KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA GIAI ĐOẠN T3B-T4M0 TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN GIAI ĐOẠN 2021 -2025

Nguyễn Hồng Minh[1], Nguyễn Văn Đăng[2,3], Phạm Vĩnh Hùng[1], Ngô Vi Tiến[1], Lê Thế Đường[2], Hà Văn Ngọ[1], Ngô Quốc Duy[2,3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm bệnh học và đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn T3b-T4 tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc trên 144 bệnh nhân giai đoạn T3b-T4 M0 được cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch cổ từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2025.

Kết quả: Tuổi trung bình 49,3 ± 12,8; nữ 84,0%. U đa ổ 75,0%, u hai bên 61,1%, 44,4% u ≤ 1 cm. pT3b 84,0%, pT4a 16,0%. Di căn hạch 61,8% (chỉ N1a 38,9%, chỉ N1b 4,2%, N1b kèm N1a 18,8%); di căn hạch tiềm ẩn ở nhóm cN0 là 63,2%. Trong mổ, khí quản bị xâm lấn 11,1%, thần kinh thanh quản quặt ngược 7,6%, thực quản 4,2%. Diện cắt R0 88,2%, R1 7,6%, R2 4,2%. Hạ canxi máu vĩnh viễn 0,7%, khàn tiếng vĩnh viễn 3,5%; khàn tiếng gặp ở 47,8% bệnh nhân T4a so với 2,5% ở T3b (p < 0,001).

Kết luận: Ung thư tuyến giáp T3b-T4 thường là u nhỏ, đa ổ, có tỷ lệ di căn hạch tiềm ẩn cao. Cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch cổ trung tâm đạt tỷ lệ lấy hết tổn thương cao, an toàn, tỷ lệ biến chứng vĩnh viễn thấp.

Từ khóa: ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, xâm lấn ngoài tuyến giáp, T3b, T4a, diện cắt, vét hạch cổ.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOMES OF T3B-T4 DIFFERENTIATED THYROID CANCER AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Objectives: To describe the pathological characteristics and evaluate treatment outcomes of T3b-T4 differentiated thyroid cancer at Nghe An Oncology Hospital.

Subjects and methods: A retrospective descriptive study with longitudinal follow-up of 144 patients with T3b-T4 M0 disease who underwent total thyroidectomy with neck dissection from January 2021 to December 2025.

Results: Mean age was 49.3 ± 12.8 years; 84.0% were female. Multifocal tumours accounted for 75.0%, bilateral tumours 61.1%, and 44.4% of tumours were ≤ 1 cm. pT3b and pT4a accounted for 84.0% and 16.0%. Nodal metastasis was found in 61.8% (N1a only 38.9%, N1b only 4.2%, N1b with N1a 18.8%); occult nodal metastasis was present in 63.2% of cN0 patients. Intraoperatively, the trachea was invaded in 11.1%, the recurrent laryngeal nerve in 7.6% and the oesophagus in 4.2%. Resection margins were R0 in 88.2%, R1 in 7.6% and R2 in 4.2%. Permanent hypocalcaemia and permanent hoarseness occurred in 0.7% and 3.5%; hoarseness occurred in 47.8% of T4a versus 2.5% of T3b patients (p < 0.001). Excellent response after surgery and I-131 was achieved in 84.7%. After a mean follow-up of 39.5 months, recurrence occurred in 16.0%, all in cervical lymph nodes; no deaths were recorded.

Conclusions: T3b-T4 differentiated thyroid cancers are frequently small, multifocal tumours with a high rate of occult nodal metastasis. Total thyroidectomy with central neck dissection achieves a high rate of complete resection with low rates of permanent complications .

Keywords: differentiated thyroid cancer, extrathyroidal extension, T3b, T4a, resection margin, neck dissection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa chiếm trên 90% ung thư tuyến giáp và nhìn chung có tiên lượng tốt. Tuy nhiên, khoảng 5-15% trường hợp có u xâm lấn ra các cấu trúc lân cận như cơ trước giáp, thần kinh thanh quản quặt ngược (TKTQQN), khí quản, thực quản ... [1]. Theo AJCC phiên bản 8, u chỉ xâm lấn đại thể cơ trước giáp được xếp T3b, u xâm lấn các cơ quan vùng cổ được xếp T4a, u xâm lấn cân trước sống hoặc bao quanh động mạch cảnh, mạch máu trung thất được xếp T4b [2]. Nhóm bệnh này có nguy cơ di căn hạch, tái phát và tử vong do bệnh cao hơn rõ rệt so với u giới hạn trong tuyến [3].

Phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất, tiếp theo là điều trị I-131 bổ, hormon ức chế TSH và một số

[1]*Bệnh viện Ung bướu Nghệ An*
[2]*Bệnh viện K*
[3]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Minh
Email: drminhngheanoncologyhospital@gmail.com
Mã bài: N984
Ngày nhận bài: 15/7/2026
Ngày phản biện khoa học: 12/7/2026
Ngày duyệt bài: 10/8/2026

trường hợp có thể xạ trị ngoài... [4]. Mục tiêu phẫu thuật là lấy bỏ toàn bộ tổn thương đồng thời bảo tồn tối đa chức năng như phát âm, nuốt và tuyến cận giáp. Hai yêu cầu này nhiều khi đối lập, và quyết định cắt bỏ hay bảo tồn cơ quan bị xâm lấn vẫn phụ thuộc nhiều vào nhiều yếu tố như tuổi, bệnh kèm theo và kinh nghiệm của từng trung tâm ...[1].

Tại Việt Nam, nghiên cứu về nhóm u xâm lấn ra ngoài tuyến còn ít và chủ yếu thực hiện tại các bệnh viện tuyến trung ương [5-7]. Bệnh viện Ung bướu Nghệ An tiếp nhận bệnh nhân khu vực Bắc Trung Bộ, đã triển khai thường quy phẫu thuật ung thư tuyến giáp xâm lấn tại chỗ nhưng chưa có tổng kết mang tính hệ thống. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với 2 mục tiêu: (1) Nhận xét một số đặc điểm bệnh học và (2) Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn T3b-T4 tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 144 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn T3b-T4 M0 được phẫu thuật tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2025.

Tiêu chuẩn lựa chọn: mô bệnh học sau mổ là ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú hoặc thể nang; giai đoạn T3b hoặc T4 theo AJCC phiên bản 8 dựa trên đánh giá trước mổ, trong mổ và mô bệnh học [2]; không có di căn xa tại thời điểm phẫu thuật; được cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch cổ tại bệnh viện; có thông tin theo dõi sau điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: ung thư tuyến giáp thể tủy, thể không biệt hóa hoặc u ác tính khác của tuyến giáp; ung thư thứ hai; đã phẫu thuật tuyến giáp ở cơ sở khác; bệnh lý nặng ảnh hưởng đến điều trị; hồ sơ không đầy đủ hoặc mất liên lạc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế: mô tả hồi cứu có theo dõi dọc. Chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

Quy trình điều trị: toàn bộ bệnh nhân được cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch cổ trung tâm; vét hạch cổ bên khi có bằng chứng di căn trên lâm sàng, siêu âm hoặc tế bào học. Cấu trúc bị xâm lấn được xử trí theo nguyên tắc lấy hết tổn thương đại thể khi có thể và ưu tiên bảo tồn chức năng: cơ trước giáp được cắt cùng khối u; TKTQQN được bóc tách bảo tồn khi còn chức năng, cắt đoạn khi bị u bao quanh; khí quản và thực quản được cắt gọt hoặc cắt một phần thành tùy mức độ xâm lấn [1]. Sau mổ, bệnh nhân được điều trị I-131 và levothyroxin ức chế TSH [4].

Biến số chính: tuổi, giới; số lượng u, vị trí u, kích thước u trên siêu âm; thể mô bệnh học; pT, pN (chỉ N1a, chỉ N1b, N1b kèm N1a); phương pháp và thời gian phẫu thuật; cấu trúc bị xâm lấn trong mổ, cách xử trí; diện cắt (R0: không còn tổn thương; R1: còn tổn thương vi thể; R2: còn tổn thương đại thể); biến chứng sau mổ (khàn tiếng và hạ canxi máu được coi là vĩnh viễn khi kéo dài trên 6 tháng); đáp ứng điều trị theo ATA [4]; tái phát và tình trạng sống còn.

Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0. So sánh tỷ lệ bằng kiểm định χ^2 hoặc Fisher; khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu không can thiệp vào điều trị; thông tin bệnh nhân được mã hóa và bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm bệnh học của nhóm nghiên cứu (n = 144)

Đặc điểm	Phân loại	n	%
Tuổi ($\bar{X}$ ± SD: 49,3 ± 12,8; 20-77)	< 55	94	65,3
	≥ 55	50	34,7
Giới	Nữ	121	84,0
	Nam	23	16,0
Số lượng u	Đơn ổ	36	25,0
	Đa ổ	108	75,0

Đặc điểm	Phân loại	n	%
Vị trí u	Một bên	48	33,3
	Hai bên	88	61,1
	Eo giáp	8	5,6
Kích thước u lớn nhất	≤ 1 cm	64	44,4
	> 1-2 cm	67	46,5
	> 2 cm	13	9,0
Mô bệnh học	Thể nhú	139	96,5
	Thể nhú biến thể nang	4	2,8
	Thể nang	1	0,7
pT	pT3b	121	84,0
	pT4a	23	16,0
pN	pN0	55	38,2
	Chỉ pN1a	56	38,9
	Chỉ pN1b	6	4,2
	pN1b kèm di căn hạch cổ trung tâm	27	18,8

Nhận xét: U đa ổ chiếm 75,0%, u hai bên 61,1%. Có tới 44,4% u ≤ 1 cm và 91,0% u ≤ 2 cm. Ung thư thể nhú chiếm 99,3%. Tỷ lệ di căn hạch trên mô bệnh học là 61,8%; trong 89 bệnh nhân có di căn hạch, hạch trung tâm có mặt ở 83 trường hợp (93,3%). Tỷ lệ cN1 trước mổ chỉ là 26,4% (38/144); trong 106 bệnh nhân cN0, 67 bệnh nhân (63,2%) có di căn hạch tiềm ẩn.

Bảng 2. Phương pháp phẫu thuật và thời gian phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	n	%	Thời gian mổ (phút), $\bar{X}$ ± SD (min-max)
Cắt toàn bộ tuyến giáp + vét hạch cổ trung tâm	102	70,8	85 ± 22 (50-135)
+ Vét hạch cổ bên một bên	34	23,6	130 ± 28 (85-190)
+ Vét hạch cổ bên hai bên	8	5,6	170 ± 35 (110-240)
Tổng	144	100	100 ± 35 (50-240)

Nhận xét: Toàn bộ bệnh nhân được cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch cổ trung tâm, 29,2% được vét thêm hạch cổ bên. Trong 42 bệnh nhân vét hạch cổ bên, 33 bệnh nhân (78,6%) có di căn hạch cổ bên trên mô bệnh học.

Bảng 3. Tổn thương xâm lấn đánh giá trong mổ

Cấu trúc bị xâm lấn	n	%
Chỉ xâm lấn cơ trước giáp (T3b)	121	84,0
Thần kinh thanh quản quặt ngược	5	3,5
Khí quản	8	5,6

Cấu trúc bị xâm lấn	n	%
Thực quản	2	1,4
Khí quản + thần kinh thanh quản quặt ngược	4	2,8
Khí quản + thực quản	2	1,4
Khí quản + thực quản + thần kinh thanh quản quặt ngược	2	1,4
Tổng	144	100
Hạch di căn xâm lấn tĩnh mạch cảnh trong (kèm theo)	2	1,4

Nhận xét: 23 bệnh nhân (16,0%) có u xâm lấn cơ quan vùng cổ (T4a), không có T4b. Tính chung, khí quản bị xâm lấn ở 16 bệnh nhân (11,1%), TKTQQN ở 11 (7,6%), thực quản ở 6 (4,2%). 8/23 bệnh nhân T4a (34,8%) bị xâm lấn đồng thời từ hai cơ quan trở lên. Trước mổ, siêu âm chỉ gợi ý xâm lấn khí quản ở 4 trường hợp; nội soi thanh quản (47 bệnh nhân) phát hiện 5 trường hợp liệt dây thanh một bên.

Bảng 4. Xử trí tổn thương xâm lấn và tình trạng diện cắt

Cấu trúc bị xâm lấn	Cách xử trí	n	%
Cơ trước giáp (n = 121)	Cắt bỏ phần cơ bị xâm lấn cùng khối u	121	100
TKTQQN (n = 11)	Bóc tách u, bảo tồn thần kinh	6	54,5
	Cắt đoạn thần kinh	5	45,5
Khí quản (n = 16)	Cắt sát u kèm màng khí quản	13	81,3
	Để lại diện u	3	18,8
Thực quản (n = 6)	Cắt sát u kèm một phần lớp cơ thành ngoài thực quản	3	50,0
	Để lại diện u	3	50,0
Hạch xâm lấn TM cảnh trong (n = 2)	Cắt kèm đoạn tĩnh mạch cảnh trong	2	100
Diện cắt (n = 144)	R0	127	88,2
	R1	11	7,6
	R2	6	4,2

Nhận xét: TKTQQN được bảo tồn ở 54,5% trường hợp bị xâm lấn; số trường hợp cắt đoạn thần kinh (5) bằng số trường hợp liệt dây thanh trước mổ. Tổn thương khí quản được cắt bỏ ở 81,3%, thực quản ở 50,0%. Diện cắt R0 đạt 88,2%; toàn bộ 6 trường hợp R2 thuộc nhóm T4a, còn u tại khí quản hoặc thực quản.

Bảng 5. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Tạm thời, n (%)	Vĩnh viễn, n (%)	Tổng, n (%)
Hạ canxi máu	29 (20,1)	1 (0,7)	30 (20,8)
Khàn tiếng	9 (6,3)	5 (3,5)	14 (9,7)
Chảy máu sau mổ	2 (1,4)		
Rò bạch huyết	4 (2,8)		
Nhiễm trùng vết mổ	1 (0,7)		
Tử vong liên quan phẫu thuật	0 (0)		

Nhận xét: Hạ canxi máu là biến chứng thường gặp nhất, chủ yếu tạm thời, gặp nhiều hơn ở bệnh nhân có viêm tuyến giáp kèm theo (25,8% so với 11,8%, p = 0,047). Khàn tiếng gặp ở 9,7%, liên quan có ý nghĩa với giai đoạn T4a (47,8% so với 2,5% ở T3b), u xâm lấn TKTQQN (81,8% so với 3,8%) và kích thước u > 2 cm (76,9% so với 3,1%), p < 0,001. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 6,4 ± 1,8 ngày.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh học

Tuổi trung bình 49,3 ± 12,8, nữ chiếm 84,0%, tương đương nghiên cứu của Nguyễn Lam Trường trên 184 bệnh nhân T3b-T4N0M0 (51,7 ± 12,5 tuổi; nữ/nam 6,4/1) [6]. Theo AJCC phiên bản 8, 94 bệnh nhân dưới 55 tuổi (65,3%) đều thuộc giai đoạn I dù u đã xâm lấn khí quản hay thực quản [2]. Giai đoạn AJCC phản ánh nguy cơ tử vong nhưng không phản ánh nguy cơ tái phát; vì vậy quyết định điều trị bổ trợ và theo dõi cần dựa trên phân tầng nguy cơ của ATA, trong đó toàn bộ nhóm bệnh này thuộc nguy cơ cao [4].

Đặc điểm nổi bật là u nhỏ: 44,4% u ≤ 1 cm và 91,0% u ≤ 2 cm. Như vậy, xâm lấn ngoài tuyến không hẳn là hệ quả của u lớn hay chẩn đoán muộn, mà phụ thuộc vào vị trí u sát vỏ và đặc tính sinh học của u; Vũ Anh Hải cũng ghi nhận 28,9% u ≤ 1 cm đã xâm lấn vỏ bao [5]. Trong bối cảnh xu hướng điều trị giảm thiểu, theo dõi chủ động hay cắt thùy chỉ phù hợp với vi ung thư không có dấu hiệu xâm lấn; u nằm sát vỏ, sát khí quản hoặc rãnh khí thực quản trên siêu âm cần được đánh giá kỹ trước khi quyết định [4]. Tỷ lệ u đa ổ (75,0%) và u hai bên (61,1%) cao, tương tự Nguyễn Lam Trường (66,3% u hai thùy) [6], là cơ sở chỉ định cắt toàn bộ tuyến giáp cho nhóm bệnh này.

Tỷ lệ di căn hạch trên mô bệnh học là 61,8%, trong khi tỷ lệ cN1 trước mổ chỉ 26,4%; 63,2% bệnh nhân cN0 có di căn hạch tiềm ẩn, cao hơn Nguyễn Lam Trường (40,2%) [6]. Tỷ lệ này cao ở mọi phân nhóm, không khác biệt theo giai đoạn u, tuổi, giới, tính chất đa ổ hay u hai thùy, nghĩa là không có phân nhóm T3b-T4 nào đủ nguy cơ thấp để bỏ qua vét hạch. Kết quả ủng hộ vét hạch cổ trung tâm dự phòng cho bệnh nhân T3b-T4 cN0, phù hợp với khuyến cáo của ATA cân nhắc vét hạch trung tâm dự phòng ở u T3-T4 [4]. Bên cạnh đó, 6 bệnh nhân (18,2% số bệnh nhân pN1b) có di căn hạch cổ bên mà không có hạch trung tâm. Di căn nhảy cóc khó dự báo, vì vậy siêu âm đánh giá hạch cổ bên cần thực hiện thường quy ngay cả khi không có hạch trung tâm nghi ngờ.

4.2. Phương pháp phẫu thuật

Toàn bộ bệnh nhân được cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch cổ trung tâm, phù hợp với khuyến cáo cho u xâm lấn đại thể ra ngoài tuyến [1, 4]. 29,2% bệnh nhân được vét thêm hạch cổ bên, trong đó 78,6% có di căn hạch cổ bên trên mô bệnh học, cho thấy chỉ định vét hạch cổ bên dựa trên lâm sàng, siêu âm và tế bào học là hợp lý. Thời gian phẫu thuật trung bình 100 ± 35 phút, dài hơn Nguyễn Lam Trường (64,8 ± 17,7 phút) [6], do nghiên cứu này chỉ chọn bệnh nhân cN0, trong khi bệnh nhân của chúng tôi có tỷ lệ vét hạch cổ bên và xử trí cơ quan bị xâm lấn cao hơn.

4.3. Tổn thương xâm lấn trong mổ, cách xử trí và diện cắt

Trong mổ, khí quản bị xâm lấn 11,1%, TKTQQN 7,6% và thực quản 4,2%, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu kinh điển của McCaffrey (thần kinh 47%, khí quản 37%, thực quản 21%) do quần thể giai đoạn 1940-1990 có u lớn, phát hiện muộn [3]. Kết quả gần với Nguyễn Lam Trường (khí quản 9,2%, thần kinh 5,4%) [6], thấp hơn Vũ Anh Hải (thần kinh 25,3%, khí quản 14,4%) [5] và Nguyễn Văn Hoàng trên nhóm nguy cơ tái phát cao (thần kinh 54,4%, khí quản 27,8%) [7], phản ánh khác biệt về tiêu chuẩn chọn bệnh.

Đáng lưu ý là khoảng cách giữa đánh giá trước mổ và trong mổ: siêu âm chỉ gợi ý xâm lấn khí quản ở 4 trường hợp trong khi trong mổ ghi nhận 16 trường hợp; chỉ 5 bệnh nhân vào viện vì khàn tiếng trong khi 11 bệnh nhân có u xâm lấn TKTQQN. Mặt sau thùy giáp là vùng siêu âm khó đánh giá, và liệt dây thanh một bên có thể được bù trừ. Vì vậy, với bệnh nhân nghi ngờ T3b-T4, nên nội soi thanh quản trước mổ thường quy và chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc khi u sát khí quản hoặc rãnh khí thực quản [1, 4].

Về xử trí TKTQQN, 6/11 trường hợp (54,5%) được bóc tách bảo tồn thần kinh, 5 trường hợp phải cắt đoạn; số trường hợp cắt đoạn đều là các bệnh nhân liệt dây thanh trước mổ. Cách xử trí này phù hợp với đồng thuận của Hiệp hội Đầu Cổ Hoa Kỳ: bảo tồn thần kinh khi dây thanh còn vận động và điều trị bổ trợ tổn thương vi thể bằng I-131; cắt bỏ khi dây thanh đã liệt và thần kinh bị u bao quanh [1]. Tuy vậy, bóc tách bảo tồn dễ để lại tổn thương vi thể, mà

diện cắt dương tính vi thể là yếu tố dự báo mạnh của giảm sống thêm không bệnh ở bệnh nhân pT4a [8]; vì vậy các trường hợp này cần được điều trị I-131 và theo dõi chặt chẽ. Tỷ lệ bảo tồn của Vũ Anh Hải (95,2%) cao hơn, có thể do khác biệt về mức độ xâm lấn và tiêu chuẩn đánh giá trong mổ [5].

Về xử trí khí quản, thực quản và diện cắt, 81,3% trường hợp xâm lấn khí quản được cắt sát u kèm màng khí quản, 3/6 trường hợp xâm lấn thực quản được cắt sát u kèm một phần lớp cơ thành ngoài thực quản. U xâm lấn bề mặt có thể cắt gọt, trong khi u xâm lấn vào lòng khí quản cần cắt cửa sổ hoặc cắt đoạn [1]. Tỷ lệ R0 đạt 88,2%, tương đương Nguyễn Lam Trường (84,8%) [6] và cao hơn 56% của McCaffrey [3], chủ yếu do 84,0% bệnh nhân là T3b. Toàn bộ 6 trường hợp R2 thuộc nhóm T4a, phản ánh giới hạn khi phải cân nhắc giữa nguy cơ cắt đoạn khí quản, thực quản và lợi ích kiểm soát bệnh; những trường hợp nghi ngờ xâm lấn sâu trước mổ nên được lập kế hoạch đa chuyên khoa để tăng khả năng lấy hết tổn thương đại thể.

4.4. Biến chứng sau phẫu thuật

Hạ canxi máu gặp ở 20,8% (vĩnh viễn 0,7%), tương đương Vũ Anh Hải (20,5%), cao hơn Nguyễn Lam Trường (9,8%) và thấp hơn Nguyễn Văn Hoàng (29,2%) [5-7]; khác biệt chủ yếu do định nghĩa và mức độ vét hạch. Hạ canxi máu gặp nhiều hơn ở bệnh nhân viêm tuyến giáp kèm theo (25,8% so với 11,8%, p = 0,047), có thể do tuyến dính, tăng sinh mạch, khó phân biệt với tuyến cận giáp; trong khi không liên quan với giai đoạn hay kích thước u, cho thấy biến chứng này phụ thuộc chủ yếu vào kỹ thuật bảo tồn tuyến cận giáp.

Khàn tiếng gặp ở 9,7% (vĩnh viễn 3,5%), cao hơn Nguyễn Lam Trường (3,8%) nhưng thấp hơn Nguyễn Văn Hoàng (25,3%), tương ứng với mức độ xâm lấn thần kinh của từng quần thể [6, 7]. Ở nhóm T3b, tỷ lệ khàn tiếng chỉ 2,5%, tương đương phẫu thuật tuyến giáp thông thường; ở nhóm T4a là 47,8% và ở nhóm xâm lấn TKTQQN là 81,8% (p < 0,001). Số trường hợp khàn tiếng vĩnh viễn (5) bằng số trường hợp cắt đoạn thần kinh và số bệnh nhân liệt dây thanh trước mổ, gợi ý khàn tiếng vĩnh viễn chủ yếu do chính tổn thương xâm lấn hơn là biến chứng kỹ thuật. Bệnh nhân T4a cần được tư vấn rõ nguy cơ này trước mổ.

Chảy máu (1,4%), rò bạch huyết (2,8%) và nhiễm trùng vết mổ (0,7%) đều thấp; không có tử vong liên quan phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn T3b-T4 tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An chủ yếu là T3b (84,0%), thường là u nhỏ (44,4% u ≤ 1 cm), đa ổ (75,0%), hai bên (61,1%), với tỷ lệ di căn hạch 61,8% và di căn hạch tiềm ẩn ở nhóm cN0 là 63,2%.Cắt toàn bộ tuyến giáp kèm vét hạch cổ trung tâm đạt diện cắt R0 88,2%, an toàn với tỷ lệ hạ canxi máu vĩnh viễn 0,7% và khàn tiếng vĩnh viễn 3,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shindo ML, Caruana SM, Kandil E, et al.** Management of invasive well-differentiated thyroid cancer: an American Head and Neck Society consensus statement. *Head Neck*. 2014;36(10):1379-1390.
2. **Tuttle RM, Haugen B, Perrier ND.** Updated American Joint Committee on Cancer/Tumor-Node-Metastasis staging system for differentiated and anaplastic thyroid cancer (eighth edition): what changed and why? *Thyroid*. 2017;27(6):751-756.
3. **McCaffrey TV, Bergstralh EJ, Hay ID.** Locally invasive papillary thyroid carcinoma: 1940-1990. *Head Neck*. 1994;16(2):165-172.
4. **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;26(1):1-133.
5. **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.
6. **Nguyễn Lam Trường, Lê Văn Quảng, Nguyễn Xuân Hậu, Nguyễn Diệu Linh.** Kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hóa giai đoạn T3b-T4N0M0 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2026;204(7):389-397.
7. **Nguyễn Văn Hoàng, Nguyễn Xuân Hiền, Phạm Thái Dương, Nguyễn Xuân Hậu.** Kết quả điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa nguy cơ tái phát cao. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2026;203(6):226-235.
8. **Abraham E, Roshan D, Tran B, et al.** Microscopic positive margins strongly predict reduced disease-free survival in pT4a papillary thyroid cancer. *Head Neck*. 2019;41(8):2549-2554.