Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No.11, 171-175

RESPONSE TO INITIAL TREATMENT AND ASSOCIATED FACTORS IN PATIENTS WITH HIGH-RISK DIFFERENTIATED THYROID CARCINOMA

Nguyen Van Hoang[1]*, Nguyen Xuan Hau[1,2], Pham Huy Tan[3]

[1]*Department of Oncology, Hanoi Medical University - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi city, Vietnam*
[2]*Oncology Center, Hanoi Medical University Hospital - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi city, Vietnam*
[3]*Family Medicine and Community Health Center, Hanoi Medical University Hospital - 1 Ton That Tung, Kim Lien ward, Hanoi city, Vietnam*

Received: 21/08/2026
Reviced: 29/09/2026; Accepted: 18/11/2026

ABSTRACT

Objectives: To evaluate treatment response and analyze factors associated with treatment response in patients with high-risk recurrent/residual differentiated thyroid carrcinoma.

Subjects and methods: This retrospective study included 92 patients with high-risk differentiated thyroid carrcinoma who were operated at Hanoi Medical University Hospital from January 2022 to June 2024. All patients underwent total thyroidectomy followed by radioactive iodine therapy. Treatment response was assessed 6-12 months after initial therapy according to the ATA guidelines.

Results: The mean age was 48.3 ± 13.0 years, and 73.9% of patients were female. The mean tumor size was 15.9 ± 11.8 mm; multifocal tumors were observed in 55.4% of patients, and extrathyroidal extension in 88%. Cervical lymph node metastases were present in 84.8% of patients. The mean I-131 dose was 121.3 ± 45.2 mCi. At 6-12 months after initial therapy, the rates of excellent response, biochemical incomplete response, structural incomplete response, and indeterminate response were 35.9%, 28.2%, 14.1%, and 20.7%, respectively. No statistically significant associations were found between excellent response and age, tumor size, multifocality, invasion of adjacent structures, or lymph node metastatic characteristics ($p > 0.05$).

Conclusions: Treatment response in patients with high-risk differentiated thyroid carrcinoma was heterogeneous. No clinicoathological factors were identified as significant predictors of excellent response. Dynamic response assessment and long-term follow-up are important for individualized disease management.

Keywords: Differentiated thyroid cancer, high risk of recurrence, treatment response.

*Corresponding author
Email: nguyenhoang17hmu@gmail **Phone**: (+84) 354047766 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7150

ĐÁP ỨNG VỚI ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA NGUY CƠ TÁI PHÁT CAO

Nguyễn Văn Hoàng[1]*, Nguyễn Xuân Hậu[1,2], Phạm Huy Tần[3]

[1]Bộ môn Ung thư, Trường Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, thành phố Hà Nội, Việt Nam
[2]Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, thành phố Hà Nội, Việt Nam
[3]Trung tâm Y học gia đình và Chăm sóc sức khỏe cộng đồng, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội - 1 Tôn Thất Tùng, phường Kim Liên, thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 21/08/2026
Ngày chỉnh sửa: 29/09/2026; Ngày duyệt đăng: 18/11/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đánh giá đáp ứng với điều trị và phân tích một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa nguy cơ tái phát cao.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu được tiến hành trên 92 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa nguy cơ tái phát cao được điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2024. Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và điều trị I-131 theo chỉ định. Đáp ứng điều trị được đánh giá tại thời điểm 6-12 tháng sau liệu pháp ban đầu theo hướng dẫn của ATA.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 48,3 ± 13,0 tuổi, nữ chiếm 73,9%. Kích thước u trung bình là 15,9 ± 11,8 mm, đa ổ chiếm 55,4% và xâm lấn ngoài tuyến giáp 88%. Di căn hạch cổ được ghi nhận ở 84,8% bệnh nhân. Liều I-131 trung bình là 121,3 ± 45,2 mCi. Tại thời điểm 6-12 tháng, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng sinh hóa không hoàn toàn, đáp ứng cấu trúc không hoàn toàn và đáp ứng không xác định lần lượt là 35,9%; 28,2%; 14,1% và 20,7%. Chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đáp ứng hoàn toàn với tuổi, kích thước u, tính đa ổ, xâm lấn cấu trúc lân cận và các đặc điểm di căn hạch (p > 0,05).

Kết luận: Đáp ứng điều trị ở ung thư tuyến giáp thể biệt hóa nguy cơ tái phát cao còn không đồng nhất. Chưa xác định được yếu tố lâm sàng hoặc bệnh học dự báo đáp ứng hoàn toàn. Đánh giá đáp ứng động và theo dõi lâu dài có ý nghĩa trong cá thể hóa quản lý bệnh.

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, nguy cơ tái phát cao, đáp ứng điều trị.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp là bệnh ác tính thường gặp nhất của hệ nội tiết, chiếm 3,6% tổng số các ung thư nói chung. Theo GLOBOCAN 2022, ung thư tuyến giáp đứng thứ 7 về số ca mắc ở cả hai giới, với tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi 9,1/100.000 dân [1]. Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa (differentiated thyroid cancer) chiếm khoảng 90-95% trường hợp và nhìn chung có tiên lượng tốt, với tỷ lệ sống thêm 10 năm trên 90%. Tuy nhiên, nguy cơ tái phát và bệnh dai dẳng khác biệt rõ rệt giữa các nhóm nguy cơ [2].

Phân tầng nguy cơ theo Hiệp hội Ung thư Tuyến giáp Hoa Kỳ (ATA) giúp đánh giá nguy cơ tái phát và bệnh dai dẳng, trong đó nhóm nguy cơ tái phát cao chiếm tỷ lệ khoảng 5-10% nhưng tỷ lệ tái phát hoặc bệnh dai dẳng có thể vượt 40% [3]. Chiến lược điều trị thường bao gồm phẫu thuật kết hợp điều trị I-131, tuy nhiên do bệnh có mức độ xâm lấn rộng và gánh nặng di căn hạch lớn, khả năng đạt đáp ứng tối ưu sau điều trị ban đầu còn hạn chế. Do đó, bên cạnh việc đánh giá nguy cơ ban đầu, phân tầng nguy cơ động ngày càng được chú trọng, góp phần cá thể hóa chiến lược theo dõi và điều trị [3-4].

Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu về ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, dữ liệu riêng ở nhóm nguy cơ tái phát cao, đặc biệt là đáp ứng điều trị và các yếu tố liên quan còn hạn chế. Việc xác định các yếu tố này có thể góp phần nhận diện sớm những bệnh nhân có đáp ứng không thuận lợi, từ đó hỗ trợ cá thể hóa quản lý và theo dõi. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá đáp ứng điều trị và phân tích một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa nguy cơ tái phát cao.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

92 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa được phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2024, phân loại nguy cơ tái phát cao theo ATA (2015).

- Tiêu chuẩn lựa chọn: u xâm lấn rộng ngoài tuyến giáp (giai đoạn T4 theo AJCC phiên bản thứ 8); khối u không được cắt bỏ hoàn toàn (diện cắt R2); di căn hạch ≥ 3 cm; di căn xa; ung thư tuyến giáp thể nang xâm lấn mạch máu rộng (xâm lấn > 4 ổ mạch máu).

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật tuyến giáp trước đây; thể mô bệnh học phối hợp; bệnh nhân có ung thư khác phối hợp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc; chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân đáp

*Tác giả liên hệ
Email: nguyenhoang17hmu@gmail **Điện thoại**: (+84) 354047766 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i11.7150

ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu được đưa vào phân tích.

- Định nghĩa đáp ứng điều trị theo ATA (2015):

+ Đáp ứng hoàn toàn: hình ảnh học không phát hiện tổn thương và nồng độ Tg ức chế < 0,2 ng/ml hoặc nồng độ Tg kích thích < 1 ng/ml hoặc antiTg (-).

+ Đáp ứng sinh hóa không hoàn toàn: hình ảnh học không phát hiện tổn thương và nồng độ Tg ức chế ≥ 1 ng/ml hoặc Tg kích thích ≥ 10 ng/ml hoặc antiTg tăng cao.

+ Đáp ứng cấu trúc không hoàn toàn: có bằng chứng tổn thương cấu trúc/chức năng trên hình ảnh học với bất kỳ mức Tg, antiTg.

+ Đáp ứng không xác định: tổn thương hình ảnh không đặc hiệu hoặc tăng hoạt tính phóng xạ nhẹ trên xạ hình tuyến giáp và nồng độ Tg ức chế < 1 ng/ml hoặc Tg kích thích < 10 ng/ml hoặc antiTg ổn định/giảm khi không phát hiện tổn thương cấu trúc/chức năng.

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Thống kê mô tả gồm tỷ lệ phần trăm, trị số trung bình, độ lệch chuẩn. So sánh sự khác biệt giữa hai tỷ lệ bằng test χ^2, Fisher' exact test. Mức ý nghĩa thống kê p < 0,05.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

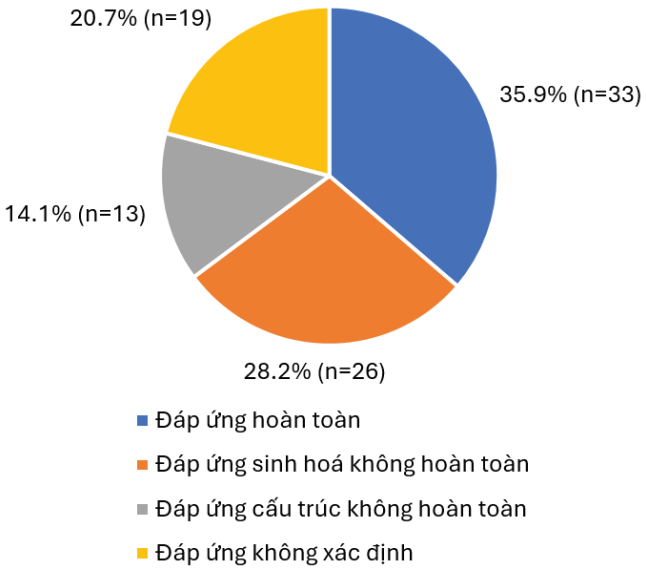
Nghiên cứu được sự chấp thuận của Hội đồng Trường Đại học Y Hà Nội (mã số 3850/QĐ-ĐHYHN). Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh, không phục vụ mục đích nào khác. Mọi thông tin thu thập từ bệnh nhân được bảo mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n = 92)

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tuổi	$\bar{X}$ ± SD (tuổi)	48,3 ± 13,0	
	Min-max (tuổi)	24-79	
Giới	Nam	24	26,1
	Nữ	68	73,9
Số lượng nhân ung thư	Đơn ổ	41	44,6
	Đa ổ	51	55,4
Vị trí u	Một thùy	50	54,3
	Eo giáp	1	1,1
	Hai thùy	41	44,6
Kích thước u	$\bar{X}$ ± SD (mm)	15,9 ± 11,8	
	Min-max (mm)	2,5-50	
U phá vỡ vỏ bao giáp	Có	81	88,0
	Không	11	12,0
Di căn hạch cổ (n = 78)	Chỉ hạch cổ trung tâm	32	41,0
	Hạch cổ trung tâm + hạch cổ bên	42	53,9
	Di căn nhảy cóc	4	5,1

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 48,3 ± 13,0 tuổi, nữ giới chiếm đa số (73,9%). U đa ổ gặp ở 55,4% trường hợp, kích thước u trung bình 15,9 ± 11,8 mm. Phần lớn bệnh nhân có phá vỡ vỏ bao tuyến giáp (88%). Trong các trường hợp có di căn hạch cổ, 53,9% có đồng thời di căn hạch trung tâm và hạch bên, trong khi di căn nhảy cóc chiếm 5,1%.



Biểu đồ 1. Đáp ứng sau liệu pháp ban đầu ở thời điểm 6-12 tháng

Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ trung tâm, 52,2% được vét hạch cổ bên. Liều I-131 trung bình là 121,3 ± 45,2 mCi. Tại thời điểm 6-12 tháng, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau liệu pháp ban đầu là 35,9%. Trong khi đó, tỷ lệ đáp ứng sinh hóa không hoàn toàn, đáp ứng cấu trúc không hoàn toàn và đáp ứng không xác định lần lượt là 28,2%, 14,1% và 20,7%.

Bảng 2. Liên quan giữa đáp ứng sau điều trị và một số yếu tố (n = 92)

Yếu tố		Đáp ứng hoàn toàn		p	OR (KTC 95%)
		Có	Không		
Tuổi	< 55 tuổi	24 (35,8%)	43 (64,2%)	0,987	0,99 (0,38-2,58)
	≥ 55 tuổi	9 (36,0%)	16 (64,0%)		
Kích thước u	≤ 2 cm	26 (35,6%)	47 (64,4%)	0,921	1,05 (0,37-3,01)
	> 2 cm	7 (36,8%)	12 (63,2%)		
Đa ổ ung thư	Có	20 (39,2%)	31 (60,8%)	0,516	1,39 (0,59-3,30)
	Không	13 (31,7%)	28 (68,3%)		
Xâm lấn thần kinh thanh quản quặt ngược	Có	15 (30,6%)	34 (69,4%)	0,284	0,87 (0,44-2,06)
	Không	18 (41,9%)	25 (58,1%)		
Xâm lấn khí quản	Có	14 (34,1%)	27 (65,9%)	0,740	0,68 (0,28-1,62)
	Không	19 (37,2%)	32 (62,8%)		
Di căn hạch cổ	Có	26 (33,3%)	52 (66,7%)	0,364	0,50 (0,16-1,58)
	Không	7 (50,0%)	7 (50,0%)		

Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn có xu hướng thấp hơn ở bệnh nhân có xâm lấn thần kinh thanh quản quặt ngược (OR = 0,87; KTC 95%: 0,44-2,06; p = 0,284), xâm lấn khí quản (OR = 0,68; KTC 95%: 0,28-1,62; p = 0,740) và di căn hạch cổ (OR = 0,50; KTC 95%: 0,16-1,58; p = 0,364), tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. Tương tự, chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa đáp ứng hoàn toàn sau điều trị với tuổi, kích thước u, và tổn thương đa ổ ung thư.

Bảng 3. Liên quan giữa đáp ứng sau điều trị và một số yếu tố ở nhóm bệnh nhân di căn hạch cổ (n = 78)

Yếu tố		Đáp ứng hoàn toàn		p	OR (KTC 95%)
		Có	Không		
Số lượng hạch di căn	≤ 5 hạch	11 (32,4%)	23 (67,6%)	0,872	0,92 (0,36-2,39)
	> 5 hạch	15 (34,1%)	29 (65,9%)		
Kích thước hạch di căn	≤ 3 cm	24 (34,8%)	45 (65,2%)	0,710	1,87 (0,36-9,71)
	> 3 cm	2 (22,2%)	7 (77,8%)		
Hạch phá vỏ	Không	20 (33,9%)	39 (66,1%)	0,999	1,11 (0,37-3,37)
	Có	6 (31,6%)	13 (68,4%)		

Trong nhóm bệnh nhân có di căn hạch cổ, chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn với số lượng hạch di căn ≤ 5 (OR = 0,92; KTC 95%: 0,36-2,39 p = 0,872), nhóm hạch di căn ≤ 3 cm (OR = 1,87; KTC 95%: 0,36-9,71 p = 0,710) và hạch chưa phá vỡ vỏ (OR = 1,11; KTC 95%: 0,37-3,37 p = 0,999).

4. BÀN LUẬN

Từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2024, có 92 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa nguy cơ tái phát cao được phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 48,3 ± 13,0, trong đó 27,2% bệnh nhân ≥ 55 tuổi. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Lu Yu và cộng sự (49,5 ± 7,3 tuổi) [5], Jie Liu và cộng sự (47,1 ± 14,6 tuổi) [6], nhưng thấp hơn Na H.S và cộng sự nghiên cứu trên nhóm xâm lấn thần kinh thanh quản quặt ngược (57,6 ± 14,2 tuổi) [7]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rõ đặc điểm nguy cơ cao của quần thể với tỷ lệ xâm lấn ngoài tuyến giáp rất cao (88%) và di căn hạch cổ đáng kể (84,8%). Mặc dù kích thước u trung bình là 15,9 ± 11,8 mm, trong đó 79,4% u có kích thước ≤ 2 cm. Kết quả này cho thấy ung thư tuyến giáp có thể có xu hướng mang đặc điểm bệnh học nguy cơ cao ngay cả khi kích thước u chưa quá lớn. Nghiên cứu của Vũ Anh Hải và cộng sự (2023) ghi nhận tình trạng xâm lấn vỏ bao tuyến giáp có thể gặp ngay cả kích thước u ≤ 1 cm với tỷ lệ tới 28,9% [8]. Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ đa ổ ung thư là 55,4% và tỷ lệ ung thư hai thùy là 44,6%, tương đồng với các nghiên cứu của Lu Yu và cộng sự [5], Lee C.W và cộng sự [9]: cao hơn đáng kể so với nhóm ATA nguy cơ thấp. Sự gia tăng tần suất đa ổ và tổn thương hai thùy ở nhóm nguy cơ cao có thể phản ánh quá trình sinh ung thư đa trung tâm, với sự xuất hiện đồng thời của nhiều ổ vi ung thư hoặc sự lan rộng trong toàn bộ tuyến giáp, từ đó làm tăng khả năng tồn dư bệnh sau điều trị và nguy cơ tái phát. Lu Yu và cộng sự cũng chứng minh tính đa ổ (OR = 3,71) và ung thư hai thùy (OR = 3,08) là yếu tố dự báo độc lập với phân tầng nguy cơ tái phát theo ATA (p < 0,001) [5].

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và điều trị I-131 theo khuyến cáo của ATA (2015). Liều I-131 trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi (121,3 ± 45,2 mCi) thấp hơn so với Brooks J.A và cộng sự (157,8 ± 98,1 mCi) [11], Shah S và cộng sự (150 mCi) [10], nhưng vẫn nằm trong khoảng liều khuyến cáo của ATA (100-150 mCi) đối với bệnh nhân nguy cơ tái phát cao không có di căn xa [3].

Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn sau liệu pháp ban đầu tại thời điểm 6-12 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi là 35,9%, trong khi tỷ lệ đáp ứng sinh hóa không hoàn toàn, đáp ứng cấu trúc không hoàn toàn và đáp ứng không xác định lần lượt là 28,2%, 14,1% và 20,7%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Van Velsen và cộng sự (2019) với tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 17% [12], nhưng tương đồng với Shah S và cộng sự (2017) (35,3%) [10]. Sự khác biệt này có thể phản ánh sự không đồng nhất về quần thể nghiên cứu, thời điểm đánh giá đáp ứng và tiêu chí phân loại đáp ứng sau điều trị. Đặc biệt, tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng cấu trúc không hoàn toàn sau liệu pháp ban đầu của chúng tôi chiếm 14,1%, thấp hơn nhiều so với Van Velsen và cộng sự (51%) [12] và Shah S và cộng sự (40,6%) [10], cho thấy phần lớn bệnh nhân đã đạt được kiểm soát bệnh tại chỗ và vùng sau điều trị ban đầu.

Phân tầng nguy cơ động có ý nghĩa quan trọng vì phản ánh tiên lượng thực tế tốt hơn so với phân tầng nguy cơ ban đầu. Theo các nghiên cứu của Tuttle R.M và cộng sự, Vaisman F và cộng sự, bệnh nhân nguy cơ cao đạt được đáp ứng hoàn toàn sau liệu pháp ban đầu sẽ có nguy cơ tái phát thực tế giảm từ > 60% xuống còn khoảng 14% [4, 13]. Ngược lại, đáp ứng sinh hóa không hoàn toàn và đáp ứng không xác định không đồng nghĩa với thất bại điều trị. Khoảng 30-34% bệnh nhân đáp ứng sinh hóa không hoàn toàn có thể chuyển sang trạng thái không còn bằng chứng bệnh theo thời gian mà không cần điều trị thêm, nhờ vào tác dụng chậm của I-131. Tương tự, khoảng 80-90% các trường hợp đáp ứng không xác định sẽ ổn định hoặc biến mất theo thời gian, chỉ khoảng 13-20% tiến triển thành bệnh lý cấu trúc thực sự [13]. Do đó, việc phân tầng đáp ứng sau điều trị có giá trị định hướng chiến lược theo dõi và can thiệp tiếp theo, thay vì chỉ dựa trên phân tầng nguy cơ ban đầu.

Tại thời điểm 6-12 tháng sau liệu pháp ban đầu, chúng tôi không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn với tuổi, kích thước u, tính đa ổ hoặc tình trạng xâm lấn cấu trúc lân cận (p > 0,05). Kết quả này chưa nhất quán với một số nghiên cứu trước đây. Shah S và cộng sự (2017) chỉ ra bệnh nhân dưới 55 tuổi có tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn cao hơn đáng kể so với nhóm ≥ 55 tuổi (40,3% so với 27,5%, p = 0,002) [10]. Van Velsen và cộng sự (2019) cũng cho thấy di căn xa và nồng độ Tg cao sau mổ là các yếu tố tiên lượng độc lập làm giảm khả năng đạt đáp ứng hoàn toàn [12], trong khi Jie Liu và cộng sự (2025) ghi nhận nhóm mang các đột biến nguy cơ cao (có đột biến TERTp, TP53, PIK3CA hoặc AKT1) có tỷ lệ đạt trạng thái không còn bằng chứng bệnh thấp hơn đáng kể (65,6% so với 90,8%, p = 0,001) [6]. Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi đặc điểm quần thể nghiên cứu chỉ bao gồm bệnh nhân ATA nguy cơ tái phát cao, được điều trị tương đối đồng nhất bằng cắt toàn bộ tuyến giáp kết hợp I-131 sau mổ. Bên cạnh đó, thời điểm đánh giá 6-12 tháng chỉ phản ánh đáp ứng sớm sau điều trị, trong khi ảnh hưởng của các yếu tố như tuổi và đặc điểm khối u thường biểu hiện rõ hơn trong quá trình theo dõi dài hạn. Ngoài ra, cỡ mẫu còn hạn chế cũng có thể làm giảm khả năng phát hiện các mối liên quan có ý nghĩa thống kê.

Phân tích dưới nhóm ở 78 bệnh nhân có di căn hạch cho thấy số lượng hạch di căn > 5, kích thước hạch > 3 cm và tình trạng hạch phá vỏ không ảnh hưởng đáng kể đến khả năng đạt đáp ứng hoàn toàn tại thời điểm 6-12 tháng (p > 0,05). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Van Velsen

và cộng sự (2019) khi cho thấy tất cả các tiêu chuẩn phân loại nguy cơ cao theo ATA đều dự báo khả năng đạt đáp ứng hoàn toàn tại thời điểm theo dõi cuối cùng, ngoại trừ kích thước hạch ≥ 3 cm [12]. Số lượng hạch di căn > 5 và hạch phá vỏ được chứng minh liên quan đến tỷ lệ tái phát và giảm thời gian sống thêm, nhưng dữ liệu về mối liên quan đến khả năng đạt đáp ứng hoàn toàn còn hạn chế [14, 15]. Điều này có thể được giải thích bởi bản chất của phân tầng đáp ứng động. Đáp ứng hoàn toàn tại thời điểm 6-12 tháng chủ yếu phản ánh hiệu quả của điều trị ban đầu, bao gồm phẫu thuật triệt để và điều trị I-131 bổ trợ, hơn là nguy cơ tiến triển sinh học của khối u.

Nghiên cứu này có một số hạn chế. Thứ nhất, đây là nghiên cứu hồi cứu, đơn trung tâm và cỡ mẫu còn hạn chế, có thể ảnh hưởng đến khả năng khái quát hóa và phát hiện các yếu tố liên quan. Thứ hai, thời gian đánh giá đáp ứng 6-12 tháng chủ yếu phản ánh đáp ứng sớm, chưa đánh giá được kết quả lâu dài. Ngoài ra, một số yếu tố tiềm năng như đặc điểm sinh học phân tử chưa được khảo sát.

5. KẾT LUẬN

Ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa nguy cơ tái phát cao, đáp ứng hoàn toàn sau điều trị ban đầu đạt 35,9%. Tại thời điểm 6-12 tháng, chưa ghi nhận yếu tố lâm sàng và bệnh học nào liên quan có ý nghĩa thống kê với đáp ứng hoàn toàn. Theo dõi dài hạn là cần thiết để đánh giá phân tầng nguy cơ động và tiên lượng bệnh.

Các tác giả tuyên bố không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu và tác giả trước đó.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bray F et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin, 2024, 74 (3): 229-263. doi: 10.3322/caac.21834

[2] Kelly A et al. Age, thyroglobulin levels and ATA risk stratification predict 10-year survival rate of differentiated thyroid cancer patients. PLOS ONE, 2019, 14 (8): e0221298. doi: 10.1371/journal.pone.0221298

[3] Haugen B.R et al. 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: The American Thyroid Association guidelines task force on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Thyroid, 2016, 26 (1): 1-133. doi: 10.1089/thy.2015.0020

[4] Tuttle R.M et al. Estimating risk of recurrence in differentiated thyroid cancer after total thyroidectomy and radioactive iodine remnant ablation: using response to therapy variables to modify the initial risk estimates predicted by the new American Thyroid Association staging system. Thyroid Off J Am Thyroid Assoc, 2010, 20 (12): 1341-1349. doi: 10.1089/thy.2010.0178

[5] Lu Yu et al. Associations between preoperative thyroid parameters, aggressive clinicopathological features and risk of recurrence in differentiated thyroid cancer. Ann Med, 2025, 57 (1): 2491153. doi: 10.1080/07853890.2025.2491153

[6] Jie Liu et al. Molecular testing stratifies the risk of structural recurrence in high risk differentiated thyroid cancer: a retrospective cohort study. Front Endocrinol (Lausanne), 2025, 16: 1508404. doi: 10.3389/fendo.2025.1508404

[7] Na H.S et al. Clinical outcomes of T4a papillary thyroid cancer with recurrent laryngeal nerve involvement: a retrospective analysis. Sci Rep, 2021, 11 (1): 6707. doi: 10.1038/s41598-021-86226-x

[8] 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. doi: 10.52852/tcncyh.v174i1.2075

[9] Lee C.W et al. Risk factors for recurrence of papillary thyroid carcinoma with clinically node-positive lateral neck. Ann Surg Oncol, 2015, 22 (1): 117-124. doi: 10.1245/s10434-014-3900-6

[10] Shah S et al. Effect of Age on Response to Therapy and Mortality in Patients With Thyroid Cancer at High Risk of Recurrence. J Clin Endocrinol Metab. 2018; 103 (2): 689-697. doi: 10.1210/jc.2017-02255

[11] Brooks J.A et al. Recurrent laryngeal nerve invasion by thyroid cancer: laryngeal function and survival outcomes. The Laryngoscope, 2022, 132 (11): 2285-2292. doi: 10.1002/lary.30115

[12] van Velsen E.F.S et al. Evaluating the 2015 American Thyroid Association risk stratification system in high-risk papillary and follicular thyroid cancer patients. Thyroid, 2019, 29 (8): 1073-1079. doi: 10.1089/thy.2019.0053

[13] Vaisman F et al. Spontaneous remission in thyroid cancer patients after biochemical incomplete response to initial therapy. Clin Endocrinol (Oxf), 2012, 77 (1): 132-138. doi: 10.1111/j.1365-2265.2012.04342.x

[14] Jong-Lyel Roh et al. Extranodal extension of lymph node metastasis as a prognostic indicator of recurrence and survival in papillary thyroid carcinoma. J Surg Oncol, 2017, 116 (4): 450-458. doi: 10.1002/jso.24713

[15] Ma A et al. Presence and number of lymph node metastases are associated with compromised survival for patients younger than age 45 years with papillary thyroid cancer. J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol, 2015, 33 (21). doi: 10.1200/JCO.2014.59.8391