

ĐẶC ĐIỂM TẾ BÀO HỌC VÀ MÔ BỆNH HỌC CÁC KHỐI U TUYẾN GIÁP ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Nguyễn Thị Thanh Hà^{1*}, Dương Thị Lan Thu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả tế bào học, sinh thiết tức thì và mô bệnh học các khối u tuyến giáp được phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang trên 221 BN có u tuyến giáp được điều trị tại Trung tâm Ung bướu và Trung tâm Tim mạch Lồng ngực, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình trong khoảng thời gian từ tháng 5/2020 - 3/2021.

Kết quả: tế bào học: 55,6% lành tính; 36,7% nghi ngờ và 7,7% ác tính đều là ung thư thể nhú. Sinh thiết tức thì (cắt lạnh mảnh mô): 52,0% lành tính; 1,4% nghi ngờ, 46,6% ung thư thể nhú. Mô bệnh học: 50,7% là u lành tính (viêm, bướu giáp keo, u tuyến), 49,3% là u ác tính (đều là ung thư thể nhú). Trong nhóm u lành tính: 98,2% không tổn thương hạch kèm theo. Trong nhóm ác tính: 33,9% có hạch di căn; 9,2% hạch phản ứng viêm; 56,9% không có tổn thương hạch. Sự khác biệt về kết quả mô bệnh học với kích thước u và tổn thương tại hạch là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ khóa: Tế bào học và mô bệnh học u tuyến giáp.

ABSTRACT

PATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SURGICAL TREATED THYROID TUMORS AT GENERAL HOSPITAL OF THAI BINH PROVINCE

Objectives: Review the cytological, frozen sections and pathological results of surgical treated thyroid tumors at general hospital of Thai Binh province.

Method: Cross-sectional descriptive study on 221 patients with thyroid tumors treated at Cancer Center and Cardiothoracic Center, Provincial General Hospital Thai Binh during the period from May 2020 to March 2021.

Results: Cytology: 55,6% benign, 36,7% suspected and 7,7% carcinoma papillary. Frozen

sections: 52,0% benign; 1,4% suspected; 46,6% papillary carcinoma. Pathology: 50,7% benign (thyroiditis, goiter, adenoma); 49,3% malignant (papillary carcinoma). In the group of benign tumors: 98,2% without lymph node lesions. In the malignant group: 33,9% metastatic lymph nodes; 9,2% inflammatory; 56,9% without lymph node lesions. The difference in pathological results with tumor size and lymph node lesions was statistically significant with $p < 0,05$.

Keywords: Cytology and pathology of thyroid tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến giáp là tình trạng tuyến giáp to lên bất thường do có một hoặc nhiều nhân trong nhu mô. Phần lớn u tuyến giáp là lành tính, một số thể mô bệnh học (MBH) hay gặp là bướu giáp keo, nang tuyến giáp, u tuyến tuyến giáp. Chẩn đoán u tuyến giáp dựa vào hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng, cùng với bộ 3 xét nghiệm chẩn đoán là: chức năng, siêu âm và tế bào học tuyến giáp. Trong đó, phương pháp xét nghiệm tế bào học (TBH) chọc hút kim nhỏ là xét nghiệm cơ bản nhất và tốt nhất để chẩn đoán các nhân tuyến giáp trước phẫu thuật. Hiện nay, nhiều phẫu thuật viên đã áp dụng phương pháp sinh thiết tức thì (STTT) (còn gọi là kỹ thuật cắt lạnh mảnh mô) để quyết định mức độ phẫu thuật khi bệnh nhân (BN) còn đang trên bàn phẫu thuật. Để nâng cao chất lượng chẩn đoán cũng như giúp các bác sĩ lâm sàng có phác đồ điều trị đúng đắn ngay từ đầu, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: Nhận xét kết quả tế bào học và mô bệnh học các khối u tuyến giáp được phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 221 bệnh nhân BN có u tuyến giáp được điều trị tại Trung tâm Ung bướu và Trung tâm Tim mạch Lồng ngực, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình trong khoảng thời gian từ tháng 5/2020 - 3/2021.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

+ Được chẩn đoán có u tuyến giáp

1. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

* Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Hà

Email: nguyenthahhaytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 03/11/2022

Ngày phản biện: 02/12/2022

Ngày duyệt bài: 05/12/2022

+ Được làm STTT trong quá trình phẫu thuật và làm MBH sau phẫu thuật

+ Tiêu bản lưu trữ, khối nền đúc bệnh phẩm phải đảm bảo chất lượng để chẩn đoán

+ Hồ sơ bệnh án đầy đủ

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Những trường hợp không có đủ cả hai kết quả STTT và MBH

+ Có tiền sử phẫu thuật tuyến giáp, đã hóa trị hay xạ trị tuyến giáp vì ung thư

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang (tiền cứu kết hợp với hồi cứu).

*** Cơ mẫu và chọn mẫu**

Chọn mẫu thuận tiện. Tiến hành thu thập số liệu trên toàn bộ BN có khối u tuyến giáp, được làm STTT trong quá trình phẫu thuật và làm MBH sau phẫu thuật, có hồ sơ bệnh án đầy đủ trong khoảng thời gian từ 01/5/2020 đến hết 31/3/2021. Trên thực tế, chúng tôi đã lựa chọn được 221 BN.

*** Các chỉ số, biến số nghiên cứu**

- Tuổi: chia thành các nhóm: < 30, 30 - 39, 40 - 49, 50 - 59, 60 - 69, ≥ 70.

- Giới: nam và nữ

- Đặc điểm TBH chọc hút kim nhỏ: đọc và phân loại tổn thương theo Bethesda.

- Đặc điểm của STTT: đọc và phân loại tổn thương theo WHO 2017.

- Đặc điểm MBH sau phẫu thuật: đại thể, vi thể (đọc và phân loại theo WHO 2017).

*** Quy trình tiến hành nghiên cứu**

• Hồi cứu

+ Từ 01/5/2020 đến hết 31/12/2020 thu thập được 189 BN

+ Tra cứu hồ sơ bệnh án, thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu

+ Thu thập tiêu bản STTT, tiêu bản MBH và khối nền lưu trữ; xem xét và nhận định lại kết quả (theo phân loại của WHO năm 2017), kết hợp với cắt nhuộm thêm nếu có nghi ngờ.

• Tiến cứu

+ Từ 01/01/2021 đến hết 31/3/2021 thu thập được 32 BN

+ Thu thập thông tin BN và số liệu từ hồ sơ bệnh án theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

+ Nghiên cứu STTT trong phẫu thuật, MBH sau phẫu thuật, nhận định kết quả dưới kính hiển vi quang học và định típ MBH (theo phân loại của WHO năm 2017).

* **Phương pháp xử lý số liệu:** các số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0.

* **Thời gian nghiên cứu:** từ tháng 5/2020 - 3/2021.

* **Địa điểm nghiên cứu:** Trung tâm Ung bướu và Trung tâm Tim mạch Lồng ngực, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

2.3 Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin của bệnh nhân được bảo mật hoàn toàn và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học. Nghiên cứu này chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị cho người bệnh và không gây tổn hại cho bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Kết quả xét nghiệm tế bào học

Kết quả Tế bào học	Số BN	Tỷ lệ %
Lành tính	123	55,6
Nghi ngờ ác tính	81	36,7
Ác tính	17	7,7
Tổng số	221	100

123 trường hợp lành tính chiếm 55,6% (bao gồm bướu giáp keo, u tuyến và viêm), 81 trường hợp nghi ngờ ác tính chiếm 36,7% và 17 trường hợp được chẩn đoán xác định ung thư tuyến giáp thể nhú chiếm 7,7%.

Bảng 2. Kết quả sinh thiết tức thì

Kết quả Sinh thiết tức thì	Số BN	Tỷ lệ %
Lành tính	115	52,0
Nghi ngờ ác tính	3	1,4
Ác tính	103	46,6
Tổng	221	100

Kết quả sinh thiết tức thì cho thấy 52,0% trường hợp là lành tính, 46,6% là ác tính và đều có chẩn đoán là ung thư thể nhú và 1,4% trường hợp có kết quả nghi ngờ ác tính.

Bảng 3. Phân loại mô bệnh học sau phẫu thuật

Phân loại MBH sau phẫu thuật		Số BN	Tỷ lệ %
Lành tính	Viêm tuyến giáp	8	3,6
	Bướu giáp keo	65	29,4
	U tuyến nang	39	17,7
Ác tính	Vi ung thư thể nhú	14	6,3
	Ung thư thể nhú	90	40,7
	Ung thư thể nhú/ Viêm	5	2,3
Tổng		221	100

Trong nhóm u lành tính hay gặp nhất là bướu giáp keo (29,4%), sau đó là u tuyến nang (17,7%) và viêm tuyến giáp (3,6%). Trong nhóm ác tính: ung thư thể nhú là loại duy nhất, có thể ở dạng vi ung thư nhú (6,3%); ung thư thể nhú/viêm (2,3%) hoặc đơn thuần (40,7%).

Bảng 4. Phân bố kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật theo giới tính

Giới tính	MBH sau phẫu thuật				Tổng	
	Lành tính		Ác tính			
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Nữ	98	87,5	101	92,7	199	90,0
Nam	14	12,5	8	7,3	22	10,0
Tổng	112	100	109	100	221	100

Kết quả cho thấy u giáp dù lành hay ác tính đều hay gặp ở nữ giới. Trong nhóm u lành tính, tỷ lệ nữ/nam là 7/1, nhóm u ác tính tỷ lệ này là 12,6/1.

Bảng 5. Phân bố kết quả MBH sau phẫu thuật theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	MBH sau phẫu thuật				Tổng	
	Lành tính		Ác tính			
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
<30	5	4,5	3	2,8	8	3,6
30-39	14	12,5	17	15,6	31	14,0
40-49	27	24,1	27	24,8	54	24,4
50-59	32	28,6	34	31,1	66	29,9
60-69	30	26,7	23	21,1	53	24,0
≥ 70	4	3,6	5	4,6	9	4,1
Tổng	112	100	109	100	221	100

Trong nhóm u lành tính hay gặp nhất là nhóm tuổi từ 50 - 59 (28,6%), ở các nhóm tuổi khác tỷ lệ mắc bệnh giảm dần và thấp nhất là nhóm ≥ 70 tuổi. Trong nhóm u ác tính, nhóm tuổi hay gặp nhất vẫn là nhóm 50 - 59 tuổi (31,1%), nhóm tuổi ít nhất là < 30 tuổi.

Bảng 6. Phân bố kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật theo kích thước u

Kích thước	MBH sau phẫu thuật				Tổng		p
	Lành tính		Ác tính				
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
< 1cm	32	28,6	69	63,3	101	45,7	p < 0,05
1-2cm	68	60,7	38	34,9	106	48,0	
>2cm	12	10,7	2	1,8	14	6,3	
Tổng	112	100	109	100	221	100	

Trong nhóm u lành tính thì đa số có kích thước từ 1 - 2cm chiếm 60,7%, u < 1cm chiếm tỷ lệ 28,65%, còn u có kích thước > 2cm có tỷ lệ thấp nhất. Trong nhóm u ác tính thì phần lớn u có kích thước < 1cm (63,3%), kích thước u từ 1 - 2cm chiếm 34,9%, thấp nhất là u có kích thước > 2cm chiếm 1,8%. Sự khác biệt về kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật với kích thước u có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 7. Phân bố kết quả MBH sau phẫu thuật theo tổn thương hạch

Tổn thương hạch	MBH sau phẫu thuật				Tổng		p
	Lành tính		Ác tính				
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Không có hạch	110	98,2	62	56,9	172	77,9	p < 0,05
Hạch phản ứng viêm	2	1,8	10	9,2	12	5,4	
Hạch di căn	0	0,0	37	33,9	37	16,7	
Tổng	112	100	109	100	221	100	

Trong nhóm u lành tính gần như không có hạch kèm theo chiếm 98,2%; chỉ 1,8% có hạch phản ứng viêm. Trong nhóm ác tính 33,9% là có hạch di căn, 9,2% là hạch phản ứng viêm, còn lại 56,9% không có tổn thương hạch. Sự khác biệt về kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật với tổn thương tại hạch là có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 221 bệnh nhân có u tuyến giáp chúng tôi thấy kết quả TBH như sau: 123 trường hợp lành tính chiếm 55,6% (bao gồm bướu giáp

keo, u tuyến và viêm), 81 trường hợp nghi ngờ ác tính chiếm 36,7% và 17 trường hợp được chẩn đoán xác định ung thư tuyến giáp thể nhú chiếm

7,7%. Tỷ lệ ác tính trên tế bào học trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với tác giả Nguyễn Thị Hồng (28,8%) nhưng cao hơn so với tác giả Chu Thị Giang (5,5%) [1],[2]. Sự chênh lệch này có lẽ là do bệnh nhân trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hồng hoàn toàn thực hiện chọc hút tế bào dưới hướng dẫn siêu âm, còn tác giả Chu Thị Giang (2018) chỉ nghiên cứu đặc điểm TBH mà không bắt buộc đối tượng nghiên cứu phải được phẫu thuật (chỉ định phẫu thuật áp dụng trong trường hợp u có nguy cơ chèn ép và ác tính) do vậy tỷ lệ ác tính thấp hơn.

Trên tế bào học có 17 trường hợp được chẩn đoán ung thư thể nhú và đã được khẳng định kết quả bằng MBH sau phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trong số bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú có 51,8% trường hợp có cấu trúc nhú trên tế bào học. Kết quả này cao hơn của Phạm Văn Tuyến (2011), có 27,5% bệnh nhân có cấu trúc nhú [3]. Về tế bào học chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể nhú điển hình thường không khó, dựa vào một số đặc điểm sau:

- Mật độ tế bào: tăng cao trong đa số các trường hợp, tế bào thường nhiều hơn cả u tuyến lành hoặc quá sản biểu mô. Theo Lowhagen T những đám có mật độ tế bào nhiều là hình ảnh điển hình của ung thư biểu mô nhú, được tìm thấy trong khoảng 1/3 - 2/3 trường hợp [4]. Do đó trên phiến đồ nếu thấy nhiều tế bào cần phải xem xét đánh giá kỹ lưỡng tránh bỏ sót tổn thương.

- Cấu trúc nhú: các tế bào u sắp xếp thành cấu trúc nhú với nhiều hình thái khác nhau gặp trong 90% các trường hợp. Người ta nhận biết được 3 loại cấu trúc nhú trên phiến đồ tế bào học [4]:

- + Loại thứ nhất: các nhú chia nhánh 3 chiều với lõi xơ mạch. Loại này được xem như là hình ảnh đặc trưng nhất của bệnh nhưng chỉ có trong khoảng 10 - 60% các trường hợp.

- + Loại thứ hai: tế bào u sắp xếp thành cấu trúc nhú ba chiều hoặc hình tròn, hình mái vòm nhưng không có trục liên kết xơ mạch. Cấu trúc này hiện diện trong 85% các trường hợp.

- + Loại thứ ba: là những nhú hai chiều, phẳng giống như hình ngón tay. Đây có lẽ là loại nhú gặp nhiều nhất trên phiến đồ tế bào học

- Biến đổi nhân: nhân tế bào u lớn nhưng đơn dạng và thường có giả thể vùi và khía dọc. Chất nhiễm sắc có hạt rất mịn và nhạt màu cũng là một đặc điểm quan trọng trong ung thư thể nhú.

Những đặc điểm tế bào của ung thư thể nhú trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nhiều nghiên cứu khác như: Phạm Văn Tuyến (2011), Nguyen GK (2005) [3],[5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 81 trường hợp nghi ngờ trên tế bào, kết quả MBH chẩn đoán xác định có 63 trường hợp ác tính đều là ung thư thể nhú, còn 18 trường hợp là lành tính. Hầu hết các trường hợp này, trên phiến đồ thấy tế bào bất thường rõ, nhân chủ yếu tăng kích thước, đôi khi có nhân khía hoặc giả thể vùi nhưng với số lượng ít nên chúng tôi thận trọng chẩn đoán là nghi ngờ ung thư thể nhú.

Kết quả nghiên cứu có 123 trường hợp lành tính, khi đối chiếu với MBH có 29 trường hợp là ác tính trong đó có: 18 ung thư thể nhú và 8 vi ung thư thể nhú và 3 ung thư thể nhú trên nền viêm. Sai sót trên các phiến đồ ở nhóm 29 bệnh nhân có TBH lành tính nhưng MBH ác tính có thể gặp là do: mô u tăng sinh mạch máu khi chọc hút dễ gây chảy máu dẫn đến phiến đồ giàu hồng cầu, ít tế bào biểu mô; do tổn thương ở dạng vi ung thư thể nhú trên nền bướu đa nhân hay trên nền viêm dẫn đến tế bào vùng u có số lượng ít hơn tổn thương lành tính kèm theo.

Chẩn đoán trên mảnh STTT cũng là một chẩn đoán mô bệnh học nhưng được tiến hành trong lúc phẫu thuật. Các tiêu chí để đánh giá giống như trên mô bệnh học thường quy sau phẫu thuật. Tuy nhiên, chất lượng hình ảnh về cấu trúc, tế bào trên mô trong STTT không bằng trên mô bệnh học thường quy sau phẫu thuật, nên trong chẩn đoán STTT đôi khi gặp khó khăn. Kết quả STTT cho thấy có 115 trường hợp là lành tính chiếm 52,0%, 103 trường hợp ác tính đều là ung thư thể nhú chiếm 46,6% và 03 trường hợp có kết quả nghi ngờ ác tính. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hồng thấy tỷ lệ lành tính là 48,9%, tỷ lệ ác tính là 49,4% và nghi ngờ là 1,8% [2]. Tác giả Trần Xuân Phong nghiên cứu STTT trên 60 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Bạch Mai thấy chỉ có 16,67% lành tính, có tới 83,33% ác tính [7]. Sự chênh lệch tỷ lệ này có thể do việc lựa chọn đối tượng nghiên cứu và cỡ mẫu của các tác giả là khác nhau dẫn đến tỷ lệ mắc bệnh khác nhau trong mỗi nghiên cứu.

Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi được thể hiện trên bảng 3: tỷ lệ lành tính là 50,7% (chủ yếu là bướu giáp keo), tỷ lệ ác tính là 49,3% (tất cả đều là ung thư thể nhú). Theo DeMay, trước khi chưa sử dụng phương

pháp chọc hút tuyến giáp bằng kim nhỏ, trong số các bệnh nhân được phẫu thuật chỉ có khoảng 15 - 25 % là các u ác tính [6]. Kết quả của tác giả Chu Thị Giang: tỷ lệ ác tính là 24,7% (100% là ung thư thể nhú) và tỷ lệ lành tính là 75,3% [2]. Theo nhiều tài liệu y văn thì tỷ lệ mắc ung thư tuyến giáp có xu hướng tăng nhanh trong những năm gần đây ở hầu hết các quốc gia trên toàn thế giới [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với tình hình hiện nay.

Bảng 4 cho thấy trong nghiên cứu có 199/221 trường hợp là nữ giới chiếm 90%, 22 trường hợp là nam giới chiếm 10%. Như vậy tỷ lệ mắc bệnh u tuyến giáp của nữ/nam là 9/1. Các u lành tính hay ác tính đều gặp ở nữ nhiều hơn ở nam giới. Trong nhóm u lành tính tỷ lệ nữ/nam là 7/1, nhóm u ác tính có tỷ lệ nữ/nam là 12,6/1. Nghiên cứu của tác giả Chu Thị Giang trên 620 trường hợp có u tuyến giáp tại bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình cho thấy tỷ lệ nữ/nam = 12/1, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [2]. Các nghiên cứu trên đều chứng tỏ các bệnh lý tuyến giáp nói chung, dù lành tính hay ác tính đều thường gặp ở nữ giới. Có nhiều nguyên nhân dẫn tới bệnh lý tại tuyến giáp như: di truyền, thiếu I - ốt, môi trường ô nhiễm, phơi nhiễm phóng xạ... nhưng đều dẫn đến tình trạng chung là rối loạn hệ thống miễn dịch của cơ thể, gây ảnh hưởng tới hoạt động tuyến giáp. Chính sự khác biệt trong cấu tạo cơ thể về mặt giải phẫu cũng như các nhiệm vụ sinh lý của nữ giới so với nam giới là nguyên nhân chủ yếu khiến tỷ lệ mắc bệnh tuyến giáp ở nữ giới cao hơn.

Từ bảng 5 cho thấy nhóm tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là từ 50 - 59 chiếm tỷ lệ 29,9% dù là lành tính hay ác tính, sau đó là nhóm tuổi 40 - 49 và 60 - 69 chiếm tỷ lệ lần lượt là 24,4% và 24,0%. Nhóm < 30 tuổi và nhóm ≥ 70 tuổi có tỷ lệ mắc bệnh thấp nhất. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 24, bệnh nhân cao tuổi nhất là 78. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $51,70 \pm 11,51$. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Chu Thị Giang là $51,5 \pm 13,1$ [2]. Các nghiên cứu trong và ngoài nước trước đây cũng chỉ ra rằng tỷ lệ mắc u tuyến giáp tăng dần theo tuổi, ở độ tuổi > 80 thì 90% là có u tuyến giáp. Trẻ em và thanh thiếu niên hầu như không có, nếu xuất hiện u tuyến giáp ở lứa tuổi này thì cần loại trừ ung thư tuyến giáp.

Đặc điểm về kích thước u và tính chất hạch khá quan trọng và là một trong số các tiêu chuẩn đánh giá giai đoạn ung thư tuyến giáp. Trên bảng 6 thể

hiện: các u dưới 1cm chiếm 45,7% và từ 1 - 2cm chiếm 48,0%, còn lại 6,3% u > 2cm; trong nhóm lành tính u chủ yếu có kích thước từ 1 - 2cm, còn nhóm ác tính thì u thường dưới 1cm và rất ít gặp u có kích thước > 2cm (chỉ có 2/109 trường hợp ác tính chiếm tỷ lệ 1,8 %). Sự khác biệt về kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật với kích thước u có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. So với kết quả của tác giả Trần Xuân Phong (2011) [7] là 6,6%, Nguyễn Thị Hồng (2016) [1] là 52,3% thì nhóm u có kích thước dưới 1cm trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, nhóm trên 2cm thì thấp hơn. Sự chênh lệch này có thể giải thích là do u tuyến giáp ngày càng được phát hiện ở giai đoạn sớm do sự phát triển của siêu âm và chọc hút kim nhỏ, hơn nữa kiến thức của người dân về chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cũng tốt hơn, tỷ lệ khám bệnh định kỳ tăng lên rõ rệt. Số bệnh nhân tình cờ phát hiện ra khối u tuyến giáp cũng từ đó tăng lên. U thường được phát hiện khi kích thước còn nhỏ và chưa di căn hạch.

Từ bảng 7 chúng tôi thấy: có 37/221 trường hợp có di căn hạch chiếm tỷ lệ 16,7%; trong nhóm u lành tính gần như không có hạch kèm theo chiếm 98,2%; chỉ 1,8% có hạch phản ứng viêm. Trong nhóm ác tính 33,9% là có hạch di căn, 9,2% là hạch phản ứng viêm, còn lại 56,9% không có tổn thương hạch. Sự khác biệt về kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật với tổn thương tại hạch là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ di căn hạch trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn tác giả Trần Xuân Phong (35%) [7]. Sự chênh lệch này là do đối tượng nghiên cứu của Trần Xuân Phong là những bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định ung thư tuyến giáp nên tỷ lệ di căn hạch bạch huyết vùng cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Khi nghiên cứu 221 bệnh nhân có u tuyến giáp được phẫu thuật tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Kết quả TBH: 55,6% lành tính, 36,7% nghi ngờ và 7,7% ác tính đều là ung thư thể nhú. Đặc điểm TBH ung thư thể nhú: mật độ tế bào cao; tạo cấu trúc nhú hoặc mảng chồng chất; nhân lớn, nhạt màu, có khía dọc và giả thể vùi trong nhân.

- Kết quả STTT: 52,0% lành tính, 1,4% nghi ngờ, 46,6% ác tính thể nhú.

- Kết quả MBH sau phẫu thuật: 50,7% lành tính, 49,3% u ác tính thể nhú. Trong nhóm u lành tính gần như không có hạch kèm theo (98,2%). Trong