệu là 88,9%, độ nhạy là 39,8%.

+ Đối chiếu phân loại TIRADS nhân tuyến giáp với tế bào học. 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 $p < 0,005$.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 7 nhân tuyến giáp được phân loại TIRADS 2 đều lành tính, 127 nhân tuyến giáp được phân loại TIRADS 3 có 126/127 là lành tính. 73 nhân tuyến giáp được phân loại TIRADS 4a thì có 70 nhân tuyến giáp ác tính chiếm 95,9%, 65 nhân tuyến giáp được phân loại TIRADS 4b thì có 59 nhân tuyến giáp lành tính chiếm 90,8%. 15/34 nhân tuyến giáp được phân loại TIRADS 4c là ác tính trên tế bào học. 9/12 nhân TIRADS 5 là ác tính trên tế bào học. Do đó nên áp dụng phân loại TIRADS trên siêu âm để góp phần tiên lượng bệnh cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Ở nhóm BNTG ác tính chủ yếu là nhân đặc giảm âm. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nhân tuyến giáp có canxi hoá vi thể, ranh giới không rõ, xét nghiệm TG ở 2 nhóm bệnh nhân BNTG lành tính và ác tính. Nhân tuyến giáp có phân loại theo TIRADS càng cao có tỷ lệ ác tính càng lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Evaluation of a thyroid nodule - PubMed.** Accessed August 6, 2021. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20510711/>
2. **Nguyễn Thị Hải Yến.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh bướu nhân tuyến giáp. In: ; 2016.
3. **McDougall I.R. Phuttharak.** Editor. p. 95-134.; 2017.
4. **Gandolfi PP, Frisina A, Raffa M, et al.** The incidence of thyroid carcinoma in multinodular goiter: retrospective analysis. Acta Biomed. 2004; 75(2):114-117.
5. **Trịnh Thị Thu Hồng and Vương Thừa Đức.** Giá trị siêu âm trong dự đoán ung thư bướu giáp đa nhân. Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh, Phụ bản tập 14: tr. 55-59. Published online 2010.
6. **Ozel A, Erturk SM, Ercan A, et al.** The diagnostic efficiency of ultrasound in characterization for thyroid nodules: how many criteria are required to predict malignancy? Med Ultrason. 2018;14(1):24-28.
7. **Nguyễn Thị Hoà Hồng.** Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng, Siêu Âm, Tế Bào Học và Kết Quả Mô Bệnh Học Của Bướu Nhân Tuyến Giáp. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.; 2013.
8. **Yu-rong HONG¹, Yu-lian WU^{†2}, Zhi-yan LUO¹, Ning-bo WU¹, Xue-ming LIU.** Impact of nodular size on the predictive values of gray-scale, color-Doppler ultrasound, and sonoelastography for assessment of thyroid nodules - PubMed.
9. **Trịnh Văn Tuấn.** Nghiên Cứu Bướu Nhân Tuyến Giáp ở Những Người Kiểm Tra Sức Khỏe Tại Khoa Khám Bệnh Theo Yêu Cầu Bệnh Viện Bạch Mai. Trường đại học Y Hà Nội: Luận văn Thạc sỹ Y học; 2014.