

chiếm ưu thế với tỷ lệ 87,8%, 80,5%, các triệu chứng rối loạn ngôn ngữ, suy giảm trí nhớ, rối loạn giấc ngủ, rối loạn chức năng thần kinh tự chủ ít gặp hơn với tỷ lệ tương ứng 46,3%, 19,5%, 4,9%, 4,9%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Ying Wang và cộng sự năm 2017: loạn động và rối loạn vận động (78%), rối loạn giấc ngủ (77%),⁵ tuy nhiên khác với khác với Ying Wang chúng ta thấy rằng rối loạn ý thức (90,2%) và co giật (87,8%) là triệu chứng hay gặp nhất nhưng trong nghiên cứu của Ying Wang thì rối loạn ý thức có tỷ lệ 59%, co giật có tỷ lệ 67% thấp hơn so với các triệu chứng thần kinh khác. Sự khác biệt này có lẽ là do khác biệt độ tuổi nghiên cứu, trong nghiên cứu của chúng tôi khảo sát bệnh nhân ở lứa tuổi từ 16 trở lên, còn Ying Wang và cộng sự nghiên cứu ở lứa tuổi 0-14 tuổi. Ngoài ra sự khác biệt này cũng chính là lý do bệnh nhân cần điều trị Hồi sức tích cực do tình trạng rối loạn ý thức và co giật khó kiểm soát.

V. KẾT LUẬN

Viêm não tự miễn NMDA hay gặp ở nữ, trong độ tuổi từ 16 đến 40 tuổi, bệnh cảnh lâm sàng đa dạng với hai nhóm triệu chứng chính là triệu chứng tâm thần và thần kinh, trong đó triệu chứng khởi phát phổ biến là triệu chứng tâm thần, nhưng triệu chứng lâm sàng hay gặp

khi phải điều trị tại hồi sức tích cực là triệu chứng thần kinh với rối loạn ý thức và co giật hay gặp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dalmau J, Gleichman AJ, Hughes EG, et al. eptor encephalitis: case series and analysis of the effects of antibodies. *The Lancet Neurology*. 2008;7(12): 1091-1098. doi: 10.1016/s1474-4422(08)70224-2
2. Dalmau J, Graus F. Antibody-Mediated Encephalitis. *N Engl J Med*. Mar 1 2018; 378(9):840-851. doi:10.1056/NEJMra1708712
3. Titulaer MJ, McCracken L, Gabilondo I, et al. Treatment and prognostic factors for long-term outcome in patients with anti-NMDA receptor encephalitis: an observational cohort study. *The Lancet Neurology*. 2013;12(2):157-165. doi:10.1016/s1474-4422(12)70310-1
4. Sarkis RA, Coffey MJ, Cooper JJ, Hassan I, Lennox B. Anti-N-Methyl-D-Aspartate Receptor Encephalitis: A Review of Psychiatric Phenotypes and Management Considerations: A Report of the American Neuropsychiatric Association Committee on Research. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. Spring 2019;31(2): 137-142. doi:10.1176/appi.neuropsych.18010005
5. Wang Y, Zhang W, Yin J, et al. Anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis in children of Central South China: Clinical features, treatment, influencing factors, and outcomes. *J Neuroimmunol*. Nov 15 2017;312:59-65. doi:10.1016/j.jneuroim.2017.09.005

ĐỐI CHIẾU MỘT SỐ TỔN THƯƠNG TUYẾN GIÁP TRÊN TẾ BÀO HỌC CHỌC HÚT KIM NHỎ VỚI MÔ BỆNH HỌC TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Thị Giang¹, Nguyễn Thị Huyền¹, Phạm Minh Tuệ¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đối chiếu một số tổn thương tuyến giáp trên tế bào học chọc hút kim nhỏ với mô bệnh học tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. **Kết quả:** Tuổi trung bình ở đối tượng nghiên cứu là 47,06 ± 12,33 tuổi. Tỷ lệ nữ/nam là 11,6/1. Chẩn đoán tế bào học ác tính, theo dõi kết quả mô bệnh học không có chẩn đoán dương tính giả. Mô bệnh học đều là ung thư biểu mô nhú trong đó: 63,95% (39/63) là vi ung thư biểu mô nhú, 19/63 (31,14%) (19/63) ung thư biểu mô nhú thông thường còn lại 1 trường hợp biến thể nang và 2 trường hợp biến thể có vỏ với tỷ lệ là 1,64% và 3,27%. Phương pháp tế bào học có

độ nhạy cao (98,98%), độ đặc hiệu cao (81,81%) và độ chính xác lên đến 97,25%, giá trị chẩn đoán lành tính hay ác tính đều cao lần lượt là 90% và 97,98%. **Kết luận:** Ung thư biểu mô tuyến giáp hay gặp ở nữ giới, tuổi hay gặp là 31-50 tuổi. Tế bào học là phương pháp chẩn đoán tốt ung thư biểu mô nhú với độ nhạy 98,98% và độ đặc hiệu 81,81% và độ chính xác 97,25%.

Từ khóa: tổn thương tuyến giáp trên tế bào học

SUMMARY

COMPARISON OF SOME THYROID LESIONS ON FINE NEEDLE ASPECT CYTOLOGY WITH HISTOLOGY AT K - HOSPITAL

Objective: Compare some thyroid lesions on fine needle aspiration cytology with histopathology at K hospital. **Subjects and methods:** cross-sectional descriptive study, convenience sampling. **Results:** The average age of the study subjects was 47.06 ± 12.33 years old. The female/male ratio is 11.6/1. Diagnosis of malignant cytology and follow-up of histopathology results did not result in false positive

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Giang
Email: bsgianghd@gmail.com
Ngày nhận bài: 12.10.2023
Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023
Ngày duyệt bài: 22.12.2023

diagnoses. Histopathology is all papillary carcinoma, of which: 63.95% (39/63) are micropapillary carcinoma, 19/63 (31.14%) (19/63) are common papillary carcinoma. Usually, there remains 1 case of cystic variant and 2 cases of capsular variant with rates of 1.64% and 3.27%. Cytology method has high sensitivity (98.98%), high specificity (81.81%) and accuracy up to 97.25%, the diagnostic value of benign or malignant is high respectively. are 90% and 97.98%. **Conclude:** Thyroid carcinoma is common in women, the most common age is 31-50 years old. Cytology is a good method of diagnosing papillary carcinoma with a sensitivity of 98.98% and a specificity of 81.81% and an accuracy of 97.25%.

Keywords: thyroid damage on cytology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây tỷ lệ mắc ung thư biểu mô tuyến giáp (UTBMTG) có xu hướng tăng trên toàn thế giới. Ở Việt Nam theo số liệu thống kê của chương trình phòng chống ung thư giai đoạn 2008-2010, tỷ lệ mắc mới của ung thư tuyến giáp ở nữ giới năm 2010 là 8,4/100.000 cao hơn nhiều so với năm 2000 là 2,3/100.000 [1].

Chẩn đoán tế bào học (TBH) chọc hút kim nhỏ (CHKN) tuyến giáp được thực hiện trên toàn thế giới và được chứng minh là phương pháp chẩn đoán nhanh, không xâm lấn và đáng tin cậy nhất để xác định một tổn thương tuyến giáp là ác tính hay lành tính [2].

Trước đây phân loại TBH tuyến giáp dựa vào phân loại của tác giả DeMay, tuy nhiên hiện nay với sự ra đời của hệ thống phân loại Bethesda chẩn đoán TBH tuyến giáp của Viện Ung thư Quốc gia Hoa Kỳ (NCI) đưa ra năm 2007 đã được sử dụng rộng rãi và thay thế cho các phân loại khác vì nó giúp cho việc chẩn đoán bệnh trên TBH chính xác lên đến 95-97% [3]. Vì vậy nhằm đánh giá sự tương đồng của các tổn thương TBH tuyến giáp được đánh giá theo hệ thống Bethesda với các tổn thương trên mô bệnh học của tuyến giáp cũng như giá trị của phương pháp TBH, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *"Đổi chiếu một số tổn thương tuyến giáp trên tế bào học chọc hút kim nhỏ với mô bệnh học tại bệnh viện K"*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân đến khám và làm xét nghiệm tế bào học chọc hút kim nhỏ tuyến giáp tại Bệnh viện K (Cơ sở 1: 43 Quán sứ, cơ sở 3: Tân Triều-Hà Đông) từ tháng 10/2018 đến 05/2019.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Các bệnh nhân có tổn thương ở tuyến giáp được chẩn đoán trên siêu âm là TIRADS 4 hoặc TIRADS 5 (theo phân loại K-TIRADS) và được chỉ

định chọc hút kim nhỏ tuyến giáp tại Bệnh viện K.

- Có đầy đủ thông tin nghiên cứu trong hồ sơ.
- Những bệnh nhân được phẫu thuật tại bệnh viện K có đủ tiêu bản và khối nén bệnh phẩm.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Những trường hợp không đáp ứng được những tiêu chuẩn ở trên.
- Những trường hợp bị mất, vỡ không còn tiêu bản tế bào học chọc hút từ tuyến giáp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện. Lấy toàn bộ các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn để tham gia nghiên cứu. Số lượng bệnh nhân được nghiên cứu tế bào học là 413 bệnh nhân, trong đó có 123 bệnh nhân được phẫu thuật tuyến giáp và xét nghiệm mô bệnh học.

2.3. Xử lý số liệu. Nhập số liệu, quản lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các phân tích mô tả được sử dụng phù hợp với các thông tin được phân tích.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Y đức của trường Đại học Y Hà Nội trước khi tiến hành nghiên cứu.
- Nghiên cứu được sự cho phép của Hội đồng khoa học và Ban Giám đốc Bệnh viện K trước khi tiến hành thực hiện.
- Tất cả các biến số, chỉ số nghiên cứu sẽ được thu thập một cách trung thực và khoa học. Mọi thông tin thông tin các nhân của bệnh nhân sẽ được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

| Nhóm tuổi | Nam | | Nữ | | Tổng | |
|-----------|-----|-------|-----|-------|------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| 11-20 | 0 | 0,0 | 4 | 1,1 | 4 | 0,9 |
| 21-30 | 7 | 16,3 | 31 | 8,4 | 38 | 9,2 |
| 31-40 | 11 | 25,6 | 73 | 19,7 | 84 | 20,4 |
| 41-50 | 10 | 23,3 | 125 | 33,8 | 135 | 32,7 |
| 51-60 | 6 | 13,9 | 84 | 22,7 | 90 | 21,8 |
| 61-70 | 8 | 18,6 | 45 | 12,2 | 53 | 12,8 |
| >70 | 1 | 2,3 | 8 | 2,1 | 9 | 2,2 |
| Tổng số | 43 | 100,0 | 370 | 100,0 | 413 | 100,0 |

X±SD: 47,06 ± 12,33; Min-Max: 13 - 81

Nhận xét: Có 413 bệnh nhân nghiên cứu, các tổn thương tuyến giáp đa số gặp ở nữ giới chiếm 89,59%, nam giới ít gặp hơn chiếm 10,41% (p= 0,000). Tỷ lệ nữ/nam là 11,6/1. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là

47,06 ± 12,33 tuổi. Bệnh nhân nhỏ nhất là 13 tuổi và lớn nhất là 81 tuổi. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 31-50 tuổi chiếm tỷ lệ 53,1 %. Không gặp bệnh nhân nào dưới 11 tuổi.

3.2. Đối chiếu một số tổn thương tuyến giáp trên tế bào học chọc hút kim nhỏ với mô bệnh học

3.2.1. Phân bố typ MBH theo chẩn đoán TBH

Bảng 3.2. Phân bố typ MBH theo chẩn đoán TBH

| Chẩn đoán tế bào học | Chẩn đoán mô bệnh học | n | Tỷ lệ ác tính |
|---|-----------------------|------------|---------------------------|
| I. Không thỏa đáng (n=4) | UTBM nhú | 2 | 50% (2/4) |
| | Viêm giáp bán cấp | 2 | |
| II. Lành tính (n=10) | UTBM nhú | 1 | 10% (1/10) |
| | Bướu giáp keo | 4 | |
| | Nang giáp chảy máu | 2 | |
| | Viêm giáp Hashimoto | 2 | |
| | U tuyến thể nang | 1 | |
| III. Không điển hình ý nghĩa không xác định (n=6) | UTBM nhú | 1 | 16,7% (1/6) |
| | Viêm giáp bán cấp | 1 | |
| | U tuyến thể nang | 3 | |
| | U tuyến TB Hurthle | 1 | |
| IV. Tân sản nang/nghi ngờ tân sản nang (n=6) | UTBM nhú | 2 | 33,3% (2/6) |
| | Nốt dạng u tuyến | 1 | |
| | U tuyến thể nang | 2 | |
| | NIFTP | 1 | |
| V. Nghi ngờ ác tính (n=38) | UTBM nhú | 36 | 94,7% (36/38) |
| | Viêm giáp bán cấp | 1 | |
| | Nốt dạng u tuyến | 1 | |
| VI. Ác tính (n=61) | UTBM nhú | 61 | 100% (61/61) |
| N=438 | | 125 | 82,4% (103/125) |

Nhận xét:

- TBH không thỏa đáng theo dõi phẫu thuật, có 2 trường hợp MBH là vi UTBM nhú, 2 trường hợp còn lại là viêm giáp bán cấp. Nguyên nhân do tiêu bản chủ yếu toàn hồng cầu, ít tế bào không đánh giá.

- Chẩn đoán TBH là lành tính, có 1 trường hợp chẩn đoán âm tính giả, MBH là vi UTBM nhú (10%).

- Chẩn đoán TBH không điển hình ý nghĩa không xác định có 6 trường hợp, đa số MBH là lành tính chiếm 83,3 % gồm viêm tuyến giáp bán cấp, u tuyến tuyến giáp. Có 1 trường hợp là vi UTBM nhú.

- Chẩn đoán TBH tân sản nang/nghi ngờ tân sản nang 6 trường hợp, MBH trong đó có 2 trường hợp là UTBM nhú biến thể nang (33,3%), 1 trường hợp là NIFTP (16,7%).

- Chẩn đoán TBH là nghi ngờ ác tính, theo

dõi phẫu thuật có 36/38 (94,7%) là ác tính gồm: vi UTBM nhú chiếm nhiều nhất 22/36 (61,1%), UTBM nhú thông thường 13/36 (36,1%) và UTBM nhú biến thể nang 1/36 (2,8%). MBH lành tính chiếm 5,3%.

- Chẩn đoán TBH ác tính, theo dõi kết quả MBH không có chẩn đoán dương tính giả. MBH đều là UTBMnhú trong đó: 63,95% (39/63) là vi UTBM nhú, 19/63 (31,14%) (19/63) UTBM nhú thông thường còn lại 1 trường hợp biến thể nang và 2 trường hợp biến thể có vỏ với tỷ lệ là 1,64% và 3,27%.

3.2.2. Giá trị của phương pháp tế bào học chọc hút kim nhỏ.

Bảng 3.3. Sự phù hợp giữa chẩn đoán TBH và MBH

| MBH \ TBH | Lành tính | | Ác tính | | Tổng | |
|-----------|-----------|-------|---------|-------|------|-------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Lành tính | 9 | 90,0 | 2 | 2,02 | 11 | 10,1 |
| Ác tính | 1 | 10,0 | 97 | 97,98 | 98 | 89,9 |
| Tổng | 10 | 100,0 | 99 | 100,0 | 109 | 100,0 |

Nhận xét: Khi coi các trường hợp chẩn đoán TBH nghi ngờ ác tính và ác tính là những chẩn đoán dương tính, những chẩn đoán lành tính là những chẩn đoán âm tính. Chẩn đoán dương tính giả chiếm 2,02 %, âm tính giả chiếm 10 %.Giá trị của phương pháp tế bào học được thể hiện trong bảng 3.15.

Bảng 3.5. Giá trị của phương pháp tế bào học

| Các chỉ số | Tỷ lệ % |
|---------------------------|---------|
| Độ nhạy (Se) | 98,98% |
| Độ đặc hiệu (Sp) | 81,81% |
| Độ chính xác | 97,25% |
| Giá trị dự báo dương tính | 97,98% |
| Giá trị dự báo âm tính | 90,00% |

Nhận xét: Như vậy phương pháp TBH có độ nhạy cao (98,98%), độ đặc hiệu cao (81,81%) và độ chính xác lên đến 97,25%, giá trị chẩn đoán lành tính hay ác tính đều cao lần lượt là 90% và 97,98%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Theo nhiều báo cáo của các tác giả trong và ngoài nước, tỷ lệ tổn thương tuyến giáp nói chung và UTBM nói riêng bao giờ cũng gặp ở nữ cao hơn nam. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 43 bệnh nhân là nam chiếm tỷ lệ 10,41% và 370 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 89,59%. Tỷ lệ nữ/nam là 11,6/1. Tỷ lệ mắc bệnh chủ yếu ở nữ giới. Kết quả này tương đồng với Vũ Bích Nga (2012) nghiên cứu trên 339 bệnh nhân được chẩn đoán bướu giáp nhân tỷ lệ này

là 9/1 [4]. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $47,06 \pm 12,33$ tuổi. Tuổi thấp nhất là 13, tuổi cao nhất là 81. Bệnh nhân gặp nhiều nhất là nhóm tuổi 41-60 ở cả 2 giới. Kết quả này tuy không hoàn toàn đồng nhất nhưng có nhiều điểm phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả. Tác giả Vũ Bích Nga (2012), tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là $45,8 \pm 8,7$ thấp nhất là 18 nhiều nhất là 82 tuổi [4]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Khoa Diệu Vân (2015), bệnh nhân ở lứa tuổi trên 35 chiếm tỷ lệ 81,3%, cao nhất là ở lứa tuổi 46 - 55 tuổi chiếm tỷ lệ 32%.

4.2. Đối chiếu một số tổn thương tuyến giáp trên tế bào học chọc hút kim nhỏ với mô bệnh học. Tỷ lệ ác tính trong nhóm TBH chẩn đoán lành tính là 10% cao hơn các nghiên cứu Những trường hợp âm tính giả chủ yếu là do u quá nhỏ, lấy mẫu không có tế bào u. Một đặc điểm là trong vi UTBM nhú thường được phát hiện tình cờ trên nền tổn thương phổi hợp ví dụ bướu giáp keo. Vì vậy, việc nhận định đánh giá tỷ mỉ các tổn thương trên siêu âm, đặc biệt kỹ thuật CHKN dưới HDSA ở những u nhỏ và khó cần phải được thực hiện bởi bác sĩ có kinh nghiệm, đã được đào tạo về CHKN và có thời gian thực hành lâu năm là điều cần thiết.

Không điển hình ý nghĩa không xác định/ tổn thương nang ý nghĩa không xác định của là loại chẩn đoán gây tranh cãi nhất vì tính không đồng nhất và không thống nhất của nó. Nguy cơ ác tính ở Bethesda III là 5-15% theo Bethesda 2007 [5]. Bản sửa đổi năm 2017, nguy cơ ác tính không điển hình là 6-18% (NIFTP loại khối ung thư biểu mô) [6]. Nguy cơ ác tính đối với một nhân giáp không xác định, đặc biệt là Bethesda III là rất khó xác định vì chỉ có một số ít trường hợp trong chẩn đoán này được phẫu thuật. Những người được phẫu thuật khi lặp lại CHKN vẫn chẩn đoán là không điển hình hoặc bệnh nhân có lâm sàng và hoặc siêu âm nghi ngờ.

Tỷ lệ ác tính của các TBH không điển hình được theo dõi sau phẫu thuật, theo nghiên cứu của phương Tây, dao động từ 20%, 25% đến 28%. Allen S Ho và cs đã đưa ra tỷ lệ ác tính 26,3% ở các nốt chẩn đoán Bethesda III. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ ác tính ở nhóm này là 16,7%, tỷ lệ này nằm trong khoảng 10-30% mà ATA đưa ra từ nhiều nghiên cứu ở các trung tâm trên khắp thế giới, thấp hơn với tỷ lệ 20-28% trong các nghiên cứu được đề cập ở trên. 1 trong 6 trường hợp là vi UTBM nhú và không có trường hợp nào là NIFTP. Trên TBH trường hợp ác tính này có mật độ tế bào ít

nhưng biểu hiện đám tế bào không điển hình với nhân hơi lớn, một vài nhân khía, viền nhân không đều trên nền nhiều tế bào tuyến giáp lành tính xếp dạng mảnh nang lớn và cách đều nhau, có lượng keo loãng vừa phải. Các biến đổi không đủ để nghi ngờ ác tính trên TBH nhưng trên siêu âm là một nốt đặc giảm âm mạnh, ranh giới không đều, có vi vôi hóa với kích thước nhỏ 7x8 mm và được đánh giá là TIRADS 5. Bệnh nhân đã được CHKN lần 1 tại tuyến cơ sở và kiểm tra tại Bệnh viện K là lần thứ 2, cả 2 lần đều không xác định rõ chắc chắn tổn thương. Quyết định phẫu thuật đã được đưa ra bởi bác sĩ lâm sàng với sự đồng thuận của bệnh nhân. Trong phân tích meta, tác giả Straccia chỉ ra rằng có khoảng 1 trong số 3 - 4 nhân không điển hình là ác tính thật sự [7]. Tỷ lệ ác tính của các nhân giáp không điển hình thường khó xác định do việc diễn giải kết quả giữa các labo thường không thống nhất, tùy thuộc vào kinh nghiệm của nhà tế bào học.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 6 trường hợp chẩn đoán TBH là nghi ngờ tân sản nang theo dõi sau phẫu thuật, mô bệnh học lành tính chiếm 50% (gồm có u tuyến thể nang 2 trường hợp, nốt dạng u tuyến 1 trường hợp), trong khi bệnh ác tính chiếm 33,3% ứng với 2 trường hợp đều là UTBM nhú biến thể nang. Có 1 trường hợp MBH được chẩn đoán là NIFTP chiếm 16,7%. Nếu tính NIFTP là một UTBM ác tính thì tỷ lệ ác tính trong danh mục này là 50%, đây là một tỷ lệ cao hơn đáng kể so với tỷ lệ 25-40% mà Bethesda 2017 đưa ra với cùng cách tính và 15-30% theo Bethesda 2007. Nhưng nếu không coi NIFTP là ung thư, với cách tính như vậy thì tỷ lệ ác tính của chúng tôi đưa ra trong nhóm này phù hợp với tỷ lệ mà Bethesda 2017 đưa ra (33,3% với 10-40%). Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trong thời gian ngắn, lượng bệnh nhân nghiên cứu và được theo dõi phẫu thuật là chưa đủ để xác định tỷ lệ NIFTP đại diện cho quần thể bệnh. Nhưng về một khía cạnh nào đó, theo tính toán trong nghiên cứu thì NIFTP chỉ chiếm 0,97% trong tổng số 103 các ca UTBMTG. Việc này có thể làm tỷ lệ ác tính trong Bethesda IV tăng lên đáng kể. Chẩn đoán TBH có thể tùy chọn là nghi ngờ tân sản nang hay nghi ngờ ác tính tùy thuộc các biến đổi có đủ nhiều hay không, theo kinh nghiệm của các bác sĩ tế bào học và cả tần suất các u tuyến giáp.

Trong nghiên cứu chúng tôi theo dõi 38 trường hợp TBH nghi ngờ ác tính, MBH sau phẫu thuật chiếm đến 94,7% là ác tính thật sự (vi UTBM nhú gặp nhiều nhất 57,9%, UTBM nhú

thông thường 34,2% và 1 trường hợp biến thể nang UTBM nhú chiếm 2,6%). 5,3% còn lại là lành tính MBH ứng với 1 u tuyến thể nang và 1 viêm tuyến giáp bán cấp. Tỷ lệ ác tính này tương đối cao so với con số mà Bethesda 2017 đưa ra là 45-60% (NIFTP không tính trong tỷ lệ này). Tỷ lệ cao hơn được rút ra trong nghiên cứu này một phần do các tiêu chuẩn hướng dẫn chẩn đoán được bổ sung chi tiết rõ ràng cùng với các ghi chú lưu ý được áp dụng trong Bethesda 2017, một phần không thể thiếu đó là kinh nghiệm chẩn đoán của các bác sĩ tại Bệnh viện K. Mặc dù các khối u gặp nhiều nhất lại là những vi UTBM TG thể nhú kích thước bé và chiếm tỷ lệ gần gấp đôi các UTBM nhú thông thường nhưng có thể thấy một khả năng dự báo ác tính của chẩn đoán này là rất đáng tin cậy.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo dõi 61 chẩn đoán TBH ác tính thì 100% MBH ác tính, kết quả cao hơn so với tỷ lệ Bethesda 2017 đưa ra là 94%-96%.

***Giá trị của phương pháp tế bào học chọc hút kim nhỏ.** Phương pháp tế bào học được coi là phương pháp tốt nhất để chẩn đoán các nhân tuyến giáp trước phẫu thuật. Đặc biệt chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm giúp làm tăng giá trị chẩn đoán chính xác, giảm tỷ lệ âm tính giả. Theo nhiều nghiên cứu, trước kia khi chưa có chọc hút kim nhỏ thì những bệnh nhân mổ u tuyến giáp chỉ có 10-20% là ác tính, có tới 75-90% các trường hợp là âm tính giả. Phẫu thuật tuyến giáp là một phẫu thuật khó có thể gây nhiều biến chứng nghiêm trọng cho bệnh nhân. Chọc hút kim nhỏ đã làm giảm 50% các trường hợp phẫu thuật và tăng gấp đôi tỷ lệ ung thư tuyến giáp được cắt bỏ [8].

Chẩn đoán TBH có 61 trường hợp chẩn đoán TBH ác tính, kết quả MBH đều là ác tính. 38 trường hợp TBH chẩn đoán nghi ngờ ác tính chúng tôi coi như là kết quả dương tính. Như vậy trong chẩn đoán tế bào học có 1 trường hợp là âm tính giả, có 2 trường hợp là dương tính giả. Độ nhạy của phương pháp TBH là 98,98%, độ đặc hiệu là 81,81%, độ chính xác là 97,25% và giá trị dự báo dương tính là 97,98%, giá trị dự báo âm tính 90,0%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn hẳn so với các nghiên cứu trước đó. Theo Nguyễn Thị Hoa Hồng (2012) cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu là 88,9% và 96,9% [9]. Một số báo cáo của các tác giả trên thế giới cũng cho thấy đây là phương pháp có độ nhạy và độ đặc hiệu khá cao. Theo nghiên cứu của Mc Henry (1996) độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 88% và 89%. Một nghiên cứu khác của Abboud

B (2003) cho thấy độ nhạy của phương pháp tế bào là 73%, độ đặc hiệu là 93,5%. Mandell DL và cộng sự (2001) cũng đã kết luận phương pháp tế bào học chọc hút kim nhỏ rất có giá trị trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp và có thể chính xác như trong chẩn đoán sinh thiết tức thì tuyến giáp với độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là 89%, 97%, 94%.

Kết quả của chúng tôi khá cao bởi vì phương pháp CHKN đã được áp dụng nhiều năm nay tại khoa Trung tâm Giải phẫu bệnh - Sinh học phân tử, Trung tâm chẩn đoán hình ảnh, nơi có đội ngũ bác sĩ chuyên môn cao cùng, kinh nghiệm thực hành lâu năm, nên chẩn đoán và tầm soát các khối u là có độ chính xác rất cao. Hơn nữa, hầu hết những nhân nhỏ, lâm sàng không sờ thấy chúng tôi đều chọc hút dưới siêu âm. Cùng với việc áp dụng phân loại chẩn đoán tế bào học theo Bethesda từ nhiều năm một cách nghiêm túc cũng là một nguyên nhân đưa đến kết quả tốt. Trong nghiên cứu này, chẩn đoán tế bào học CHKN các bước nhân đã được chọn lựa từ các nhân giáp TIRADS 4-5, đây thật sự là một kết hợp quan trọng làm tăng khả năng chẩn đoán chính xác bệnh lý ác tính cũng như lành tính. Có thể nói giúp cho việc đưa ra các chỉ định phẫu thuật là thích hợp nhất cho mỗi trường hợp, giảm thiểu tối đa điều trị quá mức vì những chẩn đoán TBH là dương tính giả. Phẫu thuật viên có thể hoàn toàn tin tưởng và đưa ra các phương pháp xử trí đúng đắn cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Các tổn thương tuyến giáp đa số gặp ở nữ giới chiếm 89,59%, nam giới ít gặp hơn chiếm 10,41% ($p=0,000$). Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 31-50 tuổi chiếm tỷ lệ 53,1%.

Tỷ lệ ác tính (UTBM nhú) của từng nhóm chẩn đoán TBH theo phân loại Bethesda 2017 khi được đối chiếu lần lượt là: Không thỏa mãn (50%), lành tính (10%), tổn thương không điển hình ý nghĩa không xác định (16,7%), tân sản nang/nghi ngờ tân sản nang (33,3%), nghi ngờ ác tính (94,7%), ác tính (100%).

TBH là phương pháp chẩn đoán tốt UTBM nhú tuyến giáp với độ nhạy 98,98%, độ đặc hiệu 81,81% và độ chính xác là 97,25%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Bá Đức và cộng sự.** (2010). Dịch tế bào học và chương trình phòng chống ung thư. Tạp chí Ung thư học Việt Nam, 1, 21-26.
2. **Khanh Nguyen-Gia et al.** (2005). Fine-needle aspiration of the thyroid: an overview. CytoJournal 2005, 2:12.
3. **Nguyễn Quang Bảy.** (2008). Chẩn đoán và điều

- trị bướu nhân tuyến giáp. Y học lâm sàng, Nhà xuất bản trẻ, 23, 13 – 15.
4. **Vũ Bích Nga** (2012). Đặc điểm bướu nhân tuyến giáp qua chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm. Tạp chí Y học thực hành (874)-Số 6/2013.
 5. **Cibas ES và Ali SZ** (2009). The Bethesda System for reporting thyroid cytopathology. *Thyroid*, 19, 1159 - 1165.
 6. **Cibas E, Ali S.** (2017). The 2017 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. *Journal of the American Society of Cytopathology*. 6:217-222.
 7. **Straccia P, Rossi ED và Bizzarro T et al.** (2015). A meta-analytic review of the Bethesda System for reporting thyroid cytopathology: has the rate of malignancy in indeterminate lesions been underestimated? *Cancer Cytopathol*, 123, 713 - 722.
 8. **DeMay RM** (1999). *Thyroid. The Art and Science of Cytopathology*. 2th edition. American Society of Clinical Pathology, 1234-1342
 9. **Nguyễn Thị Hoa Hồng** (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, siêu âm, tế bào học, kết quả mô bệnh học của bướu nhân tuyến giáp. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.

NGHIÊN CỨU NGUY CƠ BƠM HƠI DẠ DÀY DƯỚI SIÊU ÂM LIÊN QUAN ĐẾN THÔNG KHÍ KIỂM SOÁT ÁP LỰC QUA MẶT NẠ TRONG QUÁ TRÌNH KHỞI MÊ

Phạm Thị Tuyết Mai¹, Phan Tôn Ngọc Vũ¹,
Huỳnh Trung Thảo Nguyên¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bơm hơi dạ dày trong quá trình khởi mê trên người bệnh ngưng thở với đường thở không được bảo vệ là một trong những nguyên nhân của hít sặc dịch dạ dày vào phổi. Chúng tôi tìm cách xác định mức cài đặt áp lực hít vào nhằm hạn chế tối đa nguy cơ bơm hơi dạ dày trong khi vẫn cung cấp thông khí phổi phù hợp. **Phương pháp nghiên cứu:** Trong thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên này, người bệnh được phân chia vào hai nhóm (P10 và P20) quy định bởi áp lực hít vào sử dụng trong thông khí kiểm soát áp lực: 10 và 20 cm H₂O. Gây mê được tiến hành với sử dụng fentanyl, propofol và rocuronium. Khi xảy ra mất phản xạ mi mắt, bắt đầu thông khí bằng mặt nạ trong 90 giây, đồng thời sử dụng hình ảnh siêu âm vùng tâm vị trong thời gian thực để phát hiện bơm hơi dạ dày. Mặt phẳng cắt ngang vùng tâm vị được đo lường trên hình ảnh siêu âm trước và sau thông khí. Các thông số hô hấp cũng được thu thập. **Kết quả:** 50 người bệnh được phân tích. Chúng tôi nhận thấy có sự tăng đáng kể có ý nghĩa thống kê trên tỉ lệ bơm hơi dạ dày theo áp lực hít vào, từ 0% (nhóm P10) đến 28% (nhóm P20). Trong nhóm P20, việc xác định bơm hơi dạ dày đi kèm với sự tăng đáng kể có ý nghĩa thống kê diện tích vùng tâm vị. Thông khí phổi vẫn được đầy đủ trong nhóm P10. **Kết luận:** Mức cài đặt áp lực hít vào 10 cm H₂O cho phép giảm tần suất bơm hơi dạ dày đồng thời đảm bảo thông khí phổi phù hợp trong quá trình khởi mê.

Từ khóa: bơm hơi dạ dày, áp lực hít vào, khởi mê, siêu âm.

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Tuyết Mai
Email: mai.ptt2@umc.edu.vn
Ngày nhận bài: 12.10.2023
Ngày phản biện khoa học: 14.11.2023
Ngày duyệt bài: 22.12.2023

SUMMARY

RISK OF GASTRIC INSUFFLATION RELATED TO FACEMASK PRESSURE-CONTROLLED VENTILATION USING ULTRASOUND

Background: Insufflation of air into the stomach during induction of anesthesia in patients with apnea with an unprotected airway may be one of the causes of pulmonary aspiration of gastric contents. We sought to determine the level of inspiratory pressure minimizing the risk of gastric insufflation while providing adequate pulmonary ventilation. **Methods:** In this randomized controlled trial, patients were allocated to two groups (P10 and P20) defined by the inspiratory pressure applied during controlled-pressure ventilation: 10 and 20 cm H₂O. Anesthesia was induced using fentanyl, propofol and rocuronium. Once loss of eyelash reflex occurred, facemask ventilation was started for a 90-second period while gastric insufflation was detected by real-time ultrasonography of the antrum. The cross-sectional antral area was measured using ultrasonography before and after ventilation. Respiratory parameters were recorded. **Results:** Fifty patients were analyzed. We registered statistically significant increases in incidences of gastric insufflation with inspiratory pressure, from 0% (group P10) to 28% (group P20). In group P20, detection of gastric insufflation was associated with a statistically significant increase in the antral area. Lung ventilation was still sufficient for group P10. **Conclusion:** Inspiratory pressure of 10 cm H₂O allowed for reduced occurrence of gastric insufflation with proper lung ventilation during induction of anesthesia.

Keywords: Gastric insufflation, inspiratory pressure, induction of anesthesia, ultrasound.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hít sặc dịch dạ dày luôn là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong số các