

độ tế bào thấp hơn. Các nghiên cứu quốc tế cũng ghi nhận ảnh hưởng của môi trường vi mô đến mức độ bộc lộ PD-L1 [7].

Xét theo giai đoạn bệnh (Bảng 6), tỷ lệ dương tính PD-L1 tăng theo tiến triển TNM. Ở giai đoạn IV, tỷ lệ này là 54,5% so với 40,6% ở các giai đoạn sớm hơn ( $p = 0,231$ ). Mặc dù chưa đạt ý nghĩa thống kê, xu hướng này cho thấy PD-L1 có thể tăng khi bệnh tiến triển, có thể do thay đổi vi môi trường u như tăng tiết các cytokine và các tín hiệu ức chế miễn dịch. Ngoài ra, nhóm không có đột biến EGFR có tỷ lệ PD-L1 dương tính cao hơn nhóm có đột biến (55,4% so với 40,6%,  $p = 0,063$ ). Một số nghiên cứu trước đây cho rằng con đường tín hiệu qua EGFR có thể kích thích sự bộc lộ PD-L1, góp phần vào cơ chế trốn tránh miễn dịch của khối u. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây lại cho thấy điều ngược lại: biểu hiện PD-L1 có xu hướng thấp hơn ở nhóm có đột biến EGFR, gợi ý rằng hoạt hóa EGFR không đồng hành với tăng PD-L1 như giả thuyết trước đây [8]. Cuối cùng, chỉ số maxSUV trên PET/CT cũng cao hơn ở nhóm PD-L1 dương tính tại tất cả các vị trí khảo sát, tuy nhiên sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ung thư phổi biểu mô tuyến tại Bệnh viện Bạch Mai chủ yếu gặp ở nam giới, người lớn tuổi và phần lớn được phát hiện ở giai đoạn muộn. Tỷ lệ bộc lộ PD-L1 dương tính chiếm đa số, trong đó có sự liên quan có ý nghĩa thống kê với giới tính nam và tiền sử hút thuốc lá. Các đặc điểm khác như giai đoạn bệnh, vị trí khối u, vị trí và phương pháp lấy mẫu, tình trạng đột biến EGFR và chỉ số maxSUV chưa cho thấy mối liên quan có ý nghĩa với sự bộc lộ PD-L1. Kết quả này góp phần cung cấp dữ liệu nền tại Việt Nam và làm cơ sở cho

các nghiên cứu chuyên sâu hơn trong tương lai về điều trị đích và miễn dịch.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Minh Lanh (2019). Nhân xét đặc điểm bộc lộ PD-L1 ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2018 – 2019. Khóa luận tốt nghiệp ngành Y Khoa, Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội.
2. Le H, Hiep L, Hong D (2022). Clinical and subclinical of non-small cell lung cancer stage IIIB-IVB patients with positive PD-L1. Tạp chí Y học lâm sàng, 129, 178–185.
3. Rashed H.E., Abdelrahman A.E., Abdelgawad M., et al. (2017). Prognostic significance of programmed cell death ligand 1 (PD-L1), CD8+ tumor-infiltrating lymphocytes and p53 in non-small cell lung cancer: an immunohistochemical study. Turk Patoloji Dergisi, 1(1), 211–222.
4. Rodriguez-Lara V., Soca-Chafre G., Avila-Costa M.R., et al. (2023). Role of sex and sex hormones in PD-L1 expression in NSCLC: clinical and therapeutic implications. Frontiers in Oncology, 13, 1210297.
5. Rizvi N.A., Hellmann M.D., Snyder A., et al. (2015). Mutational landscape determines sensitivity to PD-1 blockade in non-small cell lung cancer. Science, 348(6230), 124–128.
6. Cha Y.J., Kim H.R., Lee C.Y., Cho B.C., Shim H.S. (2016). Clinicopathological and prognostic significance of programmed cell death ligand-1 expression in lung adenocarcinoma and its relationship with p53 status. Lung Cancer, 97, 73–80.
7. Munari E., Rossi G., Zamboni G., et al. (2016). PD-L1 expression heterogeneity in non-small cell lung cancer: defining criteria for harmonization between biopsy specimens and whole sections. Journal of Thoracic Oncology, 13(8), 1113–1120.
8. Schoenfeld A.J., Rizvi H., Bandlamudi C., et al. (2020). Clinical and molecular correlates of PD-L1 expression in patients with lung adenocarcinomas. Annals of Oncology, 31(5), 599–608.

## ĐẶC ĐIỂM DI CĂN HẠCH CỦA CÁC BỆNH NHÂN VI UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN GIÁP THỂ NHÚ

Trần Thị Nhật<sup>1</sup>, Nguyễn Quang Bày<sup>2</sup>,  
Lê Quang Toàn<sup>1</sup>, Phạm Bá Tuấn<sup>1</sup>, Vũ Văn Lại<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Bệnh viện Nội tiết Trung ương

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Quang Bày

Email: quangbay70@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.6.2025

**Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm di căn hạch của các bệnh nhân vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện Nội tiết trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang trên 181 bệnh nhân được chẩn đoán vi ung thư biểu mô

Ngày phản biện khoa học: 17.7.2025

Ngày duyệt bài: 15.8.2025

tuyến giáp thể nhú có di căn hạch được phẫu thuật tại Bệnh viện Nội tiết Trung Ương từ 01-04/2025. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy vi ung thư tuyến giáp thể nhú chủ yếu là nữ (72,9%), dưới 55 tuổi (87,3%), được phát hiện tình cờ khi khám sức khỏe định kỳ (58,6%) và có tỷ lệ thừa cân/béo phì cao (47,5%). Hạch di căn chủ yếu khu trú tại hạch cổ trung tâm (78,5%), với số lượng trung bình  $3,0 \pm 2,6$  và kích thước trung bình  $6,1 \pm 3,8$  mm. Về giai đoạn, đa số bệnh nhân thuộc T1a (89,0%), phần lớn nguy cơ tái phát thấp (79%) và nguy cơ tử vong thấp (87,3%). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu làm nổi bật tầm quan trọng của sàng lọc sớm kết hợp với đánh giá toàn diện trong nâng cao hiệu quả chẩn đoán và tiên lượng vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú có di căn hạch.

**Từ khóa:** vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú, di căn hạch.

## SUMMARY

### LYMPH NODE METASTASIS

#### CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH PAPILLARY THYROID MICROCARCINOMA

**Objective:** To evaluate the characteristics of lymph node metastasis in patients with papillary thyroid microcarcinoma (PTMC) at the National Hospital of Endocrinology. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 181 patients diagnosed with lymph node metastatic PTMC who underwent surgery at the National Hospital of Endocrinology from January to April 2025. **Results:** The study revealed that the majority of PTMC patients were female (72.9%), under the age of 55 (87.3%), with incidental detection during routine health check-ups (58.6%), and a high prevalence of overweight/obesity (47.5%). Lymph node metastases were predominantly located in the central cervical compartment (78.5%), with a mean number of  $3.0 \pm 2.6$  nodes and an average metastatic node size of  $6.1 \pm 3.8$  mm. In terms of staging, most patients were classified as T1a (89.0%), with the majority having a low risk of recurrence (79%) and a very low risk of disease-specific mortality (87.3%). **Conclusion:** These findings highlight the importance of early screening and comprehensive clinical assessment in improving the diagnostic accuracy and prognostic stratification of papillary thyroid microcarcinoma with lymph node metastasis. **Keywords:** papillary thyroid microcarcinoma, PTMC, lymph node metastasis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi ung thư tuyến giáp thể nhú (Papillary thyroid microcarcinoma- PTMC) là thể ung thư tuyến giáp phổ biến, được xếp vào nhóm bệnh ung thư có tiên lượng tốt, với tỷ lệ sống còn sau 10 năm lên đến 95–99%.<sup>1,2</sup> Tuy nhiên, không phải tất cả các trường hợp đều diễn biến lành tính; một số BN có thể gặp tình trạng xâm lấn tại chỗ, tái phát, thậm chí ngay tại thời điểm chẩn đoán.

Trong đó, di căn hạch cổ là yếu tố tiên lượng quan trọng có liên quan đến nguy cơ tái phát và ảnh hưởng đến chiến lược điều trị. Đặc điểm như vị trí hạch, số lượng, kích thước hạch di căn

không chỉ tham gia phân tầng nguy cơ tái phát (theo ATA 2016) mà còn góp phần vào đánh giá nguy cơ tử vong (theo phân loại TNM – AJCC8).<sup>3,4</sup> Tỷ lệ di căn hạch ở bệnh nhân PTMC trong các nghiên cứu trước đây dao động từ 12% đến 64%,<sup>1,4,5</sup> phản ánh sự khác biệt trong dân số nghiên cứu, kỹ thuật chẩn đoán và tiêu chuẩn chỉ định phẫu thuật.

Trong bối cảnh chưa có sự thống nhất rõ ràng về thái độ điều trị đối với PTMC, việc khảo sát đặc điểm di căn hạch có ý nghĩa thực tiễn nhằm hỗ trợ cá thể hóa điều trị, tránh can thiệp quá mức hoặc điều trị không đầy đủ. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: "*Nhận xét đặc điểm di căn hạch của các bệnh nhân vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú tại Bệnh viện Nội tiết trung ương*".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Các BN được chẩn đoán PTMC có di căn hạch được phẫu thuật tại Bệnh viện nội tiết Trung Ương từ tháng 01/2025 đến tháng 04/2025.

### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN được chẩn đoán xác định PTMC bằng mô bệnh học sau phẫu thuật.
- Đường kính u (u lớn nhất nếu đa u)  $\leq 1$ cm (đánh giá kích thước trên mô bệnh học).
- Có di căn hạch của vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú
- Được phẫu thuật tại Bệnh viện nội tiết Trung Ương
- Tuổi  $\geq 18$
- Đồng ý tham gia nghiên cứu
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin: trước, trong và sau phẫu thuật.

### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Ung thư tuyến giáp tái phát
- BN có ung thư thứ hai đi kèm
- BN đã được điều trị bằng đốt sóng cao tần, phẫu thuật.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

**Cỡ mẫu và chọn mẫu:** chọn mẫu toàn bộ BN đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong khoảng thời gian nghiên cứu. Cỡ mẫu thu được  $n=181$ .

### Biến số:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, lý do vào viện, BMI, tiền sử bệnh lý tuyến giáp
- Hoàn cảnh phát hiện hạch di căn: trên lâm sàng/siêu âm/phẫu thuật/mô bệnh học
- Đặc điểm di căn hạch: vị trí, kích thước, số lượng, lý do vào viện, hoàn cảnh phát hiện hạch trên lâm sàng/siêu âm/khi phẫu thuật/trên mô

bệnh học

- Phân loại giai đoạn bệnh theo TNM theo AJCC8

- Tiêu chuẩn phân loại nguy cơ tái phát bệnh ATA 2016 và nguy cơ tử vong do bệnh theo AJCC8

**2.3. Xử lý số liệu.** Xử lý số liệu bằng chương trình SPSS 20.0. Test x để so sánh sự khác biệt giữa 2 tỷ lệ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,05$ .

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được sự chấp thuận của Ban Giám đốc Bệnh viện Nội tiết trung ương. Đối tượng nghiên cứu và người nhà được thông báo rõ về mục đích nghiên cứu. Mọi thông tin được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 181 BN được chẩn đoán và phẫu thuật PTMC tại Bệnh viện nội tiết Trung Ương từ 01/2025 đến 04/2025 thu được một số kết quả như sau:

**Bảng 1. Đặc điểm chung**

Đặc điểm chung		Số BN	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi (năm)	< 55	158	87,3
	≥55	23	12,7
Tuổi trung bình (tối thiểu-tối đa)		41,7±12,1	(18-92)
Giới	Nam	49	27,1
	Nữ	132	72,9
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	<18,5	15	8,3
	18,5-22,9	80	44,2
	>23,0	86	47,5
Tiền sử bệnh lý	Viêm giáp	7	3,9
	Bướu nhân	44	24,3
	Basedow kèm bướu giáp nhân	10	5,5
	Không có tiền sử	120	66,3
Lý do vào viện	Tự sờ thấy u vùng cổ	1	0,6
	Nuốt vướng	62	34,3
	Khàn tiếng	3	1,7
	Đau vùng cổ	13	7,2
	Tình cờ phát hiện	106	58,6
Hoàn cảnh phát hiện hạch di căn	Trên lâm sàng	17	9,4
	Trên siêu âm	96	53,0
	Khi phẫu thuật	181	100
	Mô bệnh học	181	100

**Nhận xét:** Tuổi trung bình: 41,7 ± 12,1; đa số BN < 55 tuổi (87,3%)

Phần lớn BN là nữ giới chiếm 72,9%, nam giới chiếm 27,1%.

58,6% BN tình cờ phát hiện, chủ yếu không có triệu chứng rõ ràng

33,7% BN có tiền sử bệnh lý trước đó chủ

yếu có bướu nhân (24,3%)

47,5% BN thừa cân/béo phì, chỉ có 8,3% BN thiếu cân.

Hạch di căn được phát hiện 100% qua mổ và mô bệnh học; chỉ 53% qua siêu âm, 9,4% qua lâm sàng.

**Bảng 2. Đặc điểm di căn hạch trên mô bệnh học**

Đặc điểm di căn hạch		Số BN	Tỷ lệ (%)
Vị trí hạch di căn	Hạch cổ trung tâm	142	78,5
	Hạch khoang bên	10	5,5
	Hạch khoang bên và trung tâm	29	16,0
Số lượng hạch di căn	<5	143	79
	≥5	38	21
	Trung bình (tối thiểu - tối đa)	3,0±2,6	(1-15)
Kích thước hạch (mm)	≥ 5mm	93	51,4
	<5mm	88	48,6
	Trung bình (tối thiểu - tối đa)	6,1±3,8	(2-20)
Giai đoạn T	T1a	161	89,0
	T3b	16	8,8
	T4a	4	2,2
Giai đoạn M	M0	181	100,0
	M1	0	0,0

**Nhận xét:** Trong nghiên cứu, đa số BN có hạch cổ trung tâm (78,5%), 16% có hạch ở cả khoang bên và trung tâm, trong khi chỉ 5,5% có hạch khoang bên đơn thuần. Số lượng hạch di căn trung bình là 3,0 ± 2,6 (1–15 hạch), với 79% BN có <5 hạch di căn. Kích thước hạch trung bình là 6,1 ± 3,8 mm, trong đó 51,4% BN có hạch ≥ 5 mm.

Về phân giai đoạn TNM, phần lớn BN ở giai đoạn T1a (89,0%), chỉ 8,8% ở T3b và 2,2% ở T4a; tất cả đều ở giai đoạn M0.

**Bảng 3. Đặc điểm hạch phân tầng nguy cơ tái phát và tử vong**

Đặc điểm di căn hạch		Số BN	Tỷ lệ (%)
Đặc điểm hạch nguy cơ tái phát theo phân loại ATA 2016	Nguy cơ thấp	143	79,0
	Nguy cơ trung bình	38	21,0
	Nguy cơ cao	0	0
Đặc điểm nguy cơ tử vong theo phân loại AJCC8	Nguy cơ thấp	158	87,3
	Nguy cơ trung bình	19	10,5
	Nguy cơ cao	4	2,20
	Nguy cơ rất cao	0	0

**Nhận xét:** Phần lớn BN thuộc nhóm nguy cơ tái phát thấp (79%) và nguy cơ tử vong thấp (87,3%).

### IV. BÀN LUẬN

Vi ung thư tuyến giáp thể nhú có thể gặp ở nhiều lứa tuổi, tuy nhiên phần lớn BN thuộc nhóm tuổi <55, phù hợp với đặc điểm dịch tễ chung của bệnh. Trong nghiên cứu này, 87,3% BN dưới 55 tuổi, với tuổi trung bình là  $41,7 \pm 12,1$  (dao động từ 18 đến 92 tuổi). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Yu Wang năm 2024 có 88,4% BN cũng dưới 55 tuổi<sup>2</sup>. So sánh với nghiên cứu trong nước, Nguyễn Xuân Hậu (2021) tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội ghi nhận tuổi trung bình là  $44,6 \pm 10,53$ <sup>6</sup>, gần sát với số liệu của chúng tôi. Điều này cho thấy độ tuổi mắc PTMC tại Việt Nam tương đối phù hợp với xu hướng quốc tế, góp phần củng cố tính đại diện và thực tiễn của nghiên cứu.

Giới tính cũng là một yếu tố có ý nghĩa tiên lượng trong UTTG trong đó nam giới là yếu tố liên quan đến tiên lượng xấu với tỷ lệ di căn và khả năng tái phát cao. Trong nghiên cứu này, phần lớn BN là nữ giới chiếm 72,9%, nam giới chiếm 27,1%, phù hợp với xu hướng chung trong y văn. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Yu Wang năm 2024 74,6% BN là nữ và 25,4% BN là nam giới<sup>2</sup>. Nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu năm 2021 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, tỷ lệ nữ/nam là 5,7.<sup>6</sup> Mặc dù có sự khác biệt nhỏ về tỷ lệ giữa các nghiên cứu, nhìn chung đều cho thấy ung thư tuyến giáp, đặc biệt là thể vi ung thư, chủ yếu gặp ở nữ giới. Điều này có thể liên quan đến yếu tố nội tiết và cơ địa, cần được cân nhắc trong chiến lược sàng lọc và theo dõi.

Phần lớn BN trong nghiên cứu được phát hiện ung thư tuyến giáp một cách tình cờ (58,6%), trong khi các triệu chứng lâm sàng như nuốt vướng (34,3%), khàn tiếng (1,7%), đau vùng cổ (7,2%) hay sờ thấy khối u (0,6%) chiếm tỷ lệ thấp. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Mai Thế Vương năm 2019 tại bệnh viện K, 67,7% BN phát hiện tình cờ, 14,3% BN có khối vùng cổ, 14,9% BN nuốt vướng<sup>7</sup>. Nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu năm 2021 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, 90% BN vào viện do tình cờ đi khám sức khỏe phát hiện ra u.<sup>6</sup> Điều này cho thấy ung thư tuyến giáp, đặc biệt ở giai đoạn sớm, thường ít triệu chứng rõ ràng và dễ bị bỏ sót nếu không được sàng lọc chủ động. Do đó, vai trò của khám sức khỏe định kỳ và siêu âm tuyến giáp trong cộng đồng ngày càng trở nên quan trọng nhằm phát hiện sớm và nâng cao hiệu quả điều trị.

Trong nghiên cứu, 33,7% BN có tiền sử bệnh lý tuyến giáp, trong đó 24,3% BN có bướu nhân, 3,9% BN có viêm giáp và 5,5% BN có cả basedow kèm bướu giáp nhân. Đây là những yếu tố nền có thể liên quan đến nguy cơ tiến triển

thành ung thư tuyến giáp hoặc làm chậm quá trình chẩn đoán do triệu chứng không đặc hiệu. Việc ghi nhận tiền sử bướu nhân và viêm giáp góp phần nhấn mạnh tầm quan trọng của theo dõi lâu dài và đánh giá định kỳ ở các BN có tổn thương tuyến giáp lành tính.

Nghiên cứu cho thấy 47,5% BN PMTC có tình trạng thừa cân/béo phì, cao hơn so với nhóm có cân nặng bình thường (44,2%) và thiếu cân (8,3%). Tỷ lệ này gợi ý mối liên quan tiềm năng giữa tình trạng dinh dưỡng và nguy cơ mắc ung thư tuyến giáp. Một số nghiên cứu trước đây cũng chỉ ra béo phì có thể liên quan đến rối loạn nội tiết, viêm mạn tính mức độ thấp, từ đó làm tăng nguy cơ ung thư.<sup>1,4</sup> Do vậy, việc kiểm soát cân nặng hợp lý không chỉ có ý nghĩa trong phòng bệnh tim mạch – chuyển hóa mà còn góp phần hạn chế nguy cơ ung thư tuyến giáp.

100% BN phát hiện hạch trong phẫu thuật và kết quả mô bệnh học, 53% BN phát hiện hạch trên siêu âm và 9,4% BN phát hiện hạch trên lâm sàng. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Mai Thế Vương năm 2019 tại bệnh viện K, chỉ có 14,9% BN được phát hiện hạch trên lâm sàng, 25,5% BN phát hiện hạch trên siêu âm.<sup>7</sup> Nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu năm 2021 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, 14,9% BN sờ thấy hạch qua khám lâm sàng và 25,5% BN được phát hiện hạch trên siêu âm.<sup>6</sup>

78,5% BN có hạch cổ trung tâm, 16% BN có hạch ở cả khoang bên và trung tâm, 5,5% BN chỉ có hạch khoang bên đơn thuần. Kết quả này khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hậu năm 2021 tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, 56,1% BN hạch trung tâm đơn thuần, 10,5% hạch cổ bên đơn thuần và 33,3% BN hạch trung tâm và cổ bên<sup>6</sup>. Nghiên cứu của Lie hao Jiang năm 2020 trên 4107 BN, tỷ lệ di căn hạch cổ trung tâm là 37,96%.<sup>3</sup> Điều này cho thấy khám lâm sàng có độ nhạy thấp trong phát hiện di căn hạch ở vi ung thư tuyến giáp thể nhú. Phát hiện hạch di căn chủ yếu dựa vào phẫu thuật và mô bệnh học, nhấn mạnh vai trò quan trọng của đánh giá sau mổ trong xác định giai đoạn bệnh và tiên lượng.

Trong nghiên cứu này, số lượng hạch di căn trung bình là  $3,0 \pm 2,6$  (1–15 hạch), với 79% BN có <5 hạch di căn. Kích thước hạch trung bình là  $6,1 \pm 3,8$  mm, trong đó 51,4% BN có hạch  $\geq 5$  mm. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Roh J L năm 2008, số lượng hạch trung bình là  $2,8 \pm 2,6$  (1-10) và kích thước trung bình của chúng là  $4,2 \pm 2,3$  mm (1,4-9,1 mm). Sự tương đồng này cho thấy đặc điểm di căn hạch ở nhóm BN vi ung thư thể nhú chủ yếu là số lượng ít, kích thước nhỏ, phù hợp với tiên lượng bệnh lý lành tính và

giúp định hướng xử trí phù hợp, tránh can thiệp quá mức.

Trong nghiên cứu này, đa số BN được chẩn đoán ở giai đoạn sớm với 89,0% ở T1a, trong khi tỷ lệ T3b và T4a lần lượt là 8,8% và 2,2%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Mai Thế Vương năm 2019 tại bệnh viện K, 79,5% BN ở giai đoạn T1, 19,3% BN ở giai đoạn T3b và 1,2% BN ở giai đoạn T4a.<sup>7</sup> Nghiên cứu của Lê Thị Trâm Anh năm 2024 tại Viện y học phóng xạ và u bướu quân đội 50,4% ở giai đoạn T1a, 41,2% BN ở giai đoạn T3b và 8,4% BN ở giai đoạn T4a<sup>5</sup>. Tỷ lệ cao BN ở giai đoạn T1a phản ánh hiệu quả của hoạt động sàng lọc và phát hiện sớm ung thư tuyến giáp trong cộng đồng. Việc chẩn đoán ở giai đoạn sớm góp phần quan trọng trong cải thiện tiên lượng và kết quả điều trị. Tuy nhiên, vẫn cần lưu ý đến tỷ lệ không nhỏ BN ở giai đoạn tiến triển (T3b, T4a), cho thấy cần tăng cường phát hiện tổn thương xâm lấn qua hình ảnh học và mô bệnh học.

Tất cả BN trong nghiên cứu chưa ghi nhận thấy có kết quả di căn xa. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Thị Trâm Anh năm 2024 tại Viện y học phóng xạ và u bướu quân đội 100% BN ở giai đoạn M0<sup>5</sup>. Điều này phản ánh đặc điểm tiến triển chậm và tiên lượng tốt của bệnh lý, đặc biệt khi được phát hiện ở giai đoạn sớm. Tuy nhiên cần khảo sát kỹ hơn như chụp xạ hình xương, cắt lớp vi tính phổi để khẳng định chắc chắn hơn tình trạng di căn xa.

Trong nghiên cứu này sử dụng phân tầng nguy cơ tái phát di căn theo ATA 2016. Kết quả cho thấy phần lớn (79%) BN thuộc nhóm nguy cơ tái phát thấp chỉ có 21% BN có nguy cơ tái phát trung bình (xâm lấn ra ngoài tuyến giáp mức độ vi thể, di căn hạch cổ, mô bệnh học độ ác tính cao hoặc xâm lấn mạch máu) và không có trường hợp nào thuộc nhóm nguy cơ cao. Kết quả này khác với nghiên cứu của Trần Văn Giang năm 2022 tại Bệnh viện Trung ương quân đội 108, 13,4% BN ở nhóm nguy cơ thấp, 59,3% BN ở nhóm nguy cơ trung bình và 27,3% BN ở nhóm nguy cơ cao.<sup>8</sup> Sự khác biệt này có thể phản ánh sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu, tiêu chí lựa chọn bệnh nhân (PTMC đơn thuần so với PTC nói chung), hoặc do chiến lược chẩn đoán – điều trị giữa các cơ sở.

Có nhiều hệ thống phân loại được sử dụng để đánh giá nguy cơ tử vong ở BN PTMC, trong đó AJCC phiên bản 8 là hệ thống được áp dụng phổ biến để phân giai đoạn bệnh theo TNM.

Trong nghiên cứu này sử dụng phân loại nguy cơ tử vong theo phân loại AJCC8, với 87,3% BN nguy cơ thấp và 10,5% BN có nguy cơ trung bình, 2,2% nguy cơ cao. Kết quả này phản ánh đa số BN có tổn thương khu trú, tiên lượng tử vong thấp. Việc áp dụng hệ thống AJCC8 giúp phân loại rõ ràng mức độ tiến triển của bệnh và hỗ trợ cá thể hóa điều trị.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy BN mắc vi ung thư biểu mô tuyến giáp thể nhú có di căn hạch chủ yếu là nữ (72,9%), dưới 55 tuổi (87,3%), được phát hiện tình cờ khi khám sức khỏe định kỳ (58,6%) và có tỷ lệ thừa cân/béo phì cao (47,5%). Hạch di căn chủ yếu khu trú tại hạch cổ trung tâm (78,5%), với số lượng trung bình  $3,0 \pm 2,6$  và kích thước trung bình  $6,1 \pm 3,8$  mm. Về giai đoạn, đa số BN thuộc T1a (89,0%), phần lớn nguy cơ tái phát thấp (79%) và nguy cơ tử vong thấp (87,3%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Takahito A, Fujii K, Banno H, et al.** Clinicopathological Evaluation of Papillary Thyroid Microcarcinoma. *Cureus*. 2024;16(3):e56404.
2. **Wang Y, Tan H L, Duan S L et al.** Predicting central cervical lymph node metastasis in papillary thyroid microcarcinoma using deep learning. *PeerJ*. 2024;12:e16952.
3. **Jiang L H, Yin K X, Wen L, et al.** Predictive Risk-scoring Model For Central Lymph Node Metastasis and Predictors of Recurrence in Papillary Thyroid Carcinoma. *Scientific reports*. 2020;10(1):710.
4. **Lee J Y, Kim J H, Kim Y K, et al.** US Predictors of Papillary Thyroid Microcarcinoma Progression at Active Surveillance. *Radiology*. 2023;309(1): e230006.
5. **Lê Thị Trâm Anh, Nguyễn Kim Lưu, Ngô Văn Đàn, và cộng sự.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú sau phẫu thuật cắt hoàn toàn tuyến giáp tại Viện y học phóng xạ và u bướu quân đội. *Tạp chí Y học Việt nam*. 2024;2(543):63-67.
6. **Nguyễn Xuân Hậu.** Đặc điểm lâm sàng và tình trạng di căn hạch của vi ung thư tuyến giáp thể nhú. *Tạp chí Y học Việt nam*. 2021;1(507):217-219.
7. **Mai Thế Vương, Lê Văn Quảng, Ngô Quốc Huy.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật vi ung thư tuyến giáp thể nhú tại bệnh viện K. *Tạp chí Y học Việt nam*. 2019;2(481):189-192.
8. **Trần Văn Giang.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị I-131 ở bệnh nhân vi ung thư tuyến giáp thể nhú sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp: Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà nội; 2022.