

## NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA KỸ THUẬT CHỌC HÚT TẾ BÀO BẰNG KIM NHỎ DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN HẠCH DI CĂN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA

**Assessment of the role of ultrasonic-guided fine needle aspiration cytology in diagnosis of differentiated thyroid cancers patients**

*Dương Minh Tuyên\*, Nguyễn Huy Hoàng\*, Hoàng Quốc Lợi\**

### SUMMARY

**Background:** Ultrasonic-guided fine needle aspiration cytology is a minimally invasive diagnostic technique with the highest accuracy and sensitivity in the diagnosis of lymph node metastasis.

**Objectives:** The study consists of 2 objectives: 1) Describe clinical and subclinical characteristics in treated patients with differentiated thyroid cancer; Evaluation of the role of ultrasound-guided fine needle aspiration cytology in the diagnosis of lymph node metastasis in patients with differentiated thyroid cancer.

**Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study design was conducted on 89 patients diagnosed with differentiated thyroid cancer and found that the cervical lymph nodes were potentially malignant under ultrasonography and indicated fine-needle aspiration cytology under ultrasound guidance.

**Results:** Among 89 research subjects, small cell aspiration of lymph node groups, group IV and VI lymph nodes with suspicion of malignancy accounted for the highest proportion of 25/89 nodes (28.1%) fine needle aspiration cytology, in which positive accounts for 30.1%. Sensitivity, specificity, negative predictive value, false positive rate, false negative rate, and cytology accuracy were 90%; 100%; 100%; 52.9%.0%, 10.1%, 91.01%.

**Conclusion:** Ultrasonic-guided fine needle aspiration cytology for the diagnosis of lymph node metastasis in differentiated thyroid cancer has a low false-positive rate, high accuracy, accurately reflecting the presence or absence of underlying cervical lymph node metastasis. Avoid complications and thoroughly treat metastatic disease for patients.

**Keywords:** *Ultrasonic-guided fine needle aspiration cytology, metastatic lymph nodes, differentiated thyroid cancers*

\* Học viện Quân Y

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là một trong những bệnh lý hay gặp đứng hàng thứ 10 trong số các bệnh ung thư. Ung thư tuyến giáp có thể gặp ở bất kỳ nhóm tuổi nào, mặc dù thường gặp sau 30 tuổi và xu hướng tăng cao ở người lớn tuổi. Loại thường gặp nhất của ung thư tuyến giáp là thể biệt hóa. Tỷ lệ sống sau 10 năm, 15 năm, 20 năm tương ứng là 97%, 95% và 90% [1].

Khoảng 7–15% các nhân giáp là ác tính, trong đó hơn 90% là ung thư biểu mô nhú hoặc nang. Tại Hoa Kỳ, ước tính có khoảng 52.070 trường hợp ung thư tuyến giáp mới vào năm 2019. Sinh thiết chọc hút bằng kim nhỏ là một công cụ chẩn đoán hiệu quả và hiệu quả về chi phí để đánh giá các nhân tuyến giáp và đã được Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ xác nhận [2].

Trong các loại ung thư tuyến giáp thì thể biệt hóa có tiên lượng tốt, có các triệu chứng lâm sàng và mô học tương đối rõ ràng, loại ung thư thường liên quan đến di căn hạch cổ ngay tại thời điểm chẩn đoán hoặc trong thời gian theo dõi sau phẫu thuật. Chẩn đoán chính xác di căn hạch là yếu tố đặc biệt quan trọng đối với bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, để cân nhắc khi đưa ra quyết định lựa chọn phương pháp điều trị và có nên thực hiện phẫu thuật hay không. Đó cũng là yếu tố có thể giúp các bác sĩ lâm sàng đưa ra tiên lượng cho bệnh nhân. Đặc biệt, di căn hạch làm tăng nguy cơ tái phát và giảm tỷ lệ sống sau 5 năm ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp. Do đó, việc phát hiện hạch di căn của ung thư tuyến giáp thể biệt hóa trong quá trình chẩn đoán ban đầu là rất quan trọng để tăng tỷ lệ quyết định lựa chọn phương pháp điều trị theo mức độ chính xác nhất và giảm các biến chứng có thể xảy ra cho bệnh nhân [3].

Phương pháp chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm là kỹ thuật chẩn đoán xâm lấn tối thiểu có độ chính xác và độ nhạy cao nhất trong chẩn đoán di căn hạch. Với vai trò của siêu âm đánh giá đặc điểm hạch lành tính hay ác tính đặc biệt nhạy so với thăm khám lâm sàng tỉ lệ lần lượt là 96,8% và 73,3% ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa. Một số nghiên cứu trong nước và thể giới thấy khi kết hợp với tế bào học chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm, độ đặc

hiệu của phương pháp này lên cao tới 93%, độ nhạy ở mức 100% và độ chính xác là 95,3% [3].

Vi những lý do trên, chúng tôi tiến hành “Đánh giá vai trò của kỹ thuật chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm trong chẩn đoán hạch di căn ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa”.

### Mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa đã điều trị;
2. Đánh giá vai trò của kỹ thuật chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm trong chẩn đoán hạch di căn ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa.

## II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể biệt hóa và thấy hạch bạch huyết cổ có khả năng ác tính dưới siêu âm và được chỉ định chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm tại khoa CĐHA, Bệnh viện Trung Ương Quân Đội.

**Tiêu chuẩn chọn:** Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư tuyến giáp thể biệt hóa bằng siêu âm và siêu âm phát hiện thấy có hạch bạch huyết cổ có khả năng ác tính, có đối chiếu kết quả chọc tế bào với kết quả mô bệnh học hạch sau mổ; Bệnh nhân ung thư tuyến giáp đã được điều trị. Hồ sơ được lưu trữ đầy đủ. Bệnh nhân không phân biệt độ tuổi, giới tính và nghề nghiệp. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại:** Không có đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân có chống chỉ định chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (mắc bệnh máu khó đông hoặc đang dùng thuốc chống đông máu, không hợp tác hoặc quá lo lắng trong khi làm thủ thuật). Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang có phân tích, hồi cứu và tiến cứu.

**Cỡ mẫu:** 89 bệnh nhân nghiên cứu được chọn theo cách chọn mẫu toàn bộ, lựa chọn những bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

**Nội dung nghiên cứu**

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, nghề nghiệp...
- Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân.
- Đặc điểm hình ảnh siêu âm hạch di căn ung thư tuyến giáp thể biệt hóa.

**Xử lý số liệu:**

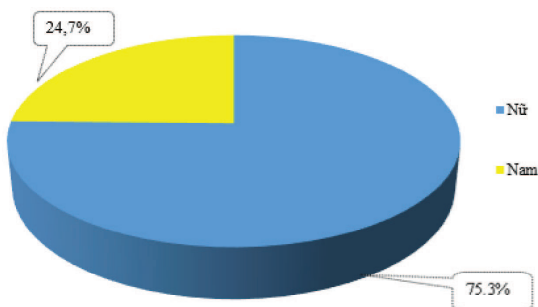
Số liệu sau khi thu thập sẽ kiểm tra tính đầy đủ, chính xác. Sau đó được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Các thuật toán thống kê được sử dụng trong thống kê mô tả: tính toán các tỷ lệ, tần số, trung bình; Thống kê phân tích: dùng phép kiểm định  $\chi^2$  để kiểm định mối liên quan giữa các yếu tố ở ngưỡng  $\alpha = 0,05$ . Tính chỉ suất chênh lệch OR với khoảng tin cậy 95%. Hệ số Kappa (viết tắt là K) về tính tương đồng giữa siêu âm nội soi và cắt lớp vi tính, mô bệnh học.

**III. KẾT QUẢ**

**Bảng 1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu**

		Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 20	1	1,1
	20-<40	32	35,9
	40-60	32	35,9
	> 60	24	27
Tuổi cao nhất		17	
Tuổi nhỏ nhất		81	
Tuổi trung bình		47,9 ±16,64	

Nhóm 20- 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 71,8%, Tuổi cao nhất bị bệnh là 81 và nhỏ nhất 17. Tuổi trung bình mắc bệnh 47,9 ±16,64.



**Biểu đồ 1. Phân bố bệnh theo giới**

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nữ giới chiếm đa số 75,3%. Tỷ lệ nữ/nam: 3,05/1

**Bảng 2. Lý do vào viện và tỷ lệ vết hạch khi cắt tuyến giáp**

Lý do vào viện	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Có hạch	85	95,5
Nuốt vướng	1	1,1
Khó thở	2	2,2
Khám sức khỏe	1	1,1
Tổng	89	100
Có vết hạch cổ khi mổ	89	100

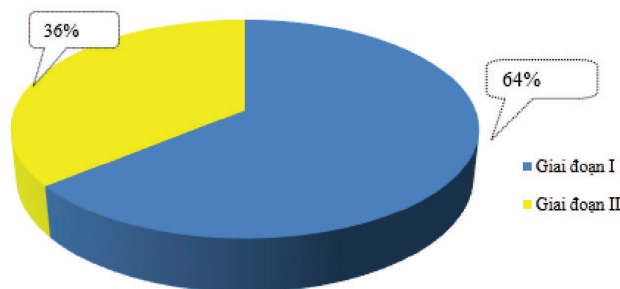
Lý do vào viện chủ yếu là có hạch, chiếm 95,5%.

Có 100% bệnh nhân được vét hạch cổ khi phẫu thuật tuyến giáp.

**Bảng 3. Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật cắt tuyến giáp**

	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Thể nhú	86	96,6
Thể nhú - nang	1	1,1
Thể nang	1	1,1
Thể tủy	1,1	1,1
Tổng	89	100

Bệnh nhân có mô bệnh học sau cắt tuyến giáp chủ yếu là thể nhú chiếm 96,6%.



**Biểu đồ 2. Giai đoạn K giáp**

Giai đoạn K giáp được phẫu thuật chủ yếu là giai đoạn II chiếm 64%

**Bảng 4. Thời gian sau khi phẫu thuật tuyến giáp và I131 khi phát hiện hạch cổ di căn**

		Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Thời gian sau khi phẫu thuật tuyến giáp khi phát hiện hạch cổ di căn</b>			
Trung bình ± độ lệch chuẩn		51,6 ± 45,85	
Thời gian	< 1 năm	20	22,5
	1-3 năm	24	27
	3- 5 năm	15	16,9
	> 5 năm	30	33,7
<b>Thời gian khi điều trị I131 lần đầu đến khi phát hiện hạch cổ di căn</b>			
Trung bình ± độ lệch chuẩn		51,6 ± 45,85	
Thời gian	< 6 tháng	10	11,2
	6 - 36 tháng	34	38,2
	36-60 tháng	15	16,9
	> 60 tháng	30	33,7
<b>Số lần điều trị I-131 khi phát hiện hạch cổ di căn</b>			
Trung bình ± độ lệch chuẩn		2,6 ± 1,6	
Số lần	< 1 lần	18	20,2
	1-3 lần	51	57,3
	3-5 lần	15	16,9
	> 5 lần	5	5,6

Thời gian sau khi phẫu thuật tuyến giáp khi phát hiện hạch cổ di căn là 1-3 năm (27%), thời gian ngắn nhất 0 tháng, thời gian dài nhất 18 năm, thời gian trung bình 51,6 ± 45,85.

Thời gian sau khi phẫu thuật tuyến giáp khi phát hiện hạch cổ di căn là 6- 36 tháng (38,2%), thời gian ngắn

nhất 0 tháng, thời gian dài nhất 18 năm , thời gian trung bình 51,6 ± 45,85.

Số lần điều trị I131 của bệnh nhân chủ yếu hơn 1 -3 lần chiếm 57,3%. Số lần điều trị nhỏ nhất là 0 và lớn nhất là 9 lần, trung bình 2,6 ± 1,6.

**Bảng 5. Diễn biến Tg khi bắt đầu điều trị đến khi phát hiện hạch cổ di căn và chẩn đoán tế bào học**

	Giá trị	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Nồng độ Tg</b>	Tăng	4	4,5
	Giảm	35	39,3
	Không thay đổi đáng kể	17	19,1
	Không xác định	33	37,1
<b>Kết quả FNA</b>	Ác tính	72	80,1
	Lành tính	17	19,9

Nồng độ Tg khi bắt đầu điều trị đến khi phát hiện hạch cổ chủ yếu là giảm chiếm 39,9%.

Có 80,1% bệnh nhân có kết quả tế bào học ác tính

**Bảng 6. Cận lâm sàng**

	Giá trị trung bình	Giá trị bình thường
Tg	27,9 ± 76,4	1,4 - 78 ng/mL
ATG	39,9 ± 135,3	0-115 IU/L
TSH (IU/ml)	4,5 ± 14,1	0,27-4,2 µIU/mL
FT4 (pmol/l)	18,4 ± 6,5	12-22 pmol/L

Giá trị chỉ số Tg, ATG, TSH, FT4 đều nằm trong giới hạn bình thường.

**Bảng 7. Phân bố nhóm hạch**

Nhóm hạch	Ác tính		Lành tính		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
<b>Phân bố nhóm hạch qua chọc hút tế bào học</b>						
Nhóm IIa	6	5,6	5	29,4	11	12,4
Nhóm IIb	5	5,6	2	11,8	7	7,9
Nhóm III	10	16,7	2	11,8	12	13,5
Nhóm IV	22	30,1	3	17,6	25	28,1
Nhóm Va	3	2,8	2	11,8	5	5,6
Nhóm Vb	4	4,2	1	5,6	5	5,6
Nhóm VI	22	30,1	2	11,8	24	26,9
Tổng	72	100	17	100	89	100
<b>Phân bố nhóm hạch qua mô bệnh học</b>						
Nhóm IIa	7	8,8	4	44,4	11	12,4
Nhóm IIb	7	8,8	0	0	7	7,9
Nhóm III	11	13,8	1	11,1	12	13,5
Nhóm IV	23	28,8	2	22,2	25	28,1
Nhóm Va	6	6,3	0	0	5	5,6
Nhóm Vb	4	5	1	11,1	5	5,6
Nhóm VI	23	28,8	1	11,1	24	26,9
Tổng	80	100	9	100	89	100

Trong các nhóm hạch thì hạch nhóm IV có nghi ngờ ác tính chiếm tỷ lệ cao nhất 24/80 hạch (28,1%) được chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, trong đó dương tính chiếm 33,3%. Sau đó là nhóm VI và nhóm III có kết quả nghi

ngờ ác tính 31,9% và 16,7%. Tỷ lệ nghi ngờ ác tính ở nhóm I, II và V thấp nhất.

Trong các nhóm hạch thì hạch nhóm VI có nghi ngờ ác tính chiếm tỷ lệ cao nhất 25/89 hạch (26,9%) được

chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, trong đó dương tính chiếm 30%. Sau đó là nhóm IV và nhóm III có kết quả nghi ngờ

ác tính 27,5% và 13,8%. Tỷ lệ nghi ngờ ác tính ở nhóm I, II và V thấp nhất

**Bảng 8. Đối chiếu chẩn đoán tế bào học với mô bệnh học**

Tế bào học \ Mô bệnh học	Ác tính	Lành tính	Tổng
Ác tính	72	0	72
Lành tính	8	9	17
Tổng	80	4	89

Độ nhạy: Sn=90%, độ đặc hiệu: Sp=100%, giá trị tiên đoán dương: PPV= 100%. Giá trị tiên đoán âm:

NPV= 52,9%. Tỷ lệ dương tính giả: 0%. Tỷ lệ âm tính giả: 10,1%. Độ chính xác Acc: 91,01%

**Bảng 9. Đối chiếu chẩn đoán tế bào học và mô bệnh học nhóm hạch cổ trước**

Nhóm hạch cổ trước	Mô bệnh học			Tổng
	Tế bào học	Ác tính	Lành tính	
Nhóm III	Ác tính	10	0	10
	Lành tính	1	1	2
Sn: 90,9%; Sp: 100%; Acc: 91,7%; PPV 100%; NPV: 50%				
Nhóm IV	Ác tính	22	0	22
	Lành tính	2	1	3
Sn: 91,3%; Sp: 100%; Acc: 95,7%; PPV 95,5%; NPV: 50%				
Nhóm IV	Ác tính	22	0	22
	Lành tính	1	1	2
Sn: 95,7%; Sp: 100%; Acc: 100%; PPV 100%; NPV: 50%				

Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm nhóm hạch cổ III là: 90,9%; 100%; 91,7%; 100%; 50%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm nhóm hạch cổ IV là: 91,3%; 100%; 95,7%; 95,5%; 50%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm nhóm hạch cổ VI là: 95,7%; 100%; 100%; 100%; 50%.

**IV. BÀN LUẬN**

Tuổi trung bình là 47,9±16,64 tuổi, trong đó thấp nhất là 17 tuổi và tuổi lớn nhất là 81 tuổi. Theo tác giả Phan Hồng Quân và cộng sự (2021) nhóm tuổi 40-60 chiếm tỉ lệ nhiều nhất chiếm 43%, bệnh nhân ít tuổi nhất

16 tuổi, tuổi cao nhất 73 tuổi, tuổi trung bình 44,52 ± 14,86 [4]. Theo nghiên cứu của Chenxi Liu và CS (2019), (n=966), tuổi trung bình 45 ± 12 [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chưa hoàn toàn đồng thuận với các nghiên cứu đã được công bố. Theo tác giả Phan Hồng Quân và CS (2021) có 48/61 bệnh nhân nữ (chiếm 79%), chỉ có 13/61 bệnh nhân nam (21%), tỷ lệ nữ/nam là 3,76/1 [4]. Theo nghiên cứu của Lê Văn Quảng (2022) tỷ lệ nữ/nam là 2,5/1 [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi theo biểu đồ 3.1, bệnh nhân nữ giới gặp nhiều hơn hẳn nam giới, tỷ lệ nữ/nam là 3,05/1.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy có 85/89 bệnh nhân có hạch (95,5%), có 2/89 bệnh nhân thấy khó

thờ (2,2%), có 1/89 bệnh nhân nuốt vướng, 1/89 bệnh nhân đi khám sức khỏe định kỳ (1,1%). Theo H.Sakorafas (2010) lâm sàng chỉ phát hiện được 15 -30% các trường hợp. Theo Nguyễn Vương (1983) tỷ lệ sờ thấy hạch cổ di căn trong ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú là 15-40%, trong khi thực tế tỷ lệ di căn lên tới 90%. Nghiên cứu của chúng tôi đa phần bệnh nhân được phẫu thuật và điều trị ở các bệnh viện tuyến khác nên kết quả không tương đồng kết quả các nghiên cứu khác. Theo nghiên cứu của Đoàn Hồng Anh (2018) phần lớn các trường hợp bệnh nhân đều được phát hiện khi tái khám định kỳ chiếm 78,57%, điều này do bệnh nhân sau khi phẫu thuật ung thư tuyến giáp vẫn được tái khám định kỳ. Đặc biệt là nhóm tái phát hạch sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp của chúng tôi được phát hiện sau mổ trong vòng 1 năm chiếm tỉ lệ cao, nên việc tái khám định kỳ thường xuyên đã khiến cho tỉ lệ phát hiện hạch cao hơn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bệnh nhân K giáp ở giai đoạn II chiếm 64%, bệnh nhân ở giai đoạn I chiếm 36%. Kết quả này tuy không hoàn toàn đồng nhất nhưng có nhiều điểm phù hợp với kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả khác, cả trong và ngoài nước. Theo nghiên cứu Đỗ Quang Trường (2011) bệnh nhân giai đoạn I là 60,9%, giai đoạn II 16,1%, giai đoạn III 23% [7]. Theo nghiên cứu Đoàn Công Tú và CS (2014) ở giai đoạn III hay gặp tái phát hạch với tỷ lệ 33,3%, tiếp đến là giai đoạn II với 31,3%. Theo nghiên cứu Phan Hồng Quân (2021) trong số tất cả 61 bệnh nhân nghiên cứu, số bệnh nhân giai đoạn I chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 35 bệnh nhân (57,4%), bệnh nhân giai đoạn II, III và IV lần lượt là 29,5% [4].

Thời gian điều trị I131 lần đầu đến khi phát hiện hạch cổ di căn đa số 6-36 tháng chiếm 38,2%, tiếp theo đó là > 60 tháng chiếm 33,7%. Việc chậm trễ khám và điều trị góp phần làm tình trạng bệnh nặng nề và phức tạp hơn, điều trị khó khăn hơn. Việc chậm trễ này có thể do bệnh nhân không quan tâm đến bệnh tật, hoặc vì một số vấn đề khác như điều kiện kinh tế, ở xa trung tâm... Qua đó cũng thấy rằng ung thư tuyến giáp tiến triển chậm, mức độ ác tính không cao, ít ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống.

Số lần điều trị I-131 đến khi phát hiện có hạch cổ di căn chủ yếu nhóm 1-3 lần chiếm 57,3%, tiếp theo đó là nhóm điều trị < 1 lần chiếm 20,2%, nhóm 3-5 lần chiếm 16,9%, ít nhất là nhóm > 5 lần chiếm 5,6%. Số lần điều trị I-131 ít nhất là 0 lần và nhiều nhất là 9 lần, trung bình  $2,6 \pm 1,6$  lần. Khi phát hiện thời gian phát hiện hạch sau 6 tháng đến 1 năm, 1 bệnh nhân phát hiện sau 5 năm và 1 bệnh nhân còn lại phát hiện sau 15 năm. Mặc dù việc điều trị I131 sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp lần đầu được khuyến nghị với những trường hợp ung thư tuyến giáp mà có khả năng tái phát hoặc di căn cổ cao nhưng vai trò của I131 trong những lần mổ sau của ung thư tuyến giáp thì chưa có lợi ích nào rõ ràng [8].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ Tg khi điều trị đến khi phát hiện hạch cổ di căn đa phần là giảm 39,3%, có 19,1% thay đổi không đáng kể, có 37,1% không xác định và chỉ có 4,5% bệnh nhân có Tg tăng. Kết quả này không tương đồng với các nghiên cứu khác. Theo Đoàn Hồng Anh (2018) có 60,71 bệnh nhân có lượng Tg cao hơn giới hạn bình thường chỉ có 39,29% có lượng Tg trong ngưỡng bình thường [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu hồi cứu thu thập số liệu qua hồ sơ bệnh án, bệnh nhân đa phần được điều trị tuyến dưới, bệnh viện khác, không khám sức khỏe định kỳ, nên chưa thể đánh giá được chính xác được nồng độ Tg.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 72/89 (80,1%) bệnh nhân có kết quả tế bào học ác tính, có 17/89 (19,9%) bệnh nhân có kết quả lành tính. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Hồng (2016) tìm thấy tế bào ung thư và tế bào nghi ngờ ung thư chiếm 95,8%; cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn (2012) tỷ lệ này là 76,23%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Toàn Thắng (2016) có 7/30 bệnh nhân được chọc hút tế bào kim nhỏ hạch cổ, chiếm 23,3%. Trong đó, tỷ lệ dương tính là 85,7% [9].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy trong các nhóm hạch thì hạch nhóm IV, VI có nghi ngờ ác tính chiếm tỷ lệ cao nhất 25/89 hạch (28,1%) được chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, trong đó dương tính chiếm 30,1%. Sau đó là nhóm III có kết quả nghi ngờ ác tính 16,7%. Tỷ lệ nghi ngờ ác tính ở nhóm I, II và V thấp

nhất. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Đoàn Hồng Anh (2018) thấy chọc hút tế bào bằng kim nhỏ được tiến hành trên 25/28 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 89,3%. Trong các nhóm hạch thì hạch nhóm VI nghi ngờ ác tính cao nhất 18/40 hạch (45%) được chọc hút tế bào kim nhỏ, trong đó dương tính chiếm 37,5% âm tính chiếm 7,5%. Sau đó là nhóm IV và III có kết quả dương tính chiếm 25%. Không phát hiện trường hợp nào làm FNA nhóm I, II và V [36]. Sau khi tiến hành khám lâm sàng, thực hiện các xét nghiệm cần thiết như siêu âm, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, định lượng Tg. Bệnh nhân được phẫu thuật nạo vét hạch cổ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy trong các nhóm hạch thì hạch nhóm VI, IV có tỷ lệ ác tính chiếm tỷ lệ cao nhất 25/89 hạch (26,9%), trong đó ác tính chiếm 28,8%. Sau đó là nhóm III có kết ác tính 13,8%. Tỷ lệ nghi ngờ ác tính ở nhóm I, II và V thấp nhất. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác trong và ngoài nước. Theo nghiên cứu của Lê Công Định và Vũ Trung Lương như sau: nhóm hạch di căn chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm VI cùng bên có 21/24 bệnh nhân (87,5%), tiếp theo là nhóm II, III, IV cùng bên với tỷ lệ tương ứng là: 70,6%, 62,5% và 72,7%. Theo nghiên cứu của Đoàn Hồng Anh (2018) trong 52 nhóm hạch sau khi nạo vét được gửi giải phẫu bệnh từ 28 bệnh nhân nhóm hạch cổ di căn chiếm tỷ lệ cao nhất là VI 42,31%. Có 17/28 trường hợp có hạch cổ nhóm VI ác tính (60,72%) trong đó có 5 bệnh nhân có hạch cổ nhóm VI 2 bên chiếm 29,41%, 12 bệnh nhân có hạch nhóm VI 1 bên, chiếm 70,59%. Sau đó là nhóm IV chiếm 30,77%. Có 14/28 trường hợp có hạch ác tính nhóm IV (chiếm 50%) trong đó có 12 trường hợp ở 1 bên cổ (85,71%) và 2 trường hợp ở cả 2 bên (14,29%). Thấp nhất là nhóm II, có 16/52 hạch dương tính nhóm III chiếm 21,15% [8].

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray, F., et al., Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, 2018. 68(6): p. 394-424.
2. Ng DL, et al., (2021), A Large Thyroid Fine Needle Aspiration Biopsy Cohort with Long-Term Population-Based Follow-Up. *Thyroid*.;31(7):1086-1095.
3. Nguyễn Ngọc Thắng (2016), "Nhận xét đặc điểm chẩn đoán và xử trí hạch cổ trong phẫu thuật tuyến giáp", Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

Phương pháp chọc hút bằng kim nhỏ với hạch cổ đến nay vẫn còn tranh cãi, có nên chọc hút hay không chọc hút. Chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm có thể thực hiện với những tổn thương nằm sâu, không sờ thấy, nhỏ 3-4mm. Độ đặc hiệu là 70-100%, độ chính xác là 87-92%, dương tính giả lên đến 20% và âm tính giả là 2-15%, tế bào học và mô bệnh học kết luận phù hợp là 78,2%-83% trường hợp.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Độ nhạy: Sn= 90 %; Độ đặc hiệu: Sp= 100%; Giá trị tiên đoán dương: PPV= 100%; Giá trị tiên đoán âm: Acc= 52,9%; Tỷ lệ dương tính giả: 0%; Tỷ lệ âm tính giả: 10,1%; Độ chính xác Acc: 91,01%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm nhóm hạch cổ III là: 90,9%; 100%; 91,7%; 100%; 50%. Trong đó: Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm nhóm hạch cổ IV là: 91,3%; 100%; 95,7%; 95,5%; 50%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm nhóm hạch cổ VI là: 95,7%; 100%; 100%; 100%; 50%. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo nghiên cứu Nguyễn Toàn Thắng (2016) tỷ lệ dương tính là 85,7% [6]. Theo nghiên cứu Nguyễn Thị Bích Ngọc (2014) tỷ lệ dương tính là 86,6%. Theo nghiên cứu của Đoàn Hồng Anh độ nhạy là 94,44 % và độ đặc hiệu là 75% [8]. Theo nghiên cứu tác giả Jia-hong-shi và CS (2015) thì độ nhạy FNA là 68,1% và độ đặc hiệu là 100% [10].

## V. KẾT LUẬN

Phương pháp chọc hút tế bào nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm để chẩn đoán hạch di căn trong ung thư tuyến giáp thể biệt hóa cho tỷ lệ dương tính giả thấp, độ chính xác cao, phản ánh chính xác có hay không tình trạng di căn hạch cổ tiềm ẩn, tránh được những tai biến và điều trị triệt để tình trạng di căn cho bệnh nhân.



- Phan Hồng Quân và cộng sự (2021), “Đặc điểm hình ảnh siêu âm của hạch cổ di căn ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa sau phẫu thuật điều trị I131”. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2021. 508(1).
  - Liu, C., et al., (2019), Risk factor analysis for predicting cervical lymph node metastasis in papillary thyroid carcinoma: a study of 966 patients. 19(1): p. 622
  - Lê Văn Quảng (2002), “Nhận xét đặc điểm lâm sàng và các phương pháp điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K từ năm 1992 - 2000”. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 431.
  - Đỗ Quang Trường (2011), “Di căn hạch cổ trong ung thư tuyến giáp thể biệt hóa”, *Y học Thực Hành*, 787(10): p. 22-24.
  - Đoàn Hồng Anh (2018), “*Nhận xét đặc điểm hạch bệnh lý sau phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể nhú*”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội Hà Nội.
  - Nguyễn Ngọc Thắng (2016), “*Nhận xét chẩn đoán và xử trí hạch cổ trong phẫu thuật ung thư tuyến giáp*”, Luận văn Thạc Sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội Hà Nội.
  - Shi, J.H., et al., (2015), The value of combined application of ultrasound-guided fine needle aspiration cytology and thyroglobulin measurement for the diagnosis of cervical lymph node metastases from thyroid cancer. *Pak J Med Sci*, 31(5): p. 1152-5.
- 

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Phương pháp chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm là kỹ thuật chẩn đoán xâm lấn tối thiểu có độ chính xác và độ nhạy cao nhất trong chẩn đoán di căn hạch.

**Mục tiêu:** Nghiên cứu gồm 2 mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa đã điều trị; 2) Đánh giá vai trò của kỹ thuật chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm trong chẩn đoán hạch di căn ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 89 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể biệt hóa và thấy hạch bạch huyết cổ có khả năng ác tính dưới siêu âm và được chỉ định chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm.

**Kết quả:** Trong số 89 đối tượng nghiên cứu, chọc hút tế bào nhỏ các nhóm hạch thì hạch nhóm IV, VI có nghi ngờ ác tính chiếm tỷ lệ cao nhất 25/89 hạch (28,1%) được chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, trong đó dương tính chiếm 30,1%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm, tỷ lệ dương tính giả, tỷ lệ âm tính giả, độ chính xác của tế bào học là: 90%; 100%; 100%; 52,9%, 0%, 10,1%, 91,01%.

**Kết luận:** Phương pháp chọc hút tế bào nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm để chẩn đoán hạch di căn trong ung thư tuyến giáp thể biệt hóa cho tỷ lệ dương tính giả thấp, độ chính xác cao, phản ánh chính xác có hay không tình trạng di căn hạch cổ tiềm ẩn, tránh được những tai biến và điều trị triệt để tình trạng di căn cho bệnh nhân.

**Từ khóa:** chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, di căn hạch, ung thư tuyến giáp thể biệt hoá

---

Người liên hệ: Dương Minh Tuyên. Email: duongminhtuyen221091@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/10/2022. Ngày gửi phản biện: 14/10/2022

Ngày nhận phản biện: 25/10/2022. Ngày chấp nhận đăng: 4/2/2023