

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 06/2020-06/2025

Trịnh Văn Đại¹, Tống Xuân Thắng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương giai đoạn 06/2020 – 06/2025. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 139 bệnh nhân ung thư tuyến giáp được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 44 tuổi, trong đó nữ chiếm 82,7%, nam 17,3%. Triệu chứng thường gặp nhất là khối sưng vùng cổ (69,8%). 90,6% khối u giảm âm trên siêu âm, kích thước < 2 cm chiếm 85,6%. Vị trí u gặp nhiều nhất ở thùy phải (56,8%). Tỷ lệ có hạch cổ lâm sàng là 28,8%. Cắt toàn bộ tuyến giáp chiếm 78,4%, vét hạch 68,3%. Giai đoạn I chiếm 72,7%, giai đoạn II 18,7%, giai đoạn III 7,9% và IVa 0,7%. Biến chứng sau mổ gồm suy tuyến cận giáp tạm thời (12,2%) và khàn tiếng (5,8%). Tái phát xảy ra ở 5% bệnh nhân, 100% tại hạch, chủ yếu trong vòng 6 tháng sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương cho kết quả an toàn, tỷ lệ biến chứng thấp và đa số bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn sớm.

SUMMARY

EVALUATION OF SURGICAL OUTCOMES IN THYROID CANCER PATIENTS AT THE NATIONAL EAR, NOSE AND THROAT HOSPITAL FROM JUNE 2020 TO JUNE 2025

Objective: To evaluate the surgical outcomes of thyroid cancer treatment at the National Ear, Nose and Throat Hospital from June 2020 to June 2025. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 139 patients with thyroid cancer who underwent surgery at the National ENT Hospital. **Results:** The mean age was 44 years. Females accounted for 82.7%, males 17.3%. The most common presenting symptom was a neck mass (69.8%). On ultrasound, 90.6% of tumors were hypoechoic, and tumors < 2 cm accounted for 85.6%. The most common tumor location was the right lobe (56.8%). Cervical lymph node metastases were found clinically in 28.8%. Total thyroidectomy was performed in 78.4% of cases, and lymph node dissection in 68.3%. Stage I accounted for 72.7%, stage II for 18.7%, stage III for 7.9%, and stage IVa for 0.7%. Postoperative complications included transient hypoparathyroidism (12.2%) and hoarseness (5.8%). Recurrence occurred in 5% of patients, all in

cervical lymph nodes, mainly within 6 months after surgery. **Conclusion:** Surgical treatment of thyroid cancer at the National ENT Hospital was safe, with a low complication rate, and most patients were diagnosed at an early stage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp có xu hướng gia tăng trên toàn cầu [1]. Tại Việt Nam, bệnh đứng hàng thứ 9 trong số các loại ung thư thường gặp, với hàng nghìn ca mắc mới và hàng trăm ca tử vong mỗi năm, tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 3,52/100.000 dân [1].

Trong chẩn đoán, ung thư tuyến giáp thường biểu hiện bằng một khối u hoặc hạch vùng cổ kèm theo các triệu chứng như nuốt vướng, nói khàn, khó thở... Về điều trị, phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất, có tính chất quyết định đến kết quả điều trị [1],[2]. Ở Việt Nam, đã có nhiều công trình nghiên cứu về ung thư tuyến giáp nói chung cũng như đánh giá kết quả các phương pháp phẫu thuật nói riêng. Tuy nhiên, các nghiên cứu đánh giá toàn diện kết quả phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp trong nước trong những năm gần đây chưa được thực hiện nhiều.

Xuất phát từ những thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương giai đoạn 06/2020 – 06/2025” nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp tại bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 139 bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư tuyến giáp nguyên phát và được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương trong giai đoạn từ tháng 06/2020 đến tháng 06/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp nguyên phát.
- Được điều trị bằng phẫu thuật và có đầy đủ hồ sơ bệnh án.
- Chẩn đoán mô bệnh học sau phẫu thuật là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú hoặc thể khác.
- Có đầy đủ dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sau mổ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã được phẫu thuật tuyến giáp

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Văn Đại

Email: daitrinh1991@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.9.2025

Ngày duyệt bài: 17.10.2025

trước đó.

- Bệnh nhân ung thư tuyến giáp tái phát.
- Không có kết quả mô bệnh học xác định.
- Bệnh nhân mắc bệnh nội khoa nặng hoặc bệnh toàn thân không cho phép phẫu thuật.

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ dữ liệu cần thiết.

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện theo thiết kế mô tả cắt ngang.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

2.3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi: tính từ ngày vào viện trừ năm sinh, phân nhóm <15 tuổi, 15–45 tuổi, >45 tuổi.
- Giới: nam, nữ.
- Lý do vào viện và triệu chứng cơ năng.
- Yếu tố nguy cơ: tiền sử chiếu tia xạ vùng đầu, cổ; tiền sử bệnh tuyến giáp; tiền sử gia đình có người mắc ung thư tuyến giáp...
- Tình trạng toàn thân khi nhập viện.

2.3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

- Đặc điểm khối u: số lượng, vị trí, mật độ, ranh giới, độ di động.

- Đặc điểm hạch cổ: có/không, vị trí, số lượng.
- Siêu âm tuyến giáp và hạch cổ: đặc điểm âm học, kích thước u, đặc điểm hạch.

- Kết quả chọc hút tế bào bằng kim nhỏ

2.3.3. Đặc điểm phẫu thuật

- Phương pháp phẫu thuật tuyến giáp: cắt thùy giáp + eo, cắt gần toàn bộ tuyến giáp, cắt toàn bộ tuyến giáp.

- Phương pháp xử lý hạch: không vét hạch, vét hạch một hoặc hai bên, nhóm hạch cổ trung tâm (nhóm VI).

2.3.4. Đặc điểm mô bệnh học và giai đoạn bệnh

- Phân loại mô bệnh học.
- Phân loại giai đoạn bệnh theo TNM.

2.3.5. Kết quả sau mổ

- Tai biến trong mổ.
- Biến chứng sau mổ: trong 24 giờ đầu, trong 72 giờ, sau 1 tháng.

- Tái phát: vị trí, thời gian xuất hiện.

2.4. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm, biến định lượng được biểu thị bằng giá trị trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<15 tuổi	1	0,7

15–45 tuổi	78	56,1
>45 tuổi	60	43,2
Tổng	139	100

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nam	24	17,3
Nữ	115	82,7
Tổng	139	100

Bảng 3.3. Lý do vào viện

Lý do vào viện	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Khối sưng vùng cổ	97	69,8
Nuốt vướng	28	20,1
Khàn tiếng	11	7,9
Hạch cổ	7	5,0
Khám sức khỏe định kỳ	7	5,0

Bảng 3.4. Yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tiền sử bệnh lý tuyến giáp	18	12,9
Tiền sử gia đình ung thư tuyến giáp	10	7,2
Không có yếu tố nguy cơ đặc biệt	111	79,9

Bảng 3.5. Tình trạng toàn thân khi nhập viện

Tình trạng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	131	94,24
Gầy sút	8	5,76

3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3.6. Vị trí khối u

Vị trí	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thùy phải	79	56,8
Thùy trái	48	34,5
Eo	11	7,9
Hai thùy	1	0,7

Bảng 3.7. Mật độ và ranh giới khối u

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Mật độ		
Cứng chắc	54	87,1
Mềm	8	12,9
Ranh giới		
Rõ	84	60,4
Không rõ	55	39,6

Bảng 3.8. Độ di động khối u

Độ di động	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Di động tốt	110	79,1
Hạn chế	26	18,7
Cố định	3	2,2

Bảng 3.9. Hạch cổ lâm sàng

Hạch cổ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	40	28,8
Không	99	71,2

Bảng 3.10. Đặc điểm siêu âm và kích thước khối u

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giảm âm	126	90,6

Khác	13	9,4
Kích thước		
< 1 cm	77	55,4
1–2 cm	42	30,2
≥ 2 cm	20	14,4

Bảng 3.11. Phương pháp phẫu thuật tuyến giáp

Phương pháp	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Cắt toàn bộ tuyến giáp	109	78,4
Cắt thùy + eo	30	21,6

Bảng 3.12. Vết hạch cổ

Vết hạch	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	95	68,3
Không	44	31,7

Bảng 3.13. Phân loại TNM

TNM		Số BN	Tỷ lệ %
T	T _{1a}	70	50.4
	T _{1b}	24	17.3
	T ₂	12	8.6
	T ₃	23	16.5
	T ₄	10	7.2
N	N ₀	96	69.1
	N _{1a}	27	19.4
	N _{1b}	16	11.5
M	M ₀	139	100.0
	M ₁	0	0.0
Giai đoạn	I	101	72.7
	II	26	18.7
	III	11	7.9
	Iva	1	0.7

Bảng 3.14. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	Số BN	Tỷ lệ %
Chảy máu sau mổ	0	0.0
Suy tuyến cận giáp tê bì tay chân	17	12.2
Nhiễm độc giáp	0	0.0
Tổn thương thần kinh thanh quản trên	0	0.0
Tổn thương TK TQON khàn tiếng sau mổ	8	5.8
Các biến chứng khác	0	0.0

Bảng 3.15. Tái phát

Tái phát	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	7	5
Không	132	95

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, tuổi trung bình của bệnh nhân là 44 tuổi, trong đó nhóm tuổi 15–45 chiếm tỷ lệ cao nhất (56,1%). Kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ của ung thư tuyến giáp, thường gặp ở người trẻ và trung niên, đặc biệt ở nữ giới [3]. Tỷ lệ nữ trong nghiên cứu chiếm 82,7%, cao gấp nhiều lần so với nam (17,3%), điều này đã được nhiều tác giả giải thích là liên quan đến yếu

tố nội tiết, đặc biệt là hormon estrogen, vốn là yếu tố thúc đẩy tăng trưởng cả tế bào lành lẫn tế bào ác tính của tuyến giáp [4].

Lý do vào viện chủ yếu là khối sưng vùng cổ (69,8%), tiếp theo là nuốt vướng (20,1%) và khàn tiếng (7,9%). Các triệu chứng này phản ánh khối u đã đạt kích thước hoặc vị trí gây ảnh hưởng đến cấu trúc vùng cổ, từ đó thúc đẩy người bệnh đi khám [5]. Đáng chú ý, có 5,0% bệnh nhân phát hiện bệnh qua khám sức khỏe định kỳ, cho thấy tầm quan trọng của các chương trình tầm soát và khám định kỳ [6].

Về yếu tố nguy cơ, 12,9% bệnh nhân có tiền sử bệnh lý tuyến giáp, 7,2% có tiền sử gia đình mắc ung thư tuyến giáp và 79,9% không ghi nhận yếu tố nguy cơ rõ ràng. Điều này cho thấy phần lớn các trường hợp xuất hiện rời rạc, không có yếu tố nguy cơ đặc hiệu, phù hợp với nhận định ung thư tuyến giáp thể nhú thường gặp ở người không có tiền sử gia đình [7].

Đặc điểm khối u trong nghiên cứu cho thấy vị trí gặp nhiều nhất ở thùy phải (56,8%), mật độ cứng chắc (87,1%), ranh giới rõ (60,4%) và di động tốt (79,1%). Trên siêu âm, 90,6% khối u giảm âm và hơn một nửa có kích thước < 1 cm (55,4%). Điều này cho thấy một phần đáng kể bệnh nhân được phát hiện ở giai đoạn sớm nhờ siêu âm [8].

Về phương pháp phẫu thuật, cắt toàn bộ tuyến giáp được áp dụng ở 78,4% bệnh nhân, trong khi cắt thùy + eo chiếm 21,6%. Tỷ lệ vết hạch cổ là 68,3%, trong đó chủ yếu là nhóm hạch cổ trung tâm. Kết quả mô bệnh học cho thấy đa số bệnh nhân ở giai đoạn T1 (67,7%), N0 (69,1%) và không có di căn xa (100%). Điều này phản ánh xu hướng phát hiện bệnh sớm và can thiệp phẫu thuật triệt căn ngay từ đầu [9].

Tỷ lệ biến chứng sau mổ nhìn chung thấp, biến chứng thường gặp nhất là hạ calci máu (12,2%), tiếp đến là tổn thương dây thần kinh quặt ngược (5,8%). Không ghi nhận các biến chứng như chảy máu sau mổ, nhiễm độc giáp hay tổn thương thần kinh thanh quản trên. Tỷ lệ tái phát sau mổ là 5,0%, phù hợp với đặc điểm bệnh học và mức độ ác tính thấp của ung thư tuyến giáp thể biệt hóa [10].

Kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp trong giai đoạn 2020–2025 tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương đạt hiệu quả cao, biến chứng thấp và tỷ lệ tái phát thấp, góp phần nâng cao tiên lượng và chất lượng sống cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm chung: Tuổi trung bình là 44

tuổi, nhóm tuổi 15–45 chiếm 56,1%. Nữ giới chiếm đa số (82,7%). Lý do vào viện thường gặp nhất là khối sưng vùng cổ (69,8%). Đa số bệnh nhân không có yếu tố nguy cơ rõ ràng (79,9%).

2. Đặc điểm khối u: Vị trí thường gặp ở thùy phải (56,8%), mật độ cứng chắc (87,1%), ranh giới rõ (60,4%), di động tốt (79,1%). Trên siêu âm, đa số khối u giảm âm (90,6%), kích thước < 1 cm chiếm 55,4%.

3. Kết quả phẫu thuật: Cắt toàn bộ tuyến giáp được thực hiện ở 78,4% bệnh nhân; 68,3% được vét hạch cổ, chủ yếu nhóm hạch cổ trung tâm. Đa số bệnh nhân ở giai đoạn T1 (67,7%), N0 (69,1%), không có di căn xa (100%).

4. Biến chứng và tái phát: Biến chứng sau mổ thấp, thường gặp nhất là hạ calci máu (12,2%), tiếp theo là tổn thương dây thần kinh quặt ngược (5,8%). Tỷ lệ tái phát sau mổ là 5,0%.

VI. KIẾN NGHỊ

- Tăng cường tầm soát và phát hiện sớm ung thư tuyến giáp, đặc biệt ở nhóm nguy cơ cao.
- Lựa chọn phương pháp phẫu thuật triệt căn phù hợp, kết hợp vét hạch khi có chỉ định để giảm nguy cơ tái phát.
- Cần có các nghiên cứu theo dõi dài hạn hơn nhằm đánh giá kết quả lâu dài và chất lượng sống sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Quốc Bảo.** (2010). Ung thư tuyến giáp. Trong Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư 2010. Nhà xuất bản Y học, tr. 92-113.
2. **Vũ Trung Chính** (2002). "Nghiên cứu áp dụng phương pháp điều trị ung thư giáp trạng thể biệt

- hóa bằng cắt bỏ tuyến giáp toàn bộ kết hợp I-131", Luận văn thạc sĩ y học, Hà Nội.
3. **Rahbari R, Zhang L, Kebebew E.** Thyroid cancer gender disparity. *Future Oncol.* 2010 Nov;6(11): 1771-9. doi:10.2217/fon.10.127. PMID: 21142662.
4. **Malaguarnera R, Frasca F, Garozzo A, et al.** An estrogen receptor α antagonist induces apoptosis in human thyroid cancer cells by activation of p53 and Bax. *J Clin Endocrinol Metab.* 2010 Dec;95(12): E160–E165. doi:10.1210/jc.2010-1195. PMID: 20881255.
5. **American Cancer Society.** Signs and Symptoms of Thyroid Cancer. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/types/thyroid-cancer/detection-diagnosis-staging/signs-symptoms.html>
6. **Kitahara CM, Sosa JA.** The changing incidence of thyroid cancer. *Nat Rev Endocrinol.* 2016 Nov;12(11):646-653. doi:10.1038/nrendo.2016.110. PMID: 27418023.
7. **American Cancer Society.** Thyroid Cancer Risk Factors. Available from: <https://www.cancer.org/cancer/types/thyroid-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html>
8. **Brito JP, Morris JC, Montori VM.** Thyroid cancer: zealous imaging has increased detection and treatment of low risk tumours. *BMJ.* 2013 Aug 8;347:f4706. doi:10.1136/bmj.f4706. PMID: 23936308.
9. **Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al.** 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid.* 2016 Jan;26(1): 1-133. doi:10.1089/thy.2015.0020. PMID: 26462967.
10. **Rosato L, Avenia N, Bernante P, et al.** Complications of thyroid surgery: analysis of a multicentric study on 14,934 patients operated on in Italy over 5 years. *World J Surg.* 2004 Mar;28(3):271-6. doi:10.1007/s00268-003-6903-1. PMID: 14961203.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ỨNG DỤNG CÔNG NGHỆ IN 3D TRONG PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GỠY LIÊN MẪU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI BẰNG ĐỊNH GAMMA 3

Nguyễn Anh Tuấn^{1,2}, Võ Thành Toàn^{1,3,4}

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Chấn thương Chính hình Tp.HCM

³Bệnh viện Thống Nhất

⁴Trường Đại học Khoa học Sức khỏe, Đại học Quốc gia TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thành Toàn

Email: toanvt@bvtvn.org.vn

Ngày nhận bài: 8.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2025

Ngày duyệt bài: 14.10.2025

Mục tiêu nghiên cứu: Ứng dụng công nghệ in 3D trong hỗ trợ điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi bằng định gamma 3 trên bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên có tình trạng loãng xương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu báo cáo loạt ca tiến cứu khảo sát 15 trường hợp bệnh nhân bị gãy kín mất vững LMCXD từ 60 tuổi do chấn thương được chỉ định phẫu thuật kết hợp xương bằng định Gamma 3 có hỗ trợ in 3D tại khoa Chi dưới, khoa Cấp cứu bệnh viện Chấn Thương Chính Hình thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 7/2024 - 12/2024. **Kết quả:** Độ tuổi trung vị 77 (72–81) tuổi, nữ chiếm 73,3%. Nguyên nhân chính là tai nạn sinh hoạt (86,7%); gãy chân trái 46,7%, phải 53,3%; AO 31A2 chiếm 80%. Đặc điểm