

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, MÔ BỆNH HỌC VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN VIỆT NAM - THỤY ĐIỂN, UÔNG BÍ.

Phạm Thị Hồng Vân,¹ Nguyễn Công Hoàng², Phạm Quang Thiện³

1.3. Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển, Uông Bí

2.Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v70i73.324>

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp (UTTG) tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển, Uông Bí. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh (80 bệnh nhân), kết hợp hồi cứu và tiến cứu. Thời gian thu thập số liệu từ tháng 1/2024 đến tháng 6/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $48,3 \pm 12,3$ tuổi; tỷ lệ nữ giới chiếm 82,5%. Lý do vào viện chủ yếu là phát hiện tình cờ qua kiểm tra sức khỏe định kỳ (87,5%). Về đặc điểm khối u, 68,8% là vi ung thư (kích thước < 10 mm). Về mô bệnh học, thể nhú chiếm ưu thế tuyệt đối (93,8%). Phân loại TNM: 80,0% giai đoạn T1a, 36,3% có di căn hạch vùng (N1). 100% BN không có di căn xa (M0) và 87,5% giai đoạn I. Phương pháp phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp (93,8%). Thời điểm 1 tháng sau mổ, tỷ lệ suy tuyến cận giáp là 23,8% và tỷ lệ tổn thương dây thần kinh thanh quản ngược là 8,8%. **Kết luận:** Ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển, Uông Bí chủ yếu gặp ở nữ giới, thường được phát hiện tình cờ ở giai đoạn sớm khi là vi ung thư thể nhú. Mặc dù khối u nguyên phát nhỏ, tỷ lệ di căn hạch vùng ở mức đáng kể. Cắt toàn bộ tuyến giáp là phương pháp điều trị chính. Các biến chứng sau mổ là suy tuyến cận giáp và liệt dây thanh tạm thời.

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp, phẫu thuật tuyến giáp, mô bệnh học, vi ung thư, biến chứng, Bệnh viện Việt Nam Thụy Điển.

* Tác giả liên hệ: Phạm Thị Hồng Vân

Email: vancktmh@gmail.com

Nhận bài: 12/11/2025

Ngày nhận phản hồi: 22/11/2025

ĐT: : 0985184589

Ngày nhận phản biện: 21/11/2025

Ngày duyệt đăng: 26/11/2025

CLINICAL AND HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND SURGICAL OUTCOMES OF THYROID CANCER AT VIETNAM - SWEDEN GENERAL HOSPITAL UONG BI

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical characteristics, histopathological features, and surgical outcomes of thyroid cancer (TC) at Vietnam–Sweden Hospital, Uong Bi.

Subjects and Methods: A descriptive case-series study was conducted on 80 patients, combining retrospective and prospective data collection from January 2024 to June 2025.

Results: The mean age was 48.3 ± 12.3 years, with females accounting for 82.5% of cases. The majority of patients were incidentally diagnosed during routine health examinations (87.5%). Regarding tumor characteristics, 68.8% were microcarcinomas (<10 mm). Histopathologically, the papillary subtype predominated (93.8%). According to TNM classification, 80.0% were stage T1a, and 36.3% had regional lymph node metastases (N1). All patients had no distant metastases (M0), and 87.5% were classified as stage I. Total thyroidectomy was performed in 93.8% of cases. One month postoperatively, transient hypoparathyroidism occurred in 23.8% of patients, and recurrent laryngeal nerve injury was observed in 8.8%.

Conclusion: Thyroid cancer at Vietnam–Sweden Hospital, Uong Bi, predominantly affected females and was often incidentally detected at an early stage as papillary microcarcinoma. Despite small primary tumor size, the rate of regional lymph node metastasis was relatively high. Total thyroidectomy remains the mainstay of treatment. The most common postoperative complications were transient hypoparathyroidism and temporary recurrent laryngeal nerve palsy.

Keywords: Thyroid cancer, thyroid surgery, histopathology, microcarcinoma, complications, Vietnam–Sweden Hospital.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTĐ) là bệnh lý ác tính nội tiết phổ biến nhất, với tỷ lệ mắc đang gia tăng nhanh chóng trên toàn thế giới.¹ Tại Việt Nam, theo GLOBOCAN 2022, UTTĐ có tỷ lệ mắc mới khoảng 5,2/100.000 người dân, và thường gặp ở nữ giới cao hơn nam giới.² Trong những năm gần đây, nhờ sự phát triển và phổ cập của siêu âm độ phân giải cao, UTTĐ ngày càng được phát hiện ở giai đoạn sớm, thậm chí khi chưa có triệu chứng lâm sàng, phần lớn là các vi ung thư.³

Điều trị UTTĐ thể biệt hóa đã có nhiều tiến bộ, trong đó phẫu thuật đóng vai trò nền tảng. Các lựa chọn phẫu thuật bao

gồm cắt thùy tuyến giáp hoặc cắt toàn bộ tuyến giáp, kết hợp với nạo vét hạch cổ khi có chỉ định. Tuy nhiên, việc lựa chọn chiến lược điều trị tối ưu, đặc biệt là đối với các vi ung thư, vẫn là một chủ đề còn nhiều thảo luận nhằm cân bằng giữa hiệu quả điều trị triệt căn và nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật.

Tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển, Ung Bì, phẫu thuật UTTĐ là một kỹ thuật được thực hiện thường quy. Tuy nhiên, chưa có các nghiên cứu đánh giá một cách hệ thống về đặc điểm bệnh nhân và kết quả điều trị tại đây. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả phẫu*

thuật ung thư tuyến giáp tại bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển, Ưông Bí.

2 ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Gồm 80 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định là ung thư tuyến giáp nguyên phát, đã được phẫu thuật điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển, Ưông Bí.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN được chẩn đoán xác định UTTG dựa trên lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học; có hồ sơ lưu trữ đầy đủ; được điều trị phẫu thuật và tái khám sau 1 tháng; BN và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN không phẫu thuật; hồ sơ không đầy đủ; có bệnh ung thư khác kèm theo; BN và gia đình không đồng ý tham gia.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

* Thời gian nghiên cứu: từ tháng 6/2024 đến tháng 6/2025. Thời gian thu thập số liệu hồi cứu: từ tháng 1/2024 đến tháng 6/2024. Số liệu tiến từ tháng 6/2024 đến tháng 6/2025.

* Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh, kết hợp hồi cứu và tiến cứu

* Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian thu thập số liệu.

* Các biến số nghiên cứu

- Các thông tin chung, được thu thập qua phỏng vấn và thăm khám trực tiếp.

- Các thông tin cận lâm sàng: Siêu âm tuyến giáp (đặc điểm u, hạch, phân loại TI-RADS) ⁴

- Thông tin phẫu thuật và mô bệnh học: Phương pháp phẫu thuật, kết quả mô bệnh

học (thể bệnh), phân loại TNM (theo AJCC phiên bản thứ 8) và giai đoạn bệnh. ⁵

- Đánh giá sau 1 tháng: các biến chứng tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược, tình trạng liệt dây thanh âm.

* Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định lượng được mô tả bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (TB $\pm$ ĐLC). Các biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ (%).

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên và được sự chấp thuận của Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển, Ưông Bí.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	14	17,5
	Nữ	66	82,5
Tuổi	Từ 15 đến 45 tuổi	36	45,0
	45-60 tuổi	26	32,5
	Trên 60 tuổi	18	22,5
Tuổi trung bình $\pm$ SD		48,3 $\pm$ 12,3 tuổi	
Lí do vào viện	U vùng cổ	5	6,3
	Nuốt vướng	4	5,0

	Kiểm tra sức khỏe định kỳ	70	87,5
Tổng		80	100,0

Trong 80 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình là $48,3 \pm 12,3$ tuổi. Bệnh gặp chủ yếu ở nữ giới với 66 bệnh nhân (82,5%), tỷ lệ Nữ/Nam là 4,7/1. Kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân phát hiện bệnh qua khám sức khỏe định kỳ chiếm ưu thế tuyệt đối (87,5%). Các triệu chứng cơ năng cổ điển như tự sờ thấy u (6,3%) hay nuốt vướng (5,0%) chiếm tỷ lệ rất thấp.

Bảng 2. Kích thước u nghi ngờ được chỉ định sinh thiết (n=80)

Kích thước u	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 10 mm	55	68,8
10 - < 20 mm	20	25,0
≥ 20 mm	5	6,3

Phần lớn các trường hợp UTTG được chẩn đoán là vi ung thư (kích thước u < 10 mm), chiếm 68,8%. Các khối u có kích thước lớn (≥ 20 mm) chỉ chiếm 6,3%.

Bảng 3. Phân loại TNM và giai đoạn bệnh (n=80)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
U	T1a (≤ 1cm)	64	80,0
	T1b (>1-2cm)	11	13,8
	T2 (>2-4cm)	5	6,3
Hạch	N0	51	63,8
	N1	29	36,3
Di căn (M)	M0	80	100,0

Giai đoạn	I	70	87,5
	II	10	12,5

Về khối u nguyên phát (T), đa số bệnh nhân ở giai đoạn rất sớm (T1a chiếm 80,0%). Tuy nhiên, về di căn hạch (N), có 36,3% trường hợp đã có di căn hạch vùng (N1). 100% bệnh nhân không có di căn xa (M0). Theo phân loại AJCC 8, giai đoạn I chiếm ưu thế tuyệt đối (87,5%).

Bảng 4. Kết quả mô bệnh học tuyến giáp sau mổ

Kết quả mô bệnh học	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thể nhú	75	93,8
Thể nang	5	6,3
Tổng số	80	100,0

Kết quả mô bệnh học cho thấy thể nhú chiếm ưu thế tuyệt đối với 75/80 trường hợp (93,8%), trong khi thể nang chỉ chiếm 6,3%.

Bảng 5. Các phương pháp phẫu thuật

Các phương pháp phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cắt thùy tuyến giáp	1	1,3
Cắt thùy tuyến giáp và eo giáp	4	5,0
Cắt toàn bộ tuyến giáp	75	93,8

Trong tổng số 80 bệnh nhân, cắt toàn bộ tuyến giáp là phương pháp được thực hiện chủ yếu với 75 trường hợp (93,8%), trong khi cắt thùy tuyến giáp và eo giáp chiếm 5,0%, và chỉ 1 trường hợp (1,3%) cắt thùy đơn thuần.

Bảng 6. Các tổn thương ghi nhận sau 1 tháng (n=80)

Các phương pháp phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ (%)
----------------------------	----------	-----------

Tổn thương dây TK thanh quản quặt ngược gây liệt dây thanh âm	7	8,8
Suy tuyến cận giáp	19	23,8

Tại thời điểm 1 tháng sau mổ, biến chứng quan trọng nhất được ghi nhận là tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược gây liệt dây thanh âm một bên (phát hiện qua nội soi) ở 7 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 8,8%. Tỷ lệ suy tuyến cận giáp 23,8%.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình của bệnh nhân ung thư tuyến giáp (UTTG) là $48,3 \pm 12,3$ tuổi. Nhóm tuổi mắc bệnh nhiều nhất là dưới 45 tuổi, chiếm 45,0%. Kết quả này có phần trẻ hơn so với nghiên cứu của Qin và cộng sự tại Trung Quốc (độ tuổi cao nhất 50-54), nhưng lại tương đồng với nhiều nghiên cứu tại Việt Nam.⁶ Cụ thể, nghiên cứu của Nguyễn Văn Hùng ghi nhận tuổi trung bình là 42,75 tuổi, và Chữ Quốc Hoàn là 39,2 tuổi.^{7 8}

Về giới tính, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nữ giới chiếm ưu thế tuyệt đối (82,5%) so với nam giới (17,5%), với tỷ lệ nữ/nam là 4,7:1. Tỷ lệ này cao hơn so với dữ liệu của GLOBOCAN 2022 tại Việt Nam (nữ cao hơn nam 4,15 lần) và tương đồng với các nghiên cứu trong nước của Phạm Xuân Cường (4,1/1) và Nguyễn Văn Hùng (4:1).^{2 7 9} Sự chênh lệch rõ rệt này được cho là có liên quan đến vai trò của hormone sinh dục nữ (estrogen) và các yếu tố nội tiết khác trong sinh bệnh học UTTG.

Lý do vào viện phổ biến nhất là phát hiện bất thường khi kiểm tra sức khỏe định kỳ (87,5%). Đây là một tín hiệu rất tích cực, phản ánh sự thành công của các chương trình tầm soát sức khỏe và sự gia tăng nhận

thức cộng đồng. Việc phát hiện bệnh tình cờ qua siêu âm ngày càng phổ biến, dẫn đến chẩn đoán được nhiều ca ở giai đoạn sớm. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Dương Thị Phụng và cộng sự (65,9% phát hiện tình cờ).¹⁰

Kết quả có 68,8% (55/80 bệnh nhân) được chẩn đoán với khối u có đường kính lớn nhất dưới 10mm. Theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), các khối u này được phân loại là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú dạng vi thể.¹¹ Tỷ lệ này không phản ánh sự gia tăng sinh học của bệnh, mà phản ánh trực tiếp của độ nhạy của siêu âm vùng cổ.

Nhiều bằng chứng cho thấy đại đa số các vi ung thư thể nhú có diễn tiến sinh học lành tính, nhiều khối u sẽ không bao giờ phát triển đến kích thước gây triệu chứng hoặc ảnh hưởng tính mạng bệnh nhân. Việc chẩn đoán chúng dẫn đến một chuỗi can thiệp y tế (lo lắng, chọc hút, phẫu thuật, I-ốt, dùng hormone suốt đời) mà có thể không mang lại lợi ích về tỷ lệ sống còn nhưng đi kèm rủi ro và chi phí.

Tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú (93,8%), thể nang chiếm 6,3%. Sự phân bố này hoàn toàn phù hợp với các báo cáo trên toàn thế giới (thể nhú chiếm 85-90%). Sự gia tăng tỷ lệ mắc UTTG toàn cầu chủ yếu là sự gia tăng của UTBMTG thể nhú, đặc biệt là vi ung thư.

Mặc dù 80,0% khối u ở giai đoạn T1a (≤ 1 cm), nhưng tỷ lệ di căn hạch vùng (N1) trên giải phẫu bệnh lại ở mức đáng kể là 36,3%. Điều này cho thấy ngay cả các vi ung thư cũng có khả năng di căn hạch. Kết quả này cũng bộc lộ sự hạn chế của thăm khám lâm sàng, vốn chỉ phát hiện 3,8% hạch cổ sờ thấy, so với 36,3% trên bệnh học. Sự

khác biệt này được giải thích do đặc điểm của vi di căn và vị trí giải phẫu nằm sâu của hạch khoang trung tâm (nhóm VI), khiến chúng không thể sờ thấy.

Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật là nền tảng trong quản lý UTTG. Kết quả cho thấy 93,8% bệnh nhân đã trải qua phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp (TT), trong khi các phương pháp bảo tồn (cắt thùy) chỉ chiếm 6,3%. Cắt toàn bộ tuyến giáp giải quyết triệt để vấn đề đa ổ, loại bỏ toàn bộ mô giáp có nguy cơ, giảm thiểu tái phát tại giường tuyến giáp. Phương pháp này mở đường cho 2 phương pháp điều trị hỗ trợ: điều trị I-ốt phóng xạ (áp dụng ở 91,3% bệnh nhân) và theo dõi bằng Thyroglobulin (Tg) như một chất chỉ điểm khối u.

Biến chứng suy tuyến cận giáp (23,8%) là biến chứng thường gặp nhất. Nguyên nhân chủ yếu là do các tuyến cận giáp bị tổn thương, bị thiếu máu nuôi dưỡng (do thắt mạch) hoặc vô tình bị cắt bỏ trong quá trình phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và nạo vét hạch cổ. Tỷ lệ 23,8% ở thời điểm 1 tháng chủ yếu phản ánh tình trạng suy cận giáp tạm thời. Đa số các trường hợp này sẽ hồi phục chức năng khi các tuyến còn lại được tái tưới máu hoặc phục hồi sau chấn thương. Tuy nhiên, biến chứng này là nguyên nhân chính gây hạ canxi máu có triệu chứng sau mổ, đòi hỏi bệnh nhân phải được theo dõi sát nồng độ canxi, bổ sung canxi và vitamin D, và là lý do phổ biến gây kéo dài thời gian nằm viện.

Nghiên cứu ghi nhận 7 trường hợp (8,8%) bị liệt dây thanh âm một bên, được xác định qua nội soi. Tương tự như suy cận giáp, việc ghi nhận tỷ lệ này ở thời điểm 1 tháng có nghĩa đây là tỷ lệ liệt dây thanh tạm

thời. Tổn thương vĩnh viễn chỉ được xác định khi dây thanh không hồi phục sau 6 đến 12 tháng. Nguyên nhân tổn thương thường do chấn thương, co kéo trong quá trình phẫu thuật bóc lộ thần kinh, đặc biệt là khi nạo vét hạch khoang trung tâm (nhóm VI). Biểu hiện lâm sàng điển hình của 7 bệnh nhân này là khàn tiếng, hụt hơi, ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống. Những bệnh nhân này cần được theo dõi chặt chẽ và nội soi thanh quản kiểm tra lại ở thời điểm 6 tháng để đánh giá sự hồi phục.

5. KẾT LUẬN

Về đặc điểm lâm sàng, ung thư tuyến giáp chủ yếu gặp ở nữ giới (82,5%), với độ tuổi trung bình là 48,3 tuổi. Bệnh thường được phát hiện một cách tình cờ qua khám sức khỏe định kỳ (87,5%) với các triệu chứng cơ năng rất nghèo nàn.

Về đặc điểm cận lâm sàng và mô bệnh học, đa số các khối u có kích thước nhỏ, với 68,8% là các vi ung thư (≤ 10 mm). Về mặt mô bệnh học, ung thư biểu mô thể nhú chiếm ưu thế tuyệt đối (93,8%). Mặc dù khối u nguyên phát thường ở giai đoạn sớm (80,0% là T1a), tỷ lệ di căn hạch vùng trên giải phẫu bệnh ở mức đáng kể (36,3%). Tất cả bệnh nhân đều không có di căn xa (M0) và được chẩn đoán chủ yếu ở Giai đoạn I (87,5%).

Về kết quả điều trị, phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp là phương pháp điều trị chủ đạo, được áp dụng cho 93,8% bệnh nhân. Đa số các trường hợp (91,3%) được điều trị hỗ trợ kết hợp liệu pháp hormone và I-ốt phóng xạ sau mổ. Tại thời điểm theo dõi 1 tháng, biến chứng suy tuyến cận giáp là 23,8%, tổn thương thần kinh thanh quản ngược tạm thời gây liệt dây thanh một bên được ghi nhận ở 8,8% trường hợp.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. National Cancer Institute. *Thyroid Cancer Study*. 2023. <https://www.cancer.gov/ccg/research/genome-sequencing/tcga/studied-cancers/thyroid-cancer-study>
2. Globocan. *Cancer Today*. 2022. https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/bars?mode=cancer&group_populations=1
3. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu. 2020:217-224.
4. PGS.TS Nguyễn Văn Ba. *Bộ môn – Trung tâm Ung bướu*.
5. Maggiore R, Perticone F, Mari G, et al. Impact of the 8(th) Edition of the AJCC-TNM Staging System on Estimated Cancer-Specific Survival in Patients Aged 45-54 Years at Diagnosis with Differentiated Thyroid Carcinoma: A Single Center Report. *Int J Endocrinol*. 2021;2021:8820364. doi:10.1155/2021/8820364
6. Qin WY, Guan CN, Xu ZM, et al. [Analysis of clinical characteristics of 854 patients with thyroid cancer]. *Lin Chuang Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi*. Aug 2019;33(8):718-721. doi:10.13201/j.issn.1001-1781.2019.08.009
7. Nguyễn Văn Hùng. *Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến giáp tại BV Tai mũi họng TW và BV Bạch mai 2007-2013*. Đại học Y Hà Nội; 2013.
8. Chủ Quốc Hoàn. *Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, tỷ lệ các nhóm mô bệnh học và kết quả điều trị ung thư tuyến giáp tại bệnh viện K*. Đại học Y Hà Nội; 2003.
9. Phạm Xuân Cường, Nguyễn Xuân Hậu. Kết quả sớm phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tại Trung tâm Ung Bướu Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương. *Tạp chí Y học Việt Nam*,. 2024;Tập 536 Số 1 (2024):70-73.
10. Dương Thị Phụng, Nguyễn Xuân Hậu, cùng CS. 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh ung thư tuyến giáp sau phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 11/29 2022;159(11):1-9. doi:10.52852/tcncyh.v159i11.1240
11. Baloch Z. W., Asa S. L., Barletta J. A., et al. Overview of the 2022 WHO Classification of Thyroid Neoplasms. *Endocrine pathology*. 2022;33(2):27-63.

