

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA NGUY CƠ TÁI PHÁT CAO

Nguyễn Văn Hoàng<sup>1</sup>, Nguyễn Xuân Hiền<sup>2</sup>  
Phạm Thái Dương<sup>3</sup> và Nguyễn Xuân Hậu<sup>1,2,3,✉</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện K

Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa nguy cơ tái phát cao thường có đặc điểm xâm lấn rộng ngoài tuyến giáp, di căn hạch lớn và di căn xa, làm tăng tỷ lệ tái phát và tử vong. Nghiên cứu hồi cứu trên 79 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa nguy cơ tái phát cao được phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội (01/2022 - 12/2023) cho thấy tỷ lệ xâm lấn thần kinh thanh quản ngược, khí quản, thực quản lần lượt là 54,4%, 27,8% và 10,1%. Biến chứng sau mổ chủ yếu là khàn tiếng (25,3%) và tê bì tay chân (29,2%), với tỷ lệ biến chứng kéo dài > 6 tháng tương ứng là 10,1% và 12,7%. Nhóm xâm lấn rộng ngoài tuyến giáp (pT4a) có xu hướng biến chứng cao hơn (OR = 1,57), sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (p = 0,519). Sau 6 tháng điều trị ban đầu, 39,2% đạt đáp ứng xuất sắc. Kết quả nhấn mạnh vai trò phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ trong kiểm soát tại chỗ và hỗ trợ điều trị I-131 ở nhóm nguy cơ cao.

**Từ khóa:** Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, nguy cơ cao, kết quả điều trị.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTĐ) là bệnh ác tính thường gặp nhất của hệ nội tiết chiếm 3,6% tổng số các ung thư nói chung.<sup>1</sup> Mặc dù, tiên lượng sống chung tương đối tốt với tỷ lệ sống thêm sau 10 năm trên 90% ở đa số bệnh nhân, tuy nhiên có sự khác biệt giữa các nhóm nguy cơ tái phát.<sup>2</sup>

Theo Hiệp hội tuyến giáp Hoa Kỳ (ATA), UTTĐ được chia thành 3 nhóm nguy cơ tái phát/bệnh dai dẳng: thấp, trung bình và cao. UTTĐ nguy cơ tái phát cao được định nghĩa khi có một trong các tiêu chí sau: xâm lấn rộng ngoài tuyến giáp, không cắt bỏ hoàn toàn u, di căn hạch kích thước  $\geq 3$  cm hoặc di căn xa. Những đặc điểm mô bệnh học xâm lấn này

thường liên quan đến nguy cơ tái phát/dai dẳng và tử vong cao hơn so với nhóm nguy cơ thấp hoặc trung bình. Tỷ lệ bệnh dai dẳng/tái phát ở UTTĐ thể biệt hóa nhóm nguy cơ thấp và trung bình lần lượt khoảng 3 - 13% và 21 - 36%, trong khi nhóm nguy cơ cao lên tới 43 - 60%.<sup>3-5</sup>

Phẫu thuật đóng vai trò trung tâm trong điều trị UTTĐ nguy cơ tái phát cao ngay cả trường hợp di căn xa, bao gồm cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ, giúp kiểm soát bệnh tại chỗ, tạo điều kiện thuận lợi điều trị I-131 và theo dõi Tg sau mổ. Tuy nhiên, phẫu thuật trong nhóm bệnh nhân này thường khó khăn hơn do mức độ xâm lấn và lan rộng của bệnh, làm tăng nguy cơ biến chứng và ảnh hưởng đến kết quả điều trị. I131 là chỉ định bắt buộc đối với nhóm nguy cơ này nhằm tiêu diệt mô giáp còn sót lại và các tổn thương vi thể hoặc di căn xa, góp phần giảm nguy cơ tái phát và bệnh dai dẳng.<sup>5,6</sup> Trong bối cảnh đó, việc đánh giá kết quả điều trị ở nhóm UTTĐ nguy cơ tái phát cao có ý nghĩa

Tác giả liên hệ: Nguyễn Văn Hoàng

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: nguyenhoang17hmu@gmail.com

Ngày nhận: 24/04/2026

Ngày được chấp nhận: 15/05/2026

quan trọng trong việc tối ưu hóa chiến lược điều trị. Hiện tại ở Việt Nam, chưa có nhiều kết quả nghiên cứu về nhóm bệnh nhân này. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị trên nhóm bệnh nhân UTTG thể biệt hóa nguy cơ tái phát cao.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Nghiên cứu thực hiện trên 79 bệnh nhân UTTG thể biệt hóa được phẫu thuật tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, đánh giá sau mổ thuộc nhóm nguy cơ tái phát cao (theo ATA 2015) từ tháng 1/2022 đến tháng 12/2023.

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Bệnh nhân chẩn đoán UTTG, đã phẫu thuật kết quả giải phẫu bệnh sau mổ khẳng định là ung thư tuyến giáp thể biệt hóa.

- Có 1 trong các tiêu chí sau:

- U xâm lấn rộng ngoài tuyến giáp bao gồm: xâm lấn mô liên kết dưới da, khí quản, thanh quản, thực quản, thần kinh thanh quản quặt ngược (TKTQQN), mạch trước sống, bó mạch cảnh hoặc mạch máu trung thất đánh giá bằng quan sát trong mổ (phân loại T4 theo AJCC 8<sup>th</sup>).

- Khối u không được cắt bỏ hoàn toàn (diện cắt R2).

- Di căn hạch với đường kính lớn nhất của hạch  $\geq 3$  cm xác định bằng giải phẫu bệnh sau mổ.

- Di căn xa.

#### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Thể mô bệnh học phối hợp.

- Không đủ thông tin hồ sơ bệnh án.

### 2. Phương pháp

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu có theo dõi dọc.

**Chọn mẫu:** thuận tiện.

#### **Quy trình nghiên cứu**

- Hồi cứu hồ sơ bệnh án thu thập:

+ Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Tuổi, giới, số lượng u, kích thước u, vị trí u, phân loại TIRADS trên siêu âm, kết quả chọc hút kim nhỏ (Fine -needle aspiration – FNA), giải phẫu bệnh sau mổ:

+ Phương pháp phẫu thuật, số lượng hạch vét được, số lượng hạch di căn, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, thời gian nằm viện.

- Đánh giá Biến chứng sau mổ:

+ Tồn dư TKTQQN: tạm thời (< 6 tháng saumổ), vĩnh viễn (> 6 tháng sau mổ).

+ Hạ canxi máu: tạm thời (canxi ion hóa máu < 1,0 mmol/L trong 6 tháng sau mổ), vĩnh viễn (canxi ion hóa máu < 1,0 mmol/l > 6 tháng sau mổ).

- Điều trị I-131:

+ Bỏ trợ (tiêu diệt tổn thương vi thể): 50 - 150 mCi.

+ Còn tổn thương đại thể hoặc di căn xa: 100 - 200 mCi phụ thuộc vị trí di căn.

- Theo dõi sau mổ: Khám lâm sàng; Siêu âm vùng cổ; Định lượng FT4, TSH, Tg, antiTg; Xạ hình toàn thân với I-131.

Đánh giá kết quả điều trị:

- Đáp ứng sau liệu pháp ban đầu (ATA 2015):

+ Đáp ứng xuất sắc: Không có bằng chứng tổn thương trên lâm sàng và hình ảnh học và nồng độ Tg ức chế < 0,2 ng/ml hoặc nồng độ Tg kích thích < 1 ng/ml trong khi không có kháng thể kháng Tg.

+ Đáp ứng sinh hóa không hoàn toàn: Không có bằng chứng tổn thương cấu trúc trên hình ảnh học và nồng độ Tg ức chế  $\geq 1$  ng/ml hoặc Tg kích thích  $\geq 10$  ng/ml hoặc antiTg tăng dần theo thời gian.

+ Đáp ứng cấu trúc không hoàn toàn: Có bằng chứng tổn thương cấu trúc/chức năng trên hình ảnh học với bất kỳ nồng độ Tg, antiTg.

+ Đáp ứng không xác định: Tồn thương hình ảnh hoặc ổ hấp thu phóng xạ không đặc hiệu và nồng độ Tg ức chế < 1 ng/ml hoặc Tg kích thích < 10 ng/ml hoặc antiTg ổn định/giảm khi không

có bằng chứng tổn thương cấu trúc/chức năng.

- Tỷ lệ tái phát

**Xử lý số liệu:** bằng phần mềm SPSS 26.0.

Thống kê mô tả gồm tỷ lệ phần trăm, trị số trung bình, độ lệch chuẩn. So sánh sự khác biệt giữa hai tỷ lệ bằng test  $\chi^2$ , Fisher' Exact test. Mức ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

### 3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh, không

phục vụ mục đích nào khác.

Nghiên cứu mô tả, không can thiệp vào điều trị của bệnh nhân.

Mọi thông tin thu thập từ bệnh nhân được bảo mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ

### 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Độ tuổi trung bình là  $48,8 \pm 12,9$  (24 - 79 tuổi). Bệnh nhân  $\geq 55$  tuổi chiếm 26,6%. 61 bệnh nhân (77,2%) là nữ. Đa số bệnh nhân (63,3%) không sờ thấy u trên lâm sàng.

**Bảng 1. Đặc điểm cận lâm sàng, kết quả giải phẫu bệnh**

	Đặc điểm	Số bệnh nhân (n = 79)	Tỷ lệ (%)
Phân loại TIRADS	3	5	6,3
	4	22	27,9
	5	52	65,8
Kết quả FNA	Bethesda I	1	1,3
	Bethesda III	1	1,3
	Bethesda V	21	26,6
	Bethesda VI	56	71,9
Vị trí ung thư	Thùy trái	29	36,7
	Thùy phải	15	19,0
	Eo giáp	1	1,3
	Hai thùy	34	43,0
Số lượng nhân ung thư	1 u	37	46,4
	$\geq 2$ u	43	53,6
Thể giải phẫu bệnh	Thể nhú	75	95,9
	Thể nang	1	1,3
	Nhú biến thể nang	3	3,8
Giai đoạn T	pT1	7	8,8
	pT2	1	1,3
	pT3b	3	3,8
	pT4a	68	86,1

	Đặc điểm	Số bệnh nhân (n = 79)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn N	pN0	16	20,3
	pN1a	30	37,9
	pN1b	33	41,8
Giai đoạn M	M0	78	88,7
	M1	1	1,3

Ung thư hai thùy tuyến giáp chiếm 43%, trong đó tỷ lệ ung thư tình cờ ở thùy đối diện là 21,5%. Đa ổ ung thư gặp ở 53,6% bệnh nhân, trong đó chủ yếu ở cả hai thùy (81,4%). Kích thước khối u trung bình là  $10,6 \pm 10,1$  mm (2,5 - 50 mm). UTTG thể nhú là thể mô bệnh học chủ yếu (95,9%). Có 01 trường hợp UTTG thể nang, di căn xương vai phải, xếp giai đoạn M1.

Tỷ lệ di căn hạch cổ trung tâm và hạch cổ bên lần lượt là 75,9% và 41,8%. Tỷ lệ di căn

hạch cổ tiềm ẩn là 26,6% (21 bệnh nhân). Có 3 trường hợp (3,8%) xuất hiện di căn hạch cóc đến hạch cổ bên mà không di căn hạch cổ trung tâm. 8 bệnh nhân phân loại pT1-2 đều có di căn hạch cổ bên > 3 cm.

## 2. Kết quả điều trị

Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật mở cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ trung tâm, trong đó tỷ lệ bệnh nhân được vét hạch cổ bên 1 bên và 2 bên lần lượt là 34,2% và 10,1%.

**Bảng 2. Kết quả phẫu thuật (n = 79)**

	Kết quả phẫu thuật	$\bar{x} \pm SD/ n$ (%)
Kết quả phẫu thuật	Thời gian phẫu thuật (phút)	96,8 $\pm$ 34,4
	Lượng máu mất (ml)	9,3 $\pm$ 4,1
	Số hạch trung tâm vét được	7,9 $\pm$ 5,4
	Số hạch trung tâm di căn	3,6 $\pm$ 3,9
	Số hạch cổ bên vét được	25,6 $\pm$ 11,8
	Số hạch cổ bên di căn	4,6 $\pm$ 3,9
Xâm lấn trong mổ	Thần kinh thanh quản quặt ngược	43 (54,4%)
	Khí quản	22 (27,8%)
	Thực quản	8 (10,1%)
	Cấu trúc khác	9 (11,4%)
Biến chứng	Khàn tiếng (Tạm thời/ Vĩnh viễn)	12 (15,2%)/8 (10,1%)
	Tê bì tay chân (Tạm thời/Vĩnh viễn)	13 (16,5%)/10 (12,7%)
	Tụ dịch sau mổ	6 (7,6%)
	Rối loạn nuốt	3 (3,8%)
	Rò bạch huyết	0 (0%)
	Nhiễm trùng vết mổ	0 (0%)
Thời gian nằm viện (ngày)		5,6 $\pm$ 2,2

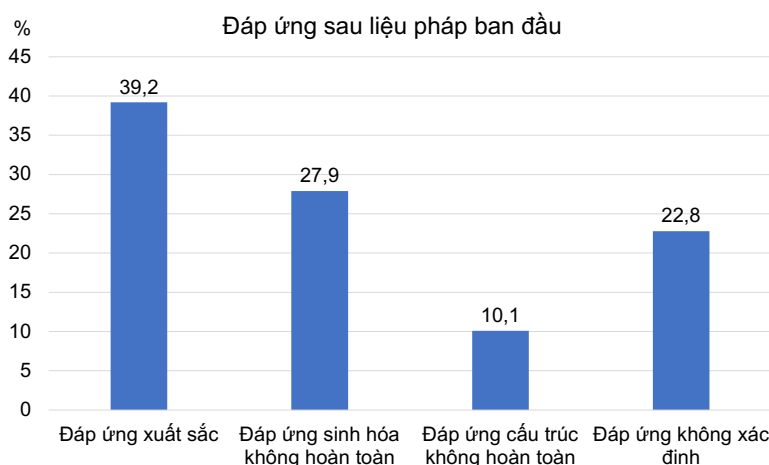
Đánh giá trong mổ, khối u xâm lấn TKTQQN và khí quản hay gặp nhất, tỷ lệ tương ứng là 54,4% và 27,8%. Ngoài ra, 8 trường hợp u xâm lấn thực quản (10,1%), 5 trường hợp u xâm lấn cơ khíat hầu (6,3%) và 4 trường hợp u xâm lấn cơ nhĩn giáp (5,1%). Phần lớn trường hợp còn khả năng gỡ dính, tuy nhiên 6 trường hợp không bảo tồn được dây TKTQQN 1 bên, trong

đó 4 trường hợp còn diện cắt R2.

Về biến chứng saumổ, khàn tiếng và tê bì tay chân chiếm tỷ lệ tương đối cao, lần lượt là 25,3% và 29,2%. Trong đó, tỷ lệ khàn tiếng và tê bì tay chân kéo dài > 6 tháng tương ứng là 10,1% và 12,7%. Không ghi nhận trường hợp nào nhiễm trùng vết mổ hoặc rò bạch huyết.

**Bảng 3. Mối liên quan giữa biến chứng sau phẫu thuật và một số yếu tố**

Đặc điểm	Biến chứng chung sau mổ		Giá trị p	OR (95%CI)	
	Có	Không			
Tuổi	< 55	22 (37,9%)	36 (62,1%)	0,989	-
	≥ 55	8 (38,1%)	13 (61,9%)		
Vết hạch	Không vết hạch cổ bên	16 (36,4%)	28 (63,6%)	0,741	-
	Vết hạch cổ bên	14 (40,0%)	21 (60,0%)		
Mức độ xâm lấn	T4a	27 (39,7%)	41 (60,3%)	0,519	1,75 (0,14 - 2,34)
	T1-3b	3 (27,3%)	8 (72,7%)		
Số lượng hạch di căn	≤ 5	18 (38,3%)	29 (61,7%)	0,943	1,03 (0,41 - 2,61)
	> 5	12 (37,5%)	20 (62,5%)		



**Biểu đồ 1. Đáp ứng sau điều trị ban đầu (n = 79)**

Không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, số lượng hạch di căn và biến chứng chung sau mổ ( $p > 0,05$ ). Mặc dù tỷ lệ biến chứng có xu hướng cao hơn ở nhóm xâm

lấn rộng ngoài tuyến giáp (pT4a) (OR = 1,75), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,519$ , 95%CI: 0,14 - 2,34). Tương tự, việc vết hạch cổ bên không làm tăng tỷ lệ biến

chứng sau phẫu thuật ( $p = 0,741$ ).

Tất cả bệnh nhân được chỉ định điều trị I131. Liều I131 trung bình là  $121,5 \pm 47,2$  mCi, thấp nhất là 50 mCi, liều tích lũy cao nhất là 225 mCi. Tại thời điểm 6 tháng sau điều trị, chưa ghi nhận trường hợp tái phát.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đặc điểm bệnh nhân phản ánh rõ tính chất của nhóm nguy cơ tái phát cao, với tỷ lệ xâm lấn ngoài bao giáp (Extrathyroidal extension – ETE) rất cao (89,9%) và tỷ lệ di căn hạch cổ đáng kể (79,7%). Tuổi trung bình là  $48,8 \pm 12,9$  tuổi, với 26,6% bệnh nhân  $\geq 55$  tuổi. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây cho thấy ETE thường gặp hơn ở bệnh nhân lớn tuổi (dao động 48 - 55 tuổi). Kuo và Samargandy ghi nhận mối liên quan giữa tuổi cao, ETE và liên quan đến đáp ứng không hoàn toàn với liệu pháp điều trị ban đầu.<sup>7,8</sup> Tại Việt Nam, Vũ Anh Hải cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân UTTG xâm lấn ngoài bao giáp là  $45,4 \pm 12,2$ .<sup>9</sup>

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy hạn chế của siêu âm trong đánh giá mức độ xâm lấn của khối u. Mặc dù phần lớn khối u được phân loại nghi ngờ ác tính cao trên siêu âm (65,8% là TIRADS 5), tỷ lệ phát hiện xâm lấn thấp hơn đáng kể so với đánh giá trong mổ. Cụ thể, dù kích thước khối u không quá lớn ( $10,6 \pm 10,1$  mm), 17,7% khối u  $> 2$  cm và chỉ 3 trường hợp có dấu hiệu gợi ý xâm lấn khí quản trên siêu, nhưng đánh giá trong mổ ghi nhận tỷ lệ khối u xâm lấn ngoài bao giáp rất cao (88,6%), trong đó cấu trúc thường bị xâm lấn bao gồm TKTQQN, khí quản và thực quản, với tỷ lệ lần lượt là 54,4%, 27,8% và 10,1%. Sự không tương xứng này cho thấy hạn chế của phương pháp này trong xác định mức độ xâm lấn, đặc biệt các khối u kích thước nhỏ, nằm ở mặt sau tuyến giáp. Kết quả này phù hợp với các báo cáo trước đây cho thấy độ nhạy, độ

đặc hiệu của siêu âm trong việc phát hiện ETE là 76% và 51%, và độ nhạy có thể thấp hơn (khoảng 30%) đối với xâm lấn vi thể.<sup>10</sup> Kết quả của chúng tôi cũng cho thấy, TKTQQN và khí quản là vị trí xâm lấn thường gặp nhất nhất phù hợp với các nghiên cứu trước đây, trong đó Vũ Anh Hải báo cáo trên nhóm bệnh nhân xâm lấn ngoài bao giáp, tỷ lệ khối u xâm lấn TKTQQN, khí quản lần lượt là 32,5% và 19,2%.<sup>8,11</sup> Điều này nhấn mạnh vai trò của việc phối hợp các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác nhau ở nhóm nguy cơ cao nhằm cải thiện độ chính xác trong đánh giá trước mổ và tối ưu hóa chiến lược phẫu thuật.

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch cổ trung tâm, trong đó 44,3% trường hợp được vét hạch cổ bên. Kết quả mô bệnh học cho thấy UTTG thể nhú chiếm ưu thế tuyệt đối (95,9%). Không ghi nhận các dưới typ mô bệnh học độ ác tính cao. Mặc dù UTTG thể nhú thường có tiến triển chậm, kết quả nghiên cứu cho thấy có tỷ lệ nhất định xâm lấn tại chỗ tại vùng, ngay cả khi u kích thước nhỏ. Chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp UTTG thể nang có di căn xa tới xương vai phải nhưng không có di căn hạch cổ, phù hợp với xu hướng di căn theo đường máu của thể mô bệnh học này. Bệnh nhân được điều trị I-131 sau mổ với liều 225 mCi và chưa ghi nhận tổn thương tái phát tại thời điểm 6 tháng. Trường hợp này cho thấy vai trò quan trọng của phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp ngay cả ở bệnh nhân UTTG thể biệt hóa di căn xa, giúp kiểm soát tại chỗ tại vùng, tạo điều kiện tối ưu điều trị I-131 tại vị trí di căn và theo dõi Tg sau điều trị.<sup>5,6</sup> Tuy nhiên, đây chỉ là trường hợp đơn lẻ trong nghiên cứu, cần có các nghiên cứu lớn hơn để đánh giá toàn diện hiệu quả điều trị ở nhóm UTTG có di căn xa.

Tỷ lệ ung thư đa ổ trong nghiên cứu tương đối cao (53,6%), trong đó phần lớn liên quan cả hai thùy (81,4%), phản ánh mức độ lan rộng

trong nhu mô tuyến giáp ở nhóm nguy cơ cao. ATA 2025 đã xếp loại yếu tố đa ổ vào nhóm nguy cơ tái phát trung bình thay vì nguy cơ thấp như trước đây.<sup>5,12</sup> Các nghiên cứu cho thấy nguy cơ tái phát cấu trúc cao hơn rõ rệt ở trường hợp ung thư đa ổ 2 thùy (21,4%) so với đa ổ 1 thùy (12,8%) và đơn ổ (6,6%). Tình trạng đa ổ hai thùy cũng được chứng minh là yếu tố nguy cơ độc lập đối với di căn xa và tử vong do ung thư.<sup>13</sup> Bên cạnh đó, tỷ lệ ung thư tình cờ thùy đối diện trong nghiên cứu của chúng tôi là 21,5% với kích thước trung bình nhỏ ( $5,5 \pm 7,1$  mm), tương đồng với các báo cáo trước đây (khoảng 20 - 25%).<sup>14</sup> Phần lớn các tổn thương này là tổn thương vi thể, không phát hiện được trên siêu âm trước mổ. Sự hiện diện tổn thương đa ổ và ở hai thùy cao góp phần ủng hộ chỉ định cắt toàn bộ tuyến giáp ở nhóm nguy cơ cao.

Tỷ lệ di căn hạch cổ sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao (79,7%), trong đó di căn hạch cổ bên chiếm 41,8%, tương đồng với nhóm UTTG tiến triển tại chỗ và cao hơn UTTG nói chung (30 - 60%).<sup>15</sup> Số lượng hạch di căn trung bình ở khoang cổ trung tâm và khoang cổ bên lần lượt là  $3,6 \pm 3,9$  và  $4,6 \pm 3,9$  (nhiều nhất là 34 hạch), phản ánh gánh nặng di căn hạch ở nhóm nguy cơ cao. Ngoài ra, tỷ lệ di căn hạch cổ tiềm ẩn là 26,6% và 3,8% trường hợp xuất hiện di căn nhảy cóc đến hạch cổ bên, cho thấy tính chất phức tạp của đường lan tràn bạch huyết. Những kết quả này nhấn mạnh sự cần thiết đánh giá toàn diện hệ thống hạch cổ trước và trong mổ, đặc biệt khi khối u xâm lấn ngoài bao giáp. Do tỷ lệ di căn hạch cổ cao và di căn hạch tiềm ẩn không nhỏ, củng cố chỉ định vét hạch cổ trung tâm ở nhóm bệnh nhân này, kể cả khi chưa có bằng chứng di căn hạch trên lâm sàng.<sup>5</sup>

Tỷ lệ biến chứng sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối cao, trong đó hạ canxi máu và tổn thương TKTQQN, lần lượt chiếm 29,2% và 25,3% và tỷ lệ biến chứng vĩnh viễn

tương ứng là 12,7% và 10,1%. Kết quả này cao hơn khi so sánh với nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp vét hạch cổ trung tâm với tỷ lệ biến chứng suy cận giáp, tổn thương TKTQQN tạm thời ở nhóm này dao động khoảng 20 - 30,5% và 0,4 - 3,5%, trong khi biến chứng vĩnh viễn ở mức 0,2 - 0,3%.<sup>16,17</sup> Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi tương đồng với nhóm UTTG tiến triển tại chỗ (pT4) với tỷ lệ biến chứng chung khoảng 20 - 40%.<sup>18</sup> Điều này có thể giải thích bởi tỷ lệ xâm lấn TKTQQN cao (54,4%), dù phần lớn còn khả năng gỡ dính, bóc tách bảo tồn (88,3%), vẫn còn 6 trường hợp không bảo tồn được thần kinh, trong đó 4 trường hợp còn diện cắt R2, làm tăng nguy cơ tổn thương thần kinh sau mổ. Tỷ lệ hạ canxi máu cao phản ánh những thách thức trong việc bảo tồn tuyến cận giáp ở nhóm bệnh nhân này. Trong bối cảnh khối u xâm lấn rộng cần phẫu tích triệt căn, việc nhận diện và bảo tồn tưới máu của tuyến cận giáp khó khăn hơn, làm tăng nguy cơ suy cận giáp sau mổ. Điều này nhấn mạnh vai trò của các phương tiện hỗ trợ trong mổ nhằm cải thiện khả năng nhận diện và bảo tồn tuyến cận giáp.

Chúng tôi không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, tình trạng vét hạch cổ bên, mức độ xâm lấn u và số lượng hạch di căn với biến chứng chung sau mổ ( $p > 0,05$ ). Kết quả này không hoàn toàn phù hợp với một số nghiên cứu trước đây ghi nhận vét hạch cổ bên là yếu tố làm tăng nguy cơ biến chứng, bao gồm suy cận giáp và tổn thương TKTQQN cả tạm thời và vĩnh viễn.<sup>16</sup> Điều này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi hạn chế, trong bối cảnh các bệnh nhân đều thuộc nhóm nguy cơ cao, làm giảm sự khác biệt giữa các phân nhóm. Chúng tôi ghi nhận xu hướng tăng nguy cơ biến chứng ở nhóm khối u pT4a (OR = 1,75; 95%CI: 0,14 - 2,34), tuy nhiên chưa đạt ý nghĩa thống kê, cần được kiểm chứng ở các nghiên cứu lớn hơn. Quản thể nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào cần phải can thiệp phức

tạp như cắt đoạn khí quản hoặc thực quản hoặc các trường hợp rất tiên triển (giai đoạn T4b), do đó có thể chưa phản ánh đúng toàn cảnh của UTTG nguy cơ cao, hoặc đánh giá thấp gánh nặng biến chứng thực sự. Nhìn chung, kết quả cho thấy biến chứng sau phẫu thuật có xu hướng liên quan đến mức độ xâm lấn của khối u, phạm vi phẫu thuật, đồng thời phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Thách thức đặt ra trong phẫu thuật ung thư tuyến giáp nguy cơ cao là cân bằng giữa phẫu thuật triệt căn và bảo tồn chức năng.

Tỷ lệ đáp ứng xuất sắc sau liệu pháp ban đầu trong nghiên cứu của chúng tôi là 39,2%, trong khi tỷ lệ đáp ứng cấu trúc không hoàn toàn, đáp ứng sinh hóa không hoàn toàn và đáp ứng không xác định lần lượt là 10,1%, 27,9% và 22,8%. Kết quả này tương tự các nghiên cứu trước đây đã báo cáo tỷ lệ đạt đáp ứng hoàn toàn và sinh hóa không hoàn toàn ở nhóm ATA nguy cơ cao là 15 - 35% và 16 - 26%; tuy nhiên, tỷ lệ đáp ứng cấu trúc không hoàn toàn thấp hơn đáng kể (khoảng 30-50%).<sup>3,19,20</sup> Sự khác biệt này có thể liên quan đến tiêu chí phân loại nguy cơ và đánh giá đáp ứng chưa hoàn toàn đồng nhất trong các nghiên cứu. Ngoài ra, thời điểm đánh giá sau điều trị tương đối sớm (6 tháng), có thể hạn chế phát hiện các tổn thương cấu trúc. Theo Vaisman và cộng sự, bệnh nhân nhóm nguy cơ cao có đáp ứng sinh hóa không hoàn toàn có thể chuyển sang đáp ứng xuất sắc mà không cần can thiệp bổ sung, tuy nhiên 22,3% trong nhóm này chuyển thành bệnh cấu trúc hoặc dai dẳng.<sup>4</sup> ATA 2015 chỉ ra rằng UTTG biệt hóa nguy cơ cao, đạt đáp ứng xuất sắc sau liệu pháp ban đầu, có thể giảm nguy cơ tái phát từ 36 - 43% xuống còn 1 - 2%.<sup>5</sup> Điều này nhấn mạnh vai trò của phân tầng nguy cơ động trong theo dõi sau điều trị. Mặc dù, chưa ghi nhận tái phát tại thời điểm 6 tháng, cần thêm nghiên cứu dài hạn và phân tích về các yếu tố liên quan đến đáp ứng điều trị để đánh giá đúng tiên lượng và tối ưu hóa chiến

lược điều trị cho bệnh nhân UTTG thể biệt hóa nguy cơ cao.

## V. KẾT LUẬN

Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa nguy cơ tái phát cao có đặc điểm xâm lấn ngoài bao giáp và di căn hạch cổ rộng với hạn chế đáng kể của đánh giá trước mổ. Phẫu thuật triệt căn kết hợp I131 bước đầu đạt kết quả khả quan, tuy nhiên tỷ lệ biến chứng sau mổ ở mức đáng kể do tính chất xâm lấn của khối u. Cần thực hiện phân tầng nguy cơ chính xác, đánh giá đáp ứng điều trị một cách hệ thống, theo dõi dài hạn để tối ưu hóa điều trị cho nhóm bệnh nhân này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Quảng. Ung Thư Tuyến Giáp. Nhà xuất bản Y học; 2021.
2. H S, J F, RI S, 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). doi:10.3322/caac.21660
3. Tuttle RM, Tala H, Shah J, et al. Estimating risk of recurrence in differentiated thyroid cancer after total thyroidectomy and radioactive iodine remnant ablation: using response to therapy variables to modify the initial risk estimates predicted by the new American Thyroid Association staging system. *Thyroid Off J Am Thyroid Assoc.* 2010;20(12):1341-1349. doi:10.1089/thy.2010.0178
4. Vaisman F, Momesso D, Bulzico DA, et al. Spontaneous remission in thyroid cancer patients after biochemical incomplete response to initial therapy. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2012;77(1):132-138. doi:10.1111/j.1365-2265.2012.04342.x
5. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association

- Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2016;26(1):1-133. doi:10.1089/thy.2015.0020
6. National Comprehensive Cancer Network. *NCCN Clinical Practice Guidelines: Thyroid Carcinoma. Version 1.2025* Accessed May 9, 2026. [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/thyroid.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/thyroid.pdf)
7. Kuo CY, Yang PS, Chien MN, Cheng SP. Preoperative Factors Associated with Extrathyroidal Extension in Papillary Thyroid Cancer. *Eur Thyroid J*. 2020;9(5):256-262. doi:10.1159/000506474
8. Samargandy SA, Samargandy S, Faruqui HM, Baharoon A, Merdad M, Alsuwat AKM. Age, not tumor size, modifies the association between extrathyroidal extension and long-term outcomes in patients with follicular cell-derived thyroid carcinoma. *Ann Saudi Med*. 2025;45(6):414-420. doi:10.5144/0256-4947.2025.414
9. Vũ Anh Hải, Mai An Giang. Nhận xét đặc điểm tổn thương và kết quả phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp xâm lấn vỏ bao tuyến. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2024;174(1):43-50. doi:10.52852/tcncyh.v174i1.2075
10. Issa PP, Albuck AL, Hossam E, et al. The Diagnostic Performance of Ultrasonography in the Evaluation of Extrathyroidal Extension in Papillary Thyroid Carcinoma: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Mol Sci*. 2022;24(1):371. doi:10.3390/ijms24010371
11. Price DL, Wong RJ, Randolph GW. Invasive thyroid cancer: management of the trachea and esophagus. *Otolaryngol Clin North Am*. 2008;41(6):1155-x. doi:10.1016/j.otc.2008.08.002
12. Ringel MD, Sosa JA, Baloch Z, et al. 2025 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid Off J Am Thyroid Assoc*. 2025;35(8):841-985. doi:10.1177/10507256251363120
13. Qu N, Zhang L, Wu WL, et al. Bilaterality weighs more than unilateral multifocality in predicting prognosis in papillary thyroid cancer. *Tumour Biol J Int Soc Oncodevelopmental Biol Med*. 2016;37(7):8783-8789. doi:10.1007/s13277-015-4533-5
14. Chen X, Zhong Z, Song M, et al. Predictive factors of contralateral occult carcinoma in patients with papillary thyroid carcinoma: a retrospective study. *Gland Surg*. 2020;9(4):872-878. doi:10.21037/gs-19-157
15. Wang LY, Nixon IJ, Patel SG, et al. Operative management of locally advanced, differentiated thyroid cancer. *Surgery*. 2016;160(3):738-746. doi:10.1016/j.surg.2016.04.027
16. Rocke DJ, Mulder H, Cyr D, et al. The effect of lateral neck dissection on complication rate for total thyroidectomy. *Am J Otolaryngol*. 2020;41(3):102421. doi:10.1016/j.amjoto.2020.102421
17. Dr C. Hypocalcaemia and permanent hypoparathyroidism after total/bilateral thyroidectomy in the BAETS Registry. *Gland Surg*. 2017;6(Suppl 1). doi:10.21037/gs.2017.09.14
18. Sessa L, De Crea C, Voloudakis N, et al. Single Institution Experience in the Management of Locally Advanced (pT4) Differentiated Thyroid Carcinomas. *Ann Surg Oncol*. 2024;31(9):5515-5524. doi:10.1245/s10434-024-15356-z
19. van Velsen EFS, Stegenga MT, van Kemenade FJ, et al. Evaluating the 2015 American Thyroid Association Risk Stratification System in High-Risk Papillary and Follicular Thyroid Cancer Patients. *Thyroid Off J Am Thyroid Assoc*. 2019;29(8):1073-1079. doi:10.1089/thy.2019.0053
20. Momesso DP, Tuttle RM. Update on differentiated thyroid cancer staging. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2014;43(2):401-421. doi:10.1016/j.ecl.2014.02.010

## Summary

# TREATMENT OUTCOME OF HIGH-RISK DIFFERENTIATED THYROID CARCINOMA

High-risk differentiated thyroid carcinoma, is characterized by gross extrathyroidal extension, bulky nodal metastases, or distant metastasis, and is associated with increased recurrence and mortality. This retrospective study evaluated 79 patients with high-risk differentiated thyroid carcinoma who underwent surgery at Hanoi Medical University Hospital between January 2022 and December 2023. Gross extension to the recurrent laryngeal nerve, trachea, and esophagus were observed in 54.4%, 27.8%, and 10.1% of patients, respectively. The most common postoperative complications were hoarseness (25.3%) and paresthesia (29.2%), with persistent complications beyond 6 months reported in 10.1% and 12.7% of patients, respectively. Patients with gross extrathyroidal extension (pT4a) showed a trend toward a higher postoperative complication rates, although the association was not statistically significant (OR = 1.57; p = 0.519). At 6 months after initial treatment, 39,2% of patients achieved an excellent response according to ATA criteria. These findings support the importance of radical surgical resection with cervical lymph node dissection in optimizing locoregional and facilitating postoperative radioactive iodine therapy in high-risk patients.

**Keywords:** Differentiated thyroid carcinoma, high risk, treatment outcome.