

Tuyển giáp Châu Âu (ETA 2019) năm 2019, trường hợp này có tiên lượng rất tốt với chỉ dưới 1% tử vong do bệnh lý tiến triển và dưới 4% tái phát [4]. Ngoài ra chúng tôi có ghi nhận các biến chứng thường gặp là tình trạng hủy xương (17,1%) và Hủy xương có gãy xương (9,4%). Tình trạng ứng chế tủy xương có 7,3%. Trong nghiên cứu ghi nhận 5 trường hợp tử vong 12,2%. Về độc tính của I-131 phụ thuộc vào nhiều yếu tố như mô giáp còn sót lại nhiều hay ít, tình trạng di căn, tổng liều điều trị, thời gian bán hủy sinh học... Tuy nhiên, theo khuyến cáo tổng liều điều trị tích lũy I-131 không nên vượt quá 1000mCi vì có thể gây ức chế tủy xương điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [4], [8]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi chưa phân tích các yếu tố liên quan đến các biến chứng cũng như nguyên nhân tử vong thực tế của các bệnh nhân, một số nghiên cứu cho thấy các yếu tố nguy cơ gây tử vong trong là sự hiện diện của tổn thương bạch huyết và sự hiện diện của các di căn khác [5].

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm giải phẫu bệnh chủ yếu là ung thư dạng nhú 48,8% và dạng nang 39%, kích thước khối u <4cm chiếm 58,5%. Di căn phổi chiếm 53,7% và di căn xương là 46,3%. Loại xâm lấn chính là ngoại tuyến chiếm 41,5%. Phân nhóm kháng trị I-131 theo ETA chủ yếu là nhóm 4 chiếm 73,2%. Liều I-131 tại thời điểm kháng trị trung vị ở mức 650 (600 - 750). Liều I-131 cuối cùng trung vị ở mức 1050 (800 - 1350). Giá trị xét nghiệm Tg và Anti Tg huyết thanh trước điều trị sau điều trị có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên không có sự khác biệt về thay đổi tế bào

máu. Qua điều trị hầu hết bệnh nhân ở mức đáp ứng không hoàn toàn về cấu trúc chiếm 95,1%. Biến chứng chủ yếu là hủy xương 17,1%. Tình trạng ứng chế tủy xương có hồi phục 7,3%. Trong nghiên cứu ghi nhận 5 trường hợp tử vong 12,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **D. W. Chen (2023), "Thyroid cancer", Lancet. 401(10387), 1531-1544.**
2. **P. Koumarianou (2022), "Basolateral Sorting of the Sodium/Iodide Symporter Is Mediated by Adaptor Protein 1 Clathrin Adaptor Complexes", Thyroid. 32(10), 1259-1270.**
3. **N. M. Iñiguez-Ariza, K. C. Bible B. L. Clarke (2020), "Bone metastases in thyroid cancer", J Bone Oncol. 21, 100282.**
4. **L. Fugazzola (2019), "2019 European Thyroid Association Guidelines for the Treatment and Follow-Up of Advanced Radioiodine-Refractory Thyroid Cancer", Eur Thyroid J. 8(5), 227-245.**
5. **A. Piñar-Gutiérrez (2023), "Bone metastases from differentiated thyroid cancer: characteristics and prognostic factors in a multicenter series", Eur Thyroid J. 12(5).**
6. **M. Osorio (2017), "Systematic review of site distribution of bone metastases in differentiated thyroid cancer", Head Neck. 39(4), 812-818.**
7. **C. M. Hong (2022), "Incidence rate and factors associated with the development of secondary cancers after radioiodine therapy in differentiated thyroid cancer: a multicenter retrospective study", Eur J Nucl Med Mol Imaging. 49(5), 1661-1670.**
8. **S. A. Gulec (2021), "A Joint Statement from the American Thyroid Association, the European Association of Nuclear Medicine, the European Thyroid Association, the Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging on Current Diagnostic and Therapeutic Approaches in the Management of Thyroid Cancer", Thyroid. 31(7), 1009-1019.**

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GÒ MÁ CUNG TIẾP BẰNG ĐƯỜNG MỔ TRONG MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN 19-8

Phạm Hùng Cường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị kết hợp xương gò má cung tiếp bằng đường mổ trong miệng trên bệnh nhân gãy xương gò má cung tiếp do chấn thương. Nhận xét tai biến khi thực hiện phẫu thuật kết hợp xương gò má cung tiếp bằng đường mổ trong miệng

¹Bệnh viện 19-8, Bộ Công An

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hùng Cường

Email: ddscuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.2.2024

Ngày duyệt bài: 6.3.2024

tại Bệnh viện 19-8. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành trên 30 bệnh nhân có gãy xương gò má cung tiếp mới tại Bệnh viện 19-8 trong thời gian từ tháng 04/ 2023 đến tháng 10/2023. Nghiên cứu mô tả cắt ngang can thiệp và theo dõi sau can thiệp lâm sàng. **Kết quả:** Kết quả gần: Kết quả chung đạt tốt: 86,7% và khá: 13,3%. Kết quả xa: Kết quả chung đạt tốt: 93,3% và khá: 6,7%. Không có tai biến và biến chứng sau mổ. **Từ khóa:** Gò má cung tiếp, đường mổ trong miệng.

SUMMARY

EVALUATION OF SURGICAL TREATMENT

RESULTS JOINT CHEMICBONE CONTACT BY INTRA-MOUTH INJECTION AT 19-8 HOSPITAL

Objective: Evaluate the effectiveness of combined treatment of the zygomatic arc by intraoral incision in patients with zygomatic arc fractures due to trauma. Review of complications when performing cheekbone fusion surgery followed by intraoral incision at 19-8 Hospital. **Method:** The study was conducted on 30 patients with new zygomatic arc fractures at 19-8 Hospital during the period from April 2023 to October 2023. Cross-sectional descriptive study of intervention and follow-up after clinical intervention. **Results:** Recent results: Overall results were good: 86.7% and good: 13.3%. Far results: Overall results were good: 93.3% and good: 6.7%. There were no complications or complications after surgery. **Keywords:** Zygomatic fractures, intraoral incision.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới việc điều trị gãy xương gò má cung tiếp được nghiên cứu từ rất lâu nhưng đến năm 1847 Dupuytren mới có ứng dụng giải phẫu của cân cơ thái dương vào điều trị gãy xương gò má. Đến năm 1909, Keen là người đầu tiên sử dụng đường mổ trong miệng để điều trị gãy xương gò má. Năm 1927, Gillies và cộng sự chú ý yếu tố thẩm mỹ trong điều trị gãy xương gò má bằng đường rạch vùng thái dương, rồi luôn bấy qua hố thái dương để nắn chỉnh nhưng tác giả không đề cập đến khâu xương.

Trong những năm gần đây, phẫu thuật kết xương GMCT được thực hiện với nhiều đường mổ khác nhau. Các đường mổ hay được dùng như: đường mổ chân tóc mai, đường mổ cung mày, đường mổ mi mắt trên, đường mổ dưới bờ mi, đường mổ ngang cung tiếp, đường mổ trong miệng, đường mổ trán thái dương. Nhu cầu thẩm mỹ của con người ngày càng cao, chính vì vậy nó đòi hỏi các bác sỹ phẫu thuật phải làm sao để sau mổ bệnh nhân cảm thấy ưng ý nhất về cả chức năng và thẩm mỹ.

Ở Việt Nam trước đây hay sử dụng các đường mổ ngoài mặt, đi trực tiếp vào vị trí của đường gãy, điều này có ưu điểm là giúp phẫu thuật viên dễ dàng tiếp cận và xử lý tổn thương nhưng hậu quả để lại là vết sẹo, ảnh hưởng lớn đến thẩm mỹ. Hiện tại đường mổ trong miệng đang ngày càng được sử dụng nhiều hơn vì ưu điểm là không lộ sẹo vết mổ, bệnh nhân có khuôn mặt hoàn toàn bình thường sau phẫu thuật. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của đường mổ này trên lâm sàng, chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: "*Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật kết hợp xương gò má cung tiếp bằng đường mổ trong miệng tại Bệnh viện 19-8*", với hai mục tiêu sau:

1. Đánh giá hiệu quả điều trị kết hợp xương gò má cung tiếp bằng đường mổ trong miệng trên bệnh nhân gãy xương gò má cung tiếp do chấn thương.

2. Nhận xét tai biến khi thực hiện phẫu thuật kết xương gò má cung tiếp bằng đường mổ trong miệng tại Bệnh viện 19-8.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 30 bệnh nhân có gãy xương gò má cung tiếp mới tại Bệnh viện 19-8 trong thời gian từ tháng 04/ 2023 đến tháng 4/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Bệnh nhân gãy xương gò má cung tiếp có chỉ định phẫu thuật.

+ Không có bệnh lý dị dạng gò má trước chấn thương.

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân có bệnh lý dị dạng gò má trước chấn thương.

+ Bệnh nhân có gãy xương gò má cung tiếp phức tạp, di lệch nhiều vị trí.

+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang can thiệp và theo dõi sau can thiệp lâm sàng

2.3. Phương pháp thu thập thông tin. Bệnh nhân được khám lâm sàng làm xét nghiệm chụp X quang. Thông tin bệnh nhân được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu, với các dữ liệu.

- Đặc điểm dịch tễ học: Tuổi, giới tính, nguyên nhân chấn thương, các biện pháp xử trí cấp cứu ở tuyến trước, những chấn thương, tổn thương kết hợp, thời gian từ lúc bị chấn thương đến lúc nhập viện.

- Triệu chứng gãy xương GMCT và tổn thương kết hợp.

- Đặc điểm x quang chẩn đoán gãy xương GMCT.

- Phương pháp phẫu thuật gãy xương GMCT.

- Kết quả điều trị khi ra viện về:

+ Chức năng

+ Thẩm m

+ Di chứng

2.4 Theo dõi kết quả điều trị: Đánh giá tình trạng vết mổ, sự cân đối của mặt, chức năng mắt (vận động nhãn cầu, thị lực, song thị), há miệng, khớp cắn, cảm giác vùng môi, má mũi, X quang, kết quả xa đánh giá thêm sẹo của đường mổ.

Kết quả: Tốt, khá, trung bình.

Tai biến và biến chứng sau mổ: Nhiễm trùng sau mổ, mất cảm giác vùng gò má cùng bên, chảy máu, tụ máu.

2.5. Xử lý số liệu: Các số liệu từ bệnh án nghiên cứu được thu thập vào bảng dữ liệu nghiên cứu và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Kết quả điều trị

3.1.1. Kết quả điều trị gần

Bảng 1. Kết quả điều trị gần (n=30)

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %	p
Tốt	26	86,7	<0,05
Khá	4	13,3	
Trung bình	0	0	
Tổng cộng	30	100,0	

Kết quả chung (n = 30): Kết quả điều trị gần đạt tốt có 26 trường hợp chiếm 86,7%. Kết quả khá có 4 trường hợp chiếm 13,3%, không có kết quả trung bình.

3.1.2. Kết quả điều trị xa:

Bảng 2. Kết quả điều trị xa (n=30)

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ	p
Tốt	28	93,3	<0,05
Khá	2	6,7	
Trung bình	0	0	
Tổng cộng	30	100,0	

Kết quả chung (n = 30): Kết quả điều trị xa đạt tốt có 28 trường hợp chiếm 93,3%. Kết quả khá có 2 trường hợp chiếm 6,7%, không có kết quả trung bình.

3.2. Tai biến và biến chứng của đường mổ trong miệng

Bảng 3. Tai biến và biến chứng của đường mổ trong miệng

Biến chứng	1 tuần	3-6 tháng
Nhiễm trùng vết mổ	0	0
Mất cảm giác vùng gò má cùng bên	0	0
Chảy máu, tụ máu	0	0

Trong tất cả các trường hợp (n=30) không có trường hợp nào xảy ra tai biến và biến chứng trong và sau phẫu thuật.

IV. KẾT LUẬN

- Gãy xương gò má cung tiếp gặp ở mọi lứa tuổi, nhiều nhất từ 20 - 35 tuổi chiếm 63,33%, nam nhiều hơn nữ, nguyên nhân chủ yếu do TNGT.

- Các triệu chứng gãy xương gò má cung tiếp: Đau sưng nề vùng gò má cung tiếp, biến dạng xương, bầm tím mí mắt, xuất huyết kết

mạc mắt chiếm tỷ lệ cao. Tất cả các trường hợp gãy đều có tổn thương kết hợp, trong đó vết thương phần mềm vùng mặt nhiều nhất.

Chụp X quang qui ước (Blondeau, Hirtz) và chụp CLVT đa dãy có dựng hình xác định chi tiết các vị trí gãy, tính chất di lệch xương, mức độ tổn thương, là cơ sở cho lập kế hoạch điều trị toàn diện, cũng như tiên lượng được bệnh và đánh giá kết quả điều trị.

- Chiến thuật điều trị phẫu thuật: xử trí các tổn thương kết hợp với gãy xương gò má cung tiếp trước khi xử trí tổn thương vùng gò má theo thứ tự:

+ Xử trí tổn thương sọ, nền sọ.

+ Xử trí các tổn thương xương vùng mặt kết hợp theo thứ tự từ dưới lên trên, từ phía bên vào trung tâm hoặc từ trung tâm ra phía bên (từ vùng vững đến vùng mất vững) theo chiến thuật xử trí gãy liên tầng mặt.

+ Cuối cùng là xử trí tổn thương vùng gò má cung tiếp bằng đường mổ trong miệng.

- Kết quả gần: Kết quả chung đạt tốt: 86,7% và trung bình: 13,3%.

- Kết quả xa: Kết quả chung đạt tốt: 93,3% và trung bình: 6,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Quảng Phi và Nguyễn Tài Sơn** (2015), Gãy phức hợp gò má từ phân loại đến điều trị, Nhà xuất bản y học chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh, 1-2,
2. **Lê Đức Tuấn** (2017), Bệnh lý và Phẫu thuật Tạo hình hàm mặt, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, 35-49.
3. **Đoàn Kim Hoa** (2012), Nghiên cứu sử dụng đường mổ chân tóc mai trong phẫu thuật nắn chỉnh kết xương gò má cung tiếp, Luận văn chuyên khoa cấp II, Học viện Quân y.
4. **Knight J. S. and North J. F.** (1961), "The classification of malar fractures: an analysis of displacement as a guide to treatment", J. of Plastic Surgery, pp. 325 - 339.
5. **Markus Zingg M.** (1992), "Classification and treatment of zygomatic fractures - a review of 1025 cases", Journal of oral and maxillofacial surgery, 50, pp. 778- 790.
6. **Miloro M, Ghali G.E et al** (2004). Peterson's Principles of Oral and Maxillofacial surgery, BC Decker, Inc.
7. **Susmitha Rajmohan and et al** (2015), "Coronal/Hemicoronal Approach - A Gateway to Craniomaxillofacial Region". Journal of Clinical and Diagnostic Research, 9(8),
8. **Adam J Cohen, Chief Editor and Deepak Narayan** (2017), "Zygomatic Arch Fractures Background, History of the Procedure, Epidemiology". Medscape,
9. **Fonseca R. J.** (2013), "Oral & maxillofacial trauma", Elsevier Saunders, pp. 232 - 246, 354 - 415.