1. **ĐẠI CƯƠNG**
* Bướu nhân giáp là nhóm bệnh thường gặp trong nhóm bệnh nội tiết, theo thống kê ở Hoa kỳ bệnh bướu nhân giáp chiếm tỷ lệ trung bình 4% dân số, nữ nhiều hơn nam giới chiếm tỷ lệ 4/1, ở người trẻ chiếm tỷ lệ 1%, nhóm tuổi 11-18 chiếm 1,5%, nhóm trên 60 tuổi chiếm 5%, 50% bướu nhân giáp phát hiện trên siệu âm.
* Dù cho bướu nhân chiếm tỷ lệ cao nhưng ung thư giáp hiếm, phần lớn 95% bướu giáp nhân là lành tính.
1. **NGUYÊN NHÂN**
2. **CHẨN ĐOÁN**
3. **Lâm sàng**

Phần lớn Bn không có triệu chứng, có thể phát hiện bướu nhân tình cờ khi khám sức khỏe, hay than phiền đau do xuất huyết vào trong nhân, đôi khi có cảm giác nghẹn ở vùng cổ, nuốt vướng. Một số trường hợp nhân ác tính lớn nhanh, có thể ghi nhận các triệu chứng xâm lấn tại chỗ như: nuốt khó, khàn giọng, sờ có thể thấy hạch vùng cổ, bướu giáp cứng khó di động.

Các dấu hiệu gợi ý nghi ngờ ung thư giáp:

* Phái nam
* Tuổi < 20 hay > 40
* Kích thước nhân đường kính > 4 cm
* Nhân lớn nhanh
* Những triệu chứng xâm lấn tại chỗ, nuốt khó, đau vùng cổ, khan giọng, khó thở.
* Có tiền sử xạ vùng cổ
* Có tiền sử gia đình ung thư giáp dạng nhú, ung thư giáp dạng tủy hay đa u tuyến nội tiết (MEN)
1. **Xét nghiệm cận lâm sàng**
	1. ***Xét nghiệm sinh hóa***
* Thường ghi nhận chức năng tuyến giáp bình giáp trong hầu hết bướu giáp nhân, rất hiếm trường hợp Bn có nhân giáp ác tính mà cường giáp, hay suy giáp.
* Xét nghiệm kháng thể kháng giáp cao gợi ý tình traïng viêm giáp.
	1. ***Siêu âm tuyến giáp***
* Siêu âm khả năng phát hiện bướu giáp nhân khá cao, ngay cả những nhân có kích thước < 10mm khó sờ thấy.
* Siêu âm ghi nhận tính chất phản âm của nhân bờ, dấu hiệu vôi hóa, dấu hiệu tăng sinh mạch máu ( trên Dopler màu),v.v….
* Những dấu hiệu gợi ý ác tính trên siêu âm:

+ Hình dạng nhân không đồng đều

+ Tính chất echo kém

+ Bờ nhân xác định không rõ

+ Dấu hiệu Halo dày không hoàn toàn

+ Sự hiện diện vi hạt calci hóa

+ Sự hiện diện phân phối của mạch máu trong nhân

* 1. ***Xạ hình tuyến giáp(chưa thực hiện tại BVQ8)***

Xạ hình tuyến giáp đánh giá nhân bắt xạ:

* Nhân nóng còn gọi là nhân có chức năng tự động cao, nhân này được xác định rõ khi vùng nhân bắt giữ chất phóng xạ nhiều hơn vùng mô chung quanh, hay vùng xung quanh bị ức chế.
* Nhân đẳng xạ còn gọi là nhân không có chức năng, bắt xạ bình thường như những vùng chung quanh
* Nhân lạnh còn gọi nhân giảm chức năng hay không có chức năng.

Hầu hết nhân nóng là lành tính, chỉ 5%- 10% nhân lạnh ác tính

* 1. ***Chọc hút tế bào tuyến giáp bằng kim nhỏ(chưa thực hiện tại BVQ8)***

Có giá trị cao trong chẩn đoán ban đầu phân biệt nhân lành tính và ác tính. FNA dưới hướng dẫn siêu âm nên thực hiện ở nhân có kích thước dưới 10mm không sờ bằng tay được.

* Kết quả tế bào học nhân giáp lành tính, loại trừ ung thư với giá trị tiên đoán âm 95%- 98%.
* Kết quả tế bào học nhân giáp ác tính, giá trị tiên đoán dương ung thư giáp 95% trong tất cả các loại ung thư giáp
* Kết quả tế bào học trung gian hay nghi ngờ trong đó 15% là ác tính, 85% là lành tính.

 **HƯỚNG XỬ TRÍ BƯỚU GIÁP NHÂN**

NHÂN GIÁP

Siêu âm tuyến giáp đánh giá nguy cơ ung thư

 TSH + FT4

Nhân giáp dưới 1cm không dấu hiệu nghi ngờ ác tính

Nhân giáp >1cm, hoặc < 1cm có dấu hiệu nghi ngờ ác tính trên siêu âm

TSH bình thường

TSH thấp hoặc bướu đa nhân vùng thiếu hụt Iode

Có dấu hiệu nghi ngờ ung thư giáp trên lâm sàng hoặc siêu âm

Chức năng tuyến giap bình thường hoặc xạ hình nhân lạnh

Theo dõi

không

Sinh thiết FNA

Lành tính

Tổn thương TG dạng nang hoặc nghi ngờ tế bào ác tính

Phẫu thuật

**TSH**

Có

1. **ĐIỀU TRỊ**
2. **Nội khoa**

- Nhân lành tính: Levothyrox 50- 200µg / ngày

- Thời gian liên tục trung bình từ 6 tháng đến 1 năm

- Theo dõi liều Levothyrox duy trì ức chế TSH từ 0,1 – 0,5µg / ml.

1. Chuyển lên bệnh viện tuyến trên trong :
* Nhân nghi ngờ aùc tính
* Nhân kích thước lớn > 40mm
1. **TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**
2. **TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG**
3. **PHÒNG BỆNH**
4. **TÀI LIỆU THAM KHẢO**