

8. **Zhang H, Wang S, Feng C, et al.** Chromosomal abnormalities and structural defects in fetuses with increased nuchal translucency at a Chinese tertiary medical center. *Front Med.* 2023;10. doi:10.3389/fmed.2023.1158554
9. **Dương Văn Chương.** Nghiên Cứu Kết Quả Thai Nghén Của Những Trường Hợp Có Tăng Khoảng

Sáng Sau Gáy. Luận văn Thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2018.

10. **Trần Danh Cường, Nguyễn Hải Long, Vũ Hải Yến.** Đánh giá giá trị khoảng sáng sau gáy để chẩn đoán thai bất thường có nhiễm sắc thể bình thường. *Tạp Chí Phụ Sản.* 2014;12(2):149-151. doi:10.46755/vjog.2014.2.945

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT BÁN PHẦN CỰC DƯỚI DẠ DÀY NẠO VẾT HẠCH D2 ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HOÁ

Lê Đức Thành¹, Lưu Ngọc Hùng¹, Đặng Quốc Ái^{2,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới dạ dày nạo vét hạch D2 ngày càng được ứng dụng rộng rãi trong điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại các bệnh viện tuyến tỉnh. Tuy nhiên, việc đánh giá hiệu quả điều trị của kỹ thuật này tại bệnh viện đa khoa tỉnh vẫn còn hạn chế. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả 50 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến dạ dày được phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới và nạo vét hạch D2 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa từ tháng 01/2020 đến 12/2023. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân có khối u xâm lấn thanh mạc (80%). Số lượng hạch nạo vét trung bình là $15,69 \pm 3,38$ hạch; tỷ lệ có từ ≥ 15 hạch là 37%. Thời gian phẫu thuật trung bình $208,4 \pm 36,5$ phút. Thời gian trung tiện trung bình $50,66 \pm 16,44$ giờ. Thời gian nằm viện trung bình $9,84 \pm 3,54$ ngày. Tỷ lệ tai biến trong mổ là 6%, biến chứng sau mổ là 16%. Giai đoạn bệnh sau mổ I/II/III lần lượt là 3/27/20. Tất cả các trường hợp được nối tiêu hóa bằng phương pháp Billroth II (Hofmeister – Finsterer), có miệng nối Braun. **Kết luận:** Kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới dạ dày nạo vét hạch D2 điều trị ung thư biểu mô dạ dày có thể thực hiện an toàn và hiệu quả tại bệnh viện tuyến tỉnh, góp phần nâng cao chất lượng điều trị ung thư tại địa phương.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tuyến dạ dày, phẫu thuật nội soi, cắt bán phần cực dưới, nạo vét hạch D2.

SUMMARY

OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC DISTAL GASTRECTOMY WITH D2 LYMPHADENECTOMY FOR GASTRIC ADENOCARCINOMA AT THANH HOA GENERAL HOSPITAL

Background: Laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy has become increasingly

adopted in the treatment of gastric adenocarcinoma at provincial hospitals. However, data evaluating its effectiveness in this setting remains limited.

Methods: A retrospective descriptive study was conducted on 50 patients with gastric adenocarcinoma who underwent laparoscopic distal gastrectomy with D2 dissection at Thanh Hoa General Hospital from January 2020 to December 2023. **Results:** Most tumors invaded the serosa (80%). The average number of lymph nodes dissected was 15.69 ± 3.38 ; 37% of cases had ≥ 15 nodes removed. Mean operative time was 208.4 ± 36.5 minutes. Time to first flatus averaged 50.66 ± 16.44 hours. Average hospital stay was 9.84 ± 3.54 days. Intraoperative complication rate was 6%; postoperative complications occurred in 16% of patients. Postoperative tumor stages I/II/III were 3/27/20. All patients underwent reconstruction using Billroth II (Hofmeister–Finsterer) with Braun anastomosis.

Conclusion: Laparoscopic distal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for gastric adenocarcinoma can be safely and effectively performed in provincial hospitals, improving cancer treatment outcomes at the local level.

Keywords: Gastric adenocarcinoma, laparoscopic surgery, distal gastrectomy, D2 lymphadenectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một trong những loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Theo thống kê GLOBOCAN 2020, ung thư dạ dày đứng thứ 6 về tỷ lệ mắc và thứ 2 về tỷ lệ tử vong, chỉ sau ung thư phổi, với tỷ lệ mắc là 11,1/100.000 dân.¹

Trong các phương pháp điều trị ung thư dạ dày, phẫu thuật vẫn là phương pháp chủ yếu, đặc biệt ở giai đoạn tổn thương còn khả năng cắt bỏ. Những năm gần đây, phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày đã được triển khai rộng rãi tại nhiều cơ sở y tế, nhờ ưu điểm ít xâm lấn, giảm biến chứng hậu phẫu và thời gian hồi phục nhanh hơn so với phẫu thuật mở, đồng thời vẫn đảm bảo nguyên tắc điều trị triệt căn ung thư.

Tại Việt Nam, kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt dạ dày kèm nạo vét hạch D2 đã được thực hiện

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

²Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025

tại nhiều bệnh viện tuyến trung ương như Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Trung ương Huế, Bệnh viện Chợ Rẫy... Từ năm 2020, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa đã triển khai thường quy kỹ thuật này trong điều trị ung thư dạ dày. Tuy nhiên, hiện chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả cụ thể tại tuyến tỉnh.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm phân tích đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học, kết quả phẫu thuật và biến chứng của kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới dạ dày kèm nạo vét hạch D2 điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 50 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến dạ dày và được phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới kèm nạo vét hạch D2 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa, từ tháng 01/2020 đến tháng 12/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư biểu mô tuyến dạ dày phần 1/3 dưới.
- Được chỉ định và thực hiện phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới dạ dày kèm nạo vét hạch D2.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân ung thư dạ dày tái phát hoặc đã di căn xa.
- Trường hợp chỉ phẫu thuật nội soi thăm dò hoặc chuyển mổ mở ngay từ đầu.

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Phương tiện sử dụng trong nghiên cứu

- Hệ thống phẫu thuật nội soi ổ bụng (Karl-Storz – Đức).
- Dao siêu âm (Harmonic scalpel – Ethicon).
- Máy sinh mô Gen11 (Ethicon).
- Stapler thẳng 60 mm (Covidien).
- Clip nhựa cầm máu (Ligaclips).

Tất cả được sử dụng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa.

2.3. Các bước phẫu thuật. Phẫu thuật được thực hiện theo 6 bước:

Bước 1: Đặt trocar và thăm dò ổ bụng: 4–6 trocar vùng trên rốn, đánh giá tổn thương.

Bước 2: Cắt mạc nối lớn và nạo hạch nhóm 4sb, 4d, 6.

Bước 3: Cắt mạc nối nhỏ, nạo hạch nhóm 1, 3, 5, 7, 8a, 9, 11p, 12a.

Bước 4: Cắt đoạn đầu tá tràng, đóng mồm tá tràng bằng stapler.

Bước 5: Mở nhỏ đường trắng giữa, cắt dạ dày, tạo miệng nối Billroth II (Hofmeister – Finsterer), kèm nối Braun.

Bước 6: Đặt dẫn lưu và đóng ổ bụng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 50 bệnh nhân, trong đó có 37 nam (74%) và 13 nữ (26%), tỷ lệ nam/nữ là 2,85:1. Tuổi trung bình là $63,34 \pm 12,46$ (từ 32 đến 89 tuổi). BMI trung bình của nhóm bệnh là $19 \pm 2,2 \text{ kg/m}^2$, trong đó có 2 bệnh nhân béo phì. Vị trí khối u chủ yếu nằm ở vùng hang vị và môn vị.

Bảng 1. Một số chỉ số phẫu thuật và hậu phẫu

Thông số	Giá trị
Thời gian phẫu thuật (phút)	208,4±36,5(150-300)
Số hạch nạo vét được	15,69±3,38(10-25)
Tỷ lệ bệnh nhân có ≥15 hạch	37%
Số bệnh nhân có di căn hạch	31 (62%) – nhiều nhất: 21, ít nhất: 2
Giai đoạn bệnh sau mổ (I/ II/III)	3/27/20
Thời gian nằm viện (ngày)	9,84±3,54(5-23)
Thời gian trung tiện sau mổ (giờ)	50,66±16,44(28-105)
Tai biến trong mổ	3 trường hợp (6%)
Biến chứng sau mổ	8 trường hợp (16%)
Chuyển mổ mở	3 trường hợp (6%)

Tai biến trong mổ gồm 3 trường hợp: 1 ca tổn thương động mạch đại tràng giữa phải làm HMNT; 2 ca chảy máu vùng rốn lách phải chuyển mổ mở.

Biến chứng sau mổ gồm 8 ca: 1 ca áp xe tống dư điều trị nội khoa, 7 ca sốt sau mổ đáp ứng tốt điều trị. Toàn bộ bệnh nhân được nối tiêu hóa theo phương pháp Billroth II (Hofmeister–Finsterer) và tạo miệng nối Braun.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $63,34 \pm 12,46$ tuổi (32 – 89 tuổi). Nhóm tuổi từ 50–70 chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Duy Long (2017) với tuổi trung bình là $55,3 \pm 11,3$ tuổi và của Đặng Văn Thời với tuổi cao nhất là 89. Các nghiên cứu đều cho thấy phẫu thuật nội soi dạ dày có thể thực hiện an toàn ở nhóm tuổi cao, nếu đánh giá kỹ lưỡng chỉ định. Tuy nhiên, theo Võ Duy Long, nên cân nhắc kỹ khi phẫu thuật nội soi cho bệnh nhân trên 80 tuổi. Về giới tính, tỷ lệ nam/nữ là 2,85:1, tương tự nhiều nghiên cứu khác, cho thấy ung thư dạ dày thường gặp ở nam giới nhiều hơn.²

Chỉ số BMI và liên quan đến giai đoạn

bệnh. BMI trung bình là $19 \pm 2,2 \text{ kg/m}^2$, có 2 bệnh nhân béo phì, trong khi nhóm thiếu cân ($\text{BMI} < 18,5$) chiếm 22%. Chúng tôi ghi nhận mối liên quan giữa tình trạng thiếu cân với giai đoạn bệnh tiến triển. Trong 10 bệnh nhân giai đoạn IIIc, đa số có chỉ số BMI thấp. Điều này gợi ý rằng thể trạng suy kiệt có thể là hệ quả của ung thư tiến triển.

Theo Jung và cộng sự, bệnh nhân béo phì ($\text{BMI} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) có thời gian mổ kéo dài hơn đáng kể. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng bệnh nhân béo phì thấp nên chưa đánh giá được ảnh hưởng rõ rệt đến kết quả mổ.³

Vị trí tổn thương và chỉ định phẫu thuật. Vị trí khối u chủ yếu tại hang vị và môn vị, phù hợp với chỉ định cắt bán phần cực dưới dạ dày. Kết quả tương tự nghiên cứu của Đỗ Trường Sơn và Nguyễn Quang Bộ, đều cho thấy hang vị – bờ cong nhỏ là vị trí hay gặp nhất trong ung thư 1/3 dưới dạ dày.^{4,5}

Số lượng hạch nạo vét và giai đoạn bệnh. Trung bình mỗi bệnh nhân được nạo vét $15,69 \pm 3,38$ hạch; tỷ lệ ≥ 15 hạch là 37%. Giai đoạn N3 chiếm 28,6%; tỷ lệ di căn hạch chung là 62%. So với nghiên cứu của Đỗ Minh Hùng (số hạch từ 22–45), số hạch nạo vét trong nghiên cứu này thấp hơn, một phần do bệnh viện mới triển khai kỹ thuật nên lựa chọn bệnh nhân có giai đoạn sớm và ít hạch trên hình ảnh học.

Tuy nhiên, theo tiêu chuẩn quốc tế, ≥ 15 hạch là ngưỡng tối thiểu để đánh giá đầy đủ tình trạng di căn hạch trong ung thư dạ dày, do đó nghiên cứu của chúng tôi đạt mức chấp nhận được.

Thời gian phẫu thuật và các biến cố trong mổ. Thời gian mổ trung bình là $208,4 \pm 36,5$ phút (150–300 phút), dài hơn so với một số nghiên cứu tại trung tâm lớn. Đây là điều dễ hiểu khi kỹ thuật còn mới tại bệnh viện tuyến tỉnh. Có 3 tai biến trong mổ (6%), gồm: 1 ca tổn thương động mạch đại tràng giữa phải chuyển mổ mở và làm hậu môn nhân tạo; 2 ca chảy máu vùng rốn lách khi nạo hạch, phải chuyển mổ mở.⁶

Tỷ lệ tai biến trong mổ từ các nghiên cứu quốc tế dao động từ 0,9–8,2%, nghiên cứu của Bo và cộng sự (2009) trên 302 bệnh nhân ghi nhận tỷ lệ tai biến là 5%. Như vậy, kết quả của chúng tôi vẫn nằm trong giới hạn cho phép, đặc biệt ở giai đoạn đầu triển khai kỹ thuật.⁷

Biến chứng sau mổ. Có 8 biến chứng sau mổ (16%): 1 áp xe tồn dư dưới gan phải, điều trị nội khoa; 7 ca sốt hậu phẫu đáp ứng tốt với điều trị nội khoa. Không có trường hợp tử vong sau mổ. So sánh với nghiên cứu của Võ Duy Long (biến chứng 6,5%), tỷ lệ của chúng tôi cao hơn do nhóm bệnh nhân còn hạn chế về lựa chọn chỉ định.

Hồi phục sau mổ và thời gian nằm viện.

Thời gian trung tiện trung bình là $50,66 \pm 16,44$ giờ, thời gian nằm viện là $9,84 \pm 3,54$ ngày. So với nghiên cứu của Đỗ Văn Tráng (trung tiện $2,5 \pm 0,6$ ngày) và Võ Duy Long (nằm viện 7,9 ngày), thời gian của chúng tôi dài hơn, chủ yếu do tâm lý thận trọng giai đoạn đầu triển khai kỹ thuật.²

Tất cả bệnh nhân đều được nối tiêu hóa theo phương pháp Billroth II (Hofmeister–Finsterer), có tạo miệng nối Braun để hạn chế trào ngược dịch mật – phù hợp với thông lệ kỹ thuật hiện nay trong phẫu thuật ung thư dạ dày.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt bán phần cực dưới dạ dày kèm nạo vét hạch D2 điều trị ung thư biểu mô tuyến dạ dày tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa bước đầu đã cho kết quả khả quan, an toàn và đáp ứng yêu cầu về kỹ thuật ung thư học. Tỷ lệ biến chứng và tai biến trong mổ nằm trong giới hạn cho phép; số lượng hạch nạo vét trung bình đạt tiêu chuẩn tối thiểu. Thời gian phẫu thuật, thời gian phục hồi sau mổ và thời gian nằm viện chấp nhận được trong điều kiện triển khai kỹ thuật mới tại bệnh viện tuyến tỉnh. Kết quả này cho thấy phẫu thuật nội soi triệt căn điều trị ung thư dạ dày có thể được ứng dụng thường quy tại các bệnh viện tuyến tỉnh, góp phần nâng cao chất lượng điều trị ung thư tại địa phương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H., Ferlay J., Siegel R.L., et al. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 71(3), 209–249.
2. Võ Duy Long (2019). Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày và nạo vét hạch trong ung thư dạ dày tiến triển. Kỷ yếu Hội nghị khoa học Phẫu thuật tiêu hoá ASEAN lần thứ nhất, tr. 22–23.
3. Jung J.H., Ryu S.Y., Jung M.R., et al. (2014). Laparoscopic distal gastrectomy for gastric cancer in morbidly obese patients in South Korea. Journal of Gastric Cancer, 14(3), 187–195.
4. Đỗ Trường Sơn (2014). Đánh giá kết quả xa sau mổ của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư dạ dày tại Khoa Phẫu thuật Tiêu hoá – Bệnh viện Việt Đức. Tạp chí Nghiên cứu Y học, 88(3), 82–88.
5. Nguyễn Quang Bộ (2017). Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư dạ dày 1/3 dưới bằng phẫu thuật triệt căn kết hợp hoá chất. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Huế, tr. 54–75.
6. Đỗ Văn Tráng (2012). Nghiên cứu kỹ thuật nạo vét hạch bằng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư dạ dày vùng hang môn vị. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Bo T., Zhihong P., Peiwu Y., et al. (2009). General complications following laparoscopic-assisted gastrectomy and analysis of techniques to manage them. Surgical Endoscopy, 23(8), 1860–1865.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT HOÀN TOÀN TUYẾN GIÁP KẾT HỢP I-131 ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ TẠI VIỆN Y HỌC PHÒNG XẠ VÀ U BƯỚU QUÂN ĐỘI

Nguyễn Huy Tiến¹, Lê Việt Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt hoàn toàn tuyến giáp kết hợp I-131 điều trị ung thư tuyến giáp thể nhú tại viện y học phóng xạ và u bướu quân đội. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu kết hợp tiền cứu trên 91 bệnh nhân UTTGTN được điều trị tại Viện Y học Phóng xạ và U bướu Quân đội từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2024. Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch cổ và điều trị bổ trợ bằng I-131. Đáp ứng điều trị được đánh giá sau 6 tháng theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Tuyến giáp Hoa Kỳ (ATA) 2015. **Kết quả:** Nhóm nghiên cứu chủ yếu là nữ (90,1%), tuổi trung bình $47,7 \pm 11,2$. Đa số bệnh nhân ở giai đoạn T3b (67,0%) và có di căn hạch cổ (39,6%). Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau 6 tháng là 61,5%. Việc vét hạch cổ bên làm tăng đáng kể tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật so với nhóm không vét hạch cổ bên (35,3% vs 10,5%, $p=0,04$). Phân tích hồi quy đa biến chỉ ra ba yếu tố tiên lượng độc lập làm giảm khả năng đạt đáp ứng hoàn toàn, gồm di căn hạch cổ (OR=0,27), tổn thương đa ổ (OR=0,17) và nồng độ Tg kích thích trước điều trị cao (OR=0,84). **Kết luận:** Các yếu tố di căn hạch, tổn thương đa ổ và nồng độ Tg kích thích cao là những yếu tố tiên lượng bất lợi quan trọng, cần được xem xét để cá thể hóa chiến lược điều trị và theo dõi bệnh nhân. **Từ khóa:** Cắt hoàn toàn tuyến giáp, điều trị I-131, ung thư tuyến giáp thể nhú

SUMMARY

RESULTS OF TOTAL THYROIDECTOMY COMBINED WITH I-131 THERAPY FOR PAPILLARY THYROID CARCINOMA AT THE MILITARY INSTITUTE OF RADIOLOGY AND ONCOLOGY

Objective: To evaluate the outcomes of total thyroidectomy followed by I-131 therapy for papillary thyroid carcinoma (PTC) at the Military Hospital of Radiant Medicine and Oncology. **Subjects and Methods:** A descriptive, retrospective, and prospective study was conducted on 91 PTC patients treated at the Military Hospital of Radiant Medicine and Oncology from January to June 2024. All patients underwent total thyroidectomy, neck dissection, and adjuvant I-131 therapy. Treatment response was assessed after 6 months according to the American

Thyroid Association (ATA) 2015 guidelines. **Results:** The study group was predominantly female (90.1%), with a mean age of 47.7 ± 11.2 years. The majority of patients were in stage T3b (67.0%) and had cervical lymph node metastasis (39.6%). The complete response rate after 6 months was 61.5%. Lateral neck dissection significantly increased the rate of postoperative complications compared to the group without lateral neck dissection (35.3% vs. 10.5%, $p=0.04$). Multivariate regression analysis identified three independent prognostic factors that reduced the likelihood of achieving a complete response: cervical lymph node metastasis (OR=0.27), multifocal tumors (OR=0.17), and high pre-treatment stimulated Tg levels (OR=0.84). **Conclusion:** Lymph node metastasis, multifocal tumors, and high stimulated Tg levels are significant adverse prognostic factors that should be considered to personalize treatment strategies and patient follow-up.

Keywords: Total thyroidectomy, I-131 therapy, papillary thyroid carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp thể nhú là loại ung thư tuyến giáp phổ biến nhất, chiếm từ 80 - 90% các bệnh nhân ung thư tuyến giáp, bệnh có tiên lượng tốt, tiến triển chậm, tỷ lệ sống thêm 10 năm trên 90%, đặc biệt ở giai đoạn sớm. Một số yếu tố như tuổi cao, di căn hạch cổ, xâm lấn ngoài tuyến giáp, và đột biến gen (đặc biệt là BRAF V600E, TERT) có liên quan đến nguy cơ tái phát cao và tử vong do bệnh. Chiến lược điều trị PTC hiện nay là mô thức kết hợp gồm phẫu thuật, điều trị iod phóng xạ (I-131) và liệu pháp hormone ức chế TSH [1].

Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ phát hiện ở giai đoạn sớm khá cao, song di căn hạch cổ vẫn thường gặp (30–70%). Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp kết hợp I-131 là phương pháp điều trị chuẩn tại nhiều trung tâm ung bướu lớn. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau điều trị đạt trên 75% trong các nghiên cứu gần đây, và tỷ lệ sống thêm 5 năm lên tới 99% ở nhóm bệnh nhân được điều trị đầy đủ [2].

Viện Y học Phóng xạ và U bướu Quân đội là một trong những đơn vị thực hiện đầy đủ phác đồ điều trị bệnh lý này, tuy nhiên còn thiếu nhiều. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị một cách đầy đủ trên nhóm bệnh này. Do đó, để nâng cao hiệu quả điều trị và tối ưu hóa các phác đồ điều trị tối tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh*

¹Viện Y học phóng xạ và U bướu Quân đội

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Tiến

Email: huytiennguyen.8892@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 29.8.2025