

- (2), pp. 30-36.
3. **Trương Quang Hưng, Hoàng Thị Diễm Tuyết** (2018), "Khảo sát các yếu tố liên quan đến nguy cơ tử vong sơ sinh sớm của trẻ ở tuổi thai 28-32 tuần tại bệnh viện Hùng Vương", Y học TP. Hồ Chí Minh, 22 (1), pp.49-54
 4. **Phạm Thị Thanh Tâm, Nguyễn Thanh Nguyên** (2017), "Tỉ lệ tử vong và chi phí điều trị trẻ sơ sinh non tháng nhẹ cân suy hô hấp tại khoa HSSS-BVNĐ 1", Y học TP. Hồ Chí Minh, 21 (4), pp. 54-61.
 5. **Phạm Thị Thanh Tâm, Nguyễn Thu Tịnh** (2019), "Tử vong, biến chứng và chi phí điều trị trẻ sơ sinh có tuổi thai cực thấp tại khoa HSSS-BVNĐ 1", Y học TP. Hồ Chí Minh, 23 (4), pp. 59-66.
 6. **Ngô Minh Xuân, Lê Thị Cẩm Giang, Nguyễn Thị Từ Anh** (2019), "Hiệu quả của kỹ thuật bơm surfactant ít xâm lấn", Y Học TP. Hồ Chí Minh, 23 (3), tr. 283-291.
 7. **Bolisetty Srinivas, Legge Nele, Bajuk Barbara, et al.** (2015), "Preterm infant outcomes in New South Wales and the Australian Capital Territory", 51 (7), pp. 713-721.
 8. **Fetus Committee on, Newborn, Barfield Wanda Denise, et al.** (2012), "Levels of neonatal care", 130 (3), pp. 587-597.
 9. **Jo Heui Seung, Cho Kee Hyun, Cho Sung-II, et al.** (2015), "Recent changes in the incidence of bronchopulmonary dysplasia among very-low-birth-weight infants in Korea", 30 (Suppl 1), pp. S81-S87.
 10. **Lawn Joy E, Davidge Ruth, Paul Vinod K, et al.** (2013), "Born too soon: care for the preterm baby", 10 (1), pp. 1-19

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ BỆNH NHÂN GÃY PHỨC HỢP XƯƠNG GÒ MÁ - Ổ MẮT TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Bùi Mai Anh^{1,2}, Thịnh Thái^{1,2}, Nguyễn Tấn Văn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các chấn thương nghiêm trọng nói chung và chấn thương hàm mặt nói riêng vì thể xuất hiện ngày càng nhiều, trở thành một trong những loại chấn thương thường gặp. Trong đó, gãy phức hợp gò má - cung tiếp chiếm tỷ lệ cao trong chấn thương gãy xương vùng hàm mặt, chiếm tới 40%¹, là một dạng gãy xương tầng mặt giữa phức tạp và gây ảnh hưởng nhiều đến chức năng cũng như thẩm mỹ của bệnh nhân. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu gồm 244 bệnh nhân gãy phức hợp xương gò má-ổ mắt thời gian từ 01/2022 đến 12/2022. Đánh giá dựa trên các đặc điểm lâm sàng, phim cắt lớp vi tính hàm mặt, phương pháp điều trị, biến chứng sớm sau điều trị, ngày nằm viện... **Kết quả:** Nam giới chiếm 77,5% nữ giới (22,5%). Tuổi trung bình là 32,4. Triệu chứng lâm sàng chính: Mặt cân đối, sưng nề 98,4%, vết thương hàm mặt 63,5%, há miệng hạn chế 41,8%, tê bì 21,3%. Tổn thương phổi hợp: Chấn thương sọ (33,2%), chấn thương chi 14,8%. Phân loại gãy xương theo Zingg: loại B (49,2%), loại C (26,6%). Chỉ định phẫu thuật kết hợp xương (88,9%), điều trị bảo tồn và tái tạo sàn ổ mắt lần lượt là 11,1% và 5,3%. Vít titan được sử dụng trong 93,5% các trường hợp. Chỉ có 6,5% các đối tượng nghiên cứu sử dụng vít tự tiêu. 90% các trường hợp tái tạo sàn ổ mắt sử dụng xương tự thân. Nẹp vít tại vị trí trụ gò má - hàm trên và bờ ngoài ổ mắt được sử dụng nhiều nhất. Biến

chứng sớm: 3,2% nhiễm trùng vết, 1,8% sốt và 0,5% chảy máu vết mổ. **Kết luận:** Điều trị gãy phức hợp xương gò má- ổ mắt cần phối hợp các phương pháp phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít và tái tạo sàn ổ mắt để mang lại kết quả tối ưu về thẩm mỹ cũng như chức năng cho bệnh nhân.

Từ khóa: Gãy phức hợp gò má-ổ mắt, chấn thương hàm mặt, phân loại Zingg.

SUMMARY

EVALUATION OF IN-PATIENT TREATMENT RESULTS FOR PATIENTS WITH COMPLEX ZYGOMATIC-ORBITAL FRACTURES AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Background: Maxillofacial fracture is becoming one of the most common types of injuries. Among them, fractures of the zygomatico-orbital complex account for a high proportion of maxillofacial fractures, accounting for up to 40%. **Patients and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted. The study included 244 medical records of patients with complex zygomatic-orbital fractures from 01/2022 to 12/2022. **Results:** Males accounted for 77.5% and females for 22.5%. The average age was 32.4 years. Main clinical symptoms: Facial asymmetry, significant swelling in 98.4%, facial wounds in 63.5%, restricted mouth opening in 41.8%, numbness in 21.3%. Associated injuries: Skull trauma (33.2%), limb injuries (14.8%). Zingg classification of fractures: Type B (49.2%), Type C (26.6%). Surgical indications for combined bone fixation were 88.9%, while conservative treatment and orbital floor reconstruction were 11.1% and 5.3%, respectively. Titanium screws were used in 93.5% of cases, with only 6.5% using absorbable screws. 90% of orbital floor reconstructions used autogenous bone grafts. Screw fixation at the zygoma-maxillary buttress, and orbital lateral rim was most commonly employed. Early

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Mai Anh

Email: drbuiamaianh@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024

Ngày duyệt bài: 26.6.2024

complications included wound infections 3.2%, fever 1.8% and postoperative bleeding 0,5%. **Conclusion:** Treatment of zygomatic-orbital complex fractures requires a combination of surgical methods of bone fixation with screws and orbital floor reconstruction to bring optimal aesthetic and functional results for the patient. **Keywords:** Complex zygomatic-orbital fractures, Facial trauma, Zingg classification.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các nghiên cứu ở Việt Nam cho thấy gãy xương hàm mặt chiếm tỉ lệ cao trong bệnh cảnh chấn thương nói chung. Trong đó, gãy phức hợp gò má - cung tiếp chiếm tỷ lệ cao trong chấn thương gãy xương vùng hàm mặt, chiếm tới 40%¹, là một dạng gãy xương tầng mặt giữa phức tạp và gây ảnh hưởng nhiều đến chức năng cũng như thẩm mỹ của bệnh nhân.

Khi phức hợp gò má - ổ mắt bị gãy, thường có những biểu hiện lâm sàng rất đa dạng và khác nhau ở mỗi trường hợp. Những thương tổn này có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng của các cơ quan lân cận, đặc biệt là ổ mắt bởi xương gò má là cấu trúc giải phẫu cấu tạo nên sàn ổ mắt, bờ dưới và bờ ngoài ổ mắt. Do vậy trong chấn thương phức hợp gò má - ổ mắt có một tỷ lệ không nhỏ kèm theo chấn thương vùng mắt, cần được xử trí cấp cứu, điều trị kịp thời và chính xác nhằm tránh dẫn tới các di chứng nặng, phức tạp, giúp phục hồi tối đa chức năng các cơ quan cũng như thẩm mỹ của người bệnh.

Trên thế giới và Việt Nam, đã có nhiều công trình nghiên cứu về cơ chế chấn thương, phân loại, chẩn đoán và phương pháp điều trị gãy phức hợp gò má - cung tiếp¹⁻³, cũng như đã có nhiều tác giả quốc tế nghiên cứu về các triệu chứng ở mắt, chỉ định tái tạo sàn ổ mắt và thời gian can thiệp và vỡ sàn ổ mắt trên các bệnh nhân có hoặc không phối hợp gãy xương gò má⁴⁻⁶. Tuy nhiên ở Việt Nam, nghiên cứu nhận xét về tình hình điều trị nội trú cũng như các yếu tố liên quan của loại chấn thương này còn ít. Vì những lý do đó, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài nhằm đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân gãy phức hợp gò má ổ mắt tại bệnh viện Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán gãy phức hợp gò má - ổ mắt tại Khoa Phẫu thuật Hàm mặt - Tạo hình - Thẩm mỹ - Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2022 tới tháng 12/2022

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu

- Bệnh nhân được chẩn đoán gãy phức hợp gò má - ổ mắt, lấy ngẫu nhiên cả nam và nữ,

theo các độ tuổi với nguyên nhân chấn thương.

- Bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ bệnh án, phim CT cần thiết để phục vụ chẩn đoán. Tiêu chuẩn xác định bệnh nhân dựa theo chẩn đoán cuối cùng của bệnh viện.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có các chấn thương hàm mặt khác phối hợp như: gãy xương hàm trên hai bên, gãy xương hàm dưới, gãy xương chính mũi.

- Bệnh nhân không có đầy đủ hồ sơ

Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang, không nhóm chứng.

- Cỡ mẫu nghiên cứu

+ Cỡ mẫu: Chọn toàn bộ bệnh án đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian trên.

+ Phương pháp chọn mẫu: Thuận tiện, chọn theo phương pháp chọn mẫu không xác suất, chọn mẫu thuận tiện cho nghiên cứu. Bao gồm những hồ sơ bệnh án thỏa mãn điều kiện nghiên cứu.

- Kỹ thuật thu thập thông tin: Sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu để thu thập, ghi chép số liệu.

- Các biến số, chỉ số bao gồm:

+ Đặc điểm dịch tễ: Tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương

+ Đặc điểm lâm sàng: Tại chỗ: sưng nề, vết thương phần mềm, tê bì, hạn chế há miệng, khớp cắn, tổn thương mắt...Tổn thương phối hợp: sọ não, cột sống, ngực, bụng, chi..

+ Cận lâm sàng: Số lượng, vị trí đường gãy, phân loại gãy theo Markus Zingg(1992)⁷:

+ Loại A: Chỉ gãy một trong số các mòm của xương gò má

+ Loại B: Gãy cả 3 mòm của xương gò má

+ Loại C: Gãy cả 3 mòm của xương gò má

và có các đường gãy phụ tại thân xương gò má

+Điều trị:

• Phương pháp điều trị: bảo tồn, phẫu thuật

• Vật liệu kết hợp xương: Nẹp vít titian, nẹp vít tự tiêu

• Vật liệu tái tạo sàn ổ mắt: xương tự thân, Medpor, Mesh Titan

• Thời điểm phẫu thuật: cấp cứu hay trì hoãn

• Kết quả điều trị: Biến chứng sớm sau phẫu thuật, thời gian nằm viện, tình trạng lúc ra viện.

Xử lý số liệu, đạo đức trong nghiên cứu

- Số liệu được quản lý và lưu trữ bằng phần mềm excel.

- Dữ liệu được phân tích trên phần mềm STATA, sử dụng phương pháp thống kê tỷ lệ %, test kiểm định χ^2 , Tỷ suất chênh OR để so sánh, đánh giá các mối liên quan

- Nghiên cứu đảm bảo mọi qui định về đạo đức nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

- Trong nhóm nghiên cứu: Nam giới chiếm tỷ lệ 77,5% nhiều hơn nữ giới (22,5%). Tuổi trung bình là 32,4. Tai nạn giao thông là nguyên nhân chủ yếu chiếm 94,7%.

- Triệu chứng lâm sàng:

Bảng 1. Các triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

| Triệu chứng lâm sàng | Số lượng (n=244) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------------------|------------------|-----------|
| Mất cân đối, sưng nề phần mềm | 240 | 98,4 |
| Vết thương hàm mắt | 155 | 63,5 |
| Hở miệng hạn chế | 102 | 41,8 |
| Tê bì, dị cảm môi, má | 52 | 21,3 |
| Tổn thương thần kinh VII ngoại biên | 2 | 0,8 |

Bảng 2. Các tổn thương tại mắt của đối tượng nghiên cứu

| Triệu chứng tại mắt | Số lượng (n=244) | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------|------------------|-----------|
| Bầm tím phần mềm hốc mắt | 215 | 88,1 |
| Giảm thị lực | 8 | 3,3 |
| Song thị | 1 | 0,4 |
| Hạn chế vận nhãn | 1 | 0,4 |

Bảng 4. Tương quan giữa vị trí nếp vít với phân loại gãy xương

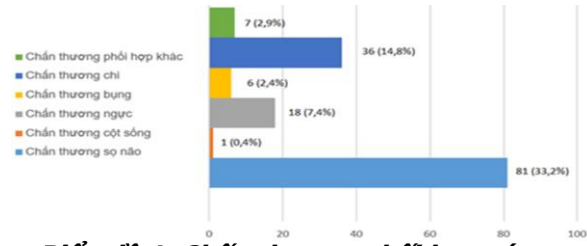
| Phân loại Zingg | A3 (n=1) | A1 phối hợp A2 (n=12) | A2 phối hợp A3 (n=13) | A1 phối hợp A3 (n=19) | B (n=109) | C (n=63) |
|-----------------------|----------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------|-----------|
| Vị trí nếp vít | | | | | | |
| Bờ dưới ổ mắt | 1(100%) | 0 | 4(30,8%) | 5(26,3%) | 17(15,6%) | 46(73%) |
| Bờ ngoài ổ mắt | 0 | 12(100%) | 12(92,3%) | 0 | 94(86,2%) | 58(92,1%) |
| Cung tiếp | 0 | 3(25%) | 0 | 0 | 5(4,6%) | 3(4,8%) |
| Trụ gò má - hàm trên | 1(100%) | 5(41,7%) | 12(92,3%) | 19(100%) | 108(99,1%) | 59(93,7%) |
| Thành trước xoang hàm | 0 | 1(8,3%) | 2(15,4%) | 3(15,8%) | 8(7,3%) | 8(12,7%) |
| Bờ hố lê | 0 | 1(8,3%) | 0 | 2(10,5%) | 1(0,9%) | 11(17,5%) |

- Biến chứng chiếm tỷ lệ 5,5% trong đó nhiều nhất là nhiễm trùng (3,2%), chấn máu sau phẫu thuật chỉ gặp ở 1 bệnh nhân (0,5%).

- Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là 2,44 ± 1,25 ngày, thời gian dài nhất là 7 ngày. Tỷ lệ bệnh nhân đỡ / khỏi / ra viện là 68%, tỷ lệ bệnh nhân được chuyển viện và chuyển khoa để tiếp tục điều trị lần lượt là 30% và 2%.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng. Xương gò má là xương chính cấu trúc nên tầng giữa mặt cũng với một số xương khác hình thành ổ mắt và đóng vai trò chủ yếu trong việc hình thành nên khuôn mặt của mỗi người. Gãy xương gò má ảnh hưởng nhiều tới chức năng cũng như thẩm mỹ của người bệnh. Ngoài các biểu hiện lâm sàng tại xương gò má đã được đề cập và phân tích nhiều



Biểu đồ 1. Chấn thương phối hợp các cơ quan khác

Bảng 3. Phân loại gãy xương theo Markuss Zingg

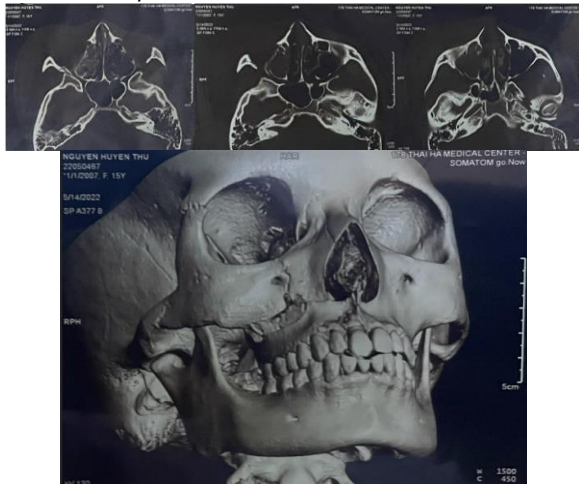
| Phân Loại | Số lượng (n=244) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------|------------------|-----------|
| A2 | 0 | 0 |
| A3 | 4 | 1,6 |
| Phối hợp A1 và A2 | 18 | 7,4 |
| Phối hợp A2 và A3 | 14 | 5,7 |
| Phối hợp A1 và A3 | 23 | 9,4 |
| B | 120 | 49,2 |
| C | 65 | 26,6 |

Kết quả điều trị: - Phương pháp điều trị: 11,1% bệnh nhân điều trị bảo tồn, 88,9% bệnh nhân có phẫu thuật kết hợp xương trong đó có 5,3% bệnh nhân tạo hình ổ mắt thì đầu. Vật liệu kết hợp xương chủ yếu là nẹp vis titan chiếm 93,5%. Vật liệu tái tạo sàn ổ mắt chủ yếu là xương tự thân chiếm 84,6%.

tại các nghiên cứu trong và ngoài nước thì hiện nay tình trạng tổn thương mắt trong gãy phức hợp gò má-ổ mắt ngày càng được quan tâm nhiều hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn bệnh nhân có sưng nề, bầm tím ổ mắt (88,1%), giảm thị lực ở 8 trường hợp (3,3%), song thị và hạn chế vận nhãn (0,4%). Tổ chức phần mềm ở mắt lỏng lẻo dễ phù nề, tụ máu. Khi chấn thương xương ổ mắt sẽ dẫn đến thay đổi thể tích ổ mắt, chèn ép cơ vận nhãn hoặc dây thần kinh thị. Việc phát hiện một số triệu chứng này thấp là do tình trạng ban đầu sưng nề dẫn tới khó khám và phát hiện. Việc phối hợp với bác sĩ chuyên khoa Mắt cũng rất cần thiết để loại trừ tổn thương kịp thời cho bệnh nhân. Vì thực tế tại khoa Phẫu thuật hàm mặt - Tạo hình - Thẩm mỹ của bệnh viện Việt Đức thường tiếp nhận nhiều bệnh nhân có chấn thương hàm mặt

kèm theo các đa chấn thương nặng khác do đó tỷ lệ chấn thương phối hợp khá cao. Tỷ lệ phối hợp chấn thương sọ não chiếm 33,2%, cao nhất trong số các chấn thương phối hợp tại các cơ quan khác, tiếp theo đó là chấn thương chi (14,8%) Nghiên cứu này có những điểm tương đồng với nghiên cứu của Đậu Đức Thành (2022), chấn thương sọ não cũng chiếm tỷ lệ cao nhất với 36,1%, chấn thương chi cũng chiếm tỷ lệ khá cao với 24,3%⁸.

Đặc điểm cận lâm sàng. Kết quả của nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ các đối tượng gãy phân loại B là lớn nhất (chiếm 49,2%), tiếp đến là gãy loại C (26,6%). Không xuất hiện trường hợp gãy phân loại A2 (gãy bờ ngoài ổ mắt đơn thuần) và chỉ có 4 trường hợp (1,6%) gãy A3 (gãy bờ dưới ổ mắt đơn thuần). Tuy nhiên trong nghiên cứu của Bogusiak (2010), tỷ lệ gãy phân loại B mặc dù cũng chiếm tỷ lệ hàng đầu tuy nhiên con số này lên tới 73,1% và phân loại C chỉ chiếm 6,4%⁹.



Ảnh 1. Hình ảnh cắt lớp vi tính và dựng hình 3D gãy phân loại B (theo Zingg) trên bệnh nhân Nguyễn Huyền T

Gãy phân loại B là kiểu gãy tại cả 3 mỏm của XGM, còn được biết đến như kiểu gãy kinh điển tại phức hợp gò má - ổ mắt. Lý do là bởi hình thể của xương gò má là hình kim cương cấu tạo nên phần nhô cao nhất của tầng mặt giữa, với đỉnh kim cương là các mỏm xương. Lực tác động từ bên ngoài thường hướng trực tiếp tới phần nhô cao này, và được thân xương phân tán tới các điểm yếu khác là tại các mỏm, đường khớp. Vì vậy gãy loại B luôn chiếm tỷ lệ cao nhất trong cả hai nghiên cứu.

Gãy phân loại C chiếm tỷ lệ tương đối cao (26,6%), đứng ở vị trí thứ hai và gấp hơn 4 lần so với kết quả của Bogusiak (6,4%). Điều này được lý giải do 64,5% nguyên nhân vào viện là

do bạo lực và chỉ có 13,9% do tai nạn giao thông được ghi nhận trong nghiên cứu của Bogusiak⁹. Trong khi đó, phần lớn các nguyên nhân tai nạn của đối tượng trong nghiên cứu này là tai nạn giao thông (94,7%).

Đặc điểm điều trị. Phẫu thuật kết hợp xương chiếm phần lớn với 88,9%, tỷ tái tạo sàn ổ mắt là 5,3%. Năm 2003, Ellis Edward nghiên cứu 2,067 bệnh nhân gãy phức hợp gò má - cung tiếp có liên quan tổn thương hốc mắt, ghi nhận 52 bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 2,5%) cần tái tạo sàn ổ mắt¹⁰, thấp hơn so với tỷ lệ tái tạo sàn ổ mắt của nghiên cứu này.

Vật liệu kết hợp xương. Trong nghiên cứu này, hai loại vít được sử dụng để kết hợp xương là vít titan (93,5%) và vít tự tiêu (6,5%). Nẹp vít titan thường xuyên được sử dụng để cố định xương trong các trường hợp gãy phức hợp gò má - ổ mắt, tuy nhiên một số nhược điểm được chỉ ra như khả năng tích hợp xương, cảm giác có dị vật, có thể làm ảnh hưởng đến quá trình phát triển xương đặc biệt là ở trẻ em kể cả khi tháo bỏ sớm sau phẫu thuật. Trong khi đó, nẹp vít tự tiêu là một giải pháp tốt vừa kế thừa được ưu điểm của nẹp vít thông thường vừa khắc phục được nhược điểm phải tháo bỏ nẹp vít tránh cho bệnh nhân phải tiến hành một phẫu thuật lần hai vừa tốn kém tiền bạc, thời gian cũng như sức khỏe của bệnh nhân.

Vật liệu tái tạo sàn ổ mắt. Trong số 13 trường hợp có chỉ định tái tạo sàn ổ mắt, sử dụng xương tự thân chiếm tỉ lệ cao nhất với 11 trường hợp (84,6%), medpor và mesh titan đều được sử dụng trong 1 ca phẫu thuật (7,7%). Đối với trường hợp có kèm theo vỡ thành trước xoang hàm và sàn hốc mắt vỡ mức độ nhẹ, việc sử dụng xương tự thân là phù hợp nếu có mảnh xương đủ lớn lót được sàn ổ mắt. Tuy nhiên đối với trường hợp không có mảnh vỡ xương đủ lớn thì medpor là lựa chọn thích hợp, đây là loại vật liệu polyethylene dạng lưới lỗ nhỏ li ti được chứng minh có khả năng kích thích sự phát triển mô và lắng đọng collagen vào các lỗ rỗng này tạo thành phức hợp ổn định chịu được lực va đập, dễ uốn. Trong những ca lâm sàng vỡ sàn ổ mắt phức tạp có tụt kẹt tổ chức nhãn cầu xuống xoang hàm thì mesh titan là lựa chọn tối ưu nhờ đặc trưng chịu lực lớn, dễ uốn với khuôn sàn ổ mắt. Vì vậy trong nghiên cứu này, phần lớn các trường hợp sử dụng xương tự thân để tái tạo sàn ổ mắt.

Mối tương quan giữa phân loại gãy xương và vị trí nẹp vít: Kết quả của nghiên cứu này cho thấy gãy phân loại A3 sử dụng nẹp vít tại 2 vị trí là bờ dưới ổ mắt và trụ gò má - hàm trên. Điều

này khác với chỉ định điều trị của Rodrigo là chỉ sử dụng nẹp tại vị trí bờ dưới ổ mắt. Lý do là vì trường hợp này có kèm theo gãy sập xoang hàm, xương gò má di lệch vào trong nên một nẹp vít bờ dưới ổ mắt không đảm bảo được sự ổn định, mà cần cố định thêm tại trụ gò má - hàm trên.



Ảnh 2: Bệnh nhân nam 30 tuổi, gãy phức hợp xương gò má - ổ mắt và sàn hốc mắt.

Kết quả sau phẫu thuật 4 tháng.

Phân loại B cũng có tỷ lệ sử dụng nẹp vít tại trụ gò má - hàm trên cao nhất (99,1%), kế tiếp là bờ ngoài ổ mắt với 86,2%. Đây cũng là 2 vị trí được nhiều nhà lâm sàng ưu tiên đặt nẹp vít hàng đầu trong các trường hợp gãy phức hợp gò má 18,24. Trong nhiều trường hợp gãy phân loại B, 2 nẹp vít tại trụ gò má - hàm trên và bờ ngoài ổ mắt kèm theo nắn chỉnh cung tiếp là đủ đáp ứng được sự vững chắc của xương gò má. Đối với các trường hợp vẫn chưa đủ sự ổn định, tùy vào hình thái gãy cụ thể (kèm theo đường gãy sàn ổ mắt, vỡ sập xoang hàm) mà cố định xương tại các vị trí khác như bờ dưới ổ mắt, thành trước xoang, bờ hố lê hoặc cung tiếp.

Vị trí nẹp vít được chủ yếu sử dụng đối với phân loại C là trụ gò má - hàm trên (93,7%), bờ ngoài ổ mắt (92,1%) và bờ dưới ổ mắt (73%). Kết quả này cũng tương ứng với chỉ định điều trị của Rodrigo. Kết hợp xương tại cung tiếp cũng chiếm tỷ lệ nhỏ (4,8%), không hay được sử dụng trong gãy xương phân loại C. Do cung tiếp là vị trí dễ gãy nhất xương gò má, độ ổn định và vững chắc không cao. Vì vậy chỉ trong các trường hợp cung tiếp gãy vỡ nhiều mảnh, không thể đạt được sự ổn định giải phẫu ban đầu qua phương pháp nắn chỉnh, mới thực hiện kết hợp

xương bằng nẹp vít tại đây. Một số vị trí khác được sử dụng để kết hợp xương là thành trước xoang hàm (12,7%) và bờ hố lê (17,5%). Đây là điểm khác biệt của nghiên cứu này đối với chỉ định điều trị của Rodrigo: sử dụng nẹp vít tại cung tiếp là vị trí thứ 4 cố định xương. Lý do là vì gãy xương loại C là loại gãy phức tạp nhất, chịu lực tác động lớn nhất, nên kèm theo gãy vỡ xoang hàm thành nhiều mảnh.

Biến chứng sớm sau phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu ghi nhận các trường hợp có biến chứng sau mổ là rất nhỏ, nhiễm trùng vết mổ chiếm 3,2%, sốt chiếm 1,8% và chảy máu sau mổ chiếm 0,5%. Điều này cho thấy quy trình phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật Hàm mặt - Tạo hình - Thẩm mỹ của Bệnh viện Việt Đức được kiểm soát rất nghiêm ngặt. Quy trình vô khuẩn tại phòng mổ, từ chuẩn bị phẫu trường, trong lúc tiến hành phẫu thuật đến khi khâu vết thương đều được thực hiện chặt chẽ, cẩn thận để hạn chế tối đa biến chứng. Người bệnh sau khi về trở về giường bệnh cũng được thay băng, sát khuẩn vết mổ và dẫn dò theo đúng nguyên tắc để đạt được kết quả phẫu thuật tốt nhất. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật là $2,44 \pm 1,25$ ngày, thời gian dài nhất là 7 ngày. Tỷ lệ bệnh nhân đỡ / khỏi / ra viện là 68%, tỷ lệ bệnh nhân được chuyển viện và chuyển khoa để tiếp tục điều trị lần lượt là 30% và 2%.

V. KẾT LUẬN

Gãy phức hợp xương gò má-ổ mắt là chấn thương phổ biến và gây nhiều ảnh hưởng tới chức năng và thẩm mỹ cho bệnh nhân. Việc khám, đánh giá, phân loại từ đó lên kế hoạch điều trị chính xác đóng vai trò quyết định tới kết quả của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dũng TM.** Nghiên cứu lâm sàng và điều trị gãy xương gò má - cung tiếp. Luận án tiến sĩ Y học. 2002;Đại học Y Hà Nội.
2. **Ogata H, Sakamoto Y, Kishi K.** A New Classification of Zygomatic Fracture Featuring Zygomaticofrontal Suture: Injury Mechanism and a Guide to Treatment. Plastic Surgery: An International Journal. 2013;2013:6. doi:10.5171/2013.383486
3. **Zingg M, Chowdhury K, Ladrach K, Vuillemin T, Sutter F, Raveh J.** Treatment of 813 zygoma-lateral orbital complex fractures. New aspects. Archives of otolaryngology - head & neck surgery. Jun 1991;117(6):611-20; discussion 621-2. doi:10.1001/archotol.1991.01870180047010
4. **Mabika BDD, Garango A, Lahmiti S, et al.** Update on the management of orbitozygomatic fractures. 2021;27(1):8.
5. **Hsu C-R, Lee L-C, Chen Y-H, Chien K-H.** Early Intervention in Orbital Floor Fractures:

- Postoperative Ocular Motility and Diplopia Outcomes. 2022;12(5):671.
6. **Zingg M, Laedrach K, Chen J, et al.** Classification and treatment of zygomatic fractures: A review of 1,025 cases. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 1992/08/01/ 1992; 50(8): 778-790. doi: [https://doi.org/10.1016/0278-2391\(92\)90266-3](https://doi.org/10.1016/0278-2391(92)90266-3)
 7. **Bogusiak K, Arkuszewski P.** Characteristics and epidemiology of zygomaticomaxillary complex fractures. *The Journal of craniofacial surgery.* Jul 2010; 21(4): 1018-23. doi: 10.1097/scs.0b013e3181e62e47.
 8. **Ellis E, Tan Y.** Assessment of internal orbital reconstructions for pure blowout fractures: Cranial bone grafts versus titanium mesh. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2003/04/01/ 2003;61(4):442-453. doi:<https://doi.org/10.1053/joms.2003.50085>
 9. **Whitehouse RW, Batterbury M, Jackson A, Noble JL.** Prediction of enophthalmos by computed tomography after 'blow out' orbital fracture. 1994;78(8):618-620. doi:10.1136/bjo.78.8.618 %J British Journal of Ophthalmology

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN VÚ TRIỆT CĂN CẢI BIÊN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Vũ Anh Hải¹, Lê Văn Huy²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả, tiến cứu nhằm mục tiêu nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn cải biên điều trị ung thư vú tại bệnh viện Quân y 103, thời gian từ tháng 01/2020 đến 06/2023. **Kết quả:** tuổi trung bình 53,4±1,7 (26-84), bệnh nhân còn kinh tỷ lệ 41,0%, mãn kinh 59,0%. Đa số trường hợp phát hiện bệnh do người bệnh tự sờ thấy khối u vú (chiếm 96,7%), vị trí khối thường gặp nhất là ¼ trên ngoài (tỷ lệ 59,0%). Trên siêu âm, khối u chủ yếu có phân độ Birads 4 và 5 (tỷ lệ 72,1 và 19,7%). Típ biểu mô ống xâm nhập chiếm chủ yếu (tỷ lệ 75,4%), phân nhóm lòng ống B có tỷ lệ cao nhất (58,3%). Phẫu thuật triệt căn cải biên an toàn, với kết quả trung hạn khả quan: thời gian phẫu thuật 101,6 ± 4,7 phút, nằm viện sau mổ 8,21 ± 0,49 ngày; số hạch vết trung bình 8,9 ± 0,6; biến chứng tỷ lệ 8,1%; tỷ lệ ổn định 1, 2 và 3 năm sau điều trị lần lượt là 100,0%, 94,4% và 81,8%. **Kết luận:** tự khám vú và siêu âm vú có vai trò quan trọng trong phát hiện khối u tuyến vú, ung thư vú. Phẫu thuật triệt căn cải biên điều trị ung thư vú an toàn, với kết quả trung hạn khả quan: tỷ lệ biến chứng thấp (8,1%), bệnh nhân ổn định sau phẫu thuật tỷ lệ cao (sau 1, 2 và 3 năm lần lượt là 100,0%, 94,4% và 81,8%).

Từ khóa: Ung thư vú; siêu âm tuyến vú; phẫu thuật cắt tuyến vú triệt căn cải biên

SUMMARY

RESULTS OF MODIFIED RADICAL MASTECTOMY FOR BREAST CANCER TREATMENT AT MILITARY HOSPITAL 103

¹Bệnh viện Quân Y 103 - Học viện Quân Y

²Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Anh Hải

Email: vuanhhai.ncs@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.5.2024

Ngày duyệt bài: 28.6.2024

A descriptive, prospective study aimed at commenting on some clinical and paraclinical characteristics and evaluating initial results of modified radical mastectomy for breast cancer treatment at Military Hospital 103, period from January 2020 to June 2023. **Results:** mean of age was 53.4±1.7 (26-84), 41.0% of patients still had menstruation, 59.0% were postmenopausal. In most cases, the tumor was detected by the patient examination breast themselves (accounting for 96.7%), the most common location of the mass at the upper-outer quadrant (accounting for 59.0%). The mammary lesions sight on ultrasound classified mainly Birads grades IV and V (rates 72.1 and 19.7%). Invasive carcinoma was the histological type with the majority rate (90.6%), the luminal B subtype had the highest rate (58.3%). Modified radical mastectomy was safe, with positive medium-term results: surgery time was 101.6 ± 4.7 minutes, the length of postoperative hospital stay was 8.21 ± 0.49 days; Average number of lymph nodes removed was 8.9 ± 0.6; The rate of complications was 8.1%; Stability rates at 1, 2 and 3 years after treatment were 100.0%, 94.4% and 81.8%, respectively. **Conclusion:** Breast self-examination and breast ultrasound play an important role in detecting mammary tumors and breast cancer. Modified radical mastectomy for breast cancer treatment was safe, with positive mid-term results: the low of complication rate (8.1%), the high of stability rate after surgery (1, 2 and 3 years were 100.0%, 94.4% and 81.8%, respectively). **Keywords:** Breast cancer; mammary ultrasound; modified radical mastectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là bệnh lý ác tính phổ biến và là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng đầu do ung thư ở nữ giới. Kết quả nghiên cứu về gánh nặng bệnh ung thư và chiến lược phòng chống ung thư quốc gia đến năm 2020 tại Việt Nam cho thấy ung thư vú có tỷ lệ mới mắc cao nhất trong các bệnh ung thư ở nữ giới, với tỷ lệ mới mắc chuẩn theo tuổi ước tính là 28,1/100.000