

nhưng đều cho rằng kích thước khối u sẽ ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh, lựa chọn phương pháp phẫu thuật, khả năng triệt để của phẫu thuật và chỉ định điều trị tiếp theo.

Trong các bệnh nhân u tuyến ức được chụp phim CLVT thì đa phần u có tỷ trọng tổ chức chiếm tỷ lệ 81,4%; tỷ trọng hỗn hợp chiếm 18,6%, còn lại 5 trường hợp là có canxi trong u. Tính chất bắt thuốc của u sau khi tiêm thuốc cản quang cũng khác nhau, trong đó tăng bắt thuốc đồng nhất chiếm 83,1%; bắt thuốc không đồng nhất chiếm tỷ lệ 10,1%; và chỉ bắt thuốc ở viền chiếm 6,8%. Điều này giải thích rằng: tỷ trọng sau tiêm thuốc cản quang liên quan mật thiết đến tình trạng cấp máu nuôi u. Với việc tình trạng tăng tỷ trọng mạnh hay ít là do hệ thống cung cấp máu nuôi u, do đó chúng liên quan đến vấn đề chảy máu trong phẫu thuật; điều này giúp phẫu thuật viên tiên lượng được khả năng chảy máu trong và sau mổ. Phạm Hữu Lữ (2015)<sup>6</sup>, nghiên cứu tỷ trọng u trung thất cũng cho kết quả tương tự như vậy

Bảng kết quả phân loại mô bệnh học của u tuyến ức sau mổ (bảng 3), trong nghiên cứu gặp tất cả các các tuýp phân loại u, nhưng tập trung chủ yếu vẫn là tuýp A và AB chiếm tỷ lệ 49,1%; thấp nhất là thymoma carcinoma vảy có 05 trường hợp. Hầu hết các tác giả trên thế giới hiện nay sử dụng bảng phân loại của tổ chức y tế thế giới và phân chia giai đoạn u của Masaoka<sup>7</sup>, thì u tuyến ức tít A hoặc AB được coi

là u tuyến ức lành tính, u tuyến ức tít B1– B3 là thể ác tính mức độ I, u tuyến ức tít C là thể ác tính mức độ II.

## V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 57,5 ± 23,5, phần lớn bệnh nhân có triệu chứng ở thời điểm chẩn đoán, kích thước trung bình là 4,88 ± 3,67 cm. Đa số bệnh nhân có tít mô bệnh học A và AB chiếm 51,8%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Takahashi K.** "Thymus and Thymic Tumors – Mediastinal disease". MRI of the Lung, 2009, 12:224-234
2. **Phạm Hữu Lữ.** Nghiên cứu điều trị u trung thất bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực tại bệnh viện Việt Đức, Luận văn Tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 2015
3. **Đặng Ngọc Hùng, Mai Văn Viên và CS.** "Một số đặc điểm lâm sàng, Xquang và kết quả phẫu thuật cắt bỏ u tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ", Y học Việt Nam, 2006, 328, tr. 363-372.
4. **Nguyễn Khắc Kiểm.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị u tuyến ức tại Bệnh viện K. Luận văn thạc sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội. Hà Nội. 2008.
5. **Phạm Hữu Lữ, Ngô Gia Khánh, Nguyễn Hữu Ước và cộng sự.** Phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị bệnh lý u tuyến ức tại bệnh viện Việt Đức. Tạp chí phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam, 2014, 9(3), 28 - 33.
6. **Duwe B.V, Stermann D.H, Musani A.I.** Tumors of the mediastinum, 2005, Chest 128, 4, 2893-2909.

## ĐỐI CHIẾU CHẨN ĐOÁN TẾ BÀO HỌC VỚI PHÂN ĐỘ TIRADS TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG NĂM 2023

Đỗ Tiến Dũng<sup>1</sup>, Đỗ Thị Yến<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Quỳnh Giang<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ung thư biểu mô tuyến giáp là bệnh ác tính phổ biến nhất trong ung thư các tuyến nội tiết. Chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm là kỹ thuật đơn giản, chi phí thấp, có hiệu quả cao trong chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ và nguy cơ ác tính của các nhóm trong phân loại tế bào học Bethesda và so sánh với phân loại siêu âm TIRADS trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp. **Đôi**

**tượng và phương pháp:** 1832 nhân tuyến giáp của 1761 bệnh nhân có tổn thương nhân giáp đến khám tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương từ 28/2/2023 đến 16/8/2023, trong đó có 424 nhân giáp đã phẫu thuật. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình 44,9 ± 12,3 tuổi, phần lớn là nữ giới (87,9%), nhân giáp có kích thước nhỏ hơn hoặc bằng 10 mm chiếm chủ yếu với tỷ lệ 61,6%. Kết quả tỷ lệ các nhóm siêu âm theo hệ thống ACR\_TIRADS 2017 lần lượt: 0,2% (TR1), 3,6% (TR2), 11,7% (TR3), 21,1% (TR4), 63,4% (TR5). Trong đó, nguy cơ ác tính TR3 là 60%, TR4 là 86,9%, TR5 là 96,8%. Kết quả tỷ lệ các nhóm tế bào học theo phân loại Bethesda 2017: 6,4% (nhóm I), 32,4% (nhóm II), 9% (nhóm III), 1,1% (nhóm IV), 13,6% (nhóm V), 37,5% (nhóm VI) với nguy cơ ác tính 57,1% (nhóm I), 69,2% (nhóm II), 87,5% (nhóm III), 16,7% (nhóm

<sup>1</sup>Bệnh viện Nội tiết Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Quỳnh Giang

Email: quynhgiang298@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 6.3.2024

Ngày duyệt bài: 27.3.2024

IV), 98,8% (nhóm V), 100% (nhóm VI). **Kết luận:** Áp dụng siêu âm theo hệ thống ACR\_TIRADS 2017 kết hợp chẩn đoán tế bào học theo phân loại Bethesda 2017 mang lại hiệu quả cao trong chẩn đoán nhân giáp ác tính.

**Từ khóa:** Phân loại Bethesda tế bào học tuyến giáp, phân loại siêu âm tuyến giáp TIRADS.

## SUMMARY

### COMPARISON OF CYTOLOGICAL DIAGNOSIS WITH THYROID IMAGING REPORTING AND DATA SYSTEM (TIRADS) IN THE DIAGNOSIS OF THYROID CANCER AT THE CENTRAL ENDOCRINE HOSPITAL IN 2023

**Introductions:** Thyroid carcinoma is the most common malignancy in cancer of the endocrine glands. Ultrasound-guided fine needle aspiration is a simple, low-cost, and highly effective technique in diagnosing thyroid nodules. **Objectives** to determine the stratification and risk of malignancy of Bethesda system's subgroups for reporting thyroid cytopathology, in addition, compare with Thyroid Imaging Reporting and Data System [TI-RADS] in diagnosing thyroid cancer. **Patients and Methods:** Collect data of 1832 thyroid nodules from 1761 patients admitted at the Hospital of in National Hospital of Endocrinology from February 28, 2023 to August 16, 2023 and 424 thyroid nodules were operated. The research method is cross-sectional..

**Results:** The average age is  $44.9 \pm 12.3$  years, women accounted for the majority (87.9%), thyroid nodules are mainly 10 millimeters or less, accounting for 61.6%. The percentage of ACR\_TIRADS 2017 subgroups were: 0.2% (TR1), 3.6% (TR2), 11.7% (TR3), 21.1% (TR4), 63.4% (TR5) with corresponding malignant risks were: 60% (TR3), 86.9% (TR4), 96.8% (TR5). The proportion of Bethesda 2017 subgroups were: 6.4% (I), 32.4% (II), 9% (III), 1.1% (IV), 13.6% (V), 37.5% (VI) with a malignant risk of 57.1% (I), 69.2% (II), 87.5% (III), 16.7% (IV), 98.8% (V), 100% (VI). **Conclusions:** The combination of US-FNAC (Bethesda 2017 classification) and ultrasonography (ACR\_TIRADS 2017 classification) brings high efficiency in diagnosing malignant thyroid nodule. **Keywords:** The Bethesda system for reporting thyroid cytopathology, Thyroid Imaging Reporting and Data System [TI-RADS].

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tuyến giáp (UTBMTG) là bệnh ác tính phổ biến nhất trong ung thư các tuyến nội tiết và chiếm 3,44 % các bệnh ung thư nói chung. Trên thế giới, theo số liệu GLOBOCAN năm 2020 của Cơ quan quốc tế nghiên cứu về ung thư (IARC) cho thấy UTBMTG đứng hàng 11 về số ca mắc mới ung thư. Tại Việt Nam, UTBMTG đứng thứ 10 trong các loại ung thư với 5.471 ca mắc mới và 642 ca tử vong. UTBMTG đứng thứ 7 ở nữ giới với tỷ lệ 7,6/100.000 dân và đứng thứ 8 ở nam giới với tỉ lệ 1,9/100.000 dân, tỉ lệ mắc nữ/nam là 4:1,5[7].

Trên lâm sàng, đa số bướu nhân tuyến giáp không có triệu chứng và nhiều trường hợp được phát hiện tình cờ, vì vậy làm cách nào phát hiện sớm ung thư tuyến giáp vẫn còn nhiều tranh cãi [5]. Trong các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh thì siêu âm từ lâu đã được công nhận là kỹ thuật có hiệu quả cao trong khảo sát tuyến giáp. Siêu âm cũng là kỹ thuật đơn giản, chi phí thấp, không gây hại nên có thể lặp lại nhiều lần. Chọc hút kim nhỏ (FNA) là kỹ thuật tương đối an toàn, cho kết quả nhanh và có độ nhạy, độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp[5]. Vì vậy, kết hợp giữa siêu âm và chọc hút kim nhỏ đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp.

Do đó chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: "So sánh giá trị chẩn đoán ung thư tuyến giáp của hệ thống phân loại tế bào học theo Bethesda với hệ thống phân loại TIRADS trên siêu âm".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trong 1.832 nhân giáp của 1.761 bệnh nhân tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương từ 28/2/2023 đến 16/8/2023.

Bệnh nhân có tổn thương nhân tuyến giáp trên hình ảnh siêu âm được phân loại ACR\_TIRADS 2017 và làm xét nghiệm tế bào học dưới hướng dẫn của siêu âm được phân loại theo Bethesda 2017 và/hoặc được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học sau phẫu thuật.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang
- Chọn mẫu thuận tiện
- Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

### 2.3. Các chỉ số nghiên cứu

- Khai thác thông tin về đặc điểm chung của bệnh nhân bao gồm: tuổi, giới.
- Kết quả siêu âm bao gồm vị trí u, kích thước u, phân loại TIRADS.
- Kết quả FNA theo phân loại Bethesda 2017, kết quả mô bệnh học nếu có.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu**

**Bảng 3.1: Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu**

Số bệnh nhân	1.761	Vị trí		Giới tính	
Số nhân giáp	1.832	Thùy phải	963 (52,6%)	Nam	213 (12,1%)
		Thùy trái	742 (40,5%)	Nữ	1.548 (87,9%)

Vùng eo	127 (6,9%)	Tỷ lệ nữ/nam	7,27/1
---------	------------	--------------	--------

**Nhận xét:** bệnh nhân nữ chiếm đa số với tỷ lệ 87,9%. Tỷ lệ nữ/nam là 7,27/1. U gặp nhiều hơn ở thùy phải với tỷ lệ 52,6%.

**Bảng 3.2: Đặc điểm bệnh nhân theo giới và tuổi**

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
<20	8	3,8	25	1,6	33
20-29	35	16,4	146	9,4	181
30-39	47	22,1	381	24,6	428
40-49	60	28,2	416	26,9	476
50-59	38	17,8	365	23,6	403
≥60	25	11,7	215	13,9	240
<b>Tổng</b>	<b>213</b>	<b>100,0</b>	<b>1.548</b>	<b>100,0</b>	<b>1.761</b>
<b>Tuổi trung</b>	42,4±12,8		45,3±12,2		44,9±12,3

bình X ± SD (Min-Max)	(11-79)	(8-83)	(8-83)
-----------------------------	---------	--------	--------

**Nhận xét:** Tuổi mắc bệnh trung bình là 44,9 ± 12,3 tuổi, thấp nhất là 8 tuổi, cao nhất là 83 tuổi. Nhóm tuổi thường gặp là 40 - 49 tuổi là 26,9%.

**3.2. Tỷ lệ phân loại theo TIRADS và Bethesda của đôi tượng nghiên cứu.**

**Bảng 3.3: Phân loại các nhóm TIRADS**

TIRADS	n	Tỷ lệ %
TR1	4	0,2
TR2	66	3,6
TR3	214	11,7
TR4	387	21,1
TR5	1.161	63,4
<b>Tổng</b>	<b>1.832</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Nhân giáp chủ yếu thuộc TIRADS 4 và 5 với kết quả lần lượt là 21,1% và 63,4%.

**Bảng 3.4: Đặc điểm kích thước nhân giáp trên siêu âm trong phân loại TIRADS**

KT nhân	TIRADS										Tổng	Tỷ lệ (%)
	I		II		III		IV		V			
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)		
≤ 10 mm	2	0,1	12	0,7	42	2,3	229	12,5	843	46,0	1.128	61,6
10 mm < KT ≤ 20 mm	2	0,1	21	1,1	92	5,0	120	6,6	257	14,0	492	26,9
20mm < KT ≤ 40 mm	0	0,0	31	1,7	73	4,0	37	2,0	58	3,2	199	10,9
> 40 mm	0	0,0	2	0,1	7	0,4	1	0,1	3	0,2	13	0,7

**Nhận xét:** Nhân có kích thước ≤ 10 mm chiếm tỷ lệ cao nhất 61,6%.

**Bảng 3.5: Phân loại các nhóm FNA theo Bethesda 2017**

Bethesda	n	Tỷ lệ (%)
Nhóm I	117	6,4
Nhóm II	593	32,4
Nhóm III	165	9,0
Nhóm IV	20	1,1
Nhóm V	249	13,6
Nhóm VI	688	37,5
<b>Tổng</b>	<b>1.832</b>	<b>100,0</b>

**Nhận xét:** Nhóm VI là có kết quả FNA ác tính chiếm tỷ lệ cao nhất là 37,5%.

**3.3. Giá trị của hệ thống phân loại tế bào học Bethesda và phân loại siêu âm TIRADS trong đánh giá nguy cơ ác tính của nhân tuyến giáp.**

**Bảng 3.6: So sánh kết quả chẩn đoán tế bào học và phân nhóm TIRADS trên siêu âm**

Bethesda	TIRADS										Tổng
	I		II		III		IV		V		
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Nhóm I	1	25,0	8	12,1	9	4,2	35	9,0	64	5,5	117
Nhóm II	3	75,0	58	87,9	195	91,1	179	46,3	158	13,6	593
Nhóm III	0	0,0	0	0,0	3	1,5	42	10,9	120	10,3	165
Nhóm IV	0	0,0	0	0,0	3	1,4	11	2,8	6	0,5	20
Nhóm V	0	0,0	0	0,0	3	1,4	33	8,5	213	18,4	249
Nhóm VI	0	0,0	0	0,0	1	0,5	87	22,5	600	51,7	688
<b>Tổng</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>66</b>	<b>100,0</b>	<b>214</b>	<b>100,0</b>	<b>387</b>	<b>100,0</b>	<b>1161</b>	<b>100,0</b>	<b>1.832</b>

**Nhận xét:** 100% nhân giáp được đánh giá TIRADS 1,2 có kết quả chẩn đoán tế bào học Bethesda I và II. Nhân giáp TIRADS 5 có kết quả Bethesda nhóm V và VI tương ứng 18,4% và 51,7%.

**Bảng 3.7: Phân loại FNA nhân giáp trong chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp.**

Bethesda	n	Lành tính (n=20)		Ác tính (n=404)		p<0,01
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Nhóm I	7	3	42,9	4	57,1	
Nhóm II	26	8	30,8	18	69,2	
Nhóm III	24	3	12,5	21	87,5	
Nhóm IV	6	5	83,3	1	16,7	
Nhóm V	89	1	1,2	88	98,8	
Nhóm VI	272	0	0,0	272	100,0	

**Nhận xét:** Kết quả FNA được phân loại theo Bethesda nhóm V và VI thì có nguy cơ ác tính lần lượt là 98,8% và 100%.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu.** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nữ mắc bệnh nhiều hơn nam với tỷ lệ nữ/nam là 7,27/1 Tuổi mắc bệnh nhỏ nhất là 8 tuổi và lớn nhất là 83 tuổi. Tuổi mắc bệnh trung bình là 44,9 ± 12,3 tuổi. Nhóm tuổi thường gặp là 40 - 49 tuổi. Nhân có kích thước ≤ 10 mm chiếm tỷ lệ cao nhất là 61,6%. Tỷ lệ u gặp nhiều nhất ở thùy phải với 52,6%, thùy trái và vùng eo tương ứng là 40,5% và 6,9%.

**4.2. Tỷ lệ phân loại theo TIRADS và Bethesda của đối tượng nghiên cứu**

**4.2.1. Tỷ lệ các nhóm trong phân loại ACR\_TIRADS 2017.** Gồm 1.832 nhân giáp, trong đó TIRADS 5 chiếm tỷ lệ cao nhất (63,4%), nhân giáp TIRADS 1 đến 4 chiếm tỷ lệ lần lượt là 0,2%, 3,6% và 11,7% và 21,1%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Tường Thi Hồng.Hanh (2021) [2] cho thấy tỷ lệ của nhân giáp từ TIRADS 1 đến 5 lần lượt là 0%, 3,1%, 11,7%, 23,8% và 61,3%. Giải thích điều này liên quan đến lựa chọn đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân sau khi có kết quả siêu âm, bác sĩ sẽ dựa vào kết quả của siêu âm tuyến giáp rồi mới có chỉ định tiếp theo là chọc hút tế bào tuyến giáp, vì thế nên nhân giáp lành tính thường chiếm tỷ lệ thấp ở kết quả tế bào học.

**4.2.2. Tỷ lệ các nhóm tế bào học theo phân loại Bethesda 2017.** Trong các nhóm tế bào tuyến giáp theo Bethesda, tỉ lệ lần lượt là: 6,4% (nhóm I), 32,4% (nhóm II), 9% (nhóm III), 1,1% (nhóm IV), 13,6% (nhóm V), 37,5% (nhóm VI) (bảng 3.5). kết quả này có khác biệt

với kết quả của Anand và cs (2020) [3] nghiên cứu trên 646 trường hợp chọc hút tế bào cho thấy tỷ lệ các nhóm tế bào tuyến giáp theo Bethesda từ I đến VI tương ứng là: 13,8% (nhóm I), 75,9% (nhóm II), 1,2% (nhóm III), 3,7% (nhóm IV), 2,6% (nhóm V) và 2,8% (nhóm VI). Sự khác biệt có thể do cách thức chọn mẫu khác nhau giữa các nghiên cứu.

**4.3. Giá trị của hệ thống phân loại tế bào học Bethesda và phân loại siêu âm TIRADS trong đánh giá nguy cơ ác tính của nhân giáp**

**4.3.1. Giá trị của hệ thống phân loại giữa TIRADS với tế bào học theo Bethesda.**

Nhân tuyến giáp được đánh giá là TIRADS 1, 2 có kết quả tế bào học theo Bethesda là cũng thuộc nhóm I và II (chiếm 100%). Nhân tuyến giáp thuộc TIRADS 3 có tỷ lệ rất thấp 2,9% chẩn đoán nghi ngờ/ác tính. Nhân giáp TIRADS 4 và 5 có kết quả tế bào nghi ngờ/ác tính lần lượt là 33,8% và 70,6% (bảng 3.6). Trong nhiều trường hợp nhân tuyến giáp TIRADS 4 và 5 được chẩn đoán tế bào học lành tính do có các đặc điểm canxi hóa, xơ hóa hoặc kèm viêm được phát hiện trên mô bệnh học, những tổn thương đi kèm này có thể đã tạo ra hình ảnh giả ác tính trên siêu âm.

**4.3.2. Giá trị của hệ thống phân loại tế bào học Bethesda với mô bệnh học.**

Qua nghiên cứu từ 1.832 nhân tuyến giáp có đầy đủ kết quả siêu âm, tế bào học thì mới chỉ có 424 ca có kết quả mô bệnh học sau mổ (bảng 3.7) thấy nguy cơ ác tính của các nhóm theo Bethesda từ nhóm I đến nhóm VI lần lượt là : 57,1%, 69,2%, 87,5%, 16,7%, 98,8%, 100%. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của một tác giả trong và ngoài nước. Như nghiên cứu của Nguyễn Trần Bảo Song và cs [1] thấy nguy cơ ác tính theo Bethesda từ nhóm II đến VI lần lượt là 9%, 100%, 26,3%, 76,4% và 96,4%. Theo tác giả Cibas và cs (2017) [4] thấy nguy cơ ác tính từ nhóm I đến nhóm VI lần lượt là: 5-10%, 0-3%, 6-18%, 10-40%, 45-60%, 95-96%.

#### V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu từ 1.832 nhân tuyến giáp của 1.761 bệnh nhân chúng tôi thu được kết quả sau: nhân giáp đánh giá trên siêu âm với TIRADS 4 và 5 có nguy cơ ác tính là 33,8% và 70,6%. Nhân giáp có kết quả tế bào học với Bethesda nhóm V và VI có tỷ lệ ác tính trên kết quả mô bệnh học là 98,8% và 100%.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trần Bảo Song và cs (2020): "Giá trị của hệ thống phân loại Bethesda trong chẩn đoán tế bào học tuyến giáp." Vietnam Journal of

- Diabetes and Endocrinology 43: 84-88.
2. **Tường Thị Hồng Hạnh và cs** (2021): "Giá trị của phối hợp hai phương pháp chọc hút tế bào và siêu âm trong chẩn đoán nhân ung thư tuyến giáp." Tạp chí y dược lâm sàng 108"
  3. **Anand, Bakiarathana, et al.** "The Bethesda system for reporting thyroid cytopathology: A cytohistological study." Journal of thyroid research 2020 (2020).
  4. **Cibas E. S. et al.** (2017): "The 2017 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology", J Am Soc Cytopathol. 6 (6), pp. 217-222.
  5. **Dean, Diana S.; GHARIB, Hossein.** Fine-needle aspiration biopsy of the thyroid gland. In: Endotext [Internet]. MDText.com, Inc., 2015.
  6. **Gao L. et al.** (2019): "Comparison among TIRADS (ACR TI-RADS and KWAK- TI-RADS) and 2015 ATA Guidelines in the diagnostic efficiency of thyroid nodules", Endocrine. 64 (1), pp. 90-96.
  7. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al** (2020): "Global cancer statistics: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2021;71(3):209-249.

## MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG UNG THƯ DẠ DÀY TẾ BÀO NHÂN

Phạm Văn Bình<sup>1</sup>, Trịnh Quốc Đạt<sup>2</sup>, Lưu Đình Cường<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các trường hợp ung thư dạ dày tế bào nhân được phẫu thuật triệt căn tại bệnh viện K giai đoạn 2020 - 2022. **Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 102 bệnh nhân (BN) ung thư dạ dày thể tế bào nhân được phẫu thuật triệt căn tại bệnh viện K. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, hồi cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 58,22 ± 12,30 tuổi (28 - 91 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ = 1,43. Có tiền sử viêm loét dạ dày 27,45%; 10,78% bệnh nhân có người thân trong gia đình ung thư dạ dày. Đau bụng thượng vị là triệu chứng hay gặp nhất (93,14%); xuất huyết tiêu hóa 9,80%; hẹp môn vị 6,86%. Có 53,92% bệnh nhân thiếu máu trên xét nghiệm. Nhóm máu A chiếm tỷ lệ cao (40,39%). U hay gặp nhất ở hang môn vị và bờ cong nhỏ chiếm tỷ lệ lần lượt 56,86% và 32,36%. Hình thái đại thể theo Borrmann: type 1 (20,59%), type 2 (57,84%), type 3 (18,63%), type 4 (2,94%). Chỉ có 20,59% BN ở giai đoạn pT1. Tỷ lệ BN có di căn hạch cao (56,86%). Giai đoạn bệnh có liên quan đến tỷ lệ di căn hạch. Gặp 22,55% trường hợp chẩn đoán trước mổ là UTDD không tế bào nhân. **Kết luận:** Ung thư dạ dày tế bào nhân có những đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng khác biệt, góp phần giúp các nhà lâm sàng có phương thức tiếp cận và chiến lược điều trị phù hợp hơn đối với thể bệnh này. **Từ khóa:** Ung thư dạ dày, tế bào nhân, đặc điểm lâm sàng.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF GASTRIC CANCER PATIENTS WITH RING CELL CARCINOMA

**Aims:** To review some relevant clinically and

paraclinically features for signet – ring cell gastric cancer. **Objectives:** 102 patients with signet – ring cell gastric cancer who were experienced radical gastrectomy at Vietnam National Cancer hospital. **Method:** Retrospective descriptive study. **Results:** The average age of disease: 58,22 ± 12,30 (28-91). Male/female ratio = 1,43. History of gastritis 27,45%; 10,78% of patients have relatives who have gastric cancer. Epigastric abdominal pain (93,14%); gastrointestinal bleeding (9,80%); pyloric stenosis (6,86%). 53,92% of patients with anemia on tests. Blood group A has a high rate (40,39%). Tumors are most common in the pyloric antrum and lesser curvature, accounting for 56,86% and 32,36%, respectively. Morphology according to Borrmann: type 1 (20,59%); type 2 (57,84%); type 3 (18,63%) and type 4 (2,94%). Only 20,59% of patients are in stage pT1. The proportion of patients with lymph node spread is high (56,86%). Disease stage is related to the rate of lymph node spread. 22,55 % of preoperative diagnosis is non - signet ring cell gastric cancer. **Conclusion:** Signet – ring cell carcinoma has the characteristics of clinical and subclinical differences. This will help clinicians to have more appropriate approaches and treatment strategies for this disease. **Keywords:** Gastric cancer, signet – ring cell, Clinical features.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong số các bệnh ung thư phổ biến ở nhiều nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo Cơ quan Nghiên cứu Ung thư Quốc tế IARC (Globocan 2020), trên toàn thế giới có hơn 1 triệu ca mắc mới, gây tử vong cho hơn 760 000 ca, chiếm 7,7% những trường hợp tử vong do ung thư. Theo những báo cáo gần đây, tỷ lệ mắc UTDD đang có xu hướng giảm, nhưng UTDD thể tế bào nhân đang gia tăng liên tục ở một số khu vực như Châu Á, Châu Âu và Hoa Kỳ, và chiếm 35–45% các trường hợp ung thư biểu mô tuyến mới<sup>1</sup>. Các nghiên cứu ghi nhận UTDD tế bào nhân hay gặp

<sup>1</sup>Bệnh viện K cơ sở Tân Triều

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Đình Cường

Email: luucuong97@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.3.2024

Ngày duyệt bài: 29.3.2024