

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

BỘ Y TẾ



NGUYỄN XUÂN HẬU

**NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ SINH THIẾT HẠCH CỦA
TRONG BỆNH UNG THƯ TUYẾN GIÁP**

Chuyên ngành: Ung thư

Mã số : 62720149

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SỸ Y HỌC

HÀ NỘI - 2019

**CÔNG TRÌNH ĐƯỢC HOÀN THÀNH TẠI
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI**

Người hướng dẫn khoa học:

PGS.TS. Lê Văn Quảng

Phản biện 1: PGS. TS. Lê Ngọc Hà

Phản biện 2: PGS. TS. Ngô Thanh Tùng

Phản biện 3: PGS. TS. Lê Trung Thọ

Luận án sẽ được bảo vệ trước Hội đồng chấm luận án cấp
Trường họp tại Trường Đại học Y Hà Nội

Vào giờ..... ngày tháng năm 20....

Có thể tìm hiểu luận án tại

- Thư viện Quốc gia
- Thư viện Trường Đại học Y Hà Nội

DANH MỤC CÁC CÔNG TRÌNH CÓ LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN

1. Nguyễn Xuân Hậu, Trần Thị Hậu, Lê Thị Hằng (2017). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học ung thư tuyến giáp giai đoạn sớm tại Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội. *Tạp chí y học Việt Nam*, số 1, tập 456.
2. Nguyễn Xuân Hậu, Lê Văn Quảng, Dương Chí Thành (2017). Kết quả hiện hình sinh thiết hạch cửa bằng Xanh Methylen trong bệnh ung thư tuyến giáp. *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 2 tập 456.
3. Nguyễn Xuân Hậu, Lê Văn Quảng (2018). Vai trò của sinh thiết hạch cửa trong ung thư tuyến giáp và các yếu tố ảnh hưởng đến giá trị của phương pháp. *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 2 tập 472.
4. Le Van Quang, Nguyen Van Hieu, Nguyen Xuan Hau, Nguyen Van Hung (2018). Role of sentinel lymph node biopsy in papillary thyroid carcinoma in Vietnam. *International Journal of Hematology and Oncology*, number 4, Volume 28.

ĐẶT VẤN ĐỀ

1. Lý do chọn đề tài:

UTTG (UTTG) là bệnh hay gặp nhất trong ung thư các tuyến nội tiết, chiếm 3,6% các bệnh ung thư nói chung.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị quan trọng nhất trong UTTG. Phẫu thuật cắt tuyến giáp và nạo vét hạch làm tăng tỷ lệ biến chứng sau mổ, nhưng bệnh tái phát chủ yếu ở hạch cổ và phẫu thuật vét hạch là lựa chọn ưu tiên hàng đầu. Phẫu thuật vét hạch cổ trung tâm trong UTTG tái phát làm tăng nguy cơ biến chứng như liệt dây thần kinh thanh quản ngược và suy tuyến cận giáp. Để hạn chế vét hạch hệ thống, việc tìm ra phương pháp phát hiện di căn hạch tiềm ẩn trong UTTG là cần thiết quyết định chiến lược điều trị. Hạch cửa được định nghĩa là hạch đầu tiên trong vùng dẫn lưu bạch huyết nhận dẫn lưu từ khối u nguyên phát, nó phản ánh tình trạng hạch vùng còn lại có hay không di căn hạch. Kết quả này góp phần phát hiện các hạch vùng di căn có đường kính nhỏ hơn 2-3 mm - khó phát hiện bởi các kỹ thuật khác như siêu âm độ phân giải cao. Trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu về hạch cửa trong UTTG, tuy nhiên tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về lĩnh vực này. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: **“Nghiên cứu giá trị sinh thiết hạch cửa trong bệnh UTTG”** với *hai mục tiêu sau*:

1. *Nhận xét kết quả phương pháp hiện hình và sinh thiết hạch cửa bằng Xanh Metylen trong bệnh UTTG tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 11/2014 đến 9/2018 và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả của phương pháp.*
2. *Đánh giá giá trị của phương pháp sinh thiết hạch cửa trong chẩn đoán di căn hạch cổ tiềm ẩn của bệnh UTTG.*

2. Những đóng góp của luận án:

Đây là nghiên cứu đầu tiên ở Việt Nam, sử dụng Xanh Methylen làm hiện hình phát hiện hạch cửa trong ung thư tuyến giáp, giúp xác định chính xác tình trạng di căn hạch cổ tiềm ẩn, từ đó đưa ra chiến lược vét hạch cổ cùng thì với phẫu thuật cắt tuyến giáp hợp lý.

Tỷ lệ phát hiện hạch cửa bằng Xanh Methylen là rất cao: 98,2%; Đa số hạch cửa nằm ở nhóm trước khí quản (nhóm 6): 90,4%.

Tỷ lệ hạch cửa không di căn trên MBH: 55,7%; di căn trên MBH: 44,3%; tỷ lệ di căn hạch cổ tiềm ẩn là rất cao: 51,5%.

Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính, độ chính xác toàn bộ và tỷ lệ âm tính giả của phương pháp lần lượt là: 86%, 100%, 100%, 87,1%, 92,8% và 14%.

3. Cấu trúc của luận án:

Luận án gồm 122 trang, với 4 chương chính: Đặt vấn đề 2 trang, Chương 1 (Tổng quan) 40 trang, Chương 2 (Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu) 18 trang, Chương 3 (Kết quả nghiên cứu) 29 trang, Chương 4 (Bàn luận) 30 trang, Kết luận và Khuyến nghị 3 trang. Luận án có 33 bảng, 7 hình và 5 biểu đồ, 155 tài liệu tham khảo (26 tài liệu tiếng Việt, 129 tài liệu tiếng Anh).

Chương 1: TỔNG QUAN

1.1. Giới thiệu

Hạch cửa được định nghĩa là hạch bạch huyết đầu tiên trong khu vực hạch vùng tiếp nhận bạch huyết từ khối u nguyên phát. Từ 19 năm qua, sinh thiết hạch cửa đã được chấp nhận là một kỹ thuật để xác định sự hiện diện di căn của ung thư hắc tố ở da và ung thư vú sớm. Gần đây, sinh thiết hạch cửa đã được đề xuất áp dụng trong các ung thư khác trong đó có UTTG. Vai trò của phương pháp này đang được các tác giả tập trung làm rõ. Kết quả sinh thiết hạch cửa giúp phẫu thuật viên đưa ra quyết định ngay trong mổ về tình trạng hạch

vùng và có thái độ xử trí phù hợp hoặc vét hạch hệ thống hoặc không.

1.2. Sinh thiết hạch cửa trong UTTG

1.2.1. Kỹ thuật

Thuốc nhuộm màu xanh là chất tiêm được sử dụng thường xuyên nhất với xanh methylene, xanh isosulphan. Phương pháp này bao gồm việc tiêm chất chỉ thị màu xanh vào các vị trí có cùng hệ thống dẫn lưu bạch huyết với khối u sau đó một khoảng thời gian nhất định sẽ phẫu tích phát hiện hạch cửa nhờ quan sát trực tiếp các đường dẫn lưu bạch huyết bắt màu xanh dẫn đến hạch cửa. Tất cả thuốc nhuộm màu xanh biến mất trong quá trình làm bệnh phẩm và làm không ảnh hưởng đến phân tích mô học.

Về đồng vị phóng xạ, các dạng khác nhau của 99m-Techneium. Các hạch cửa trong các trường hợp này được phát hiện bằng đánh dấu trên da ứng với các hạch bạch huyết hoặc nó có thể được phát hiện bởi tín hiệu phóng xạ bằng cách sử dụng một đầu dò gamma trong cuộc phẫu thuật.

Sau khi tách cân cơ bọc lô nhân tuyến giáp, bốn góc phần tư quanh khối u được tiêm với tổng số 1ml Xanh methylen bằng ống tiêm phòng lao. Vào lúc này, dùng các thao tác một phút để cho phép thuốc nhuộm khuếch tán. Các đường dẫn lưu bạch huyết bắt vết màu xanh (trùng của thuốc nhuộm màu xanh, sau đó đi tiếp vào khoang trung tâm và các hạch bắt màu xanh được lấy và gửi đi STTT.

1.2.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả hiện hình hạch cửa

Mặc dù các nghiên cứu đều cho rằng tỷ lệ hiện hình hạch cửa bằng Xanh Methylen là rất cao, tuy nhiên vẫn có một tỷ lệ nhỏ không hiện hình hạch cửa khi thực hiện phương pháp.

Để giải thích cho việc không hiện hình hạch cửa này, nhiều nghiên cứu cho rằng hệ thống hạch huyết từ khối u đến hạch cửa bị

đập nát trong quá trình bộc lộ tuyến giáp, đường bạch mạch bị tắc do khối u xâm lấn hoặc những mạch bạch huyết chính không được phát hiện sau khi tiêm chất chỉ thị màu có thể do nó nằm sau thực quản hoặc sau vị trí tuyến giáp.

Khi nghiên cứu các yếu tố khác ảnh hưởng đến kết quả hiện hình hạch cửa như tuổi, giới, vị trí u trong thùy, kích thước u, giai đoạn u, số lượng u các nghiên cứu đều chỉ ra rằng không có mối liên quan giữa các yếu tố trên với kết quả hiện hình hạch cửa.

Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán UTTG và phẫu thuật tại khoa Ung bướu-Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 11/2014 đến tháng 9/2018.

2.1.1. Cỡ mẫu

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{(p\varepsilon)^2}$$

Trong đó:

n : Cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu

$Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy với mức xác suất 95% ($\alpha = 0,05$) $\rightarrow Z = 1,96$.

Chọn ε : độ sai lệch của p, giới hạn là 10% ($\varepsilon = 0,1$)

p: tỷ lệ hạch cửa không có di căn ($p=0,7$) theo nghiên cứu của Cabrera (2014)

Từ công thức trên, chúng tôi lựa chọn được 170 bệnh nhân

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân được chẩn đoán UTTG dựa vào lâm sàng, siêu âm và chọc hút tế bào. Những trường hợp không rõ ung thư trên tế bào học và/ hoặc siêu âm sẽ được làm STTT trong mổ.
- Chẩn đoán giai đoạn lâm sàng T1,2,3,4; N0; M0 theo phân loại AJCC 2010.

- Được tiêm chất chỉ thị màu Xanh Methylen quanh khối u.
- Được phẫu thuật vét hạch cổ chọn lọc nhóm VI và nhóm II, III, VI hai bên.
- Kết quả MBH sau mổ là ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- UTTG di căn hạch cổ rõ trên lâm sàng, di căn xa.
- Có tiền sử dị ứng với chất chỉ thị Xanh Methylen.
- UTTG không phải loại tế bào biểu mô.
- Bệnh nhân đã được phẫu thuật UTTG tại tuyến trước.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu

2.2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.2.1. Khai thác các thông tin về lâm sàng, cận lâm sàng.

2.2.2.2. Quy trình kỹ thuật hiện hình và sinh thiết hạch cửa

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng phương pháp hiện hình hạch cửa bằng Xanh Methylen.

- Bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa, hai tay ép sát thân mình, cổ ngửa tối đa, gối đặt dưới vai để tăng khả năng ngửa của cổ.
- Gây mê nội khí quản, sát khuẩn vùng cổ xuống qua hõm ức, phía trên qua cằm.
- Rạch da ngang nếp lằn cổ dưới, cách hõm ức khoảng hai khoát ngón tay, cắt cơ bám da cổ, bóc tách hai vạt da lên trên và xuống dưới. Mở dọc qua cân cổ trước khí quản, bộc lộ rõ thùy tuyến giáp chứa khối u.
- Tìm và bộc lộ các tuyến cận giáp và thần kinh thanh quản ngược trước khi tiêm Xanh Methylen, tránh khó khăn cho việc tìm kiếm về sau.
- Tiêm 1 ml Xanh Methylen vào 4 vị trí quanh khối u: 3 giờ, 6 giờ, 9 giờ và 12 giờ. Lưu ý không để thuốc dây ra xung quanh trường mổ

để tránh nhầm lẫn khi nhận định. Nếu gạc, găng mở dính chất chỉ thị màu thì phải được thay để tránh thấm vào tổ chức xung quanh.

- Xoa nhẹ thùy giáp được tiêm trong vòng 1 phút bằng đầu ngón tay. Phẫu tích quanh thùy tuyến giáp để phát hiện đường dẫn lưu bạch huyết bất màu xanh. Quá trình này cần tiến hành nhẹ nhàng, tỉ mỉ, cầm máu kỹ để tạo thuận lợi tối đa cho việc quan sát. Lần theo tất cả các đường bạch huyết phát hiện được để đến các hạch bất màu xanh (hạch cửa). Lấy gọn tất cả các hạch cửa, ghi nhận hạch cửa theo nhóm.

- Thời gian tiến hành từ 10- 15 phút tính từ lúc tiêm chất chỉ thị màu. Quá thời gian trên mà không phát hiện được kênh dẫn lưu bạch huyết hay hạch cửa thì thủ thuật được xếp loại là không nhận diện được hạch cửa.

- Phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ và vét hạch cổ chọn lọc nhóm cổ bên và cổ trung tâm hay phẫu thuật cắt thùy và eo tuyến giáp kết hợp vét hạch cổ chọn lọc được tiến hành theo tiêu chuẩn phẫu thuật hiện đại đối với UTTG.

2.2.2.3. Các chỉ số đánh giá

Kết quả sinh thiết hạch cửa		Thường quy		Tổng số
		Di căn	Không di căn	
Tức thì	Di căn	a	b	a+b
	Không di căn	c	d	c+d
Tổng số		a+c	b+d	a+b+ c+d

- Tỷ lệ phát hiện = Số ca phát hiện được hạch cửa / tổng số ca làm thủ thuật

- Độ nhạy = Số hạch cửa STTT (+) / Số BN có di căn hạch cửa thường qui = $a/(a+c)$.

- Độ đặc hiệu = Số hạch cửa STTT (-) / Số BN không có di căn hạch cửa thường qui = $d/(b+d)$.

- Độ chính xác toàn bộ = (Số hạch cửa dương tính thật STTT+ âm tính thật STTT) / Số hạch cửa được phát hiện = $(a+d)/(a+b+ c+d)$.

- Tỷ lệ âm tính giả = Số hạch cửa STTT (-) / Số BN có di căn hạch cửa thường qui = $c/(a+c)$.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập và xử lý thống kê y học với phần mềm SPSS 16.0. theo các tiêu chí nghiên cứu.

Phương pháp thống kê được sử dụng bao gồm:

- Thống kê mô tả: trung bình, độ lệch chuẩn.

- So sánh tỷ lệ: test χ^2 , mức ý nghĩa thống kê được xác lập khi $P < 0,05$ hoặc Fisher's exact test.

- Phương pháp đánh giá đơn biến, mô hình hồi quy đa biến Logistic.

Chương 3: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả phương pháp hiện hình và sinh thiết hạch cửa bằng Xanh Methylen trong bệnh UTTG và các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả của phương pháp

3.1.1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm về tuổi: Tuổi trung bình: $40,3 \pm 10,64$ (20 – 68) tuổi.

Giới: Bệnh chủ yếu gặp ở nữ giới, tỷ lệ nữ/nam: 7,5/1

Đặc điểm u trên lâm sàng: Tỷ lệ sờ thấy u qua thăm khám lâm sàng là cao nhất chiếm trên 60%. Phần lớn BN có khối u ở một thùy tuyến giáp, chiếm gần 90%. Các khối u đa số có mật độ cứng chắc, chiếm tỷ lệ 81,9%, di động dễ chiếm trên 95%.

Kết quả siêu âm tuyến giáp:

- Vị trí u ở 1 thùy hay gặp nhất chiếm gần 90%, phân bố đều ở cả 2 thùy phải và trái. Có khoảng 4% u nằm ở eo tuyến giáp và 7% u nằm ở cả 2 thùy. Trong thùy, u nằm ở 1/3 giữa hay gặp nhất chiếm trên 55%. Trên siêu âm, hình giảm âm hay gặp nhất chiếm trên 80%, vi vôi hóa chiếm 54,1%, tăng sinh mạch chiếm 34,7%, ranh giới không rõ chỉ chiếm trên 25%.

- Hầu hết bệnh nhân được phân loại TIRADS 4-5 trên siêu âm, chiếm hơn 98%. Trong đó, TIRADS 4b hay gặp nhất chiếm hơn 40%. Tuy nhiên, 1,2% UTTG trên siêu âm là hình ảnh TIRADS 3.
- Đa số bệnh nhân trên siêu âm chỉ có 1 u chiếm trên 77%, 22,4% bệnh nhân có nhiều hơn 1 u trên siêu âm, trong đó 7% có 3 u.
- Phần lớn bệnh nhân có kích thước u < 2 cm chiếm 88,8%, kích thước u > 4 cm chỉ chiếm 1,2%.

Tế bào học: 100% bệnh nhân được chọc hút tế bào bằng kim nhỏ chẩn đoán trước phẫu thuật. Kết quả tế bào chẩn đoán ung thư hoặc nghi ngờ ung thư chiếm đa số trên 93%. chỉ có khoảng 7% UTTG nhưng kết quả tế bào lành tính.

STTT u tuyến giáp: Trên 85% bệnh nhân được làm STTT khối u trong mổ, kết quả 100% là UTTG.

Phương pháp phẫu thuật tuyến giáp: Bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp chiếm 89,4%, cắt thùy và eo chiếm 10,6%

Kết quả MBH u tuyến giáp: UTTG thể nhú chiếm đa số trường hợp trên 99%. UTTG thể nang duy nhất 1 bệnh nhân chiếm 0,7%.

Tình trạng viêm tuyến giáp kèm theo: Trong số bệnh nhân UTTG nghiên cứu có trên 11% bệnh nhân có viêm tuyến giáp kèm theo ung thư.

Mức độ xâm lấn khối u: Trên lâm sàng, đa số bệnh nhân chẩn đoán giai đoạn T1 chiếm khoảng 90%. Tuy nhiên, trên MBH tỷ lệ bệnh nhân T1 chỉ chiếm trên 52%, tỷ lệ u giai đoạn T3 tăng lên chiếm 37,6%.

3.1.2. Kết quả phương pháp hiện hình và sinh thiết hạch cửa bằng Xanh Methylen và các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả của phương pháp

Tỷ lệ phát hiện hạch cửa bằng Xanh Methylen: Tỷ lệ phát hiện hạch cửa bằng Xanh Methylen là rất cao, chiếm 98,2%.

Một số yếu tố ảnh hưởng đến phương pháp hiện hình hạch cửa
Bảng 3.1. Một số yếu tố ảnh hưởng đến phương pháp

Yếu tố	HC (+) (n=167)	HC (-) (n=3)	%	OR	95% CI	p
Tuổi						
<45	109	2	98,2	1,06	0,094 – 12	1
≥45	58	1	98,3			
Vị trí u trong thùy(n=163)*						
1/3 trên	23	1	95,8	--	--	0,145
1/3 giữa	91	0	100			
1/3 dưới	46	2	95,8			
Kích thước u						
<1cm	84	1	98,8	0,5	0,04 – 5,6	1
≥1cm	83	2	97,6			
Giới						
Nam	19	1	95,0	3,9	0,33-45	0,32
Nữ	148	2	98,2			
Giai đoạn u						
T1,2	98	3	97	--	--	0,27
T3,4	69	0	100			
Số lượng u						
Một u	131	1	99,2	7,3	0,64 – 82,6	0,13
Đa u	36	2	94,7			

*** 7 trường hợp u eo giáp; HC: Hạch cửa**

Nhận xét: Vị trí u ở 1/3 giữa có tỷ lệ phát hiện hạch cửa cao 100% so với nhóm bệnh nhân có vị trí u ở 1/3 trên 95,8% và 1/3 dưới 95,8%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê $p = 0,145$. Những bệnh nhân ở giai đoạn T1, T2 có tỷ lệ phát hiện hạch cửa thấp hơn so với nhóm bệnh nhân ở giai đoạn bệnh T3, T4 (97% so với 100%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê $p=0,27$.

Số lượng hạch cửa phát hiện: Số lượng hạch cửa trung bình: $3,4 \pm 1,99$ hạch; số lượng hạch nhiều nhất là 12 hạch, ít nhất là 1 hạch. Đa số bệnh nhân phát hiện nhiều hơn 1 hạch cửa chiếm hơn 85%.

Vị trí hạch cửa: Hạch cửa phát hiện được nằm ở nhóm trước khí quản (nhóm 6) là hay gặp nhất chiếm hơn 90% (150/167). Có 6,0% (11/167) bệnh nhân có hạch cửa được phát hiện ở cả nhóm trước khí quản và máng cảnh cùng bên, trong khi đó tỷ lệ phát hiện hạch cửa ở nhóm máng cảnh cùng bên: 3,6% (6/167).

Vị trí hạch cửa trong nhóm trước khí quản: Trong nhóm trước khí quản, tỷ lệ phát hiện hạch cửa nhiều nhất ở nhóm chuỗi quặt ngược cùng bên chiếm trên 85%. Tỷ lệ phát hiện hạch cửa ở nhóm trước khí quản chỉ chiếm khoảng 5%, trước thanh quản (hạch Denphien) chỉ chiếm khoảng 1%. Có 3,7% hạch cửa phát hiện ở cả 2 nhóm quặt ngược cùng bên và trước thanh quản.

Số lượng hạch cổ vét được: Số lượng hạch cổ vét được trung bình là $21,89 \pm 9,09$ hạch, nhiều nhất là 64 hạch, ít nhất là 4 hạch.

3.2. Giá trị của sinh thiết hạch cửa trong chẩn đoán di căn hạch cổ

3.2.1. Tình trạng di căn hạch cửa qua STTT

Bảng 3.2. Tình trạng di căn hạch cửa qua STTT

Hạch cửa	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Di căn	66	39,5
Không di căn	101	60,5
Tổng	167	100

Nhân xét: Trong 167 bệnh nhân phát hiện hạch cửa bằng phương pháp hiện hình Xanh Methylen, tất cả các hạch cửa này được gửi làm STTT. Tỷ lệ di căn hạch cửa trên STTT chiếm 39,5%, có 60,5% hạch cửa âm tính trên STTT.

3.2.2. Tình trạng di căn hạch cửa qua MBH thường quy

Bảng 3.3. Tình trạng di căn hạch cửa qua MBH thường quy

Hạch cửa	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Di căn	74	44,3
Không di căn	93	55,7
Tổng	167	100

Nhân xét: Trên MBH cho thấy số bệnh nhân di căn hạch cửa là 74 chiếm hơn 44%, tỷ lệ hạch cửa âm tính trên giải phẫu bệnh thường quy là 55,7%.

3.2.3. Số lượng hạch cửa di căn qua MBH thường quy

Số lượng hạch cửa di căn trung bình: $1,97 \pm 1,05$ hạch. Trong 74 trường hợp di căn hạch cửa trên nhuộm H&E: số lượng hạch di căn trung bình là $1,97 \pm 1,05$, nhiều nhất là 5 hạch di căn, ít nhất 1 hạch.

3.2.4. Liên quan giữa hạch cửa trên STTT và trên MBH

Tất cả hạch cửa sau khi làm STTT đều được gửi đi làm kết quả thường quy. Trong số 74 bệnh nhân có di căn hạch cửa trên MBH thường quy, có 8 bệnh nhân kết quả STTT là âm tính. Tỷ lệ âm tính giả là 10,8% (8/74).

3.2.5. Kết quả xét nghiệm hạch cổ: Tỷ lệ di căn hạch cổ trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 51,5%.

3.2.6. Đối chiếu kết quả xét nghiệm hạch cửa trên MBH với kết quả xét nghiệm hạch cổ

Bảng 3.4. Đối chiếu kết quả xét nghiệm hạch cửa trên MBH với kết quả xét nghiệm hạch cổ

Hạch cửa trên MBH	Hạch cổ		Tổng
	Di căn	Không di căn	
Di căn	74	0	74
Không di căn	12	81	93
Tổng	86	81	167

Độ nhạy = $74/(74+12) = 86\%$

Độ đặc hiệu = $81/(81+0) = 100\%$

Giá trị dự báo dương tính = $74/(74+0) = 100\%$

Giá trị dự báo âm tính = $81/(81+12) = 87,1\%$

Độ chính xác toàn bộ = $(74+81)/(74+0+12+81) = 92,8\%$

Tỷ lệ âm tính giả = $12/(12+74) = 14\%$

3.2.7. Mối liên quan giữa tình trạng đi căn hạch cửa trên STTT và các yếu tố

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa tình trạng đi căn hạch cửa trên STTT với các yếu tố

Yếu tố	Đi căn hạch cửa		OR	95% CI	p	
	Có	Không				
Tuổi	<45	52	57	2,87	1,4-5,8	0,03
	≥45	14	44			
Giới	Nam	11	8	2,3	0,88-6,1	0,08
	Nữ	55	93			
Giai đoạn T	T1-2	31	67	0,45	0,24-0,85	0,01
	T3-4	35	34			
Kích thước u	<1cm	27	57	0,5	0,3-1,0	0,05
	≥1cm	39	44			
Số lượng u	Đa u	9	27	0,4	0,2-0,99	0,04
	một u	57	74			
Nồng độ TSH	Không bình thường	2	10	0,13	0,06-1,34	0,13
	Bình thường	64	91			
Dưới typ GPB	Thể nhú	64	93	--	--	0,1
	Biến thể nang	1	8			
	Thể nang	1	0			
Viêm kèm theo	Có	5	15	0,15	0,16-1,4	0,15
	Không	61	86			

Nhận xét: Có mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch cửa với các yếu tố tuổi, giai đoạn T, số lượng u có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là: 0,03, 0,01 và 0,04.

Khi phân tích đa biến tình trạng di căn hạch cửa trên STTT và các yếu tố tiên lượng nhận thấy: bệnh nhân <45 tuổi có nguy cơ di căn hạch cao gấp 2,9 lần so với bệnh nhân ≥ 45 tuổi (95%CI: 1,33 – 6,44, $p=0,008$). Bệnh nhân giai đoạn T1,2 giảm nguy cơ di căn hạch $1/0,39 = 2,56$ lần (95%CI: 0,2 – 0,8, $p=0,012$). Bệnh nhân ung thư đa ổ giảm nguy cơ di căn hạch $1/0,35 = 2,86$ lần (95%CI: 0,14 – 0,88, $p=0,03$).

3.2.8. Mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch cửa trên MBH với các yếu tố

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch cửa trên MBH với các yếu tố

	Yếu tố	Di căn hạch cửa		OR	95% CI	p
		Có	Không			
Tuổi	<45	56	53	2,35	1,2-4,59	0,012
	≥ 45	18	40			
Giới	Nam	11	8	1,86	0,71-4,88	0,205
	Nữ	63	85			
Giai đoạn T	T1-2	35	63	0,43	0,23-0,8	0,008
	T3-4	39	30			
Kích thước u	<1cm	32	52	0,6	0,32-1,11	0,104
	≥ 1 cm	42	41			
Số lượng u	Đa u	10	26	0,4	0,18-0,9	0,024
	Một u	64	67			
Nồng độ TSH	Không bình thường	2	10	0,23	0,05-1,09	0,045
	Bình thường	72	83			
Dưới typ GPB	Thế nhú	71	86	--	--	0,213

	Biến thể nang	2	7		
	Thẻ nang	1	0		
Viêm kèm theo	Có	6	14	0,5	0,18-1,37 0,17
	Không	68	79		

Nhận xét: Khi phân tích tình trạng di căn hạch cửa trên MBH và các yếu tố tiên lượng nhận thấy: yếu tố tuổi, giai đoạn T, số lượng u và nồng độ TSH có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là: 0,012, 0,008, 0,024 và 0,045.

Khi phân tích đa biến tình trạng di căn hạch cửa trên MBH và các yếu tố tiên lượng nhận thấy: bệnh nhân <45 tuổi có nguy cơ di căn hạch cao gấp 2,3 lần so với bệnh nhân ≥ 45 tuổi (95% CI: 1,1 – 4,8; $p=0,026$). Bệnh nhân giai đoạn T1,2 giảm nguy cơ di căn hạch $1/0,37 = 2,7$ lần (95%CI: 0,18 – 0,75, $p=0,026$). Bệnh nhân ung thư đa ổ giảm nguy cơ di căn hạch $1/0,32 = 3,1$ lần (95%CI: 0,13 – 0,77; $p=0,01$). Bệnh nhân có nồng độ TSH bất thường làm giảm nguy cơ di căn hạch $1/0,16 = 6,25$ lần (95%CI: 0,03 – 0,84; $p=0,03$).

3.2.9. Mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch cổ với các yếu tố

Bảng 3.7. Mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch cổ với các yếu tố

Yếu tố	Di căn hạch cổ		OR	95% CI	p	
	có	không				
Tuổi	<45	63	46	2,08	1,09-3,99	0,026
	≥ 45	23	35			
Giới	Nam	12	7	1,71	0,64-4,6	0,28
	Nữ	74	74			
Giai đoạn T	T1-2	42	56	0,43	0,23-0,8	0,008
	T3-4	44	25			

Kích thước u	<1cm	37	47	0,55	0,3-1,01	0,053
	≥1cm	49	34			
Số lượng u	Đa u	15	21	0,6	0,29-1,27	0,183
	Một u	71	60			
Nồng độ TSH	Không bình thường	3	9	0,29	0,08-1,11	0,057
	Bình thường	83	72			
Dưới typ GPB	Thể nhú	83	74	--	--	0,092
	Nhú biến thể nang	2	7			
	Thể nang	1	0			
Viêm kèm theo	Có	7	13	0,46	1,18-1,23	0,116
	Không	79	68			

Nhận xét: Có mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch cổ với các yếu tố tuổi, giai đoạn T có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là: 0,026 và 0,008.

Khi phân tích đa biến mối liên quan đồng thời giữa các yếu tố giai đoạn bệnh T là yếu tố liên quan đến tình trạng di căn hạch cổ ($p < 0,01$, OR = 0,39 của nhóm T1,2, 95% CI: 0,2 – 0,8)

3.2.10. Mối liên quan giữa tỷ lệ âm tính giả của phương pháp với các yếu tố

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa tỷ lệ âm tính giả của phương pháp với các yếu tố

Yếu tố	N=167	CLN+	CLN-	AT giả %	OR	95%CI	p
Tuổi	≥45 (n=58)	SLN+	18	0	21,7	2,22 0,63-7,87	0,29
		SLN-	5	35			
	<45 (n=109)	SLN+	56	0	11,1		
		SLN-	7	46			
Giới	Nam (n=19)	SLN+	11	0	8,33	0,52 0,06-4,45	1
		SLN-	1	7			
	Nữ	SLN+	63	0	14,86		

	(n=148)	SLN-	11	74				
Giai đoạn T	T1, T2	SLN+	35	0	16,67	1,56	0,45-5,36	0,55
	(n=98)	SLN-	7	56				
	T3, T4	SLN+	39	0	11,36			
	(n=69)	SLN-	5	25				
Kích thước u	<1cm	SLN+	32	0	13,51	0,94	0,27-3,23	1
	(n=84)	SLN-	5	47				
	≥1cm	SLN+	42	0	14,29			
	(n=83)	SLN-	7	34				
Số lượng u	1 ổ	SLN+	64	0	9,86	0,22	0,06-0,83	0,03
	(n=131)	SLN-	7	60				
	Đa ổ	SLN+	10	0	33,33			
	(n=36)	SLN-	5	21				
Vị trí u trong thùy	1/3 trên	SLN+	11	0	8,33	--	--	0,6
	(n=23)	SLN-	1	11				
	1/3 giữa	SLN+	40	0	18,37			
	(n=91)	SLN-	9	42				
	1/3 dưới	SLN+	20	0	9,09			
	(n=46)	SLN-	2	24				

Nhận xét: Khi nghiên cứu mối liên quan giữa tình trạng âm tính giả của phương pháp hiện hình hạch cửa bằng Xanh Methylen với các yếu tố nhận thấy mối liên quan giữa tỷ lệ âm tính giả của phương pháp với yếu tố tính đa ổ của khối u có ý nghĩa thống kê với $p=0,03$.

Khi phân tích đa biến mối liên quan đồng thời giữa các yếu tố với tình trạng âm tính giả, không có yếu tố nào liên quan độc lập tới tình trạng âm tính giả có ý nghĩa thống kê.

Chương 4: BÀN LUẬN

4.1. Kết quả phương pháp hiện hình và sinh thiết hạch cửa bằng Xanh Methylen trong bệnh UTTG và phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả của phương pháp.

4.1.1. Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi trung bình: 40,3 tuổi. Dưới 45 tuổi: 68,8%. Theo Lê Văn Quảng (2015), tuổi trung bình: 43,27 tuổi.

Giới. Tỷ lệ nữ/ nam: 7,5/1. Kết quả này giống các nghiên cứu khác tỷ lệ mắc trội ở nữ.

Đặc điểm u trên lâm sàng: Tỷ lệ sờ thấy u qua khám lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi là 61,8%. Kết quả của chúng tôi giống với các nghiên cứu khác

Đặc điểm u trên siêu âm tuyến giáp: vị trí u nằm ở hai thùy tuyến giáp gần tương đương nhau. Khối u có âm vang giảm âm hay gặp nhất chiếm 81,7%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu của Lê Công Định (2013). TIRADS 4b trên siêu âm hay gặp nhất chiếm 42,3%. Kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Trần Văn Thông (2014).

Tế bào học: Kết quả tế bào chẩn đoán ung thư chiếm 61,2%, có 7,1% UTTG nhưng kết quả tế bào lành tính, các trường hợp này đều nghi ngờ ung thư trên siêu âm cổ trước mổ.

Kết quả MBH u tuyến giáp: UTTG thể nhú chiếm đa số trường hợp 99,3%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đó rằng UTTG thể nhú là thể MBH hay gặp nhất trong UTTG.

Tình trạng viêm tuyến giáp kèm theo: Tỷ lệ bệnh nhân UTTG có viêm tuyến giáp kèm theo là 11,8%. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Yasuo Fukuo và Takashi Yamakawa có 28,5% trường hợp viêm tuyến giáp mạn tính kèm theo ung thư.

Mức độ xâm lấn khối u: Tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn u T1 chiếm 52,4%, và tỷ lệ u giai đoạn T3 chiếm 37,6%. Tỷ lệ u ở giai đoạn T2 và T4 thấp tương ứng 7,1% và 2,9%. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đó đều cho rằng khối u ở giai đoạn T1 chiếm tỷ lệ cao nhất.

4.1.2. Kết quả phương pháp hiện hình và sinh thiết hạch cửa bằng Xanh Methylen và các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả của phương pháp

Tỷ lệ phát hiện hạch cửa bằng Xanh Methylen

Tỷ lệ phát hiện hạch cửa cụ thể theo từng nghiên cứu được liệt kê rõ theo bảng 4.1 dưới đây:

Bảng 4.1. Tỷ lệ phát hiện hạch cửa theo các nghiên cứu

STT	Tác giả nghiên cứu	n	Tỷ lệ phát hiện hạch cửa(%)
1	Kelemen và cs. 1998	17	100
2	Dixon và cs. 2000	40	73,3
3	Arch-Ferrer và cs. 2001	22	90,1
4	Pelizzo và cs. 2001	29	75,9
5	Fukui và cs. 2001	22	95,5
6	Tsugawa và cs. 2001	38	71,1
7	Takami và cs. 2003	68	92,6
8	Chow và cs. 2004	15	66,6
9	Peparini và cs. 2006	8	0
10	Rubello và cs. 2006	153	69,9
11	Dzodic và cs. 2006	40	92,5
12	Abdalla và cs. 2006	30	60
13	Roh et al. 2008	50	92
14	Wang và cs. 2008	25	88
15	Bae và cs. 2009	11	81,9

16	Takeyama và cs. 2009	37	91,7
17	Anand và cs. 2009	75	93,3
18	Cunningham và cs. 2010	211	91
19	Nguyễn Xuân Hậu. 2018	170	98,2

Trong nghiên cứu của chúng tôi theo kết quả bảng 3.14, tỷ lệ phát hiện hạch cửa bằng Xanh Methylen là rất cao, chiếm 98,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu phân tích gộp, các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ phát hiện hạch cửa bằng Xanh Methylen là rất cao. Tuy nhiên, khi phân tích từng nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng kết quả hiện hình hạch cửa trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn rất nhiều nghiên cứu của các tác giả: Dixon, Tsugawa, Chow, đặc biệt trong nghiên cứu của tác giả Peparini tỷ lệ phát hiện hạch cửa là 0%.

Một số yếu tố ảnh hưởng đến phương pháp

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa vị trí u trong thùy; giai đoạn bệnh T1,2; tuổi, giới, kích thước u, số lượng u. Kết quả này cũng giống như các nghiên cứu của tác giả Balasubramanian (2011), không có sự khác biệt giữa tỷ lệ hiện hình hạch cửa với các yếu tố liên quan.

4.2. Giá trị của sinh thiết hạch cửa trong chẩn đoán di căn hạch cổ

4.2.1. Tình trạng hạch cửa qua STTT

Tỷ lệ di căn hạch cửa trên STTT chiếm 39,5%, có 60,5% hạch cửa âm tính trên STTT. Ja Seong Bae (2009), tỷ lệ hạch cửa di căn trên STTT là 55,5%, không di căn là 44,5%. Jong- Lyel Roh (2008), tỷ lệ di căn hạch cửa trên STTT là 30,6%, âm tính là 69,4%.

4.2.2. Tình trạng hạch cửa qua MBH thường quy

Tỷ lệ di căn hạch cửa trên MBH trong nghiên cứu của chúng tôi là 44,3%, tỷ lệ âm tính chiếm 55,7%, số lượng hạch di căn trung bình

là $1,97 \pm 1,05$ (1-5) hạch. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của tác giả Takami nhưng cao hơn kết quả của nghiên cứu Rubello.

4.2.3. Kết quả xét nghiệm hạch cổ: Tỷ lệ di căn hạch cổ trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 51,5%, tương đương với nhóm hạch cổ không di căn chiếm 48,5%. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đó.

4.2.4. Xét nghiệm hạch cửa trên giải phẫu bệnh thường quy và các chỉ số đánh giá

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, độ chính xác toàn bộ của xét nghiệm hạch cửa trên giải phẫu bệnh thường quy là 92,8%. Tỷ lệ âm tính giả khi so sánh kết quả xét nghiệm hạch cửa trên giải phẫu bệnh thường quy với kết quả xét nghiệm hạch cổ là 14%.

Tỷ lệ âm tính giả trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn kết quả phân tích gộp của Balasubramanian (14% so với 7,7%).

Nghiên cứu của chúng tôi có độ nhạy thấp hơn so với kết quả nghiên cứu phân tích gộp (86% và 91,6%).

4.2.5. Mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch cửa trên STTT và các yếu tố

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi phân tích mối liên quan giữa yếu tố với tình trạng di căn hạch cửa trên STTT nhận thấy có mối liên quan ở các yếu tố tuổi <45 (2,87, 1,4 – 5,8; $p=0,03$); giai đoạn T (0,45; 0,24 – 0,85; $p=0,01$), đa u (0,4; 0,2 – 0,99; $p=0,04$) với di căn hạch cửa trên STTT.

Khi phân tích đa biến đánh giá mối liên quan đồng thời giữa các yếu tố trên với tình trạng di căn hạch cửa trên STTT chúng tôi thấy: tuổi, giai đoạn xâm lấn khối u và tính đa ổ của khối u là những yếu tố làm ảnh hưởng đến tình trạng di căn hạch cửa trên STTT.

4.2.6. Mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch cửa trên MBH với các yếu tố

Mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch cửa trên MBH với các yếu tố tuổi, giai đoạn T, số lượng u và nồng độ TSH có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là: 0,012, 0,008, 0,024 và 0,045. Qua phân tích đa biến, có mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch cửa trên MBH với các yếu tố với các yếu tố: tuổi ($p < 0,05$; 95% CI: 1,1 – 4,8), giai đoạn xâm lấn khối u ($p < 0,05$; 95%CI: 0,18 – 0,75), tính đa ổ của khối u ($p < 0,05$; 95%CI: 0,13 – 0,77) và nồng độ TSH ($p < 0,05$; 95%CI: 0,03 – 0,84). Kết quả phân tích đa biến của chúng tôi cũng giống nghiên cứu của Cunningham đều cho rằng tuổi < 45 và khối u xâm lấn phá vỡ vỏ bao tuyến làm tăng nguy cơ di căn hạch cửa trên MBH.

4.2.7. Mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch cổ với các yếu tố

Phân tích mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch cổ với các yếu tố, chúng tôi thấy: Tuổi < 45 (2,08; 1,09 – 3,99, $p=0,026$); T1,2 (0,39; 0,2 – 0,8, $p=0,008$) có mối liên quan tới tỷ lệ di căn hạch cổ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Jong-Lyel Roh (2008) và Cabrera (2014) đều cho rằng tình trạng khối u xâm lấn phá vỡ vỏ bao tuyến là yếu tố liên quan tới tình trạng di căn hạch cổ.

Khi phân tích đa biến mối liên quan đồng thời giữa các yếu tố chúng tôi thấy: duy nhất giai đoạn xâm lấn khối u là yếu tố độc lập có mối liên quan tới tình trạng di căn hạch cổ (0,39; 0,2 – 0,8. Kết quả của chúng tôi phù hợp với Bon Seok Koo (2009) kích thước $u > 1$, OR=3,048; Kulter (2012) kết luận không có yếu tố nào liên quan độc lập tới tình trạng di căn hạch cổ.

4.2.8. Tác động của các yếu tố đến tỷ lệ âm tính giả của phương pháp

Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ âm tính giả: Mối liên quan giữa đơn u với tình trạng âm tính giả của phương pháp có ý nghĩa thống kê (0,22; 0,06 – 0,83; $p=0,03$).

Khi phân tích đa biến mối liên quan đồng thời giữa các yếu tố: tuổi, giới, giai đoạn T, kích thước u, số lượng u và vị trí u trong thùy với tình trạng âm tính giả, không có yếu tố nào liên quan độc lập tới tình trạng âm tính giả có ý nghĩa thống kê.

KẾT LUẬN

1. Kết quả phương pháp hiện hình và sinh thiết hạch cửa của bệnh nhân UTTG và phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả của phương pháp

- Tuổi trung bình: 40,3 tuổi; tỷ lệ nữ/nam: 7,5/1; TIRADS 4b: 42,3%; 1 u: 77,6%; kích thước u < 2 cm: 88,8%; kết quả tế bào chẩn đoán ung thư: 61,2%. UTTG thể nhú: 99,3%; giai đoạn T1: 52,4%.

- Tỷ lệ phát hiện hạch cửa bằng Xanh Methylen: 98,2%; số hạch cửa trung bình: $3,4 \pm 1,99$; Hạch cửa nằm ở nhóm trước khí quản (nhóm 6): 90,4%; tỷ lệ phát hiện hạch cửa ở chuỗi quạt ngược cùng bên: 85,7%; số lượng hạch cổ trung bình: 21,89.

- Không có mối liên quan giữa các yếu tố: tuổi, giới, vị trí u trong thùy, kích thước u, giai đoạn T và số lượng u đến kết quả hiện hình sinh thiết hạch cửa bằng Xanh Methylen với $p > 0,05$.

2. Giá trị sinh thiết hạch cửa trong chẩn đoán tình trạng di căn hạch cổ của bệnh nhân UTTG

- Tỷ lệ di căn hạch cửa trên STTT: 39,5%; tỷ lệ hạch cửa không di căn trên MBH: 55,7%; di căn trên MBH: 44,3%; tỷ lệ âm tính giả: 10,8%; tỷ lệ di căn hạch cổ: 51,5%.

- Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính, độ chính xác toàn bộ và tỷ lệ âm tính giả lần lượt là: 86%, 100%, 100%, 87,1%, 92,8% và 14%.

- Mỗi liên quan giữa tình trạng di căn hạch cửa trên STTT với các yếu tố tuổi, giai đoạn T, số lượng u có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là: 0,03, 0,01 và 0,04; có mỗi liên quan giữa tình trạng di căn hạch cửa trên STTT với các yếu tố: tuổi ($p < 0,05$; 95%CI: 1,33 – 6,44), giai đoạn xâm lấn khối u ($p < 0,05$; 95%CI: 0,2 – 0,8) và tính đa ổ của khối u ($p < 0,05$; 95%CI: 0,14 – 0,88) qua phân tích đa biến.
- Mỗi liên quan giữa tình trạng di căn hạch cửa trên MBH với các yếu tố tuổi, giai đoạn T, số lượng u và nồng độ TSH có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là: 0,012, 0,008, 0,024 và 0,045; có mỗi liên quan giữa tình trạng di căn hạch cửa trên MBH với các yếu tố với các yếu tố: tuổi ($p < 0,05$; 95% CI: 1,1 – 4,8), giai đoạn xâm lấn khối u ($p < 0,05$; 95%CI: 0,18 – 0,75), tính đa ổ của khối u ($p < 0,05$; 95%CI: 0,13 – 0,77) và nồng độ TSH ($p < 0,05$; 95%CI: 0,03 – 0,84) qua phân tích đa biến.
- Mỗi liên quan giữa tình trạng di căn hạch cổ với các yếu tố tuổi, giai đoạn T có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là: 0,026 và 0,008; có mỗi liên quan giữa tình trạng di căn hạch cổ với giai đoạn bệnh T ($p < 0,01$, OR = 0,39 của nhóm T1,2, 95% CI: 0,2 – 0,8) qua phân tích đa biến.
- Mỗi liên quan giữa tỷ lệ âm tính giả của phương pháp với yếu tố tính đa ổ của khối u có ý nghĩa thống kê với $p = 0,03$.

KIẾN NGHỊ

Triển khai và áp dụng thường quy phương pháp hiện hình phát hiện hạch cửa bằng Xanh Mehtylen tại nhiều cơ sở khác nhau vì đây là phương pháp đơn giản, dễ thực hiện, kinh tế. Mặt khác, phương pháp này cho tỷ lệ âm tính giả thấp, độ chính xác cao, phản ánh chính xác có hay không tình trạng di căn hạch cổ tiềm ẩn. Dựa vào kết quả sinh thiết hạch cửa, phẫu thuật viên có thể quyết định chính xác thời điểm vét hạch cổ chọn lọc, tránh được những tai biến, biến chứng của phẫu thuật vét hạch cổ trong trường hợp không di căn hạch cổ tiềm ẩn.