

- cardiac arrest: A prospective cohort study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2025;87:103889. doi:10.1016/j.iccn.2024.103889
2. **Đỗ Ngọc Sơn, Lương Quốc Chính, Phạm Thị Dung, và cộng sự.** Survival after out-of-hospital cardiac arrest, Viet Nam: multicentre prospective cohort study. *Bull World Health Organ.* 2021;99(1):50-61. doi:10.2471/blt.20.269837
  3. **Nehme Z, Andrew E, Bernard S, Smith K.** Impact of cardiopulmonary resuscitation duration on survival from paramedic witnessed out-of-hospital cardiac arrests: An observational study. *Resuscitation.* 2016;100:25-31. doi:10.1016/j.resuscitation.2015.12.011
  4. **Ornato JP, Peberdy MA, Reid RD, Feeser VR, Dhindsa HS;** National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation Investigators. Impact of resuscitation system errors on survival from in-hospital cardiac arrest. *Resuscitation.* 2012; 83(1): 63-69. doi:10.1016/j.resuscitation.2011.09.009
  5. **Hopkins CL, Burk C, Moser S, Meersman J, Baldwin C, Youngquist ST.** Implementation of pit crew approach and cardiopulmonary resuscitation metrics for out-of-hospital cardiac arrest improves patient survival and neurological outcome. *J Am Heart Assoc.* 2016;5(1):e002892. doi:10.1161/JAHA.115.002892
  6. **Lê Bảo Huy, Nguyễn Thị Thu Hương, Trần Thị Luận, và cộng sự.** Nhận xét tình hình cấp cứu ngừng tuần hoàn hô hấp trước khi vào viện tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Thống Nhất năm 2016. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh.* 2016;6:28-35.
  7. **Ông ME, Shin SD, De Souza NN, et al.** Outcomes for out-of-hospital cardiac arrests across 7 countries in Asia: The Pan Asian Resuscitation Outcomes Study (PAROS). *Resuscitation.* 2015;96:100-108. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.07.026
  8. **Nguyễn Việt Hậu, Tăng Tuấn Phong, Nguyễn Quốc Huy, Nguyễn Khánh Dương, và cộng sự.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân và kết cục của người bệnh ngưng tim ngoại viện tại Khoa Cấp cứu Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024; 544(3). doi:10.51298/vmj. v544i3.12052

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẮC NINH SỐ 2

Hoàng Văn Sơn<sup>1</sup>, Nguyễn Xuân Hậu<sup>2,3</sup>

### FOR PAPILLARY THYROID CARCINOMA AT BAC NINH PROVINCIAL HOSPITAL

**Objectives:** To evaluate the clinical characteristics and the results of surgical treatment for papillary thyroid carcinoma (PTC) at Bac Ninh Hospital. **Methods:** A combined retrospective and prospective study on 160 patients with papillary thyroid cancer who were operated at Bac Ninh General Hospital from January 2023 to January 2024. **Results:** The mean age was 48.07 ±12.50; 86.9% female. The rates of total thyroidectomy was 62,5%. The rates of central neck dissection and lateral neck dissection were 100% và 25%, respectively. Hoarseness and hypocalcemia were the two most common complications (10.6% và 15%), higher in total thyroidectomy. At 1, 3, and 6 months postoperatively, favorable outcomes were observed in 95.6%, 98.8%, and 98.8% of cases, respectively. **Conclusion:** The surgical treatment of papillary thyroid carcinoma at Bac Ninh General Hospital was associated with positive therapeutic outcomes, characterized by procedural safety and a minimal complication rate.

**Keywords:** clinical characteristics, surgical outcomes, papillary thyroid carcinoma.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTĐ) là bệnh lý ác tính phổ biến nhất của hệ nội tiết và có xu hướng gia tăng trên toàn cầu. Theo GLOBOCAN 2022, ung thư tuyến giáp đứng thứ 7 về tỷ lệ mắc mới với khoảng 821.214 ca mắc mới, tỷ lệ nữ/nam là 3/1. Ung thư biểu mô tuyến giáp được chia

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 160 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú được phẫu thuật tại Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2024. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 48,07 ±12,50; 86,9% nữ giới. Tỷ lệ phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp là 62,5%. Tỷ lệ vết hạch cổ khoang trung tâm và vết hạch cổ bên lần lượt là 100% và 25%. Khàn tiếng và hạ calci là 2 biến chứng hay gặp nhất chiếm 10,6% và 15%, cao hơn ở nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp. Kết quả sau mổ 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng cho kết quả tốt với tỷ lệ là 95,6%, 98,8% và 98,8%. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú tại bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 cho kết quả tốt, đảm bảo an toàn và tỷ lệ biến chứng thấp. **Từ khóa:** đặc điểm lâm sàng, kết quả phẫu thuật, ung thư tuyến giáp thể nhú.

### SUMMARY

#### THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh số 2

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh Viện K

Chịu trách nhiệm: Hoàng Văn Sơn

Email: dr.sonhoang@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

thành hai nhóm mô bệnh học khác nhau là UTTG thể biệt hóa và UTTG thể không biệt hóa. Trong UTTG thể biệt hóa, UTTG thể nhú chiếm đa số với tỷ lệ là 80-85%.<sup>1</sup> Đối với UTTG thể nhú, điều trị chủ yếu bao gồm phẫu thuật, điều trị I-131 và liệu pháp nội tiết, trong đó phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất, có tính chất quyết định đến kết quả điều trị. Tuy nhiên phẫu thuật tuyến giáp có thể gây ra nhiều biến chứng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống trong thời gian dài như tổn thương dây thần kinh thanh quản quặt ngược, tổn thương tuyến cận giáp, vì vậy cần được tiến hành tại các cơ sở chuyên sâu có kinh nghiệm. Tại Việt Nam, phẫu thuật UTTG đã được triển khai tại nhiều cơ sở y tế, trong đó có Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phương pháp này khi được áp dụng tại cơ sở này. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 160 bệnh nhân UTTG thể nhú được phẫu thuật tại Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 từ tháng 01/2023 đến tháng 01/2024.

### **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:**

- Có kết quả mô bệnh học sau mổ chẩn đoán UTBMTG thể nhú.
- Được phẫu thuật mở cắt tuyến giáp, vét hạch cổ tại Bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ kết quả.

### **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- UTTG không phải thể nhú.
- Bệnh nhân có ung thư thứ hai kèm theo.
- Bệnh nhân có bệnh nặng phối hợp không có chỉ định phẫu thuật.
- Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng cổ trước đó.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu

### **2.3. Các chỉ số nghiên cứu**

**Đặc điểm lâm sàng:** Tuổi; giới; lý do vào viện; Khám thấy u, vị trí u, mật độ u, độ di động u

**Cận lâm sàng:** Siêu âm tuyến giáp: số lượng u, âm vang, tính chất vôi hóa, TIRADS.

**Phương pháp phẫu thuật:** phẫu thuật cắt thùy và eo tuyến giáp và cắt toàn bộ tuyến giáp; vét hạch cổ (vét hạch cổ nhóm trung tâm, vét hạch cổ nhóm trung tâm và nhóm cổ bên)

**Kết quả của phẫu thuật:** biến chứng: khan tiếng, chảy máu, hạ calci, rò ống ngực

**Kết quả ung thư học:** Giai đoạn sau mổ.

Kết quả đánh giá chung sau phẫu thuật.

**2.4. Xử lý số liệu:** Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

**2.5. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### **3.1. Kết quả lâm sàng, cận lâm sàng**

**Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

| Đặc điểm đối tượng nghiên cứu |                       | n (%)              |
|-------------------------------|-----------------------|--------------------|
| Giới                          | Nữ                    | 139 (86,9)         |
|                               | Nam                   | 21 (13,1)          |
| Tuổi (TB ± SD)                |                       | 48,07±12,5 (14-78) |
| Lý do vào viện                | Khám sức khỏe định kỳ | 138 (86,2%)        |
|                               | Tự sờ thấy u vùng cổ  | 6 (3,8%)           |
|                               | Triệu chứng di căn xa | 0                  |
|                               | Nuốt vướng            | 16 (10%)           |
|                               | Khan tiếng            | 0                  |
|                               | Nổi hạch cổ           | 0                  |

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 48,07 ± 12,5 năm trong khoảng từ 14 đến 78 tuổi. Số bệnh nhân là nữ giới là 139 chiếm 86,9%. Khám sức khỏe định kỳ phát hiện bệnh là lý do hay gặp nhất, chiếm 86,2%, sau đó là nuốt vướng với 10%, tự sờ thấy u vùng cổ chiếm 3,8%. Không trường hợp nào vào viện vì khan tiếng hay nổi hạch cổ và có triệu chứng của di căn xa.

**Bảng 2: Đặc điểm trên lâm sàng và cận lâm sàng của u tuyến giáp**

| Đặc điểm u trên lâm sàng và cận lâm sàng |                 | n (%)      |
|------------------------------------------|-----------------|------------|
| Sờ thấy u trên lâm sàng                  | Có              | 73 (45,6)  |
|                                          | Không           | 87 (54,4)  |
| Vị trí u trên siêu âm (n=160)            | Thùy phải       | 64 (40)    |
|                                          | Thùy trái       | 38 (23,8)  |
|                                          | Eo giáp         | 4 (2,5)    |
|                                          | Cả hai thùy     | 54 (33,8)  |
| Số lượng                                 | 1 u             | 98 (61,2)  |
|                                          | ≥ 2 u           | 62 (38,8)  |
| Kích thước u                             | U < 1cm         | 114 (71,2) |
|                                          | 1 cm < U < 4 cm | 46 (28,8)  |
|                                          | U ≥ 4cm         | 0          |
| TIRADS                                   | 3               | 11 (6,9)   |
|                                          | 4               | 120 (75)   |
|                                          | 5               | 29 (14,1)  |

Có 73/160 BN sờ thấy u khi khám lâm sàng (45,6%), trong đó u thùy phải có 41 trường hợp (56,2%), u thùy trái có 22 trường hợp (30,1%), 4 trường hợp u 2 thùy (5,5%) và 6 trường hợp u ở eo giáp (8,2%). Siêu âm thấy 1 khối u chiếm tỷ lệ cao nhất (61,2%). Đa số bệnh nhân có khối

u < 1cm với 71,2%. TIRADS4 và TIRADS5 chiếm tỷ lệ cao nhất là 75% và 14,1%.

### 3.2. Kết quả phẫu thuật

**Bảng 3: Phương pháp và kết quả phẫu thuật**

| Phương pháp và kết quả phẫu thuật |                               | n (%)      |
|-----------------------------------|-------------------------------|------------|
| Phẫu thuật tuyến giáp             | Cắt thùy và eo tuyến giáp     | 60 (37,5)  |
|                                   | Cắt tuyến giáp toàn bộ        | 100 (62,5) |
| Vết hạch cổ                       | Chỉ vết hạch nhóm trung tâm   | 120 (75)   |
|                                   | Nhóm trung tâm và hạch cổ bên | 40 (25)    |
| Biến chứng                        | Chảy máu                      | 2 (1,3)    |
|                                   | Khàn tiếng                    | 17 (10,6)  |
|                                   | Hạ calci                      | 24 (15)    |
|                                   | Rò ống ngực                   | 1(0,6)     |

Tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật cắt TBTG chiếm phần lớn với 62,5%. Tỷ lệ bệnh nhân được vết hạch cổ khoang trung tâm và vết hạch cổ bên là 100% và 25%. Khàn tiếng và hạ calci là 2 biến chứng hay gặp nhất trong khi biến chứng chảy máu và rò ống ngực rất ít gặp chiếm 1,3% và 0,6%.

### 3.3. Kết quả ung thư học

**Bảng 4: Kết quả ung thư học**

| Kết quả ung thư học           |                 | n (%)     |
|-------------------------------|-----------------|-----------|
| Giai đoạn bệnh sau phẫu thuật | T <sub>1</sub>  | 136 (85)  |
|                               | T <sub>2</sub>  | 4 (2,5)   |
|                               | T <sub>3b</sub> | 15 (9,4)  |
|                               | T <sub>4</sub>  | 5 (3,1)   |
|                               | N <sub>0</sub>  | 94 (58,1) |
|                               | N <sub>1a</sub> | 48 (30,6) |
|                               | N <sub>1b</sub> | 18 (11,3) |
|                               | M <sub>0</sub>  | 160 (100) |

Nhóm bệnh nhân có kích thước u T<sub>1</sub> chiếm tỷ lệ lớn nhất (85%), nhóm u T<sub>2</sub> chiếm 2,5%, nhóm u T<sub>3b</sub> chiếm 9,4%, có 5 trường hợp u T<sub>4</sub> tương ứng 3,1%. Trong 160 bệnh nhân được nạo vét hạch cổ có 41,9 % có di căn hạch cổ, trong đó chỉ di căn hạch cổ trung tâm (N<sub>1a</sub>) chiếm 30,6% và di căn hạch cổ bên (N<sub>1b</sub>) chiếm 11,3%. Có 58,1% trường hợp không di căn hạch. Không có trường hợp nào có di căn xa.

### KẾT QUẢ CHUNG SAU PHẪU THUẬT 1 THÁNG, 3 THÁNG VÀ 6 THÁNG



**Biểu đồ 1: Đánh giá kết quả chung sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng và sau 6 tháng**

Theo dõi sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng cho kết quả tốt với tỷ lệ là 95,6%, 98,8%

và 98,8%.

## IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 86,9% bệnh nhân là nữ với độ tuổi trung bình là 48,07 ± 12,5, thấp nhất là 14 tuổi, cao nhất là 78 tuổi, cao hơn so với nghiên cứu của Trần Văn Thông với tuổi mắc bệnh trung bình 43,27 ± 14,71 tuổi và Hoàng Văn Sinh 45,16 ± 12,72.<sup>2,3</sup> Theo nghiên cứu của Nguyễn Quốc Bảo (2010), tỉ lệ ung thư tuyến giáp ở nữ giới cao gấp 3 lần nam giới, thấp hơn đáng kể khi so sánh với kết quả của chúng tôi.<sup>4</sup> Tuy nhiên báo cáo của tác giả Hoàng Văn Sinh (2022) cho thấy tỷ lệ nữ/nam là 7,5/1,<sup>3</sup> tương đồng với kết quả trong nghiên cứu này. Như vậy cho thấy UTTG thể nhú chủ yếu gặp ở nữ giới và đang có xu hướng gia tăng ngay cả ở độ tuổi trẻ. Từ các nghiên cứu dịch tễ trước đây, số liệu cho thấy người bệnh thường tự sờ thấy khối u vùng cổ là lý do vào viện hay gặp nhất, như trong nghiên cứu của tác giả Lê Văn Quảng (2002) là 68,5%, tác giả Đinh Xuân Cường (2010) nghiên cứu tỷ lệ này là 73,8%.<sup>5,6</sup> Trái lại, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh đến khám vì lý do tự sờ thấy khối vùng cổ ít hơn hẳn, chỉ chiếm 3,8% và khám sức khỏe định kỳ tình cờ phát hiện khối u tuyến giáp là lý do vào viện chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 86,2% trường hợp. Điều này cho thấy, trình độ dân trí và điều kiện kinh tế- xã hội ngày được nâng cao, người dân đã có mức độ quan tâm tới sức khỏe tăng lên do đó mọi người có xu hướng đi khám sức khỏe định kì thường xuyên hơn và nhờ phương tiện chẩn đoán hình ảnh siêu âm đã phát hiện bệnh sớm hơn ngay cả khi chưa có triệu chứng lâm sàng. Ngoài ra, tỉ lệ bệnh nhân vào viện ở giai đoạn muộn hơn với các triệu chứng cơ năng như nuốt vướng chỉ chiếm 10% trong nghiên cứu của chúng tôi. Tương đồng với Hoàng Văn Sinh (2022) là 8,2% và Lê Văn Long (2018) là 7,27%.<sup>3,7</sup> Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào vào viện vì khàn tiếng, nổi hạch cổ hay có triệu chứng của di căn xa. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn các trường hợp gặp ở một thùy với tỷ lệ thùy phải và thùy trái lần lượt là 40,0% và 23,8%. Ít gặp u ở eo giáp với tỉ lệ 2,5%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Hoàng Văn Sinh với tỷ lệ u trên siêu âm tại thùy phải, thùy trái và eo tuyến giáp lần lượt là 27,7%, 38,5% và 3,6%.<sup>3</sup>

Siêu âm là công cụ chẩn đoán hình ảnh có vai trò quan trọng trong quá trình sàng lọc và chẩn đoán UTTG. Hiện nay, sử dụng phân loại TIRADS tổng hợp các đặc tính của u tuyến giáp trên siêu âm để nhận định mức độ ác tính của u

giáp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân độ TIRADS 4 và TIRADS 5 chiếm tỷ lệ cao nhất là 75% và 14,1%, và TIRADS 3 có tỷ lệ là 6,9%. Tỷ lệ trong nghiên cứu của Hoàng Văn Sinh với TIRADS 3, TIRADS 4 và TIRADS 5, lần lượt 6,6%, 31,3% và 62,1%.<sup>3</sup> Trong khi tỷ lệ phân độ TIRADS 4 và TIRADS 5 chiếm 18,5% và 60,2% theo nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Sơn.<sup>8</sup> Các kết quả này phần nào phản ánh khả năng phân tầng nguy cơ tương đối chính xác của hệ thống phân loại TIRADS, tuy nhiên cũng cần nhấn mạnh rằng, các trường hợp TIRADS 3 cũng cần được theo dõi và đánh giá cẩn thận, tránh bỏ sót ung thư.

Trong số 160 bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 62,5% là cắt toàn bộ tuyến giáp, 37,5% là cắt thùy và eo tuyến giáp, tỉ lệ này khá tương đồng khi so sánh với kết quả của các trung tâm phẫu thuật trong nước khác. Trong nghiên cứu của tác giả Trần Văn Thông (2014), tỷ lệ này là 81,43% là cắt toàn bộ tuyến giáp, 12,86% cắt gần toàn bộ tuyến giáp và chỉ có 5,71% là cắt thùy và eo tuyến giáp.<sup>2</sup> Theo tác giả Phạm Xuân Cường (2024), 74,5% bệnh nhân được cắt toàn bộ tuyến giáp, 25,5% bệnh nhân được cắt thùy và eo tuyến giáp.<sup>9</sup> Điều này cho thấy, ngày nay xu thế cắt thùy và eo tuyến giáp ngày càng tăng lên, một phần do công tác chẩn đoán sớm cũng như mục tiêu bảo tồn tối đa phần tuyến giáp lành, đảm bảo nguy cơ tái phát thấp và nâng cao chất lượng sống của người bệnh. Mặc dù vai trò của vét hạch cổ trung tâm dự phòng vẫn còn nhiều tranh luận, tuy nhiên trong thực hành của cơ sở chúng tôi, tất cả các bệnh nhân đều được vét hạch cổ, trong đó tỷ lệ vét hạch cổ trung tâm đơn thuần dự phòng và điều trị là 75%, tỷ lệ vét hạch cổ trung tâm và hạch cổ bên là 25%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng khàn tiếng và hạ calci là hai biến chứng hay gặp nhất. Tỷ lệ khàn tiếng tạm thời là 10,6%, thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Văn Long với tỷ lệ 23,64%.<sup>7</sup> Tỷ lệ bệnh nhân hạ calci máu là 15,0%, tương đương với kết quả của Nguyễn Tuấn Sơn và cộng sự với 12,2% trong khi thấp hơn so với Phạm Xuân Cường với 21,57%.<sup>9</sup> Biến chứng chảy máu rất ít gặp với tỷ lệ 1,3% trong 24 giờ đầu sau mổ. Rò ống ngực chỉ xảy ra duy nhất 1 trường hợp, chiếm tỷ lệ 0,6%.

Dựa trên kết quả nghiên cứu, kết quả phân chia giai đoạn bệnh sau phẫu thuật chủ yếu gặp ở giai đoạn I với tỷ lệ 96,3%, có 3,8% trường hợp ở giai đoạn II, không có trường hợp nào ở giai đoạn III, IV. Không có trường hợp nào có di căn xa trong nghiên cứu. Theo dõi bệnh nhân tại viện sau 1 tuần phẫu thuật cho thấy đa số các

bệnh nhân đều có kết quả tốt là 78%, tuy nhiên vẫn còn một tỷ lệ bệnh nhân có kết quả mức độ trung bình là 22%, không ghi nhận có trường hợp nào có kết quả xấu. Tỷ lệ này có thay đổi sau 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng theo hướng tốt dần hơn với kết quả tốt và trung bình lần lượt là: 95,6% và 4,4%; 98,8% và 1,2%; 98,8% và 1,2%. Kết quả của chúng tôi tương tự của tác giả Phạm Xuân Cường, phần lớn đạt loại tốt 98,04% và 1,96% đạt mức trung bình.<sup>9</sup>

Mặc dù bước đầu cho thấy tính an toàn và hiệu quả, tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế như cỡ mẫu khiêm tốn, thời gian theo dõi còn ngắn, chưa đánh giá được vai trò của các phương pháp điều trị khác như I-131, điều trị nội tiết đối với kết quả sống còn chung. Dù vậy, những kết quả ban đầu này là cơ sở cho thấy cần có các nghiên cứu quy mô lớn hơn, dài hạn hơn để xác nhận hiệu quả của phẫu thuật trong điều trị ung thư tuyến giáp tại bệnh viện đa khoa Bắc Ninh.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú tại bệnh viện đa khoa Bắc Ninh số 2 cho kết quả tốt, đảm bảo an toàn và tỷ lệ biến chứng thấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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*. May-Jun 2024;74(3):229-263. doi:10.3322/caac.21834
2. Trần Văn Thông. Đánh Giá Kết Quả Sớm Phẫu Thuật Ung Thư Tuyến Giáp Tại Bệnh Viện Đại Học Y Hà Nội. Luận văn thạc sĩ. Đại học Y Hà Nội; 2014.
3. Hoàng Văn Sinh, Phạm Hữu Lư. Kết quả điều trị phẫu thuật ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. 2023;532(1)
4. Nguyễn Quốc Bảo. Ung thư tuyến giáp. Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư. Nhà xuất bản y học; 2010:92-113.
5. Lê Văn Quảng. Nhận xét đặc điểm lâm sàng và các phương pháp điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K từ năm 1992-2000. *Tạp Chí Y Học*. 2002;323-326.
6. Đinh Xuân Cường. Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng, Mô Bệnh Học và Kết Quả Điều Trị Phẫu Thuật Ung Thư Tuyến Giáp Tại Bệnh Viện K. 2010;
7. Lê Văn Long. Đánh Giá Kết Quả Sớm Phẫu Thuật Ung Thư Tuyến Giáp Tại Bệnh Viện K Năm 2017. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
8. Nguyễn Tuấn Sơn, Hàn Thị Vân Thanh. Kết quả phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô tuyến giáp thể biệt hóa tại bệnh viện K cơ sở Tân Triều. *Tạp Chí Y học Việt Nam*. 2021;506(1)
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;536(1)

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GẤY HỖ IIIB THÂN HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Lê Thành Trung<sup>1</sup>, Dương Đình Toàn<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Giới thiệu:** Gãy hở thân hai xương cẳng chân độ IIIB theo phân loại Gustilo–Anderson vẫn là một thách thức lớn trong chấn thương chỉnh hình do nguy cơ cao nhiễm trùng, chậm liền xương và biến chứng phần mềm. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị gãy hở độ IIIB thân hai xương cẳng chân tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu kết hợp hồi cứu được tiến hành trên 55 bệnh nhân gãy hở độ IIIB thân hai xương cẳng chân theo phân loại Gustilo–Anderson, được điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 6/2024 đến tháng 6/2025. Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật cấp cứu cắt lọc vết thương và cố định ngoại vi xương chày. Kết quả nắn chỉnh xương thì đầu được đánh giá theo tiêu chuẩn Larson và Bosman; liền xương bằng thang điểm RUST; kết quả chuyển vật tại thời điểm 2 tuần và 2 tháng theo tiêu chuẩn Neale W.H.; và phục hồi chức năng bằng thang điểm LEFS. **Kết quả:** Tỷ lệ nắn chỉnh thì đầu đạt mức rất tốt và tốt là 78,2%. Điểm RUST trung bình đạt  $7,21 \pm 1,95$ . Liền xương đạt mức tốt 14,6%, khá 47,9%; chậm liền chiếm 51,2% và khớp giả 35,3%. Tỷ lệ vật sống đạt mức tốt và khá là 89,09%. Điểm LEFS trung bình đạt  $48,47 \pm 12,94$ ; trong đó 79,3% bệnh nhân phục hồi chức năng ở mức hạn chế tối thiểu hoặc nhẹ. Tỷ lệ nhiễm trùng chung là 36,4%, nhiễm trùng chân đinh 23,6%, cắt cụt chi 3,6%. **Kết luận:** Điều trị gãy hở độ IIIB thân hai xương cẳng chân bằng cắt lọc sớm, cố định ngoại vi và che phủ vật đạt kết quả khả quan về nắn chỉnh, tỷ lệ sống vật và phục hồi chức năng. Tuy nhiên, tỷ lệ nhiễm trùng, chậm liền và khớp giả vẫn cao, cho thấy cần tiếp tục cải thiện chiến lược điều trị và theo dõi lâu dài. **Từ khóa:** gãy xương hở, cẳng chân, chuyển vật che phủ, Bệnh Viện Việt Đức

### SUMMARY

#### OUTCOMES OF GUSTILO – ANDERSON GRADE IIIB OPEN TIBIAL DIAPHYSEAL FRACTURE MANAGEMENT AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

**Introduction:** Open tibial shaft fractures grade IIIB according to Gustilo–Anderson classification remain a major challenge in orthopedic trauma due to high risks of infection, delayed union, and soft tissue complications. This study aimed to evaluate the treatment outcomes of type IIIB open fractures of both tibia and fibula shafts managed at Viet Duc

University Hospital. **Methods:** A prospective–retrospective descriptive study was conducted on 55 patients with Gustilo–Anderson type IIIB open fractures of both tibial shafts treated at Viet Duc University Hospital between June 2024 and June 2025. All patients underwent emergency wound debridement and external fixation of the tibia. Initial fracture reduction was assessed using Larson and Bosman’s criteria; bone healing was evaluated with the RUST score; flap outcomes at 2 weeks and 2 months were assessed by Neale W.H.’s criteria; and functional recovery was measured by the Lower Extremity Functional Scale (LEFS). **Results:** Initial fracture reduction was rated as excellent or good in 78,2% of cases. The mean RUST score was  $7,21 \pm 1,95$ . Bone healing outcomes were good in 14,6%, fair in 47,9%, with delayed union observed in 51,2% and nonunion in 35,3%. Flap survival was rated good or fair in 89,09% of cases. The mean LEFS score was  $48,47 \pm 12,94$ , with 79,3% of patients achieving minimal to mild functional limitation. Overall infection rate was 36,4%, pin tract infection 23,6%, and amputation 3,6%. **Conclusion:** Surgical management of Gustilo–Anderson type IIIB open tibial shaft fractures with early debridement, external fixation, and flap coverage achieved acceptable fracture reduction, satisfactory flap survival, and functional recovery in the majority of cases. However, high rates of infection, delayed union, and nonunion highlight the need for further improvements in treatment strategies and long-term follow-up. **Keywords:** open fracture, tibial, flap coverage, Viet Duc Hospital

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy hở thân hai xương cẳng chân là loại gãy xương mà ổ gãy thông thương với môi trường bên ngoài qua vết thương phần mềm, ổ gãy được giới hạn trong khoảng dưới nếp gấp gối 5 cm và trên nếp gấp cổ chân 5 cm. Ở thể gãy hở độ IIIB, ngoài mức độ tổn thương xương nghiêm trọng, tình trạng khuyết hỏng phần mềm là vấn đề nổi bật, đòi hỏi can thiệp phẫu thuật chuyển vật che phủ. Nếu không được xử trí thích hợp, các cấu trúc quan trọng như gân, xương, mạch máu và thần kinh sẽ bị lộ ra ngoài, làm tăng nguy cơ nhiễm trùng, hoại tử và chậm liền xương.

Trong thực hành lâm sàng, gãy hở thân hai xương cẳng chân là loại gãy hở gặp nhiều nhất, chiếm khoảng 49,6% tổng số ca gãy xương hở<sup>1</sup>. Do đặc điểm giải phẫu, tổn thương ở vùng này thường thuộc nhóm gãy hở nặng theo phân độ Gustilo, trong đó độ IIIB chiếm tỷ lệ đáng kể. Trên thế giới đã có những báo cáo ghi nhận kết quả điều trị gãy hở IIIB thân hai xương cẳng chân, cho thấy kết quả khớp giả, nhiễm trùng

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thành Trung

Email: lethanhtrungmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025