Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 9, 340-344

# CLINICAL, ENDOSCOPIC, AND IMAGING CHARACTERISTICS OF LINGUAL THYROGLOSSAL DUCT CYSTS AT THE NATIONAL OTORHINOLARYNGOLOGY HOSPITAL OF VIETNAM

Nguyen Manh Minh[1*], Do Phuong Linh[2], Le Anh Tuan[1], Le Hong Anh[1]

[1]*National Otorhinorarynology Hospital of Vietnam - 78 Giai Phong, Kim Lien Ward, Hanoi City, Vietnam*
[2]*Dien Bien Phu Medical Center*

Received: 25/06/2026
Revised: 19/08/2026; Accepted: 18/09/2026

## ABSTRACT

**Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of lingual thyroglossal duct cysts in patients treated at the National Otorhinolaryngology Hospital of Vietnam.

**Methods:** This descriptive case series included 27 patients who underwent intraoperative biopsy and had histopathologically confirmed lingual thyroglossal duct cysts at the National Otorhinolaryngology Hospital of Vietnam between September 2022 and July 2025. Data were collected from medical records, otorhinolaryngologic endoscopic examinations, magnetic resonance imaging (MRI), and anterior neck ultrasonography. Study variables included demographic characteristics, medical history, clinical symptoms, endoscopic findings, and imaging features of the lesions.

**Results:** The median age was 26 years (range, 6–66 years), and 77.8% of patients were male. The most common symptom was a foreign-body sensation during swallowing (81.5%), while 18.5% of patients were asymptomatic. Endoscopy showed a solitary cystic lesion in all patients; 63.0% were located in the midline, 77.8% had a dome-shaped appearance, 81.5% had a smooth surface, and 77.8% were pale pink. On MRI, all lesions demonstrated the surrounding tongue-base muscle sign, while the beak sign was observed in 70.4%. Lesions measuring 20–30 mm accounted for 55.6% of cases, and epiglottic displacement was observed in 74.1%. All lesions were well circumscribed, without infiltration of adjacent tissues or solid components; 96.3% were hypointense on T1-weighted images, and 100% were hyperintense on T2-weighted images. On ultrasonography, the thyroid gland was in its normal anatomical position in all examined patients (21/21); 95.2% of lesions were hypoechoic, and all had well-defined margins.

**Conclusion:** In this study, lingual thyroglossal duct cysts occurred predominantly in young male patients, with a foreign-body sensation during swallowing being the most common clinical presentation. The main endoscopic and MRI features included a solitary cystic lesion at the tongue base, a midline location, the surrounding tongue-base muscle sign, low signal intensity on T1-weighted images, and high signal intensity on T2-weighted images.

***Keywords:*** Lingual thyroglossal duct cyst; thyroglossal duct cyst; otorhinolaryngologic endoscopy; magnetic resonance imaging; neck ultrasonography.

*Corresponding author
**Email:** Manhminh1309@gmail.com **Phone:** (+84) 987198918 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6657

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, NỘI SOI VÀ HÌNH ẢNH HỌC CỦA U NANG GIÁP LƯỠI THỂ LƯỠI TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Mạnh Minh[1*], Đỗ Phương Linh[2], Lê Anh Tuấn[1], Lê Hồng Anh[1]

*[1]Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương - 78 Giải Phóng, P. Kim Liên, Tp. Hà Nội, Việt Nam*
*[2]Trung tâm Y tế Điện Biên Phủ*

Ngày nhận: 25/06/2026
Ngày sửa: 19/08/2026; Ngày đăng: 18/09/2026

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của u nang giáp lưỡi thể lưỡi ở người bệnh điều trị tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh được thực hiện trên 27 người bệnh được sinh thiết trong quá trình phẫu thuật có kết quả mô bệnh học là u nang giáp lưỡi thể lưỡi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương từ tháng 9/2022 đến tháng 7/2025. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, hình ảnh nội soi tai mũi họng, cộng hưởng từ và siêu âm vùng cổ trước. Các biến số nghiên cứu bao gồm đặc điểm nhân khẩu học, tiền sử bệnh, triệu chứng lâm sàng, đặc điểm nội soi và đặc điểm hình ảnh học của tổn thương.

**Kết quả:** Tuổi trung vị 26 (6-66 tuổi) ; nam giới chiếm 77,8%. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là nuốt vướng (81,5%), trong khi 18,5% trường hợp không có triệu chứng. Trên nội soi, tất cả người bệnh đều có một u nang đơn độc; vị trí đường giữa chiếm 63,0%; hình dạng chóp cầu chiếm 77,8%; bề mặt nhẵn chiếm 81,5% và màu hồng nhạt chiếm 77,8%. Trên cộng hưởng từ, tất cả trường hợp đều có dấu hiệu cơ đáy lưỡi bao quanh; dấu hiệu mỏ nhọn gặp ở 70,4%; kích thước 20–30 mm chiếm 55,6%; 74,1% trường hợp có đè đẩy nắp thanh môn. Toàn bộ u nang có ranh giới rõ, không thâm nhiễm mô xung quanh, không có thành phần đặc; 96,3% giảm tín hiệu trên T1W và 100% tăng tín hiệu trên T2W. Trên siêu âm, tất cả người bệnh có tuyến giáp ở vị trí bình thường (21/21); 95,2% tổn thương có đặc tính giảm âm và 100% có bờ ranh giới rõ.

**Kết luận:** U nang giáp lưỡi thể lưỡi trong nghiên cứu gặp chủ yếu ở nam giới trẻ tuổi, biểu hiện lâm sàng thường là nuốt vướng. Hình ảnh nội soi và cộng hưởng từ trong nghiên cứu có các đặc điểm chủ yếu gồm u nang đơn độc vùng đáy lưỡi, vị trí đường giữa, dấu hiệu cơ đáy lưỡi bao quanh, tín hiệu giảm trên T1W và tăng trên T2W.

***Từ khóa:*** U nang giáp lưỡi thể lưỡi; u nang ống giáp lưỡi; nội soi tai mũi họng; cộng hưởng từ; siêu âm vùng cổ.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nang giáp lưỡi thể lưỡi là một dị tật bẩm sinh hiếm gặp của ống giáp – lưỡi, hình thành do sự tồn tại bất thường của đường di chuyển phôi thai tuyến giáp từ lỗ tịt đến vị trí cuối cùng ở vùng cổ trước [1]. Mặc dù chiếm tỷ lệ thấp trong nhóm các bất thường ống giáp – lưỡi, tổn thương này có ý nghĩa lâm sàng quan trọng do vị trí nằm sâu trong khối cơ đáy lưỡi, có thể gây nuốt vướng, nuốt đau, thay đổi giọng nói, khó thở hoặc tắc nghẽn đường thở ở những trường hợp kích thước lớn [2,3]. Việc chẩn đoán bệnh thường gặp nhiều khó khăn do triệu chứng không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với các tổn thương nang khác ở vùng đáy lưỡi như nang hố lưỡi thanh thiệt hoặc tuyến giáp lạc chỗ [2,3].

Những năm gần đây, cùng với sự phát triển của nội soi tai mũi họng và các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là cộng hưởng từ, khả năng phát hiện và đánh giá chính xác u nang giáp lưỡi thể lưỡi đã được cải thiện đáng kể [1]. Tuy nhiên, số lượng nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh lý này tại Việt Nam còn hạn chế, chủ yếu tập trung ở các báo cáo đơn lẻ hoặc nghiên cứu với cỡ mẫu nhỏ [4,5]. Việc mô tả đầy đủ đặc điểm lâm sàng, nội soi và hình ảnh học của u nang giáp lưỡi thể lưỡi có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán sớm, chẩn đoán phân biệt và định hướng xử trí phù hợp. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của u nang giáp lưỡi thể lưỡi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là các người bệnh được chẩn đoán u nang giáp lưỡi thể lưỡi tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương. Tiêu chuẩn lựa chọn gồm các trường hợp được chẩn đoán dựa trên lâm sàng kết hợp nội soi tai mũi họng và ít nhất một phương tiện chẩn đoán hình ảnh (cộng hưởng từ hoặc siêu âm vùng cổ trước), bệnh nhân được sinh thiết trong quá trình phẫu thuật có kết quả mô bệnh học xác định u nang giáp lưỡi thể lưỡi, hồ sơ bệnh án đầy đủ . Tiêu chuẩn loại trừ là các trường hợp hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương. Dữ liệu được thu thập từ các trường hợp điều trị trong giai đoạn từ tháng 09/2022 đến tháng 07/2025.

### 2.3. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả chùm ca bệnh, kết hợp thu thập số liệu hồi cứu và tiến cứu

- Nhóm hồi cứu: 19 người bệnh, từ tháng 09/2022 đến tháng 06/2024.

- Nhóm tiến cứu: 08 người bệnh, từ tháng 07/2024 đến tháng 07/2025.

### 2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

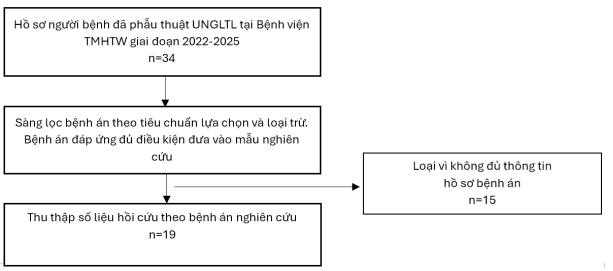
Nghiên cứu bao gồm 27 người bệnh đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Phương pháp chọn

*Tác giả liên hệ
**Email:** Manhminh1309@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 987198918 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6657

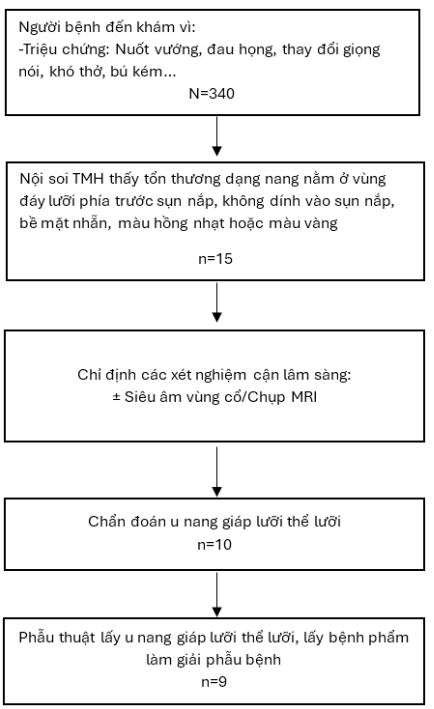
mẫu thuận tiện được áp dụng, tuyển chọn toàn bộ các trường hợp đủ điều kiện trong thời gian nghiên cứu.

**Sơ đồ nghiên cứu**

*Nhóm hồi cứu*




*Nhóm tiến cứu*




### 2.5. Nội dung nghiên cứu

Nghiên cứu thu thập các đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng của người bệnh gồm tuổi, giới, tiền sử chẩn đoán, tiền sử phẫu thuật, bệnh lý kèm theo và triệu chứng cơ năng. Đồng thời, các đặc điểm hình ảnh của u nang giáp lưỡi thể lưỡi được đánh giá trên nội soi tai mũi họng, cộng hưởng từ và siêu âm vùng cổ trước, bao gồm vị trí, kích thước, hình thái, tín hiệu cộng hưởng từ và các dấu hiệu hình ảnh liên quan.

### 2.6. Quy trình thu thập số liệu

Thông tin nghiên cứu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, kết quả thăm khám lâm sàng, hình ảnh nội soi, siêu âm vùng cổ trước, cộng hưởng từ và kết quả mô bệnh học. Các dữ liệu được ghi nhận theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất và kiểm tra tính đầy đủ trước khi đưa vào phân tích.

Hình ảnh cộng hưởng từ được phân tích bởi 01 bác sĩ chẩn đoán hình ảnh chuyên khoa tai mũi họng có kinh nghiệm trên 10 năm. Biến đường kính được đo trên mặt phẳng có đường kính nang lớn nhất. Dấu hiệu "tiếp xúc xương móng" được định nghĩa là cấu trúc nang tiếp giáp trực tiếp trên ít nhất một mặt phẳng, không có lớp mỡ/cơ xen giữa, hoặc tiêu chí thực tế đã dùng.

### 2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 20.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị khi thích hợp.

### 2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự chấp thuận của hội đồng đạo đức theo quyết định số 2810/QĐ-ĐHYHN ngày 19 tháng 6 năm 2024 của trường đại học Y Hà Nội. Các thông tin cá nhân của người bệnh được mã hóa và bảo mật hoàn toàn. Dữ liệu chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu khoa học và không ảnh hưởng đến quá trình chẩn đoán, điều trị của người bệnh.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học, tiền sử và triệu chứng lâm sàng**

| Đặc điểm | Nhóm | n | % |
|---|---|---|---|
| Tuổi | Trung vị 26 (Q1-Q3: 13 – 39) | | |
| | Khoảng 6-66 | | |
| Nhóm tuổi | 1–10 tuổi | 6 | 22,2 |
| | 11–20 tuổi | 6 | 22,2 |
| | 21–30 tuổi | 4 | 14,8 |
| | 31–40 tuổi | 6 | 22,2 |
| | 41–50 tuổi | 0 | 0,0 |
| | 51–60 tuổi | 2 | 7,4 |
| | >60 tuổi | 3 | 11,1 |
| Giới tính | Nam | 21 | 77,8 |
| | Nữ | 6 | 22,2 |
| Tiền sử chẩn đoán | Chẩn đoán nhầm là u nang hố lưỡi thanh thiệt | 2 | 7,4 |
| | Từng được chẩn đoán UNGLTL | 4 | 14,8 |
| | Chưa từng được chẩn đoán trước đây | 21 | 77,8 |
| Tiền sử phẫu thuật UNGLTL | Đã từng phẫu thuật | 3 | 11,1 |
| | Chưa từng phẫu thuật | 24 | 88,9 |
| Bệnh lý kèm theo | Ung thư thanh quản | 1 | 3,7 |
| | Đái tháo đường type II | 1 | 3,7 |
| Triệu chứng cơ năng | Nuốt vướng | 22 | 81,5 |
| | Kèm nuốt đau * | 3 | 11,1 |
| | Không có triệu chứng | 5 | 18,5 |

**Nuốt đau được ghi nhận kèm nuốt vướng*

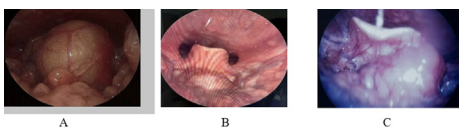
Nhận xét: Người bệnh chủ yếu là nam giới, chiếm 77,8%; nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 1–10 tuổi, 11–20 tuổi và 31–40 tuổi, mỗi nhóm chiếm 22,2%. Phần lớn người bệnh chưa từng được chẩn đoán trước đó, chiếm 77,8%. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là nuốt vướng đơn độc, chiếm 81,5%, trong khi 18,5% người bệnh không có triệu chứng. 5 Trường hợp không có triệu chứng được phát hiện tình cờ khi khám sức khỏe định kỳ.

**Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh nội soi của u nang giáp lưỡi thể lưỡi (n = 27)**

| Đặc điểm | Nhóm | n | % |
|---|---|---|---|
| Số lượng nang | 1 nang | 27 | 100,0 |
| Vị trí | Đường giữa | 17 | 63,0 |
| | Lệch trái | 6 | 22,2 |
| | Lệch phải | 4 | 14,8 |

| Đặc điểm | Nhóm | n | % |
|---|---|---|---|
| Hình dạng | Chóp cầu | 21 | 77,8 |
| | Bầu dục | 2 | 7,4 |
| | Hình dạng khác | 4 | 14,8 |
| Bề mặt | Nhẵn | 22 | 81,5 |
| | Sần sùi | 5 | 18,5 |
| Màu sắc | Hồng nhạt | 21 | 77,8 |
| | Vàng nhạt | 4 | 14,8 |
| | Xám | 2 | 7,4 |
| Tình trạng nang khi khám | Nguyên vẹn, chưa vỡ, không rò dịch | 27 | 100,0 |

Nhận xét: Tất cả người bệnh đều có một u nang giáp lưỡi thể lưỡi và được phát hiện ở tình trạng nguyên vẹn, chưa vỡ, không rò dịch. Vị trí thường gặp nhất là đường giữa (63,0%). Nang chủ yếu có hình dạng chóp cầu (77,8%), bề mặt nhẵn (81,5%) và màu hồng nhạt (77,8%). Các đặc điểm lệch bên, bề mặt sần sùi, màu vàng nhạt hoặc xám gặp với tỷ lệ thấp hơn.




*A. Hình ảnh chóp cầu; B. Hình bầu dục; C. Hình dạng khác*

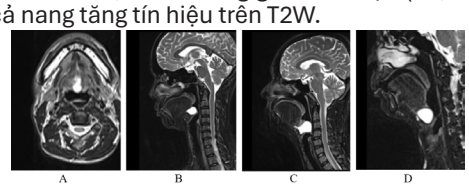
**Hình 1. Hình dạng nang trên nội soi**

**Bảng 3. Đặc điểm cộng hưởng từ của u nang giáp lưỡi thể lưỡi (n = 27)**

| Đặc điểm | Nhóm | n | % |
|---|---|---|---|
| Số lượng nang | 1 nang | 27 | 100,0 |
| Dấu hiệu cơ đáy lưỡi bao quanh | <50% thể tích nang | 19 | 70,4 |
| | ≥50% thể tích nang | 8 | 29,6 |
| Dấu hiệu mỏ nhọn | Có | 19 | 70,4 |
| Dấu hiệu hình ống | Có | 3 | 11,1 |
| Dấu hiệu tiếp xúc xương móng | Có | 7 | 25,9 |
| Vị trí nang | Đường giữa | 17 | 63,0 |
| | Lệch trái | 6 | 22,2 |
| | Lệch phải | 4 | 14,8 |
| Đường kính lớn nhất (mm) | Trung vị 24 (Q1-Q3: 19-28) | | |
| | Khoảng 12-41 | | |
| Nhóm Đường kính lớn nhất | <20 mm | 8 | 29,6 |
| | 20–30 mm | 15 | 55,6 |
| | >30 mm | 4 | 14,8 |
| Bờ nang | Đều | 20 | 74,1 |
| | Thùy múi không đều | 7 | 25,9 |
| Ranh giới | Rõ | 27 | 100,0 |
| | Không rõ | 0 | 0,0 |
| Thâm nhiễm xung quanh | Không | 27 | 100,0 |
| | Có | 0 | 0,0 |
| Thành phần đặc | Không | 27 | 100,0 |
| | Có | 0 | 0,0 |
| Vách nang | Không | 23 | 85,2 |
| | Có | 4 | 14,8 |
| Đè đẩy nắp thanh môn | Có | 20 | 74,1 |
| | Không | 7 | 25,9 |
| Tín hiệu trên T1W | Giảm tín hiệu | 26 | 96,3 |
| | Đồng tín hiệu | 1 | 3,7 |
| | Tăng tín hiệu | 0 | 0,0 |
| Tín hiệu trên T2W | Tăng tín hiệu | 27 | 100,0 |
| | Đồng tín hiệu | 0 | 0,0 |
| | Giảm tín hiệu | 0 | 0,0 |
| Sau tiêm thuốc đối quang từ* (n=20) | Không ngấm thuốc | 13 | 65 |
| | Ngấm thuốc dạng viền | 7 | 35 |
| Đặc điểm trên xung khuếch tán DWI** (n=25) | Không hạn chế khuếch tán | 25 | 100,0 |

**Có 20/27 người bệnh được tiêm thuốc đối quang từ; **Có 25/27 người bệnh được chụp xung DWI. 7 người bệnh không tiêm thuốc đối quang từ do có tiền sử dị ứng với thuốc hoặc không đồng ý tiêm thuốc. 2 người bệnh không đánh giá được xung khuếch tán DWI do nhiễu ảnh.*

Nhận xét: Trên cộng hưởng từ, tất cả người bệnh đều có một u nang với ranh giới rõ, không thâm nhiễm xung quanh và không có thành phần đặc. Vị trí thường gặp nhất là đường giữa (63,0%), kích thước chủ yếu từ 20–30 mm (55,6%). Dấu hiệu cơ đáy lưỡi bao quanh và dấu hiệu mỏ nhọn gặp với tỷ lệ cao (70,4%). Phần lớn tổn thương có bờ đều (74,1%), không có vách (85,2%) nhưng thường gây đè đẩy nắp thanh môn (74,1%). Trên T1W, đa số nang giảm tín hiệu (96,3%), trong khi tất cả nang tăng tín hiệu trên T2W.




*A. Dấu hiệu cơ đáy lưỡi bao quanh; B. Dấu hiệu mỏ nhọn; C. Dấu hiệu tiếp xúc xương móng; D. Dấu hiệu hình ống*

**Hình 2. Các dấu hiệu u nang giáp lưỡi thể lưỡi trên cộng hưởng từ**

**Bảng 4. Đặc điểm siêu âm vùng cổ trước của u nang giáp lưỡi thể lưỡi (n = 21)**

| Đặc điểm | Nhóm | n | % |
|---|---|---|---|
| Số lượng nang | 1 nang | 21 | 100,0 |
| Tuyến giáp | Vị trí bình thường | 21 | 100,0 |
| Vị trí tổn thương trên siêu âm | Gốc lưỡi | 12 | 57,1 |
| | Vùng cổ trước | 9 | 42,9 |
| Đặc tính âm | Khối giảm âm | 20 | 95,2 |
| | Hỗn hợp âm | 1 | 4,8 |
| | Trống âm | 0 | 0,0 |
| Bờ ranh giới | Rõ | 21 | 100,0 |
| | Không rõ | 0 | 0,0 |

Nhận xét: Trên siêu âm, tất cả người bệnh đều có tuyến giáp ở vị trí bình thường, chỉ có một u nang và bờ ranh giới rõ. Tổn thương chủ yếu nằm ở gốc lưỡi (57,1%) và có đặc tính giảm âm (95,2%). Có 6 trường hợp không siêu âm do bệnh nhi nhỏ tuổi không hợp tác.

## 4. BÀN LUẬN

Phần lớn người bệnh trong nghiên cứu chưa từng được chẩn đoán u nang giáp lưỡi thể lưỡi trước đó, chiếm 77,8%. Có 7,4% trường hợp từng được chẩn đoán nhầm là u nang hố lưỡi thanh thiệt, phản ánh khó khăn trong chẩn đoán phân biệt giữa các tổn thương nang vùng đáy lưỡi do có nhiều đặc điểm lâm sàng và nội soi tương đồng [1,2]. Ngoài ra, đây là bệnh lý hiếm gặp nên kinh nghiệm nhận diện của bác sĩ lâm sàng còn hạn chế, đặc biệt tại các cơ sở không chuyên sâu [2].

Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là nuốt vướng, xuất hiện ở 81,5% người bệnh, trong đó có 11,1% trường hợp kèm theo nuốt đau. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Tuấn Nhật Hoàng ghi nhận tỷ lệ nuốt vướng là 86,7% [1]. Cơ chế hình thành triệu chứng được giải thích bởi sự phát triển của khối nang tại vùng đáy lưỡi gây đè đẩy sụn nắp và làm thay đổi động học của quá trình nuốt. Tuy nhiên, có tới 18,5% trường hợp không có triệu chứng, cho thấy bệnh lý có thể tiến triển âm thầm trong thời gian dài và chỉ được phát hiện tình cờ khi thăm khám nội soi hoặc chẩn đoán hình ảnh.

Trên hình ảnh nội soi, tất cả người bệnh đều có một u nang đơn độc, nguyên vẹn, chưa vỡ và không rò dịch. Vị trí thường gặp nhất là đường giữa với tỷ lệ 63,0%, phù hợp với nguồn gốc phôi thai của bệnh lý tại vùng lỗ tịt. Nang chủ yếu có hình dạng chóp cầu (77,8%), bề mặt nhẵn (81,5%) và màu hồng nhạt (77,8%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Lê Tuấn Nhật Hoàng, Sameer và Shufen [1,2,3]. Những trường hợp có bề mặt sần sùi được cho là liên quan đến vị trí nang nằm sâu hơn trong khối cơ đáy lưỡi, làm đẩy phồng các nhú lưỡi phía trên [1].

Kết quả cộng hưởng từ cho thấy toàn bộ người bệnh chỉ có một u nang giáp lưỡi thể lưỡi, tương ứng với kết quả nội soi. Vị trí thường gặp nhất vẫn là đường giữa (63,0%), trong khi nhóm kích thước 20–30 mm chiếm tỷ lệ cao nhất (55,6%), tương tự nghiên cứu của Lê Tuấn Nhật Hoàng [1]. Phần lớn các nang có bờ đều, ranh giới rõ, không thâm nhiễm mô xung quanh và không có thành phần đặc, phản ánh bản chất lành tính của tổn thương. Một số trường hợp có bờ thùy múi hoặc vách ngăn có thể liên quan đến tình trạng viêm mạn tính hoặc thay đổi cấu trúc nang sau các đợt viêm tái diễn [4,5].

Các dấu hiệu trên cộng hưởng từ có giá trị gợi ý chẩn đoán u nang giáp lưỡi thể lưỡi. Dấu hiệu cơ đáy lưỡi bao quanh xuất hiện ở toàn bộ trường hợp nghiên cứu, trong khi dấu hiệu mỏ nhọn gặp ở 70,4%, dấu hiệu tiếp xúc xương móng ở 25,9% và dấu hiệu hình ống ở 11,1%. Những dấu hiệu này phản ánh đường đi của ống giáp–lưỡi và quá trình di chuyển của mầm tuyến giáp trong thời kỳ bào thai, đồng thời giúp phân biệt u nang giáp lưỡi thể lưỡi với các tổn thương khác vùng đáy lưỡi [5]. Bên cạnh đó, hiện tượng đè đẩy nắp thanh môn được ghi nhận ở 74,1% trường hợp, phù hợp với các nghiên cứu trước đây và là cơ chế giải thích triệu chứng nuốt vướng thường gặp trên lâm sàng [5,1].

Về đặc điểm tín hiệu cộng hưởng từ, 96,3% trường hợp giảm tín hiệu trên T1W và 100% tăng tín hiệu trên T2W. Tất cả các trường hợp được chụp DWI đều không hạn chế khuếch tán. Kết quả này phù hợp với mô tả của Niu và cộng sự về đặc điểm tín hiệu của nang giáp lưỡi chứa dịch thuần nhất [6]. So với nghiên cứu của Nguyễn Thị Huyền, trong đó tỷ lệ tăng tín hiệu trên T1W cao hơn [5], sự khác biệt có thể liên quan đến thành phần dịch nang khác nhau hoặc sự hiện diện của viêm mạn tính và xuất huyết cũ trong nang. Việc không ghi nhận hạn chế khuếch tán hay thành phần đặc cũng gợi ý bản chất lành tính của các tổn thương trong nghiên cứu hiện tại, tuy nhiên kết quả này là đặc điểm mô tả và không đủ để loại trừ ác tính.

Trên siêu âm vùng cổ trước, tất cả người bệnh đều có tuyến giáp ở vị trí bình thường và chỉ ghi nhận một u nang. Đặc điểm thường gặp là khối giảm âm do dịch đặc giàu protein, bờ rõ chiếm 95,2% trường hợp, vị trí vùng gốc lưỡi chiếm 57,1%. Kết quả này phù hợp với mô tả của Li và cộng sự [7]. Tuy nhiên, do vị trí nang nằm sâu trong vùng đáy lưỡi và dễ bị che khuất bởi các cấu trúc giải phẫu lân cận nên siêu âm có giá trị chủ yếu trong khảo sát ban đầu và đánh giá vị trí tuyến giáp. Trên siêu âm có 9 trường hợp vị trí ở vùng cổ trước do kích thước nang lớn gây hạn chế đánh giá. Trong các trường hợp nghi ngờ hoặc cần đánh giá chi tiết đặc điểm tổn thương, cộng hưởng từ vẫn là phương tiện chẩn đoán hình ảnh có giá trị cao hơn [5].

## 5. KẾT LUẬN

U nang giáp lưỡi thể lưỡi gặp chủ yếu ở nam giới, thường biểu hiện bằng triệu chứng nuốt vướng. Trên nội soi, tổn thương đa số là nang đơn độc, nằm ở đường giữa, có hình dạng chóp cầu, bề mặt nhẵn và màu hồng nhạt. Cộng hưởng từ cho thấy các dấu hiệu gợi ý như cơ đáy lưỡi bao quanh, dấu hiệu mỏ nhọn, tăng tín hiệu trên T2W và 25/25 trường hợp không hạn chế khuếch tán trên DWI. Siêu âm có giá trị khảo sát ban đầu và đánh giá vị trí tuyến giáp, trong khi cộng hưởng từ là phương tiện hữu ích giúp xác định đặc điểm giải phẫu và hỗ trợ chẩn đoán và định hướng phân biệt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


[1] Lê Tuấn Nhật Hoàng. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nang rò giáp – lưỡi thể lưỡi. Luận văn Bác sĩ nội trú. Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.

[2] Sameer KSM, Mohanty S, Correa MMA, Das K. Lingual thyroglossal duct cysts—A review. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2012;76(2):165-168. doi:10.1016/j.ijporl.2011.11.025.

[3] Shufen X, Shan S, Zhen L. Characteristics of lingual thyroglossal duct cysts under flexible laryngoscopy and treatment approaches. Am J Otolaryngol. 2022;43(2):103343. doi:10.1016/j.amjoto.2021.103343.

[4] Zhang LC, Zhang TY, Sha Y, Lin YX, Chen Q. Lingual thyroglossal duct cyst with recurrence after cystectomy or marsupialization under endoscopy: Diagnosis and modified Sistrunk surgery. Laryngoscope. 2011;121(9):1888-1892. doi:10.1002/lary.21909.

[5] Nguyễn Thị Huyền, Lê Văn Khảng, Phạm Tuấn Cảnh và cộng sự. Đặc điểm hình ảnh của nang giáp lưỡi thể lưỡi trên cộng hưởng từ. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2022;149(1):195-202. https://doi.org/10.52852/tcncyh.v149i1.583

[6] Niu Y, Cui T, Li W, Jin X, Huo H, Wang J. Coblation-Assisted Transoral Endoscopic Excision of Lingual Thyroglossal Duct Cysts. J Otolaryngol Head Neck Surg. 2025;54:1-8. DOI: 10.1177/19160216251333351

[7] Li W, Ren YP, Shi YY, Zhang L, Bu RF. Presentation, Management, and Outcome of Lingual Thyroglossal Duct Cyst in Pediatric and Adult Populations. J Craniofac Surg. 2019;30(5):e442-e446. doi:10.1097/SCS.0000000000005522.