

# Một số đặc điểm lâm sàng ở các nhân tuyến giáp được chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng năm 2024

Nguyễn Thị Trinh<sup>1\*</sup>, Nguyễn Thị Duyên<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Trường Đại học Y Dược Hải Phòng  
<sup>2</sup> Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng

## \*Tác giả liên hệ

Nguyễn Thị Trinh  
Trường Đại học Y Dược Hải Phòng  
Điện thoại: 0382568607  
Email: [nttrinh@hpmu.edu.vn](mailto:nttrinh@hpmu.edu.vn)

## Thông tin bài đăng

Ngày nhận bài: 01/08/2025  
Ngày phản biện: 03/08/2025  
Ngày duyệt bài: 21/08/2025

## TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu trên 120 bệnh nhân có bướu nhân tuyến giáp được chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp năm 2024 nhằm mục tiêu mô tả các đặc điểm lâm sàng của các nhân tuyến giáp được chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm. Kết quả cho thấy đa phần vị trí u ở 1 thùy hay gặp nhất chiếm 83,3%, phân bố đều ở cả 2 thùy phải và trái, có u nằm ở eo tuyến giáp và u nằm ở cả 2 thùy. Tỷ lệ khối u sờ thấy qua thăm khám lâm sàng là cao nhất chiếm 85%. Các khối u đa số có mật độ cứng chắc chiếm tỷ lệ 50,83%, đa số u có di động cố định chiếm 49,17%. Các khối u đa số di động dễ chiếm tỷ lệ 63,33%. Bằng phương pháp chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm chúng tôi xác định được có 59 trường hợp ung thư chiếm tỷ lệ 49,17%, có 55 trường hợp bệnh nhân lành tính chiếm tỷ lệ 45,83% và 6 trường hợp nghi ngờ ung thư chiếm 5%.

**Từ khóa:** chọc hút kim nhỏ, siêu âm

## Clinical Characteristics of Thyroid Nodules Undergoing Ultrasound-Guided Fine-Needle Aspiration at Viet Tiep Friendship Hospital, Hai Phong, 2024

**ABSTRACT:** This retrospective study included 120 patients with thyroid nodules who underwent ultrasound-guided fine-needle aspiration cytology (FNAC) at Viet Tiep Friendship Hospital in 2024, with the objective of describing the clinical characteristics of these nodules. The majority of tumors were confined to a single lobe (83.3%), distributed equally between the right and left lobes; a smaller number were located in the isthmus or involved both lobes. On clinical examination, 85% of nodules were palpable. Most tumors had a firm consistency (50.83%); nearly half were fixed (49.17%), while 63.33% were mobile. Ultrasound-guided FNAC identified 59 malignant cases (49.17%), 55 benign cases (45.83%), and 6 suspicious cases (5%).

**Keywords:** fine-needle aspiration cytology, ultrasound guidance

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là loại ung thư phổ biến nhất trong các ung thư tuyến nội tiết, chiếm khoảng 1% trong tổng số các loại ung thư và khoảng 90% trong các ung thư tuyến nội tiết [1]. Theo GLOBOCAN năm 2020, ung thư tuyến giáp đứng thứ 11 trong trên bảng xếp hạng các loại ung thư trên toàn thế giới, với

586.202 ca mắc mới và 43.646 ca tử vong [2]. Tại Việt Nam, ung thư tuyến giáp đứng thứ 9 về tỉ lệ mắc mới, với tỉ lệ nữ/nam là 4/1 [3]. Phần lớn các trường hợp ung thư tuyến giáp là thể biệt hóa cao, tiến triển chậm và tiên lượng tốt nếu được chẩn đoán sớm và điều trị đúng cách. Tuy nhiên, việc phân biệt giữa các tổn thương lành tính và ác tính của tuyến giáp bằng lâm sàng và cận lâm sàng đơn thuần gặp

Bản quyền © 2025 Tạp chí Khoa học sức khỏe

nhiều khó khăn do triệu chứng thường không điển hình, dễ nhầm lẫn với các bệnh lý lành tính. Chẩn đoán bướu giáp nhân lành tính hay ác tính là một vấn đề bức thiết, đặc biệt quan trọng để quyết định phương pháp điều trị. Các trường hợp bướu giáp nhân lành tính chỉ cần phẫu thuật tối thiểu, đơn thuần mà không cần nạo vét hạch cổ và điều trị bổ trợ như với ung thư tuyến giáp. Hiện nay có rất nhiều loại xét nghiệm được sử dụng trong chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp như siêu âm, chọc hút kim nhỏ, xạ hình tuyến giáp, chụp cắt lớp vi tính, sinh thiết tức thì.... Trong đó, siêu âm và chọc hút kim nhỏ được coi là những phương tiện chẩn đoán rất hiệu quả giúp phát hiện sớm và tìm hiểu bản chất của bướu nhân. Tuy nhiên, cả siêu âm và chọc hút kim nhỏ vẫn còn hạn chế trong đánh giá bản chất của tổn thương tuyến giáp nếu sử dụng riêng rẽ. Tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng chưa có đề tài nghiên cứu về chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán bản chất bướu nhân tuyến giáp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng ở các nhân tuyến giáp được chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng năm 2024.

### PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** 120 bệnh nhân có chỉ định chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng

*Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Bao gồm các bệnh nhân có chẩn đoán tế bào học qua chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm và mô bệnh học sau mổ.
- Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án đầy đủ, có các lam tế bào học (phiến đồ) đủ để chẩn đoán và còn khối nén lưu trữ bệnh phẩm u.
- Bệnh nhân được siêu âm có nhân tuyến giáp xếp loại TIRADS 3 trở lên.

*Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Những trường hợp không có đủ cả chẩn

đoán tế bào học chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm và chẩn đoán mô bệnh học sau phẫu thuật.

- Những trường hợp siêu âm có nhân tuyến giáp xếp loại TIRADS 2 trở xuống.

**Địa điểm và thời gian nghiên cứu :** Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Giải Phẫu Bệnh - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp Hải Phòng từ tháng 01/2024 đến hết tháng 12/2024.

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu

**Cỡ mẫu, chọn mẫu:** Mẫu nghiên cứu được chọn theo phương pháp lấy mẫu toàn bộ, chọn mẫu có chủ đích tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn, trong thời gian nghiên cứu. Thực tế thu được 120 bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu.

**Biến số/chỉ số/nội dung/chủ đề nghiên cứu**

- Đặc điểm chung của đối tượng: tuổi, giới
- Đặc điểm khối u trên lâm sàng: vị trí, mật độ, di động
- Kết quả chẩn đoán tế bào học chọc hút kim nhỏ: lành tính, ung thư, nghi ngờ
- Phân loại tế bào học tuyến giáp theo Bethesda 2023

**Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu:**

- Thu thập các thông tin chung: tuổi, giới...
- Kết quả tế bào học chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm

*Kỹ thuật chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm*

- Sát trùng vùng tuyến giáp chọc hút đã được xác định trên lâm sàng và trên siêu âm.
- Xác định lại vị trí u giáp trên siêu âm, đường vào u gần nhất và dễ nhất.
- Cố định vị trí cần chọc, tay cầm kim có gắn bơm tiêm đâm qua da vào tổn thương và theo dõi đường đi của kim chọc trên màn hình siêu âm.
- Hút dưới áp lực âm để dịch chọc vào trong lòng kim. Cố định mũi kim trong khi hút để tránh chảy máu và làm đau bệnh nhân.
- Có thể xoay mũi kim theo nhiều hướng hoặc chọc hút nhiều vị trí trên tổn thương để lấy đủ

bệnh phẩm (nếu tổn thương > 1,5cm).  
- Rút nhanh kim qua da (trước khi rút mũi kim cần giải phóng áp lực âm).  
- Sát trùng lại vị trí đã chọc, băng ép (nếu cần).

#### Kỹ thuật làm tiêu bản tế bào học

- Tháo kim ra khỏi bơm tiêm.  
- Kéo xilanh xuống để lấy không khí vào bơm tiêm.  
- Lắp kim vào bơm tiêm.  
- Nhanh chóng phụt dịch chọc ra lam kính đã ghi sẵn mã số bệnh nhân.  
- Dàn đều bệnh phẩm.  
- Để khô và cố định tiêu bản bằng cồn - ete tỷ lệ 1:1.

#### Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu được quản lý trên phần mềm Whonet 5.6 và excel.

- Số liệu được làm sạch trước khi nhập liệu: loại bỏ những phiếu điều tra không hợp lệ: không điền đủ thông tin, thông tin không rõ ràng.

- Số liệu điều tra được nhập vào máy tính và phân tích dựa trên SPSS 20.0.

- Kết quả được thể hiện bằng bảng, biểu đồ và tỷ lệ %.

#### Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu chỉ tiến hành sau khi được chấp thuận và sự đồng ý của ban lãnh đạo Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng.

- Tất cả thông tin khai thác từ bệnh nhân và hồ sơ bệnh án đều được giữ bí mật.

Thông tin thu thập trung thực, khách quan, được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

## KẾT QUẢ

**Bảng 3.1.** Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
<30	6	5,00
31-40	11	9,17
41-50	30	25,00
51-60	30	25,00
>60	43	35,83
Tổng	120	100

**Nhận xét:** Tuổi trung bình: 54.69 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 17, lớn nhất là 86 hay gặp nhất là >60 tuổi chiếm hơn 35,83%.

**Bảng 3.2.** Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới tính

Giới tính	Số lượng	Tỷ lệ %
Nam	18	15,00
Nữ	102	85,00
Tổng	120	100

**Nhận xét:** Bệnh nhân nữ chiếm đa số (85%), bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ thấp (15%), tỷ lệ nữ/nam = 17/3.

**Bảng 3.3.** Đặc điểm u trên lâm sàng

Đặc điểm u	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Sờ thấy u (n = 120)</b>		
Có thấy	102	85,00
Không thấy	18	15,00

<b>Mật độ (n=120)</b>		
Mềm	59	49,17
Cứng chắc	61	50,83
<b>Độ di động (n=120)</b>		
Di động dễ	76	63,33
Di động hạn chế	3	2,50
Cố định	41	34,17

**Nhận xét:** Tỷ lệ sờ thấy qua thăm khám lâm sàng là cao nhất chiếm 85%. Các khối u đa số có mật độ cứng chắc chiếm tỷ lệ 50,83%, đa số u có di động cố định chiếm 49,17%. Các khối u đa số di động dễ chiếm tỉ lệ 63,33%.

**Bảng 3.4. Phân bố theo vị trí u**

Vị trí	Thùy phải	Thùy Trái	Hai thùy	Eo	Tổng
<b>n</b>	57	43	14	6	120
<b>%</b>	47,5	35,8	11,7	5,00	100

**Nhận xét:** Vị trí u ở 1 thùy hay gặp nhất chiếm 83,3%, phân bố đều ở cả 2 thùy phải và trái. Có u nằm ở eo tuyến giáp và u nằm ở cả 2 thùy.

**Bảng 3.5. Kết quả chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm**

Kết quả	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Lành tính	55	45,83
Ung thư	59	49,17
Nghi ngờ	6	5,00
Tổng	120	100

**Nhận xét:** Trong số 120 bệnh nhân tham gia nghiên cứu thì có 59 trường hợp ung thư chiếm tỉ lệ 49,17%, có 55 trường hợp bệnh nhân lành tính chiếm tỉ lệ 45,83% và 6 trường hợp nghi ngờ ung thư chiếm 5%.

**Bảng 3.6. Kết quả tế bào học theo Bethesda 2023**

Kết quả tế bào học	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
<b>Nhóm I</b>	0	0,00
<b>Nhóm II</b>	59	49,17
<b>Nhóm III</b>	4	3,33
<b>Nhóm IV</b>	5	4,17
<b>Nhóm V</b>	13	10,83
<b>Nhóm VI</b>	39	32,5
<b>Tổng</b>	120	100

**Nhận xét:** Đa số kết quả tế bào học của bệnh nhân thuộc nhóm II chiếm tỉ lệ 49,17%. Kết quả nhóm VI chiếm tỉ lệ 32,5% và thấp nhất là bệnh nhân thuộc nhóm III chỉ chiếm 3,33.

## BÀN LUẬN

### Đặc điểm về tuổi

UTTG có thể gặp ở mọi lứa tuổi khác nhau, tuổi mắc bệnh là một trong những yếu tố tiên lượng bệnh. Theo các tác giả, tiên lượng bệnh

không tốt ở những bệnh nhân quá trẻ (< 15) hoặc cao tuổi (>45). Theo tác giả Nguyễn Xuân Phong, tuổi mắc bệnh trung bình là 40, BN ít tuổi nhất là 17, nhiều tuổi nhất là 74, lứa tuổi hay gặp nhất là 40 - 65 tuổi, chiếm tỷ lệ 46,6% [4].

*Bản quyền © 2025 Tạp chí Khoa học sức khỏe*

Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng, lứa tuổi hay gặp là từ 15 - 45, chiếm tỷ lệ 57,8%, tuổi trung bình là 42,75, thấp nhất là 17 tuổi, cao nhất là 80 tuổi. Lứa tuổi thuộc nhóm nguy cơ cao (< 15 hoặc > 45) chiếm 42,2% [5]. Tác giả Lê Văn Quảng nghiên cứu 70 bệnh nhân ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, tuổi trung bình mắc bệnh là 43,27 tuổi, thấp nhất là 21, cao nhất là 80 tuổi [6]. Lee (2009) nghiên cứu trên 89 bệnh nhân, độ tuổi trung bình trung nghiên cứu là 46 tuổi, tuổi thấp nhất là 23, cao nhất là 81 [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo bảng 3.1, nhóm tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là trên 60 tuổi (35,83%), sau đó là nhóm tuổi 41 – 50 và nhóm tuổi 51-60 (25%), nhóm tuổi < 30 có tỷ lệ mắc bệnh thấp nhất (6%). Bệnh nhân nhỏ nhất là 17 tuổi, lớn nhất là 86 tuổi, độ tuổi trung bình là 54,69%. Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của Chu Thị Giang là  $51,5 \pm 13,1$ . Nhiều nghiên cứu trước đây cũng cho rằng tỷ lệ mắc bướu nhân tuyến giáp tăng dần theo tuổi, ở độ tuổi > 80 thì 90% là có bướu nhân. Trẻ em và thanh thiếu niên hầu như không có bướu giáp nhân, nếu xuất hiện bướu giáp nhân ở lứa tuổi này thì cần loại trừ ung thư tuyến giáp.

#### **Đặc điểm về giới**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo kết quả tại bảng 3.2, bệnh nhân nữ giới gặp nhiều hơn hẳn nam giới, cụ thể nữ chiếm 85% nam chiếm 15%, tỷ lệ nữ/nam là 17/3. Kết quả này cao hơn kết quả của các nghiên cứu khác trong và ngoài nước, nhưng nó vẫn phản ánh sự vượt trội tỷ lệ mắc bệnh ung thư tuyến giáp ở nữ giới. Tuy kết quả của các tác giả có sự khác nhau nhưng đều thống nhất các bệnh lý tuyến giáp nói chung, bướu giáp nhân nói riêng đều thường gặp ở nữ giới. Có nhiều nguyên nhân dẫn tới bướu cổ 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. 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.

#### **Đặc điểm tế bào học**

Tế bào học u tuyến giáp cùng với siêu âm là hai xét nghiệm cực kỳ quan trọng trong chẩn đoán ung thư tuyến giáp đặc biệt là vi ung thư tuyến giáp. Trong nghiên cứu của tôi theo kết quả bảng 3.5, 100% bệnh nhân được chọc hút tế bào bằng kim nhỏ chẩn đoán trước phẫu thuật. Kết quả tế bào chẩn đoán ung thư chiếm 49,17%, có 45,83% kết quả tế bào lành tính và 5% nghi ngờ ác tính

Chúng tôi nhận thấy hai nhóm chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm II (lành tính) 49,17% và nhóm VI (ác tính) 32,5% (bảng 3.8). Theo các nghiên cứu, tỉ lệ u tuyến giáp ác tính có sự chênh lệch khá lớn. Nghiên cứu của Đặng Công Thuận cho thấy nhóm V, VI (nghi ngờ ác tính/ác tính) chiếm 51,9%, nhóm I (không đủ điều kiện chẩn đoán) 14,8% và nhóm II (lành tính) 16,7%. Kết quả nghiên cứu của Bùi Minh Nhật, nhóm V là 40,3% và nhóm VI là 46,1%. Tác giả Taha nghiên cứu trên 392 mẫu cho thấy có 13,1% nhóm I, 55,4% nhóm II, 14,8% nhóm III, 25,9% nhóm V và 11,5% nhóm VI. Papini đưa ra tỉ lệ 18,6% (92/494) trường hợp không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán, 306/402 (76,3%) lành tính, 73/402 (18,1%) nghi ngờ và 23/402 (5,7%) là ác tính [8]. Sự khác biệt kết quả giữa nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác trong nước có thể là do cách thức chọn mẫu. Các tác giả chọn mẫu bệnh nhân có nghi ngờ

trên siêu âm thì tỉ lệ nhóm nghi ngờ ác tính và ác tính cao hơn nghiên cứu của chúng tôi.

### Đặc điểm u trên lâm sàng

Theo kết quả bảng 3.3, tỷ lệ sờ thấy u qua khám lâm sàng trong nghiên cứu của tôi là 85%. Kết quả của này giống với các nghiên cứu khác. Tỷ lệ phát hiện khối u qua sờ nắn khá cao (85%), cho thấy vai trò quan trọng của thăm khám lâm sàng trong phát hiện bệnh lý tuyến giáp. Tuy nhiên, gần 15% trường hợp không sờ thấy u cho thấy vai trò không thể thiếu của siêu âm tuyến giáp trong tầm soát, phát hiện sớm bệnh lý. Theo nghiên cứu của tác giả Lê Văn Quảng (2002) cho thấy triệu chứng u giáp trên lâm sàng có ở 96,6% bệnh nhân [9]. Tỷ lệ này gần giống so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tiến Lãng (2008), u ở thùy phải gặp 33,8% và u ở thùy trái gặp 32,3%, u hai thùy gặp 27,2%. Nghiên cứu của Lê Văn Quảng (2002), u ở thùy phải là 48,5%, thùy trái là 32% [9]. Như vậy hầu hết các tác giả đều thấy rằng khối u chủ yếu là một thùy, ít gặp u ở eo tuyến giáp. Theo nghiên cứu của Nguyễn Xuân Phong, tỷ lệ u có mật độ cứng, chắc là 93,9%, Nguyễn Văn Hùng có 94% u cứng, chắc [4], [5]. Điều này cho thấy những khối u tuyến giáp có mật độ cứng, chắc có thể gợi ý tới một tổn thương ác tính. Việc thăm khám lâm sàng tìm các đặc điểm của u như mật độ u, ranh giới u, độ di động của u phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của từng phẫu thuật viên. Tuy vậy việc thăm khám lâm sàng giúp chẩn đoán và tiên lượng bệnh, đồng thời giúp cho việc định hướng các phương pháp thăm khám cận lâm sàng khác như chọc tế bào bằng kim nhỏ.

Mật độ u: Qua lâm sàng tôi thấy có 50,83% u có mật độ cứng, chắc và 49,17% đặc điểm của một khối u mềm (bảng 3.3). Kết quả này phù hợp với các kết quả nghiên cứu trước đó. Điều này cho thấy những khối u tuyến giáp có mật độ cứng, chắc có thể gợi ý tới một tổn thương ác tính. Tuy nhiên những trường hợp u mềm thì cũng chưa loại trừ một tổn thương

ác tính, mà cần kết hợp với các biện pháp thăm khám cận lâm sàng khác như siêu âm, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ để chẩn đoán.

Độ di động u: Trong nghiên cứu của tôi hầu hết bệnh nhân u di động dễ chiếm 63,33% thuộc cả nhóm ung thư và không ung thư, 34,17% có di động u cố định và chỉ 3 trường hợp di động hạn chế chiếm 2,5% (bảng 3.3).

## KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 120 bệnh nhân chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm chúng tôi thu được kết quả sau:

- UTBMTG gặp chủ yếu ở nữ giới. Tỷ lệ là 17/3. Bệnh gặp chủ yếu ở nhóm tuổi từ trên 60. Đa phần vị trí u ở 1 thùy hay gặp nhất chiếm 83,3%, phân bố đều ở cả 2 thùy phải và trái, có u nằm ở eo tuyến giáp và u nằm ở cả 2 thùy. Tỷ lệ khối u sờ thấy qua thăm khám lâm sàng là cao nhất chiếm 85%. Các khối u đa số có mật độ cứng chắc chiếm tỷ lệ 50,83%, đa số u có di động cố định chiếm 49,17%.

- Kết quả chẩn đoán tế bào học như sau: Tổn thương lành tính là 45,83%, ác tính là 49,17%, nghi ngờ ác tính là 5%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zamora EA, Khare S, Cassaro S. Thyroid Nodule. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2021. Accessed November 12, 2021. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535422/>
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249.
3. International Agency for Research on Cancer. Viet Nam.
4. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/704-viet-nam-fact-sheets.pdf>. Accessed November 12, 2021.
5. Nguyễn Xuân Phong (2011). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số xét nghiệm trong ung thư biểu mô tuyến giáp, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
6. Nguyễn Văn Hùng (2013). Đánh giá kết

*Bản quyền* © 2025 *Tạp chí Khoa học sức khỏe*

- quả điều trị ung thư tuyến giáp tại BV Tai Mũi Họng TW và BV Bạch Mai giai đoạn 2007 - 2013, Luận văn Bác sĩ nội trú bệnh viện, Đại học Y Hà Nội.
7. Lê Văn Quảng, Đinh Xuân Cường, Trần Văn Thông (2015). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư tuyến giáp được phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp chí Y học Việt Nam, 430(2): 61.
  8. Lee, S.K (2011). Sentinel Lymph Node Biopsy for Papillary Thyroid Cancer:Commentary on the efficacy of Lateral Neck Sentinel Lymph Node Biopsy in Papillary Thyroid Carcinoma. World J Surg, 35: 2683.
  9. Papini E, Guglielmi R, Bianchini A, et al. Risk of Malignancy in Nonpalpable Thyroid Nodules: Predictive Value of Ultrasound and Color-Doppler Features. J Clin Endocrinol Metab. 2002;87(5):1941-1946.
  10. Lê Văn Quảng (2002). Nhận xét các đặc điểm lâm sàng và phương pháp điều trị ung thư tuyến giáp tại bệnh viện K từ năm 1992-2000. Tạp chí y học Việt Nam, 431, 323-326.