

Các tác giả từ Đại học Hồng Kông đã phân tích hồi cứu 4.393 bệnh nhân ung thư vú, trong đó phân tích tập trung 5 nhóm mô bệnh học hiếm của ung thư vú từ 1992 đến 2012, bao gồm: thể nhầy, thể tiểu thùy xâm nhập, thể nhú, thể hỗn hợp ống xâm nhập và tiểu thùy, thể thuần ống nhỏ, thể thuần mặt sàng [4]. Theo kết quả nghiên cứu, thể ống xâm nhập chiếm 85,5% nhầy chiếm 3,36%, thể tiểu thùy xâm nhập chiếm 3,31%, thể nhú xâm nhập chiếm 1,95%, thể hỗn hợp ống xâm nhập và tiểu thùy chiếm 1,59%, thể thuần ống nhỏ/mặt sàng chiếm 1,07%. Phân tích sống thêm cho thấy có ba nhóm bệnh nhân có sống thêm liên quan đến ung thư vú cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm ống xâm nhập, gồm UTBM thể nhầy ($p=0,009$), thể nhú ($p=0,023$), và thể thuần ống nhỏ/mặt sàng ($p=0,016$). Đánh giá hồi cứu 11.422 bệnh nhân ung thư vú có thể mô học thuần nhầy sử dụng dữ liệu SEER từ 1973 đến 2002 cho thấy tuổi trung bình là 71 (từ 25-85). Nghiên cứu có thời gian theo dõi lâu dài lên đến 20 năm, phân tích sống thêm 10 năm, 12 năm, và 20 năm lần lượt là 89%, 85%, và 81%. Phân tích đa biến bằng hồi quy Cox chỉ ra tình trạng hạch là yếu tố tiên lượng quan trọng nhất, sau đó đến tuổi, kích thước u, thụ thể nội tiết và độ nhân chia.

V. KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô tuyến vú thể mô bệnh học thuận lợi là nhóm bệnh ác tính không thường gặp. Bệnh nhân thuộc nhóm này có nhiều yếu tố tiên lượng tốt như tuổi chẩn đoán cao, giai đoạn sớm, chưa di căn hạch, thụ thể nội tiết dương tính, HER2 âm tính, Ki67 thấp. Các bệnh nhân sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh 5 năm cao, bệnh ít tái phát và di căn.

Về hạn chế của nghiên cứu, có một số điều cần được cân nhắc khi quyết định tham khảo nghiên cứu của chúng tôi. Thứ nhất, đây là một nghiên cứu mô tả hồi cứu với cỡ mẫu hạn chế, thời gian theo dõi tương đối ngắn. Thứ hai, nghiên cứu này dựa trên dữ liệu từ một trung tâm ung thư duy nhất, những kết luận ở trên cần được củng cố thêm qua dữ liệu từ nhiều trung tâm khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fattaneh AT, Peter D.** WHO Classification Pathology and Genetics of Tumours of the Breast and Female Genital Organs. IARC Press, Lyon, France; 2003.
2. **F. Cardoso SK, S. Ohno, F. Penault-Llorca, P. Poortmans, I. T. Rubio, S. Zackrisson & E. Senkus,** on behalf of the ESMO Guidelines Committee. Early Breast Cancer. ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. 2019.
3. **Goetz MP, Gradishar WJ, Anderson BO, Abraham J, Aft R, Allison KH, et al.** Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN. 2019;17(2):118–26.
4. **Lam, A.H.K.; Co, M.T.H.; Kwong, A.** Rare Breast Cancer Histotypes Retrospective Study and Literature Review. J. Clin. Med. 2024, 13, 643. <https://doi.org/10.3390/jcm13030643>.
5. **Makki J.** Diversity of Breast Carcinoma: Histological Subtypes and Clinical Relevance. Clin Med Insights Pathol. 2015 Dec 21;8:23-31. doi: 10.4137/CPath.S31563. PMID: 26740749; PMCID: PMC4689326.
6. **Samitharapanya, S.** (2010). Favorable Histologic Type Breast Cancer in Lampang Hospital; Clinical Presentation and Outcome.
7. **Zhang H, Zhang N, Moran MS, Li Y, Liang Y, Su P, Haffty BG, Yang Q.** Special subtypes with favorable prognosis in breast cancer: A registry-based cohort study and network meta-analysis. Cancer Treat Rev. 2020 Dec;91:102108. doi: 10.1016/j.ctrv.2020.102108. Epub 2020 Oct 9. PMID: 33075683.

PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ TUYẾN GIÁP KẾT HỢP I¹³¹ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP THỂ BIỆT HÓA

Vũ Anh Hải^{1,2}, Trần Thanh Rạng³

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Quân Y 103

²Học viện Quân Y

³Bệnh viện Quân Y 105

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Anh Hải

Email: vuanhhai.ncs@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.4.2025

Ngày duyệt bài: 29.5.2025

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh ung thư tuyến giáp thể biệt hóa được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp kết hợp điều trị I¹³¹ tại Bệnh viện Quân Y 103. **Đối tượng:** gồm 201 người bệnh, được phẫu thuật trong khoảng thời gian từ tháng 9/2018 đến tháng 10/2021, điều trị I¹³¹ và theo dõi đến tháng 4 năm 2024. **Phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 49,34 ± 10,69 (21-72), tỷ lệ nữ/nam = 4,7/1. Biến chứng sau mổ tỷ lệ 5,0%, trong đó tổn thương thần kinh quặt ngược chiếm tỷ lệ cao nhất (2,5%). Thời gian theo dõi trung bình là 47,11 ± 9,44 (26-67 tháng), ghi nhận một

bệnh nhân tử vong do khối u tái phát tại chỗ, xâm lấn khí quản gây suy hô hấp, tỷ lệ tái phát là 3,5%, di căn 1,5% (1 BN có di căn tới phổi). Sống thêm toàn bộ sau 5 năm, tỷ lệ là 99,5%, trong đó tỷ lệ sống thêm 5 năm của nhóm BN < 55 tuổi là 100 %, nhóm BN ≥ 55 tuổi là 99,2%. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp kết hợp I^{131} điều trị UTTG thể biệt hóa tại Bệnh viện Quân Y 103 kết quả khả quan, với tỷ lệ tái phát và di căn thấp (3,5% và 1,5%), sống thêm 5 năm toàn bộ là 99,5%.

Từ khóa: Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa; phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp; điều trị I^{131}

SUMMARY

RADIOACTIVE IODINE 131 THERAPY FOLLOWING TOTAL THYROIDECTOMY FOR TREATMENT OF DIFFERENTIATED THYROID CANCER

Objective: To evaluate the treatment results of differentiated thyroid cancer treated with total thyroidectomy combined with I^{131} therapy at Military Hospital 103. **Subjects:** 201 patients had been operated between September 2018 and October 2021, treated with I131 and followed up until April 2024. **Method:** retrospective, cross-sectional study. **Results:** Mean of age was 49.34 ± 10.69 (21-72), female/male ratio was 4.7/1. Postoperative complications rate were 5.0%, of which recurrent laryngeal nerve injury was the highest (2.5%). The average follow-up time was 47.11 ± 9.44 (26-67 months), with one patient died due to local tumor recurrence, tracheal invasion causing respiratory failure. The overall recurrence rate was 3.5%, metastasis rate was 1.5% (1 patient had metastasis to the lungs). Overall survival (OS) after 5 years was 99.5%, in which the 5-year OS rate of the patients group under 55 years old was 100%, the group of patients ≥ 55 years old was 99.2%. **Conclusion:** Total thyroidectomy combined with I^{131} therapy for treatment of differentiated thyroid cancer at Military Hospital 103 had positive results, with low recurrence and metastasis rates (3.5% and 1.5%), and 5-year OS of 99.5%. **Keywords:** Differentiated thyroid cancer; total thyroidectomy; I^{131} therapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp (UTTG) là bệnh ác tính thường gặp nhất của hệ nội tiết, chiếm khoảng 90% trong tổng số các ung thư tuyến nội tiết và khoảng 1% trong tổng số các ung thư nói chung^{1,2}. Trên thế giới tỷ lệ mắc UTTG biến đổi từ 0,5-10/100.000 dân tùy thuộc vào chủng tộc và vùng địa lý. Ở Việt Nam số liệu thống kê cho thấy tại Hà Nội tỷ lệ mắc bệnh là 1,9/100.000 dân, tỷ lệ mắc bệnh ở nữ cao hơn nam 2,6 lần; tại thành phố Hồ Chí Minh tỷ lệ mắc bệnh ở nữ là 2,8/100.000 dân, và ở nam là 1,5/100.000 dân.³ UTTG có nhiều loại mô bệnh học khác nhau, nguồn gốc từ tế bào nang, cận nang và tổ chức liên kết, tế bào miễn dịch. Có thể chia làm hai nhóm khác nhau về lâm sàng, phương pháp

điều trị và tiên lượng, đó là UTTG thể biệt hóa và thể không biệt hóa. Với UTTG thể biệt hóa thì phương pháp điều trị đa mô thức bằng phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ tuyến giáp kết hợp I^{131} và hormon liệu pháp đem lại kết quả tốt đang được áp dụng ở nhiều cơ sở điều trị. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: "*Đánh giá kết quả trung hạn trong điều trị UTTG thể biệt hóa bằng phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp và I^{131} tại Bệnh viện Quân y 103*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân (BN) UTTG thể biệt hóa, điều trị I^{131} tại Bệnh viện quân y 103. Thời gian phẫu thuật từ tháng 9/2018 đến tháng 10/2021, điều trị I^{131} và theo dõi đến tháng 4 năm 2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: BN được chẩn đoán xác định là UTTG thể biệt hóa nguyên phát theo kết quả mô bệnh học

Được phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp kết hợp điều trị I^{131} sau mổ.

Hồ sơ lưu trữ đầy đủ các chỉ tiêu nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN UTTG tái phát hoặc đã có di căn xa tại thời điểm chẩn đoán.

BN có bệnh ung thư ở các cơ quan, bộ phận khác kèm theo.

Các trường hợp đã được phẫu thuật từ tuyến trước (những trường hợp này rất khó chẩn đoán chính xác giai đoạn T,N,M và giai đoạn bệnh).

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

Tính cỡ mẫu theo công thức:

$$n = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} \cdot p \cdot (1-p)}{(p \cdot \varepsilon)^2}$$

n: cỡ mẫu tối thiểu; $Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy với mức xác suất 95% ($\alpha = 0,05$) $\rightarrow Z = 1,96$.

α : Xác suất sai lầm loại I; ε : độ sai lệch của p, giới hạn là 10% ($\varepsilon = 0,1$).

$p = 85,6\%$: tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm theo nghiên cứu của Đinh Xuân Cường 2010.⁴

Cỡ mẫu tối thiểu là: 65 BN

2.3. Quy trình điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện Quân Y 103. Cắt toàn bộ tuyến giáp, vét hạch: theo hướng dẫn quy trình kỹ thuật tại Bệnh viện Quân y 103

Điều trị bổ trợ I^{131} theo hướng dẫn của Bộ Y tế.⁵

2.4. Biến số nghiên cứu. Các biến số về đặc điểm người bệnh: Tuổi; giới tính; kết quả siêu âm tuyến giáp; kết quả chẩn đoán tế bào, mô bệnh học; phân tích tế bào; phân giai đoạn T,N,M theo AJCC 2017.³

Đánh giá kết quả: Kết quả vét hạch; biến

chứng sau mổ; Ghi nhận các biến cố trong thời gian theo dõi sau điều trị (tính từ thời điểm kết ra viện sau uống I¹³¹ lần thứ nhất): tái phát tại chỗ, tái phát hạch, di căn xa, còn sống/tử vong.

2.5. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Các biến liên tục được trình bày dưới dạng trung bình. Các biến thứ tự và rời rạc được trình bày dưới dạng tỷ lệ %. Phân tích thời gian sống thêm sử dụng phương pháp ước lượng thời gian theo sự kiện của Kaplan - Meier.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được hội đồng đạo đức cấp cơ sở Bệnh viện Quân y 103 chấp thuận, số quyết định 192/HĐĐĐ. Nghiên cứu mô tả, đánh giá kết quả điều trị, nhằm nâng cao kết quả điều trị trong giai đoạn tiếp theo. Tất cả các thông tin về tình trạng bệnh tật, cá nhân của người bệnh được bảo mật thông qua việc mã hoá các số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm		n	%
Tuổi trung bình		49,34±10,69 (21-72)	
Giới tính	Nam	35	17,4
	Nữ	166	82,6
Một số đặc điểm khối u trên siêu âm			
Số lượng u	1	32	15,9
	≥ 2	169	84,1
Phân nhóm TIRADS	II	5	2,5
	III	27	13,4
	IV	149	74,1
	V	20	9,9
Phương pháp chẩn đoán tế bào, mô bệnh			
Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ	Ác tính	78	38,8
	Nghi ngờ ác tính	86	42,8
	Lành tính hoặc không xác định	37	18,4
Sinh thiết tức thì trong mổ	Ác tính	123	61,2%

Tỷ lệ nữ/nam = 4,7/1. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao là từ 41 đến 60, chiếm 60,7%. Phân nhóm khối u phần lớn nhóm IV và V (tỷ lệ 74,1% và 9,9%). Tỷ lệ BN được chẩn đoán xác định bằng chọc hút kim nhỏ đạt 38,8%, sinh thiết tức thì trong mổ chiếm tỷ lệ cao (61,2%).

Bảng 2. Típ mô bệnh học và giai đoạn bệnh

Típ mô bệnh học và giai đoạn T, N, M	n	%
Típ mô bệnh học	Thế nhú	200
	Thế nang	1
Giai đoạn T, N, M	T ₁ / T ₂ / T ₃ / T ₄	157/ 3/ 78,1/1,5/

N, M		32/ 9	15,9/4,5
	N ₀ / N ₁	161/ 40	80,1/ 19,9
	M ₀	201	100,0

Giai đoạn khối u phần lớn ở giai đoạn sớm T1 và T2 (79,6%), di căn hạch N1 chiếm 19,9%.

Bảng 3. Kết quả vét hạch trong mổ và biến chứng sau mổ

Chỉ tiêu		n	%
Vị trí vét được hạch	Khoang trung tâm	114	56,7
	Hạch cổ 1 bên	28	13,9
	Hạch cổ 2 bên	36	17,9
Biến chứng sau mổ	Chảy máu	2	1,0
	Hạ canxi máu	2	1,0
	Tổn thương thần kinh quặt ngược	5	2,5
	Rò dưỡng chấp	1	0,5
	Tổng	9	5,0

Vét được hạch ở khoang cổ trung tâm chiếm tỷ lệ cao nhất (56,7%). Biến chứng sau mổ tỷ lệ 5,0%. Có 1 trường hợp tổn thương thần kinh quặt ngược vĩnh viễn (0,5%).

Bảng 4. Số lần và liều điều trị I¹³¹

		Tổng liều I ¹³¹ (mCi)	n	%
Số lần điều trị	1 lần	50	6	3,0
		75	75	37,5
		80	2	1,0
		90	1	0,5
		100	110	54,5
	2 lần	150	1	0,5
		175	2	1,0
		200	1	0,5
		250	3	1,5
	Liều I ¹³¹ trung bình		92,66±26,76 (50-250) mCi	

194 bệnh nhân (chiếm 96,5%) chỉ cần 1 lần xạ trị; 7 bệnh nhân (chiếm 3,5%) cần 2 lần xạ trị. BN được điều trị liều 100 mCi và 75 mCi chiếm tỷ lệ cao (lần lượt là 54,5% và 37,5%).

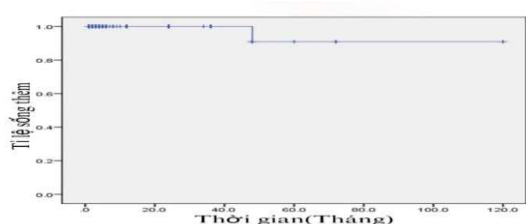
- Kết quả điều trị

Tính đến thời điểm kết thúc theo dõi, tháng 4 năm 2024, thời gian theo dõi trung bình là 47,11 ± 9,44 (26-67 tháng).

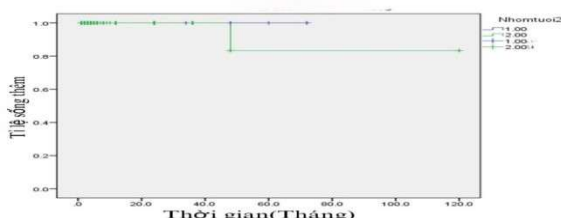
Bảng 5. Tái phát, di căn và tử vong

		n	%
Tái phát	U	4	2,0
	Hạch	3	1,5
Di căn		1	0,5
Tử vong		1	0,5

Trong thời gian theo dõi, ghi nhận một bệnh nhân tử vong do khối u tái phát tại chỗ, xâm lấn khí quản gây suy hô hấp; 1 trường hợp có di căn tới phổi.



Biểu đồ 1. Sống thêm toàn bộ



Biểu đồ 2. Sống thêm theo nhóm tuổi

Sống thêm toàn bộ sau 5 năm, tỷ lệ là 99,5%. Tỷ lệ sống thêm 5 năm của nhóm BN < 55 tuổi là 100%, nhóm BN ≥ 55 tuổi là 99,2%.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm bệnh nhân: UTTG thể biệt hóa di căn hạch gặp ở mọi lứa tuổi, cả nam và nữ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $49,34 \pm 10,69$ tuổi, lứa tuổi hay gặp từ 31 - 60 tuổi chiếm 77,6% và tỷ lệ nữ/nam là 4,7/1; Tác giả Lê Văn Quảng (2001) ghi nhận, UTTG thường gặp ở tuổi 25-65, tỷ lệ 76,6%.⁶ Theo nghiên cứu của Vũ Trung Chính (2002) tỷ lệ nữ/nam là 4/1⁷, Nguyễn Tiến Lãng (2008) tỷ lệ nữ/nam là 7,86/1⁸. Như vậy, nhìn chung BN UTTG thể biệt hóa phân bố rộng ở nhiều lứa tuổi, tỷ lệ mắc bệnh ở nữ giới cao hơn nhiều so với nam giới. Phần nhóm TIRADS bằng siêu âm đã được minh chứng là có hiệu quả cao trong chẩn đoán UTTG, trong nghiên cứu chúng tôi cũng cho thấy điều đó, với tỷ lệ BN có phân nhóm TIRADS IV và V là 84,0%. Tuy vậy, chúng tôi cũng ghi nhận, ngay cả khi được phân nhóm TIRADS II, BN vẫn có thể mắc UTTG, tỷ lệ chiếm 2,5%. Kết quả này gợi ý cần tiếp tục bổ sung thêm các tiêu chí bổ sung cho phân nhóm TIRADS cũng như việc đánh giá tỷ mỉ khi siêu âm là rất cần thiết để góp phần làm tăng độ nhạy của siêu âm trong phát hiện UTTG.

Các biến chứng hay được nhắc tới trong phẫu thuật cắt TGTB là tổn thương dây TKQN và suy tuyến cận giáp sau mổ. Tỷ lệ tổn thương dây TKQN khoảng 0,4-3,4%, tỷ lệ suy cận giáp chiếm khoảng 7-10%. Tỷ lệ tai biến phụ thuộc vào tuổi, kích thước và sự xâm lấn của khối u, hạch cổ, phương pháp phẫu thuật và kinh nghiệm của phẫu thuật viên... Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ biến chứng thấp (5,0%), gồm

chảy máu sau mổ (1,0%), hạ can-xi máu (1,0%), tổn thương thần kinh quặt ngược (2,5%) và rò bạch mạch (0,5%).

Về kết quả điều trị: Nhìn chung, bệnh UTTG thể biệt hóa có tiên lượng tốt. Cắt toàn bộ tuyến giáp trong UTTG là có vai trò quan trọng trong điều trị. Tuy vậy, khả năng nhu mô còn lại sau phẫu thuật được ghi nhận trên xạ hình là khá cao. Theo Đỗ Quang Trường (2012), 98% BN sau phẫu thuật còn hình ảnh nhu mô tuyến giáp trên xạ hình.⁹ Do vậy, để đảm bảo tính triệt để việc điều trị I^{131} là rất quan trọng. Theo Phạm Bá Tuân, tỷ lệ sống thêm 5 năm toàn bộ là 97,3%, với thời gian sống thêm trung bình 75,8 tháng. Nhóm bệnh nhân dưới 55 tuổi tỷ lệ sống thêm 5 năm toàn bộ là 98,7%, thời gian sống thêm trung bình là 76,5 tháng; nhóm bệnh nhân từ 55 trở lên, tuổi tỷ lệ sống thêm 5 năm toàn bộ là 94,6% và thời gian sống thêm trung bình là 74,3 tháng. Sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê. Mai Trọng Khoa và cs (2024), điều trị UTTG thể biệt hóa bằng I^{131} sau cắt toàn bộ tuyến giáp, với liều I^{131} trung vị là 100mCi, số lần uống có thể lên tới 4, 5 hay 6 lần (tỷ lệ lần lượt là 7,0%, 3,9%, 0,8%), tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn sau điều trị là 75,9%, tỉ lệ bệnh tiến triển là 1,5%. Thời gian sống thêm toàn bộ là $86,7 \pm 0,3$ tháng. Tỷ lệ sống thêm 5 năm của nhóm nghiên cứu là 99,6%.¹⁰ Chúng tôi cũng ghi nhận kết quả tương tự, với tỷ lệ sống thêm 5 năm toàn bộ là 99,5%, tỷ lệ sống thêm 5 năm của nhóm BN < 55 tuổi là 100 %,.. Tỷ lệ sống thêm 5 năm của nhóm BN ≥ 55 tuổi là 99,2%, không ghi nhận sự khác biệt về tỷ lệ sống thêm theo nhóm tuổi. Kết quả này một lần nữa cho thấy, điều trị UTTG thể biệt hóa bằng phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp kết hợp I^{131} đạt kết quả khả quan.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp kết hợp I^{131} điều trị UTTG thể biệt hóa tại Bệnh viện Quân Y 103 kết quả khả quan, với tỷ lệ tái phát và di căn thấp (3,5% và 1,5%), sống thêm 5 năm toàn bộ là 99,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Hoàng Anh, Nguyễn Mạnh Quốc, Nguyễn Bá Đức, Hùng NC.** Tình hình bệnh ung thư ở Việt Nam năm 2000. Tạp chí thông tin Y dược. 2001;2:19-26.
2. **Fraker D.L., Skarulis M., V. L.** Thyroid Tumors. Cancer of the endocrine system. Lippincott - Raven Publishers; 2001.
3. **Hiệu NV.** Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư. Nhà xuất bản y học; 2010.
4. **Cường ĐX.** Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại

- Bệnh viện K trung ương. Trường đại học Y Hà Nội; 2010.
5. **Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh ung bướu** (Nhà xuất bản Y học; 670-678 (2020).
 6. **Quang LV.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và một số yếu tố tiên lượng ung thư giáp trạng. Trường đại học y Hà Nội; 2001.
 7. **Chính VT.** Nghiên cứu áp dụng phương pháp điều trị ung thư giáp trạng thể biệt hóa bằng cắt bỏ tuyến giáp toàn bộ kết hợp I131. Trường đại học y Hà Nội; 2002.
 8. **Lăng NT.** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp phối hợp với I131 điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa. Trường đại học y Hà Nội; 2008.
 9. **Đỗ Quang Trường, Mai Trọng Khoa.** Đánh giá hiệu quả hủy mô tuyến giáp còn lại sau phẫu thuật bằng ¹³¹I với liều 30, 50, 75 và 100 mCi ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa. Tạp chí Y học Việt Nam. 2012; 397(1):47-52.
 10. **Mai TK, Phạm VT, Phạm VT, et al.** Đánh giá hiệu quả điều trị bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa bằng I-131 tại Bệnh viện ung bướu Cần Thơ. Tạp chí Y học Việt Nam. 08/07 2024;541(1)doi:10.51298/vmj.v541i1.10617.

ĐẶC ĐIỂM GÂY XƯƠNG HÀM DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC 6 THÁNG CUỐI NĂM 2023

Vũ Trung Trực^{1,2}, Nguyễn Thái An²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính của bệnh nhân được chẩn đoán gãy xương hàm dưới tại Khoa Phẫu thuật Hàm mặt-Tạo hình-Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức 6 tháng cuối năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang các đặc điểm của bệnh nhân được chẩn đoán gãy xương hàm dưới và điều trị tại Khoa Phẫu thuật Hàm mặt-Tạo hình-Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức 6 tháng cuối năm 2023. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án giấy và điện tử, được phân tích bằng phần mềm SPSS. **Kết quả:** Tổng số 309 bệnh nhân bị gãy xương hàm dưới được chẩn đoán trên phim chụp cắt lớp vi tính với 542 ổ gãy, nam giới chiếm ưu thế với 81,23%; độ tuổi từ 3 đến 73 tuổi và tuổi trung bình là $31,43 \pm 14,75$. Phần lớn gãy xương hàm dưới là do tai nạn giao thông với tỷ lệ 85,76%. Khoảng 3,5% tổng số trường hợp được ghi nhận có liên quan đến rượu, trực tiếp hoặc gián tiếp. Tỷ lệ gãy xương hàm dưới tại vùng cằm và cạnh cằm là cao nhất (chiếm 35,61% trong 542 ổ gãy), kế đến là gãy lõm cầu (25,46%). Gãy xương hàm dưới đơn thuần gặp ở 148 bệnh nhân (47,9%). Chấn thương hàm mặt phối hợp 52,1%; chấn thương phối hợp các cơ quan khác chiếm tỷ lệ 57,3%. **Kết luận:** Gãy xương hàm dưới chủ yếu gặp ở nam giới, tuổi từ 21 đến 30, nguyên nhân phổ biến nhất là tai nạn giao thông chiếm 85,76%. Tỷ lệ chấn thương phối hợp chiếm tỷ lệ cao cả ở nhóm chấn thương khác ở vùng hàm mặt cũng như các cơ quan bộ phận khác trên cơ thể.

Từ khóa: xương hàm dưới, gãy xương hàm dưới, dịch tễ học, chấn thương hàm mặt

SUMMARY

MANDIBULAR FRACTURES AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL FROM JULY TO DECEMBER 2023

Objectives: To describe the epidemiology, clinical features and computed-tomography images of patients diagnosed with mandibular fractures at the Department of Maxillofacial, Plastic and Aesthetic Surgery, Viet Duc University Hospital from July to December 2023. **Subjects and methods:** A retrospective cross-sectional descriptive study of patients diagnosed with mandibular fractures and treated at the Department of Maxillofacial, Plastic and Aesthetic Surgery, Viet Duc University Hospital from July to December 2023. We collected data from medical records and the data was analysed by SPSS software. **Results:** 309 patients with 542 mandibular fractures included in the sample, there was a male predominance at 81.23%; the range of age was from 3 to 73 years old and the mean age was 31.43 ± 14.75 . A majority of mandibular fractures were caused by road traffic accidents with the incidence of 85.76%. Approximately 3.5% of all cases recorded are alcohol-related. The prevalence of fracture was highest at symphysis and parasymphysis area (35.61% of 542 fractures), followed by condylar fractures (25.46%). 148 patients (47.9%) presented with no accompanying maxillofacial injuries, and 132 (42.7%) admitted to the hospital without any concomitant injuries at other body parts. **Conclusion:** Mandibular fractures are mainly seen in men, aged 21 to 30, the most common cause is road traffic accidents accounting for 85.76%. The rate of combined injuries is high in both other maxillofacial regions and other organs and parts of the body.

Keywords: mandible, mandibular fractures, epidemiology, maxillofacial trauma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương hàm mặt mà phần lớn trong số đó là gãy xương hàm dưới là một trong những chấn thương phổ biến ở Việt Nam. Các chấn

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

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

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trung Trực

Email drvutrongtruc@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2025

Ngày duyệt bài: 29.5.2025