

# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA GIAI ĐOẠN T3B-T4N0M0 TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Lam Trường<sup>1,✉</sup>, Lê Văn Quảng<sup>1,2</sup>, Nguyễn Xuân Hậu<sup>1,2</sup>, Nguyễn Diệu Linh<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

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

*Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp (UTTĐ) thể biệt hóa giai đoạn T3b-T4N0M0: Nghiên cứu mô tả trên 184 bệnh nhân được phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2022 đến tháng 3/2026. Kết quả: Tuổi mắc bệnh trung bình là  $51,7 \pm 12,5$ . Tỷ lệ nữ/nam = 6,4/1. Có 11,4% trường hợp phát hiện u phá vỡ vỏ trên siêu âm. Tỷ lệ u xâm lấn: cơ trước giáp, khí quản, thần kinh thanh quản quặt ngược lần lượt là: 84,8%; 9,2%; 5,4%, có 1 bệnh nhân (0,6%) có u xâm lấn đồng thời thần kinh thanh quản quặt ngược và thực quản. Tỷ lệ trường hợp đạt diện cắt R0, R1, R2 lần lượt là: 84,8%; 15,2%; 0%. Tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn là 40,2%. Tỷ lệ các biến chứng sau mổ: Co rút tay chân, khàn tiếng, chảy máu, nhiễm trùng, rò bạch huyết có tỷ lệ lần lượt là: 9,8%; 3,8%; 0,5%; 0,5%; 0,5%. Không ghi nhận biến chứng nào tồn tại sau 01 tháng điều trị.*

**Từ khóa:** Phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp giai đoạn xâm lấn tại chỗ, di căn hạch tiềm ẩn trong ung thư tuyến giáp, ung thư tuyến giáp thể biệt hóa.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTĐ) là loại ung thư phổ biến nhất của hệ nội tiết và tỷ lệ mắc bệnh đã liên tục tăng trong 3 thập kỷ qua trên toàn thế giới.<sup>1</sup> Trước đây ung thư tuyến giáp chỉ chiếm 1 - 2% tổng số các loại ung thư, nhưng hiện nay con số này đã tăng lên đến 4,1%.<sup>2,3</sup> Theo GLOBOCAN năm 2022, ung thư tuyến giáp đứng thứ 7 về tỷ lệ mắc ở cả 2 giới, với 821,173 ca mắc mới mỗi năm, tỷ lệ tử vong đứng thứ 24, với 47,485 ca.<sup>3</sup> Ung thư tuyến giáp có xu hướng gia tăng đáng kể về tỷ lệ mới mắc bệnh tại các quốc gia với mức tăng gấp 3 lần tại Hoa Kỳ và Australia trong 3 thập kỷ vừa qua. Việt Nam cũng là một trong các nước có tỷ lệ ung thư tuyến giáp cao, năm 2022 ghi nhận bệnh đứng hàng thứ 6 với 6122 ca mới mắc và 858 ca tử vong.

Ung thư tuyến giáp bao gồm: Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa (bao gồm thể nhú và thể nang), thể tủy và thể không biệt hóa, trong đó ung thư tuyến giáp thể nhú hay gặp nhất, chiếm 80 - 85%. Ung thư thể nang chiếm 5 - 10%, ung thư tuyến giáp thể tủy chiếm 5% trong tổng số ung thư tuyến giáp, thể không biệt hóa chiếm < 1%.

Dựa trên cơ sở dữ liệu SEER 2010 - 2013, tỷ lệ ung thư tuyến giáp thể biệt hóa nhóm T4 là 4,4%, tỷ lệ di căn hạch trong nhóm này là 63.73%.<sup>4</sup> Việc vét hạch dự phòng cũng được đặt ra để hạn chế khả năng tái phát trong những trường hợp ung thư tuyến giáp xâm lấn tại chỗ, tại vùng và không phát hiện được hạch nghi ngờ trên lâm sàng.<sup>5</sup>

Điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, xâm lấn tại chỗ, tại vùng chủ yếu là phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch sau đó điều trị bổ trợ bằng I<sup>131</sup>. Việc phẫu thuật đối với giai đoạn này là một thách thức, đòi hỏi kinh nghiệm của phẫu thuật viên trong việc đảm bảo lấy tối đa

Tác giả liên hệ: Nguyễn Lam Trường

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: lamtruonghmuoncology@gmail.com

Ngày nhận: 10/05/2026

Ngày được chấp nhận: 14/06/2026

tổn thương và bảo tồn chức năng của các cấu trúc giải phẫu quan trọng.

Trên thế giới cũng có nhiều nghiên cứu viết về kết quả phẫu thuật của nhóm ung thư tuyến giáp xâm lấn tại chỗ, tại vùng. Tuy nhiên, tại Việt Nam, số lượng nghiên cứu về vấn đề này còn ít, chưa đi sâu vào nhóm cN0 nhằm đánh giá tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn và vai trò của vét hạch cổ trung tâm dự phòng cũng như kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hóa T3b-T4. Xuất phát từ thực tế ứng dụng điều trị ung thư tuyến giáp chúng tôi tiến hành làm nghiên cứu đề tài **“Kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn T3b-T4N0M0 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội”** nhằm 2 mục tiêu:

1) Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn T3b-T4N0M0 từ tháng 1/2022 - tháng 3/2026 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội;

2) Đánh giá kết quả phẫu thuật của nhóm bệnh nhân nghiên cứu trên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 1. Đối tượng

Bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn T3b-T4N0M0 được phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2022 đến tháng 3/2026.

#### **Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể biệt hóa (thể nhú hoặc thể nang) giai đoạn T3b-T4N0M0.

- Bệnh nhân được phẫu thuật mở mổ, cắt toàn bộ tuyến giáp + tổ chức xâm lấn (nếu có) + vét hạch cổ.

- Có thông tin theo dõi trong và sau điều trị.

#### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Ung thư tuyến giáp tái phát.

- Hồ sơ lưu trữ không đầy đủ.

## 2. Phương pháp

### **Thiết kế nghiên cứu**

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

### **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Cỡ mẫu gồm 184 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong khoảng thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 3/2026.

### **Biến số nghiên cứu**

- Đặc điểm chung gồm tuổi, giới tính.
- Tổn thương đại thể.
- Kết quả phẫu thuật.
- Đánh giá biến chứng sớm trong vòng 1 tuần sau mổ.
- Kết quả sau 1 tháng phẫu thuật.

### **Xử lý số liệu**

Sử dụng phần mềm SPSS 22.0. Các thuật toán được sử dụng: giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, tính tỷ lệ %.

## 3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu, không can thiệp trực tiếp trên bệnh nhân, tiến hành khi được thông qua bởi hội đồng chấm đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội (Mã số: 8720108, ngày 08/07/2025). Các thông tin về đối tượng nghiên cứu được đảm bảo bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu khoa học. Nghiên cứu được thực hiện trên cơ sở trung thực, khách quan.

## III. KẾT QUẢ

### 1. Các yếu tố lâm sàng

Tuổi mắc bệnh trung bình là  $51,7 \pm 12,5$ . Tỷ lệ nữ/nam = 6,4/1.

Khám sức khỏe định kỳ tình cờ phát hiện u tuyến giáp chiếm 79,3%, tỷ lệ tự sờ thấy u tại cổ là 20,7%, không có trường hợp nào khàn tiếng, khó thở, khó nuốt trước phẫu thuật.

Kết quả chọc tế bào ung thư chiếm 54,9%.

**Bảng 1. Kết quả siêu âm tuyến giáp (n = 184)**

| Đặc điểm u               | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|--------------------------|--------------|---------|
| <b>Vị trí u</b>          |              |         |
| Thùy trái                | 23           | 12,5    |
| Thùy phải                | 22           | 12,0    |
| Hai thùy                 | 122          | 66,3    |
| Eo giáp                  | 17           | 9,2     |
| <b>Phân loại TI-RADS</b> |              |         |
| 3                        | 3            | 1,6     |
| 4a                       | 29           | 15,8    |
| 4b                       | 37           | 20,1    |
| 4c                       | 32           | 17,4    |
| 5                        | 83           | 45,1    |

Có 21 bệnh nhân, 11,4% được phát hiện có u nghi ngờ phá vỡ vỏ xâm lấn cơ trước giáp trên siêu âm.

**Bảng 2. Vị trí u T3b -T4 ghi nhận trong mổ**

| Vị trí u T3b-T4 | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|-----------------|--------------|---------|
| Thùy trái       | 85           | 46,2    |
| Thùy phải       | 81           | 44,0    |
| Hai thùy        | 3            | 1,6     |
| Eo giáp         | 15           | 8,2     |

Vị trí u phá vỡ, xâm lấn cơ quan xung quanh nhiều nhất ở thùy trái (46,2%); Có 3 bệnh nhân (1,6%) có u xâm lấn ở cả 2 thùy.

Kích thước u phá vỡ vỏ trung bình là  $10,3 \pm 5$  mm.

**Bảng 3. Cơ quan bị xâm lấn ghi nhận trong mổ**

| Cơ quan bị xâm lấn                          | Số bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------------------------|--------------|-----------|
| Cơ trước giáp                               | 156          | 84,8      |
| Khí quản                                    | 17           | 9,2       |
| Thần kinh thanh quản quặt ngược             | 10           | 5,4       |
| Thần kinh thanh quản quặt ngược + thực quản | 1            | 0,6       |

Khối u xâm lấn cơ trước giáp (T3b) chiếm tỷ lệ cao nhất 84,8%, có 1 bệnh nhân (0,6%) có u xâm lấn 2 cơ quan gồm thần kinh thanh quản quặt ngược và thực quản. Trong đó tỷ lệ u xâm lấn khí quản và thần kinh thanh quản quặt ngược lần lượt là 9,2% và 5,4%. Các bệnh

nhân có u xâm lấn cơ trước giáp đều được cắt rộng rãi, đảm bảo diện cắt R0. Riêng những khối u có xâm lấn các cơ quan: Khí quản, thần kinh thanh quản quặt ngược, chúng tôi tách u ra khỏi các cơ quan, bảo tồn tối đa chức năng.

## 2. Kết quả phẫu thuật

**Bảng 4. Các phương pháp phẫu thuật**

| Phương pháp phẫu thuật                                          | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|-----------------------------------------------------------------|--------------|---------|
| Cắt toàn bộ tuyến giáp + vết hạch trung tâm                     | 180          | 97,9    |
| Cắt toàn bộ tuyến giáp + vết hạch trung tâm + vết hạch cổ trái  | 2            | 1,1     |
| Cắt toàn bộ tuyến giáp + vết hạch trung tâm + vết hạch cổ phải  | 1            | 0,5     |
| Cắt toàn bộ tuyến giáp + vết hạch trung tâm + vết hạch cổ 2 bên | 1            | 0,5     |

Tất cả các bệnh nhân đều không phát hiện hạch nghi ngờ trên siêu âm, do đó phần lớn các bệnh nhân (97,9%) được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, vết hạch cổ trung tâm dự phòng.

Những bệnh nhân được vết hạch cổ bên đều được đánh giá trong mổ và sinh thiết tức thì trước khi đưa ra phương pháp phẫu thuật.

**Bảng 5. Kết quả mô bệnh học u, hạch, diện cắt**

| Mô bệnh học u T3b-T4                              |                               |         |
|---------------------------------------------------|-------------------------------|---------|
| Mô bệnh học u                                     | Số bệnh nhân                  | Tỷ lệ % |
| Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú thông thường   | 168                           | 91,3    |
| Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú biến thể có vỏ | 2                             | 1,1     |
| Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú biến thể nang  | 13                            | 7,1     |
| Ung thư biểu mô tuyến giáp tế bào Hürthle         | 1                             | 0,5     |
| Số lượng hạch vét được, hạch di căn               |                               |         |
| Vị trí                                            | Hạch di căn/<br>Hạch vét được | Tỷ lệ % |
| Trung tâm                                         | 205/1045                      | 19,6    |
| Bên trái                                          | 5/88                          | 5,7     |
| Bên phải                                          | 4/44                          | 9,1     |
| Diện cắt                                          |                               |         |
| Diện cắt                                          | Số bệnh nhân                  | Tỷ lệ % |
| R0                                                | 156                           | 84,8    |
| R1                                                | 28                            | 15,2    |

Có 28 bệnh nhân (15,2%) diện cắt R1 đều có u xâm lấn cơ quan quan trọng như khí quản, thực quản, thần kinh thanh quản quặt ngược.

**Bảng 6. Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng di căn hạch**

| Đặc điểm     |         | Di căn hạch cổ |            | p     |
|--------------|---------|----------------|------------|-------|
|              |         | Có             | Không      |       |
| Giai đoạn u  | T3b     | 64 (41%)       | 92 (59%)   | 0,598 |
|              | T4a     | 10 (35,7%)     | 18 (64,3%) |       |
| Tuổi         | Dưới 45 | 26 (50%)       | 26 (50%)   | 0,089 |
|              | Trên 45 | 48 (36,4%)     | 84 (63,6%) |       |
| Giới         | Nam     | 13 (52%)       | 12 (48%)   | 0,272 |
|              | Nữ      | 61 (38,4%)     | 98 (61,6%) |       |
| Đa ổ ung thư | Có      | 32 (45,1%)     | 39 (54,9%) | 0,354 |
|              | Không   | 42 (37,2%)     | 71 (62,8%) |       |
| Kích thước u | < 1 cm  | 40 (37,4%)     | 67 (62,6%) | 0,365 |
|              | > 1 cm  | 34 (44,2%)     | 43 (55,8%) |       |

Tỷ lệ di căn hạch cổ tiềm ẩn là 40,2%. Tất cả các bệnh nhân di căn hạch cổ bên đều di căn hạch nhóm VI. Tỷ lệ di căn hạch cổ ở các nhóm bệnh nhân: dưới 45 tuổi, nam giới, đa ổ ung thư, kích thước u > 1 cm đều cao hơn nhóm

còn lại, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Thời gian phẫu thuật trung bình là  $64,8 \pm 17,7$  phút.

Số ngày hậu phẫu trung bình là  $4,7 \pm 2,2$  ngày.

**Bảng 7. Biến chứng sau phẫu thuật**

| Biến chứng                   | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|------------------------------|--------------|---------|
| Chảy máu                     | 1            | 0,5     |
| Nhiễm trùng vết mổ           | 1            | 0,5     |
| Khàn tiếng                   | 7            | 3,8     |
| Tê bì, co rút ngón tay, chân | 18           | 9,8     |
| Rò bạch huyết                | 1            | 0,5     |

Tỷ lệ chảy máu, nhiễm trùng vết mổ và rò bạch huyết ít gặp nhất, chiếm 0,5%. Hay gặp nhất là biến chứng tê bì, co rút ngón tay, chân và khàn tiếng, chiếm tỷ lệ lần lượt là 9,8% và 3,8%.

**Bảng 8. Mối liên hệ giữa tỷ lệ khàn tiếng và cơ quan bị u xâm lấn**

| Đặc điểm u xâm lấn                 |       | Khàn tiếng sau mổ |             | p     |
|------------------------------------|-------|-------------------|-------------|-------|
|                                    |       | Có                | Không       |       |
| Xâm lấn thần kinh thanh quản ngược | Có    | 4 (36,4%)         | 7 (63,6%)   | 0,000 |
|                                    | Không | 3 (1,7%)          | 170 (98,3%) |       |

Tỷ lệ bị khàn tiếng ở nhóm bệnh nhân có xâm lấn dây thần kinh thanh quản ngược cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có xâm lấn cấu trúc này, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

## IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi mắc bệnh trung bình là  $51,7 \pm 12,5$ , nhỏ nhất là 25 tuổi, lớn nhất là 78 tuổi. Lứa tuổi hay gặp nhất là từ 25 - 55 tuổi (61,4%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Liu và cộng sự trên những bệnh nhân có u tuyến giáp xâm lấn đại thể.<sup>6</sup> Tỷ lệ nữ/nam là 6,4/1, cao hơn so với một số báo cáo quốc tế (3 - 4/1).<sup>7,8</sup> Sự khác biệt này có thể liên quan đến yếu tố nội tiết, đặc điểm dân số cũng như thói quen khám sức khỏe của phụ nữ.

Tỷ lệ khám sức khỏe định kỳ phát hiện bệnh là 79,3%, tự sờ thấy u tại cổ là 20,7%, không có trường hợp nào có các triệu chứng của u tiến triển xâm lấn rộng như: khó thở, khó nói, khó nuốt, khàn tiếng. Điều này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi được phát hiện bệnh tương đối sớm, đều không phát hiện thấy hạch nghi ngờ trên lâm sàng.

Tỷ lệ phát hiện u giáp phá vỡ vỏ trên siêu âm trong nghiên cứu của chúng tôi là 11,4%, tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Yang và cộng sự (18,1%).<sup>9</sup> Điều này cho thấy tầm quan trọng của việc đánh giá kỹ tính chất của khối u trong mổ để đưa ra quyết định về cách thức phẫu thuật.

Về kết quả tế bào học, tỷ lệ ác tính là 54,9%; nghi ngờ ác tính là 41,9%; tân sinh nang là 1,1%; tế bào không điển hình là 2,7%; không đủ tiêu chuẩn là 0,5%. Tỷ lệ nghi ngờ ác tính thay đổi tùy theo các trung tâm và kinh nghiệm của các nhà giải phẫu bệnh. Nguy cơ ác tính trong các trường hợp này là 50 - 75%. Nhóm tân sinh nang, tế bào không điển hình và không đủ tiêu chuẩn đều có kết quả siêu âm TIRADS 4 nên chúng tôi tiến hành phẫu thuật và sinh thiết tức thì trong mổ. Điều này cho thấy việc phối hợp giữa lâm sàng, giải phẫu bệnh và chẩn đoán hình ảnh mang lại giá trị lớn cho việc quản lý khối u giáp. Giải phẫu bệnh sau mổ cho thấy

tỷ lệ ung thư tuyến giáp thể nhú là 95,5%; có 1 bệnh nhân ung thư tuyến giáp tế bào Hürthle (0,5%). Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu trước, cho thấy thể mô bệnh học hay gặp nhất là ung thư tuyến giáp thể nhú.

Tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn là 40,2%. Có 4 bệnh nhân di căn hạch cổ bên đều có di căn hạch cổ trung tâm (2,17%). Đối với các yếu tố ảnh hưởng, theo Nguyễn Thị Thu Nhung và cộng sự, tỷ lệ di căn hạch cổ tiềm ẩn là 49,31%, trong đó các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tình trạng di căn hạch cổ bao gồm tuổi < 45 ( $p = 0,024$ ); Giai đoạn u T3, T4 ( $p = 0,013$ ).<sup>10</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ di căn hạch cổ ở các nhóm bệnh nhân: dưới 45 tuổi, nam giới, đa ổ ung thư, kích thước u > 1 cm đều cao hơn nhóm còn lại, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Về các cơ quan u xâm lấn, tỷ lệ u xâm lấn cơ trước giáp, khí quản, thần kinh thanh quản quặt ngược lần lượt là: 84,8%; 9,2%; 5,4%, đặc biệt có 1 bệnh nhân (0,6%) xâm lấn cả thần kinh thanh quản quặt ngược và thực quản. Theo Chung và cộng sự, tỷ lệ u xâm lấn cơ trước giáp, khí quản, thần kinh thanh quản quặt ngược lần lượt là 78,9%; 11,4%; 19,5%.<sup>11</sup> Có sự tương đồng về tỷ lệ u xâm lấn cơ trước giáp là cao nhất. Đối với các trường hợp u xâm lấn các cấu trúc có chức năng quan trọng, chúng tôi đánh giá các trường hợp đều có khả năng tách u ra khỏi các cấu trúc này, chấp nhận diện cắt R1 với mục tiêu hạn chế tối đa tổn thương các cơ quan này, giúp an toàn trong hậu phẫu và nâng cao chất lượng cuộc sống về sau. Quan điểm này phù hợp với nhiều phẫu thuật viên do các nghiên cứu chỉ ra tiên lượng tương đương giữa nhóm đạt diện cắt R0 với R1 và tác dụng của I-131 bổ trợ sau phẫu thuật.<sup>12-14</sup>

Về thời gian phẫu thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là  $64,8 \pm 17,7$  phút. Thời gian ngắn nhất là 40 phút, dài nhất là 140 phút. Tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp + vét hạch cổ trung tâm (nhóm VI). Trong đó có 4 bệnh nhân được vét hạch cổ bên (Hạch nhóm II, III, IV) nhờ sinh thiết tức thì phát hiện hạch di căn trong mỡ. Nghiên cứu của Fei và cộng sự cho thấy có 7 yếu tố liên quan đến di căn hạch cổ bên tiềm ẩn bao gồm: nam giới, tuổi < 45 tuổi, u cực trên, tổn thương 2 thùy, kích thước  $u > 1$  cm, u phá vỡ vỏ, di căn nhiều hạch trung tâm.<sup>15</sup> Dựa trên các yếu tố này, chúng tôi đánh giá tổn thương trong mổ và đưa ra quyết định sinh thiết tức thì hạch cổ bên cho 15/184 bệnh nhân, kết quả có 4/15 trường hợp có hạch cổ bên dương tính. Phương pháp tiếp cận này giúp hạn chế tối đa bỏ sót tổn thương.

Thời gian nằm viện trung bình là  $4,7 \pm 2,2$  ngày, ít nhất là 2 ngày, nhiều nhất là 23 ngày. Về biến chứng phẫu thuật, có 1 trường hợp rò bạch huyết diễn ra sau mổ cắt toàn bộ tuyến giáp + vét hạch cổ trái, điều trị nội khoa không cải thiện, được can thiệp nút mạch tại vị trí đoạn tận ống ngực. Bệnh nhân sau đó ổn định và ra viện vào ngày thứ 23. Các biến chứng khác như: co rút tay chân, khàn tiếng, chảy máu, nhiễm trùng có tỷ lệ lần lượt là: 9,8%; 3,8%; 0,5%; 0,5%. Tỷ lệ bị khàn tiếng ở nhóm bệnh nhân có xâm lấn dây thần kinh thanh quản ngược cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có xâm lấn cấu trúc này, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Không ghi nhận biến chứng nào tồn tại sau 01 tháng điều trị.

## V. KẾT LUẬN

Về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: Độ tuổi mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu là  $51,69 \pm 12,5$ . nhỏ nhất là 25 tuổi, lớn nhất là 78 tuổi. Lứa tuổi hay gặp nhất là từ 25 - 55 tuổi (61,4%).

Phẫu thuật trong điều trị ung thư tuyến giáp T3b-T4N0M0 là an toàn và hiệu quả dựa trên các khuyến cáo quốc tế, với tỷ lệ biến chứng thấp. Các biến chứng trong nghiên cứu gồm: co rút tay chân, khàn tiếng, chảy máu, nhiễm trùng, rò bạch huyết có tỷ lệ lần lượt là: 9,8%; 3,8%; 0,5%; 0,5%; 0,5%. Không ghi nhận biến chứng nào tồn tại sau 01 tháng điều trị

Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ kèm vét hạch cổ trung tâm trong điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn T3b -T4N0M0 có tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn cao, chủ yếu tại nhóm VI, trong khi tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp và đa số hồi phục sau theo dõi ngắn hạn. Kết quả này góp phần cung cấp dữ liệu thực tế tại Việt Nam nhằm hỗ trợ chỉ định vét hạch cổ trung tâm dự phòng ở nhóm bệnh nhân nguy cơ cao. Trong quá trình phẫu thuật, cần ưu tiên bảo tồn các cấu trúc quan trọng. Ở một số trường hợp xâm lấn tại chỗ có thể chấp nhận diện cắt R1 kết hợp điều trị I-131 bổ trợ nhằm giảm nguy cơ biến chứng do phẫu thuật quá mức.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pellegriti G, Frasca F, Regalbuto C, Squatrito S, Vigneri R. Worldwide Increasing Incidence of Thyroid Cancer: Update on Epidemiology and Risk Factors. *J Cancer Epidemiol.* 2013; 2013:1-10. doi:10.1155/2013/965212.
2. Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA Cancer J Clin.* 2015; 65(2): 87-108. doi:10.3322/caac.21262.
3. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024; 74(3): 229-263. doi:10.3322/caac.21834.
4. Zhou P, Tian S, Li J, et al. Paradoxes in

thyroid carcinoma treatment: analysis of the SEER database 2010-2013. *Oncotarget*. 2016; 8(1): 345-353. doi:10.18632/oncotarget.13395.

5. Chen L, Wu YH, Lee CH, Chen HA, Loh EW, Tam KW. Prophylactic Central Neck Dissection for Papillary Thyroid Carcinoma with Clinically Uninvolved Central Neck Lymph Nodes: A Systematic Review and Meta-analysis. *World J Surg*. 2018; 42(9): 1. doi:10.1007/s00268-018-4547-4.

6. Liu Z, Huang Y, Chen S, et al. Minimal extrathyroidal extension affects the prognosis of differentiated thyroid cancer: Is there a need for change in the AJCC classification system? *PLOS ONE*. 2019; 14(6): e0218171. doi:10.1371/journal.pone.0218171.

7. Bortz MD, Kuchta K, Winchester DJ, Prinz RA, Moo-Young TA. Extrathyroidal extension predicts negative clinical outcomes in papillary thyroid cancer. *Surgery*. 2021; 169(1): 2-6. doi:10.1016/j.surg.2020.04.003.

8. Kim H, Kim JA, Son EJ, et al. Preoperative prediction of the extrathyroidal extension of papillary thyroid carcinoma with ultrasonography versus MRI: A retrospective cohort study. *Int J Surg*. 2014; 12(5): 544-548. doi:10.1016/j.ijsu.2014.03.003.

9. Extrathyroidal Extension in Papillary Thyroid Cancer Could be Predicted Through Preoperative Sonography. *Int J Thyroidol*. 2024; 17(2): 266-271. doi:10.11106/ijt.2024.17.2.266.

10. Nguyễn Thị Thu Nhung, Lê Văn Quảng, Nguyễn Xuân Hậu. Đánh giá tình trạng di căn

hạch tiềm ẩn trong ung thư biểu mô tuyến giáp giai đoạn sớm. *Tạp chí Y học Việt Nam*. Published online 2019.

11. Chung SR, Baek JH, Choi YJ, et al. Sonographic Assessment of the Extent of Extrathyroidal Extension in Thyroid Cancer. *Korean J Radiol*. 2020; 21(10): 1187-1195. doi:10.3348/kjr.2019.0983.

12. 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.

13. Chiew YEW, Yang YT, Chi SY, et al. Prognostic factors and treatment responses among patients with gross residual disease in differentiated thyroid cancer. *J Chin Med Assoc JCMA*. 2024; 87(6): 602-608. doi:10.1097/JCMA.0000000000001095.

14. Jeong SY, Lee SW, Kim WW, et al. Clinical outcomes of patients with T4 or N1b well-differentiated thyroid cancer after different strategies of adjuvant radioiodine therapy. *Sci Rep*. 2019; 9(1): 5570. doi:10.1038/s41598-019-42083-3.

15. Fei Y, Wang B, Yao X, Wu J. Factors associated with occult lateral lymph node metastases in patients with clinically lymph node negative papillary thyroid carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *Front Endocrinol*. 2024; 15: 1353923. doi:10.3389/fendo.2024.1353923.

## Summary

### **SURGICAL OUTCOMES OF DIFFERENTIATED THYROID CANCER AT STAGES T3B-T4N0M0 AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL**

This study aimed to evaluate the clinical and paraclinical characteristics, as well as surgical outcomes, of differentiated thyroid cancer (DTC) at stages T3b–T4N0M0. A descriptive study was conducted on 184 patients diagnosed with DTC at the aforementioned stages patients underwent surgery at Hanoi Medical University Hospital from January 2022 to March 2026. The mean age was  $51.7 \pm 12.5$  years old, with a female-to-male ratio of 6.4:1. Tumor capsular invasion detected by ultrasound was observed in 11.4% of cases. Tumor invasion rates into the strap muscles, trachea, and recurrent laryngeal nerve were 84.8%, 9.2%, and 5.4%, respectively, with one patient (0.6%) showing simultaneous invasion of both the recurrent laryngeal nerve and the esophagus. The proportions of R0, R1, and R2 resections were 84.8%, 15.2%, and 0%, respectively. The rate of occult lymph node metastasis was 40.2%. Postoperative complications included transient hypocalcemia (manifested as extremity tetany) in 9.8%, hoarseness in 3.8%, and bleeding, infection, and chyle leak each in 0.5% of cases. No complication persisted beyond one month of treatment. These findings indicate that surgical management of T3b–T4N0M0 differentiated thyroid cancer achieves a high rate of complete resection with low complication rates, with all complications being transient.

**Keywords:** Surgical treatment for locally advanced thyroid cancer, occult lymph node metastasis in thyroid cancer, differentiated thyroid cancer.