

CLINICAL CHARACTERISTICS AND INITIAL RESULTS IN THE MANDIBULAR FRACTURES TREATMENT USING MINIPLATE AT NGHE AN 115 GENERAL HOSPITAL

Nguyen Thi Cam Tu^{1*}, Nguyen Sy Hai²

¹Vinh Medical University - 161 Nguyen Phong Sac, Vinh city, Nghe An province, Vietnam

²Nghe An 115 General Hospital - 40 Lenin Avenue, Vinh city, Nghe An province, Vietnam

Received: 12/6/2024

Revised: 16/4/2025; Accepted: 05/5/2025

ABSTRACT

Objectives: To describe the clinical and evaluation initial results of the mandibular fractures treatment using miniplate at 115 General Hospital.

Research methods: Cross-sectional descriptive study on all patients with mandibular fractures treatment using miniplate at Nghe An 115 General Hospital from May, 2023 to April, 2024.

Results: Among 32 patients with mandibular fractures were diagnosed and treated, the male/female ratio is 3/1, the most common age group is 19-39 years old (56.3%). The most common cause is traffic accidents (93.7%). The most common clinical symptoms in mandibular fracture are: swollen (100%), pain (100%), limited mouth opening (100%). The highest percentage of mandibular fracture is for the one fracture lines (56.3%), the most common site is the chin (37.8%). All 32 cases of the mandibular fractures treatment using miniplate, and with 29 cases good results, 3 case fair good results after treatment 3 months.

Conclusion: The most common cause of mandibular fractures is traffic accidents, with male predominance, the most common age group is 19-39 years old. The most common clinical symptoms in mandibular fracture are: swollen, pain, limited mouth opening. The highest percentage of mandibular fracture is for the 1 fracture lines, the most common site of mandibular fracture is the chin. Post-operative follow-up results, most of patients have good recover in terms of anatomy, performance and aesthetics.

Keywords: Mandibular fractures, miniplate, Nghe An 115 General Hospital.

*Corresponding author

Email: Nguyencamtu510@gmail.com **Phone:** (+84) 916845395 **https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD5.2450**

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚC ĐẦU GỠ XƯƠNG HÀM DƯỚI BẰNG NẸP VÍT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA 115 NGHỆ AN

Nguyễn Thị Cẩm Tú^{1*}, Nguyễn Sỹ Hải²

¹Trường Đại học Y khoa Vinh - 161 Nguyễn Phong Sắc, thành phố Vinh, tỉnh Nghệ An, Việt Nam

²Bệnh viện Đa khoa 115 Nghệ An - 40 Đại lộ Lê Nin, thành phố Vinh, tỉnh Nghệ An, Việt Nam

Ngày nhận bài: 12/6/2024

Ngày chỉnh sửa: 16/4/2025; Ngày duyệt đăng: 05/5/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng gãy xương hàm dưới và đánh giá kết quả điều trị bước đầu gãy xương hàm dưới bằng nẹp vít tại Bệnh viện Đa khoa 115 Nghệ An.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên tất cả bệnh nhân được chẩn đoán gãy xương hàm dưới và điều trị bằng nẹp vít tại Bệnh viện Đa khoa 115 Nghệ An từ tháng 5/2023 đến tháng 4/2024.

Kết quả: Trong số 32 bệnh nhân gãy xương hàm dưới được chẩn đoán và điều trị, tỉ lệ nam/nữ là 3/1, nhóm tuổi thường gặp nhất là 19-39 (56,3%). Nguyên nhân hay gặp nhất là do tai nạn giao thông, chiếm 93,7%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở gãy xương hàm dưới là sưng nề tụ máu (100%), đau (100%), há miệng hạn chế (100%). Tỉ lệ gãy xương hàm dưới cao nhất là gãy 1 đường (56,3%), vị trí hay gặp nhất là gãy vùng cằm (37,8%). Cả 32 trường hợp điều trị gãy xương hàm dưới bằng hệ thống nẹp vít và đánh giá kết quả có 29 trường hợp cho kết quả tốt, 3 trường hợp kết quả khá sau 3 tháng điều trị.

Kết luận: Nguyên nhân gãy xương hàm dưới thường gặp nhất là tai nạn giao thông, chủ yếu ở nam giới, lứa tuổi thường gặp nhất là 19-39 tuổi. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở gãy xương hàm dưới là sưng nề tụ máu, đau, há miệng hạn chế. Tỉ lệ gãy xương hàm dưới 1 đường là cao nhất, vị trí hay gặp nhất là vùng cằm. Kết quả theo dõi sau phẫu thuật 3 tháng, đa số bệnh nhân phục hồi tốt về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ.

Từ khóa: Gãy xương hàm dưới, nẹp vít, Bệnh viện Đa khoa 115 Nghệ An.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương vùng hàm mặt nói chung là một trong những loại chấn thương thường gặp, gây nên những tổn thương đa dạng, và có xu hướng ngày càng gia tăng. Có nhiều nguyên nhân gây chấn thương vùng hàm mặt như: tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt, tai nạn thể thao..., trong đó nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông. Chấn thương gãy xương hàm dưới (XHD) nói riêng chiếm tỉ lệ khoảng 40-50% trong các chấn thương gãy xương hàm mặt [1], [2].

XHD là một xương lẻ, đối xứng, tạo nên tầng mặt dưới, có nhiều điểm nhô, yếu nên rất dễ gãy khi có va đập. Gãy XHD không chỉ gây ảnh hưởng đến cấu trúc và các chức năng của vùng đầu mặt, mà còn ảnh hưởng đến thẩm mỹ chung của con người. Vì vậy, việc thăm khám tỉ mỉ và toàn diện để phát hiện sớm các triệu chứng lâm sàng sẽ giúp đánh giá đúng về thực trạng gãy XHD, từ đó lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp nhất, hạn chế các biến chứng về sau [3], [4]. Để góp phần vào việc chẩn đoán sớm, đánh giá kết quả điều trị cũng như nâng

cao chất lượng điều trị gãy XHD cho bệnh nhân, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả triệu chứng lâm sàng và đánh giá bước đầu kết quả điều trị gãy XHD bằng nẹp vít tại Bệnh viện Đa khoa 115 Nghệ An.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành tại Bệnh viện Đa khoa 115 Nghệ An từ tháng 5/2023 đến tháng 4/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán gãy XHD và điều trị bằng phương pháp phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân có đủ răng để xác định khớp cắn, đồng ý tham gia nghiên cứu và có hồ sơ đầy đủ.

*Tác giả liên hệ

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân gãy XHD do bệnh lý; có gãy xương hàm trên kết hợp; có gãy XHD vận, thiếu hồng.

2.4. Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cơ mẫu nghiên cứu: cơ mẫu toàn bộ số bệnh nhân được chẩn đoán gãy XHD điều trị nội trú trong thời gian nghiên cứu. Tổng cộng có 32 bệnh nhân đủ điều kiện để nghiên cứu.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Biến số nghiên cứu

- Tuổi: chia 4 nhóm tuổi: < 18 tuổi, 19-39 tuổi, 40-59 tuổi và ≥ 60 tuổi.

- Giới: nam, nữ.

- Nguyên nhân gãy XHD.

- Đặc điểm gãy XHD: số lượng đường gãy, vị trí đường gãy, các tổn thương phối hợp, triệu chứng lâm sàng.

- Kết quả điều trị gãy XHD.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Thu thập số liệu qua bệnh án nghiên cứu. Bệnh án nghiên cứu được thiết kế dựa trên các biến số, chỉ số nghiên cứu. Các dữ liệu được đánh giá và ghi chép vào bệnh án nghiên cứu. Quy trình thu thập số liệu như sau:

- Bước 1: Xin phép thực hiện nghiên cứu.

- Bước 2: Thiết kế phiếu điều tra và lên kế hoạch các bước thu thập thông tin.

- Bước 3: Hỏi bệnh, khám, điều trị, theo dõi, đánh giá sau điều trị và ghi nhận các thông tin cần thiết vào bệnh án nghiên cứu.

- Bước 4: Khám, đánh giá lại bệnh nhân sau 3 tháng điều trị và ghi nhận các thông tin cần thiết vào bệnh án nghiên cứu.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu thu được từ bộ câu hỏi được nhập bằng phần mềm Epidata phiên bản 3.1. Sau khi hoàn tất nhập liệu, các số liệu được làm sạch bằng cách xem xét và hiệu chỉnh các sai sót trong quá trình nhập. Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để phân tích và xử lý số liệu. Kết quả thể hiện theo dạng bảng tần số, tỉ lệ.

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của Trường Đại học Y khoa Vinh theo Quyết định số 800/QĐ-ĐHYKV-QLKH và Bệnh viện Đa khoa 115 Nghệ An. Thông tin về bệnh nhân được mã hóa và các số liệu thu được sử dụng cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu theo tuổi và giới (n = 32)

Tuổi \ Giới	Nam		Nữ		Tổng	
	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
< 18	4	12,5	2	6,2	6	18,7
19-39	14	43,8	4	12,5	18	56,3
40-59	5	15,6	1	3,1	6	18,7
≥ 60	1	3,1	1	3,1	2	6,3
Tổng	24	75,0	8	25,0	32	100

Giới tính nam chiếm 75%, nữ chiếm 25%. Nhóm tuổi nhiều nhất là từ 19-39 tuổi với tỉ lệ 56,3%; nhóm tuổi ít gặp nhất là từ 60 tuổi trở lên (6,3%).

Bảng 2. Phân bố nguyên nhân gãy XHD ở đối tượng nghiên cứu (n = 32)

Nguyên nhân gãy XHD		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tai nạn giao thông	Xe máy	27	93,7
	Xe đạp	2	
	Ô tô	1	
Tai nạn sinh hoạt		2	6,3

Nguyên nhân gãy XHD thường gặp nhất là do tai nạn giao thông (93,7%), và chủ yếu bằng phương tiện xe máy.

Bảng 3. Phân loại số đường gãy trên từng đối tượng nghiên cứu (n = 32)

Số lượng đường gãy trên XHD	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Gãy 1 đường	18	56,3
Gãy 2 đường	14	43,7

Gãy XHD 1 đường chiếm tỉ lệ cao nhất với 56,3%, gãy XHD 2 đường chiếm 43,7%, không có trường hợp nào gãy XHD phức tạp từ 3 đường trở lên.

Bảng 4. Đặc điểm vị trí đường gãy XHD ở đối tượng nghiên cứu (n = 46)

Vị trí đường gãy	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Cằm	17	37,0
Cành ngang	14	30,4
Góc hàm	9	19,6
Lồi cầu	6	13,0

Theo bảng 3, có tổng cộng 46 đường gãy. Trong tổng số 46 đường gãy, gãy vị trí vùng cằm và cành ngang hay gặp nhất, chiếm tỉ lệ lần lượt 37% và 30,4%. Không có trường hợp nào gãy cành lên và mồm vệt.

Bảng 5. Các tổn thương phối hợp trong gãy XHD (n = 17)

Tổn thương phối hợp	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Gò má cung tiếp	3	17,6
Chấn thương sọ não	7	41,2
Xương chi	5	29,4
Mắt	1	5,9
Xương đòn	1	5,9

13 bệnh nhân (40,6%) có 17 tổn thương phối hợp trong gãy XHD (có bệnh nhân có nhiều hơn 1 tổn thương phối hợp). Gãy XHD phối hợp chấn thương sọ não hay gặp nhất (41,2%).

Bảng 6. Đặc điểm về triệu chứng lâm sàng (n = 32)

Triệu chứng	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Đau	32	100
Sưng nề tụ máu	32	100
Há miệng hạn chế	32	100
Điểm đau chói	30	93,8
Rách lợi	30	93,8
Vết thương phần mềm	29	90,6
Sai khớp cắn	29	90,6
Gián đoạn cung răng	12	37,5
Dị cảm	6	18,8

Triệu chứng đau, sưng nề tụ máu, há miệng hạn chế gặp ở 100% bệnh nhân gãy XHD. Các triệu chứng điểm đau chói, rách lợi, vết thương phần mềm và sai khớp cắn gặp ở hầu hết các bệnh nhân (> 90%). Triệu chứng gián đoạn cung răng và dị cảm ít gặp hơn.

Bảng 7. Kết quả điều trị sau 3 tháng (n = 32)

Yếu tố \ Kết quả	Tốt		Khá	
	n	%	n	%
Giải phẫu	30	93,8	2	6,2
Chức năng	30	93,8	2	6,2
Thẩm mỹ	30	93,8	2	6,2
Đánh giá chung	29	90,6	3	9,4

Sau 3 tháng điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít, kết quả điều trị chung tốt 90,6%, khá 9,4%; không có kết quả kém.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu trên 32 đối tượng nghiên cứu cho thấy gãy XHD chủ yếu gặp ở nam giới với tỉ lệ nam/nữ là 3/1. Xã hội hiện đại, nam nữ bình đẳng, cùng lao động tạo ra của cải vật chất, cùng tham gia vào các phong trào xã hội, vui chơi giải trí, giao thông đi lại..., nhưng tỉ lệ chấn thương gãy xương hàm mặt nói chung và gãy XHD nói riêng ở nam lại cao hơn nhiều lần so với nữ. Sự chênh lệch này có thể giải thích là do đặc tính của giới nam là phái mạnh, ưa mạo hiểm và điều khiển phương tiện tốc độ cao, liên quan đến ý thức chấp hành luật giao thông còn kém, bên cạnh đó là tần suất sử dụng rượu bia nhiều hơn. Kết quả của chúng tôi có sự tương đồng với các nghiên cứu khác ở trong và ngoài nước. Phạm Văn Liệu (2011) khảo sát dịch tễ học lâm sàng gãy XHD tại Hải Phòng trong 8 năm cho kết quả tỉ lệ chấn thương ở nam cao gấp 4,5 lần nữ [1]; Trương Việt Hưng (2021) mô tả đặc điểm lâm sàng gãy thân XHD tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long cho tỉ lệ giới tính nam cao hơn nữ 9,2 lần [5]; Nguyễn Hồng Lợi (2023) nghiên cứu về đặc điểm gãy XHD do tai nạn giao thông tại Huế cho kết quả tỉ lệ nam hơn nữ nhiều lần (89,5% so với 10,5%) [6]; Pradeep Gupta và cộng sự (2023) đánh giá 1674 trường hợp gãy xương hàm mặt tại Bệnh viện SMS ở miền Bắc Ấn Độ cho tỉ lệ gãy XHD ở nam/nữ là 4,07/1 [2]; Hamid Hammad Enezei và cộng sự (2020) nghiên cứu trên 664 ca bệnh gãy XHD tại một thành phố ở Iraq cho kết quả tỉ lệ ở nam (80%) gấp 4 lần so với nữ (20%) [7].

Trong số 32 đối tượng nghiên cứu, người nhỏ tuổi nhất là 16, lớn tuổi nhất là 68, và lứa tuổi thường gặp nhất là từ 19-39 tuổi (56,3%). Kết quả này tương tự các nghiên cứu của Phạm Văn Liệu (2011), lứa tuổi thường gặp nhất là từ 21-40 (59,7%) [1]; Trương Việt Hưng (2021) có lứa tuổi thường gặp nhất là từ 19-39 tuổi (76,5%) [5]; Nguyễn Hồng Lợi (2023) có nhóm tuổi 19-39 chiếm tỉ lệ cao nhất (52,9%) [6]; Hamid Hammad Enezei (2020) lứa tuổi thường gặp nhất là từ 20-39 với 63% [7]. Phần lớn các nghiên cứu có chung đánh giá, lứa tuổi 19-39 là tuổi trẻ, năng động, lứa tuổi lao động chính, hay di chuyển và tham gia nhiều các hoạt động xã hội, thường tham gia giao thông nên tỉ lệ gặp chấn thương cao hơn.

Nguyên nhân gãy XHD do tai nạn giao thông hay gặp nhất với tỉ lệ 93,7%, trong đó chủ yếu là đối tượng đang sử dụng phương tiện xe máy khi gặp chấn thương 27/32 bệnh nhân). Ở Việt Nam nói riêng và các nước đang phát triển nói chung, phương tiện giao thông được ưa chuộng và sử dụng rộng rãi nhất là xe máy vì sự tiện lợi và nhỏ gọn, tuy nhiên với ý thức người dân tham gia giao thông chưa cao (tình trạng không đội mũ bảo hiểm, dùng mũ bảo hiểm kém chất lượng, sử dụng rượu bia

khi tham gia giao thông, phóng nhanh vượt ẩu...) thì nguy cơ gặp tai nạn khi tham gia giao thông là phổ biến. Kết quả này tương đồng về nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông với các nghiên cứu của Phạm Văn Liệu (73,2%) [1], Huỳnh Kim Khang (72,4%) [8]. Nghiên cứu của Pradeep Gupta và cộng sự (2023) cũng thấy nguyên nhân gây thương tích phổ biến là tai nạn giao thông đường bộ [2].

4.2. Đặc điểm lâm sàng gãy XHD

Về số lượng và vị trí đường gãy XHD, nghiên cứu của chúng tôi thu được kết quả gãy XHD 1 đường chiếm tỉ lệ cao nhất với 56,3%, gãy 2 đường chiếm 43,7%, không có trường hợp nào gãy phức tạp từ 3 đường trở lên. Trong tổng số 46 đường gãy, vị trí gặp nhiều nhất là vùng cẳng với 37%, tiếp đến là cẳng ngang và góc hàm. Kết quả này tương tự với kết quả của Phạm Văn Liệu (2011) gãy XHD 1 đường chiếm tỉ lệ cao nhất (76%), gãy vùng cẳng hay gặp nhất (49%), tiếp theo là góc hàm [1]; Huỳnh Kim Khang (2021), gãy XHD 1 đường gặp nhiều nhất với 55,3%, vị trí gãy có tỉ lệ cao nhất là vùng cẳng (39,8%), tiếp đến là góc hàm và cẳng ngang [8]. Điều này có thể giải thích là do trong cấu tạo giải phẫu của XHD thì vùng cẳng nhô ra trước nhất, dễ bị tác động lực nhất khi chấn thương, mà nguyên nhân gây chấn thương chủ yếu là tai nạn xe máy, bệnh nhân thường có xu hướng lao ra trước, xuống dưới và va đập với mặt đường. Nghiên cứu của Nguyễn Hồng Lợi (2023) cũng cho kết quả gãy XHD vùng cẳng hay gặp nhất (45%), tuy nhiên trong nghiên cứu này gãy XHD 2 đường lại có tỉ lệ gặp cao nhất (44,7%) và có 4% gãy XHD trên 3 đường hoặc nát vụn [6]. Nghiên cứu của Hamid Hammad Enezei (2020) cho kết quả gãy vị trí cẳng ngang XHD hay gặp nhất (30%) và gãy XHD từ 2 đường trở lên có tỉ lệ cao nhất (62%) [7]. Sự khác biệt này có thể do độ lớn cỡ mẫu của các nghiên cứu khác nhau, tính chất phức tạp và mức độ nghiêm trọng của tai nạn khác nhau, địa điểm thực hiện nghiên cứu nếu là ở các bệnh viện tuyến cuối thì sẽ thường xuyên phải tiếp nhận các ca bệnh nặng và phức tạp hơn.

Về đặc điểm các tổn thương phối hợp, trong nghiên cứu của chúng tôi, gãy XHD phối hợp với các chấn thương khác gặp ở 13 bệnh nhân với 17 tổn thương, trong đó phối hợp chấn thương sọ não hay gặp hơn cả (41,2%). Kết quả này tương đương kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Liệu (2011) [1] và Huỳnh Kim Khang (2021) [8]. Khô xương hàm mặt chứa đựng nhiều cơ quan giữ các chức năng quan trọng, và liên quan chặt chẽ đến sọ não, khi gặp tai nạn, một lực gây chấn thương vùng hàm mặt cũng sẽ có nguy cơ gây chấn thương sọ não, đặc biệt nếu là lực va đập mạnh. Đối với các bệnh nhân có chấn thương sọ não phối hợp, ưu tiên thăm khám điều trị vấn đề sọ não trước, cho đến khi ổn định rồi mới chuyển điều trị gãy XHD.

Về đặc điểm triệu chứng lâm sàng, các triệu chứng đau, sưng nề tụ máu, há miệng hạn chế gặp ở 100% bệnh nhân gãy XHD; các triệu chứng điếc đau chói, rách lợi, vết thương phần mềm và sai khớp cắn gặp ở hầu hết

bệnh nhân (> 90%). Triệu chứng lâm sàng quan trọng và có giá trị chẩn đoán cao trong gãy XHD là ấn đau chói bờ xương. Do cấu trúc đặc biệt của XHD nằm ngay dưới lớp niêm mạc miệng và có ít cơ che phủ nên đối với các trường hợp gãy xương hàm có di lệch thường dễ phát hiện dấu hiệu gián đoạn bờ xương từ trong khoang miệng, đây là một trong những dấu hiệu giúp chẩn đoán xác định gãy XHD. Dấu hiệu đau chói bờ xương đôi khi có thể nhầm lẫn do phụ thuộc nhiều vào cảm giác của bệnh nhân, có những trường hợp không gãy xương nhưng vẫn có cảm giác đau do chấn thương phần mềm. Triệu chứng sai khớp cắn cũng là một dấu hiệu thường gặp trong gãy XHD, tuy nhiên dấu hiệu này chỉ có tính chất gợi ý chẩn đoán chứ không thể chẩn đoán xác định. Sai khớp cắn là một trong các triệu chứng quan trọng quyết định phương pháp điều trị vì phục hồi khớp cắn là một mục tiêu điều trị quan trọng. Kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả của Phạm Văn Liệu (2011): đau chói (100%), sai khớp cắn (95,3%), sưng nề tụ máu (80,2%) [1]; Trương Việt Hưng (2021): đau chói (100%), các triệu chứng sưng nề tụ máu, há miệng hạn chế và sai khớp cắn gặp ở > 90% bệnh nhân [5]; Hamid Hammad Enezei (2020): các dấu hiệu gãy XHD thường gặp nhất là sưng nề tụ máu, há miệng hạn chế, sai khớp cắn [7].

4.3. Đánh giá kết quả bước đầu điều trị gãy XHD bằng nẹp vít

Ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít, dựa trên các tiêu chí đánh giá điều trị về yếu tố giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ cho kết quả: phục hồi yếu tố giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ đều đạt kết quả tốt (93,8%), kết quả khá (6,2%); không có kết quả kém.

Về giải phẫu, có 2 bệnh nhân (6,2%) còn sai khớp cắn ít. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ sử dụng cố định hàm sau phẫu thuật 6 tuần với trường hợp bệnh nhân có gãy lồi cầu, không áp dụng phương pháp cố định hàm sau phẫu thuật với các trường hợp còn lại để hỗ trợ lành thương nhanh hơn. Đây có thể là nguyên nhân gây di lệch thứ phát ở các trường hợp gãy phức tạp nhiều đường gãy. Các trường hợp gãy phức tạp, cần áp dụng biện pháp nắn chỉnh răng để sắp xếp lại các răng về đúng vị trí và biện pháp phục hình răng giả để thay thế các răng mất, từ đó khôi phục vị trí khớp cắn đúng, thuận lợi để bệnh nhân có thể thực hiện các chức năng một cách tốt nhất.

Sau 3 tháng điều trị, còn 2 trường hợp há miệng hạn chế vừa, mức há 3 cm ở 2 bệnh nhân có gãy XHD vị trí lồi cầu. Há miệng hạn chế thường là biến chứng của việc cố định hàm hỗ trợ lành thương sau phẫu thuật. Mỗi phương pháp điều trị đều có ưu, nhược điểm nhất định, nên khi phẫu thuật gãy XHD tùy từng trường hợp tổn thương cụ thể mà phẫu thuật viên cần cân nhắc giữa ưu, nhược điểm của việc cố định hàm để đạt được kết quả điều trị tốt nhất.

Về yếu tố thẩm mỹ, có 2 bệnh nhân sẹo mổ có thể phải sửa lại, đây là 2 trường hợp có chấn thương gãy XHD

kết hợp chấn thương phần mềm vùng hàm mặt nặng đi kèm, mặc dù chúng tôi đã dùng đường mổ đi theo vết thương để hạn chế sẹo. Trường hợp này nếu bệnh nhân mong muốn đạt thẩm mỹ khuôn mặt tốt nhất, có thể tiến hành điều trị sửa lại sẹo.

Đánh giá kết quả điều trị chung sau 3 tháng, nghiên cứu của chúng tôi có 90,6% bệnh nhân đạt kết quả điều trị tốt, 9,4% bệnh nhân đạt kết quả khá, không có kết quả kém. Nghiên cứu của Trương Việt Hưng (2021) đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy thân XHD bằng nẹp vít nhỏ sau 3 tháng cũng cho số liệu tương tự, tất cả các bệnh nhân đều có kết quả tốt (84,97%) và khá (15,03%), không có kết quả kém [5]. Kết quả này có thể cho thấy ưu điểm của hệ thống nẹp vít, với cấu tạo từ chất liệu titanium nên có tính tương hợp sinh học cao, khả năng tích hợp xương tốt, không độc tính, không bị ăn mòn, có độ cứng và dẻo thích hợp nên tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật thấp và kết quả tốt rất cao. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu nhỏ, thời gian theo dõi tái khám ngắn hạn nên các kết quả về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ trên đây chỉ mang tính chất tương đối.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bước đầu gãy XHD bằng nẹp vít tại Bệnh viện Đa khoa 115 Nghệ An, chúng tôi rút ra kết luận: gãy XHD có nguyên nhân chính là do tai nạn giao thông, gặp nhiều nhất ở nhóm 19-39 tuổi, tỉ lệ nam/nữ là 3/1; gãy XHD 1 đường hay gấp nhất; vị trí gặp nhiều nhất là vùng cằm. Các triệu chứng lâm sàng đặc trưng gồm đau, sưng nề tụ máu, há miệng hạn chế, điểm đau chói. Kết quả theo dõi sau 3 tháng điều trị, bệnh nhân phục hồi tốt cả về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ tốt.

Kết quả điều trị bước đầu gãy XHD bằng nẹp vít được đánh giá tốt trên cả 3 phương diện giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ, chứng minh hiệu quả của phương pháp này trong việc hỗ trợ lành thương và phục hồi chức năng. Cần triển khai nghiên cứu với cỡ mẫu lớn và thời gian theo dõi dài hơn để có đánh giá toàn diện hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Phan Văn Liệu, Dịch tễ học gãy xương hàm dưới nghiên cứu trong 8 năm tại Bệnh viện Việt Tiệp, Hải Phòng, Tạp chí Y học thực hành, 2011, 748 (1).
- [2] Pradeep Gupta, Shikha Bansal, Prabhu Dayal Sinwar et al, A Retrospective Study of Maxillofacial Fractures at a Tertiary Care Centre in North India: A Review of 1674 Cases, J Maxillofac Oral Surg, Sep 2023, 22 (3): 641-645.
- [3] Trương Nhật Khuê, Nghiên cứu đặc điểm gãy xương hàm dưới và đánh giá kết quả điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ giai đoạn 2009-2010, Luận án tiến sĩ y học, Viện Nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108, 2012.
- [4] Kai-Hendrik Bormann, Sarah Wild et al, Five-Year Retrospective Study of Mandibular Fractures in Freiburg, Germany: Incidence, Etiology, Treatment, and Complications, J Oral Maxillofac Surg, Jun 2009, 67 (6): 1251-5.
- [5] Trương Việt Hưng, Đặc điểm lâm sàng, X quang và kết quả phẫu thuật điều trị gãy thân xương hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long, năm 2020-2021, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2021, 41, 128.
- [6] Nguyễn Hồng Lợi, Đặc điểm gãy xương hàm dưới do tai nạn giao thông, Tạp chí Y học Việt Nam, 2023, 526, (2), 331.
- [7] Hamid Hammad Enezei, Afrah Adnan Khalil et al, A Clinical Analysis of Surgically Managed Mandibular Fractures: Epidemiology, Clinical Profile, Patterns, Treatments, and Outcomes, International Medical Journal, 2020, 27 (4), 1-4.
- [8] Huỳnh Kim Khang, Đánh giá kết quả điều trị gãy xương hàm dưới tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn, Tạp chí Y học Việt Nam, 2021, 501 (1), 4-7.