

SỞ Y TẾ TỈNH BẮC NINH

BỆNH VIỆN UNG BƯỚU

NGUYỄN ĐỨC DIỄN

**KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN GIÁP
Ở NGƯỜI TRẺ TUỔI
TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU BẮC NINH**

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Bắc Ninh – 2026

SỞ Y TẾ TỈNH BẮC NINH

BỆNH VIỆN UNG BƯỚU

**KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN GIÁP
Ở NGƯỜI TRẺ TUỔI
TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU BẮC NINH**

ĐỀ CƯƠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC CẤP CƠ SỞ

Người thực hiện: Nguyễn Đức Diễn

Bắc Ninh - 2026

MỤC LỤC

ĐẶT VẤN ĐỀ	1
Chương 1: TỔNG QUAN TÀI LIỆU.....	4
1.1. Giải phẫu tuyến giáp.....	4
1.2. Lâm sàng	7
1.3. Cận lâm sàng	8
1.4. Chẩn đoán xác định.....	10
1.5. Điều trị.....	11
1.6. Một số nghiên cứu về ung thư tuyến giáp ở người trẻ tuổi.....	12
1.7. Giới thiệu tóm tắt về địa bàn nghiên cứu.....	14
Chương 2: ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.....	16
2.1. Đối tượng nghiên cứu.....	16
2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.....	16
2.3. Thiết kế nghiên cứu	16
2.4. Cỡ mẫu	16
2.5. Phương pháp chọn mẫu.....	16
2.6. Phương pháp thu thập số liệu.....	16
2.7. Các chỉ số, biến số nghiên cứu	17
2.8. Tiêu chuẩn đánh giá các biến số.....	18
2.9. Phương pháp phân tích số liệu.....	20
2.10. Đạo đức nghiên cứu.....	20
2.11. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số.....	20
Chương 3: DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.....	23
3.1. Đặc lâm sàng, cận lâm sàng	23
3.2. Kết quả phẫu thuật.....	25
TÀI LIỆU THAM KHẢO	28

DANH MỤC CHỮ VIẾT TẮT

ACR	: American College of Radiology (Hội điện quang Hoa Kỳ)
AJCC	: American Joint Committee on Cancer (Hiệp hội ung thư Hoa Kỳ)
BN	: Bệnh nhân
CLVT	: Cắt lớp vi tính
FNA	: Fine Needle Aspiration (Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ)
FT3	: Free Triiodothyroxin
FT4	: Free Thyroxine
HSBA	: Hồ sơ bệnh án
MBH	: Mô bệnh học
PT	: Phẫu thuật
PTH	: Parathyroid Hormone
TBTG	: Toàn bộ tuyến giáp
TI-RADS	: Thyroid imaging, Reporting and Data System
TKTQQN	: Thần kinh thanh quản quặt ngược
TSH	: Thyroid Stimulating Hormone
UTTG	: Ung thư tuyến giáp

DANH MỤC BẢNG

Bảng 3.1: Phân bố độ tuổi	23
Bảng 3.2: Phân bố giới tính.....	23
Bảng 3.3: Phân bố tiền sử.....	23
Bảng 3.4: Phân bố lý do khám bệnh	24
Bảng 3.5: Vị trí của u	24
Bảng 3.6: Kích thước u	24
Bảng 3.7: Số lượng u.....	24
Bảng 3.8: Phân loại TIRADS.....	25
Bảng 3.9: Kết quả FNA.....	25
Bảng 3.10: Phân loại theo phương pháp phẫu thuật tuyến giáp	25
Bảng 3.11: Phân loại vết hạch cổ theo vị trí vết hạch.....	25
Bảng 3.12: Di căn hạch cổ sau mổ	26
Bảng 3.13: Thời gian phẫu thuật (phút)	26
Bảng 3.14: Thời gian rút dẫn lưu (ngày).....	26
Bảng 3.15: Giai đoạn ung thư	26
Bảng 3.16: Biến chứng sau phẫu thuật.....	27

DANH MỤC HÌNH

Hình 1.1. Mạch máu và thần kinh tuyến giáp	5
Hình 1.2. Các vị trí có thể gặp của tuyến cận giáp.....	7

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTG) là bệnh lý ung thư phổ biến nhất của hệ nội tiết, có tỉ lệ gia tăng nhanh chóng trên toàn thế giới. Theo GLOBOCAN 2022, ước tính có 821.214 ca mắc UTTG mới và 47.507 ca tử vong liên quan đến UTTG trên toàn thế giới[15]. Việt Nam cũng là một trong các nước có tỷ lệ mắc UTTG cao, bệnh đứng hàng thứ 6 với 6122 ca mới mắc và 858 ca tử vong mỗi năm, tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 4,8/100.000 dân[9]. Theo Hiệp hội ung thư quốc gia Hoa Kỳ (NCCN), người trẻ tuổi là những những người dưới 40 tuổi[18]. Tỷ lệ mắc UTTG ở nhóm này đã tăng nhanh kể từ những năm 2000 ở hầu hết các quốc gia. Đến năm 2022, UTTG chiếm 20,3% tổng số ca ung thư mắc mới ở nữ giới trẻ tuổi và 13,6% ở nam giới trẻ tuổi, đưa UTTG trở thành một trong những loại ung thư hay gặp nhất[17].

Trong các nghiên cứu lâm sàng chỉ ra rằng người trẻ tuổi mắc UTTG thường xuất hiện với khối vùng cổ không triệu chứng hoặc khi phát hiện di căn hạch vùng cổ. Ở nhóm này UTTG thường có kích thước khối u lớn hơn, u thường xâm lấn phá vỡ vỏ và xuất hiện di căn hạch nhiều hơn so với người lớn tuổi[11]. Hiện nay, phẫu thuật vẫn đóng vai trò quan trọng nhất trong điều trị UTTG, các phương pháp khác như điều trị I131, hormone, xạ ngoài chủ yếu được dùng với mục đích hỗ trợ sau phẫu thuật để nâng cao hiệu quả điều trị và ngăn ngừa tái phát. Tuy nhiên, mức độ rộng của phẫu thuật vẫn còn nhiều tranh luận. Mức độ rộng của phẫu thuật liên quan đến các tai biến và theo dõi sau điều trị. Ở nhóm người trẻ tuổi, các biến chứng phẫu thuật là thường gặp hơn và để lại hậu quả nặng nề hơn so với người lớn tuổi. Tuy nhiên, UTTG ở người trẻ tuổi lại có tiên lượng rất tốt, với tỷ lệ sống sau 5 năm đạt đến hơn 99%[14]. Như vậy, các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đặc biệt là tiên lượng trong UTTG có sự khác biệt đáng kể theo độ tuổi.

Tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh, phẫu thuật điều trị UTTG đã được triển khai thường quy từ năm 2017. Tuy đã có nhiều công trình nghiên cứu về

UTTG nhưng hiện nay vẫn chưa có một nghiên cứu riêng biệt nào về các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá kết quả phẫu thuật UTTG ở nhóm người trẻ tuổi. Do vậy, tôi tiến hành nghiên cứu **“Kết quả sớm phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp ở người trẻ tuổi tại bệnh viện ung bướu Bắc Ninh”**.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư tuyến giáp ở bệnh nhân trẻ tuổi tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh từ tháng 01/2024 tới tháng 06/2025.
2. Đánh giá kết quả sớm điều trị phẫu thuật ung thư tuyến giáp ở người trẻ tuổi tại Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh từ tháng 01/2024 tới tháng 06/2025.

Chương 1

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.1. Giải phẫu tuyến giáp

Tuyến giáp là tuyến nội tiết lớn nằm ở vùng cổ trước, tiết ra hormon Thyroxin có vai trò trong quá trình chuyển hóa của tế bào và Calcitonin có nhiệm vụ điều hòa chuyển hóa calci của cơ thể.

Tuyến giáp gồm hai thùy phải và trái, trái dài từ vòng sụn thứ 5 lên hai bên sụn giáp.

Hai thùy nối với nhau bởi eo tuyến giáp, bắt ngang từ sụn khí quản 1 đến 4. Đôi khi có một phần tuyến giáp hình tháp gọi là thùy tháp kéo dài từ bờ trên eo tuyến giáp lên trên.

Mỗi thùy bên tuyến giáp dài 5-8,0cm, rộng 2-4,0cm, dày 1-2,5cm. Tuyến giáp bình thường cân nặng 40-42,0 gam. Địa lý và chủng tộc ảnh hưởng đến trọng lượng tuyến giáp. Tuyến giáp phụ nữ lúc hành kinh hay lúc có thai và cho con bú lớn hơn ở nam giới[7].

*** Liên quan**

Mặt lồi của thùy bên tuyến giáp được che phủ bởi cơ ức giáp, cơ ức móng, bụng trên cơ vai móng và phía dưới bởi cơ ức đòn chũm.

Mặt trong liên quan với khí quản và thanh quản, cơ khí hậu dưới. Ở đây có nhánh ngoài của dây thần kinh thanh quản trên chạy chen giữa thùy bên với hầu và sụn giáp để đến chi phối cho cơ nhĩn giáp, do đó có thể tổn thương dây thần kinh này. Khi phẫu thuật tuyến giáp, phía dưới của mặt này liên quan với thần kinh thanh quản quặt ngược.

Mặt sau ngoài của thùy bên liên quan với bao cảnh, đặc biệt là động mạch cảnh trong.

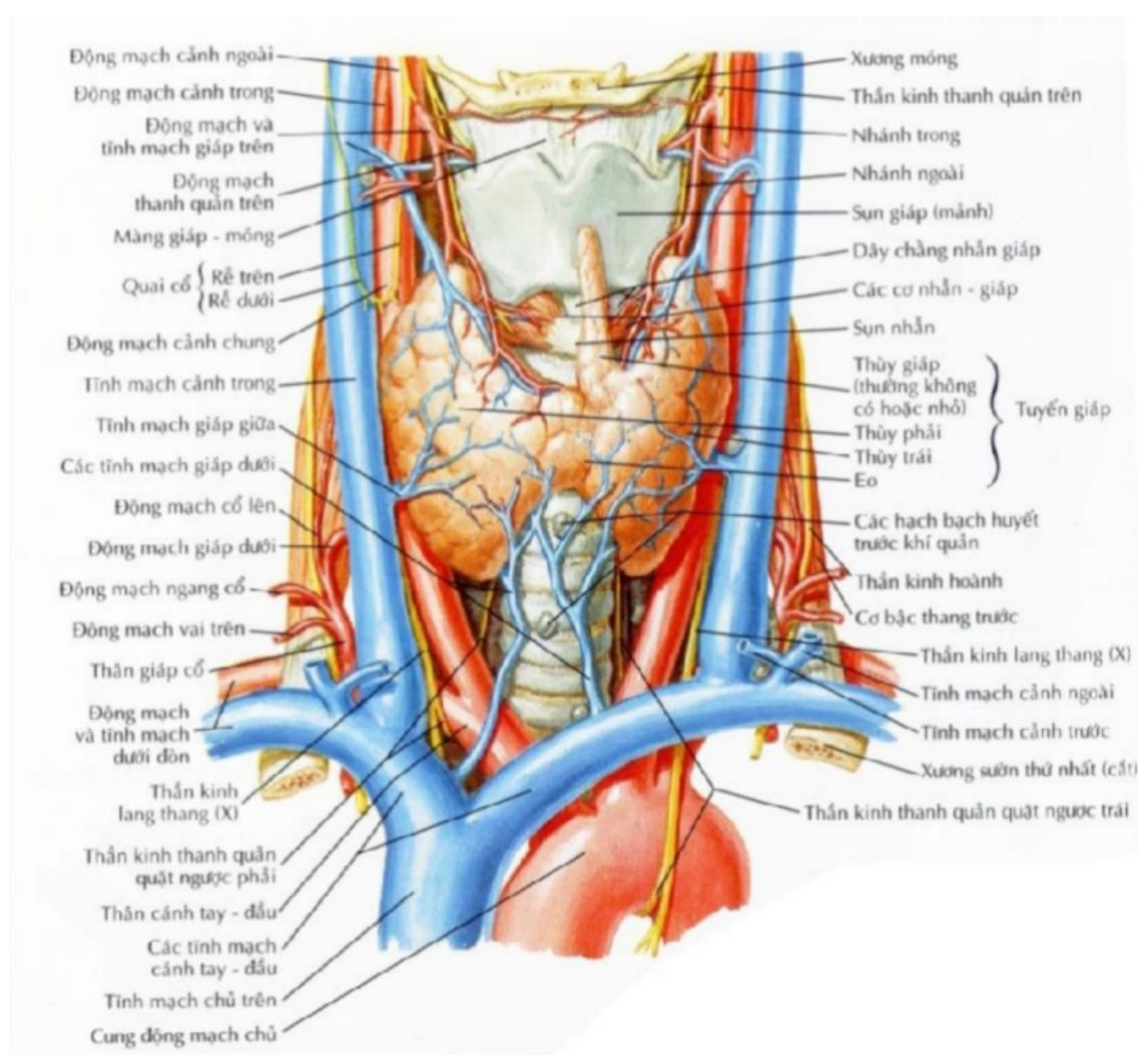
Bờ trước tuyến giáp mỏng, liên quan nhánh trước của động mạch giáp trên. Bờ sau lồi có động mạch giáp dưới, có các tuyến cận giáp nằm ở đây.

Eo tuyến giáp liên quan trước với cơ ức giáp, cơ ức móng, tĩnh mạch cổ

trước, cân và da[6].

* Mạch máu và thần kinh tuyến giáp

Tuyến giáp được cấp máu bởi động mạch giáp trên xuất phát từ động mạch cảnh ngoài và giáp dưới xuất phát từ động mạch thân giáp cổ, đôi khi còn được cấp máu bởi nhánh của động mạch giáp giữa, một nhánh của động mạch thân tay đầu. Động mạch khẩu kính tương đối lớn và nối với nhau ở tuyến giáp tạo nên mạng mạch phong phú[6].



Hình 1.1. Mạch máu và thần kinh tuyến giáp

(*Nguồn: Frank H. Netter Atlas giải phẫu người*) [1]

Động mạch giáp dưới đi đến bờ sau tuyến giáp chia hai nhánh trên và dưới cung cấp máu cho phần sau tuyến. Động mạch giáp dưới liên quan chặt

chẽ với dây thần kinh thanh quản quặt ngược.

Các tĩnh mạch của tuyến giáp tạo nên các đám rối ở trên mặt tuyến và phía trước khí quản, các đám rối này đổ vào các tĩnh mạch giáp trên, giáp dưới và thường khi cả tĩnh mạch giáp giữa. Chỉ có động mạch giáp trên đi theo động mạch cùng tên.

Tuyến giáp nhận các nhánh thần kinh từ hạch giao cảm cổ trên, giữa và dưới[6].

*** Tuyến cận giáp**

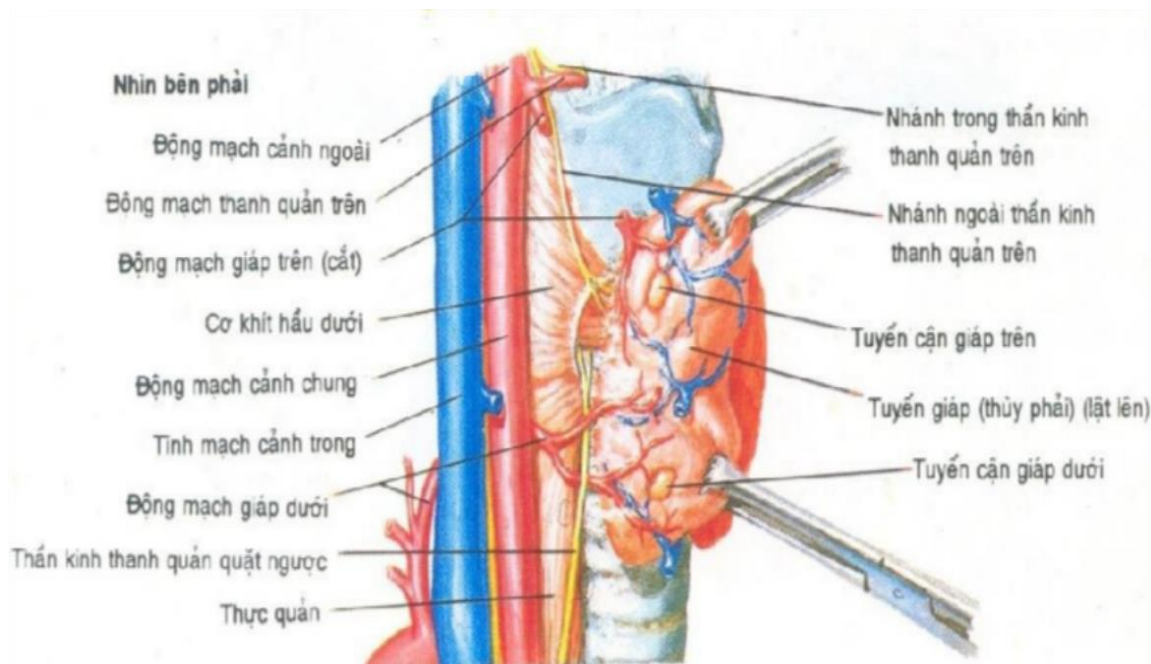
Tuyến cận giáp thường có 4 tuyến nhưng có thể thay đổi 2 - 6 tuyến, kích thước dài 6 mm, rộng 3 - 4 mm, dày 1 - 2 mm, trọng lượng một tuyến bình thường 50 mg[6].

Vị trí tuyến cận giáp trên: thường có hơn tuyến cận giáp dưới, nằm ở điểm giữa bờ sau của thùy bên tuyến giáp hoặc cao hơn một chút (ngang mức bờ dưới sụn nhẫn).

Vị trí tuyến cận giáp dưới:

Có vị trí thay đổi:

- Có thể nằm trong bao tuyến giáp, dưới động mạch giáp dưới, trên cực dưới của thùy tuyến giáp khoảng 1,5cm (về ngoại khoa trong trường hợp này khối u tuyến cận giáp dưới thường phát triển xuống dưới, dọc theo tĩnh mạch giáp dưới ở phía trước khí quản và vào trong ngực ở trong trung thất trên).
- Ở sau ngoài bao tuyến giáp ngay trên động mạch giáp dưới. (Khối u tuyến cận giáp ở vị trí này sẽ phát triển xuống dưới, ra sau, ở phía sau thực quản và vào trong trung thất sau).
- Ở bên trong nhu mô, gần đầu dưới của bờ sau thùy tuyến giáp[6].



Hình 1.2. Các vị trí có thể gặp của tuyến cận giáp]

(*Nguồn: Frank H. Netter Atlas giải phẫu người*) [1]

1.2. Lâm sàng

1.2.1. Triệu chứng cơ năng

Trong giai đoạn sớm, triệu chứng thường nghèo nàn, ít có giá trị, đa số bệnh nhân đến khám vì xuất hiện khối u vùng cổ trước. Điều quan trọng là ghi nhận hoàn cảnh, thời gian xuất hiện, sự thay đổi mật độ và thể tích khối u. Giai đoạn muộn, khối u xâm lấn có thể xuất hiện triệu chứng như: nói khàn, chèn ép thực quản gây khó nuốt, u xâm lấn vào khí quản gây khó thở. Khối u tuyến giáp thường ít khi gây đau tuy nhiên khối u lớn, xâm lấn rộng vào thần kinh, khối u dạng giả viêm hoặc chảy máu trong u đặc biệt là sau chọc tế bào có thể gây đau. Triệu chứng ho máu và nôn khạc ra máu do khối u xâm lấn vào khí quản và thực quản rất hiếm gặp.

1.2.2. Triệu chứng thực thể

Khối u và hạch cổ lớn có thể nhìn thấy rõ nổi gồ trên da. Rất hiếm gặp khối u và hạch cổ tuyến giáp vỡ vỡ xâm lấn ra ngoài da. UTTG thường biểu hiện 1 khối u đơn độc ở 1 thùy hoặc eo giáp hoặc cả 2 thùy. U tuyến giáp ác

tính thường cứng, còn di động được khi u nhỏ, nhưng dính và di động hạn chế khi u to, xâm lấn rộng. U thường di động theo nhịp nuốt của bệnh nhân. Hạch di căn tuyến giáp hay gặp nhất là chuỗi hạch cảnh, hạch trước khí quản, hạch chuỗi quặt ngược. Hạch cổ 1 bên hoặc hạch cổ 2 bên. Hạch thường cứng, di động được khi hạch nhỏ chưa xâm lấn, dính và di động hạn chế khi hạch xâm lấn tổ chức xung quanh.

1.3. Cận lâm sàng

1.3.1. Siêu âm tuyến giáp

Phân biệt giữa bướu lành tính và ác tính, có giá trị gợi ý ác tính khi:

- Vi vôi hóa: Vôi hóa hiện diện dưới bất cứ dạng nào bên trong nốt cũng làm tăng khả năng ác tính. Vi vôi hóa hướng đến ác tính với đặc điểm là đám tăng âm nhỏ, lấm tấm - có hay không có bóng lưng.
- Đường bờ không đều hoặc chia thùy: Bờ chia thùy được định nghĩa là sự hiện diện của nhiều tiểu thùy nhỏ trên bề mặt của một nốt.
- Chiều cao lớn hơn chiều ngang: được định nghĩa là lớn hơn trong kích thước trước sau của nốt so với kích thước chiều ngang của nốt.
- Giảm âm: Phần lớn các nhân giáp lành tính sẽ đồng âm hoặc tăng âm tương đối so với mẫu hồi âm bình thường của tuyến giáp. Một tổn thương đặc giảm âm đáng kể nên luôn luôn được xem là nghi ngờ.
- Tăng sinh mạch máu bên trong nốt: tăng sinh mạch bên trong gợi ý khả năng có thể ác tính tăng lên khi so sánh với không có tăng sinh mạch bên trong.
- Thành phần đặc bên trong nốt: Các nốt đặc hoặc thành phần đặc chiếm ưu thế có nguy cơ ác tính cao hơn các nốt hỗn hợp hoặc thành phần nang chiếm ưu thế. Các nốt dạng nang và hầu như là nang có khả năng ác tính là rất thấp.
- Siêu âm đánh giá TIRADS theo ACR 2017 dựa vào 6 đặc điểm siêu âm gồm: Cấu trúc dạng đặc hoặc thành phần đặc là chủ yếu, giảm âm hoặc rất giảm âm, tăng sinh mạch hoặc không, bờ không đều hoặc có múi nhỏ, có vi vôi hóa, chiều cao lớn hơn chiều rộng[16]:

TIRADS 1: Mô giáp lành

TIRADS 2: Tổn thương lành tính (0% ác tính)

TIRADS 3: Tổn thương nhiều khả năng lành tính (< 5% nguy cơ ác tính) -

TIRADS 4: Tổn thương có nguy cơ ác tính gồm:

+ TIRADS 4a: Tổn thương có một đặc điểm siêu âm nghi ngờ (5 - 10% nguy cơ ác tính)

+ TIRADS 4b: Tổn thương có 2 đặc điểm siêu âm nghi ngờ (10 - 50% nguy cơ ác tính).

+ TIRADS 4c: Tổn thương có 3-4 đặc điểm siêu âm nghi ngờ (50 - 95% nguy cơ ác tính).

- TIRADS 5: Tổn thương có > 4 đặc điểm siêu âm nghi ngờ (> 95% nguy cơ ác tính).

- TIRADS 6: Biết chắc tổn thương ác tính trước đó.

Siêu âm còn đánh giá sự xâm lấn khối u với các tổ chức lân cận: u còn trong tuyến hay đã phá vỡ vỏ tuyến, xâm lấn cơ trước giáp, bó mạch cảnh, khí quản, thực quản. Mức độ tiếp xúc của khối u với bao giáp liên quan đến mức độ xâm lấn tối thiểu, được chia làm 4 độ:

- Độ 0: Khối u không tiếp xúc với bao giáp.

- Độ 1: Khối u tiếp xúc với bao giáp 1- 25% chu vi.

- Độ 2: Khối u tiếp xúc với bao giáp 26 - 50% chu vi.

- Độ 3: Khối u tiếp xúc với bao giáp 51 - 75% chu vi.

- Độ 4: Khối u tiếp xúc với bao giáp 76 - 100% chu vi khối u tiếp xúc với bao giáp > 25% chu vi hoặc > 50% đường kính ngang và mất đường tăng âm của bao giáp trên siêu âm được coi là tiêu chuẩn đánh giá khối u xâm lấn tối thiểu.

1.3.2. Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA - Fine Needle Aspiration)

Siêu âm kết hợp chọc hút tế bào kim nhỏ giúp tăng tỷ lệ chẩn đoán chính xác từ 63% lên 97%. Siêu âm giúp quan sát được vị trí đầu kim do đó có thể

lấy bệnh phẩm ở những u nhỏ hoặc nằm sâu mà lâm sàng không sờ thấy.

Phân loại chẩn đoán theo hệ thống Bethesda 2017 (Phụ lục 1)

1.3.3. Sinh thiết tức thì trong mổ

Là phương pháp chẩn đoán giải phẫu bệnh tức thì trong phẫu thuật, rất có giá trị giúp phẫu thuật viên quyết định phương pháp phẫu thuật, đặc biệt có giá trị bổ sung cao cho kết quả chọc hút kim nhỏ là nghi ngờ. Sinh thiết tức thì giúp làm giảm tỷ lệ phải cắt bỏ toàn bộ tuyến giáp, hạn chế tỷ lệ phải mổ lần hai để cắt phần tuyến giáp còn lại và quyết định nạo vét hạch cổ dự phòng. Kết quả sinh thiết tức thì gồm lành tính, ác tính và nghi ngờ ác tính.

1.3.4. Cận lâm sàng khác

Xquang: chụp tư thế cổ thẳng và nghiêng thông thường có uống Baryte xem khối u có chèn ép vào khí quản, thực quản. Chụp phát hiện di căn xương, phát hiện dấu nhiễm vôi của tuyến giáp.

Xạ hình tuyến giáp: phần lớn ung thư tuyến giáp không bắt iod phóng xạ 131 và biểu hiện bằng hình ảnh nhân lạnh. Tuy nhiên phần lớn nhân lạnh là u lành nang tuyến, vì thế xét nghiệm này ít có giá trị và hay bỏ sót những u nhỏ.

Chụp nhấp nháy: Chụp bằng chất đồng vị phóng xạ thường dùng I-131 toàn bộ cơ thể sẽ phát hiện di căn xa, đặc biệt là xương.

Chụp CLVT và chụp MRI vùng cổ: Có thể đánh giá chính xác hơn vị trí u nguyên phát cũng như mức độ xâm lấn của u, nhưng không có khả năng phân biệt giữa u lành và ung thư.

Định lượng calcitonin (do tế bào C hay tế bào cận nang) tiết ra, tăng cao trong ung thư biểu mô thể tủy. Định lượng FT3, FT4 và TSH để đánh giá chức năng tuyến giáp.

1.4. Chẩn đoán xác định

Chẩn đoán dựa vào các triệu chứng cơ năng, thăm khám lâm sàng một cách cẩn thận kết hợp với các phương pháp cận lâm sàng trước mổ, đặc biệt là siêu âm và chọc tế bào để có thái độ xử trí thích hợp.

Ngoài ra, tổn thương đại thể trong mổ, mô bệnh học tức thì có vai trò quan trọng giúp phẫu thuật viên quyết định lựa chọn phương pháp phẫu thuật.

1.4.1. Chẩn đoán giai đoạn

Chẩn đoán giai đoạn ung thư tuyến giáp thể biệt hóa theo AJCC8 (Phụ lục 2).

1.4.2. Thể mô bệnh học

Chẩn đoán mô bệnh học UTTG theo Tổ chức Y tế Thế giới (Phụ lục 3).

1.5. Điều trị

1.5.1. Phẫu thuật

Chỉ định cắt toàn bộ tuyến giáp (với UTTG biệt hóa) khi có trong số các yếu tố sau:

- Khối u được đánh giá là T3 hoặc T4
- Tuổi dưới 15 hoặc trên 45 tuổi.
- Có di căn hạch cổ.
- Có tiền sử tia xạ vùng cổ.
- Có di căn xa.
- UTTG tái phát.
- Có tổn thương thùy đối diện.

Chỉ định cắt thùy và eo giáp: Những trường hợp đánh giá giai đoạn T1,2 N0 M0 và đồng thời không có các yếu tố nguy cơ cao như trên.

Chỉ định nạo vét hạch cổ:

- Vết hạch cổ điều trị: Những trường hợp hạch sờ được thấy trên lâm sàng, có hạch nghi ngờ trên siêu âm và/hoặc trên chụp cắt lớp vi tính, có hạch khi kiểm tra đánh giá tổn thương trong mổ.
- Vết hạch cổ dự phòng: Nạo vét hạch cổ nhóm VI hạch cổ khoang trung tâm.
- Kỹ thuật nạo vét hạch cổ: Vết hạch cổ trong UTTG thể biệt hóa áp dụng phương pháp vét hạch cổ chọn lọc.

1.5.2. Điều trị I-131

Mục đích điều trị: tiêu hủy mô giáp còn lại sau phẫu thuật, tiêu diệt các tổn thương vi di căn hoặc di căn xa không có khả năng phẫu thuật.

Chỉ định:

- Chỉ định tuyệt đối trong những trường hợp: Di căn xa, u vỡ vỏ xâm lấn ra ngoài tuyến, hoặc u kích thước > 4cm.
- Cân nhắc chỉ định trong những trường hợp u kích thước từ 1-4cm, có di căn hạch, có tổn thương thùy đối diện, có xâm lấn mạch máu và mạch bạch huyết trên mô bệnh học, có yếu tố nguy cơ cao, hoặc có nồng độ Tg cao sau phẫu thuật cắt giáp toàn bộ.

1.5.3. Liệu pháp nội tiết

Dùng hormon thay thế bổ sung lượng T3, T4 ngoại sinh, giúp tạo nên nồng độ cao các hormon trong máu, gián tiếp thông qua tuyến dưới đồi và tuyến yên làm giảm hoạt động và phát triển của các tế bào tuyến giáp trong cơ thể, giúp duy trì bệnh ổn định lâu dài.

1.6. Một số nghiên cứu về ung thư tuyến giáp ở người trẻ tuổi

1.6.1. Trên thế giới

Theo V. P. T. Nguyen, Hirokazu Kurohama (2025) và cs nghiên cứu hồi cứu trên 1.677 bệnh nhân được chẩn đoán UTTG, với 400 bệnh nhân trẻ tuổi (< 40 tuổi) và 1.277 người lớn tuổi. Tại thời điểm chẩn đoán, nhóm bệnh nhân trẻ tuổi, kích thước khối u lớn hơn (>2,0 cm), xâm lấn mạch bạch huyết, viêm tuyến giáp mãn tính, di căn hạch bạch huyết lâm sàng và di căn hạch bạch huyết bệnh lý cao hơn, nhưng tỷ lệ đa ổ và lan rộng ra ngoài tuyến giáp thấp hơn so với nhóm bệnh nhân lớn tuổi[13].

Theo Aura Jurescu (2024) và cs nghiên cứu trên 211 bệnh nhân chia làm 2 nhóm dưới 45 tuổi và còn lại, đa số là nữ (86,26%) với tỷ lệ nữ/nam là 6,81:1. Ở bệnh nhân <45 tuổi (25,64%), UTTG thể nhú được xác định trong 51,85% trường hợp; trong 53,85% trường hợp, khối u có kích thước >1 cm; 13,46% có xâm lấn ngoài tuyến giáp (p = 0,0430); 21,15% xâm lấn bao tuyến giáp (p =

0,1756); 23,08% trường hợp xâm lấn mạch bạch huyết ($p = 0,0048$); và 13,46% trường hợp xâm lấn hạch vùng ($p = 0,0092$). Tác giả kết luận: UTTG ở người trẻ tuổi có liên quan đến viêm tuyến giáp mạn tính và các thông số tiến triển của khối u, xác định được nhiều trường hợp lan rộng ra ngoài tuyến giáp, xâm lấn hạch vùng, xâm lấn mạch bạch huyết và xâm lấn thần kinh quanh tuyến giáp ở bệnh nhân trẻ tuổi so với bệnh nhân lớn tuổi[11].

1.6.2. Ở Việt Nam

Theo Nguyễn Xuân Hậu (2021) nghiên cứu tiến cứu trên 89 bệnh nhân dưới 40 tuổi được chẩn đoán UTTG được phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 9/2019 đến 5/2020, nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân này. Kết quả tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần và cắt thùy + eo lần lượt là 46,9% và 53,1%, trong đó tỉ lệ vét hạch cổ kèm theo tương ứng là 92,7% và 25,6%. Tổn thương tuyến cận giáp và thần kinh thanh quản ngược với biểu hiện cơn co rút tay chân là hai biến chứng hay gặp nhất sau phẫu thuật và khàn tiếng, thể hiện rõ sau 72 giờ với tỉ lệ 23,6 và 17,2%, cao hơn rõ rệt ở nhóm cắt giáp toàn bộ[4].

Theo Vũ Anh Hải (2024) nghiên cứu hồi cứu trên 30 trẻ em và vị thành niên UTTG, nhằm xác định một số yếu tố liên quan đến tình trạng di căn hạch cổ và đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật điều trị tại Bệnh viện trung ương Quân đội 108, thời gian từ tháng 01/2018 đến tháng 06/2022. Kết quả: Tuổi trung bình là $15,6 \pm 3,64$ (10-18), nữ giới chiếm chủ yếu, tỷ lệ nữ/nam 2,75/1. Ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú chiếm chủ yếu (93,3%), thể không biệt hóa 6,7%. Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp cho 100% bệnh nhân. Tỷ lệ vét hạch là 90,0%. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $6,8 \pm 2,1$ ngày. Biến chứng sau mổ tỷ lệ 6,6%. Tỷ lệ bệnh nhân di căn hạch là 73,3%, di căn hạch cổ khoang trung tâm chiếm tỷ lệ cao, chiếm 70,0%. Nhóm tuổi dưới 15 có tỷ lệ di căn hạch cổ cao hơn (ở cả khoang trung tâm và cổ bên), tổn thương đa ổ làm tăng tỷ lệ di căn hạch cổ bên ($p < 0,05$). Tác giả đưa ra nhận xét phẫu thuật điều trị

UTTG ở trẻ em và vị thành niên an toàn, với tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp (6,6%). Nhóm tuổi dưới 15 có tỷ lệ di căn hạch cổ cao hơn, tổn thương đa ổ làm tăng tỷ lệ di căn hạch cổ bên ($p < 0,05$)[3].

Theo Hoàng Ngọc Giáp (2020) nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang trên 178 bệnh nhân UTTG dưới 40 tuổi được phẫu thuật tại Bệnh viện K từ tháng 9/2019 đến tháng 05/2020. Kết quả: Độ tuổi trung bình là 32,4 tuổi, trẻ nhất là 13 tuổi, độ tuổi phổ biến là 30-39 tuổi với tỉ lệ 74,2%, tỉ lệ nam/nữ là 1/7. Lí do phát hiện bệnh chủ yếu là qua thăm khám định kỳ với tỉ lệ 66,9%. Tỉ lệ sờ thấy u và hạch trên lâm sàng là 87% và 21%. Đánh giá u trên siêu âm chủ yếu là TIRADS 4 (73,6%), tỉ lệ chọc hút tế bào kim nhỏ chẩn đoán ác tính là 70,2%. Phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn bộ và phẫu thuật cắt thùy và eo tuyến giáp chiếm lần lượt 53,9% và 46,1%, trong đó tỉ lệ thực hiện vét hạch cổ của mỗi nhóm là 92,7% và 25,6%. Sau mổ, đánh giá u ở giai đoạn T1, T2, T3 và T4 lần lượt là 79,2%, 3,4%, 15,7% và 1,7%, tỉ lệ có di căn hạch cổ là 40,5%. Các yếu tố làm tăng nguy cơ di căn hạch một cách có ý nghĩa thống kê bao gồm ung thư 2 thùy, u phá vỡ vỏ và kích thước u trên 1 cm ($p < 0,05$). Các biến chứng sớm sau mổ thường gặp nhất là khàn tiếng và tê bì tay chân, với tỉ lệ gặp phải sau phẫu thuật 72h lần lượt là 17,2% và 23,6%, thường gặp hơn ở nhóm cắt giáp toàn bộ và vét hạch cổ[2].

1.7. Giới thiệu tóm tắt về địa bàn nghiên cứu

Nghiên cứu này sẽ được tiến hành tại Khoa Ngoại B, Bệnh viện ung bướu Bắc Ninh. Khoa Ngoại B được thành lập năm năm 2022, trên cơ sở tách ra từ khoa Ngoại Tổng hợp. Khoa có nhiệm vụ chẩn đoán và điều trị cho các bệnh nhân ung bướu của tỉnh và các tỉnh lân cận. Hiện nay, khoa đã thực hiện được hầu hết các phẫu thuật u bướu vùng đầu cổ và tuyến vú, như phẫu thuật ung thư tuyến giáp, ung thư vú, ung thư tuyến nước bọt,...

Về phẫu thuật ung thư tuyến giáp, đã được triển khai từ ngay khi Bệnh viện được thành lập năm 2017, các kĩ thuật bao gồm phẫu thuật mở, phẫu thuật

nội soi tuyến giáp qua đường nách vú; số lượng bệnh nhân được phẫu thuật ngày càng tăng qua các năm. Theo thống kê năm 2025, tổng số bệnh nhân tuyến giáp được phẫu thuật tại Khoa Ngoại B là gần 600 ca.

Từ năm 2025, khoa Ngoại B đã bắt đầu triển khai thêm kỹ thuật phẫu thuật nội soi tuyến giáp qua đường tiền đình miệng. Đây là kỹ thuật tiên tiến, tạo vết mổ nhỏ ở niêm mạc môi dưới, giúp loại bỏ tuyến giáp hoặc u mà không để lại sẹo ngoài da, giảm đau, hồi phục nhanh hơn mổ hở. Phương pháp này mang lại tính thẩm mỹ cao và an toàn, bảo tồn tốt thần kinh thanh quản và tuyến cận giáp.

Chương 2

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân dưới 40 tuổi được chẩn đoán xác định UTTG và được phẫu thuật tại bệnh viện Ung Bướu Bắc Ninh từ tháng 01/2024 tới tháng 06/2026.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân dưới 40 tuổi được chẩn đoán xác định là UTTG, được phẫu thuật tại bệnh viện Ung Bướu Bắc Ninh.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ kết quả theo bệnh án nghiên cứu mẫu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã được phẫu thuật UTTG tại tuyến trước.
- Bệnh nhân có liệt dây thanh.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu từ tháng 03/2026 tới tháng 06/2026.
- Địa điểm: Bệnh viện Ung bướu Bắc Ninh.

2.3. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả bao gồm hồi cứu và tiền cứu, thiết kế cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu

- Cỡ mẫu toàn bộ.

2.5. Phương pháp chọn mẫu

- Chọn mẫu thuận tiện.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Phương pháp thu thập số liệu hồi cứu và tiền cứu. Thu thập số liệu dựa vào bệnh án nghiên cứu.

- Bệnh nhân hồi cứu: Chúng tôi thu thập các số liệu dựa bệnh án lưu của bệnh nhân.
- Bệnh nhân tiền cứu: Chúng tôi sẽ tiến hành hỏi tiền sử bệnh có liên quan, khám lâm sàng thường quy để thu thập các chỉ tiêu về lâm sàng. Thu thập các

kết quả cận lâm sàng, kết quả phẫu thuật cần thiết được ghi vào một mẫu bệnh án thống nhất.

2.7. Các chỉ số, biến số nghiên cứu

- Mỗi bệnh nhân điều trị sẽ được thu nhận các thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, trong đó có đầy đủ các biến số nghiên cứu.

STT	Tên biến số	Định nghĩa biến	Phân loại biến	Phương pháp thu thập
1. Các biến số cho mục tiêu 1				
1.1	Tuổi	Tuổi tính theo ngày dương lịch	Liên tục	HSBA
1.2	Giới tính	Nam/nữ	Nhị phân	HSBA
1.3	Tiền sử	- Chiều xạ vùng đầu cổ - Gia đình mắc bệnh UTTG - Phẫu thuật cắt u tuyến giáp lành tính trước đó	Danh mục	HSBA
1.4	Lý do vào viện	- Phát hiện qua kiểm tra sức khỏe - Tự thấy khối sưng vùng cổ - Nuốt vướng, nuốt nghẹn - Khàn tiếng - Nuốt đau	Danh mục	HSBA
1.5	Vị trí khối u tuyến giáp	- Thùy phải - Thùy trái - Eo giáp - Hai bên	Danh mục	HSBA
1.6	Kích thước u	- U <2cm - U 2-4cm - U >4cm	Danh mục	HSBA
1.7	Số lượng u	- Đơn ổ - Đa ổ	Danh mục	HSBA
1.8	Siêu âm tuyến giáp	- TIRADS 3 - TIRADS 4 - TIRADS 5	Danh mục	HSBA
1.9	Tế bào học (FNA)	- UTTG - Nghi ngờ - Lành tính	Danh mục	HSBA
2. Các biến số cho mục tiêu 2				
2.1	Phương pháp PT	- Cắt thùy + eo giáp - Cắt giáp toàn bộ.	Danh mục	HSBA

2.2	Vị trí vết hạch cổ	- Chỉ vết hạch cổ trung tâm - Vết hạch cổ trung tâm + cổ bên.	Danh mục	HSBA
2.3	Thời gian phẫu thuật	Tính theo phút.	Liên tục	HSBA
2.4	Thời gian rút dẫn lưu	Tính theo ngày	Liên tục	HSBA
2.5	Giai đoạn bệnh.	- Giai đoạn I - Giai đoạn II	Danh mục	HSBA
2.6	Biến chứng sau PT	Chảy máu: Có/ không	Nhị phân	HSBA
Suy cận giáp tạm thời: Có/ không		Nhị phân		
Tổn thương TK TQQN: Có/ không		Nhị phân		
Dò dưỡng chấp: Có/ không		Nhị phân		
		Nhiễm trùng vết mổ: Có/ không	Nhị phân	

2.8. Tiêu chuẩn đánh giá các biến số

2.8.1. Các biến số nghiên cứu phục vụ cho mục tiêu 1

* Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi: tính bằng năm, phân nhóm tuổi chia đều theo thành các nhóm, < 20 tuổi, 20 đến 29 và 30 đến 39 tuổi.

- Giới: Nam, nữ.

- Tiền sử: bệnh nhân có hoặc không có các tiền sử sau:

+ Chiếu xạ vùng đầu cổ

+ Gia đình mắc bệnh UTTG

+ Phẫu thuật cắt u tuyến giáp lành tính trước đó

- Lý do khám bệnh:

+ Phát hiện qua kiểm tra sức khỏe

+ Tự thấy khối sưng vùng cổ

+ Nuốt vướng, nuốt nghẹn

+ Khàn tiếng

+ Nuốt đau

* Đặc điểm lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

- Vị trí khối u:
 - + U thùy trái
 - + U thùy phải
 - + U ở cả 2 bên
 - + U vùng eo
- Kích thước u: Bệnh nhân được đo kích thước nhân u bằng thước ở tư thế ngồi (ghi nhận u có kích thước lớn nhất):
 - + U <2cm
 - + U 2-4cm
 - + U >4cm
- Số lượng u: đơn ổ, đa ổ.
- * Đặc điểm cận lâm sàng
 - Siêu âm: được đánh giá theo ACR- TIRADS.
 - Kết quả FNA: đánh giá theo Bethesda 2017 (Phụ lục 1).
 - Hạch di căn sau phẫu thuật: Hạch trung tâm, hạch cổ bên.
- 2.8.2. Các biến số nghiên cứu phục vụ cho mục tiêu 2**
 - Phương pháp phẫu thuật: Cắt thùy + eo giáp, cắt giáp toàn bộ.
 - Vị trí vết hạch cổ: Chỉ vết hạch cổ trung tâm, vết hạch cổ trung tâm + cổ bên.
 - Thời gian phẫu thuật. Tính theo phút.
 - Thời gian rút dẫn lưu: Tính theo ngày.
 - Giai đoạn bệnh.
 - Biến chứng sau phẫu thuật:
 - + Chảy máu: Cách đánh giá: vùng cổ sưng phồng, có thể có khó thở, dẫn lưu (chảy máu đỏ tươi và có cục máu đông), có thể kèm theo mạch nhanh, huyết áp hạ.
 - + Nhiễm trùng vết mổ: Cách đánh giá: toàn thân sốt, vết mổ nề đỏ, có mủ, công thức bạch cầu tăng trên 10 G/l.

+ Biến chứng tổn thương TK TQQN sau mổ: Cách đánh giá: Cơ năng: khàn tiếng, khó thở thanh quản (khó thở chậm, thì hít vào, có tiếng thở rít). Nội soi tai mũi họng: dây thanh di động bình thường, hạn chế di động (so sánh với bên đối diện) hay cố định (một bên hay hai bên). Liệt TK TQQN tạm thời: dưới 6 tháng sau phẫu thuật (một bên hay hai bên). Liệt TK TQQN vĩnh viễn: trên 6 tháng sau phẫu thuật (một bên hay hai bên).

+ Biến chứng hạ canxi máu sau mổ: Cách đánh giá: Tê bì đầu chi, quanh miệng hay lưỡi. Con Tê-tani: co cứng cơ vùng mặt, tay chân. Xét nghiệm sinh hóa máu: canxi ion hóa và PTH 24h sau mổ, Canxi ion hóa 3 tháng và 6 tháng sau mổ. Hạ canxi tạm thời: canxi ion hóa huyết thanh dưới 1.0 mmol/L trong 6 tháng sau mổ. Hạ canxi vĩnh viễn: canxi ion hóa huyết thanh dưới 1.0 mmol/L trên 6 tháng sau mổ.

+ Biến chứng dò dưỡng chấp sau mổ: Quan sát dịch dẫn lưu sau mổ.

2.9. Phương pháp phân tích số liệu

- Số liệu được thu thập và được xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0.

- Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê Y học: Các biến định lượng được biểu thị ở dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn nếu là phân phối chuẩn hoặc ở dạng trung vị [min-max] nếu là phân phối không chuẩn. Các biến định tính được biểu thị các bảng tần suất theo tỷ lệ phần trăm.

2.10. Đạo đức nghiên cứu

Đề tài nghiên cứu được Hội đồng khoa học Bệnh viện và Sở Y tế cho phép nghiên cứu.

Tất cả các thông tin khai thác từ bệnh nhân và hồ sơ bệnh án đều được giữ bí mật. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán, điều trị, đánh giá tiên lượng bệnh, phục vụ công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

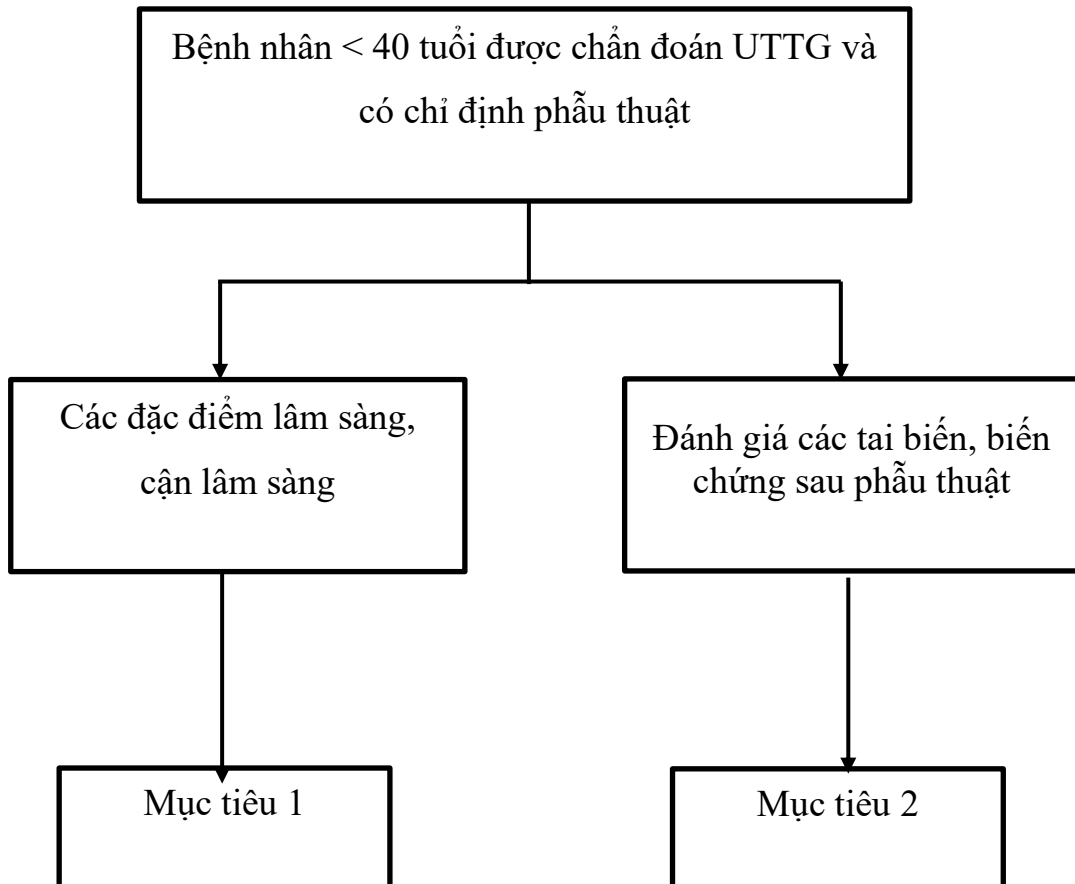
2.11. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục sai số

2.11.1. Hạn chế của nghiên cứu

- Nghiên cứu đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật, chưa đánh giá kết quả xa.
- Cỡ mẫu nhỏ.

2.11.2. Sai số và biện pháp khắc phục sai số

- Sai số khi tổng hợp, nhập và phân tích số liệu.
- Biện pháp khắc phục sai số: Xây dựng bệnh án nghiên cứu chặt chẽ. Định nghĩa rõ ràng các biến số, chỉ số nghiên cứu; loại bỏ các phiếu thiếu thông tin, hoặc thông tin không rõ ràng mơ hồ. Nhập số liệu cẩn thận, chi tiết, tránh nhầm lẫn, kiểm tra đối chứng trước và sau khi nhập số liệu.

SƠ ĐỒ NGHIÊN CỨU

Chương 3

DỰ KIẾN KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 3.1: Phân bố độ tuổi

Độ tuổi	Số BN	%	Tuổi trung bình
< 20 tuổi			
Từ 20 đến 29 tuổi			
Từ 30 đến 39 tuổi			
Tổng			

Nhận xét:

Bảng 3.2: Phân bố giới tính

Giới		Số BN	%
Giới	Nam		
	Nữ		
Tổng			

Nhận xét:

Bảng 3.3: Phân bố tiền sử

Tiền sử	Số BN	%
Không ghi nhận tiền sử đặc biệt		
Chiếu xạ vùng đầu cổ		
Gia đình mắc bệnh UTTG		
Phẫu thuật cắt u tuyến giáp lành tính trước đó		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.4: Phân bố lý do khám bệnh

Lý do khám bệnh	Số BN	%
Phát hiện qua kiểm tra sức khỏe		
Tự thấy khối sưng phồng vùng cổ		
Nuốt vướng, nuốt nghẹn		
Khàn tiếng		
Nuốt đau		
Tổng		

Nhận xét:**Bảng 3.5: Vị trí của u**

Vị trí u	Số BN	%
Thùy trái		
Thùy phải		
U ở cả 2 bên		
U vùng eo		
Tổng		

Nhận xét:**Bảng 3.6: Kích thước u**

Đặc điểm u		Số BN	%
Kích thước	< 2cm		
	Từ 2 đến 4cm		
	> 4cm		
Tổng			

Nhận xét:**Bảng 3.7: Số lượng u**

Số lượng u		Số BN	%
Số lượng u	Đơn ổ		
	Đa ổ		
Tổng			

Nhận xét:

Bảng 3.8: Phân loại TIRADS

Phân loại TIRADS		Số BN	%
TIRADS	3		
	4		
	5		
Tổng			

Nhận xét:**Bảng 3.9: Kết quả FNA**

Kết quả FNA		Số BN	%
FNA	Lành tính		
	Nghi ngờ		
	Ung thư		
Tổng			

Nhận xét:**3.2. Kết quả phẫu thuật****Bảng 3.10: Phân loại theo phương pháp phẫu thuật tuyến giáp**

Các phương pháp phẫu thuật		Số BN	Tổng
Cắt thùy + eo giáp			
Cắt tuyến giáp toàn bộ			
Tổng			

Nhận xét:**Bảng 3.11: Phân loại vết hạch cổ theo vị trí vết hạch**

Vết hạch cổ		Số BN	Tỉ lệ
Chỉ vết hạch cổ trung tâm			
Vết hạch cổ trung tâm và hạch cổ bên	Vết hạch cổ một bên		
	Vết hạch cổ hai bên		
Tổng			

Nhận xét:

Bảng 3.12: Di căn hạch cổ sau mổ

Di căn hạch cổ	Số BN	%
Hạch cổ trung tâm		
Hạch cổ trung tâm+ cổ bên		
Không di căn		
Tổng		

Nhận xét:**Bảng 3.13: Thời gian phẫu thuật (phút)**

Thời gian phẫu thuật	Thời gian
Thời gian phẫu thuật ngắn nhất	
Thời gian phẫu thuật dài nhất	
Thời gian phẫu thuật trung bình	

Nhận xét:**Bảng 3.14: Thời gian rút dẫn lưu (ngày)**

Thời gian rút dẫn lưu	Thời gian
Thời gian rút dẫn lưu ngắn nhất	
Thời gian rút dẫn lưu dài nhất	
Thời gian rút dẫn lưu trung bình	

Nhận xét:**Bảng 3.15: Giai đoạn ung thư**

Giai đoạn	Số BN	%
I		
II		
Tổng		

Nhận xét:

Bảng 3.16: Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng		Số BN	%
Không có biến chứng			
Có biến chứng	Chảy máu		
	Tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản		
	Suy cận giáp		
	Dò dưỡng chấp		
	Nhiễm trùng vết mổ		
Tổng			

Nhận xét:

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Frank H. Netter *Atlas giải phẫu người*.
2. Hoàng Ngọc Giáp (2020), "Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp thể biệt hóa ở người trẻ tuổi tại bệnh viện K", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 136(1), tr. 60-63.
3. Vũ Anh Hải (2024), "Kết quả bước đầu phẫu thuật điều trị ung thư tuyến giáp ở trẻ em và vị thành niên", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 436(1), tr. 70-73.
4. Nguyễn Xuân Hậu (2021), "Kết quả phẫu thuật ung thư tuyến giáp ở người trẻ tuổi", *Tạp chí y học lâm sàng*. 122(1B), tr. 17 - 20.
5. Đào Thị Luận (2021), "Áp dụng phân loại mô bệnh học của WHO 2017 trong chẩn đoán các u biểu mô tuyến giáp", *Tạp chí Nội tiết và Đái tháo đường*. 32(1), tr. 8 - 10.
6. Trịnh Văn Minh (2010), *Giải phẫu học đại cương Chi trên - Chi dưới - Đầu- Mặt- Cổ*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.
7. Nguyễn Quang Quyền (2013), *Bài Giảng Giải Phẫu Học*, Trường đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh - Nhà xuất bản Y học.
8. Bộ Y Tế (2013), *Hướng dẫn Quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ung bướu*, Quyết định số 3338/QĐ-BYT ngày 09/09/2013, chủ biên. Bộ Y tế, Hà Nội, tr. 37-116.
9. Viện Ung Thư Quốc Gia (2022), "Tình hình bệnh ung thư tại Việt Nam theo GLOBOCAN 2022".

TIẾNG ANH

10. E. S. Cibas and S. Z. Ali (2017), "The 2017 Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology", *Thyroid*. 27(11), pg. 1341-1346.
11. A. Jurescu et al. (2024), "Clinical-Pathological Features of Thyroid Neoplasms in Young Patients Diagnosed in a Single Center", *Life*

(Basel). 14(6).

12. K. Kim et al. (2020), "Comparison of long-term prognosis for differentiated thyroid cancer according to the 7th and 8th editions of the AJCC/UICC TNM staging system", *Ther Adv Endocrinol Metab.* 11, pg. 2042018820921019.
13. V. P. T. Nguyen et al. (2025), "Clinicopathological and molecular characteristics of papillary thyroid carcinoma in adolescent and young adult patients", *Endocr J.* 72(2), pg. 221-227.
14. S. Smith et al. (2018), "'I know I'm not invincible': An interpretative phenomenological analysis of thyroid cancer in young people", *Br J Health Psychol.* 23(2), pg. 352-370.
15. Freddie Bray et al. (2024), "Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", *CA: A Cancer Journal for Clinicians.* 74(3), pg. 229-263.
16. F. N. Tessler et al. (2017), "ACR Thyroid Imaging, Reporting and Data System (TI-RADS): White Paper of the ACR TI-RADS Committee", *J Am Coll Radiol.* 14(5), pg. 587-595.
17. Mengmeng Li et al., "Thyroid cancer in adolescents and young adults: a population-based study in 185 countries worldwide", *The Lancet Diabetes & Endocrinology.*
18. NCCN guidelines for patients (2023), Adolescent and Young Adult Cancer.

PHỤ LỤC

PHỤ LỤC 1

Phân loại Bethesda chẩn đoán nhân tuyến giáp năm 2017[10]

Phân loại chẩn đoán	Nguy cơ ác tính (%)	Xử trí
I. Không đầy đủ tiêu chuẩn để chẩn đoán.	5 - 10	Làm lại FNA dưới siêu âm.
II. Lành tính.	0 - 3	Theo dõi trên lâm sàng hoặc siêu âm.
III. Tổn thương không điển hình hoặc tổn thương nang tuyến không xác định.	10 - 30	Làm lại FNA, xét nghiệm phân tử hoặc cắt thùy giáp.
IV. U tuyến thể nang hoặc nghi ngờ u tuyến thể nang.	25 - 40	Xét nghiệm phân tử, cắt thùy tuyến giáp.
V. Nghi ngờ ung thư.	50 - 75	Cắt thùy hay TBTG.
VI. Ung thư.	97 - 99	Cắt thùy hay TBTG.

PHỤ LỤC 2

Phân loại TNM cho ung thư tuyến giáp theo AJCC 8[12]

Khối u nguyên phát (T)	
Tx	Khối u nguyên phát không đánh giá được.
T0	Không tìm thấy bằng chứng của khối u nguyên phát.
T1	Đường kính lớn nhất khối u ≤ 2 cm và giới hạn trong tuyến giáp.
T1a	$U \leq 1$ cm, giới hạn trong tuyến giáp.
T1b	Khối u > 1 cm nhưng kích thước lớn nhất ≤ 2 cm, giới hạn ở tuyến giáp.
T2	Khối u kích thước > 2 cm nhưng ≤ 4 cm, giới hạn trong tuyến giáp.
T3	Kích thước khối u > 4 cm, giới hạn trong tuyến giáp hoặc khối u kích thước bất kỳ lan rộng ra ngoài tuyến giáp và xâm lấn đến cơ trước giáp.
T3a	Kích thước khối u > 4 cm, giới hạn trong tuyến giáp.
T3b	Khối u kích thước bất kỳ lan rộng ra ngoài tuyến giáp và xâm lấn đến cơ trước giáp.
T4a	Khối u kích thước bất kỳ lan rộng ra ngoài tuyến giáp, xâm lấn mô mềm dưới da, thanh quản, khí quản hoặc dây TKTQQN.
T4b	Bất kỳ khối u kích thước nào với sự lan rộng ra ngoài tuyến giáp xâm lấn cận trước cột sống hoặc bao quanh động mạch cảnh hoặc mạch máu trung thất.
Hạch bạch huyết (N)	
Nx	Không đánh giá được hạch bạch huyết.
N0	Không di căn hạch vùng.
N0a	Một hoặc nhiều hạch bạch huyết lành tính được xác nhận về mặt tế bào học hoặc mô học.
N0b	Không có bằng chứng X quang hoặc lâm sàng về di căn hạch bạch huyết tại chỗ.
N1	Di căn hạch vùng.

N1a	Di căn đến hạch bạch huyết nhóm VI hoặc VII (trước khí quản, cạnh khí quản hoặc trước thanh quản/ Delphian hoặc trung thất trên).
N1b	Di căn hạch cổ 1 bên, hai bên hoặc đối bên (nhóm I, II, III, IV, V) hoặc hạch sau hầu.
Di căn xa (M)	
M0	Không di căn xa.
M1	Có di căn xa.

Chẩn đoán giai đoạn TNM theo AJCC 8[12]

Tuổi tại thời điểm chẩn đoán	U nguyên phát	Hạch vùng	Di căn xa	Giai đoạn bệnh
< 55 tuổi	T bất kỳ	N bất kỳ	M0	I
	T bất kỳ	N bất kỳ	M1	II
≥ 55 tuổi	T1	N0/Nx	M0	I
	T2	N0/Nx	M0	I
	T1	N1	M0	II
	T2	N1	M0	II
	T3a/T3b	N bất kỳ	M0	II
	T4a	N bất kỳ	M0	III
	T4b	N bất kỳ	M0	IVA
	T bất kỳ	N bất kỳ	M1	IVB

PHỤ LỤC 3

Phân loại u biểu mô tuyến giáp theo Tổ chức Y tế Thế giới 2017 [5]

U tuyến thể nang	8330/0
U bì kính hoá	8336/1
Các u nang tuyến giáp có vỏ khác	
U thể nang tiềm năng ác tính không xác định	8335/1
U biệt hoá rõ tiềm năng ác tính không xác định	8348/1
U nang tuyến giáp không xâm nhập có đặc điểm nhân giống UTBM nhú	8349/1
UTBM tuyến giáp thể nhú	
UTBM nhú	8260/3
UTBM nhú biến thể nang	8340/3
UTBM nhú biến thể có vỏ	8343/3
UTBM vi nhú	8341/3
UTBM nhú biến thể tế bào trụ	8344/3
UTBM nhú biến thể tế bào ưa axit	8342/3
UTBM tuyến giáp thể nang	
UTBM nang xâm nhập tối thiểu	8335/3
UTBM nang có vỏ xâm nhập mạch máu	8339/3
UTBM nang xâm nhập rộng	8330/3
Các u tế bào ưa axit	
U tuyến tế bào ưa axit	8290/0
UTBM tế bào ưa axit	8290/3
UTBM tuyến giáp kém biệt hoá	8337/3
UTBM tuyến giáp bất thực sản	8020/3
UTBM tế bào vảy	8070/3
UTBM tuyến giáp thể tuỷ	8345/3

UTBM tuyến giáp hỗn hợp tuỷ và nang	8346/3
UTBM biểu bì nhầy	8430/3
UTBM biểu bì nhầy xơ hoá với bạch cầu ưa axit	8430/3
UTBM nhầy	8480/3
U biểu mô hình thoi có biệt hoá giống tuyến ức	8588/3

PHỤ LỤC 4

QUY TRÌNH PHẪU THUẬT UTTG, VẾT HẠCH CỔ 2 BÊN.

Theo quy trình kỹ thuật khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Ung bướu năm 2013 của Bộ Y Tế[8].

* Tư thế bệnh nhân

BN nằm ngửa, cổ duỗi tối đa bằng cách lót một cái gối vào dưới vai.

* Đường rạch

Đường rạch da được thực hiện ở nếp lằn da cổ trước, trên hõm ức một khoát ngón tay, thường trùng với nếp lằn cổ để đảm bảo về thẩm mỹ. Bóc tách vạt da dưới cơ bám da cổ. Phẫu tích theo đường trắng giữa cổ, vén lớp cơ dưới móng, bộc lộ được mặt trước của tuyến giáp.

* Các thì phẫu thuật

- Thì 1: bóc tách cực trên và thắt bó mạch giáp trên, giải phóng bó mạch giáp trên sát bao tuyến giáp, tránh giải phóng lên phía trên cao làm tổn thương nhánh của dây thần kinh thanh quản trên.
- Thì 2: tiếp cận cực dưới, tìm và bảo tồn các cấu trúc liên quan.
 - + Tìm và bảo tồn dây TKTQQN qua các mốc liên quan: trong tam giác Simon, rãnh khí thực quản, dây chằng Berry, vị trí thần kinh đi vào thanh quản.
 - + Tìm các vị trí có tuyến cận giáp và bảo tồn tuyến cận giáp ở mặt sau thùy giáp theo vị trí giải phẫu.
 - + Các nhánh của bó mạch giáp dưới gồm động mạch và tĩnh mạch giáp dưới phải được bộc lộ, cặp cắt sát với bao giáp để tránh cắt qua các nhánh nhỏ nuôi dưỡng tuyến cận giáp.
 - + Bóc tách từ mặt bên của thùy giáp đi theo dây TKTQQN, cặp và cắt tĩnh mạch giáp giữa.
- Thì 3: giải phóng thùy giáp, sau khi bóc tách và bộc lộ các mặt, cực và bờ thùy giáp, giải phóng thùy giáp ra khỏi hố giáp, cắt bỏ các bao dây chằng xung quanh, kiểm tra lại các bó mạch, dây TKTQQN và tuyến cận giáp. Giải phóng

eo giáp khỏi khí quản được neo giữ bởi dây chằng Berry, cặp cắt sát vào bao giáp.

Cắt TBTG bằng cách lặp lại phẫu thuật với thùy giáp đối bên.

*** Vét hạch cổ**

- Vét hạch nhóm VI: phẫu tích dọc theo đường đi dây TKTQQN, vét hạch nhóm VI tránh làm tổn thương dây thần kinh và tuyến cận giáp.

- Vét hạch cổ bên: phẫu tích cơ ức đòn chũm ra khỏi các cơ ức giáp, ức móng và cơ giáp móng theo bình diện giải phẫu, toàn bộ máng cảnh được bộc lộ. Kéo cơ ức đòn chũm ra ngoài và ra sau, lúc này hệ thống hạch cổ bên được bộc lộ. Vét hạch theo khối monobloc, bên trái cần lưu ý tới ống ngực.

- Sau khi cắt TBTG và vét hạch đặt 1 dẫn lưu tại vị trí tuyến giáp và 1 dẫn lưu tại vị trí vét hạch để dẫn lưu dịch.

*** Chăm sóc và theo dõi bệnh nhân sau mổ**

- Sau mổ BN được dùng kháng sinh toàn thân, giảm đau, giảm phù nề.

- Khám phát hiện các biến chứng sau mổ: chảy máu, khàn tiếng, cơn co rút ngón tay, ngón chân, rò ống ngực.

- Chăm sóc vết mổ hàng ngày, cắt chỉ sau 1 tuần.

- Đánh giá kết quả sau phẫu thuật 1 tuần.

- BN tiếp tục được theo dõi khám lại trực tiếp hoặc ghi nhận qua điện thoại tại thời điểm: 1 tháng sau phẫu thuật để đánh giá các biến chứng khàn tiếng và cơn co rút ngón tay, ngón chân.

PHỤ LỤC 5
BỆNH ÁN NGHIÊN CỨU

Mã BN:.....

Ngày phẫu thuật:.....

1. Đặc điểm chung:

1.1. Họ và tên:.....

1.2. Tuổi:.....

1.3. Giới:.....

1.4. Địa chỉ:.....

2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

2.1. Tiền sử:

Không ghi nhận tiền

sử đặc biệt Chiếu xạ

vùng đầu cổ (ngực)

Bướu cổ địa phương

Gia đình mắc bệnh UTTG

Phẫu thuật cắt bướu trước đó

2.2. Lý do khám bệnh:

Phát hiện qua kiểm tra

sức khỏe Tự thấy khối

sung phồng vùng cổ

Nuốt vướng, nuốt nghẹn

Khàn tiếng

Nuốt đau

2.3. Vị trí khối u:

Thùy trái Thùy phải 2 bên Vùng eo

2.4. Kích thước khối u (u lớn nhất):

$\leq 2\text{cm}$ >2 đến $\leq 4\text{cm}$ $>4\text{cm}$

2.5. Tính chất khối u:

Đơn ổ / Đa ổ

2.6. Siêu âm u (Phân độ TIRADS):

TIRADS 3 TIRADS 4 TIRADS 5

2.7. FNA:

Ung thư Nghi ngờ Lành tính

3. Điều trị:

3.1. Phẫu thuật:

Cắt thùy + eo giáp

Cắt toàn bộ tuyến giáp

3.2. Loại nạo hạch cổ:

Chỉ vét hạch cổ trung tâm

Vét hạch cổ trung tâm + vét hạch cổ 1 bên

Vét hạch cổ trung tâm + vét hạch cổ 2 bên

3.3. Di căn hạch cổ sau mổ:

Hạch cổ trung tâm

Hạch cổ trung tâm + hạch cổ bên

Không dị căn

3.4. Thời gian phẫu thuật:

3.5. Thời gian rút dẫn lưu:

3.6. Giai đoạn:

Giai đoạn I

Giai đoạn II

3.7. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Loại biến chứng
Có Không	Chảy máu, tụ máu sau mổ
	Tổn thương dây TKTQQN sau mổ
	Suy cận giáp
	Dò dưỡng chấp
	Nhiễm trùng vết mổ

PHỤ LỤC 6
DỰ TRÙ KINH PHÍ NGHIÊN CỨU

STT	NỘI DUNG	DIỄN GIẢI	THÀNH TIỀN (đồng)
1	Thu thập thông tin ban đầu	100.000đ/người/ngày x 01 người x 05 ngày	500.000
2	Thu thập số liệu + xử lí số liệu	20.000đ/ bệnh án x 50 bệnh án	1.000.000
3	In ấn	1.000đ/trang x (60 tr đề cương + 100 tr báo cáo)x 6 quyển/ lần x 05 lần chỉnh sửa	4.800.000
4	Vấn phòng phẩm		500.000
	Tổng cộng		6.800.000

(Bằng chữ : Sáu triệu, tám trăm ngàn đồng)