

# CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF THYROID NODULES AND SOME RELATED FACTORS IN PATIENTS WITH HASHIMOTO'S THYROIDITIS

Le Thanh Huyen\*, Nguyen Khoa Dieu Van, Bui Phuong Thao

Hanoi Medical University - No.1 Ton That Tung, Dong Da, Hanoi, Vietnam

Received 15/08/2023

Revised 13/09/2023; Accepted 28/09/2023

## ABSTRACT

**Objective:** Describe thyroid nodules' clinical and paraclinical characteristics in patients with chronic Hashimoto's thyroiditis and some related factors.

**Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 115 patients examined at the Endocrinology clinic of Hanoi Medical University Hospital from August 1, 2022, to July 1, 2023, who met the criteria have thyroid nodules (BNTG) detected clinically and/or on thyroid ultrasound, accompanied by the criteria for diagnosis of chronic Hashimoto's thyroiditis according to the standards of the Japanese Thyroid Association 2022.

**Results:** 87.8% of patients with BNTG on Hashimoto's thyroiditis were female; the Average age was 45±13 years; 21.7% of patients had a history of Hashimoto's and the proportion of patients with a history of thyroid nodules was 51.3%; The older were, the larger thyroid gland became; The rate of BNTG in Hashimoto's thyroiditis classified as TIRADS 4-5 was 51.3%, TIRADS 2-3 was 48.7%, thyroid function on tests is mostly euthyroid.

**Conclusion:** Patients with Hashimoto's thyroiditis occurs mainly in women with an average age of 45 years. The majority of patients with Hashimoto thyroiditis TIRADS 4 and TIRADS have hypochoic nuclei and calcified lesions, while the group of patients with TIRADS 2 and TIRADS 3 mainly have mixed nuclei and no calcification. Patients with Hashimoto's thyroiditis should be examined for cervical cancer early to provide timely diagnosis and treatment.

**Keywords:** Thyroid nodule; Hashimoto's thyroiditis.

---

\*Corresponding author

Email address: lethanhuyen11888@gmail.com

Phone number: (+84) 988 839 428

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i6.805>



# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BƯỚU NHÂN TUYẾN GIÁP TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM TUYẾN GIÁP MẠN TÍNH HASHIMOTO

Lê Thanh Huyền\*, Nguyễn Khoa Diệu Vân, Bùi Phương Thảo

*Trường Đại học Y Hà Nội - Số 1 Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội, Việt Nam*

Ngày nhận bài: 15 tháng 08 năm 2023

Chỉnh sửa ngày: 13 tháng 09 năm 2023; Ngày duyệt đăng: 28 tháng 09 năm 2023

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bướu nhân tuyến giáp ở bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto và một số yếu tố liên quan.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 115 bệnh nhân (BN) đến khám tại phòng khám Nội tiết bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 1/8/2022 đến 1/7/2023 đáp ứng các tiêu chuẩn có bướu nhân tuyến giáp (BNTG) phát hiện trên lâm sàng và/ hoặc siêu âm tuyến giáp, kèm theo đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto theo tiêu chuẩn của Hiệp hội tuyến giáp Nhật 2022.

**Kết quả:** 87,8% BN có BNTG trên viêm tuyến giáp Hashimoto là nữ giới; tuổi trung bình  $45 \pm 13$  tuổi; 21,7% BN có tiền sử Hashimoto và tỷ lệ BN có tiền sử nhân giáp là 51,3%; tuổi càng cao thì độ to tuyến giáp càng tăng; tỷ lệ BNTG trên viêm tuyến giáp Hashimoto có phân loại TIRADS 4-5 là 51,3%, TIRADS 2-3 là 48,7%, chức năng tuyến giáp trên xét nghiệm hầu hết là bình giáp.

**Kết luận:** BNTG trên BN có viêm tuyến giáp Hashimoto gặp chủ yếu ở nữ giới với tuổi trung bình là 45 tuổi. Đa số BN viêm tuyến giáp Hashimoto TIRADS 4 và TIRADS có nhân giảm âm và có tổn thương vôi hóa trong khi nhóm BNTG có TIRADS 2 và TIRADS 3 chủ yếu là nhân hỗn hợp và không có vôi hóa. BN viêm tuyến giáp Hashimoto nên thăm dò các BNTG sớm để đưa ra chẩn đoán và điều trị kịp thời.

*Từ khóa:* Bướu nhân tuyến giáp, viêm tuyến giáp Hashimoto.

---

\*Tác giả liên hệ

Email: lethanhuyen11888@gmail.com

Điện thoại: (+84) 988 839 428

<https://doi.org/10.52163/yhc.v64i6.805>

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu nhân tuyến giáp (BNTG) là một bệnh lý thường gặp. Tại Mỹ, ước tính 16 triệu trường hợp phát hiện BNTG trên lâm sàng và tăng lên 219 triệu trường hợp BNTG khi áp dụng các phương pháp chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt siêu âm tuyến giáp [1]. Theo Anderson L và CS(2010) tỷ lệ gặp BNTG là 55% ở BN viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto [2]. Từ lâu, người ta cho rằng viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto có thể làm tăng nguy cơ ung thư tuyến giáp. Tuy nhiên, sự sai lệch về đối tượng nghiên cứu, số liệu không chính xác và chủ yếu là hồi cứu nên mối quan hệ này còn nhiều tranh cãi. Silva N, Stuart J và CS (2019) đưa ra: nguy cơ xuất hiện BNTG tăng 25% ở BN viêm tuyến giáp Hashimoto so với BN không bị bệnh, do đó viêm tuyến giáp Hashimoto có thể được xem như một yếu tố nguy cơ phát triển ung thư [3]. Theo Yun Jeong Lee và CS (2021): ung thư tuyến giáp thể nhú tìm thấy ở 22,5% BN có BNTG, tuy nhiên mối liên quan chưa được khẳng định do số lượng BN còn ít, chưa đủ tính đại diện [4].

Trên thực tế, BNTG trên BN viêm tuyến giáp Hashimoto thường tiến triển âm thầm, rất ít biểu hiện lâm sàng nên thường được phát hiện muộn. Việc chẩn đoán và điều trị sớm sẽ làm giảm chi phí điều trị và kéo dài thời gian sống cho người bệnh. Do đó, chúng tôi tiến hành đề tài.

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bướu nhân tuyến giáp ở bệnh nhân viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto và một số yếu tố liên quan.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

**2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Phòng khám Nội tiết bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Thời gian nghiên cứu từ 1/8/2022 đến 1/7/2023.

**2.3. Đối tượng nghiên cứu:** BN đến khám tại phòng khám Nội tiết bệnh viện Đại học Y Hà Nội đáp ứng các tiêu chuẩn sau: BN đồng ý tham gia nghiên cứu, BN có BNTG phát hiện trên lâm sàng và/ hoặc siêu âm tuyến giáp, kèm theo đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto theo tiêu chuẩn của Hiệp hội tuyến giáp Nhật 2022.

- Tiêu chuẩn loại trừ: phụ nữ có thai, phụ nữ sau đẻ và cho con bú, BN có nền là bệnh lý ung thư nguyên phát khác.

**2.4. Cỡ mẫu, chọn mẫu:** Chọn mẫu: thuận tiện, tất cả các BN thỏa mãn điều kiện tham gia nghiên cứu và trong thời gian nghiên cứu, thực tế chọn được 115 bệnh nhân.

### 2.5. Biến số/ chỉ số nghiên cứu

- Tuổi, giới, tiền sử bản thân (phát hiện viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto, BNTG)

- Khám lâm sàng: triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể, khám tuyến giáp.

- Cận lâm sàng: siêu âm tuyến giáp, xét nghiệm: FT4 (pmol/l), TSH ( $\mu$ IU/ml), Anti TPO (IU/ml).

### 2.6. Quy trình thu thập số liệu

+ Bước 1: Hỏi bệnh: Thông tin chung, tiền sử bệnh tuyến giáp.

+ Bước 2: Khám lâm sàng: tuyến giáp, biểu hiện lâm sàng chức năng tuyến giáp.

+ Bước 3: Siêu âm tuyến giáp: đánh giá nhân tuyến giáp và phân loại theo TIRADS – Korean 2021 và hạch vùng cổ.

+ Bước 4: Lấy máu xét nghiệm: FT4, TSH, Anti TPO

+ Bước 5: Hoàn thiện bệnh án nghiên cứu.

**2.7. Xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu nghiên cứu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

### 2.8. Đạo đức nghiên cứu:

- Nghiên cứu được thông qua với sự đồng ý của Hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội.

- Bệnh nhân và người nhà bệnh nhân được giải thích rõ mục tiêu và phương pháp nghiên cứu, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và có quyền rút khỏi nghiên cứu mà không cần giải thích. Thông tin cá nhân của bệnh nhân được bảo mật, chỉ sử dụng mục đích nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu được can thiệp điều trị và theo dõi nếu cần thiết.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu



**Bảng 3.1. Phân bố BN theo tuổi, giới, tiền sử**

Đặc điểm chung		Số lượng	%
Tuổi	≤35	34	29,5
	36-59	60	52,2
	≥60	21	18,3
	Tuổi trung bình	45±13 tuổi (17-75)	
Giới	Nam	14	12,2
	Nữ	101	87,8
Tiền sử Hashimoto	Có	25	21,7
	Không	90	78,3
Tiền sử BNTG	Có	59	51,3
	Không	56	48,7

**Nhận xét:** Trong 115 BN thì phần lớn là nữ giới với 87,8%. Nhóm tuổi 36-59 chiếm tỷ lệ cao nhất với 52,2%. Tuổi trung bình là 45±13 tuổi (thấp nhất 17 tuổi

- cao nhất 75 tuổi). 21,7% BN có tiền sử Hashimoto và tỷ lệ BN có tiền sử BNTG là 51,3%.

#### Đặc điểm lâm sàng

**Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng bướu nhân tuyến giáp trên BN viêm tuyến giáp Hashimoto theo nhóm tuổi**

Lâm sàng		Giới	≤35 (n=34)	36-59 (n=60)	≥60 (n=21)	P
Độ to tuyến giáp	Bình thường		24 (70,6%)	50 (83,3%)	12 (57,1%)	0,05
	Độ 1		6 (17,6%)	4 (6,7%)	2 (9,5%)	
	Độ 2		4 (11,8%)	6 (10,0%)	6 (28,6%)	
	Độ 3		0	0	1 (4,8%)	
Biểu hiện lâm sàng về chức năng tuyến giáp	Bình giáp		33 (97,1%)	59 (98,3%)	19 (90,5%)	0,23
	Suy giáp		1 (2,9%)	1 (1,7%)	2 (9,5%)	
	Cường giáp		0	0	0	

**Nhận xét:** Độ to tuyến giáp phần lớn là bình thường ở các nhóm, bướu giáp to độ 2 và 3 ở BN viêm tuyến giáp Hashimoto ≥60 tuổi có tỷ lệ cao nhất với 28,6% độ 2 và

4,8% độ 3. Tỷ lệ bình giáp ở các nhóm tuổi đều chiếm phần lớn (trên 90%).

#### Đặc điểm cận lâm sàng

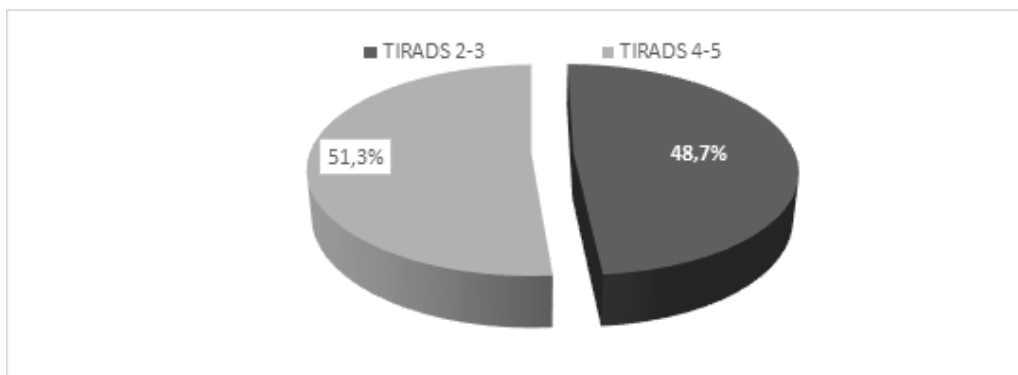
**Bảng 3.3. Đặc điểm BNTG của BN viêm tuyến giáp Hashimoto trên siêu âm theo nhóm tuổi**

Lâm sàng		Nhóm tuổi	≤35 (n=34)	36-59 (n=60)	≥60 (n=21)	P
Tồn thương lan tỏa	Có		34 (100,0)	51 (85%)	20 (95,2%)	0,29
Số lượng BNTG	Đơn nhân		20 (58,8%)	28 (46,7%)	6 (28,6%)	0,12
	Đa nhân		14 (41,2%)	32 (53,3%)	15 (71,4%)	
Vị trí BNTG	1 bên		20 (58,8%)	32 (53,3%)	6 (28,6%)	0,18
	2 bên		13 (38,2%)	24 (40,0%)	12 (57,1%)	
	2 bên và eo		1 (2,9%)	4 (6,7%)	3 (14,3%)	
Kích thước BNTG	<5mm		10 (29,5%)	13 (21,7%)	1 (4,7%)	0,01
	5-<10mm		18 (52,9%)	23 (38,3%)	8 (38,1%)	
	10-<15mm		3 (8,8%)	13 (21,7%)	6 (28,6%)	
	15-<20mm		0	6 (10,0%)	0	
	≥20m		3 (8,8%)	5 (8,3%)	6 (28,6%)	

**Nhận xét:** Tỷ lệ BNTG trên BN viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto là đa nhân chiếm 61/115 BN (53%). Nhóm tuổi dưới 60 tuổi vị trí BNTG 1 bên chiếm 58,8% trong khi nhóm tuổi từ 60 trở lên tỷ lệ BNTG 2 bên cao hơn với 57,1%. Kích thước BNTG chủ yếu là

từ 5 – 10mm. BNTG có kích thước trên 15mm gặp tỷ lệ tăng dần theo các nhóm tuổi theo thứ tự: dưới 35, từ 35 – 59 tuổi, và trên 59 tuổi với tỷ lệ là 8,8%, 18,3% và 28,6%, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kích thước BNTG và nhóm tuổi.

**Biểu đồ 3.1 Phân bố BNTG trên BN viêm tuyến giáp Hashimoto theo phân loại TIRADS - KOREAN 2021**



**Nhận xét:** BNTG có TIRADS 4 và TIRADS 5 chiếm tỷ lệ 51,3%, nhiều hơn nhóm BNTG có TIRADS 2 và

TIRADS 3 là 48,7%, trong nhóm nghiên cứu BNTG là TIRADS 1 là không có.



**Bảng 3.4** *Mối liên quan của BNTG trên BN viêm tuyến giáp Hashimoto giữa phân loại TIRADS và tính chất âm trên siêu âm*

	Tính chất âm					P
	Giảm âm	Đồng âm	Tăng âm	Hỗn hợp âm	Nang	
Nhóm TIRADS 2 - TIRADS 3	5 (8,9%)	7 (12,5%)	9 (16,1%)	33 (58,9%)	2 (3,6%)	0,00
Nhóm TIRADS 4 - TIRADS 5	55 (93,2%)	0 (0%)	1 (1,7%)	3 (5,1%)	0 (0%)	
Tổng	60 (52,2%)	7 (6,1%)	10 (8,7%)	36 (31,3)	2 (1,7%)	

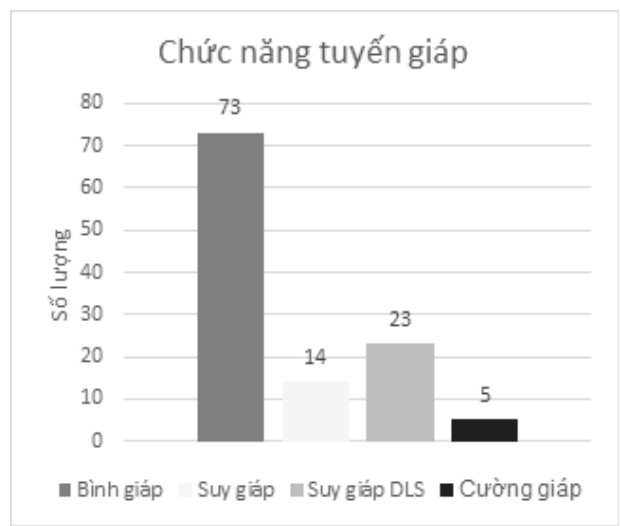
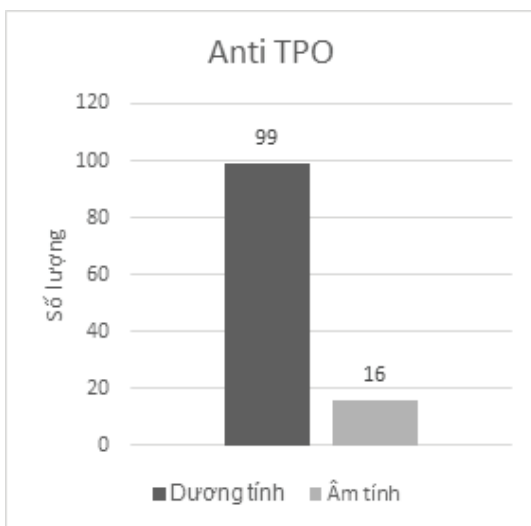
**Nhận xét:** Nhóm BNTG có TIRADS 2 và TIRADS 3 TIRADS 4 và TIRADS 5 gặp chủ yếu là nhân giảm âm, chủ yếu gặp là nhân hỗn hợp trong khi nhóm BNTG có sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,00$ .

**Bảng 3.5** *Mối liên quan của BNTG trên BN viêm tuyến giáp Hashimoto giữa phân loại TIRADS và đặc điểm vôi hóa trên siêu âm*

	Tính chất vôi hóa			P
	Không vôi	Vôi hóa thô	Vi vôi hóa	
Nhóm TIRADS 2 - TIRADS 3	54 (96,4%)	2 (3,6%)	0 (0%)	0,001
Nhóm TIRADS 4 - TIRADS 5	41 (69,5%)	13 (22%)	5 (8,5%)	
Tổng	95 (82,6%)	15 (13%)	5 (4,3%)	

**Nhận xét:** Nhóm BNTG có TIRADS 2 và TIRADS 3 (vôi hóa thô và vi vôi hóa) là 30,5%, sự khác biệt là có thường không có tổn thương vôi hóa trong khi nhóm ý nghĩa thống kê với  $p = 0,001 (<0,05)$ . BNTG có TIRADS 4 và TIRADS 5 có tỷ lệ gặp vôi hóa

**Biểu đồ 3.2.** *Đặc điểm xét nghiệm chức năng tuyến giáp*



**Nhận xét:** Tỷ lệ BN có anti TPO dương tính là chủ yếu chiếm 99/115 BN (86%), xét nghiệm chức năng tuyến

giáp phần lớn là bình giáp chiếm 73/115 BN (63,4%), suy giáp (suy giáp DLS + suy giáp) là 37/115BN (32,2%).



#### 4. BÀN LUẬN

BNTG là một bệnh lý khá thường gặp trên lâm sàng. Nghiên cứu của chúng tôi, trong 115 BN viêm tuyến giáp Hashimoto có nữ giới chiếm 87,8%, tỷ lệ nữ/nam là 7,2/1, cao hơn so với nghiên cứu BNTG nói chung như nghiên cứu của Dean và CS (2008) với nữ/nam là 4/1 [5], nhưng tương tự nghiên cứu của Silva (2019) có tỷ lệ nữ là 89% do cùng đối tượng nghiên cứu là BN viêm tuyến giáp Hashimoto [3]. Điều này có thể giải thích do viêm tuyến giáp Hashimoto gặp ưu thế ở nữ giới hơn nam với tỷ lệ 9/1 theo Siriweru và CS (2010) việc gặp BNTG ở nữ nhiều hơn nam có dữ liệu thực nghiệm cho thấy tác dụng tăng sinh của  $17\beta$  oestrogen gây ra sự hình thành nhân tuyến giáp chịu trách nhiệm cho sự khác biệt giới tính này [6].

Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu là  $45 \pm 13$  tuổi (thấp nhất 17 tuổi – cao nhất 75 tuổi). Kết quả này tương đồng với phát hiện của các nghiên cứu trước đây là tỷ lệ mắc BNTG tăng dần theo tuổi và thường gặp tuổi trung niên ở BN có viêm tuyến giáp Hashimoto như nghiên cứu của Trần Thị Bích Liên, Nguyễn Khoa Diệu Vân (2012) đánh giá trên 72 BN viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto có kết quả hay gặp ở 40 – 60 tuổi. Trong nghiên cứu ở vùng thiếu iod của Đan Mạch trên 2656 người tuổi từ 41 đến 71 thấy 23% mắc BNTG và tăng theo tuổi ở phụ nữ (20 – 46%) cũng như nam giới [6].

Về biểu hiện lâm sàng, trong nghiên cứu phần lớn BN viêm tuyến giáp Hashimoto có tuyến giáp của độ to bình thường và biểu hiện lâm sàng chức năng tuyến giáp bình thường. Điều này có thể giải thích do sự phát triển của siêu âm và nhận thức của người dân ngày càng cao nên tỷ lệ phát hiện bệnh Hashimoto và BNTG trong giai đoạn sớm ngày càng phổ biến giúp cho quá trình theo dõi và điều trị sớm hơn và tốt hơn. Nhóm tuyến giáp tăng kích thước (độ to 2 và 3) gặp ở BN  $\geq 60$  tuổi có tỷ lệ cao nhất, có thể do BNTG có xu hướng tiến triển âm thầm và kích thước càng to khi thời gian diễn biến càng lâu dài nên người lớn tuổi thường phát hiện muộn.

Trên siêu âm, vì đối tượng nghiên cứu là BN viêm tuyến giáp Hashimoto nên đặc điểm tổn thương lan tỏa gặp trong phần lớn BN chiếm hơn 91,3%, tỷ lệ này của chúng tôi tương tự Trần Thị Bích Liên, Nguyễn Khoa Diệu Vân (2012) là tổn thương giảm âm 84,7%, cao hơn so với Anderson và CS (2010) với tổn thương lan tỏa

là 55% [4], điều này có thể do nhiều BN trong nghiên cứu đã có tiền sử phát hiện tổn thương viêm tuyến giáp Hashimoto (21,7%) và BNTG (51,3%) từ trước.

Về đặc điểm tổn thương BNTG ở BN viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto trên siêu âm trong nghiên cứu rất đa dạng. Khi so sánh kích thước BNTG ở BN viêm tuyến giáp Hashimoto theo tuổi, chúng tôi có kết quả: dưới 35 tuổi có nhân dưới 15mm chiếm 92,2%, từ 36 – 59 tuổi là 81,7% và trên 60 tuổi là 71,4%; sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê giữa kích thước BNTG và nhóm tuổi. Điều này đặt ra câu hỏi liệu kích thước BNTG có tăng dần theo tuổi? Việc xác định các BNTG nói chung có khả năng tiến triển hay không thực sự là một thách thức với nhiều nghiên cứu cũng quan tâm vấn đề này, tuy nhiên các kết quả mang lại chưa thống nhất. Một nghiên cứu theo dõi trong 15 năm ở vùng cung cấp đủ iod cho thấy chỉ một phần ba các nhân tăng kích thước (đánh giá bằng lâm sàng và siêu âm) [7]. Nghiên cứu khác ở Đức trên 109 BN tại vùng thiếu iod cho thấy 50% BNTG tăng kích thước thêm 30% [8]. Nghiên cứu thực hiện ở Đan Mạch ở vùng ranh giới thiếu iod theo dõi trong 2 năm cho thấy chỉ 4/45 nhân lạnh (chiếm 8%) có sự thay đổi về kích thước (dao động 5mm) trong đó một nhân tăng kích thước và ba nhân khác thậm chí nhỏ lại [9]. Tỷ lệ BNTG ở BN viêm tuyến giáp Hashimoto gặp đa nhân nhiều hơn đơn nhân với tỷ lệ đa nhân và đơn nhân là 53% và 47%, tỷ lệ này của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Anderson và CS (2010). Xét về vị trí, phần lớn BN của chúng tôi là bướu đa nhân nên nhân giáp ở nhiều vị trí, tuy nhiên có thể tập trung tại một thùy, và kết quả cho thấy BNTG 1 thùy ở nữ chiếm nhiều hơn là 52,5% còn BNTG 2 thùy chiếm ở nam nhiều hơn 57,2% tuy nhiên do số lượng BN nam còn ít nên chưa đủ để thấy sự khác biệt.

Về phân loại TIRADS trên siêu âm, trong nghiên cứu có TIRADS 4 và TIRADS 5 là các BNTG có nguy cơ ác tính cao (TIRADS 4 từ 10 – 40% và TIRADS 5 trên 60%) với tỷ lệ 51,3%, TIRADS 2-3 là 48,7%, không có TIRADS 1. Kết quả này của chúng tôi cao hơn một số nghiên cứu trên BNTG nói chung như Trần Như Quỳnh và CS (2019) trên 602 BN BNTG có tỷ lệ TIRADS 4-5 là 13,1% và TIRADS 1-2-3 là 86,9% [9] hay Zhang và CS (2015) trên 3980 BNTG có TIRADS 2-3 là 3419/3980 (85,9%), có TIRADS 4-5 là 561/3980 (14,1%) [10]. Như vậy tình trạng viêm tuyến giáp Hashimoto có thể là một yếu tố thúc đẩy tổn thương BNTG có nguy cơ ác tính cao hơn, đặt ra vấn đề trong thực hành lâm sàng



là cần phải tầm soát BNTG càng sớm đối với BN có viêm tuyến giáp Hashimoto[11]. Đặc điểm tổn thương nghi ngờ ác tính (giảm âm, vôi hóa) của BNTG ở BN viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto trên siêu âm cũng tương ứng với phân loại TIRADS: BNTG có TIRADS 4-5 có 92,3% nhân giảm âm và 39,5% có vôi hóa trong khi BNTG có TIRADS 2-3 có 8,9% nhân giảm âm và 3,6% có vôi hóa.

Kết quả trong nghiên cứu AntiTPO dương tính là 86%, tương đồng nghiên cứu của Trần Thị Bích Liên, Nguyễn Khoa Diệu Vân (2012) đánh giá trên 72 BN viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto có tỷ lệ gặp anti TPO dương tính là 98,6%. Về xét nghiệm chức năng tuyến giáp hầu hết là bình giáp, tỷ lệ suy giáp là 32,2%, điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu cho rằng viêm tuyến giáp mạn tính Hashimoto là một trong những nguyên nhân chủ yếu gây suy giáp [12].

## 5. KẾT LUẬN

- Trong 115 bệnh nhân BNTG trên nền viêm tuyến giáp Hashimoto có 87,8% là nữ giới và tuổi trung bình là 45±13 tuổi. Lâm sàng chủ yếu là biểu hiện chức năng tuyến giáp bình thường và kích thích tuyến giáp không to.

- Siêu âm tuyến giáp: BNTG ở BN viêm tuyến giáp Hashimoto chủ yếu là bướu đa nhân 53,7%, BNTG ở nhiều vị trí với phân loại TIRADS 4 và TIRADS 5 chiếm tỉ lệ cao hơn 51,3%; với nhân giảm âm 93,2% và tổn thương vôi hóa tỷ lệ là 39,5%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Grani G, Durante C, Lamartina L et al., The Diagnosis and Management of Thyroid Nodules: A Review. JAMA, 2018, 319(9): 914-924.

[2] Middleton WD, Anderson L, Teefey SA et al., Hashimoto Thyroiditis: Part 1, Sonographic Analysis of the Nodular Form of Hashimoto Thyroiditis. American Journal of Roentgenology, 2010, 195(1): 208-215, doi:10.2214/AJR.09.2459.

[3] Stuart J Silva de Morais N, Guan H, et al., The Impact of Hashimoto Thyroiditis on Thyroid Nodule Cytology and Risk of Thyroid Cancer. J Endocr Soc, 2019, 3(4): 791-800. doi:10.1210/

js.2018-00427.

[4] Cho YJ Lee YJ, Heo YJ et al., Thyroid nodules in childhood onset Hashimoto's thyroiditis: Frequency, risk factors, follow up course and genetic alterations of thyroid cancer. Clin Endocrinol, 2021, 95(4): 638-648. doi:10.1111/cen.14490.

[5] Xu S, Chen G, Peng W et al., Oestrogen action on thyroid progenitor cells: relevant for the pathogenesis of thyroid nodules? J Endocrinol; 2013;218(1):125-133. doi:10.1530/JOE-13-0029.

[6] Laurberg P, Jørgensen T, Perrild H et al., The Danish investigation on iodine intake and thyroid disease, DanThyr: status and perspectives. eur j endocrinol. 2006;155(2):219-228. doi:10.1530/eje.1.02210.

[7] Kuma K, Matsuzuka F, Yokozawa T et al., Fate of untreated benign thyroid nodules: results of long-term follow-up. World J Surg. 1994;18(4):495-498; discussion 499. doi:10.1007/BF00353745.

[8] Quadbeck B, Pruellage J, Roggenbuck U et al., Long-term follow-up of thyroid nodule growth. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2002;110(7):348-354. doi:10.1055/s-2002-34992.

[9] Trần Thị Như Quỳnh, Chu Thị Giang, & cs, “Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh siêu âm và kết quả chọc hút tế bào bướu nhân tuyến giáp bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm”, Tạp chí Y học cộng đồng, số 51, 2019, tr 9-14.

[10] Zhang J et al., “Prospective validation of an ultrasound-based thyroid imaging reporting and data system (TI-RADS) on 3980 thyroid nodules”. Int. J Clin Exp Med 8, 2015, 5911–5917.

[11] Ha EJ, Chung SR, Na DG et al., Korean Thyroid Imaging Reporting and Data System and Imaging-Based Management of Thyroid Nodules: Korean Society of Thyroid Radiology Consensus Statement and Recommendations. Korean J Radiol, 2021

[12] Jankovic B, Le KT, Hershman JM, Clinical Review: Hashimoto's thyroiditis and papillary thyroid carcinoma: is there a correlation? J Clin Endocrinol Metab; 2013;98(2):474-482. doi:10.1210/jc.2012-2978.