Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 13, 111-114

CLINICAL CASE OF PAPILLARY THYROID CANCER, THE ROLE OF ULTRASOUND ANG FINE NEEDLE ASPIRATION THYROID CARCINOMA (FNA) IN THEPREOPERATIVE DIAGNOSIS OF THYROID NODULES

Nguyen Minh Giang*, Pham Tuan Duong

Department of Endocrinology and Diabetes,
19-8 Hospital, Ministry of Public Security – No. 9 Tran Binh, Tu Liem Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 19/07/2026
Revised: 21/08/2026; Accepted: 03/09/2026

ABSTRACT

Currently, with advancements in science and technology and increased public health awareness, early detection of thyroid nodules has become very common, even before symptoms appear. The detection rate of thyroid nodules is as high as 19-68%. Approximately one in three adults will have at least one thyroid nodule detected. Thyroid cancer accounts for 5%-15% of thyroid nodules. I report the case of a 30-year-old female patient with a history of good health. Her mother had diabetes, hypertension, and papillary thyroid carcinoma that had undergone total thyroidectomy. During a routine health checkup, a small thyroid nodule was incidentally discovered. With suspicious factors, the patient underwent further examination with thyroid ultrasound, FNA, and right thyroidectomy. The pathology results confirmed papillary thyroid carcinoma. The patient was diagnosed early, before lymph node metastasis, therefore treatment intervention was minimal, the prognosis was very good, ensuring the patient's health and limiting complications.

Keywords: Papillary thyroid carcinoma, fine-needle aspiration cytology, thyroid ultrasound, thyroid nodules.

*Corresponding author
Email: drgiang88@gmail.com **Phone**: (+84) 979788525 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD13.6414

CA LÂM SÀNG UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ, VAI TRÒ SIÊU ÂM VÀ CHỌC HÚT TẾ BÀO TUYẾN GIÁP BẰNG KIM NHỎ (FNA) TRONG CHẨN ĐOÁN TRƯỚC PHẪU THUẬT NHÂN TUYẾN GIÁP

Nguyễn Minh Giang*, Phạm Tuấn Dương

Khoa Nội tiết - Đái tháo đường, Bệnh viện 19-8, Bộ Công an - Số 9 Trần Bình, P. Từ Liêm, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 19/07/2026
Ngày sửa: 21/08/2026; Ngày đăng: 03/09/2026

TÓM TẮT

Hiện nay, với tiến bộ của khoa học kĩ thuật và sự quan tâm đến sức khỏe của cộng đồng thì việc khám và phát hiện nhân tuyến giáp sớm trở nên rất phổ biến ngay cả khi chưa có triệu chứng. Tỷ lệ phát hiện nhân giáp lên tới 19 - 68%. Trong đó, cứ khoảng 3 người trưởng thành thì có 1 người được phát hiện ít nhất một nhân giáp. Ung thư tuyến giáp chiếm 5% - 15% của u tuyến giáp. Báo cáo ca bệnh bệnh nhân nữ, 30 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, gia đình có mẹ bị K giáp thể nhú đã phẫu thuật cắt hoàn toàn tuyến giáp. Bệnh nhân đi khám sức khỏe định kì tình cờ phát hiện nhân nhỏ tuyến giáp, với các yếu tố nghi ngờ, bệnh nhân đã được kiểm tra lại bằng siêu âm tuyến giáp, làm FNA và phẫu thuật cắt thùy phải tuyến giáp, kết quả giải phẫu bệnh khẳng định K giáp thể nhú. Bệnh nhân được phát hiện sớm, chưa di căn hạch do đó việc can thiệp điều trị là tối thiểu, tiên lượng rất tốt, đảm bảo sức khỏe và hạn chế biến chứng cho bệnh nhân.

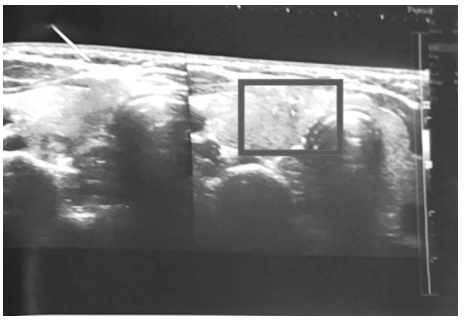
Từ khóa: Ung thư tuyến giáp thể nhú, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, siêu âm tuyến giáp, nhân tuyến giáp.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhân tuyến giáp là 1 tổn thương riêng biệt nằm trong tuyến giáp, có thể sờ được và/ hoặc phát hiện dễ dàng trên siêu âm tách biệt với nhu mô tuyến giáp xung quanh. Nhân tuyến giáp được hình thành do sự khuếch đại tính không đồng nhất của tế bào tuyến giáp do cơ chế di truyền hoặc epigenetic. Mỗi loại nhân tuyến giáp lại có cách xử trí khác nhau nên việc chẩn đoán chính xác là rất quan trọng. đặc biệt trong ung thư tuyến giáp, việc chẩn đoán trước phẫu thuật dựa vào lâm sàng, siêu âm và FNA giúp hạn chế phẫu thuật lần 2, giảm biến chứng sau điều trị [1]. Báo cáo trường hợp bệnh nhân nữ 30 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, tiền sử gia đình có mẹ bị ung thư tuyến giáp thể nhú. Đi khám sức khỏe tình cờ phát hiện nhân thùy phải tuyến giáp, làm FNA kết luận ung thư biểu mô nhú tuyến giáp, đã phẫu thuật cắt thùy phải tuyến giáp chẩn đoán xác định ung thư tuyến giáp thể nhú típ thông thường.

2. TRÌNH BÀY CA BỆNH

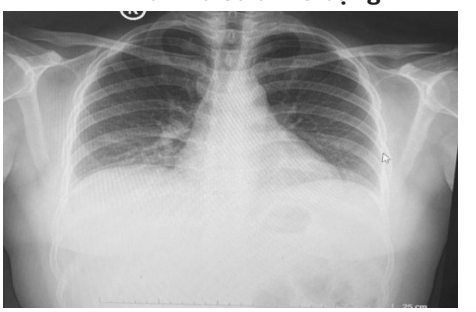
Bệnh nhân N L H nữ 30 tuổi, địa chỉ Tây Tựu - Hà Nội, nghề nghiệp: điều dưỡng, nhập viện ngày 26/03/2026 với lý do nhân thùy phải tuyến giáp – theo dõi ung thư tuyến giáp. Tiền sử khỏe mạnh. Tiền sử gia đình có mẹ bị ung thư tuyến giáp thể nhú đã phẫu thuật. Lúc vào khám kiểm tra phát hiện nhân thùy phải tuyến giáp vị trí sát eo giáp kích thước 4x6mm, bờ không đều, trong có vôi hóa thô và chấm vi vôi hóa (TI-RADS 4). Xét nghiệm cận lâm sàng ghi nhận: Công thức máu Hồng cầu 4,75 T/L; Hb 138g/L; Hct 39,9%; Bạch cầu 8,89G/L; Neutrophie: 61%; Lymphocyte 29,9%. Sinh hóa từ 24/03 FT4: 19,81; TSH: 2,932; AST: 26; ALT: 35; Ure: 3,8; Cre: 52; MLCT: 127,64; Na: 131; K: 3,5



Hình ảnh siêu âm tuyến giáp



Hình ảnh siêu âm ổ bụng



Hình ảnh chụp XQ ngực thẳng

*Tác giả liên hệ
Email: drgiang88@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 979788525 **DOI:** 10.52163/yhc.v67iCD13.6414

Với các đặc điểm trên, bệnh nhân được chỉ định FNA, kết quả GPB: tế bào biểu mô tuyến giáp nhân lớn, có khía, rải rác thể giả vùi. Các tế bào sắp xếp chồng chất có vùng gợi cấu trúc nhú; kết luận: ung thư biểu mô nhú tuyến giáp (nhóm VI, Bethesda 2023). Bệnh nhân nhập viện điều trị từ ngày 26/03/2026, tiến hành phẫu thuật 30/03/2026 phát hiện nhân thùy phải tuyến giáp kích thước 1x1 cm, mật độ chắc, chưa phá vỡ lớp vỏ, tổ chức xung quanh bình thường tiến hành cắt thùy phải tuyến giáp và eo, nạo vét hạch cổ bên phải gửi làm giải phẫu bệnh.

Kết quả GPB:

- Đại thể: Thùy phải tuyến giáp kích thước 5x3x1.5cm, cắt qua có 01 nhân kích thước 1mm, vàng mềm và 01 nhân 3mm, trắng chắc.

- Vi thể: Các mảnh cắt lấy vào mô tuyến giáp có u. Mô u được cấu tạo bởi các tế bào biểu mô nhân lớn, sắp xếp tạo cấu trúc nhú, đôi chỗ thấy hình ảnh nhân khía hay giả thể vùi.

Kết luận: ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú tip thông thường. không di căn hạch

Sau mổ, bệnh nhân không có biểu hiện của tổn thương thần kinh quặt ngược, không có dấu hiệu của hạ canxi máu. Xét nghiệm FT4: 25,94; TSH: 0,151.

3. BÀN LUẬN

U tuyến giáp là bệnh lý thường gặp, vài nghiên cứu cho thấy có khoảng 20 – 76% dân số có ít nhất 1 nhân giáp [2] . theo nghiên cứu Framingham tần suất tăng 0,09% hàng năm trên toàn thế giới [3], phần lớn không thấy được trên lâm sàng. Trong đó ung thư tuyến giáp chiếm 5 - 15% của u tuyến giáp [4] trở thành ung thư tăng nhanh nhất.Mặc dù tỷ lệ mắc bệnh không cao nhưng số ca được chẩn đoán ngày càng tăng nhờ vào sự phát triển của các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là siêu âm [5]. Siêu âm tuyến giáp được ứng dụng rộng rãi trong chẩn đoán sớm nhân tuyến giáp, giúp phân biệt giữa các nhân lành tính và ác tính thông qua các đặc điểm hình ảnh như giảm âm, bờ không đều, tỷ lệ chiều cao/chiều rộng, xâm lấn bao giáp và vi vôi hóa [6, 7].

Ngoài ra, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA) dưới hướng dẫn của siêu âm là phương pháp bổ trợ quan trọng nhằm xác định bản chất của nhân tuyến giáp qua chẩn đoán tế bào học và mô bệnh học sau phẫu thuật [8]. Siêu âm tuyến giáp với phân loại TIRADS (2017) và chọc hút kim nhỏ tế bào u tuyến giáp (FNA) đánh giá theo hệ thống Bethesda (2008) là hai kỹ thuật dễ thực hiện, kết quả nhanh, giá trị chẩn đoán tốt và có thể làm nhiều lần với nhiều bệnh nhân,việc kết hợp hai phương pháp này góp phần giúp bác sĩ đưa ra quyết định điều trị chính xác, hạn chế phẫu thuật không cần thiết và nâng cao hiệu quả điều trị ung thư tuyến giáp.

Ứng dụng siêu âm và FNA trong chẩn đoán bệnh lý tuyến giáp đã được thực hiện từ lâu tại khoa Nội tiết Bệnh Viện 19-8, và đã trở thành một xét nghiệm thường quy. Trong nước và thế giới có nhiều nghiên cứu về vấn đề này như Vũ Bích Nga [9], Nguyễn Thành Lam [10].

Hệ thống phân loại TIRADS 2017:TIRADS 1: Hình ảnh tuyến giáp bình thường TIRADS 2: Nang đơn thuần giới hạn rõ TIRADS 3: Hình ảnh nhân đồng âm, giảm âm, tăng âm vỏ, tổn thương viêm Hashimoto. Năm dấu nghi ngờ trên siêu âm: chiều cao lớn hơn chiều rộng, bờ đa cung hoặc không đều, giảm âm, vi vôi hóa, u đặc (cứng trên siêu âm đàn hồi mô nếu có). Nếu có 1 dấu phân loại 4A, 2 dấu nghi ngờ phân loại 4B, 3 - 4 dấu nghi ngờ phân loại 4C, TIRADS 5: có đủ 5 dấu TIRADS 6 đã có giải phẫu bệnh chẩn đoán ung thư.

Tế bào học chọc hút bằng kim nhỏ phân loại theo Bethesda 2008 tổn thương chia ra thành 6 loại với nguy cơ ác tính tăng dần từ 1 đến 6. Thang điểm 3 nguy cơ 5 - 15%, thang điểm 4 nguy cơ ác tính 15 - 30%, thang điểm 5 là 60 - 75% và 97 - 99% với thang điểm 6, phân nhóm tổn thương < 4 là nguy cơ thấp và từ 4 - 6 là nguy cơ cao và ung thư so với kết quả giải phẫu bệnh. Mô bệnh học phân loại theo tiêu chuẩn WHO 2004 và bản cập nhật 2017.

Về yếu tố nguy cơ, theo Gregory P. Sadler và cộng sự (tại Mỹ) có 2 nguy cơ thường gặp đối với ung thư biểu mô giáp là: tiền sử người bệnh được chiếu hoặc nhiễm xạ, nhất là trẻ em và yếu tố gia đình. Tiền sử gia đình có người thân bị ung thư tuyến giáp , khoảng 6% người bệnh ung thư giáp thể nhú có yếu tố gia đình và loại ung thư này cũng thường xảy ra ở người bệnh mắc bệnh polyp gia đình, bệnh đa nội tiết, hội chứng Gardner, hội chứng Cowden ...case lâm sàng tôi báo cáo có mẹ cũng phát hiện ung thư tuyến giáp thể nhú trước đây, đã phẫu thuật cắt hoàn toàn tuyến giáp. Như vậy, yếu tố gia đình cũng là 1 điểm gợi ý quan trọng để các bác sĩ cân nhắc tầm soát và can thiệp sớm.

Nhiều nghiên cứu đều đưa ra thống nhất tỉ lệ u tuyến giáp gặp ở nữ > ở nam giới, tùy từng nghiên cứu với cỡ số mẫu khác nhau thì tỉ lệ có sự thay đổi : Nguyễn Thành Lam (2017) nữ gấp 6,6 lần nam, độ tuổi hay gặp 40-60 tuổi [10]; Vũ Bích Nga (2013) nữ gấp 9 lần nam[9]; Hoàng Hữu nữ gấp 9 lần nam và độ tuổi hay gặp 15-45 tuổi [1] điều này cũng hoàn toàn phù hợp với trường hợp bệnh nhân báo cáo là nữ giới 30 tuổi.

Trong kết quả siêu âm tuyến giáp của bệnh nhân có các đặc điểm gợi ý như nhân giảm âm, bờ không đều, có vi vôi hóa. Phân tích các đặc điểm này thấy rằng, dấu hiệu "giảm âm", Các nghiên cứu quốc tế như của Kim và cộng sự (2023) đã chỉ ra rằng giảm âm là dấu hiệu phổ biến trong các nhân ác tính, nhưng do cũng xuất hiện ở một số trường hợp lành tính nên không thể đơn độc dùng để chẩn đoán [11]. Vì vậy, giảm âm cần kết hợp với các đặc điểm khác như bờ không đều, xâm lấn bao giáp hay "chiều cao > chiều rộng" để nâng cao hiệu quả chẩn đoán. Điều này đồng thuận với khuyến cáo của Hiệp hội Ung thư Tuyến giáp Hoa Kỳ (ATA) khi khuyến cáo sử dụng tập hợp các dấu hiệu để đánh giá nguy cơ ung thư thay vì chỉ dựa vào một dấu hiệu đơn lẻ.Dấu hiệu "bờ không đều hoặc đa cung" Một nghiên cứu của Kwak và cộng sự (2011) cũng cho thấy rằng bờ không đều có mối liên hệ chặt chẽ với tính ác tính của nhân tuyến giáp và được sử dụng như một trong những tiêu chí quan trọng trong hệ thống TIRADS [12]. Sự hiện diện của bờ không đều góp phần làm tăng mức độ xác nhận tính ác tính khi kết hợp với các dấu hiệu khác. Trong nghiên cứu của Hoàng Hữu dấu vi vôi hóa độ nhạy Se: 71%, độ đặc hiệu Sp: 95,7%, dấu vi vôi hóa trên siêu âm có tỷ lệ ung thư cao hơn (88%) so với bướu giáp không có vôi hóa (12%)[1] ; nghiên cứu Wang N, Xu Y và cộng sự, dấu vôi hóa và vi vôi hóa trên siêu âm có độ nhạy 63,6% và 24,3% độ đặc hiệu lần lượt là 69,8% và 96,7%[14]; Với một báo cáo của Kakkos SK (2000) thì tỉ lệ ung thư có dấu vi vôi hóa (29%) so với không ung thư (14%)[13].

Theo Y văn phương pháp chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ có độ chính xác từ 80 - 95% tùy theo kinh nghiệm người chọc nhất là có hướng dẫn của siêu âm và trình độ người đọc. Các hướng dẫn thực hành chẩn đoán của Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kì (ATA), Mạng lưới Ung thư quốc gia Hoa Kì (NCCN), Hội Ung thư nội khoa Châu Âu ESMO khuyến cáo sử dụng FNA và Siêu âm trong chẩn đoán bệnh lý u tuyến giáp. Để tăng độ chính xác của chẩn đoán khuyến cáo chọc FNA dưới hướng dẫn siêu âm [3],[15].

Đối chiếu với kết quả giải phẫu bệnh cuối cùng sau khi phẫu thuật cắt thùy phải và eo tuyến giáp của bệnh nhân, kết quả cho ra hoàn toàn trùng khớp với kết quả giải phẫu bệnh khi làm FNA. Điều này cho thấy việc dựa vào hình ảnh siêu âm có những dấu hiệu nghi ngờ, kết hợp với FNA đã giúp ích đáng kể cho bác sĩ đưa ra hướng điều trị tối ưu nhất cho bệnh nhân.

Tuy nhiên đây chỉ là 1 case lâm sàng được đề cập đến, chưa phản ánh toàn bộ thực trạng bệnh, cần 1 nghiên cứu thống kê với cỡ mẫu phù hợp đối với bệnh nhân được chẩn đoán nhân giáp qua siêu âm , FNA và tỉ lệ bệnh nhân phẫu thuật nhân tuyến giáp để đánh giá.

4. KẾT LUẬN

Khai thác kĩ tiền sử gia đình, kết hợp với các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân giúp bác sĩ có bức tranh toàn cảnh từ đó đưa ra những định hướng nhất định.

Siêu âm tuyến giáp phân loại theo TIRADS và phương pháp chọc hút tế bào bằng kim nhỏ có giá trị trong chẩn đoán bệnh lý u tuyến giáp. Các kết quả nghiên cứu cũng nhấn mạnh vai trò của FNA dưới hướng dẫn siêu âm trong việc xác định bản chất của nhân tuyến giáp. Khi đối chiếu với kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật, FNA cho thấy mức độ tương đồng cao, khẳng định tính ứng dụng thực tiễn của phương pháp này trong việc sàng lọc và xác định chỉ định phẫu thuật. Tuy nhiên, trong một số trường hợp FNA có thể cho kết quả không điển hình, việc đánh giá lại bằng các kỹ thuật bổ sung như sinh thiết cắt mô hoặc xét nghiệm phân tử có thể cần thiết.

Việc phát hiện sớm, điều trị sớm đã giúp tăng tỉ lệ điều trị khỏi cũng như mang thêm nhiều cơ hội sống cho bệnh nhân, giảm tải áp lực y tế, khẳng định chất lượng chuyên môn, tay nghề của các bác sĩ Bệnh viện 19-8.

Kiến nghị: Nên thực hiện 2 xét nghiệm siêu âm và FNA trong chẩn đoán trước phẫu thuật giúp phân tầng bệnh lý u tuyến giáp và hướng xử trí tiếp theo.

5. TUYÊN BỐ VỀ SỰ ĐÓNG GÓP KHOA HỌC CỦA CÁC TÁC GIẢ

Tác giả trực tiếp tham gia thu thập dữ liệu, tổng hợp tài liệu, phân tích kết quả và hoàn thiện bản thảo.

6. TUYÊN BỐ VỀ XUNG ĐỘT LỢI ÍCH

Tác giả cam kết không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu này.

7. ĐẠO ĐỨC NGHIÊN CỨU

Người bệnh đã được giải thích đầy đủ và đồng ý cho sử dụng thông tin bệnh án phục vụ mục đích báo cáo khoa học. Các thông tin cá nhân đã được bảo mật.

8. LỜI CẢM ƠN

Tác giả xin chân thành cảm ơn tập thể khoa Nội tiết, Bệnh viện 19-8 đã hỗ trợ trong quá trình thực hiện báo cáo ca lâm sàng này.

9. TUYÊN BỐ SỬ DỤNG AI

AI được sử dụng nhằm hỗ trợ rà soát chính tả, định dạng bản thảo và cải thiện văn phong khoa học. Tác giả hoàn toàn chịu trách nhiệm về nội dung khoa học của bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Hoàng Hữu, Phùng Phương, Nguyễn Thị Hồng Chuyên (2020): "vai trò siêu âm và chọc hút kim nhỏ (FNA) trong chẩn đoán trước phẫu thuật bệnh lý u tuyến giáp". Tạp chí y dược học – Trường đại học y dược Huế, số 4, tập 10

[2] Sinna E.A Ezzat N (2012): "Diagnostic accuracy of fine needle aspiration cytology in thyroid lesions". Journal of Egyptian national cancer Institute. 24(2), 63-70

[3] Dean DS, Gharib H. Epidemiology of thyroid nodules. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2008;22(6):901– 911

[4] Fileti S, Durante C, Hartl D (2019): "Thyroid cancer: ESMO clinical Practice Guidlines for diagnosis, treatment and follow-up". Annals of Oncology. 2019, 1856-1883

[5] Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, 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. https://doi.org/10.3322/caac.21660

[6] Tessler FN, Middleton WD, Grant EG, Hoang JK, Berland LL, Teefey SA, et al. ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS): White Paper of the ACR TI-RADS Committee. J Am Coll Radiol. 2017; 14(5): 587-595. https://doi.org/10.1016/j.jacr.2017.01.046

[7] Jung HJ, Eun NL, Son EJ, Kim JA, Youk JH, Lee HS, et al. Ultrasound Findings Suggestive of Malignancy in Thyroid Nodules Classified as Follicular Lesion of Undetermined Significance or Follicular Neoplasm based on the 2017 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology. J Korean Soc Radiol. 2025; 86(1): 114-126. https://doi.org/10.3348/jksr.2024.0016

[8] Francis GL, Waguespack SG, Bauer AJ, Angelos P, Benvenga S, Cerutti JM, et al. Management Guidelines for Children with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid. 2015; 25(7): 716-59. https://doi.org/10.1089/thy.2014.0460

[9] Vũ Bích Nga (2013): "Đặc điểm bướu nhân tuyến giáp qua chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm". Tạp chí Y học thực hành, 874 (6) trang 20-22.

[10] Nguyễn Thành Lam (2017): "Đặc điểm lâm sàng, siêu âm, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, mô bệnh học của u tuyến giáp tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên". Tạp chí ung thư học Việt nam, số 3, trang 24-30.

[11] Kim JS, Kim BG, Stybayeva G, Hwang SH. Diagnostic Performance of Various Ultrasound Risk Stratification Systems for Benign and Malignant Thyroid Nodules: A Meta-Analysis. Cancers (Basel). 2023; 15(2). https://doi.org/10.3390/cancers15020424

[12] Kwak JY, Han KH, Yoon JH, Moon HJ, Son EJ, Park SH, et al. Thyroid imaging reporting and data system for US features of nodules: a step in establishing better stratification of cancer risk. Radiology. 2011; 260(3): 892-9. https://doi.org/10.1148/radiol.11110206

[13] Kakkos SK, Scopa CD, Chalmoukis AK, Karachalios DA, Spiliotis JD, Harkoftakis JG, Karavias DD, Androulakis JA, Vagenakis AG (2000), "Relative risk of cancer in sonographically detected thyroid nodules with calcifications." J Clin Ultrasound, 28(7),347

[14] Wang N, Xu Y, Ge C, Guo R, Guo K (2006), « Association of sonographically detected calcification with thyroid carcinoma." Heck & neck, 28(12):1077-83.

[15] Bryan R H, Erik K Alexander, Keith C Bible (2015) "American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer". J. Thyroid, 26(1)