

GIÁ TRỊ CỦA SIÊU ÂM VÀ CHỌC HÚT TẾ BÀO BẰNG KIM NHỎ DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ TUYẾN GIÁP

Nguyễn Thành Lam¹, Vũ Đình Kiên², Nguyễn Thị Minh³, Lý Thúy Minh³, Phùng Thị Liên⁴

¹Khoa Nội tiết, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, Thái Nguyên, Việt Nam

²Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, Thái Nguyên, Việt Nam

³Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh và Điện quang can thiệp, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, Thái Nguyên, Việt Nam

⁴Khoa Giải phẫu bệnh và Tế bào học, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, Thái Nguyên, Việt Nam

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm hình ảnh siêu âm của ung thư tuyến giáp và đánh giá giá trị của siêu âm và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến hành trên các bệnh nhân có u tuyến giáp đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Siêu âm tuyến giáp, ghi nhận các dấu hiệu tổn thương và phân loại theo K-TIRADS 2016. Kết quả tế bào học của chọc hút bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm (US-FNA) được phân loại theo Bethesda 2017. Đối chứng với kết quả mô bệnh học để đánh giá giá trị của từng đặc điểm, của phân loại tổn thương u tuyến giáp trên siêu âm theo K-TIRADS 2016 và tế bào học của US-FNA.

Kết quả: Trong 172 trường hợp u tuyến giáp có 47 trường hợp u ác tính (27,3%), 125 trường hợp u lành tính. Các đặc điểm ung thư tuyến giáp hay gặp trên hình ảnh siêu âm là: khối đặc giảm âm, chiều cao khối u lớn hơn chiều rộng, bờ viền không đều, nốt vôi hóa nhỏ. Phương pháp siêu âm tuyến giáp với phân loại tổn thương theo K-TIRADS 2016 có ý nghĩa trong dự báo nguy cơ ung thư tuyến giáp. Siêu âm với phân loại tổn thương theo K-TIRADS 2016 và phân loại tế bào học theo Bethesda 2017 với US-FNA có sự phù hợp chẩn đoán cao.

Kết luận: Siêu âm tuyến giáp có vai trò quan trọng trong sàng lọc và chẩn đoán ung thư tuyến giáp. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm có giá trị cao trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp.

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp, siêu âm tuyến giáp, hệ thống dữ liệu và báo cáo hình ảnh tuyến giáp của Hàn Quốc năm 2016, chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm.

ABSTRACT

THE VALUE OF THYROID ULTRASOUND AND ULTRASOUND - GUIDED FINE - NEEDLE ASPIRATION FOR DIAGNOSING THYROID CANCER

Nguyen Thanh Lam¹, Vu Dinh Kien², Nguyen Thi Minh³, Ly Thuy Minh³, Phung Thi Lien⁴

Objectives: To describe some ultrasound findings of thyroid cancer and to assess the value of thyroid ultrasound and ultrasound - guided fine - needle aspiration in diagnosing thyroid cancer.

Methods: A descriptive study was conducted on patients with thyroid nodules examined and treated at Thainguyn National Hospital. Ultrasound findings of thyroid ultrasound were shown and classified with K-TIRADS 2016. Cytological findings of ultrasound - guided fine - needle aspiration were classified with Bethesda 2017. The results were compared with pathologic results in order to evaluate the value of ultrasound findings, classification of ultrasound findings with K-TIRADS 2016 and cytological findings of US-FNA.

Ngày nhận bài: 12/07/2024. Ngày chỉnh sửa: 15/01/2025. Chấp thuận đăng: 15/02/2025

Tác giả liên hệ: Nguyễn Thành Lam. Email: lamthanhnghuyen2008@gmail.com. ĐT: 0982581779

Giá trị của siêu âm và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ...

Results: Of 172 thyroid nodules, 47 were malignant (27.3%), 125 were benign. Common ultrasound findings of thyroid cancer were: hypoechoic solid component, taller-than-wider shape, irregular margins, microcalcifications. Thyroid ultrasound with K-TIRADS 2016 had significance for predicting the risk of thyroid cancer. Thyroid ultrasound with K-TIRADS 2016 and cytology classification with Bethesda 2017 of US-FNA had high diagnostic compatibility.

Conclusion: Thyroid ultrasound has an important role in screening and diagnosis for thyroid cancer. Ultrasound - guided fine - needle aspiration has a high significance for diagnosing thyroid cancer.

Keywords: Thyroid cancer, thyroid ultrasound, Korean Thyroid Imaging Reporting and Data System 2016 (K-TIRADS 2016), ultrasound - guided fine - needle aspiration (US-FNA).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp tuy chỉ chiếm 1% trong các bệnh ung thư nói chung nhưng hay gặp nhất trong ung thư các tuyến nội tiết. Tỷ lệ mắc ở nữ cao gấp nhiều lần nam, lứa tuổi trên 45 tuổi hay gặp, bệnh có xu hướng gặp ở lứa tuổi trẻ hơn.

Ung thư tuyến giáp thường tiến triển âm thầm, khó phát hiện trên lâm sàng ở các giai đoạn sớm. Siêu âm là một phương tiện đáng tin cậy trong chẩn đoán u tuyến giáp, giúp phát hiện các u rất nhỏ mà khám lâm sàng không phát hiện được hoặc bỏ sót và giúp phát hiện sự thay đổi cấu trúc tuyến từ rất sớm. Siêu âm cũng đưa ra các dấu nghi ngờ ác tính của u tuyến giáp. Siêu âm và phân loại tổn thương u tuyến giáp theo TIRADS có ý nghĩa trong phát hiện và đánh giá nguy cơ ung thư tuyến giáp. Do vậy, nhiều tác giả đã đề xuất nên sử dụng siêu âm như là một phương tiện sàng lọc u tuyến giáp [1, 2]. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm là kỹ thuật đơn giản, nhưng rất giá trị vì có thể xác định chính xác tổn thương cần lấy bệnh phẩm, cung cấp các thông tin trực tiếp và đặc hiệu về một khối u tuyến giáp. Theo Hiệp hội bác sĩ nội tiết Hoa Kỳ (AACE), đây là phương pháp “được tin tưởng là hiệu quả nhất hiện nay trong phân biệt các nhân giáp lành tính và ác tính” với độ chính xác lên tới 95%, nếu người chọc có kinh nghiệm và người đọc có trình độ. Vì vậy, vấn đề kết hợp siêu âm và chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp, góp phần phát hiện các trường hợp cần can thiệp sớm hoặc chỉ cần theo dõi.

Trong nước, còn ít nghiên cứu việc kết hợp siêu âm, chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp rồi đối chiếu kết quả mô bệnh học để đánh giá giá trị của siêu âm và chọc hút kim nhỏ xét nghiệm tế

bào học. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả một số đặc điểm hình ảnh siêu âm của ung thư tuyến giáp và khảo sát giá trị của siêu âm và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân có u tuyến giáp đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 4/2021 đến tháng 4/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân có u tuyến giáp, chưa được can thiệp (phẫu thuật, đốt sóng cao tần...). Bệnh nhân có đủ kết quả siêu âm tuyến giáp, tế bào học của chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm, mô bệnh học sau mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không hợp tác. Bệnh nhân đang có nhiễm độc giáp. Bệnh nhân có chống chỉ định chọc hút kim nhỏ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang với cách chọn mẫu thuận tiện và có chủ đích.

2.3. Biến số nghiên cứu

Tuổi, giới của bệnh nhân; Một số đặc điểm hình ảnh siêu âm tuyến giáp: Đường kính lớn nhất u tuyến giáp; số lượng khối u; các đặc điểm khối u: tính chất cân âm, bờ viền, ranh giới, vôi hóa nhỏ...trong khối u; Kết quả tế bào học của chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm; Kết quả mô bệnh học.

2.4. Phương pháp tiến hành

Thiết kế phiếu nghiên cứu theo mẫu để khảo sát các chỉ tiêu nghiên cứu; Bệnh nhân được khám lâm sàng, làm siêu âm tuyến giáp bằng máy siêu âm Philips Envisor Version C.1.3, đầu dò Linear 7,5 - 12 MHz tại Trung tâm Chẩn đoán hình ảnh

Giá trị của siêu âm và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ...

và Điện quang can thiệp - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên; Siêu âm tuyến giáp, ghi nhận các đặc điểm hình ảnh u tuyến giáp trên siêu âm. Phân loại tổn thương khối u tuyến giáp theo K-TIRADS 2016; Bệnh nhân có chỉ định sẽ được chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm lấy bệnh phẩm. Bệnh phẩm này được xử lý và đọc kết quả tại Khoa Giải phẫu bệnh và Tế bào học với phân loại theo tiêu chuẩn Bethesda 2017; Bệnh nhân có chỉ định sẽ được phẫu thuật, làm mô bệnh học u tuyến giáp; Đối chiếu kết quả siêu âm và phân loại theo K-TIRADS 2016, kết quả tế bào học của US-FNA với kết quả mô bệnh học để đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính, độ chính xác. Đối chiếu kết quả siêu âm với tế bào học của US-FNA để đánh giá sự phù hợp chẩn đoán.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 for Windows.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh viện. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. Thông tin của bệnh nhân được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ

Trong 172 bệnh nhân u tuyến giáp, 47 bệnh nhân có kết quả mô bệnh học là ung thư tuyến giáp (chiếm 27,3%). Tuổi trung bình của bệnh nhân ung thư tuyến giáp trong nghiên cứu là $41,7 \pm 12,5$, 85,1% là nữ. Tuổi của bệnh nhân u lành tuyến giáp là $47,3 \pm 18,1$ (bảng 1). Ung thư biểu mô tuyến giáp hay gặp 1 u, đường kính lớn nhất trung bình là $21,8 \pm 7,3$ mm, có 21,3% khối ung thư có đường kính lớn nhất ≤ 10 mm (bảng 2).

Bảng 1: Tuổi, giới của bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số nghiên cứu		Ung thư (n = 47)	U lành (n = 125)
Tuổi (năm)	Trung bình	$41,7 \pm 12,5$	$47,3 \pm 18,1$
	Thấp nhất - cao nhất	21 - 74	18 - 75
Giới	Nữ	40 (85,1%)	105 (84%)
	Nam	7 (14,9%)	20 (16%)

Bảng 2: Số lượng u, đường kính lớn nhất u tuyến giáp trên siêu âm

Chỉ số nghiên cứu		Ung thư (n = 47)	U lành (n = 125)
Số lượng u	1 u	47 (100%)	93 (74,4%)
	≥ 2 u	0 (0%)	32 (25,6%)
Đường kính lớn nhất u	Trung bình (mm)	$21,8 \pm 7,3$	$34,7 \pm 12,2$
	Ngắn nhất - dài nhất (mm)	6 - 36	7 - 52
	≤ 10 mm	10 (21,3%)	14 (11,2%)
	> 10 mm	37 (78,7%)	111 (88,8%)

Bảng 3: Đặc điểm hình ảnh siêu âm tuyến giáp đối chiếu với kết quả mô bệnh học

Hình ảnh siêu âm tuyến giáp	Ung thư (n = 47)	U lành (n = 125)	p
Khối đặc giảm âm	42 (77,8%)	12 (22,2%)	$< 0,01$
Chiều cao lớn hơn chiều rộng	30 (62,5%)	18 (37,5%)	$< 0,01$
Bờ không đều	33 (68,6%)	15 (31,3%)	$< 0,01$
Nốt vôi hóa nhỏ	29 (63%)	17 (37%)	$< 0,01$

Giá trị của siêu âm và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ...

Hình ảnh u ác tuyến giáp thường có một số đặc điểm khác rõ rệt u lành tuyến giáp: khối đặc giảm âm, bờ không đều, chiều cao lớn hơn chiều rộng, nốt vôi hóa nhỏ (bảng 3). Các đặc điểm riêng rẽ trên hình ảnh siêu âm này đa phần có độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính tương đối cao (bảng 4). Tỷ lệ ác tính tăng dần theo phân độ K-TIRADS 2016. Hình ảnh u tuyến giáp loại K-TIRADS 5 có nguy cơ ác tính cao hơn nhiều so với K-TIRADS 2, 3, 4 (bảng 5).

Bảng 4: Giá trị chẩn đoán của từng đặc điểm trên hình ảnh siêu âm tuyến giáp

Hình ảnh siêu âm tuyến giáp	Se	Sp	PPV	NPV	Acc
Khối đặc giảm âm	42/47 (89,4%)	113/125 (90,4%)	42/54 (77,8%)	113/118 (95,8%)	155/172 (90,1%)
Chiều cao lớn hơn chiều rộng	30/47 (63,8%)	107/125 (85,6%)	30/48 (62,5%)	107/124 (86,3%)	155/172 (90,1%)
Bờ không đều	33/47 (70,2%)	110/125 (88%)	33/48 (68,8%)	110/124 (88,7%)	110/172 (83,1%)
Vôi hóa nhỏ	29/47 (61,7%)	108/125 (86,4%)	29/46 (63%)	108/126 (85,7%)	137/172 (79,7%)

Bảng 5: Phân loại theo K-TIRADS 2016 và đối chiếu với kết quả mô bệnh học

Phân loại theo K-TIRADS 2016	Ung thư	U lành	Tổng	Nguy cơ ác tính (%)	p
K-TIRADS 2	0	37	37	0	< 0,01
K-TIRADS 3	1	48	49	2	
K-TIRADS 4	7	34	41	17,1	
K-TIRADS 5	39	6	45	86,7	
Tổng	47	125	172		

Nếu lấy ngưỡng cut off là K-TIRADS 5 thì các giá trị: độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị dự báo dương tính và âm tính đều cao so với giá trị của từng dấu hiệu riêng rẽ. Như vậy siêu âm tuyến giáp với phân loại tổn thương theo K-TIRADS 2016 có giá trị cao trong sàng lọc, chẩn đoán ung thư tuyến giáp (bảng 6).

Bảng 6: Giá trị chẩn đoán ung thư của siêu âm tuyến giáp theo K-TIRADS 2016

Phân loại theo K-TIRADS 2016	Ung thư	U lành	Tổng	Giá trị chẩn đoán
K-TIRADS 2, 3, 4	8	119	127	Se: 83%; Sp: 95,2%; PPV: 86,7%; NPV: 93,7%; Acc: 91,9%
K-TIRADS 5	39	6	45	
Tổng	47	125	172	

100% số u tuyến giáp được chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm có kết quả tế bào học ác tính đều là ung thư, 50% số nghi ngờ ác tính là ung thư, chỉ có 2 trường hợp tế bào học không nghi ngờ cho kết quả mô bệnh học là ung thư (bảng 7). Chọc hút kim nhỏ tế bào dưới hướng dẫn siêu âm có giá trị phát hiện ung thư tuyến giáp với độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác cao (bảng 8). Có sự phù hợp cao giữa phân loại đặc điểm hình ảnh u tuyến giáp trên siêu âm theo K-TIRADS 2016 với kết quả tế bào học bằng US-FNA theo Bethesda 2017 (bảng 9).

Giá trị của siêu âm và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ...

Bảng 7: Phân loại tế bào học theo Bethesda 2017 và đối chiếu với kết quả mô bệnh học

Phân loại tế bào học theo Bethesda 2017	Ung thư	U lành	Tổng	Nguy cơ ác tính (%)	p
Lành tính	0	45	45	0	< 0,01
Không điển hình	1	50	51	2	
Nang/ngiêng ngờ dạng nang	1	27	28	3,6	
Ngôi ngờ ác tính	3	3	6	50	
Ác tính	42	0	42	100	
Tổng	47	125	172	100	

Bảng 8: Giá trị chẩn đoán ung thư của tế bào học theo Bethesda 2017 với chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm

Phân loại tế bào học theo Bethesda 2017	Ung thư	U lành	Tổng	Giá trị chẩn đoán
Ngôi ngờ/ác tính	45	3	48	Se: 95,7%; Sp: 97,6%; PPV: 93,8%; NPV: 98,4%; Acc: 97,1%
Loại khác	2	122	124	
Tổng	47	125	172	

Bảng 9: Phù hợp giữa phân loại tổn thương trên siêu âm tuyến giáp theo K-TIRADS 2016 với phân loại tế bào học bằng US-FNA theo Bethesda 2017

Phân loại theo K-TIRADS 2016	Ngôi ngờ/ác tính	Loại khác	Tổng	Phù hợp chẩn đoán
K-TIRADS 2, 3, 4	8	119	127	p < 0,01 Kappa = 0,81
K-TIRADS 5	40	5	45	
Tổng	48	124	172	

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ung thư tuyến giáp gặp ở 27,3% trường hợp. Đường kính lớn nhất khối u trung bình là $21,8 \pm 7,3$ mm, 21,3% khối u còn nhỏ (đường kính ≤ 10 cm), 100% gặp có 1 khối u. Tuy nhiên nhiều tác giả thấy rằng số lượng, kích thước khối u không có giá trị chẩn đoán u lành hay ác. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đều chỉ ra một số dấu hiệu điển hình của ung thư tuyến giáp trên hình ảnh siêu âm tương đối giống nhau. Khối giảm âm đặc hoặc phần lớn là đặc giảm âm khi tính chất âm của khối giảm hơn so với mô tuyến

xung quanh, là 1 trong những đặc điểm nghi ngờ tổn thương ác tính. Trái lại các tổn thương lành tính thường là khối đồng âm, trống âm hoặc tăng âm so với mô giáp lành. Một số tác giả thấy rằng ung thư tuyến giáp gặp nhiều hơn ở những khối u có chiều cao lớn hơn chiều rộng. Dấu hiệu bờ không đều, ranh giới không rõ ràng đặc trưng cho sự thâm nhiễm và xâm lấn của khối u ác ra tổ chức xung quanh. Dấu hiệu vôi hóa nhỏ biểu hiện bởi các chấm tăng âm, đường kính < 1 cm, không kèm theo “vệt đuôi sao chổi” phía sau là 1 trong các tổn thương hay gặp ở u ác tính. Các u lành tính vôi hóa thường là các

nốt có đường kính lớn, có “vệt đuôi sao chổi”, hay ở thành nang [2-4]. Một số nghiên cứu nhận thấy: các u ác tuyến giáp thường có tín hiệu mạch trung tâm khối u trên siêu âm màu Doppler, biểu hiện sự tăng sinh mạch máu nuôi dưỡng khối u; trái lại các u lành tuyến giáp thường không có hoặc chỉ có tín hiệu mạch ở ngoại vi khối u [5]. Tuy nhiên, vài tác giả cho rằng dấu hiệu tăng sinh mạch máu trung tâm khối u không thường xuyên và đặc điểm hạch cổ trên siêu âm không có nhiều giá trị trong chẩn đoán u ác tuyến giáp hoặc hạch do các u ác tính nơi khác. Mặt khác, hầu hết các phân loại TIRADS thường không đánh giá dấu hiệu này [6, 7]. Vì vậy nghiên cứu của chúng tôi không đánh giá đặc điểm này.

Kết quả nghiên cứu của các tác giả tương đối khác nhau tùy theo đặc điểm bệnh nhân, máy siêu âm và kỹ thuật [2, 5, 6]. U ác tính tuyến giáp có một số dấu hiệu trên siêu âm khác rõ rệt với u lành, tuy nhiên giá trị chẩn đoán của từng dấu hiệu riêng rẽ không cao. Tỷ lệ ác tính tăng dần theo mức độ TIRADS, TIRADS 5 có tỷ lệ ác tính cao [2, 5, 7].

Kết quả có khác nhau do đặc điểm bệnh nhân khác nhau và các tác giả khác chọn ngưỡng cut off cũng khác nhau nhưng giá trị chẩn đoán của các nghiên cứu đều tương đối cao [3-6]. Như vậy phương pháp siêu âm tuyến giáp với phân loại tổn thương theo TIRADS có độ tin cậy và chính xác cao.

Việc siêu âm tuyến giáp vừa đánh giá đặc điểm tổn thương vừa kết hợp chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm những trường hợp có chỉ định. Siêu âm giúp cho việc chọc chính xác những tổn thương tuyến giáp có kích thước nhỏ. Vì thế chúng tôi có thể chọc hút được hết 24 u có đường kính ≤ 10 mm và lấy mẫu đạt tiêu chuẩn.

Đa số giá trị chẩn đoán chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm đều cao [8-10]. Mingjian Fei chỉ ra giá trị chẩn đoán không phụ thuộc vào kích thước khối u, đồng thời tác giả cũng thấy tỷ lệ ác tính ở $u \leq 5$ mm cao hơn, tỷ lệ mẫu đạt tiêu chuẩn rất cao và thời gian trung bình thực hiện chọc hút tế bào kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm nhanh ($100,84 \pm 41,58$ giây với $u \leq 5$ mm, $91,2 \pm 32,52$ giây với $5 < u \leq 10$ mm, $79,01 \pm 29,62$ giây với $u > 10$ mm) [9]. Điều đó chứng tỏ ưu việt của kỹ thuật.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận sự phù hợp chẩn đoán ung thư tuyến giáp giữa siêu âm với phân loại theo K-TIRADS 2016 và kết quả tế bào học của chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm là cao ($Kappa = 0,81$). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm (2020) cũng khẳng định sự phù hợp này với tỷ lệ ác tính là 74,14% ở u loại TIRADS 5, 16,54% ở u loại TIRADS 4 [10].

V. KẾT LUẬN

Phương pháp siêu âm tuyến giáp cùng phân loại tổn thương theo K-TIRADS 2016 có vai trò quan trọng trong sàng lọc và chẩn đoán ung thư tuyến giáp với độ nhạy 83%, độ đặc hiệu 95,2%, giá trị dự báo dương tính 86,7%, giá trị dự báo âm tính 93,7%, độ chính xác 91,9%. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm có giá trị cao trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp với độ nhạy 95,7%, độ đặc hiệu 97,6%, giá trị dự báo dương tính 93,8%, giá trị dự báo âm tính 98,4%, độ chính xác 97,1%. Siêu âm với phân loại tổn thương theo K-TIRADS 2016 và phân loại tế bào học theo Bethesda 2017 có sự phù hợp chẩn đoán cao.

Xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Woliński K, Szkudlarek M, Szczepanek-Parulska E, Ruchała M. Usefulness of different ultrasound features of malignancy in predicting the type of thyroid lesions: a meta-analysis of prospective studies. *Pol Arch Med Wewn.* 2014;124(3):97-104.
2. Doãn Văn Ngọc, Trần Công Hoan, Nguyễn Văn Sang, Nguyễn Minh Châu. The Value of Ultrasound in Classification of Thyroid Hypoechoic Nodules. *VNU Journal of Science: Medical and Pharmaceutical Sciences.* 2021;37(3):27-30.
3. Trần Văn Tuấn. Khảo sát hình ảnh siêu âm và chọc hút tế bào kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm các khối bất thường tuyến giáp tại Bệnh viện trung ương Huế. *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh.* 2010;14:12-17.
4. Châu Thị Hiền Trang, Nguyễn Thanh Thảo. Nghiên cứu ứng dụng phân loại Tirads trong chẩn đoán tổn thương dạng

Giá trị của siêu âm và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ...

- nốt tuyến giáp trên siêu âm. Tạp chí Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam. 2015;21:17-22.
5. Nguyễn Văn Hách, Nguyễn Thị Lan Hương, Nguyễn Đức Công. Giá trị siêu âm trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp. Tạp chí Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam. 2022;43:4-11.
 6. Yunus M, Ahmed Z. Significance of ultrasound features in predicting malignant solid thyroid nodules: need for fine-needle aspiration. J Pak Med Assoc. 2010;60(10):848-53.
 7. Hoàng Trung Hiếu, Phương P. So sánh giá trị các phân loại Eu-Tirads, K-Tirads và Acr-Tirads trong chẩn đoán tổn thương dạng nốt tuyến giáp. Tạp chí Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam. 2021;42:43-49.
 8. Trần Mạnh Hà. Đối chiếu chẩn đoán tế bào học dưới hướng dẫn của siêu âm với chẩn đoán mô bệnh học sau phẫu thuật bướu nhân tuyến giáp tại Thái Bình năm 2019. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;508(2):30-37.
 9. Fei M, Zhang F, Qin L, Zheng X, Zhang B, Ouyang X. Diagnostic Significance of Ultrasound-Guided Fine-Needle Aspiration Biopsy and on-Site Assessment by Pathologists for Thyroid Micronodules. Int J Gen Med. 2024;17:315-321.
 10. Nguyễn Thị Thắm, Hoàng Đức Hạ. Nhận xét giá trị phương pháp chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến giáp. Tạp chí Điện quang & Y học hạt nhân Việt Nam. 2020;41:45-51.