

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X QUANG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ
PHẪU THUẬT GỠ XƯƠNG HÀM DƯỚI BẰNG NẸP VÍT NHỎ
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2019-2020**

Nguyễn Tuấn Kiệt^{1*}, Lâm Nhựt Tân², Huỳnh Văn Dương³

1. Trường Cao đẳng Y Tế Cần Thơ

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

3. Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương TP. Hồ Chí Minh

*Email: nguyentuankietcdytct@gmail.com

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy xương hàm dưới là phần quan trọng trong chấn thương mặt, và việc chẩn đoán, điều trị chấn thương này vẫn là thách thức cho thầy thuốc với sự cải tiến về kỹ thuật điều trị. Sử dụng nẹp vít nhỏ để tái tạo lại cấu trúc xương hàm trước gãy có thể mang lại hiệu quả khả quan, nhưng chưa được báo đầy đủ ở Cần Thơ trong thời gian gần đây. **Mục tiêu nghiên cứu:** Bài báo này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, x quang và đánh giá kết quả kết hợp xương hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang và can thiệp lâm sàng không nhóm chứng trên 50 ca gãy xương hàm dưới được kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ. Thông tin thu thập gồm tên môi dưới, khớp cắn, vị trí gãy. Kết quả điều trị được đánh giá lúc xuất viện, sau mổ 3, 6 tháng. **Kết quả:** Tên môi dưới chiếm 48,0%. Tất cả bệnh nhân có đau, sai khớp cắn và há miệng hạn chế. Tỷ lệ gãy 1, 2, và trên 2 đường là 46,0%, 40,0% và 14,0%. Gãy cằm, góc hàm, cạnh ngang, và kiểu kết hợp chiếm 50,0%, 10,0%, 6,0%, và 34,0%. Tỷ lệ trường hợp được cố định bằng 1, 2, và >2 nẹp là 12,0%, 54,0%, và 34,0%. Kết quả điều trị khá và tốt có tỷ lệ là 74,0% và 26,0%. **Kết luận:** Đặc điểm lâm sàng và x quang có vai trò quan trọng trong chẩn đoán gãy xương hàm dưới. Sử dụng nẹp vít nhỏ để điều trị bệnh lý này có thể mang lại kết quả khả quan cho bệnh nhân.

Từ khóa: nẹp vít nhỏ, gãy xương hàm dưới, nắn chỉnh hở, kết hợp xương vững chắc

ABSTRACT

**CLINICAL CHARACTERISTICS, RADIOGRAPHIC FEATURES AND
EVALUATION ON TREATMENT RESULTS OF MANDIBULAR
FRACTURES USING MINI-PLATES AND SCREWS
AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2019-2020**

Nguyen Tuan Kiet^{1*}, Lam Nhut Tan², Huynh Van Duong³

1. Can Tho Medical College

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

3. Central Odonto-Maxillo-Facial Hospital Ho Chi Minh City

Background: Mandibular trauma accounts for a significant portion of facial fractures, and the diagnosis and management of these injuries remain challenging because of improved treatment

techniques. Using miniplates and screws to restore pretraumatic maxillomandibular orientation could bring good surgical results to the patient, but it has not been fully reported in Can Tho in recent times. **Objectives:** This article was to describe clinical features, radiographs and to evaluate the results of mandibular rigid internal fixation using mini-plates and screws. **Materials and methods:** The quasi-experimental study presented 50 mandibular fractures treated with miniplates and screws. Data were collected including lip feeling, occlusion, fracture location. Treatment results were assessed at 3, 6 months after surgery. **Results:** The rate of lower lip numbness was 48.0%. All patients had pain, malocclusion and limited jaw movement. One fracture, 2 fractures and more than 2 fractures accounted for 46.0%, 40.0% and 14.0%, severally. The incidences of the fractures were as follows: angle (10.0%), symphyses (50.0%), body (6.0%), combination type (34.0%). One (12.0%), 2 (54.0%) or more than 2 (34.0%) miniplates were used for rigid fixation. The rates of fair and good treatment results were 74.0% and 26.0%, respectively. **Conclusion:** Clinical characteristics and radiographic features play an important role in diagnosing of mandibular fractures. Using miniplates and screws for the management of mandibular fractures was able to improve treatment outcomes.

Keywords: miniplates and screws, mandibular fractures, open reduction, rigid fixation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương hàm dưới là tổn thương thường gặp, được báo cáo với tỉ lệ khá cao từ 33,6% đến 71,27% [7], [8]. Về lâm sàng và x quang, bệnh thường biểu hiện khá phức tạp, tùy thuộc vào mức độ cũng như kiểu gãy của xương. Bệnh thường gây đau, sưng nề, sai khớp cắn [1], [2] há miệng hạn chế [10], có nhiều kiểu di lệch khác nhau trên x quang, có khi có hình ảnh chồng lấp, làm sai lệch chẩn đoán [10]. Nắn chỉnh hở, cố định xương vững chắc bằng vít nén, nẹp nén, nẹp tái tạo hay nẹp vít nhỏ được áp dụng trong trường hợp xương gãy không thuận lợi, hay di lệch nhiều [9], [10]. Tuy vậy, bệnh nhân được điều trị bằng nẹp vít nhỏ vẫn có biến chứng và di chứng phức tạp như chậm liền xương, sai khớp cắn, khớp giả, loại nẹp [7], [9], [10]. Kết quả điều trị gãy xương hàm dưới vẫn còn là vấn đề đang được các phẫu thuật viên hàm mặt quan tâm. Trong những năm gần đây, có nhiều nghiên cứu về điều trị gãy xương hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ đem lại hiệu quả cao [2], [4]. tại Cần Thơ trong 5 năm gần đây chưa có nghiên cứu nào để đánh giá hiệu quả sử dụng nẹp vít nhỏ trong điều trị gãy xương hàm dưới. Do đó, đề tài này được thực hiện với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, x quang của trường hợp gãy xương hàm dưới tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ và đánh giá kết quả kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng: Bệnh nhân được chẩn đoán có gãy xương hàm dưới và được phẫu thuật điều trị kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

- Tiêu chuẩn chọn: gãy có di lệch, nắn chỉnh kín không thành công hoặc bệnh nhân không muốn nắn chỉnh kín và cố định bằng cung cao su từ 18 tuổi trở lên đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân nhập viện muộn hơn 14 ngày, gãy kiểu vụn hoặc mất đoạn, gãy do bệnh lý, gãy xương tầng giữa mặt có liên quan đến khớp cắn hoặc bệnh nhân có các bệnh lý nội khoa chống chỉ định phẫu thuật hoặc chống chỉ định gây mê đường mũi.

- Thời gian và địa điểm: tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 02/2019 đến 4/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.
- Cỡ mẫu: 50 bệnh nhân gãy xương hàm dưới theo tiêu chuẩn.
- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.
- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm lâm sàng: tê môi cằm; sưng nề; dấu hiệu đau chói; khớp cắn; há miệng hạn chế. Bên cạnh đó, phim toàn cảnh và CT-Scanner (khi có gãy phức tạp) được sử dụng để thu thập thông tin về: vị trí gãy; gãy không hoàn toàn, hoàn toàn hay vụn; di lệch xương gồm không di lệch, di lệch ít (≤ 1 mm), di lệch nhiều (>1 mm); số đường gãy.

+ Phương pháp điều trị: bệnh nhân được gây mê nội khí quản qua mũi, phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ tại đường kết hợp xương lý tưởng của Champy [10].

+ Đánh giá kết quả điều trị: tại thời điểm xuất viện, 1 tháng và 3 tháng sau mổ. Các thông tin thu thập gồm: tình trạng khớp cắn; cảm giác tê môi cằm; độ há miệng; kết quả di lệch xương; nhiễm trùng vết mổ; khớp cắn đúng, sai ít, nhiều; các giai đoạn liền xương (giai đoạn 1 không có sự thay đổi trên phim, không có sự can - xi hóa giữa các đường gãy, có một đường thấu quang ở đường gãy; giai đoạn 2 tìm thấy hình ảnh tiêu xương và có sự tăng vùng thấu quang ở vị trí đường gãy; giai đoạn 3 có hình ảnh can - xi hóa giữa các đường gãy, có sự tạo xương ở đường gãy và giai đoạn 4 không có hình ảnh thấu quang ở vị trí đường gãy, quan sát thấy hình ảnh liền xương, không còn phân biệt đường gãy).

- Đánh giá kết quả chung gồm:

+ Tốt: khi xương liền tốt, mặt cân xứng, khớp cắn đúng, há miệng >40 mm
+ Khá: khi xương liền, di lệch ít, khớp cắn sai ít, há miệng 30-40mm, mặt biến dạng ít
+ Kém: khi xương liền kém hay không liền, sai khớp cắn nhiều, há miệng <30 mm, mặt biến dạng [4].



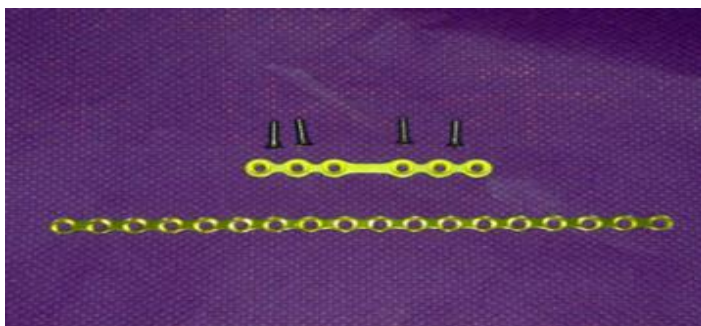
Hình 1: Xử dụng nẹp vít nhỏ kết hợp xương hàm dưới [10]

(Nguồn: *Textbook of Advanced Oral, Maxillofacial Surgery*, 2013)

Đối tượng và công cụ thu thập số liệu:

- Đối tượng: Người thực hiện phẫu thuật và đánh giá kết quả là bác sỹ chuyên khoa răng hàm mặt của bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ. Người thực hiện thu thập số liệu là người thực hiện đề tài.

- Công cụ: Nẹp vít nhỏ của hãng Jeil (mã nẹp 20-ST-018, mã vít 20-MN010, 20-MN-008)



Hình 2: Bộ nẹp, vít nhỏ sử dụng trong phẫu thuật

Phương pháp xử lý số liệu: Dữ liệu được thu thập, lưu vào máy tính, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0, theo phương pháp thống kê y học. Sử dụng kiểm định chi bình phương để đánh sự khác biệt với mức ý nghĩa thống kê 5%.

Kiểm soát sai số: Phẫu thuật cùng một e kíp, kết quả lâm sàng được đánh giá bởi một bác sĩ kinh nghiệm ngoài e kíp phẫu thuật đánh giá, kết quả X quang được đọc bởi bác sĩ chẩn đoán hình ảnh giàu kinh nghiệm của Khoa Chẩn đoán hình ảnh

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Y đức Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 50 bệnh nhân gãy xương hàm dưới, kết quả cho thấy nam và nữ có tỉ lệ là 86,0% và 14,0%, trung bình $30,9 \pm 11,1$ tuổi, nam là $31,1 \pm 11,1$ tuổi, nữ là $29,5 \pm 12,2$ tuổi. Trong đó độ tuổi từ 18-39 và 40-60 chiếm tỉ lệ tương ứng là 80% và 20%. Đa số (94%) gãy xương do tai nạn giao thông.

1. Đặc điểm lâm sàng, X quang

Trong khảo sát này, tất cả bệnh nhân (100%) đều có sưng, đau, há miệng hạn chế và sai khớp cắn. Bên cạnh đó, 24 (48%) trường hợp tê môi dưới, cằm, chủ yếu ở nhóm gãy xương vùng cạnh ngang hay góc hàm, nơi ảnh hưởng trực tiếp đến dây thần kinh răng dưới.

Bảng 1. Số đường gãy và vị trí gãy xương hàm dưới (n=50)

Nội dung		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Số đường gãy	1 đường gãy	24	48,0
	2 đường gãy	19	38,0
	Trên 2 đường gãy	7	14,0
Vị trí gãy xương	Gãy góc hàm	6	12,0
	Gãy cằm	25	50,0
	Gãy cạnh ngang	3	6,0
	Gãy kết hợp	16	32,0

Nhận xét: đa số bệnh nhân (48%) có 1 đường gãy, (38%) có hai đường gãy xương. Trong 50 bệnh nhân, gãy cạnh ngang ít nhất (6%), trong khi gãy cằm chiếm đa số (50%).

2. Kết quả điều trị

Tỷ lệ sử dụng 2 nẹp kết hợp xương thường gặp nhất với 54%, nhiều hơn 2 nẹp là 32,% và sử dụng 01 nẹp là 14%.

Bảng 2. Số nẹp sử dụng trong can thiệp phẫu thuật theo vị trí gãy

Vị trí gãy	1 nẹp n (%)	2 nẹp n (%)	Hơn 2 nẹp n (%)	p
Gãy góc hàm	5 (83,3)	1 (16,7)	0 (0)	0,001*
Gãy cằm	0 (0)	22 (88,0)	3 (12,0)	
Gãy cạnh ngang	2 (66,7)	1 (33,3)	0 (0)	
Gãy kết hợp	0 (0)	3 (18,7)	13 (81,3)	

* Sử dụng kiểm định Chi bình phương

Nhận xét: Ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về số nẹp sử dụng tại các vị trí gãy xương hàm dưới, $p < 0,05$.

Bảng 3. Cách can thiệp răng trên đường gãy và phương pháp cố định hàm (n=50)

Yếu tố		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Xử trí răng trên đường gãy	Nhổ răng	15	30,0
	Giữ răng lại	35	70,0
Phương pháp cố định hàm	Buộc nốt Ivy	18	36,0
	Buộc cung cao su	18	36,0
	Không cố định hàm	14	28,0

Nhận xét: Đa số các trường hợp (70%) răng tại vị trí gãy được giữ lại khi phẫu thuật. Số bệnh nhân có cố định cung cao su hay nốt chỉ thép Ivy để cố định tạm sau mổ là lần lượt là 36%. Sự khác biệt về phương pháp cố định hàm nhằm ổn định khớp cắn sau mổ không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4. Biến chứng tại các thời điểm đánh giá

Biến chứng		Sau mổ n (%)	Sau mổ 1 tháng n (%)	Sau mổ 3 tháng n (%)	p
Khớp cắn	Đúng	27 (54,0)	49 (98,0)	50 (100)	<0,001*
	Sai ít	23 (46,0)	1 (2,0)	0 (0,0)	
	Sai nhiều	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Tê môi dưới, cằm	Không tê	26 (52,0)	26 (52,0)	48 (96,0)	<0,001
	Tê ít	24 (48,0)	24 (48,0)	2 (4,0)	
Há miệng hạn chế	Không há miệng hạn chế	0 (0,0)	47 (94,0)	50 (100)	-
	Há miệng hạn chế	50 (100)	3 (6,0)	0 (0,0)	

Sử dụng kiểm định Chi bình phương sự khác biệt

* So sánh sai khớp cắn ở thời điểm xuất viện và sau mổ 1 tháng.

Nhận xét: Sau 3 tháng điều trị tỷ lệ sai khớp cắn, tê môi cằm, há miệng hạn chế giảm đáng kể.

Bảng 5. Đánh giá độ liền xương sau 3 tháng phẫu thuật (n=50)

Độ liền xương	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Liền xương giai đoạn 1	0	0
Liền xương giai đoạn 2	2	4,0
Liền xương giai đoạn 3	47	94,0
Liền xương giai đoạn 4	1	2,0

Nhận xét: Sau 3 tháng điều trị, trường hợp liền xương giai đoạn 3 chiếm đa số (94,0%), giai đoạn 2 và 4 tương đối hiếm với tỉ lệ tương ứng là 4% và 2%.

Bảng 6. Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy xương hàm dưới

Kết quả phẫu thuật gãy xương hàm dưới	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tốt	1	2,0
Khá	47	94,0
Kém	2	4,0
Tổng	50	100

Nhận xét: Kết quả điều trị chung cho thấy tỉ lệ bệnh có kết quả khá là 94,0%, tốt là 2,0% và kém là 4,0%.

IV. BÀN LUẬN

Xương hàm dưới là xương thấp, lớn, khỏe nhất ở mặt, cũng là xương duy nhất của hộp sọ có thể cử động được. Gãy xương hàm dưới ảnh hưởng nhiều đến các hoạt động chức năng cũng như cận chức năng của miệng. Tác giả Trần Quốc Khánh (2013) [3] đã khảo sát những bệnh nhân này và ghi nhận các triệu chứng sưng nề, sai khớp cắn, há miệng hạn chế và đau chói có tỉ lệ là 88,3%, 73,3%, 51,7% và 100%. Tương tự, trong nghiên cứu gãy xương hàm dưới kiểu phức tạp của Trần Minh Triết (2018) [5] thấy sưng nề, đau chói bờ xương, há miệng hạn chế và sai khớp cắn chiếm 82,2%, 93,3%, 80% và 100%. Các kết quả này khá đồng nhất với nghiên cứu của chúng tôi. Như vậy, các triệu chứng lâm sàng của gãy xương hàm dưới thường có biểu hiện khá rõ, nhất quán, là yếu tố đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán bệnh lý này.

Dấu hiệu trên phim x quang là thông tin không thể thiếu trong quá trình khám bệnh, giúp bác sĩ lập kế hoạch điều trị cho bệnh nhân. Theo y văn, gãy một đường có tỉ lệ từ 46,7% đến 74,4% [3], [4], [6], [11], hai đường chiếm 40% [11], tương ứng với kết quả khảo sát của chúng tôi. Tuy nhiên, theo Trần Quốc Khánh (2013) [3], gãy hai đường chiếm 50%, đồng thời Yi-Tzu Chen (2020) [11] cũng thấy có 27,3% gãy phối hợp trên hai đường (hay gãy vụn), cao hơn quan sát này của chúng tôi. Số đường gãy trên phim x quang thay đổi tùy vào dân số nghiên cứu, nguyên nhân chấn thương [10], là dấu hiệu quan trọng giúp phẫu thuật viên chọn số nẹp và phương án can thiệp thích hợp.

Tại mỗi vị trí ở xương hàm dưới có những tỷ lệ chấn thương khác nhau. Tác giả Trương Nhật Khuê nghiên cứu những bệnh nhân gãy xương hàm dưới tại Cần Thơ năm 2011, kết quả cho thấy gãy cằm có tỉ lệ 37,5%, góc hàm là 25,0%, gãy kết hợp chiếm 16,28% [4]. Bên cạnh đó, khảo sát 420 bệnh nhân này tại Đài Loan trong 10 năm thấy tỉ lệ gãy cằm và góc hàm là 39,2% và 13,3% [11], khá phù hợp với quan sát của chúng tôi (bảng 1). Điều này cho thấy sau thời gian khá dài, vị trí gãy trên xương hàm dưới có sự thay đổi không đáng kể. Đồng thời, tại mỗi vị trí gãy có những cấu trúc cũng như đặc điểm cơ sinh học

khác nhau, [10] là yếu tố quan trọng có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị cũng như các biến chứng trong quá trình phẫu thuật [9].

Bên cạnh đó, gãy xương hàm dưới cần được nắn chỉnh và cố định càng chắc càng tốt, nhằm giúp xương liền đúng vị trí. Với sự phát triển nẹp vít ngày nay, điều trị triệt để với nắn chỉnh kín và kết hợp xương vững chắc càng được khuyến cáo áp dụng, đặc biệt trong các trường hợp xương di lệch nhiều hay gãy không thuận lợi [2], [5], [7]. Trong đó, nẹp vít nhỏ đã được sử dụng khá phổ biến, có thể giúp chóng được lực xoắn, xoay trong quá trình bệnh nhân vận động hàm khi thực hiện vận động chức năng hay cần chức năng [10]. Ngày nay, hệ thống nẹp vít này cũng như các kỹ thuật kết hợp xương luôn được cải tiến làm nâng cao chất lượng, hiệu quả điều trị người bệnh.

Những trường hợp xương gãy không thuận lợi hay di lệch nhiều, phẫu thuật viên cần thực hiện cố định hàm nhằm hỗ trợ cho quá trình liền thương. Trong nghiên cứu của Trương Nhật Khuê (2011) [4] có đến 32,55% trường hợp sử dụng nẹp vít nhỏ có hỗ trợ cố định hàm. Tuy nhiên, điều trị bệnh lý này thường hiếm gặp biến chứng phẫu thuật. Khi quan sát bệnh này, Yi-Tzu Chen (2020) [11] thấy chỉ 5,6% có biến chứng, trong đó 80% nhiễm trùng, 6,6% bị lỏng nẹp, 6,6% chảy máu vết mổ, 6,6% bị liệt môi dưới, phù hợp với dữ liệu chúng tôi thu thập được tại Cần Thơ. Do đó, việc sử dụng hợp lý nẹp vít tương xứng với mức độ chấn thương là một trong những yếu tố quan trọng nhằm hạn chế biến chứng phẫu thuật.

Về kết quả điều trị, mức độ liền thương xương được xem là kết quả quan trọng cuối cùng cần được theo dõi liên tục sau thời gian kết hợp xương. Năm 2011, trong nghiên cứu của mình, tác giả Trương Nhật Khuê ghi nhận sau 3 tháng tỷ lệ liền xương chủ yếu ở giai đoạn 2 với 74,42% và giai đoạn 3 là 25,58% [4], thấp hơn nhiều so với kết quả khảo sát của chúng tôi (bảng 5). Nhìn chung, kết hợp xương bằng nẹp vít titanium được Trần Quốc Khánh (2013) [3] báo cáo có kết quả tốt đến 90%, cao hơn kết quả nghiên cứu này (bảng 6). Điều này do tác giả chọn những bệnh nhân có kiểu gãy không quá phức tạp nhằm so sánh với nhóm mẫu được kết hợp xương bằng nẹp tự tiêu. Tóm lại, bệnh nhân gãy xương hàm dưới khi được đánh giá chi tiết, chọn lựa phương pháp can thiệp hợp lý, kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ có thể giúp bệnh nhân có kết quả điều trị tốt cao, ít biến chứng sau điều trị.

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 50 trường hợp gãy xương hàm dưới được kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ tại Cần Thơ, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân tê môi cảm là 48,0%, tất cả trường hợp đều đau, sai khớp cắn và há miệng hạn chế. Gãy xương hàm dưới 1 đường chiếm 48,0%, gãy 2 đường chiếm 38,0% và gãy trên 2 đường chiếm 14,0%. Trong đó, gãy cằm, góc hàm, cạnh ngang và kết hợp có tỷ lệ tương ứng là 50,0%, 12,0%, 6,0% và 32,0%. Sau 3 tháng hầu hết đối tượng không có biến chứng đáng kể. Về mức độ liền xương, sau 3 tháng cho thấy tỷ lệ liền xương giai đoạn 3, 4 tương ứng là 94% và 2%. Kết quả điều trị chung sau 3 tháng đạt tốt (2%) và khá (94%) và kém là (4,0%). Tóm lại, điều trị gãy xương hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ có kết quả ít biến chứng, có thể mang lại hiệu quả khả quan, nâng cao chất lượng cuộc sống cho nhóm bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hồ Nguyễn Thanh Chơn (2016), *Điều trị gãy cổ lồi cầu xương hàm dưới bằng kết hợp xương qua đường miệng với nội soi hỗ trợ*, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. Hồ Nguyễn Thanh Chơn, Lâm Hoài Phương (2007), “Đánh giá hiệu quả điều trị gãy xương hàm dưới bằng hệ thống nẹp- vít nén”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 11 (2), tr. 252-257.
3. Trần Quốc Khánh (2013), *Nghiên cứu áp dụng nẹp vít tự tiêu trong điều trị gãy xương hàm dưới*, Luận án tiến sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
4. Trương Nhật Khuê, Trần Linh Nam, Nguyễn Bá Trí (2011), “Kết hợp xương nẹp vít nhỏ điều trị gãy xương hàm dưới tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ”, *Tạp chí Y học thực hành (760)*, Số 4/2011, tr. 41-44.
5. Trần Minh Triết, Trương Nhật Khuê (2018), “Đánh giá kết quả điều trị gãy phức tạp xương hàm dưới vùng cằm bằng nẹp vít nhỏ tại bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ”, *Tạp chí Y dược Cần Thơ*, Số 16/2018, tr. 1-6.
6. Lê Phong Vũ, Lê Đức Lánh (2011), “Dịch tễ lâm sàng và điều trị gãy xương hàm dưới tại bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang từ năm 2006 đến 2010”, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 15 phụ bản số 2/2011, tr. 208-212.
7. Kumar GB, Dhupar V, Akkara F, Kumar SP (2015), “Patterns of maxillofacial fractures in goa”, *J Maxillofac Oral Surg*, 14(2), pp. 138-41.
8. Sunita Malik, Gurdarshan Singh, Gagandeep Kaur (2017), “Orofacial trauma in rural India: A clinical study”, *Chin J Traumatol*. 20(4), pp. 216–221.
9. Y. Nabil (2016), "Evaluation of the effect of different mandibular fractures on the temporomandibular joint using magnetic resonance imaging: five years of follow-up", *Int. J. Oral Maxillofac. Surg*, 45(11), pp. 1495-1499.
10. John S. Vorrasi, et al (2018), “Diagnosis and Management of Mandible Fractures”. In: Fonseca, Raymond J, et al. *Oral and Maxillofacial Surgery*. 3rd, Vol 2. Elsevier, Inc. St. Louis, Missouri, USA, pp. 146-173.
11. Yi-Tzu Chen, Yu-Wei Chiu, et al (2020), “Ten-year retrospective study on mandibular fractures in central Taiwan”. *J Int Med Res*. 48(7), pp. 1-8.

(Ngày nhận bài: 16/08/2020 - Ngày duyệt đăng: 16/09/2020)
