

Nghiên cứu ngắn**KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ KHÁNG THỂ KHÁNG THYROGLOBULIN Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ TUYẾN GIÁP DẠNG NHÚ SAU PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN GIÁP TOÀN PHẦN****SURVEY OF ANTI-THYROGLOBULIN CONCENTRATION IN PATIENTS WITH PAPILLARY THYROID CARCINOMA AFTER TOTAL THYROIDECTOMY****Nguyễn Phan Uyên Nhi¹, Võ Nguyên Trung², Nguyễn Xuân Cảnh^{3,*}**¹Trường Đại học Kỹ thuật Y - Dược Đà Nẵng, TP. Đà Nẵng, Việt Nam²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, TP.HCM, Việt Nam³Khoa Y học Hạt nhân - Bệnh viện Chợ Rẫy, TP.HCM, Việt Nam*Tác giả liên hệ | Corresponding author: nxcanh2000@yahoo.com**TÓM TẮT**

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá giá trị của kháng thể kháng Thyroglobulin (TgAb) sau phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và xem xét mối liên quan giữa nồng độ TgAb với các giai đoạn bệnh ở người bệnh (NB) ung thư tuyến giáp thể nhú (Papillary thyroid carcinoma – PTC). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 160 NB mắc PTC đã được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần từ tháng 01/2023 đến tháng 7/2024 tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Trung vị TgAb giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), từ 3,26 IU/mL trước điều trị phóng xạ xuống 1,5 IU/mL sau điều trị. Ở nhóm chỉ mắc PTC, nồng độ TgAb thấp hơn rõ rệt (2,19 IU/mL) so với nhóm mắc PTC kèm viêm giáp Hashimoto (42 IU/mL) với $p < 0,05$. Trước điều trị phóng xạ, 141 NB (88,13%) có TgAb trong giới hạn bình thường và nồng độ TgAb trở về mức bình thường tăng lên 144 trường hợp (90%) sau điều trị với $p > 0,05$. **Kết luận:** Trong số NB chỉ mắc PTC có nồng độ TgAb cao, tỷ lệ NB mắc PTC kèm viêm giáp có nồng độ TgAb thấp lại chiếm phần lớn.

Từ khóa: ung thư tuyến giáp thể nhú, kháng thể kháng thyroglobulin, phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần.

ABSTRACT

Objectives: This study aims to evaluate the value of Anti-Thyroglobulin (TgAb) levels after total thyroidectomy and examine the relationship between serum TgAb levels and thyroid cancer stages in patients with papillary thyroid carcinoma (PTC). **Methods:** Retrospective study of 160 papillary thyroid cancer patients after total thyroidectomy from 01/2023 to 07/2024 at Cho Ray Hospital. **Results:** The median TgAb level decreased significantly ($p < 0.05$) from 3.26 IU/mL before radioiodine therapy to 1.50 IU/mL after treatment. Among patients with isolated PTC, TgAb concentrations were markedly lower (2.19 IU/mL) compared with those who had concomitant PTC and HT (42 IU/mL) with $p < 0.05$. Before radioiodine therapy, 141 patients (88.13%) had TgAb levels within the normal range, and the number of patients with normalized TgAb levels increased to 144 (90%) after treatment, with no statistically significant difference ($p > 0.05$). **Conclusion:** Among patients with isolated PTC, a proportion demonstrated elevated TgAb levels whereas the majority of patients with PTC accompanied by thyroiditis exhibited low TgAb concentrations.

Keywords: papillary thyroid carcinoma, anti thyroglobulin, total thyroidectomy.

Received: 05/12/2025 |

Accepted: 10/02/2026 |

Published: 03/03/2026 |

©The author. This **open-access** work is licensed under a [CC BY 4.0 License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Hiệp hội Quốc tế Chống ung thư (IUAC), UTTG chiếm khoảng 1% các loại ung thư, tỷ lệ này tăng hơn ở các nước có lưu hành bướu cổ lạnh tính, tỷ lệ mới mắc hàng năm của UTTG trên thế giới là 0,5 - 10/100.000 dân.¹ UTTG được phân thành hai nhóm mô bệnh học chính: thể biệt hóa và thể không biệt hóa. Trong nhóm thể biệt hóa, ung thư tuyến giáp thể nhú (PTC) chiếm tỷ lệ cao nhất, khoảng 80–95%.² Chẩn đoán UTTG thường dựa vào lâm sàng, siêu âm tuyến giáp, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA) và mô bệnh học sau mổ, vì vậy việc định lượng nồng độ kháng thể kháng Thyroglobulin (TgAb) đóng vai trò rất quan trọng trong việc theo dõi và tiên lượng bệnh.³ TgAb là chất chỉ điểm thông thường cho khả năng tự miễn của tuyến giáp, và được tìm thấy ở khoảng 25% bệnh nhân mắc UTTG biệt hóa khi đánh giá ban đầu sau phẫu thuật,^{4,5} với nồng độ TgAb tăng thì có thể gợi ý nguy cơ UTTG tái phát cao và tiên lượng xấu. Các nghiên cứu hiện tại thường chỉ đánh giá đáp ứng về hình ảnh cấu trúc, chức năng và sự thay đổi đáp ứng nồng độ TgAb sau điều trị Iod phóng xạ ở NB UTTG. Nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá sự tương quan giữa TgAb với giai đoạn bệnh sau phẫu thuật và sự thay đổi nồng độ TgAb ở riêng nhóm người bệnh UTTG dạng nhú. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích khảo sát nồng độ TgAb ở người bệnh PTC sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần với hai mục tiêu nghiên cứu sau:

- *Xác định sự thay đổi nồng độ kháng thể kháng Thyroglobulin ở người bệnh ung thư tuyến giáp dạng nhú đã được phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần.*

- *Xác định mối liên quan giữa nồng độ kháng thể kháng Thyroglobulin sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần với giai đoạn bệnh ung thư tuyến giáp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 160 người bệnh (NB) đã phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần, có kết quả mô bệnh học là UTTG dạng nhú và có chỉ định điều trị phóng xạ tại Khoa Y học Hạt nhân - Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1/2023 đến tháng 7/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn NB:

- Nhóm NB có kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần là UTTG thể nhú và có chỉ định điều trị phóng xạ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- NB đã có tiền sử mổ tái phát tuyến giáp trước đó.
- NB bị UTTG tái phát.
- Đồng mắc các loại ung thư khác

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang
- Kỹ thuật thu thập số liệu: Hồi cứu.

3. Các chỉ số nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng:

- Tuổi, giới.
- Phân độ TMN: Kích thước khối u (T), Hạch vùng (N), di căn xa (M)
- Giai đoạn bệnh (I, II, III, IV).
- Viêm giáp kèm theo (viêm giáp Hashimoto).

Cận lâm sàng:

Xét nghiệm đo nồng độ TgAb được thực hiện tại Khoa Sinh hóa - Bệnh viện Chợ Rẫy. sử dụng kỹ thuật CMIA - Xét nghiệm miễn dịch vi hạt phát quang hóa học (Chemiluminescent Microparticle Immunoassay). Giá trị TgAb bình thường từ 0 đến 125 IU/mL.

- Nồng độ TgAb được đo tại thời điểm: Sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần.

4. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học STATA 15.0 với các thuật toán thống kê y học.

5. Đạo đức trong nghiên cứu y học

Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh thông qua theo

văn bản số 1055/HĐĐĐ-ĐHYD.

- Nghiên cứu tiến hành luôn tuân thủ nghiêm các quy định, nguyên tắc chuẩn mực về đạo đức nghiên cứu trong khoa học y khoa.

- Mọi thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu đều được giữ bí mật tuyệt đối và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm giai đoạn bệnh

Đặc điểm giai đoạn bệnh	Tần số	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn T		
T1	28	17,5
T2	3	1,88
T3	117	73,12
T4	12	7,5
Giai đoạn N		
N0	97	60,63
N1	63	39,37
Giai đoạn bệnh		
I	123	76,88
II	33	20,62
III	4	2,5
Viêm giáp Hashimoto		
Không viêm	139	86,88
Có viêm	21	13,12

Nhận xét bảng 1:

- Phần lớn NB ung thư tuyến giáp thuộc giai đoạn T3 (chiếm tỷ lệ 78,88%), giai đoạn T2 chiếm ít nhất (1,88%). NB không có di căn hạch chiếm phần lớn (60,63%) và chưa thấy trường hợp nào có di căn xa và xạ hình toàn thân âm tính.

- Về giai đoạn bệnh, đa số NB mắc bệnh ở giai đoạn I (chiếm 76,88%), giai đoạn II và giai đoạn III chiếm tỷ lệ ít hơn (20,62% và 2,5%), đa số NB mắc PTC không kèm viêm giáp Hashimoto (chiếm 86,88%).

2. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Nồng độ TgAb ở hai nhóm NB có và không có viêm giáp sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần

Nồng độ TgAb (IU/mL)	Chỉ mắc PTC (n=139)	Kèm viêm giáp HT (n=21)	p
Trung vị (Khoảng tứ phân vị)	2,19 (0,61 – 16,94)	42 (1 – 218)	0,012
GTNN - GTLN	0,31 - 2036	0,42 - 2709	

Kiểm định Mann-Whitney

Nhận xét bảng 2: Trung vị TgAb ở nhóm có và không có viêm giáp Hashimoto lần lượt là 42 IU/mL và 2,19 IU/mL.

Bảng 3. Phân nhóm NB theo nồng độ TgAb theo hai nhóm mắc PTC có và không kèm viêm giáp

Phân nhóm nồng độ TgAb (IU/mL)	Chỉ mắc PTC (n=139)		Kèm viêm giáp HT (n=21)		p
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
< 125	127	91,37	14	66,67	0,005
≥ 125	12	8,63	7	33,33	

Kiểm định chi bình phương

Nhận xét bảng 3: Ở nhóm chỉ mắc PTC, phần lớn NB có TgAb < 125 IU/mL (chiếm 91,37%), trong khi nhóm mắc PTC kèm viêm giáp Hashimoto có tỷ lệ thấp hơn đáng kể (chiếm 66,67%). Ngược lại, TgAb ≥ 125 IU/mL gặp với

tỷ lệ cao hơn ở nhóm có viêm giáp (33,33%).

3. Mối liên quan giữa nồng độ TgAb và giai đoạn bệnh sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần

Bảng 4. Mối liên quan của nồng độ TgAb sau phẫu thuật với giai đoạn bệnh

Nồng độ TgAb (IU/mL)	Trung vị	Khoảng tứ phân vị	Hệ số r	p
Giai đoạn T				
T1 -T3a (n=34)	13,68	0,7 – 56,5	0,113	0,154
T3b – T4 (n=126)	2,14	0,64 – 21		
Giai đoạn N				
Không di căn hạch (n=97)	1,95	0,6 – 21	0,106	0,18
Có di căn hạch (n=63)	6,89	1 – 31		
Giai đoạn bệnh				
I (n=123)	4	0,66 - 26	-0,056	0,48
II (n=33)	1,3	0,55 – 7,7		
III (n=4)	25,38	4,56 - 151		

Kiểm định Spearman

Nhận xét bảng 4: Chưa ghi nhận sự liên quan của giai đoạn T, Giai đoạn N và giai đoạn bệnh với nồng độ TgAb sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần (p>0,05).

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 160 người bệnh ung thư tuyến giáp thể nhú đã được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp; tất cả người bệnh được phân loại giai đoạn bệnh sau khi được điều trị phóng xạ lần đầu. Trong nghiên cứu, chúng tôi xếp loại giai đoạn T (kích thước khối u), N (di căn hạch lympho), M (di căn xa) và xếp loại UTTG theo phân độ TNM ung thư tuyến giáp của AJCC 8 (2017).

Về giai đoạn bệnh, phần lớn người bệnh thuộc giai đoạn I với tỷ lệ 76,88%, tiếp theo là giai đoạn II chiếm 20,62%, và thấp nhất là giai đoạn III với 2,5% (Bảng 1). Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của Dương Thị Phượng và cộng sự (2022), trong đó tỷ lệ người bệnh ở giai đoạn I, II và III lần lượt là 77,02%; 20,5% và 2,48%.⁶ Trong nghiên cứu của Trần Thị Đoàn (2021), tỷ lệ người bệnh ở giai đoạn I là 69,6%, trong khi giai đoạn II và III chiếm 17,3% và 13,1%, khác biệt so với kết quả nghiên cứu hiện tại.³ Do nghiên cứu chỉ bao gồm người bệnh đã được điều trị phóng xạ ở giai đoạn sớm sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần, nên có sự khác biệt về phân bố giai đoạn TNM và giai đoạn bệnh; cụ thể tỷ lệ giai đoạn III trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu trước đó.

Về tỷ lệ mắc viêm giáp Hashimoto (HT), phần lớn người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ mắc PTC (86,88%), trong khi 21 trường hợp (13,12%) mắc PTC có kèm viêm giáp Hashimoto. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Dương Thị Phượng và cộng sự (2022)⁶ với 13,04%, nhưng thấp hơn đáng kể

so với nghiên cứu của Battistella và cộng sự (2022),⁷ trong đó tỷ lệ mắc kèm Hashimoto lên đến 41,4%.

2. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 160 NB mắc UTTG dạng nhú với thời điểm đo TgAb sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần. Trong nghiên cứu, nồng độ TgAb trung bình ở cả hai nhóm mắc PTC kèm viêm giáp HT và nhóm chỉ mắc PTC sau phẫu thuật lần lượt là 42 IU/mL và 2,19 IU/mL (Bảng 2). Chúng tôi ghi nhận có 12/160 người bệnh (7,5%) chỉ mắc PTC có TgAb cao (Bảng 3), tỷ lệ này thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu gần đây như Yeqian (2023)⁸ với 48,8% và Mojgan Sanjari (2024)⁹ với 21,7%. Sự hiện diện nồng độ TgAb cao ở nhóm chỉ mắc PTC sau phẫu thuật có thể do mô giáp còn sót tiếp tục tiết Tg, làm Tg được giải phóng vào tuần hoàn và kích thích đáp ứng miễn dịch dẫn đến tăng sản xuất TgAb.

Ở 14/160 người bệnh (8,75%) mắc PTC kèm viêm giáp Hashimoto nhưng TgAb thấp sau cắt tuyến giáp toàn phần, nguyên nhân chủ yếu là do nguồn kháng nguyên Tg bị loại bỏ gần như hoàn toàn, làm giảm kích thích duy trì sản xuất TgAb. Ngoài ra, có nghiên cứu ghi nhận người bệnh PTC đi kèm viêm giáp Hashimoto có tiên lượng tốt hơn so với nhóm chỉ mắc PTC đơn thuần.¹⁰ Do đó, sự khác biệt về nồng độ TgAb giữa hai nhóm càng củng cố vai trò của TgAb như một dấu ấn quan trọng trong theo dõi sau phẫu thuật và đánh giá đáp ứng điều trị ở người bệnh PTC.

3. Mối liên quan giữa nồng độ TgAb và giai đoạn bệnh sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần

Theo nghiên cứu 160 người bệnh UTTG dạng nhú sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần, chúng tôi ghi nhận giai đoạn I với nồng độ TgAb trung vị tương ứng (4 IU/mL), giai đoạn II là 1,3 IU/ml, giai đoạn III là 25,38 (IU/mL), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong mẫu hiện tại của nồng độ TgAb sau phẫu thuật với cả ba giai đoạn UTTG (Bảng 4). Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Minh Nguyên và cộng sự (2023),¹¹ tác giả cũng cho kết luận rằng không có mối tương quan nào giữa nồng độ TgAb với giai đoạn bệnh trong UTTG.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 160 NB mắc PTC đã phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần tại Bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi rút ra những kết luận sau: Sau phẫu thuật cắt tuyến giáp toàn phần, có 8,63% NB ở nhóm chỉ mắc PTC có nồng độ TgAb cao và 66,67% NB ở nhóm mắc PTC kèm viêm giáp HT có nồng độ TgAb thấp.

VI. HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU

- Tất cả người tham gia nghiên cứu của chúng tôi là người bệnh mắc UTTG dạng nhú nên các số liệu và kết quả chưa đại diện được hết các dạng UTTG khác trong nhóm UTTG biệt hoá.

- Với 160 người bệnh (trong đó có 139 BN chỉ mắc PTC và 21 BN mắc PTC có kèm viêm giáp HT), mẫu nghiên cứu có thể chưa đủ lớn để đưa ra các kết luận mang tính tổng quát cao hoặc phát hiện những khác biệt nhỏ giữa các nhóm người bệnh này. Điều này có thể ảnh hưởng đến độ tin cậy của các kết quả, đặc biệt khi phân tích tác động của chỉ số TgAb đối với các yếu tố tiên lượng bệnh UTTG, đặc biệt là trong nhóm người bệnh mắc PTC kèm viêm

giáp HT.

- Nghiên cứu thực hiện trong thời gian ngắn nên việc theo dõi sự thay đổi TgAb sau phẫu thuật sẽ khó đánh giá được diễn tiến toàn bộ quá trình điều trị.

TUYÊN BỐ CỦA TÁC GIẢ

Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (Số quyết định: 1055/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 26/10/2023).

Nguồn tài trợ:

Không có nguồn tài trợ.

Xung đột lợi ích:

Các tác giả cam kết không có xung đột lợi ích.

Công bố trước đó:

Không có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. La Vecchia C, Malvezzi M, Bosetti Cea. Thyroid cancer mortality and incidence: a global overview. *Int J Cancer*. May 1 2015;136(9):2187-95. DOI:10.1002/ijc.29251.
2. Baloch ZW, Asa SL, Barletta JA, et al. Overview of the 2022 WHO Classification of Thyroid Neoplasms. *Endocrine pathology*. Mar 2022;33(1):27-63. DOI:10.1007/s12022-022-09707-3.
3. Bộ Y Tế. Thông tư số 1514/QĐ-BYT ban hành ngày 01/04/2020 về tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu". Hà Nội: Nhà xuất bản Hà Nội; 2020.
4. Rosario PW, Côrtes MCS, Franco Mourão G. Follow-up of patients with thyroid cancer and antithyroglobulin antibodies: a review for clinicians. *Endocrine-related cancer*. Apr 2021;28(4):R111-r119. DOI:10.1530/erc-21-

0012.

5. Wu X, Lun Y, Jiang Hea. Coexistence of thyroglobulin antibodies and thyroid peroxidase antibodies correlates with elevated thyroid-stimulating hormone level and advanced tumor stage of papillary thyroid cancer. *Endocrine*. Aug 2014;46(3):554-60. DOI:10.1007/s12020-013-0121-x.

6. Nguyễn Thị Xuân. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết-chuyển hoá. Y học; 2015.

7. Battistella E, Pomba L, Costantini A, et al. Hashimoto's Thyroiditis and Papillary Cancer Thyroid Coexistence Exerts a Protective Effect: a Single Centre Experience. *Indian journal of surgical oncology*. Mar 2022;13(1):164-168. DOI:10.1007/s13193-022-01515-9.

8. Lai Y, Gu Y, Yu M, et al. Thyroglobulin antibody (TgAb) positive is an independent risk factor for Lymph Node Metastasis in patients with differentiated thyroid carcinoma. *International journal of general medicine*. 2023;5979-5988. DOI:10.2147/ijgm.s439919

9. Sanjari M, Ordooei M, Amirkhosravi L, et al. The effect of positive thyroglobulin antibodies on the prognosis and treatment response in patients with papillary thyroid carcinoma. *Heliyon*. Feb 29 2024;10(4):e26092. DOI:10.1016/j.heliyon.2024.e26092.

10. Liang J, Zeng W, Fang Fea. Clinical analysis of Hashimoto thyroiditis coexistent with papillary thyroid cancer in 1392 patients. *Acta Otorhinolaryngologica Italica*. 2017;37(5):393. DOI:10.14639/0392-100X-1709

11. Trần Thị Minh Nguyên, Hồ Thị Tuyết Thu, Ngô Thị Tuyết và cộng sự. Khảo sát nồng độ Anti Thyroglobulin huyết tương trong theo dõi người bệnh ung thư tuyến giáp thể biệt hóa có phẫu thuật kết hợp điều trị I-131 tại Bệnh viện Ung Bướu Đà Nẵng. *Tạp chí Y Dược Học Cần Thơ*. 2023;(58):181-186. DOI:10.58490/ctump.2023i58.709