

VAI TRÒ CỦA PHƯƠNG PHÁP TẾ BÀO HỌC VÀ SINH THIẾT LẠNH TRONG CHẨN ĐOÁN U TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

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

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đối chiếu kết quả tế bào học, sinh thiết lạnh với mô bệnh học sau phẫu thuật các khối u tuyến giáp trên bệnh nhân được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang trên 221 BN có u tuyến giáp được khám và 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: Phương pháp tế bào học: độ nhạy 73,39%, độ đặc hiệu 83,93%, độ chính xác là 78,73%, giá trị dự báo dương tính 81,63%, giá trị dự báo âm tính 76,42%. Phương pháp sinh thiết lạnh: độ nhạy 96,33%, độ đặc hiệu 99,11%, độ chính xác 97,74%, giá trị chẩn đoán dương tính 99,06%, giá trị chẩn đoán âm tính 96,52%. Độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của phương pháp sinh thiết lạnh cao hơn tế bào học và gần bằng mô bệnh học sau phẫu thuật.

Từ khóa: Tế bào học, sinh thiết lạnh u tuyến giáp.

ROLE OF CYTOLOGICAL AND COLD BIOPSY METHOD IN DIAGNOSING THYROID TUMORS AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

ABSTRACT

Objective: Compare the results of cytology, cold biopsy with histopathology of thyroid tumors in patients treated at Thai Binh general hospital.

Method: The study was conducted by cross-sectional descriptive method on 221 patients with thyroid tumors examined and treated at Oncology Center and Cardiothoracic Center, Thai Binh general hospital during the period from May 2020 to March 2021.

Results: Cytology: sensitivity 73,39%, specificity 83,93%, accuracy 78,73%, positive predictive value 81,63%, negative predictive value 76,42%. Cold biopsy: sensitivity 96,33%, specificity 99,11%, accuracy 97,74%, positive diagnostic value 99,06%, negative diagnostic value 96,52%. The

sensitivity, specificity and accuracy of cold biopsy method are higher than cytology and approximate to histopathology.

Key words: Cytological, cold biopsy thyroid tumors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến giáp là bệnh lý thường gặp trong nhóm bệnh của tuyến nội tiết. Hiện nay có nhiều phương pháp chẩn đoán u tuyến giáp trong đó xét nghiệm TBH chọc hút kim nhỏ vẫn là xét nghiệm cơ bản nhất và được coi là phương pháp tốt nhất để chẩn đoán các nhân tuyến giáp trước phẫu thuật. Tuy nhiên, phương pháp này vẫn có một số hạn chế, nhiều trường hợp không phân biệt được u lành hay ác tính, dẫn đến khó khăn trong việc lựa chọn mức độ phẫu thuật. Hiện nay, nhiều phẫu thuật viên đã áp dụng phương pháp sinh thiết lạnh (sinh thiết tức thì) để quyết định mức độ phẫu thuật tiếp theo khi bệnh nhân còn đang trên bàn phẫu thuật. Với việc sử dụng máy cắt lạnh, quy trình sản xuất tiêu bản được rút ngắn, các bác sỹ Giải phẫu bệnh có thể chẩn đoán nhanh trong vòng 10 - 15 phút. Phương pháp này đã đem lại rất nhiều lợi ích cho bệnh nhân, hạn chế việc cắt tuyến giáp toàn bộ và bệnh nhân (BN) không phải bổ sung hormone suốt đời hoặc tránh được phẫu thuật lần hai nếu kết quả là ác tính. Tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình phương pháp sinh thiết lạnh (STL) đã bắt đầu được áp dụng từ năm 2017, trong khoảng 2 năm gần đây STL tuyến giáp khá phổ biến cùng với xét nghiệm TBH để chẩn đoán các khối u tuyến giáp. Để nâng cao chất lượng chẩn đoán cũng như giúp các nhà lâm sàng có phác đồ điều trị đúng đắn ngay từ đầu, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: Đối chiếu kết quả tế bào học và sinh thiết lạnh với 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 BN có u tuyến giáp được khám và 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: 20/01/2023

Ngày phản biện: 18/04/2023

Ngày duyệt bài: 24/04/2023

+ Được làm STL 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

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

* **Cỡ 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 STL 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 có đủ tiêu chuẩn.

* **Các chỉ số, biến số nghiên cứu**

Tính giá trị của phương pháp tế bào học và sinh thiết lạnh với các chỉ số: độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính và theo công thức sau:

Tế bào học (hoặc Sinh thiết tức thì)	Mô bệnh học sau phẫu thuật		Tổng
	Ác tính	Lành tính	
Ác tính	a (Dương tính thật)	b (Dương tính giả)	a+b
Lành tính	c (Âm tính giả)	d (Âm tính thật)	c+d
Tổng	a+c	b+d	a+b+c+d

Trong đó:

Độ nhạy (Se-Sensitivity):

$$Se = \frac{a}{(a + c)} \times 100\%$$

Độ nhạy cho thấy khả năng phát hiện đúng những người bị bệnh.

Độ đặc hiệu (Sp-Specificity):

$$Sp = \frac{d}{(b + d)} \times 100\%$$

Độ chính xác: Được tính bằng chỉ số giữa âm tính thật và dương tính thật trên tổng số.

Giá trị chẩn đoán dương tính (PPV - Positive predictive value) là tỉ số dương tính thật trên dương tính thật và dương tính giả.

$$PPV = \frac{a}{(a + b)} \times 100\%$$

Giá trị chẩn đoán âm tính (NPV - Negative predictive value) là tỉ số giữa âm tính thật trên âm tính thật và âm tính giả.

$$NPV = \frac{d}{(c + d)} \times 100\%$$

* **Quy trình tiến hành nghiên cứu**

- Hồi cứu

+ Từ 01/5/2020 đến 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 STL, 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 STL trong phẫu thuật, MBH sau phẫu thuật, nhận định kết quả dưới kính hiển vi quang học và định tí 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; để nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị, không gây tổn hại cho người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm giới tính và tuổi

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Giới	Số BN	Tỷ lệ %
Nữ	199	90
Nam	22	10
Tổng	221	100

Trong nhóm đối tượng nghiên cứu đa số là nữ giới với 199/221 trường hợp chiếm 90%. Tỷ lệ nữ/nam là 9/1.

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số BN	Tỷ lệ %
< 30	8	3,6
30 – 39	31	14,0
40 – 49	54	24,4
50 - 59	66	29,9
60 - 69	53	24,0
≥ 70	9	4,1
Tổng	221	100

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $51,70 \pm 11,51$. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 24, cao tuổi nhất là 78. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 50 - 59. Không gặp bệnh nhân nào dưới 20 tuổi và trên 80 tuổi.

3.2. Đối chiếu kết quả tế bào học với mô bệnh học sau phẫu thuật

Bảng 3. Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật

Mô bệnh học sau phẫu thuật	Số BN	Tỷ lệ %
Lành tính	112	50,7
Ác tính	109	49,3
Tổng	221	100

Kết quả MBH sau phẫu thuật cho thấy trong số 221 bệnh nhân nghiên cứu thì có 112 trường hợp lành tính chiếm tỷ lệ 50,7%; 109 trường hợp ung thư tuyến giáp chiếm 49,3%.

Bảng 4. Đối chiếu kết quả tế bào học với mô bệnh học sau phẫu thuật

Tế bào học	Mô bệnh học sau phẫu thuật		Tổng
	Lành tính	Ác tính	
Lành tính	94	29	123
Nghi ngờ ác tính	18	63	81
Ác tính	0	17	17
Tổng	112	109	221

Kết quả nghiên cứu cho thấy trên TBH có 123 trường hợp lành tính khi đối chiếu với MBH có 94 trường hợp lành tính, 29 trường hợp là ác tính (18 trường hợp là ung thư thể nhú và 8 trường hợp là vi ung thư thể nhú và 3 trường hợp là ung thư thể nhú trên nền viêm); 81 trường hợp nghi ngờ ác tính trên tế bào khi đối chiếu với MBH có 63 trường hợp là ác tính đều là ung thư thể nhú, còn 18 trường hợp là lành tính. Có

17 trường hợp ác tính trên tế bào và được khẳng định kết quả bằng MBH sau phẫu thuật. Những trường hợp nghi ngờ ác tính trên TBH cũng được coi như xét nghiệm dương tính. Như vậy, dương tính thật là 80 trường hợp, âm tính thật là 94 trường hợp, âm tính giả có 29 trường hợp, có 18 trường hợp dương tính giả. Từ đó, ta có bảng sau:

Bảng 5. Giá trị của phương pháp tế bào học

Tế bào học	Mô bệnh học sau phẫu thuật		Tổng
	Ác tính	Lành tính	
Ác tính	80	18	98
Lành tính	29	94	123
Tổng	109	112	221

Phương pháp TBH có độ nhạy là 73,39%, độ đặc hiệu là 83,93%, độ chính xác là 78,73%, giá trị dự báo dương tính là 81,63%, giá trị dự báo âm tính là 76,42%.

3.3. Đối chiếu kết quả sinh thiết lạnh với mô bệnh học sau phẫu thuật

Bảng 6. Đối chiếu kết quả sinh thiết lạnh với mô bệnh học sau phẫu thuật

Sinh thiết tức thì	Mô bệnh học sau phẫu thuật		Tổng
	Lành tính	Ác tính	
Lành tính	111	4	115
Nghi ngờ ác tính	1	2	3
Ác tính	0	103	103
Tổng	112	109	221

Theo bảng trên chẩn đoán STL có 115 trường hợp lành tính, chiếm tỷ lệ 52,0%, đối chiếu với MBH có 111 trường hợp lành tính, 04 trường hợp là vi ung thư thể nhú. Chẩn đoán STL ác tính có 103 trường hợp chiếm tỷ lệ 46,6%, đối chiếu với MBH cũng cho kết quả là ác tính. Có 3 trường hợp nghi ngờ, đối chiếu với MBH có 01 trường hợp lành tính và 02 trường hợp là ung thư thể nhú. Các trường hợp nghi ngờ ác tính cũng được coi là xét nghiệm dương tính. Như vậy, dương tính thật là 105 trường hợp, âm tính thật là 111 trường hợp, dương tính giả là 1 trường hợp và âm tính giả là 4 trường hợp. Từ đó, ta có bảng sau:

Bảng 7. Giá trị của phương pháp sinh thiết lạnh

Sinh thiết lạnh	Mô bệnh học sau phẫu thuật		Tổng
	Ác tính	Lành tính	
Ác tính	105	1	106
Lành tính	4	111	115
Tổng	109	112	221

Phương pháp STL trong nghiên cứu có độ nhạy là 96,33%, độ đặc hiệu là 99,11%, độ chính xác là 97,74%, giá trị dự báo dương tính là 99,06%, giá trị dự báo âm tính là 96,52%.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 221 bệnh nhân phẫu thuật u tuyến giáp có làm sinh thiết lạnh chúng tôi thấy: 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. Tỷ lệ này tương đồng với tác giả Vũ Bích Nga khi nghiên

cứu 339 bệnh nhân có u tuyến giáp tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ 2/2012 - 12/2012 thì có 305 trường hợp là nữ giới chiếm 90% và 34 trường hợp là nam giới chiếm 10% (tỷ lệ nữ/nam 9/1) [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].

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 sự 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. Bởi lẽ, trong suốt cuộc đời, cơ thể nữ giới phải trải qua nhiều giai đoạn biến động về nội tiết tố hơn nam giới. Ngoài ra, cơ thể phụ nữ vốn dĩ còn có yếu tố nguy cơ với việc sử dụng các loại hormone ngoại sinh từ bên ngoài như việc sử dụng thuốc tránh thai, liệu pháp hormone thay thế hay tâm lý bất an, thường xuyên căng thẳng, mất ngủ, lo âu trong cuộc sống... Những thay đổi này đều có tác động ít nhiều tới hormone tuyến giáp, tích tụ lâu dần trước khi biểu hiện ra bệnh.

Từ bảng 2 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]. Nghiên cứu của Nguyễn Khoa Diệu Vân và cộng sự cho kết quả là $47,6 \pm 12,1$ [3], của tác giả Vũ Bích Nga là $45,8 \pm 8,7$, tuổi thấp nhất là 18 và lớn nhất là 82 tuổi [1]. 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.

Phẫu thuật tuyến giáp là một phẫu thuật khó, có thể gây nhiều biến chứng nghiêm trọng cho bệnh nhân. Phương pháp chọc hút kim nhỏ đã làm giảm 50% các trường hợp phẫu thuật và tăng gấp đôi tỷ lệ ung thư tuyến giáp được cắt bỏ, đặc biệt là chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 5 cho thấy: Có 123 trường hợp lành tính khi đối chiếu với MBH sau phẫu thuật có 29 trường hợp là ác tính (18 trường hợp là ung thư thể nhú và 8 trường hợp

là vi ung thư thể nhú và 3 trường hợp là ung thư thể nhú trên nền viêm); 17 trường hợp ác tính trên tế bào và đã được khẳng định kết quả bằng MBH sau phẫu thuật. Trên phiên đồ chọc hút kim nhỏ nghi ngờ ác tính có 81 trường hợp, kết quả MBH sau phẫu thuật chẩn đoán xác định có 63 trường hợp là ác tính đều là thể nhú, còn 18 trường hợp là lành tính. Trong nghiên cứu này những trường hợp nghi ngờ ác tính trên TBH cũng được coi như xét nghiệm dương tính. Như vậy, từ bảng 5 ta thấy dương tính thật là 80 trường hợp, âm tính thật là 94 trường hợp, âm tính giả có 29 trường hợp, có 18 trường hợp dương tính giả.

Từ kết quả trên chúng tôi tính toán được phương pháp TBH có độ nhạy là 73,39%, độ đặc hiệu 83,93%, độ chính xác 78,73%, giá trị dự báo dương tính 81,63%, giá trị dự báo âm tính 76,42%. Kết quả của chúng tôi tương đương với tác giả Batra (2009) độ nhạy 60%, độ đặc hiệu 100% và độ chính xác 89,4%, nhưng thấp hơn so với tác giả Nguyễn Thị Hồng độ nhạy là 94,8%, độ đặc hiệu 98,38%, độ chính xác 96,4% và giá trị dự báo dương tính 98,64% [4],[5]. Điều này có thể giải thích rằng trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có khoảng 1/3 trường hợp được chọc hút tế bào dưới hướng dẫn siêu âm (74/221 trường hợp), còn lại là chọc hút kim nhỏ do bác sỹ Giải phẫu bệnh thực hiện, đề tài của tác giả Nguyễn Thị Hồng thì toàn bộ các trường hợp được chọc dưới hướng dẫn siêu âm. Do vậy sự chênh lệch này cũng là đương nhiên, bởi lẽ đã có nhiều đề tài chứng minh giá trị chọc dưới hướng dẫn siêu âm cao hơn so với chọc hút thường [1],[2],[3].

Phương pháp sinh thiết lạnh ngày càng được áp dụng rộng rãi trong quá trình phẫu thuật không chỉ ở những tổn thương tại tuyến giáp mà còn rất có thể áp dụng với hầu hết các cơ quan trong cơ thể. STL đặc biệt có giá trị trong những trường hợp chẩn đoán tế bào học nghi ngờ. Theo kết quả nghiên cứu STL ở bảng 6 của chúng tôi có 115 trường hợp lành tính, chiếm tỷ lệ 52,0%, ác tính có 103 trường hợp chiếm tỷ lệ 46,6%, còn lại 3 trường hợp nghi ngờ. Khi tiến hành đối chiếu với MBH sau phẫu thuật chúng tôi thấy: trong 115 trường hợp lành tính trên STL thì trên MBH sau phẫu thuật có 111 trường hợp lành tính và 04 trường hợp là vi ung thư thể nhú. 04 trường hợp sai sót này có 02 trường hợp là do sinh thiết không trúng vùng tổn thương; 02 trường hợp là do trong STL thời gian phẫu thuật hạn chế, chỉ lấy nhanh một số lát cắt để đánh giá, lát cắt lấy được chưa vào vùng tổn thương dẫn tới âm tính giả. Chẩn đoán STL có 103

trường hợp ác tính chiếm tỷ lệ 46,6%, đối chiếu với MBH sau phẫu thuật cùng cho kết quả là ác tính. Có 3 trường hợp nghi ngờ quá sản nhú không điển hình, đối chiếu với MBH sau phẫu thuật có 01 trường hợp là bướu giáp keo có quá sản nhú lành tính và 02 trường hợp là ung thư thể nhú. Trên tiêu bản có nhiều vùng quá sản nhú, kèm theo tổn thương nhân tế bào bị biến đổi do quá trình đông lạnh mảnh mô dẫn đến không còn hình ảnh nhân kính mờ hoặc xuất hiện nhiều hình ảnh giống như giả thể vùi do kĩ thuật. Xét về tổn thương vi thể có nhiều đặc điểm chưa rõ ràng cho một ung thư nhú, nhưng cũng không hoàn toàn lành tính. Nên trường hợp này chúng tôi cũng để nghi ngờ và chờ kết quả mô bệnh học. Qua phân tích các trường hợp nghiên cứu chúng tôi thấy rằng chẩn đoán ung thư thể nhú điển hình không khó, các đặc điểm và tiêu chuẩn thường rất rõ ràng. Tuy vậy, chẩn đoán trên STL đôi khi khó khăn do các đặc điểm của nhân như nhân kính mờ, giả thể vùi ít có giá trị. Bởi vì quá trình đông lạnh làm nhân tế bào bị biến đổi không còn hình ảnh nhân kính mờ, hoặc xuất hiện nhiều hình ảnh giống như giả thể vùi do lỗi kĩ thuật mô bệnh học.

Từ bảng 7 chúng tôi tính được độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị chẩn đoán dương tính, giá trị chẩn đoán âm tính của phương pháp STL lần lượt là: 96,33%, 99,11%, 97,74%, 99,06%, 96,52%. Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Hồng với tỷ lệ lần lượt: 98,85%, 100%, 99,41%, 100%, 98,82% [5]; của Nguyễn Thị Thanh Mai với độ nhạy là 98,96% độ đặc hiệu là 98,82% [6]. Nghiên cứu của tác giả Batra cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác lần lượt là 81,8%, 100% và 95,4% [4]. Nghiên cứu Giuliani D (2006) lại cho thấy STL có độ nhạy khá thấp là 56,25%, còn độ đặc hiệu là 98,16% [7]. Có thể thấy dù đối tượng và thời điểm nghiên cứu khác nhau thì các kết quả vẫn chứng minh rằng phương pháp STL có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác cao hơn so với tế bào học và gần bằng mô bệnh học sau phẫu thuật. Điều này cho thấy nếu kết quả STL chẩn đoán xác định là lành tính hoặc ác tính thì phẫu thuật viên có thể hoàn toàn tin tưởng để đưa ra hướng xử trí đúng đắn cho bệnh nhân trong quá trình phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

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

- Giới tính: tỷ lệ mắc bệnh nữ/nam là 9/1. Tuổi mắc trung bình là $51,70 \pm 11,51$, nhóm tuổi hay gặp là 50 - 59.

- Tế bào học: độ nhạy 73,39%, độ đặc hiệu 83,93%, độ chính xác 78,73%, giá trị dự báo dương tính 81,63%, giá trị dự báo âm tính 76,42%.

- Giá trị chẩn đoán của sinh thiết lạnh cao hơn so với tế bào học với độ nhạy là 96,33%, độ đặc hiệu 99,11%, độ chính xác 97,74%, giá trị chẩn đoán dương tính 99,06%, giá trị chẩn đoán âm tính 96,52%.

- Phương pháp sinh thiết lạnh có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác cao hơn so với tế bào học và gần bằng mô bệnh học sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Bích Nga (2012)**, “Đặc điểm bướu nhân tuyến giáp qua chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm”, Y học thực hành số 874, 20-22.
2. **Chu Thị Giang (2018)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả chọc hút bướu nhân tuyến giáp tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Dược Thái Bình.
3. **Nguyễn Khoa Diệu Vân, Phạm Thu Hà, Đặng Bích Ngọc (2015)**, “Vai trò của siêu âm và chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp”, Tạp chí nghiên cứu Y học số 97(5).
4. **Batra C, Singh S, Katra R (2009)**. Role of fine needle aspiration and Frozen section in the diagnosis of thyroid lesions. The Internet Journal of Pathology, 11(1).
5. **Nguyễn Thị Hồng (2016)**, Xác định giá trị của phương pháp tế bào học và sinh thiết tức thì trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Thị Thanh Mai và Tạ Văn Tờ (2011)**, “Đánh giá giá trị của sinh thiết tức thì trong chẩn đoán các u tuyến giáp tại bệnh viện K” Tạp chí ung thư học, tập 112, 24-27.
7. **Giuliani D, Willemsen P, Verhelst J, et al (2006)**. Frozen section in thyroid surgery. Acta Chir Belg, 106, 199-201.