

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BƯỚU GIÁP THÔNG TRUNG THẤT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Dương Đức Hùng^{1,2}, Phan Anh²,
Phùng Duy Hồng Sơn^{1,2}, Nguyễn Duy Thắng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bướu giáp thông trung thất chiếm tỷ lệ nhỏ (3 – 20%) trong các trường hợp bướu giáp. Phẫu thuật bướu giáp thông trung thất vẫn còn nhiều khó khăn với tỉ lệ tai biến, biến chứng so với phẫu thuật cắt bỏ bướu tuyến giáp thông thường. Chưa có nhiều nghiên cứu về điều trị bệnh lý này, vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa bướu giáp thông trung thất tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, hồi cứu kết quả điều trị ngoại khoa bướu giáp thông trung thất tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2014 – 2023. **Kết quả nghiên cứu:** Có 62 trường hợp bướu giáp thông trung thất được phẫu thuật, tuổi trung bình $59,16 \pm 17,01$ (11 – 84), tỉ lệ nam/ nữ: 3/17; 19 (30,6%) trường hợp không có triệu chứng lâm sàng, 12 (19,4%) trường hợp chèn ép khí quản gây khó thở. Bướu thông trung thất trước 100% các trường hợp. 11 trường hợp (18%) phải mở xương ức. Thời gian phẫu thuật: $75,58 \pm 28,99$ phút. Tai biến và biến chứng: 3 trường hợp suy cận giáp thoáng qua và 2 trường hợp khàn tiếng thoáng qua. Giải phẫu bệnh: 60 trường hợp không thấy tế bào ác tính, 2 trường hợp thấy tế bào ung thư. Thời gian nằm viện $6,71 \pm 6,06$ ngày. Kết quả tốt 57 trường hợp (91,94%), trung bình 5 trường hợp (8,06%). **Kết luận:** Đa phần bướu giáp thông trung thất thì đường mổ ngang cổ là đủ để bóc tách và cắt được bướu dễ dàng. Phẫu thuật sớm ở những bệnh nhân với bướu kích thước nhỏ, chưa có triệu chứng lâm sàng, cho kết quả tốt hơn, ít tai biến và biến chứng hơn. **Từ khóa:** Bướu giáp thông trung thất, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

SUMMARY

OUTCOMES OF SURGERY FOR RETROSTERNAL GOITERS AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Background: Retrosternal goiters account for a small proportion (3 - 20%) of goiter cases. Surgery of retrosternal goiters still has many difficulties with a higher rate of complications compared to conventional thyroid goiter surgery. In Vietnam, there have not been many studies on the treatment of this disease. The purpose of this study was to comment on the results of surgical management of substernal goiter at Viet Duc University Hospital. **Patients and methods:**

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm nội dung: Phùng Duy Hồng Sơn

Email: hongsony81@yahoo.com

Ngày nhận bài: 16.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2024

Ngày duyệt bài: 25.11.2024

This is descriptive and retrospective study of patients, who underwent surgical treatment of retrosternal goiters at Viet Duc Friendship Hospital in the period of 2014-2023. **Results:** There were 62 cases of mediastinal goiter underwent surgery, average age was 59.16 ± 17.01 (11 - 84), male/female ratio: 3/17; 19 (30.6%) cases had no clinical symptoms, 12 (19.4%) cases had tracheal compression causing shortness of breath. All of the cases was anterior mediastinal tumor. Eleven cases (18%) required sternotomy. Average surgery time was 75.58 ± 28.99 minutes. In complications: 3 cases had transient hypoparathyroidism and 2 cases had transient hoarseness. Results of the biopsy showed that: 60 cases were benign tumors; 2 cases were malignant. Average hospital stay was 6.71 ± 6.06 days. 57 cases (91.94%) had good results, 5 cases (8.06%) had acceptable results. **Conclusion:** Most patients with retrosternal goiters underwent thyroid resection via a cervical approach. Patients with small tumors and without symptoms should be operated early, which proved good results and lower complications.

Keywords: Retrosternal goiters, Viet Duc University Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuật ngữ bướu giáp thông trung thất (hay bướu cổ sau xương ức, dưới xương ức) lần đầu tiên được Albrecht von Haller sử dụng vào năm 1749 để mô tả sự kéo dài của tuyến giáp xuống dưới qua lỗ mở giữa cổ và ngực¹. Kể từ đó, một số định nghĩa đã được sử dụng mặc dù vẫn chưa có sự đồng thuận nào cho đến ngày nay. Các định nghĩa phổ biến nhất bao gồm: sự kéo dài của bướu cổ qua mặt phẳng lỗ mở cổ ngực xuống dưới xương đòn, hoặc có hơn 50% khối lượng của nó nằm phía dưới xương ức²⁻⁴, do đó tỷ lệ mắc bệnh ở các nghiên cứu có sự khác nhau. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thống nhất sử dụng định nghĩa thứ nhất.

Bệnh thường phát triển âm thầm trong nhiều năm mà không biểu hiện bất thường trên người bệnh. Các triệu chứng và dấu hiệu cho chèn ép các cấu trúc giải phẫu lân cận thường chỉ xuất hiện khi bướu đã to. Tuy nhiên, một phần đáng kể các trường hợp (20-40%) được phát hiện tình cờ khi kiểm tra X-Quang⁵.

Bướu giáp thông trung thất được chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng với các triệu chứng chèn ép khí quản, thực quản và chẩn đoán hình ảnh: X quang ngực thẳng, CT Scanner cổ-ngực. Chụp CT-scanner không có chất cản quang là xét

nghiệm hiệu quả nhất để chẩn đoán phân biệt bướu giáp thông trung thất với những khối choán chỗ trung thất khác⁵. Thông thường chỉ cần mở cổ kinh điển là có thể cắt bướu dễ dàng. Tuy nhiên, đôi khi cần phải cửa xương ức hoặc mở ngực tùy thuộc vào kích thước, vị trí và mức độ bướu thông sâu vào trong lồng ngực, nhất là khi thông xuống trung thất sau⁴.

Tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 2014 - 2023, chúng tôi đã phẫu thuật được 62 trường hợp bướu giáp thông trung thất. Qua đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa bướu giáp thông trung thất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả, hồi cứu.

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt bướu giáp thông trung thất tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2014 đến tháng 12 năm 2023.

Đối tượng loại trừ. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân thất lạc hồ sơ hoặc hồ sơ không đầy đủ.

Đánh giá kết quả. Bệnh nhân được ghi nhận về tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, T3, T4, TSH, X-quang và CT scan cổ ngực có cản quang. Đường mổ ngang cổ kinh điển, mở xương ức hay mở ngực kết hợp. Các biến chứng và thời gian nằm viện sau mổ. Tất cả bệnh nhân đều được theo dõi qua tái khám một lần tại thời điểm nghiên cứu hoặc thu thập thông tin thăm hỏi qua điện thoại.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Các đặc điểm dịch tễ và bệnh kèm theo của bệnh nhân trước phẫu thuật được trình bày ở bảng 1:

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng của bệnh nhân trước mổ (N=62)

Đặc điểm	Bệnh nhân n (%)
Tuổi (Năm)	59,16 ± 17,009 (11 - 84)
Nhóm tuổi	
Dưới 50 tuổi	16 (25,8)
Từ 50 đến dưới 60 tuổi	11 (17,7)
Từ 60 đến dưới 70 tuổi	13 (21)
Sau 70 tuổi	22 (35,5)
Giới nữ	53 (85)
Tiền sử	
Đã phẫu thuật cắt bướu giáp	14 (22,2)
THA	11 (17,74)
ĐTĐ2	4 (6,4)
COPD	3 (4,8)
TBMN cũ có mở khí quản	2 (3,2)

Tần suất bệnh gặp ở nữ cao hơn so với nam hơn 5 lần, 22,2% bệnh nhân trong nghiên cứu là bướu giáp tái phát sau khi đã mổ lần 1. Có trường hợp nhiều hơn 1 bệnh kèm theo, và vô tình phát hiện bệnh lý bướu giáp thông trong quá trình điều trị các bệnh lý khác. Lý do vào viện và biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng được trình bày ở bảng 2.

Bảng 2. Lý do vào viện và các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng (N=62)

Đặc điểm	Bệnh nhân n (%)
Lý do vào viện	
Kiểm tra định kỳ	7 (11,3)
Vô tình phát hiện	5 (9,7)
Thấy khối vùng cổ	23 (37,1)
Nuốt vướng	11 (17,7)
Khó thở	14 (22,6)
Nói khàn	1 (1,6)
Thời gian từ khi có triệu chứng	6,32 ± 7,38 (1-30) (Đ.vị: năm)
Triệu chứng lâm sàng	
Sờ thấy bướu cổ	56 (90,3)
Nói khàn	2 (3,2)
Khó thở	20 (32,3)
Nuốt vướng	23 (37,1)
Kích thích bướu	
Độ 0	6 (9,7)
Độ I	9 (14,5)
Độ II	27 (43,5)
Độ III	13 (21)
Độ IV	7 (11,3)
Đặc điểm trên phim chụp CT-Scanner	
KT bướu bên dưới xương đòn	3,67±2,17cm (1-9)
Đẩy lệch khí quản	50 (80,6)
Nằm trong trung thất trước	62 (100)

Bệnh thường tiến triển trong nhiều năm trước khi phẫu thuật, kể cả với các trường hợp đã phát hiện bệnh (6,32 ± 7,38 năm). Các đặc điểm phẫu thuật được trình bày trong bảng 3

Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật cắt bướu thông trong nghiên cứu (N=62)

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Đường phẫu thuật		
Đường mổ ngang kinh điển	51	82
Mở ½ xương ức	8	13
Mở toàn bộ xương ức	3	5
Thời gian phẫu thuật	75 ± 18 (30-195 phút)	
Lượng máu mất	61,94 ± 28,9 (30-150)	

51 ca (82%) có thể lấy u bằng đường mổ ngang cổ kinh điển. 11 (18%) ca cần mở xương ức lấy u. 59 ca (95,16%) mổ có số lượng máu mất trong mổ dưới 70ml.

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $6,71 \pm 6,06$ ngày (2 – 42). Có 2 bệnh nhân với thời gian nằm viện hơn 20 ngày đều phải điều trị thêm bệnh phổi hợp. Các biến chứng sau mổ trình bày ở bảng 4.

Bảng 4. Biến chứng sau mổ (N=62)

Biến chứng sau mổ	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu sau mổ	0	0
Suy cận giáp thoáng qua (Hồi phục sau 1 tháng)	3	4,8
Khàn tiếng thoáng qua (Hồi phục sau 1 tháng)	2	3,2
Suy giáp sau mổ	13	20,97
Liệt thần kinh quặt ngược 1 bên	1	1,6
Liệt thần kinh quặt ngược 2 bên	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	1	1,6
Viêm phổi hậu phẫu	0	0
Mở khí quản	0	0

1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ do bản chất tổn thương là viêm giáp bội nhiễm, bệnh nhân mổ làm sạch, cắt bỏ khối thông, đặt dẫn lưu khâu thưa, điều trị hậu phẫu với kháng sinh vết mổ liền tốt. Kết quả giải phẫu bệnh được trình bày ở bảng 5.

Bảng 5: Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ (N = 62)

Kết quả	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Carcinoma	2	3,23
Lành tính	60	96,77

IV. BÀN LUẬN

Bướu giáp thông là một dạng bướu đặc biệt của bướu giáp nhân. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $59 \pm 17,009$ (11 – 84), tương đương báo cáo của Nguyễn Hoài Nam ($63,5 \pm 7,6$), Trần Xuân Hùng ($61,84 \pm 9,4$), TL Chow ($60,1$), MG Rugiu (64)^{2-4,6,7}.

Lớp tuổi mắc bệnh chủ yếu từ 50 trở lên ($74,2\%$) phù hợp với kết quả của tác giả khác^{1,3,4,8}, do bệnh được hình thành và phát triển trong một thời gian dài đến khi được phát hiện và điều trị, kèm theo sự giảm trương lực các cơ vùng cổ khiến bướu kích thước to dễ chui xuống trung thất.

Trong nghiên cứu, bệnh nhân nữ (85%) gấp hơn 5 lần tỷ lệ nam giới (15%). Tỷ lệ này phù hợp với kết quả của các tác giả như Trần Hồng Quân, MG Rugiu, TL Chow, đều có nhận định tỷ lệ mắc bệnh ở nữ cao gấp 3 - 4 lần nam giới^{2,6,7}.

Bệnh nhân bướu giáp thông trung thất thường đến khám muộn với bướu to gây chèn ép thực quản, khí quản, thanh quản và tĩnh mạch cảnh⁹. Trong nghiên cứu Nguyễn Hoài Nam, 16

bệnh nhân thì có 8 (50%) trường hợp nuốt vướng, khó thở. Trần Hồng Quân nghiên cứu 53 bệnh nhân có 38 ($71,7\%$) trường hợp có dấu hiệu chèn ép thực quản, khí quản, TL Chow trong 24 bệnh nhân có 10 trường hợp ($41,7\%$) có dấu hiệu chèn ép thực quản, khí quản, 1 bệnh nhân ($4,2\%$) khàn tiếng được nội soi thanh quản không thất tổn thương dây thanh, 3 bệnh nhân khó thở cấp ($12,5\%$) phải mổ cấp cứu. MG Rugiu trong 53 bệnh nhân 43 trường hợp ($81,1\%$) nuốt vướng, khó thở, 5 bệnh nhân ($9,4\%$) khàn tiếng, 2 bệnh nhân ($3,8\%$) có tĩnh mạch cổ nổi lúc nghỉ ngơi do bướu chèn ép vào tĩnh mạch cảnh, không có bệnh nhân nào khó thở cấp^{2,4,6,7}.

Trong 62 bệnh nhân nghiên cứu của chúng, 34 trường hợp ($54,84\%$) có dấu hiệu chèn ép các tạng xung quanh, 2 bệnh nhân ($3,2\%$) khàn tiếng, không có bệnh nhân tĩnh mạch cổ nổi lúc nghỉ và khó thở cấp. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Hoài Nam, TL Chow và thấp hơn nhiều so với MG Rugiu, Trần Hồng Quân.

Sau khi chụp X-quang ngực thẳng định hướng bướu giáp thông thì chụp CT scanner cổ - ngực có tiêm thuốc cản quang rất có ý nghĩa trong việc:

+ Đánh giá thể tích tuyến giáp, vị trí, kích thước, tính chất các nhân tuyến giáp.

+ Xác định vị trí, tính chất, kích thước, xâm lấn, chèn ép các tạng trong trung thất của bướu. Từ đó giúp bác sĩ gây mê tiên lượng mức độ khó khi đặt nội khí quản cũng như giúp phẫu thuật viên tiên lượng khả năng mở khí quản sau mổ.

+ Định hướng chọn đường mổ vùng cổ hay vùng cổ, mở xương ức, mở ngực.

+ Giúp phân biệt bướu giáp thông hay bướu tuyến giáp lạc chỗ trong lồng ngực.

Trong nghiên cứu của Nguyễn Hoài Nam, 16 bệnh nhân bướu giáp thông trên CT scanner cổ- ngực: kích thước phần thông xuống trung thất $4,5 \pm 1,3$ cm, vị trí bướu thông trung thất trước 14 bệnh nhân ($87,5\%$), trung thất sau 2 bệnh nhân ($12,5\%$), chèn ép khí quản, thực quản 15 bệnh nhân ($93,75\%$)⁷.

Trong nghiên cứu của MG Rugiu với 53 bệnh nhân trên CT scanner cổ- ngực: 100% có bướu chui xuống ngực ít nhất 3 cm dưới xương đòn, trong đó có 12 ca ($22,6\%$) bướu xuống dưới động mạch chủ ngực và các trường hợp này phải chỉ định mở ngực để lấy bướu, 45 ca ($84,9\%$) bướu nằm ở trung thất trước⁷.

Theo nghiên cứu của chúng tôi thì kích thước bướu thông dưới xương đòn trung bình là $3,67 \pm 2,17$ cm, 100% bướu giáp thông gặp ở

trung thất trước. Không có bệnh nhân nào là tuyến giáp lạc chỗ trong trung thất. Dấu hiệu chèn ép, đè đẩy khí quản, thực quản trên CT Scanner nhận thấy ở 80,6% các bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của Nguyễn Hoài Nam, 16 bệnh nhân bướu giáp thông có 1 trường hợp (6,25%) FNA là carcinoma tuyến giáp. Trần Hồng Quân trên tổng số 53 có 1 bệnh nhân (1,9%) là carcinoma tuyến giáp. TL Chow trên 24 bệnh nhân có 2 bệnh nhân là carcinoma (8,3%), các bệnh nhân carcinoma tác giả đã chủ động mở ngực để lấy bướu và nạo vét hạch ngay từ đầu^{2,4,6}.

Trong nghiên cứu của chúng tôi 62 bệnh nhân đều được làm FNA trước mổ với kết quả 60 trường hợp lành tính chiếm 96,77% và 2 trường hợp cho kết quả carcinoma. Hormon giáp T3, FT4, TSH trước mổ là bình giáp 100% các bệnh nhân.

Nguyễn Hoài Nam cắt toàn bộ tuyến giáp lấy bướu thông trên cả 16 bệnh nhân (100%). Trần Hồng Quân tất cả 53 bệnh nhân (100%) cắt gần toàn bộ tuyến giáp hoặc cắt một thùy. Theo TL Chow trên 24 bệnh nhân có 12 bệnh nhân (50%) cắt toàn bộ tuyến giáp, 12 bệnh nhân (50%) được cắt gần toàn bộ tuyến giáp trong đó 3 bệnh nhân khó thở cấp mổ để giải ép đường thở^{2,4,6}.

Chúng tôi trong 62 bệnh nhân mổ lấy bướu thông có 13 bệnh nhân cắt toàn bộ tuyến giáp-lấy bướu thông chiếm 20,97%.

Thời gian mổ chúng tôi trung bình 75,58 ± 28,99 phút, nhỏ nhất là 30 phút, lớn nhất 196 phút. Thời gian mổ trung bình của chúng tôi thấp hơn của các tác giả: MG Rugiu (175), TL Chow (187,1 ± 81,1)^{2,7}, và tương tự các tác giả Nguyễn Hoài Nam (75 ± 18), Trần Hồng Quân (74,2 ± 30)^{4,6}.

Biến chứng sớm sau mổ bao gồm: chảy máu sau mổ, mở khí quản, nhiễm trùng vết mổ, viêm phổi. Chúng tôi không gặp bệnh nhân nào có biến chứng này. Trong nghiên cứu của Nguyễn Hoài Nam, 16 bệnh nhân có 1 bệnh nhân carcinoma (6,25%) mở khí quản do tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản. Trần Hồng Quân trong 53 bệnh nhân có 2 bệnh nhân (3,8%) phải mở khí quản do tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản, 3 bệnh nhân (5,7%) nhiễm trùng vết mổ. MG Rugiu trong 53 bệnh nhân: chảy máu sau mổ 3 bệnh nhân (5,6%), 2 bệnh nhân mở khí quản (3,7%). TL Chow trên 24 bệnh nhân có 1 bệnh nhân chảy máu (4,2%), 1 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ (4,2%)^{2,4,6,7}.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1 bệnh nhân (1,6%) được ghi nhận có nhiễm trùng vết mổ, do bản chất tổn thương viêm giáp áp xe

hóa, đã được cắt hết tổn thương, làm sạch và đặt dẫn lưu ngay trong mổ. Hậu phẫu bệnh nhân đáp ứng tốt với kháng sinh, tổn thương liền tốt.

Thời gian mổ của chúng tôi thấp hơn các tác giả khác cũng như tương đồng với một số tác giả Việt Nam, với tỷ lệ biến chứng thấp được giải thích do kinh nghiệm, trình độ chuyên ngành của phẫu thuật viên cũng như hiệu quả của dao siêu âm, ligasure trong phẫu thuật bướu giáp, giúp hạn chế tối đa chảy máu, ca mổ diễn ra nhanh, bệnh nhân ít biến chứng hậu phẫu và hồi phục nhanh chóng.

Chúng tôi xếp loại có 57 bệnh nhân (91,94%) xếp loại tốt, 3 bệnh nhân tê chân tay thoáng qua và 2 bệnh nhân suy giáp sau mổ, chiếm 8,06% loại trung bình. Kết quả điều trị loại tốt trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với TL Chow (tốt 75%, trung bình 16,7% và xấu 8,3%), Nguyễn Hoài Nam (tốt 81,25%; trung bình 18,75%), Trần Hồng Quân (tốt 90,6%, trung bình 5,7%, xấu 3,7%). MG Rugiu (tốt 71,7%, trung bình 20,8%, xấu 7,5%) và thấp hơn của tác giả Trần Xuân Hùng (97,6% tốt và 2,4% trung bình)^{2,4,6,7}.

Kết quả nghiên cứu xếp loại bệnh nhân vào nhóm tốt của chúng tôi cao hơn phần lớn các tác giả khác là do:

+ Sự động bộ hóa từ khâu khám, hội chẩn, chuẩn bị bệnh nhân trước mổ, phẫu thuật, chăm sóc và theo dõi sau mổ.

+ Kinh nghiệm của phẫu thuật viên: Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức là một trong những bệnh viện hàng đầu về ngoại khoa nói chung cũng như chuyên ngành phẫu thuật tim mạch, lồng ngực nói riêng, hàng năm có hàng nghìn bệnh nhân bướu cổ trong cả nước và nước ngoài được mổ tại bệnh viện, nên kinh nghiệm của phẫu thuật viên đóng góp đáng kể trong việc giảm tai biến và biến chứng trong và sau mổ.

+ Ứng dụng kỹ thuật cao trong phẫu thuật bướu cổ: ứng dụng nhiều phương tiện kỹ thuật hiện đại, tiên tiến vào phẫu thuật bướu cổ: dao siêu âm, dao ligasure...

V. KẾT LUẬN

Bướu giáp thông trung thất đa phần gặp ở bệnh nhân lớn tuổi, được phát hiện nhiều năm nhưng không điều trị nên bướu to và chìm dần xuống trung thất, chủ yếu trung thất trước.

Điển hình, bướu giáp thông trung thất biểu hiện trên CT-scan như là một khối choán chỗ không đồng nhất ở trung thất trước. CT-scan là phương pháp được lựa chọn để đánh giá hiệu quả những tổn thương này.

Đối với những trường hợp này thì đường mổ

ngang cổ là đủ để bóc tách và cắt được bướu dễ dàng, trừ một số trường hợp bướu kích thước to, bướu ung thư xâm lấn phức tạp hay dày dính tổ chức xung quanh nhiều. Phẫu thuật sớm ở những bệnh nhân có bướu kích thước nhỏ, chưa có triệu chứng lâm sàng, cho kết quả tốt hơn, ít tai biến và biến chứng hơn. Việc ứng dụng các công cụ tiên tiến giúp cho việc phẫu thuật trở nên dễ dàng và hạn chế tối đa các biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **HALLER AV.** Disputatones Anatomica Selectae Gottingen. Gottigen Vendenhoceck. Published online 1749:96.
2. **Chow T, Chan T, Suen D, Chu D, Lam S.** Surgical management of substernal goitre: Local experience. Hong Kong Med J Xianggang Yi Xue Za Zhi Hong Kong Acad Med. 2005;11:360-365.
3. **Trần Xuân Hùng.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và đánh giá kết quả phẫu thuật bướu giáp thông trung thất tại Bệnh viện Nội tiết Trung Ương. Luận Văn Thạc Sĩ Đại Học

- Hà Nội. Published online 2014.
4. **Luân TMB, Nam NH.** Đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa bướu giáp thông trung thất. Tạp Chí Học Thành Phố Hồ Chí Minh. 2009;13(1):95-95.
 5. **Lân NH, Dũng NH, Thảo LTP, Lam NS, Ngọc LH.** Hình ảnh lâm sàng, x quang của bướu trung thất: nghiên cứu loạt ca lâm sàng của bệnh viện phạm ngọc thạch. Tạp chí học Thành Phố Hồ Chí Minh. 2014;18(1):55-55.
 6. **Trần Hồng Quân.** Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị ngoại khoa bướu giáp cổ - trung thất. Luận Văn CKII Học Viên Quân. Published online 2007.
 7. **Rugiu M, Piemonte M.** Surgical approach to retrosternal goitre: do we still need sternotomy? Acta Otorhinolaryngol Ital. 2009;29(6):331-338.
 8. **Đức TC, Việt TNH, Hưng TM, Dũng NA.** Kết quả điều trị ngoại khoa bệnh bướu giáp lành tính chèn ép khí quản. Tạp Chí Học Thành Phố Hồ Chí Minh. 2019;23(6):76-76.
 9. **Hoài NN, Bao CTL, Bao LTM, Quang KH.** Đặc điểm biến chứng hô hấp của bệnh lý bướu giáp chèn ép khí quản. Tạp Chí Phẫu Thuật Tim Mạch Và Lồng Ngực Việt Nam. 2021;32:5-11. doi: 10.47972/vjcts.v32i.529

KẾT QUẢ KẾT HỢP XƯƠNG NẸP VÍT KHÓA ĐIỀU TRỊ GỠY KÍN THÂN XƯƠNG ĐÒN Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Dương Đình Toàn¹, Nguyễn Đức Thành²

OSTEOSYNTHESIS IN THE TREATMENT OF THE MIDDLE THIRD OF THE CLAVICLE IN ADULTS AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To describe the results of locking plate osteosynthesis in the treatment of the middle third of the clavicle in adults at Viet Duc Friendship Hospital. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** After surgery on 71 patients locking plate osteosynthesis in the treatment of the middle third of the clavicle, 93.0% of patients had no bone displacement. No patient had major displacement. 95.4% of patients had good bone healing, most of them had no limitation in shoulder joint movement. Overall results were 96.9% of patients with good results, 3.1% with fair results. **Conclusion:** Locking plate osteosynthesis in the treatment of the middle third of the clavicle is a safe and effective surgical procedure for the middle third of the clavicle.

Keywords: Locking plate, clavicle fractures, Viet Duc University Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương đòn là tình trạng phổ biến và chiếm khoảng 2,6% đến 4,0% trong tổng số các trường hợp gãy xương. Tỷ lệ gãy xương đòn ước tính là 64 trên 100.000 người mỗi năm.¹ Điều trị gãy xương đòn có 2 phương pháp là bảo tồn và phẫu thuật. Ngày nay cùng với sự phát triển của Gây mê hồi sức và sự phát triển của phương tiện

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả kết hợp xương nẹp vít khóa điều trị gãy kín thân xương đòn ở người trưởng thành tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức. **Phương pháp:** Nghiên cứu theo phương pháp mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu. **Kết quả:** Sau phẫu thuật trên 71 bệnh nhân kết hợp xương nẹp vít khóa điều trị gãy kín thân xương đòn, 93,0% bệnh nhân có xương hết di lệch. Không có bệnh nhân nào di lệch lớn. 95,4% bệnh nhân liền xương tốt, hầu hết không bị hạn chế vận động khớp vai. Đánh giá kết quả chung có 96,9% BN có kết quả loại tốt, 3,1% có kết quả loại khá. **Kết luận:** Phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít khóa điều trị gãy kín thân xương đòn là một phẫu thuật an toàn về ngoại khoa và hiệu quả cho bệnh nhân gãy kín thân xương đòn.

Từ khoá: Gãy xương đòn, nẹp vít khóa, gãy kín, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

SUMMARY

RESULTS OF LOCKING PLATE

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Thanh Nhân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Thành

Email: bahasathanh@gmail.com@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 26.11.2024