

GIÁ TRỊ CỦA CHỌC HÚT KIM NHỎ DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM (FNAUS) NHÂN ĐẶC ĐƠN ĐỘC TUYẾN GIÁP TỪ 10 ĐẾN 25 MM ĐỐI CHIẾU VỚI MÔ BỆNH HỌC TẠI BỆNH VIỆN K TÂN TRIỀU

Nguyễn Văn Hưng¹, Nguyễn Ngọc Trung¹, Nguyễn Thu Hương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Giá trị chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm nốt đặc đơn độc tuyến giáp từ 10 đến 20 mm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh K Tân Triều từ 08/2018 đến 06/2019 với 158 bệnh nhân. **Kết quả:** Bệnh nhân có TIRADS 5 là 122 chiếm 77,2%, TIRADS 4 là 36 chiếm 22,8%; trong 128 nhân giáp FNAUS có tế bào ác tính thì 118 nhân GPB là ung thư chiếm 92,2%, còn lại 10 nhân GPB lành tính chiếm 7,8%; trong 30 nhân giáp FNAUS có tế bào lành tính thì 16 nhân là GPB là ung thư chiếm 53,3%, còn lại 14 nhân GPB lành tính chiếm 46,7%; Giá trị FNAUS ở nhóm bệnh nhân có nhân giáp TIRADS 4-5 trong chẩn đoán ung thư như sau với độ nhạy Se=88,1%, độ đặc hiệu Sp= 58,3%, giá trị dự báo dương tính PPV = 92,2%, giá trị dự báo âm tính NPV = 46,7%; độ chính xác Acc = 82,54%. **Kết luận:** Giá trị của FNAUS trong nghiên cứu khá cao, tỷ lệ chẩn đoán đúng lên tới 82,54% trong chẩn đoán nhân giáp ác tính; độ nhạy 88,1%; độ đặc hiệu 58,3%.

Từ khóa: Nhân giáp đơn độc, FNAUS, TIRADS

SUMMARY

THE VALUE OF ULTRASOUND-GUIDED FINE NEEDLE ASPIRATION (FNAUS) OF THYROID SOLITARY CONDENSATION FROM 10 TO 25 MM COMPARED WITH HISTOPATHOLOGY AT K TAN TRIEU HOSPITAL

Objective: The value of fine needle aspiration under ultrasound guidance is for solitary solid thyroid nodules from 10 to 20 mm. **Research subjects and methods:** The study was conducted on patients who came for examination and treatment at K Tan Trieu hospital from August 2018 to June 2019 with 158 patients. **Results:** Patients with TIRADS 5 of 122 accounted for 77.2%, TIRADS 4 of 36 accounted for 22.8%; Among 128 FNAUS thyroid nodules with malignant cells, 118 thyroid nodules were cancerous, accounting for 92.2%, the remaining 10 thyroid nodules were benign, accounting for 7.8%; Of the 30 FNAUS thyroid nodules with benign cells, 16 thyroid nodules were cancerous, accounting for 53.3%, the remaining 14 thyroid nodules were benign, accounting for 46.7%; FNAUS values in the group of patients with TIRADS 4-5 thyroid nodules in cancer diagnosis are as follows with sensitivity Se = 88.1%, specificity Sp =

58.3%, positive predictive value PPV = 92.2%, negative predictive value NPV = 46.7%; Acc accuracy = 82.54%. **Conclusion:** The value of FNAUS in research is quite high, the correct diagnosis rate is up to 82.54% in diagnosing malignant thyroid nodules; sensitivity 88.1%; Specificity 58.3%. **Keywords:** Solitary thyroid nodules, FNAUS, TIRADS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là loại ung thư phổ biến. Theo GLOBOCAN 2018 [1], ung thư tuyến giáp đứng hàng thứ 9 trong tổng số các ca ung thư ở cả hai giới với khoảng 567.000 ca mới mắc hàng năm, đứng thứ 5 trong số các loại ung thư ở nữ giới. Tỷ lệ mắc khoảng 3,1/100.000 dân ở cả hai giới và tỷ lệ nam/nữ là 1/3.

Có nhiều phương pháp chẩn đoán hình ảnh được ứng dụng trong chẩn đoán nhân tuyến giáp. Siêu âm là phương pháp đơn giản, chi phí thấp, không gây hại nên có thể lặp lại nhiều lần. Vì vậy, siêu âm là phương pháp chẩn đoán hình ảnh được lựa chọn đầu tiên trong việc khảo sát các bệnh lý tuyến giáp nói chung và nhân tuyến giáp nói riêng [2].

Hệ thống dữ liệu và báo cáo hình ảnh tuyến giáp TIRADS (Thyroid Imaging Reporting and Data System) đã được một số tác giả trên thế giới phát triển dựa trên phân loại BIRADS của tuyến vú. Nghiên cứu của chúng tôi dựa trên bảng phân loại ACR TIRADS 2017 vì được đánh giá là đơn giản, hiệu quả, dễ áp dụng trong thực hành lâm sàng [3].

Siêu âm với chọc hút kim nhỏ (FNA): Với nhân tuyến giáp đơn độc siêu âm giúp xác định đúng vị trí cần chọc hút. Với tuyến giáp đa nhân siêu âm giúp chọn lọc nhân giáp cần chọc hút dựa trên các đặc điểm siêu âm nghi ngờ. FNA dưới hướng dẫn của siêu âm (FNAUS) làm giảm tỷ lệ mẫu không đủ tiêu chuẩn trong khi giữ nguyên hoặc tăng độ nhạy và độ đặc hiệu, giảm tỷ lệ âm tính giả do chọc kim sai vị trí [4]

Về khuyến cáo chọc hút kim nhỏ nhân giáp.

Khuyến cáo của hiệp hội tuyến giáp hoa kỳ [5]

Nguy cơ	Cao, trung bình	Thấp	Rất thấp
FNA	≥ 1 cm	≥ 1.5 cm	≥ 2 cm

Khuyến cáo của ủy ban ACR TIRADS [3]

Nguy cơ	Cao	Trung bình	Thấp
FNA	≥ 1 cm	≥ 1.5 cm	≥ 2.5 cm

Chúng ta thấy chọc hút kim nhỏ nhân giáp

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hưng

Email: drhungytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 25.4.2024

các khuyến cáo còn nhiều mâu thuẫn ở kích thước từ 10 đến 25 mm. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Giá trị của chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm tuyến giáp ở nhóm bệnh nhân có nhân đặc đơn độc từ 10 đến 25 mm".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh K Tân Triều từ tháng 08/2018 đến 06/2019 có nhân giáp đơn độc kích thước từ 10 - 25 mm, xếp loại TIRADS 4,5 theo ACR TIRADS 2017, có kết quả FNA và GPB

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, cỡ mẫu thuận tiện với 158 bệnh nhân bệnh nhân được thực hiện siêu âm và chọc hút kim nhỏ trên máy Logiq S 10, hình ảnh được lưu trên PACS, kết quả FNA, GPB, được lưu vào bệnh án nghiên cứu.

Kỹ thuật siêu âm:

Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, gối kê dưới vai, ngửa cổ tối đa.

Dùng đầu dò linear tần số cao 12 MHz độ phân giải cao, đầu dò luôn vuông góc với mặt da, số vùng Focus phù hợp và không để quá sâu.

Kỹ thuật khám: Di chuyển đầu dò từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài.

Đảm bảo không bỏ sót vùng nào của tuyến giáp.

Đo kích thước các tổn thương (đường kính lớn nhất): chiều rộng, dày, chiều cao.

Đè ép vào khối u với nhiều mức độ khác nhau sao cho thanh màu xanh giữa màn hình đạt màu xanh lá trên tất cả các thang màu.

Lưu hình ảnh và ghi nhận kết quả vào phiếu điều tra, sơ bộ đánh giá tổn thương lành tính, nghi ngờ ác tính hay ác tính.

Phân loại tổn thương theo ACR TIRADS 2017

Kỹ thuật thực hiện FNA tuyến giáp.

+ Bệnh nhân nằm ngửa cổ ra sau, chọc hút bằng kim nhỏ. Tốt nhất sử dụng kim cỡ 25G x1" gắn với bơm tiêm 5ml. Thông thường chọc hút 2-4 lần, chọc ở những vùng khác nhau, ở trung tâm nhân và ở ngoại vi nhân, chỉ hút khi đầu kim đã nằm trong nhân. Phết bệnh phẩm lên lam kính để khô tự nhiên hoặc khô dưới ngọn lửa đèn cồn. Tỷ lệ thành công cao hơn nếu được trợ giúp bởi siêu âm, đặc biệt là với các nhân nhỏ < 1cm, nhân nằm ở phía sau, nhân hỗn hợp (nang chiếm hơn 50%) cần lấy được tổn thương ở phần đặc vì nguy cơ ác tính của phần này là tương đương với nhân đặc. Mức độ chính xác phụ thuộc vào việc có chọc được vào vùng nghi ngờ hay không.

Đây là một phương pháp đơn giản không tốn kém, ít đau và có thể làm lại nhiều lần. Biến chứng rất hiếm chủ yếu là khó chịu tại chỗ chọc [4].

Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0, tính tỉ lệ %, sử dụng bảng chéo 2x2 tính Se, Sp, PPV, NPV, Acc

Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Tất cả các thông tin khai thác từ bệnh nhân và hồ sơ bệnh án đều được giữ bí mật. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị, đánh giá tiên lượng bệnh, phục vụ công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu. Phân bố theo giới của bệnh nhân nghiên cứu (n=158): Trong số 158 bệnh nhân có nhân tuyến giáp TIRADS 4 - 5 được nghiên cứu có 134 bệnh nhân nữ chiếm 84,8%; 24 bệnh nhân nam chiếm 15,2%. Nhân tuyến giáp trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu gặp chủ yếu ở nữ, tỷ lệ: nữ/nam = 5,6.

Bảng 1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu theo giới (n=158)

Giới	Nam		Nữ	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi				
≤ 40	14	28,6	35	71,4
41 – 60	9	10,1	80	89,9
>60	1	5,0	19	95,0
Tổng	24	15,2	134	84,8

Nhận xét: Tuổi trung bình của nghiên cứu là 46,61±11,79, tuổi cao nhất là 72, tuổi thấp nhất là 18. Nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất là 41- 60 tuổi là 56,3%.

Tỷ lệ nam giới giảm dần theo nhóm tuổi, nhóm dưới 40 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 28,6%; nhóm 41-60 tuổi chiếm 10,1%, thấp nhất nhóm trên 60 tuổi 5,0%. Tỷ lệ nữ giới tăng dần theo nhóm tuổi, nhóm trên 60 tuổi 95,0%; nhóm 41-60 tuổi 89,9%, nhóm dưới 40 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất 71,4%.

Tỷ lệ phân loại theo ACR TIRADS 2017

Bảng 2. Phân bố theo ACR TIRADS 2017

TIRADS	Số lượng	Tỷ lệ %
4	36	22,8
5	122	77,2
Tổng	158	100

Nhận xét: Đối tượng có TIRADS 5 chiếm 77,2%, TIRADS 4 là 22,8%.

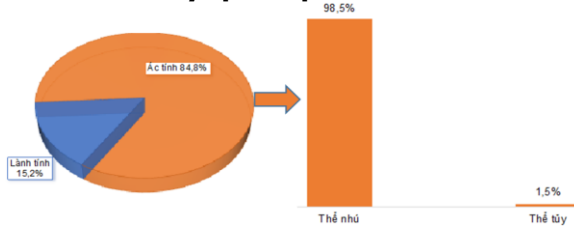
Giá trị của xếp loại TIRADS khối u trên siêu âm với kết quả mô bệnh học

Bảng 3. Giá trị đặc điểm phân bố theo ACR TIRADS 2017 với kết quả giải phẫu bệnh

Phân bố theo ACR TIRADS			GPB		Tổng
			Ác tính	Lành tính	
5			109(89,3)	13(89,3)	36
4			25(69,4)	11(30,6)	122
Se	Sp	PPV	NPV	Acc	
81,3	45,8	89,3	30,6	75,9	

Nhận xét: Tỷ lệ tế bào ác tính cao ở nhóm bệnh nhân có TIRARDS 4 là 69,4% thấp hơn nhóm TIRARDS 5 (89,3%). Giá trị đặc điểm phân bố theo ACR TIRADS 2017 ở nhóm bệnh nhân có nhân giáp TIRADS 4-5 trong chẩn đoán ung thư giáp được thể hiện như sau: Độ nhạy Se=81,3%; Độ đặc hiệu Sp= 45,8%; Giá trị dự báo dương tính PPV = 89,3%; Giá trị dự báo âm tính NPV = 30,6%; Độ chính xác Acc = 75,9%.

Phân bố tỷ lệ kết quả FNA – GPB



Biểu đồ 1. Phân bố tỷ lệ kết quả theo FNA – GPB

Nhận xét: Tỷ lệ ung thư tuyến giáp chiếm phần lớn 84,8% (134 bệnh nhân), trong đó hầu hết là ung thư thể nhú 98,5%, chỉ có 2 bệnh nhân là thể tủy 1,5%. Không gặp các loại ung thư khác của tuyến giáp.

Giá trị của FNA đối chiếu với giải phẫu bệnh

Bảng 4. Giá trị của FNA đối chiếu với giải phẫu bệnh

FNA		GPB		Tổng
		Ác tính	Lành tính	
Lành tính		16(53,3)	14(46,7)	30
Ác tính		118(92,2)	10(7,8)	128
Se	Sp	PPV	NPV	Acc
88,1	58,3	92,2	46,7	82,54

Nhận xét: Tỷ lệ tế bào ác tính cao ở nhóm bệnh nhân có FNA lành tính là 53,3% thấp hơn nhóm ác tính 92,2%. Giá trị FNA ở nhóm bệnh nhân có nhân giáp TIRADS 4-5 trong chẩn đoán ung thư giáp có được thể hiện như sau:

Độ nhạy Se=88,1%; Độ đặc hiệu Sp= 58,3%; Giá trị dự báo dương tính PPV = 92,2%; Giá trị dự báo âm tính NPV = 46,7%; Độ chính xác Acc = 82,54%.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm về tuổi. Tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 46,61±11,79 tuổi cao nhất là 72 và thấp nhất là 18 tuổi.

Bệnh hay gặp ở lứa tuổi từ 41 - 60, chiếm

56,3% đối với cả hai giới thấp hơn là nhóm tuổi 21-40 (30,4%), thấp nhất nhóm dưới 20 tuổi chỉ có 0,6% (1 bệnh nhân). Kết quả này cùng xu hướng với kết quả nghiên cứu trước: Trần Thúy Hồng (2013) tuổi hay gặp nhất là 41-60 tuổi (42%) [6]. Nghiên cứu của Nguyễn Kim Sơn (2017) cho thấy tuổi trung bình là 56,8 ± 15,6, tuổi nhỏ nhất là 10, cao nhất là 86. Nhóm trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 48,1% sau đó đến nhóm 40 - ≤ 60 tuổi 36,1%, nhóm có tỷ lệ thấp nhất là nhóm ≤ 20 tuổi 1,9%[7]. Jin Young Kwak (2011) tuổi hay gặp từ 20 - 60, trung bình 50,3 với nữ và 52,2 với nam [8]. Các nghiên cứu về độ tuổi thường gặp của nhân giáp khác nhau tùy từng nghiên cứu nhưng nhìn chung bước giáp nhân thường gặp ở lứa tuổi nhất từ 20 - 60 tuổi.

Đặc điểm về giới. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong số 158 bệnh nhân có nhân tuyến giáp TIRADS 4 - 5 được nghiên cứu có 134 bệnh nhân nữ chiếm 84,8%; 24 bệnh nhân nam chiếm 15,3%. Nhân tuyến giáp trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu gặp chủ yếu ở nữ, tỷ lệ: nữ/nam = 5,6.

Tỷ lệ nam giới giảm dần theo nhóm tuổi, nhóm dưới 40 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 28,5%; nhóm 41-60 tuổi chiếm 10,1%, thấp nhất nhóm trên 60 tuổi 5,0%. Tỷ lệ nữ giới tăng dần theo nhóm tuổi, nhóm trên 60 tuổi 95,0%; nhóm 41-60 tuổi 89,9%, nhóm dưới 40 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất 71,4%.

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Kim Sơn (2017) cho thấy với 63 nốt trên 57 bệnh nhân tỷ lệ nữ chiếm đa số, tỷ lệ nữ /Nam = 50/7 = 7/1 [7]; tỷ lệ này trong nghiên cứu của Jin Yong Kwak (2011) 5,1 [8]. Như vậy hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ mắc nhân giáp ở nữ luôn có tỷ lệ mắc nhiều hơn nam.

Giá trị của xếp loại TIRADS khối u trên siêu âm với kết quả mô bệnh học. Với các đặc điểm nghi ngờ ác tính như bờ không đều, rất giảm âm, vi vôi hóa phân loại nhân giáp dựa trên bảng TIRADS 2017 của ACR khi đối chiếu với kết quả mô bệnh học, cho thấy đặc điểm giá trị của TIRADS trong đánh giá nhân giáp ác tính 75,9% với Se=81,3; Sp=45,8%. Tỷ lệ đối tượng có TIRADS 4 có kết quả giải phẫu bệnh lành tính là 30,6%; TIRADS 5 có kết quả giải phẫu bệnh ác tính 89,3%.

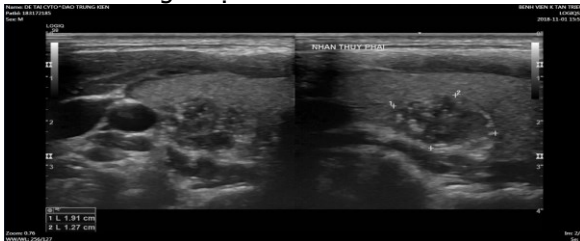
Tỷ lệ tế bào ác tính cao ở nhóm bệnh nhân có TIRARDS 4 là 69,4% thấp hơn nhóm TIRADS 5 (89,3%).

Giá trị đặc điểm phân bố theo TIRADS 2017 ở nhóm bệnh nhân có nhân giáp TIRADS 4-5 trong chẩn đoán ung thư giáp được thể hiện

như sau: độ nhạy Se=81,3%; độ đặc hiệu Sp=45,8%; giá trị dự báo dương tính PPV = 89,3%; giá trị dự báo âm tính NPV = 30,6%; độ chính xác Acc = 75,9%.

Nghiên cứu của Nguyễn Kim Sơn (2017) [7] cho thấy những nốt xếp loại Tirads 5 có độ nhạy là 85,17%, độ đặc hiệu 57,14%, trong khi giá trị dự báo dương tính là 80% và tỷ lệ chẩn đoán đúng là 76,19%.

Như vậy với mỗi đặc điểm nghi ngờ ác tính trên siêu âm 2D đều có độ đặc hiệu và giá trị dự báo dương tính 57,14 đến 90 % trong đó giá trị dự báo dương tính của đặc điểm chiều cao lớn hơn chiều rộng thấp nhất là 57,14% và đặc điểm vi vôi hóa có giá trị cao nhất 90%.



Hình 1. Bệnh nhân Đào Trung K 18T nhân thùy phải TIRADS 5 (ACR TIRADS 2017)

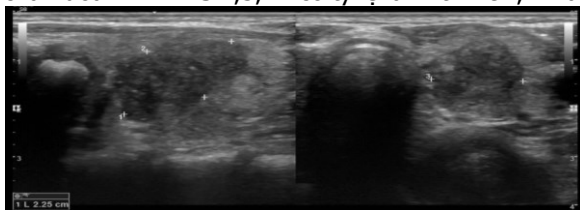
Mã bệnh án: 183172185

FNA: Carcinoma thể nhú.

GPB: Carcinoma thể nhú.

Theo tác giả Trần Thúy Hồng (2013) [6] nguy cơ ác tính của nhân tuyến giáp tăng dần theo phân loại TIRADS theo thứ tự lần lượt TIRADS 2, 3, 4a, 4b, 4c, 5 lần lượt là 0%; 1,9%; 4,2%; 37,5%; 93,8% và 100%. Theo Jin Young Kwak, nguy cơ ác tính của nhân tuyến giáp tăng dần theo phân loại TIRADS 2, 3, 4a, 4b, 4c, 5 lần lượt là 0%; 0%; 3,3%; 9,2%; 72,2% và 87,5%.

So sánh với tác giả Trần Thúy Hồng (2013) [6] nhóm được chẩn đoán TIRADS 4B-5 có tỷ lệ ác tính chiếm tỷ lệ 69,44%, trong khi nhóm được chẩn đoán TIRADS 2,3,4A có tỷ lệ lành tính 97,22%.



Hình 2. Bệnh nhân Nguyễn Thị H 49T nhân thùy trái TIRADS 5 (ACR TIRADS 2017)

Mã bệnh án: 183176078

FNA: Carcinoma thể tủy.

GPB: Carcinoma thể tủy.

Giá trị của FNA đối chiếu với giải phẫu bệnh. Giá trị của FNA, GPB trong nghiên cứu

khá cao, tỷ lệ chẩn đoán đúng lên tới 82,54% trong chẩn đoán nhân giáp ác tính; độ nhạy 88,1%; độ đặc hiệu 58,3%.

Tỷ lệ tế bào ác tính cao ở nhóm bệnh nhân có FNA lành tính là 53,3% thấp hơn nhóm ác tính 92,2%.

Giá trị FNA ở nhóm bệnh nhân có nhân giáp TIRADS 4-5 trong chẩn đoán ung thư giáp có được thể hiện như sau: Độ nhạy Se = 88,1%; Độ đặc hiệu Sp = 58,3%; Giá trị dự báo dương tính PPV = 92,2%; Giá trị dự báo âm tính NPV = 46,7%; Độ chính xác Acc = 82,54%.

Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Kim Sơn cho thấy có 46 nốt được phẫu thuật trong đó có FNA nghi ngờ ác tính là 43 nốt, kết quả giải phẫu bệnh sau mổ có 42 nốt là ác tính chiếm 91,3%, 1 nốt là viêm giáp, 3 nốt bướu giáp nhân lành tính, các nốt này có kích thước từ 3,1mm đến 30,6mm, độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 75%, giá trị dự báo dương tính là 97,67%, giá trị dự báo âm tính là 100%, tỷ lệ chẩn đoán đúng là 97,82% [7].

Tuy nhiên cao hơn kết quả nghiên cứu của Kim S. J [4] nghiên cứu trên 149 nốt kích thước từ 3 - 20mm thực hiện FNA dưới hướng dẫn siêu âm, 90 nốt lành tính chiếm tỷ lệ 60,4% và 43 nốt ác tính chiếm 28,86%, có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính của các nốt trên 10mm lần lượt là 96,9%, 93,4%, 86,1%, 98,6%, 94,4% và đối với nhân giáp lớn hơn hoặc bằng 10 mm là 100%, 90,5%, 85,7%, 100%, 93,9% từ đó nghiên cứu chỉ ra rằng không có sự khác biệt đáng kể về giá trị của FNA giữa nhóm có đường kính ngang lớn nhất trên hoặc dưới 10mm.

V. KẾT LUẬN

Khi nghiên cứu 158 bướu giáp nhân trên 158 bệnh nhân trong đó có 134 nhân giáp ác tính và 24 nhân giáp lành tính chúng tôi thấy: Giá trị FNA dưới hướng dẫn của siêu âm tuyến giáp trên bệnh nhân có nhân đặc đơn độc khá cao tỷ lệ chẩn đoán đúng lên tới 82,54% trong chẩn đoán nhân giáp ác tính; độ nhạy 88,1%; độ đặc hiệu 58,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., et al. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin, 68(6), 394–424.
2. Moon H.-G., Jung E.-J., Park S.-T., et al. (2007). Role Of Ultrasonography in Predicting Malignancy in Patients with Thyroid Nodules. World J Surg, 31(7), 1410–1416.

3. **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), 587–595.
4. **Kim S.J., Kim E.K., Park C.S., et al.** (2003). Ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy in nonpalpable thyroid nodules: is it useful in infracentimetric nodules?. *Yonsei Med J*, 44(4), 635–640.
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: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*, 26(1), 1–133.
6. **Trần Thủy Hồng, Bùi Văn Lệnh, Lê Tuấn Linh** (2013), Đặc điểm hình ảnh và giá trị của siêu âm trong chẩn đoán các tổn thương khu trú tuyến giáp, Bệnh viện đại học y Hà Nội, Hà Nội
7. Nguyễn Kim Sơn (2017), Giá trị của chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm ở nhóm bệnh nhân có nhân giáp TIRADS 3 – 4, Đại học Y Hà Nội.
8. **Kwak J.Y., Han K.H., Yoon J.H., et al.** (2011). Thyroid imaging reporting and data system for US features of nodules: a step in establishing better stratification of cancer risk. *Radiology*, 260(3), 892–899.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH SỌ NÃO BỆNH NHÂN ĐỘT QUY XUẤT HUYẾT NÃO CẤP TÍNH TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Hoàng Hồng Quân¹, Nguyễn Thị Thanh Bé²,
Lê Vũ Duy³, Đào Thị Thu Trang⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não cấp tính tại Bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu, 61 bệnh nhân được chẩn đoán đột quy xuất huyết não tại Bệnh viện Quân y 103. **Kết quả và bàn luận:** Tuổi trung bình là 64,44±10,667, chủ yếu là nam với tỷ lệ 72,1%. Huyết áp trung bình là 94,62±15,166 mmHg. Triệu chứng hay gặp là liệt nửa người. Điểm tri giác (Glasgow) trung bình là 12,28±2,703. Số ngày nằm viện trung bình 13,066±9,1175 ngày. Vị trí tổn thương, tổn thương nhân bèo 27,9%, đồi thị 29,5%, thùy 21,3%, thân não 16,4%, tiểu não 4,9%. Di lệch đường giữa <5mm là chủ yếu (83,6%), di lệch ≥ 5mm là 16,4%. Thể tích khối máu tụ trung bình 29,16±48,24 mL. Mỗi liên quan giữa điểm Glasgow và kết cục của bệnh nhân với thể tích khối máu tụ trên CLVT và mức độ di lệch đường giữa có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Hình ảnh CLVT sọ não cung cấp nhiều thông tin để dự đoán kết quả điều trị và phục hồi của người bệnh độ quy xuất huyết não. Thể tích khối máu tụ >30mL và di lệch đường giữa >5mm là yếu tố tiên lượng xấu. **Từ khóa:** Độ quy não, Xuất huyết não, Cắt lớp vi tính.

SUMMARY

CLINICAL AND BRAIN CT SCAN IMAGES FEATURES IN ACUTE INTRACRANIAL

¹Lữ đoàn 87, Binh chủng Hoá học

²Bệnh viện Quân y 354, Tổng cục Hậu cần

³Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

⁴Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Lê Vũ Duy

Email: bsduyvien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2024

Ngày duyệt bài: 25.4.2024

HEMORRHAGIC PATIENTS AT 103 MILITARY HOSPITAL

Objectives: This study aimed to identify key clinical and brain CT scan characteristics in patients with acute intracranial hemorrhages at 103 military hospital. **Subjects and methods:** We conducted a retrospective, cross-sectional study involving 61 patients diagnosed with hemorrhagic stroke at 103 military hospital. Results and discussion: Average age was 64.44±10.667, mainly men with a rate of 72.1%. Average blood pressure was 94,62±15,166 mmHg. The most common clinical symptom is hemiplegia. The average perception score (Glasgow) was 12,28±2,703. The average length of stay in hospital was 13,066±9,1175. In term of site, it occurred in 27.9% of the putamen, 29.5% of the thalamus, 21.3% of the lobes, 16.4% of the brain stem and 4.9% of the cerebellum. Midline shift of less than 5mm was majority (83.6%), displacement of more than 5mm accounted for 16.4%. The average hematoma volume was 29.16±48.24 mL. The relationship between Glasgow score, patient outcome with hematoma volume on CT scan and the degree of midline shift is statistically significant. **Conclusions:** Brain CT scan images provide a lot of information to predict treatment outcome for patients with intracranial hemorrhagic stroke. More than 30mL of hematoma volume and more than 5mm of midline shift are poor prognostic factors.

Keywords: Stroke, Hemorrhage, CT scan

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là bệnh phổ biến, diễn biến đột ngột, cấp tính, là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới. Tại Việt Nam hiện nay đột quy vẫn là vấn đề mang tính cấp thiết gây ảnh hưởng đến sức khỏe và chất lượng sống của người bệnh. Đột quy xuất huyết não là một thể lâm sàng nặng của đột quy não, chiếm tỉ lệ