

một số kết nghiên cứu như sau: nghiên cứu của tác giả Lưu Thị Ngọc Hân (2019) [3], nghiên cứu của tác giả Nguyễn Vĩnh Nghi (2024) [7]. Khi so sánh với các kết quả nghiên cứu tại các bệnh viện khác trong nước, kết quả này cũng chỉ ra tỷ lệ kháng thấp hơn nghiên cứu của Trần Diệu Linh (2017) tại Bệnh viện Trung Ương 108 và Bệnh viện Việt Đức với tỷ lệ kháng carbapenem là 92,2% [4]; hoặc cao hơn nghiên cứu của Hồng Thị Xuân Liễu (2023) tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ [5].

Ngoài các carbapenem trong nghiên cứu chúng tôi còn đánh giá mức độ kháng kháng sinh của các vi khuẩn *A.baumannii* thu được với các kháng sinh beta-lactam khác thuộc hai nhóm cephalosporin và penicillin. Kết quả cho thấy chủng vi khuẩn này không chỉ thể hiện khả năng kháng cao với carbapenem mà với các beta-lactam tỷ lệ kháng khá cao đã vượt mức báo động là > 88%, minh chứng là với cefepime và ceftriaxone thì tỷ lệ kháng chiếm 88% và cao hơn ở ceftazidime 89%, với kết quả nghiên cứu này cho thấy các tổ hợp penicillin và chất ức chế beta-lactamase gần như đã thất bại hoàn toàn trong việc điều trị đối với chủng vi khuẩn này. Hai loại kháng sinh thuộc loại phối hợp là ampicillin/sulbactam và piperacillin/tazobactam đều có tỷ lệ kháng rất cao lần lượt là 88% và 89%, kết quả này cũng khá phù hợp với nghiên cứu của Yunxing và cộng sự (2019) và khi tiến hành so sánh với các bệnh viện khác thì chúng tôi ghi nhận được có sự tương đồng như sau: ở Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An (2024) [8], ở Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (2025) [10].

Đối với các loại kháng sinh khác như: tobramycin, levofloxacin, ciprofloxacin thì mức độ kháng của *Acinetobacter baumannii* có sự khác biệt và đang có chiều hướng tăng lên và mất kiểm soát với tỷ lệ kháng lần lượt là 75%, 87% và 90%. Tuy nhiên đối với trimethoprim/sulfamethoxazole kết quả có nhiều khả quan khi mà chỉ có 50% bị kháng. Với colistin cũng cho tỷ lệ kháng khá thấp (9%) so với thế giới từ 2015-2020, tỷ lệ chung của *A.baumannii* kháng nhóm polymyxin trung bình là 13%, trong đó Châu Mỹ 29%, Châu Âu 13% và Châu Á 10% [11]. Đây chính là một trong những gợi ý tích cực cho các bác sĩ trong công tác điều trị các bệnh liên quan đến *A.baumannii* thay vì lựa chọn phối hợp các loại kháng sinh khác.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ nhiễm *A.baumannii* tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ 10/2024-04/2025 là 31,4% và sự đề kháng kháng sinh của chủng vi khuẩn này được thực hiện bằng hệ thống Vitek 2 Compact là: tobramycin, trimethoprim/sulfamethoxazole và colistin kháng ở mức nhạy với tỷ lệ từ 22% đến 91% và một tỷ lệ rất ít từ 0-11% kháng ở mức trung gian thì hầu hết vi khuẩn *A.baumannii* được xác định kháng với 13 loại kháng sinh thực nghiệm còn lại với tỷ lệ cao từ 75% đến 100%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2015), Hướng dẫn sử dụng kháng sinh. Nhà xuất bản Y học.
2. **Đinh Thị Thuý Hà (2021)**, Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn Gram âm đa kháng tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai. Tạp chí y học Việt Nam; 201(2), tr.179-182.
3. **Lưu Thị Ngọc Hân (2019)**, Nghiên cứu một số gen liên quan đến khả năng kháng carbapenem của các chủng *Acinetobacter baumannii* phân lập tại bệnh viện phổi Trung Ương. Luận văn thạc sỹ, Đại Học Quốc Gia Hà Nội.
4. **Trần Diệu Linh (2017)**, Nghiên cứu ở mức độ phân tử khả năng kháng carbapenem của một số vi khuẩn Gram âm phân lập từ bệnh nhân tại Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108. Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Khoa học tự nhiên, Đại học Quốc gia Hà Nội.
5. **Hồng Thị Xuân Liễu (2023)**, Tỷ lệ nhiễm và đề kháng kháng sinh của một số vi khuẩn Gram âm trên bệnh nhân viêm phổi tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2022-2023, Tạp chí Y Học Việt Nam, số 1B(527), tr. 95-100.
6. **Vũ Quỳnh Nga (2012)**, Đặc điểm nhiễm khuẩn bệnh viện do *Acinetobacter baumannii* ở bệnh nhân viêm phổi thở máy tại khoa Hồi Sức cấp cứu bệnh viện Chợ Rẫy. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. **Nguyễn Vĩnh Nghi (2024)**, Khảo sát tình hình kháng kháng sinh của *Acinetobacter spp* và *Pseudomonas spp* tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận năm 2023, Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam, số 01(45), tr. 7-11.
8. **Nguyễn Đức Phúc (2024)**, Đánh giá mức độ kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy xâm nhập tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An, Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam, số 01(45), tr. 33-39.
9. **Dương Hữu Phước, Phú Trương Thiên, Chương Lê Văn và cộng sự.** Hiệu quả invitro phối hợp colistin với minocycline và colistin với doxycycline trên vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* đa kháng, Tạp chí Y học Việt Nam, Số 1(508), tr.343-346.
10. **Nguyễn Thị Hải Yến (2025)**, Tình hình đề kháng kháng sinh nhóm carbapenem và sinh enzyme carbapenemase của vi khuẩn Enterobacteriaceae, *Pseudomonas*, *Acinetobacter baumannii* tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2024-2025, Tạp chí Y Dược Học Cần Thơ, số 86, tr. 213-219.

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ TSH, FT3, FT4 Ở NGƯỜI CÓ NHÂN GIÁP THEO PHÂN LOẠI TIRADS (THYROID IMAGING REPORTING AND DATA SYSTEMS) VÀ HỆ THỐNG BETHESDA

**Lê Thị Xuân Thảo¹, Nguyễn Thanh Trâm¹, Lưu Thị Thu Thảo¹,
 Nguyễn Kim Hải², Đinh Thị Huyền², Bùi Thị Hồng Châu¹**

TÓM TẮT

Mở đầu: Nhân giáp là một bệnh lý tuyến giáp phổ biến, với khoảng 5-7% trường hợp có khả năng ác tính. Hệ thống phân loại TIRADS và Bethesda là công cụ thiết yếu để phân tầng nguy cơ ung thư tuyến giáp. Vai trò của hormone kích thích tuyến giáp (TSH) như một yếu tố dự báo nguy cơ ác tính ở những người có nhân giáp vẫn còn nhiều tranh luận và hạn chế nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 257 bệnh nhân (≥ 18 tuổi) có nhân giáp đã được chẩn đoán và theo dõi tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM trong năm 2024. Kết quả siêu âm phân loại theo ACR TIRADS 2017, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA) phân loại theo Bethesda 2017 được thu thập hồi cứu từ bệnh án, bao gồm tiền sử điều trị bệnh lý tuyến giáp và các chỉ số xét nghiệm máu đánh giá nồng độ TSH, FT3, FT4. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 194 nữ (75,5%) và 63 nam (24,5%), tuổi trung bình là 45 ± 13 tuổi. Dân số nghiên cứu gồm những người có nguy cơ cao ung thư tuyến giáp, với 93% bệnh nhân được phân loại TIRADS 4 hoặc 5, và 93,4% được phân loại Bethesda V hoặc VI. Tuy nhiên, chức năng tuyến giáp của đa số người tham gia vẫn trong giới hạn bình thường, với nồng độ trung vị TSH là 1,3 mIU/L (khoảng tứ vị từ 0,8–1,9), FT3 là 5,0 pmol/L (khoảng tứ vị từ 4,5–5,5), và FT4 là 10,4 pmol/L (khoảng tứ vị từ 5,5–15,8). Phân tích thống kê không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa về nồng độ TSH, FT3, và FT4 giữa các phân nhóm TIRADS và Bethesda. **Kết luận:** Nghiên cứu không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ hormone tuyến giáp với các phân loại nguy cơ TIRADS và Bethesda. Kết quả nghiên cứu phù hợp với các công bố trước đây nhấn mạnh vai trò quan trọng của siêu âm và FNA trong chẩn đoán và tiên lượng nguy cơ ung thư tuyến giáp.

Từ khóa: TSH, nhân giáp, TIRADS, Bethesda

SUMMARY

SURVEY OF TSH, FT3, FT4 CONCENTRATIONS AND CLINICAL FACTORS IN PEOPLE WITH THYROID NODULES ACCORDING TO TIRADS CLASSIFICATION

Background: Thyroid nodules are a common thyroid disease, with approximately 5-7% of cases

having the potential to be malignant. The TIRADS and Bethesda classification systems are essential tools for stratifying the risk of thyroid cancer. The role of thyroid-stimulating hormone (TSH) as a predictor of malignancy in people with thyroid nodules remains controversial and has limited research. **Method:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 257 patients (≥ 18 years old) with thyroid nodules who were diagnosed and followed up at the University of Medicine and Pharmacy Hospital, Ho Chi Minh City in 2024. Ultrasound results, classified according to ACR TIRADS 2017, and fine needle aspiration (FNA) results, classified according to Bethesda 2017, were retrospectively collected from medical records. These records also included a history of thyroid disease treatment and blood test indices assessing TSH, FT3, and FT4 concentrations. **Results:** The study included 194 women (75.5%) and 63 men (24.5%), with a mean age of 45 ± 13 years. The study population was high-risk for thyroid cancer, with 93% of patients classified as TIRADS 4 or 5 and 93.4% classified as Bethesda V or VI. However, thyroid function in the majority of participants remained within normal limits, with median TSH levels of 1.3 mIU/L (interquartile range, 0.8–1.9), FT3 of 5.0 pmol/L (interquartile range, 4.5–5.5), and FT4 of 10.4 pmol/L (interquartile range, 5.5–15.8). Statistical analysis found no significant differences in TSH, FT3, and FT4 levels between the TIRADS and Bethesda subgroups. **Conclusion:** The study did not find a statistically significant association between thyroid hormone levels and TIRADS and Bethesda risk categories. The results are consistent with previous publications, emphasizing the important role of ultrasound and FNA in the diagnosis and prognosis of thyroid cancer risk. **Keywords:** TSH, thyroid nodule, TIRADS, Bethesda

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hormone tuyến giáp có vai trò quan trọng cho sự phát triển và hoạt động bình thường của nhiều hệ cơ quan trong cơ thể. Nồng độ hormone tuyến giáp giảm dẫn đến tăng tổng hợp hormone giải phóng thyrotropin vùng dưới đồi, làm tăng bài tiết hormone kích thích tuyến giáp (TSH) từ thùy trước tuyến yên. TSH kích thích sản xuất hormone tuyến giáp từ các tế bào tuyến giáp [1]. Hormone tuyến giáp: thyroxine (T4) và triiodothyronine (T3), được giải phóng bởi quá trình phân giải protein Tg. Sự thay đổi nồng độ TSH và hormone tuyến giáp có thể cho thấy chức năng bình thường của tuyến giáp đã bị thay đổi. Yếu tố di truyền chiếm tới 65% sự thay đổi nồng độ TSH và hormone tuyến giáp

¹Đại học Y Dược TP.HCM

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hồng Châu

Email: buithihongchau@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025

[2]. Một số yếu tố khác cũng có thể ảnh hưởng đến chức năng tuyến giáp như tuổi, giới tính, căng thẳng, sử dụng thuốc và các yếu tố môi trường khác [2]. Theo Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ (ATA) nhân giáp là "những tổn thương riêng biệt bên trong tuyến giáp, khác biệt về mặt hình ảnh học với nhu mô tuyến giáp xung quanh", đa số thường lành tính và có khoảng 5% tiến triển sang ác tính (ung thư). Theo số liệu từ GLOBOCAN năm 2022 thì ung thư tuyến giáp một trong những loại ung thư phổ biến tại Việt Nam, có tỷ lệ mắc chiếm tỉ lệ 3,4% trong những loại ung thư thường gặp [3]. Ngày nay, nhờ sự tiến bộ của kỹ thuật y học hiện đại, điển hình là phương pháp siêu âm có thể xác định kích thước và vị trí các bất thường ở tuyến giáp như nốt tuyến giáp/ nhân giáp. Hệ thống dữ liệu và báo cáo hình ảnh tuyến giáp (Thyroid Imaging Reporting and Data Systems – TIRADS) theo ACR 2017 phân loại nhân giáp dựa trên nguy cơ ác tính tăng dần theo điểm số từ 1 đến 5. Bên cạnh đó, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA), kết quả được phân loại theo Bethesda (nhóm I – VI) được khuyến cáo là giải pháp hiệu quả trong tiên lượng và lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp ở người có nhân giáp. Một số nghiên cứu gần đây đã ghi nhận mối tương quan giữa nồng độ TSH và tình trạng ác tính nhân giáp. Mức TSH trên mức bình thường được cho rằng tăng khả năng nhân giáp là ác tính [4,5]. Nghiên cứu của Sasson và cộng sự [6] cho thấy bệnh nhân ung thư tuyến giáp có nồng độ TSH trung bình là $2,25 \pm 0,360 \text{ U/mL}$, FT4 là $14,8 \pm 0,689 \text{ pmol/L}$ và FT3 là $4,65 \pm 0,463 \text{ pmol/L}$, cao hơn so với nhóm đối chứng. Phần lớn người có nhân giáp được ghi nhận có xét nghiệm chức năng tuyến giáp bình thường; tuy nhiên, nồng độ TSH thấp có liên quan đến nhân giáp TIRAD 4 và Bethesda nhóm II [4]. Bằng chứng về thay đổi nồng độ hormone tuyến giáp kết hợp với các chẩn đoán dựa trên siêu âm hoặc sinh thiết (FNA) nhằm tiên lượng ung thư tuyến giáp giai đoạn sớm vẫn còn hạn chế. Do vậy, nghiên cứu được tiến hành với mục đích cung cấp thêm dữ liệu về những thay đổi của hormone tuyến giáp theo kết quả siêu âm và FNA nhân giáp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh từ đủ 18 tuổi trở lên có chẩn đoán nhân tuyến giáp, đã từng khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đại Học Y Dược TP HCM trong năm 2024.

Cỡ mẫu: tối thiểu 100 bệnh nhân (theo tiêu chuẩn Viện Tiêu chuẩn lâm sàng xét nghiệm (CLSI)

– EP09-A3 là ≥ 100 mẫu, áp dụng cho những nghiên cứu phân tích nồng độ các xét nghiệm trên phạm vi nhỏ và hạn chế về cỡ mẫu).

Tiêu chí chọn mẫu: người bệnh đủ 18 tuổi trở lên, đã được chẩn đoán có nhân tuyến giáp từ siêu âm, đã từng thực hiện thủ thuật FNA và có kết quả xét nghiệm TSH, FT3, FT4.

Phương pháp thu thập số liệu. Chọn mẫu thuận tiện: Hồi cứu dữ liệu tất cả người bệnh đã được chẩn đoán có nhân giáp (qua siêu âm và/ hoặc qua kỹ thuật FNA) và có ít nhất 2 lần khám – chẩn đoán qua siêu âm tại bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. Qua bệnh án, ghi nhận bệnh sử tuyến giáp của người bệnh. Khoảng tham chiếu nồng độ bình thường của TSH là $0,4 - 4,0 \text{ mIU/L}$, FT4 là $10 - 26 \text{ pmol/L}$, và FT3 là $3,5 - 7,8 \text{ pmol/L}$. Xét nghiệm TSH, FT3, FT4 được thực hiện ở hệ thống Cobas e801 bằng kỹ thuật điện hóa phát quang.

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y đức theo quyết định số 34/HĐĐĐ-ĐHYD năm 2024.

Xử lý và phân tích số liệu. Kết xuất - nhập liệu bằng phần mềm Excel, và phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 17.0. Các biến số định lượng (tuổi, nồng độ TSH, FT3, FT4) được trình bày bằng trung bình và độ lệch chuẩn (nếu phân phối bình thường), hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (nếu phân phối lệch). Biến số nhị giá và thứ tự được mô tả bằng tần số và tỉ lệ phần trăm. Xác định sự khác biệt giữa các biến số được thực hiện bằng các phép kiểm T-test, kiểm định chi bình phương, hoặc Anova với khoảng tin cậy 95% và có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

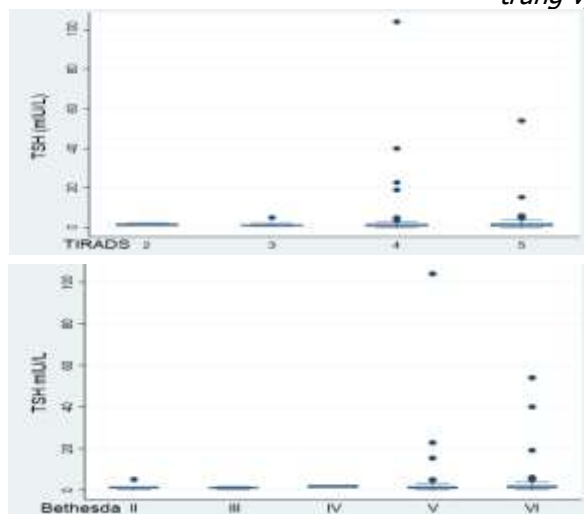
Tổng cộng có 257 người bệnh có chẩn đoán nhân tuyến giáp (194 nữ, 630 nam) với độ tuổi trung bình là 45 ± 13 tuổi (dưới 55 tuổi chiếm hơn 75%) được đưa vào nghiên cứu (Bảng 1). Đa số người bệnh có chẩn đoán TIRADS 4-5 hoặc Bethesda nhóm V-VI. Kích thước của các nhân giáp có trung vị là 9 (7-12)mm. Số lượng nhân giáp từ 1-2 nhân chiếm gần 65%, và chủ yếu ở cả hai thùy giáp.

Bảng 1: Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Đặc tính	Tần số	Tỉ lệ phần trăm (%)
Giới tính		
Nam	63	24,5
Nữ	194	75,5
Tuổi, năm (trung bình ± độ lệch chuẩn)	45±13	
Nhóm tuổi		
18 – 39	92	35,8

40 – 54	101	39,3
≥ 55	64	24,9
TIRADS		
2	7	2,7
3	11	4,3
4	123	47,9
5	116	45,1
Bethesda		
II	6	2,3
III	8	3,2
IV	3	1,1
V	103	40,1
VI	137	53,3
Số nhân giáp		
1-2	166	64,6
≥3	91	35,4
Kích thước nhân giáp, mm	9 (7-12)*	
Vị trí nhân giáp		
Thùy giáp phải (P)	68	26,5
Thùy giáp trái (T)	47	18,3
Cả hai thùy giáp	114	44,3
Eo giáp/eo giáp và thùy giáp	28	18,9
Hormon tuyến giáp		
TSH, mIU/L	1,3 (0,8 – 1,9)*	
FT3, pmol/L	5 (4,5 – 5,5)*	
FT4, pmol/L	10,4 (5,5 – 15,8)*	

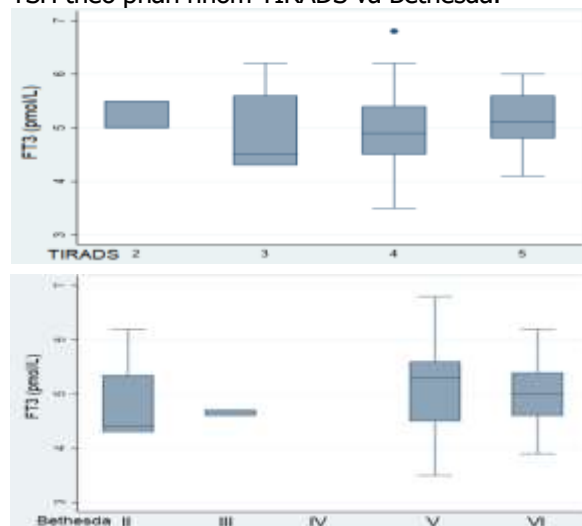
*trung vị



Biểu đồ 1. Nồng độ TSH phân bố theo TIRADS và Bethesda

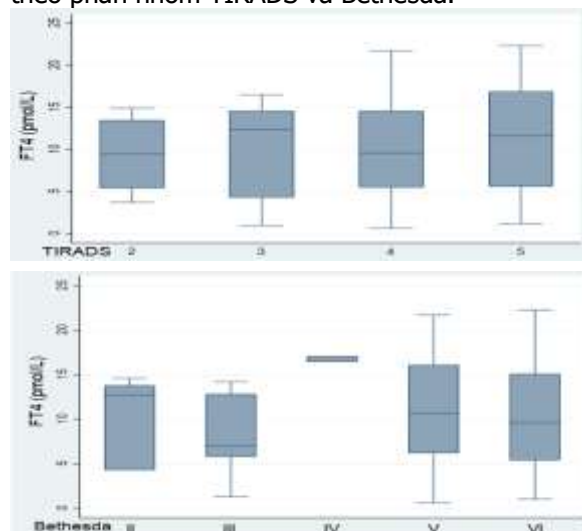
Nồng độ TSH trung vị tại thời điểm nghiên cứu của tất cả người bệnh là 1,3 mIU/L, dao động từ 0,8–1,9 mIU/L, thuộc ngưỡng bình thường. Trong đó, nhóm TIRADS 3 có trung vị nồng độ TSH cao nhất là 1,5 mIU/L, và nhóm 4 có trung vị nồng độ TSH thấp nhất là 1,2 mIU/L (Biểu đồ 1). Nhóm thuộc Bethesda nhóm IV có trung vị nồng độ TSH cao nhất là 2,3 mIU/L, và nhóm thuộc Bethesda nhóm III và 5 có trung vị nồng độ TSH thấp nhất là 2,3 mIU/L. Một số trường

hợp có nồng độ TSH tăng cao, chủ yếu ở nhóm TIRADS 4-5 hoặc Bethesda V-VI. Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ TSH theo phân nhóm TIRADS và Bethesda.



Biểu đồ 2. Nồng độ FT3 phân bố theo TIRADS và Bethesda

Nồng độ FT3 trung vị tại thời điểm nghiên cứu của những người tham gia là 5 pmol/L, dao động từ 4,5–5,5 mU/L, cũng nằm trong khoảng tham chiếu. Từ biểu đồ 2 cho thấy nhóm TIRADS 2 có trung vị nồng độ FT3 cao nhất là 5,3 pmol/L, và nhóm 3 có trung vị nồng độ FT3 thấp nhất là 4,5 pmol/L. Nhóm thuộc Bethesda nhóm V có trung vị nồng độ TSH cao nhất là 5,3 pmol/L, và nhóm thuộc Bethesda nhóm II có trung vị nồng độ FT3 thấp nhất là 4,4 pmol/L. Không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ FT3 theo phân nhóm TIRADS và Bethesda.



Biểu đồ 3. Nồng độ FT4 phân bố theo TIRADS và Bethesda

Khảo sát nồng độ FT4 trung vị tại thời điểm nghiên cứu của những người tham gia là 5 pmol/L, dao động từ 4,5–5,5 mU/L, nằm trong ngưỡng bình thường. Từ biểu đồ 3 cho thấy nhóm TIRADS 2 có trung vị nồng độ FT3 cao nhất là 5,3 pmol/L, và nhóm 3 có trung vị nồng độ FT3 thấp nhất là 4,5 pmol/L. Nhóm thuộc Bethesda nhóm IV có trung vị nồng độ TSH cao nhất là 13,8 pmol/L, và nhóm thuộc Bethesda nhóm III có trung vị nồng độ FT3 thấp nhất là 3,9 pmol/L. Tuy nhiên, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ FT3 theo phân nhóm TIRADS và Bethesda.

IV. BÀN LUẬN

Nhân giáp có thể được phát hiện qua siêu âm và thường không có triệu chứng rõ ràng. Đa số nhân giáp là lành tính, và một số là ác tính (ung thư) với diễn biến âm thầm. Nữ giới được phát hiện có tần suất xuất hiện nhân giáp cao gấp 4 lần so với nam giới, và cũng tăng theo tuổi tác [4]. Những ảnh hưởng của hormone estrogen và progesterone cũng như thai kỳ và sinh nhiều con được cho rằng có liên quan đến tăng nguy cơ xuất hiện nhân giáp ở nữ giới [2,7]. Nghiên cứu của chúng tôi có đặc điểm dịch tễ học phù hợp với ý văn, cụ thể: tỷ lệ nữ giới chiếm đa số và tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 45 tuổi, phản ánh đúng gánh nặng bệnh lý tuyến giáp thường xuất hiện ở phụ nữ trong độ tuổi trung niên.

Theo Hiệp hội tuyến giáp Hoa Kỳ (the American Thyroid Association) và Hiệp hội tuyến giáp Châu Âu (the European Thyroid Association), siêu âm là phương pháp có thể sàng lọc ung thư tuyến giáp giai đoạn sớm và không nên thực hiện kỹ thuật FNA ở các nhân giáp kích thước nhỏ hơn 1 cm [5]. Khảo sát nồng độ hormone tuyến giáp là phương pháp được khuyến cáo thực hiện kết hợp với siêu âm tuyến giáp ở người có nhân giáp. Một phân tích gộp của Zhang và cộng sự [8] cho thấy nồng độ TSH cao hơn hoặc khi vẫn nằm trong khoảng tham chiếu bình thường thì có liên quan đến tăng nguy cơ ung thư tuyến giáp. Kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ TSH có giá trị trung vị thuộc ngưỡng bình thường, và một số trường hợp có nồng độ TSH tăng cao. Bên cạnh đó, so sánh nồng độ TSH theo phân nhóm TIRADS hoặc Bethesda, nghiên cứu không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Theo báo cáo gần đây của Gitti và Al-den [4], nồng độ TSH thấp có liên quan với nhân giáp ở phân nhóm TIRAD 4 và Bethesda nhóm 2, và nồng độ TSH tăng cao có liên quan với các nhân giáp ở phân nhóm

TIRADS 2. Có thể do sự chênh lệch đáng kể về tần suất ở các nhóm TIRADS hoặc Bethesda nguy cơ cao (gần 94% ở phân nhóm TIRADS 4-5 hoặc Bethesda V-VI), hầu hết người tham gia nghiên cứu có kết quả mô học là ung thư tuyến giáp nhưng chức năng tuyến giáp vẫn thuộc giới hạn bình thường nên nghiên cứu hiện tại không tìm thấy sự liên quan. Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt với một số nghiên cứu lớn và tổng quan gần đây. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ đặc điểm của quần thể nghiên cứu: nghiên cứu của chúng tôi tập trung gần như hoàn toàn vào nhóm bệnh nhân đã được sàng lọc và có nguy cơ cao, khác với các nghiên cứu khác bao gồm một phổ rộng hơn các loại nhân giáp.

Tương tự, nồng độ FT3 và FT4 của dân số nghiên cứu cũng nằm trong giới hạn bình thường và không có sự khác biệt giữa các phân nhóm TIRADS hoặc Bethesda. Trong khi đó, nồng độ TSH thấp (với FT3 và FT4 bình thường) được báo cáo có liên quan với Bethesda nhóm II - được coi là nang lành tính, và khi nồng độ TSH cao hơn có liên quan đến Bethesda nhóm III-V. Những phát hiện này ủng hộ giả thuyết rằng sự ức chế TSH có thể đóng vai trò là dấu hiệu sinh hóa của sự lành tính ở một số nhân giáp. Vai trò của FT3 và FT4 trong việc dự báo nguy cơ ung thư tuyến giáp chưa có cơ sở khoa học rõ ràng. Nghiên cứu của Yan và cộng sự [7] đã nhấn mạnh ảnh hưởng của các yếu tố môi trường và di truyền đến nồng độ TSH, và những yếu tố này có thể không liên quan trực tiếp đến nguy cơ ác tính ở các nhân giáp nhỏ, cho thấy tầm quan trọng của đặc tính dân số, chủng tộc. Với hạn chế từ thiết kế cắt ngang, hồi cứu và thực hiện tại một bệnh viện, kết quả nghiên cứu không đủ tính đại diện cho quần thể người có nhân giáp nói chung và không thể xác định được mối quan hệ nhân quả giữa hormone tuyến giáp với sự tồn tại của nhân giáp. Hiện nay, chẩn đoán nhân giáp thường áp dụng kỹ thuật FNA, và kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật được xem tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định. Do đó, các nghiên cứu trong tương lai nên được thiết kế theo hướng tiền cứu, đa trung tâm, với cỡ mẫu lớn và đa dạng hơn. Đồng thời cần kết hợp đối chiếu nồng độ hormon tuyến giáp với kết quả mô bệnh học và các dấu ấn sinh học phân tử (ví dụ: đột biến gen BRAF, TERT) để làm sáng tỏ hơn nữa vai trò của trục nội tiết trong sinh bệnh học ung thư tuyến giáp.

V. KẾT LUẬN

Trong những người có nhân giáp (thuộc TIRADS 2-5 và Bethesda II-VI), nồng độ các