

LDL-cholesterol (cholesterol "xấu"), đóng vai trò quan trọng trong sự hình thành và phát triển của mảng xơ vữa, dẫn đến hẹp lòng mạch và giảm lưu lượng máu. Đái tháo đường làm tổn thương lớp nội mạc của động mạch và làm tăng nguy cơ hình thành cục máu đông, góp phần vào sự gia tăng nguy cơ bệnh ĐMV^{5,6}.

Nhìn chung, nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu có đặc điểm dịch tễ và lâm sàng điển hình của bệnh nhân mắc bệnh ĐMV, bao gồm tuổi tác cao, tỉ lệ mắc bệnh ở nam giới cao hơn và nhiều yếu tố nguy cơ như THA, rối loạn lipid máu và tiền sử can thiệp trước đó. Những đặc điểm này tương ứng với xu hướng chung của bệnh lý ĐMV trên toàn cầu, cho thấy tầm quan trọng của việc quản lý các yếu tố nguy cơ lâu dài, đặc biệt là ở nhóm bệnh nhân cao tuổi và có nhiều bệnh lý nền.

V. KẾT LUẬN

Trong tổng số 1.387 bệnh nhân, nam giới chiếm 64,3%, cho thấy bệnh lý động mạch vành phổ biến hơn ở nam so với nữ (35,7%). Tuổi trung bình của bệnh nhân là $66,2 \pm 10,7$ tuổi, với nhóm từ 65 đến 80 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (48,7%), phản ánh sự phổ biến của bệnh lý này ở người cao tuổi. Các bệnh lý nền như tăng huyết áp (57,8%) và suy tim (41,7%) xuất hiện phổ biến, khẳng định đây là các yếu tố nguy cơ

chính dẫn đến bệnh động mạch vành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Brown JC, Gerhardt TE, Kwon E.** Risk Factors for Coronary Artery Disease. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2024. Accessed September 22, 2024. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554410/>
2. **Shahjehan RD, Bhutta BS.** Coronary Artery Disease. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2023. Accessed April 23, 2023. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564304/>
3. **Đào Trọng Thành.** Nghiên cứu vai trò của phương pháp can thiệp động mạch vành qua đường động mạch quay ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Luận văn thạc sĩ Y học. Published online 2009.
4. **Rivera K, Fernández-Rodríguez D, Bullones J, et al.** Impact of sex differences on the feasibility and safety of distal radial access for coronary procedures: a multicenter prospective observational study. *Coron Artery Dis.* 2024;35(5): 360-367. doi:10.1097/MCA.0000000000001348
5. **Valgimigli M, Gagnor A, Calabró P, et al.** Radial versus femoral access in patients with acute coronary syndromes undergoing invasive management: a randomised multicentre trial. *Lancet.* 2015;385(9986):2465-2476. doi:10.1016/S0140-6736(15)60292-6
6. **Schlosser J, Herrmann L, Böhme T, et al.** Incidence and predictors of radial artery occlusion following transradial coronary angiography: the proRadial trial. *Clin Res Cardiol.* 2023;112(9): 1175-1185. doi:10.1007/s00392-022-02094-z

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH BƯỞU GIÁP THÔNG TRUNG THẤT

Nguyễn Thái Bình^{1,2}, Nguyễn Duy Thắng^{1,2}

TÓM TẮT

Bướu giáp thông trung thất (BGTĐT) là tình trạng tuyến giáp phát triển xuống trung thất, chiếm khoảng 3-19% các trường hợp bướu giáp nhân. Chẩn đoán dựa trên TCLS như ho kéo dài, khó nuốt, suy hô hấp do chèn ép khí quản, kết hợp với phim X-quang, cắt lớp vi tính (CLVT). Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, nhưng có thể gặp nhiều thách thức do kích thước bướu lớn và liên quan các cấu trúc quan trọng như khí quản, chính vì thế nghiên cứu (NC) này được tiến hành với **Mục đích:** Đánh giá đặc điểm lâm sàng và hình ảnh BGTĐT. **Đối tượng và phương pháp NC:** NC mô tả hồi cứu trên 62 bệnh nhân (BN) đủ tiêu chuẩn trong thời gian từ 01/01/2014 đến 31/03/2024 được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Kết quả:** Tuổi trung bình của BN: $59,16 \pm$

17,01. Tỷ lệ nữ/nam 5:1. Trên lâm sàng bướu giáp to độ 3, 4 chiếm 32,3% với 20 BN. Các triệu chứng nổi bật nhất là nuốt vướng, nuốt khó (37,1%); khó thở (32,3%). Trên phim X quang ngực thẳng: Khối mờ trong trung thất đè đẩy khí quản, thực quản rõ chiếm 95,2%. Trên phim CLVT: Kích thước trung bình phần thông trung thất: $4,67 \pm 2,16$ cm. Trong đó lớn nhất là 9cm. 59/62 (95,2%) ca có dấu hiệu đè đẩy khí quản, trong đó có 5 ca hẹp độ III (8,1%); 22 ca hẹp độ II (35,5%). Không có ca nào hẹp độ IV, V. **Kết luận:** BGTĐT là thường phát hiện muộn ở tuổi trung niên, hay gặp ở nữ. Triệu chứng thường gặp là nuốt vướng, nuốt khó và khó thở. X-quang ngực cho thấy khối mờ trong trung thất đè đẩy khí quản. Chụp CLVT cho thấy BGTĐT có ranh giới rõ, thường chèn ép khí quản, trong đó có nhiều ca hẹp khí quản mức độ trung bình đến nặng. **Từ khóa:** Bướu giáp thông trung thất, X-quang, Cắt lớp vi tính

SUMMARY

CLINICAL AND IMAGING CHARACTERISTICS OF SUBSTERNAL GOITER

Substernal goiter (SG) is a condition where the thyroid gland extends into the mediastinum, accounting for approximately 3-19% of cases of

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Bình

Email: nguyenthai binh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2025

Ngày duyệt bài: 14.4.2025

nodular goiter. Diagnosis is based on clinical symptoms such as persistent cough, difficulty swallowing, and respiratory distress due to tracheal compression, combined with chest X-rays and computed tomography (CT) scans. Surgery is the primary treatment method, but it can present many challenges due to the large size of the goiter and its proximity to critical structures such as the trachea. Therefore, this study was conducted with the aim of evaluating the clinical and imaging characteristics of MG. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on 62 eligible patients diagnosed and treated at Viet Duc Friendship Hospital from January 1, 2014, to March 31, 2024.

Results: The average age of the patients was 59.16 ± 17.01 , with a female-to-male ratio of 5:1. Clinically, grade 3 and 4 goiters accounted for 32.3% of cases, with 20 patients. The most prominent symptoms were dysphagia (37.1%) and dyspnea (32.3%). On chest X-rays, a mediastinal mass causing tracheal and esophageal displacement was observed in 95.2% of cases. On CT scans, the average size of the mediastinal extension was 4.67 ± 2.16 cm, with the largest being 9 cm. Tracheal compression was observed in 59/62 (95.2%) cases, including 5 cases of grade III stenosis (8.1%) and 22 cases of grade II stenosis (35.5%). No cases of grade IV or V stenosis were observed. **Conclusion:** SG is often detected late in middle-aged individuals and is more common in women. Common symptoms include dysphagia and dyspnea. Chest X-rays reveal a mediastinal mass causing tracheal displacement. CT scans show that SG has clear boundaries and often compresses the trachea, with many cases exhibiting moderate to severe tracheal stenosis.

Keywords: Substernal goiter, X-ray, CT scan

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu giáp thông trung thất (BGTTT) được định nghĩa là sự kéo dài của bướu cổ xuống dưới trung thất qua mặt phẳng của lỗ vào ngực, ít nhất 3 cm trở lên dưới bờ trên xương ức, được phân thành 2 loại: bướu giáp thông trung thất nguyên phát và thứ phát. Bướu giáp thông trung thất chiếm 3-19% trong các trường hợp bướu giáp nhân. Hay gặp ở BN trên 50 tuổi. Theo NC của MG Rugiu[1], BGTTT chiếm từ 3 - 12% trong số các u trung thất trước và là bướu chiếm nhiều nhất của vùng trung thất trước trên.

BGTTT được chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng với các triệu chứng ho dai dẳng, đau sau xương ức hoặc khó nuốt do chèn ép khí quản, cũng như các triệu chứng đặc trưng của hội chứng tĩnh mạch chủ trên hoặc thậm chí suy hô hấp cấp tính do chèn ép khí quản [2]. Chẩn đoán hình ảnh: X quang ngực thẳng, CLVT cổ ngực đóng vai trò quan trọng trong phát hiện các dấu hiệu hình ảnh trực tiếp khối u về vị trí, kích thước, cấu trúc và dấu hiệu chèn ép, xâm lấn các cấu trúc xung quanh như thực quản, khí quản, mạch máu lớn.

Phẫu thuật cắt bỏ được xem xét ngay cả đối với BN lớn tuổi vì nguy cơ xuất hiện các triệu chứng chèn ép hay ung thư hóa, trên thực tế số ca ác tính chiếm 5-10% tổng số BN. Tuy nhiên, một số trường hợp bướu dính chặt và thông xuống trung thất sau đòi hỏi phải mở xương ức để lấy bướu, tuy nhiên việc mở xương ức để lại hậu phẫu nặng nề và sẹo giữa xương ức.

Tại Việt Nam, việc chẩn đoán và điều trị bướu giáp đã có những tiến bộ vượt bậc. Tuy nhiên, phẫu thuật cắt bướu giáp thông trung thất vẫn là một trong những phẫu thuật khó khối u chèn ép gây biến dạng khí quản, dính vào các cơ quan trong trung thất... do đó cần có NC tổng kết về BGTTT để đưa ra kinh nghiệm chẩn đoán, tiên lượng phẫu thuật phù hợp. Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này mục tiêu sau: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh của bướu giáp thông trung thất.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. BN được chẩn đoán bướu giáp thông trung thất và đã phẫu thuật cắt bướu thông tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 01/01/2014 đến 31/03/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn BN:

- Được chẩn đoán bướu giáp thông trung thất.
- Có hình ảnh chụp CLVT đúng kỹ thuật và đủ chất lượng để chẩn đoán.
- Được phẫu thuật cắt bướu giáp thông trung thất tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.
- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin về lâm sàng và hình ảnh
- Phim chụp không đúng tiêu chuẩn

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

- Cỡ mẫu: thuận tiện, có 62 BN thỏa mãn
- Quy trình nghiên cứu: Lấy hồ sơ, thu thập thông tin theo bệnh án theo tiêu chuẩn NC
- Thời gian nghiên cứu: 01/01/2014 đến 31/3/2024.

- **Xử lý kết quả:** Kết quả thu được ghi vào phiếu theo dõi mẫu. Các số liệu được xử lý, phân tích bằng chương trình SPSS 20.0. Tính toán giá trị trung bình, độ lệch chuẩn... sử dụng kiểm định t-student để so sánh các biến liên tục, định lượng. So sánh các biến định tính bằng kiểm định χ^2 . Giá trị $p < 0,05$ tính toán trong các so sánh được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2014 đến tháng 3/2024, có 62 BN thỏa mãn điều kiện và tham gia NC. Các kết quả thu được như sau:

3.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình: $59,16 \pm 17,009$ (11 - 84)

Bảng 3.1. Nhóm tuổi

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%)

Nhận xét: Nhóm tuổi BN bướu giáp thông trung thất hay gặp nhất là trên 70 tuổi với 21 BN (35,5%). BN trên 50 tuổi trong NC là 46 (74,2%).

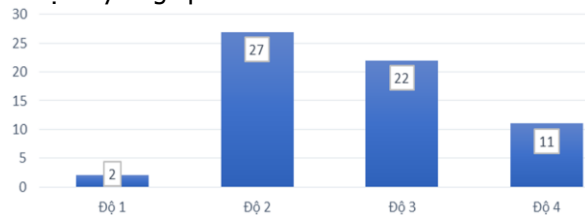
Đặc điểm về giới: Bệnh thường gặp ở nữ giới với 53/62 trường hợp (85%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.2. Tiền sử bệnh lý (N=62)

Bệnh lý	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Đã phẫu thuật cắt bướu giáp	14	22,2
Tăng huyết áp	11	17,74
Tiểu đường	4	6,4
COPD	3	4,8
Đã mở khí quản do tai biến mạch não	2	3,2

Nhận xét: 14/62 BN (22,2%) từng phẫu thuật tuyến giáp.



Biểu đồ 3.2. Kích thước bướu trên lâm sàng (N=62)

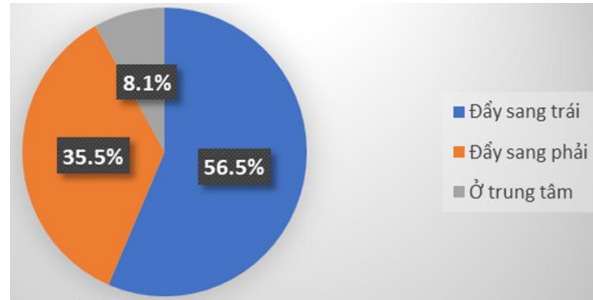
Nhận xét: Trên khám lâm sàng, số BN có kích thước bướu giáp độ 2 được ghi nhận nhiều nhất với 27 trường hợp (43,5%). 33 trường hợp to độ III, IV được ghi nhận chiếm 53,2%.

Bảng 3.3. TCLS (N=62)

Đặc điểm	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Sờ thấy bướu cổ	56	90,3
Nổi khan	2	3,2
Nuốt vướng	23	37,1
Khó thở	20	32,3
Khó thở cấp tính	0	0
Tĩnh mạch cổ nổi	0	0

Nhận xét: 56 BN (90,3%) có thể sờ thấy khối vùng cổ qua khám lâm sàng. 20 BN (32,3%) xuất hiện khó thở nhẹ, chủ yếu xuất hiện khi nằm. Triệu chứng nuốt vướng, khó thở chủ yếu xuất hiện ở nhóm BN có kích thước bướu từ độ III.

3.3. Đặc điểm hình ảnh trên X-quang ngực thẳng và CLVT



Biểu đồ 3.1. Bóng khí quản trên X quang ngực thẳng (N=62)

Nhận xét: 35 BN có hình ảnh khí quản bị đè đẩy sang trái chiếm đa số với 56,5%.

Bảng 3.4. Kích thước bướu thông trung thất trên phim CLVT (N=62)

	Nhỏ nhất	TB $\pm$ Độ lệch	Lớn nhất
Kích thước bướu phần trên xương đòn (cm)	3	$5,7 \pm 1,6$	9,5
Kích thước bướu phần dưới xương đòn (cm)	3	$5 \pm 1,9$	11

Nhận xét: Kích thước bướu giáp phần trên xương đòn đo trên CLVT trung bình là $5,7 \pm 1,6$ cm (3 - 9,5 cm). Kích thước bướu giáp phần thông trong trung thất đo trên CLVT trung bình là $5 \pm 1,9$ cm (3 - 11 cm).

Bảng 3.5. Bên thùy giáp thông (N=62)

	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
Bên trái	22	35,5
Bên phải	37	59,7
Cả 2 bên	3	4,8

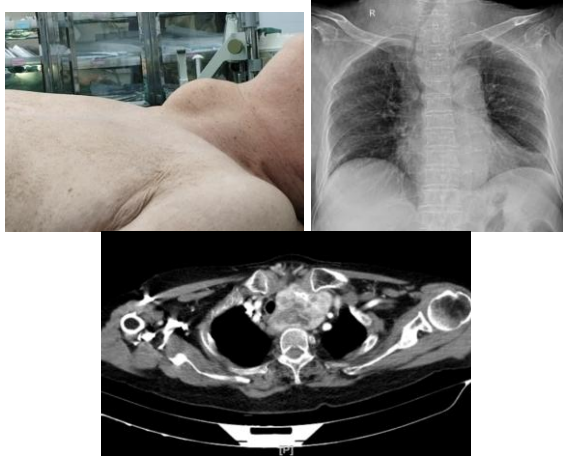
Nhận xét: 37 trường hợp trong NC có thùy phải phát triển thông xuống trung thất chiếm 59,7%; 22 trường hợp thông thùy trái chiếm 35,5%; 3 trường hợp thông cả 2 bên chiếm 4,8%.

Bảng 3.6. Phân độ hẹp khí quản trên CLVT (N=62)

Phân độ[3]		Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
	Mô tả		
Độ 0	Không hẹp	3	4,8
Độ I	Hẹp từ 1 đến 25% khẩu kính khí quản	32	51,61
Độ II	Hẹp từ 26 đến 50% khẩu kính khí quản	22	35,48
Độ III	Hẹp từ 51 đến 75% khẩu kính khí quản	5	8,06
Độ IV	Hẹp từ 76 đến 90% khẩu kính khí quản	0	0
Độ V	Hẹp từ trên 90% khẩu kính khí quản	0	0

Nhận xét: 59 BN (95,2%) có dấu hiệu hẹp khí quản trên phim CLVT. Trong đó 5 ca hẹp độ III (8,06%); 22 ca hẹp độ II (35,48%). Không có ca nào hẹp độ IV và V.

(Phân loại mức độ hẹp khí phế quản theo hội hô hấp Châu Âu[3])



Hình 1: Bệnh nhân có bướu giáp thông trung thất với hình ảnh đẩy lệch gây hẹp khí quản

BN Nguyễn Thị L - Mã BN: 2400013365

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Trong NC của chúng tôi, độ tuổi trung bình của 62 BN là $59,6 \pm 17,1$; trong đó nhỏ nhất là 11 tuổi, lớn nhất là 84 tuổi. Nhóm tuổi BN bướu giáp thông trung thất hay gặp nhất là trên 70 tuổi với 21 trường hợp (35,5%). BN trên 50 tuổi trong NC là 46 (74,2%). Độ tuổi trung bình của BN bướu giáp thông thường trên 60. NC Nguyễn Hoài Nam là $63,5 \pm 7,6$ tuổi [4]; TL Chow là 60,16 tuổi [5]. Trong 62 BN, nữ chiếm 85%, gấp gần 6 lần số BN nam (15%). Các NC khác cũng chỉ ra tỷ lệ tương tự khi nữ giới hơn nam giới từ 4 - 7 lần như Trần Hồng Quân [6], TL Chow [5].

4.2. Đặc điểm lâm sàng. Về tiền sử, 14/62 BN (22,2%) từng phẫu thuật tuyến giáp nhưng nhiều trường hợp không cắt hết được tổn thương, bướu tiếp tục to lên và thông vào trung thất. Có 18 BN có tăng huyết áp, tiểu đường, COPD do tuổi trung bình của BN trong NC của chúng tôi khá cao, BN mắc nhiều bệnh nền phổi hợp.

Về TCLS, NC của chúng tôi có 20 BN có bướu giáp thông to trên độ III chiếm 32,3%, thấp hơn nhiều so với các NC trước đây như của tác giả Nguyễn Hoài Nam với 10/16 BN chiếm 62,5%[4]; TL Chow với 22/24 BN chiếm 91,7%[5]; MG Rugiu với 49/53 BN chiếm 92,4%[1]. NC của chúng tôi ghi nhận phân độ phổ biến nhất là bướu giáp to độ II, có 27 trường hợp chiếm 43,5%; 6 trường hợp không sờ đc khối vùng cổ chiếm 9,7%; và 9 ca bướu giáp to độ I chiếm 14,5%. Kết quả này khác với nhiều NC trước được giải thích qua 2 yếu tố. Thứ

nhất, do bệnh lý bướu giáp thông trung thất đến hiện tại về định nghĩa vẫn chưa có sự thống nhất, sự sai khác về khái niệm này dẫn đến việc chọn tập BN có các yếu tố lâm sàng khác nhau. Thứ hai, điều này thể hiện được sự theo dõi sát sao tại cơ sở khám chữa bệnh được nâng cao, đồng thời ý thức khám, chữa bệnh của người bệnh được cải tiến, nên rất nhiều BN được chỉ định phẫu thuật kịp thời khi khối thông chưa quá lớn, giảm thiểu được nguy cơ cũng như biến chứng trong và sau mổ. Theo Trần Hồng Quân có 11 BN (20,8%) có dấu hiệu nuốt vướng, 22 BN (41,5%) có dấu hiệu khó thở và 5 trường hợp nói khàn (9,4%)[6]. TL Chow trong 24 BN có 02 trường hợp nuốt vướng (8,3%), 8 trường hợp khó thở (33,3%), 1 trường hợp khàn tiếng (4,2%) đã được nội soi thanh quản không thấy tổn thương dây thanh, và 3 trường hợp khó thở cấp tính (12,5%) được chỉ định phẫu thuật cấp cứu[5]. NC của chúng tôi cho thấy 49 trường hợp (79%) có dấu hiệu chèn ép các tạng xung quanh, trong đó: 23 BN (37,1%) nuốt vướng, 20 BN (32,3%) khó thở, 2 BN (3,2%) khàn tiếng, không có BN nào được ghi nhận có tình mạch cổ nổi lúc nghỉ và khó thở cấp tính. Kết quả của chúng tôi cũng như của các tác giả khác cho thấy các triệu chứng khối u chèn ép xung quanh là thường gặp trong bệnh lý bướu giáp thông trung thất, nhất là với những BN đến muộn. Một số ít trường hợp trong các NC khi BN đến quá muộn, các triệu chứng trở lên rõ ràng, đồng thời xuất hiện các triệu chứng cấp tính cần can thiệp cấp cứu.

4.3. Đặc điểm hình ảnh. 100% BN trong NC của chúng tôi được chụp X-Quang ngực thẳng. Tất cả BN đều có dấu hiệu bóng mờ ở cổ và trung thất, choán chỗ, đè đẩy thực quản, khí quản, màng phổi. Hình ảnh khí quản bị đè đẩy sang trái được ghi nhận trên 35 BN chiếm 56,5%; khí quản bị đè đẩy sang phải trên 22 BN (35,5%); 2 trường hợp (3,2%) khí quản bị choán chỗ, đè đẩy từ cả 2 bên; 3 BN (4,8%) dấu hiệu khí quản bị đè đẩy không rõ hoặc không đáng kể. Trong NC của Trần Hồng Quân trên 53 BN bướu giáp thông, chỉ có 37 trường hợp được chụp X-quang ngực thẳng ghi nhận 32 BN chiếm 86,5% có các dấu hiệu khí quản bị đè đẩy [6]. Trong NC của chúng tôi, số BN có hình ảnh khí quản bị đè đẩy sang trái chiếm đa số với 56,5% được giải thích do thực quản nằm lệch trái nên nếu bướu giáp bên trái phát triển xuống dưới sẽ gặp thực quản ở đoạn cổ, bướu sẽ chèn ép vào thực quản gây ra nuốt vướng, nuốt khó thúc đẩy BN đi khám sớm trước khi bướu lan xuống tới trung thất. Ngược lại bên phải bướu phát triển âm thầm xuống trung thất đến khi bướu to chèn

ép khí quản, thực quản đoạn trung thất thì BN mới cảm thấy khó chịu và đi khám.

Trong NC của chúng tôi, kích thước bướu phần cổ đo trên CLVT cổ ngực trung bình là $5,79 \pm 1,42$ cm, kích thước bướu thông dưới xương đòn trung bình là $4,67 \pm 2,56$ cm, 100 % bướu giáp thông nằm trong trung thất trước. Không có BN nào là bướu giáp nhân nguyên phát. 59 BN (95,2%) có dấu hiệu hẹp khí quản trên phim CT Scanner. Trong đó 5 ca hẹp độ III (8,06%), 22 ca hẹp độ II (35,48%). Không có ca nào hẹp độ IV và V. NC của Joan J. Sancho với 35 BN bướu giáp thông: 34 BN (97,14%) có hình ảnh chèn ép khí quản, thực quản, 20 BN (57,14%) thông bên phải, 7 BN thông bên trái, 8 BN thông cả 2 bên, kích thước đo cả phần cổ + ngực trung bình $12,2 \pm 3$ cm (6 - 19)[7]. NC của MG Rugiu với 53 BN: 100% BN có bướu chui xuống ngực ít nhất 3 cm dưới xương đòn, trong đó, 12 BN (22,6%) bướu xuống dưới động mạch chủ ngực và các trường hợp này phải chỉ định mở ngực để lấy bướu, 45 BN (84,9%) bướu nằm ở trung thất trước, 25 BN (47,2%) bướu thông bên phải, 20 BN (37,7%) bướu thông bên trái, 8 BN (15,1%) bướu thông cả hai bên[1].

Phim CLVT cổ ngực 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, mức độ 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 với các tổn thương khác.

V. KẾT LUẬN

BGTTT là thường phát hiện muộn ở tuổi trung niên, hay gặp ở nữ. TCLS điển hình gồm bướu giáp lớn gây nuốt vướng, nuốt khó và khó thở. X-quang ngực cho thấy khối mờ trong trung thất đè đẩy khí quản và thực quản. Chụp CLVT cho thấy BGTTT có ranh giới rõ, thường chèn ép khí quản, trong đó có nhiều ca hẹp khí quản mức độ trung bình đến nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rugiu M, Piemonte M.** Surgical approach to retrosternal goitre: do we still need sternotomy? Acta Otorhinolaryngol Ital. 2009 Dec;29(6):331–8.
2. **Veronesi G, Leo F, Solli PG, D'Aiuto M, D'Ovidio F, Mazzarol G, et al.** Life-threatening giant mediastinal goiter: a surgical challenge. J Cardiovasc Surg (Torino). 2001 Jun;42(3):429–30.
3. **Freitag L, Ernst A, Unger M, Kovitz K, Marquette CH.** A proposed classification system of central airway stenosis. Eur Respir J. 2007 Jul;30(1):7–12.
4. **Nguyễn Hoài Nam, Trần Minh Bảo Luân.** Đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa bướu giáp thông trung thất. TCYHTPHCM. 2009;13(1):95–95.
5. **Chow T, Chan T, Suen D, Chu D, Lam S.** Surgical management of substernal goitre: Local experience. Hong Kong medical journal = Xianggang yi xue za zhi / Hong Kong Academy of Medicine. 2005 Nov 1;11:360–5.
6. **Trần Hồng Quân.** Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị ngoại khoa bướu giáp cổ - trung thất. Luận văn CKII Học viện Quân Y. 2007;
7. **Sancho JJ, Kraimps JL, Sanchez-Blanco JM, Larrad A, Rodríguez JM, Gil P, et al.** Increased mortality and morbidity associated with thyroidectomy for intrathoracic goiters reaching the carina tracheae. Arch Surg. 2006 Jan;141(1):82–5.

ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU CÁC NHÁNH CỦA ĐỘNG MẠCH MU CHÂN VÀ VỊ TRÍ SO VỚI CÁC MỐC GIẢI PHẪU XUNG QUANH

Nguyễn Thanh Vân¹, Trần Hoàng Hiếu³,
Nguyễn Tiến Huy², Nguyễn Hoàng Vũ³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định số lượng, đường kính các nhánh của động mạch mu chân và vị trí của các

nhánh này so với các mốc giải phẫu xung quanh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca trên xác người Việt Nam trưởng thành, còn nguyên vẹn vùng mu chân và được xử lý bằng formalin tại Bộ môn Giải phẫu, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Trong số 15 mẫu thi hài, có 9 nam và 6 nữ, tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $69,9 \pm 8,9$ tuổi, nhỏ nhất là 57 tuổi và lớn nhất là 91 tuổi. Số lượng động mạch cổ chân trong nhiều nhất là 3 động mạch và ít nhất là 1 động mạch. Nguyên ủy của các nhánh động mạch này không cố định, thay đổi từ 4,2 – 57,8 mm kể từ khớp cổ chân và đường kính các nhánh khoảng 1mm. Số lượng

¹Trường Y Dược Đại học Trà Vinh

²Phòng Khám Chuyên Khoa PTTM Saigon Venus

³Trường Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Vân

Email: tsbsthanhvan@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2025

Ngày duyệt bài: 11.4.2025