

DOI: 10.58490/ctump.2025i88.3772

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X QUANG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠY XƯƠNG HÀM DƯỚI VÙNG CẨM VÀ GÓC HÀM BẰNG NẸP VÍT NHỎ**Nguyễn Quốc Kỳ^{1*}, Phùng Thanh Uyên¹, Trần Linh Nam², Trần Minh Triết², Phùng Hải Vân³, Trần Thị Phương Đan¹, Trương Nhật Khuê¹**

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

3. Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

*Email: nguyenguocky3333@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/3/2025

Ngày phản biện: 04/6/2025

Ngày duyệt đăng: 25/6/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy xương vùng cằm và góc hàm chiếm tỷ lệ cao trong chấn thương hàm mặt. Phương pháp điều trị bằng nẹp vít nhỏ là kỹ thuật được áp dụng rộng rãi. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, X-quang của bệnh nhân gãy cằm và góc hàm. Đánh giá kết quả điều trị gãy cằm và góc hàm 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 bệnh nhân gãy vùng cằm và góc hàm được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 4/2023 đến 04/2025. **Kết quả:** Bệnh nhân chủ yếu nam giới (80%), nhiều nhất nhóm tuổi 19-39 (64%). Triệu chứng lâm sàng gồm đau chói (98%), gián đoạn xương (90%), sưng nề (92%), gián đoạn cung răng (94%), tổn thương răng (80%), sai khớp cắn (100%), hở miệng hạn chế (84%). Hình ảnh CT dựng hình 3D xác định vị trí 2 đoạn gãy chủ yếu đối bên (64%), gãy hở (96%). Kiểu gãy chủ yếu gãy hoàn toàn: cằm (90%) và di lệch < 3mm (56%); góc hàm (88%) và di lệch < 3mm (62%). Sau phẫu thuật 3 tháng, kết quả tốt về giải phẫu: 78%; chức năng: 90%; thẩm mỹ: 74%. **Kết luận:** Gãy vùng cằm và góc hàm chủ yếu xảy ra ở nam giới, độ tuổi từ 19-39. Các triệu chứng lâm sàng, X-quang đa dạng, chủ yếu các đường gãy đối bên, gãy hoàn toàn và di lệch < 3mm. Điều trị bằng nẹp vít nhỏ mang lại kết quả tốt về mặt giải phẫu, chức năng, thẩm mỹ cho bệnh nhân.

Từ khóa: gãy cằm và góc hàm, gãy xương hàm dưới, nẹp vít nhỏ.**ABSTRACT****CLINICAL, RADIOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND RESULTS OF TREATMENT OF MANDIBULAR FRACTURES IN THE SYMPHYSEAL AND ANGLE REGIONS WITH MINI-PLATE****Nguyen Quoc Ky^{1*}, Phung Thanh Uyen¹, Tran Linh Nam², Tran Minh Triet², Phung Hai Van³, Tran Thi Phuong Dan¹, Truong Nhat Khue¹**

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho Central General Hospital

3. Pham Ngoc Thach University of Medicine

Background: Fractures of the mandibular symphysis and angle account for a significant proportion of maxillofacial trauma cases. The treatment method using miniplate fixation is a widely applied technique. **Objectives:** To describe the clinical and radiographic features of mandibular symphysis and angle fractures; To evaluate the treatment outcomes of mandibular symphysis and angle Fractures using Miniplates and Screws. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study combined with an uncontrolled clinical intervention was conducted on 50 patients with mandibular symphysis and angle fractures who underwent surgical treatment at Can Tho Central General Hospital from April 2023 to

March 2025. **Results:** Most patients were male (80%), with the highest prevalence in the 19–39 age group (64%). Clinical symptoms included severe pain (98%), bone discontinuity (90%), swelling (92%), dental arch disruption (94%), dental injuries (80%), malocclusion (100%), and restricted mouth opening (84%). 3D reconstructed CT imaging identified that the most common fracture pattern involved contralateral fractures (64%) and open fractures (96%). The predominant fracture type was complete fractures: symphysis (90%) with displacement < 3 mm (56%) and angle (88%) with displacement < 3 mm (62%). At the three-month postoperative follow-up, good outcomes were observed in terms of anatomical restoration (78%), function (90%), and aesthetics (74%). **Conclusion:** Mandibular symphysis and angle fractures predominantly occur in males aged 19–39 years. Clinical and radiographic features are diverse, with a high prevalence of contralateral fractures, complete fractures, and minimal displacement (<3 mm). Miniplate fixation provides favorable outcomes in terms of anatomical restoration, functional recovery, and aesthetic improvement.

Keywords: symphyseal and angle fractures, mandibular fracture, mini-plate fixation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Do vị trí giải phẫu nhô ra của khuôn mặt, chấn thương hàm mặt thường được nhìn thấy trong các trường hợp chấn thương. Trong số các loại gãy xương hàm mặt, gãy xương hàm dưới là một trong những loại phổ biến nhất, chỉ đứng sau gãy xương mũi và xương gò má [1]. Gãy xương vùng cằm và góc hàm là một dạng chấn thương thường gặp trong gãy xương hàm dưới. Đây là những chấn thương phức tạp có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng ăn nhai, nói, và thẩm mỹ của người bệnh. Khi gãy xương hàm dưới, di lệch nguyên phát do lực chấn thương gây ra kèm theo di lệch thứ phát do sự co kéo của các cơ khiến tình trạng ồ gãy càng trầm trọng hơn [2].

Ngày nay, phương pháp điều trị ngày càng tiến bộ từ cố định vững chắc bằng nẹp vít nén và đặc biệt hơn là bán cố định bằng hệ thống nẹp vít nhỏ. Hệ thống nẹp vít nhỏ dù ra đời muộn nhưng có rất nhiều ưu điểm: dễ sử dụng, sử dụng đường rạch phẫu thuật trong miệng không để lại sẹo ngoài, giảm nguy cơ tổn thương thần kinh mặt, lực cố định xương vững chắc đủ khả năng bất động xương ở hai đầu [3].

Hiện chưa có nhiều nghiên cứu trên những bệnh nhân gãy xương hàm dưới vùng cằm và góc hàm. Với mục đích cải thiện kết quả điều trị và để tối ưu hóa quá trình phục hồi chức năng sau chấn thương, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính và đánh giá kết quả điều trị gãy xương vùng cằm và góc hàm bằng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán gãy xương hàm dưới vùng cằm và góc hàm, được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 04/2023-04/2025.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân gãy xương hàm dưới vùng cằm và góc hàm đơn thuần, gãy lần đầu; không có đường gãy phối hợp với gãy tầng mặt giữa, được điều trị bằng phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân đến muộn hơn 14 ngày; có các bệnh nội khoa chống chỉ định phẫu thuật; gãy xương hàm dưới kèm gãy xương hàm trên, gãy gò má; gãy xương hàm dưới phức tạp, gãy mất đoạn xương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang và can thiệp lâm sàng không nhóm chứng
- **Cỡ mẫu:** 50 bệnh nhân
- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện
- **Nội dung nghiên cứu:**

Đặc điểm lâm sàng: Sưng nề, đau nhói, vết thương vị trí gãy, gián đoạn bờ xương, gián đoạn cung răng, tổn thương răng, sai khớp cắn, rối loạn cảm giác, há miệng hạn chế.

Đặc điểm X quang: tính chất gãy, kiểu gãy, di lệch, hướng di lệch, răng khôn hàm dưới.

Đánh giá kết quả điều trị sau 3 tháng về các tiêu chí giải phẫu, thẩm mỹ, chức năng.

+ Đánh giá giải phẫu:

Tốt: Xương liền tốt, không biến dạng, tiếp xúc 2 đầu gãy tốt (di lệch <1mm)

Khá: Xương liền, có biến dạng ít, tiếp xúc 2 đầu gãy di lệch 1-2mm.

Kém: Xương liền kém hay không liền, biến dạng, tiếp xúc 2 đầu gãy di lệch >2mm.

+ Đánh giá chức năng:

Tốt: Không đau khi vận động hàm, khớp cắn đúng, há miệng ≥ 40 mm.

Khá: Đau ít khi thực hiện 1 vận động, khớp cắn lệch nhẹ, $20\text{mm} \leq \text{há miệng} \leq 40\text{mm}$.

Kém: Đau nhiều khi thực hiện kết hợp ≥ 2 vận động, khớp cắn lệch nhiều hoặc cắn hở, há miệng $\leq 20\text{mm}$.

+ Đánh giá thẩm mỹ:

Tốt: Mặt cân đối, xương và phần mềm tại chỗ không biến dạng.

Khá: Mặt cân đối, xương và phần mềm tại chỗ có thể có biến dạng nhẹ.

Kém: Mặt không cân đối, xương và phần mềm tại chỗ biến dạng nhiều.

- **Quy trình phẫu thuật**

+ Bệnh nhân được vô cảm bằng gây mê nội khí quản qua đường mũi kết hợp với gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2% có chứa Epinephrine 0,001% tại vị trí gãy và vị trí sẽ rạch tạo vạt.

+ Sát trùng và trải khăn vô trùng.

+ Đường vào phẫu thuật: Đường rạch trong miệng: sử dụng cho hầu hết các đường gãy vùng cằm, cạnh ngang và góc hàm. Tạo đường rạch cách ranh giới niêm mạc di động – cố định khoảng 5mm, đầu tiên rạch qua niêm mạc chiều dài tạo vạt dự kiến sau đó rạch thẳng góc qua lớp cơ và màng xương để bộc lộ xương.

+ Lật vạt dưới màng xương bộc lộ đường gãy.

+ Nạo sạch mô hạt viêm, mô xơ giữa hai đầu gãy, bơm rửa bằng dung dịch Betadine pha loãng với dung dịch nước muối sinh lý 0,9%.

+ Nhỏ răng trên đường gãy (nếu cần).

+ Nắn chỉnh xương đúng giải phẫu, kiểm tra khớp cắn đúng.

+ Cố định xương gãy: kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ theo sự di lệch của đường gãy, ưu tiên kết hợp xương vùng cằm trước, sau đó tiến hành kết hợp xương vùng góc hàm. Kiểm tra khớp cắn trong suốt quá trình phẫu thuật.

Vùng cằm: kết hợp xương sử dụng 2 nẹp nhỏ dài tối thiểu 5 lỗ, sử dụng vít dài 8mm cho nẹp phía trên, vít dài 10mm cho nẹp phía dưới, mỗi bên đường gãy tối thiểu 2 vít.

Vùng góc hàm: kết hợp xương bằng 1 nẹp nhỏ dài tối thiểu 5 lỗ, sử dụng vít dài 8mm cho đầu gãy mang răng và vít dài 10mm cho đầu gãy còn lại, mỗi bên đường gãy tối thiểu 2 vít.

+ Vết mổ được bơm rửa dung dịch Betadine pha loãng nước muối sinh lý 0,9% và rửa sạch lại với nước muối sinh lý 0,9 % trước khi khâu đóng 1 lớp chỉ vicryl 3.0 mũi đơn, ngoài da khâu silk 5.0.

- **Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:** Phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân, khám lâm sàng để đánh giá trước và sau điều trị. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20. Biến định tính được mô tả dưới dạng tần suất và tỷ lệ. Biến định lượng mô tả dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn nếu có phân phối chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị nếu không có phân phối chuẩn. So sánh sự khác biệt giữa hai tỷ lệ dựa vào phép kiểm Chi-squared/Fisher exact test. Với khoảng tin cậy 95%, giá trị $<0,05$ là có ý nghĩa thống kê.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Y Dược Cần Thơ phê duyệt số 23.312.HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân gãy xương hàm dưới vùng cằm và góc hàm

Trong 50 bệnh nhân của mẫu nghiên cứu, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $29,86 \pm 12,28$, độ tuổi thấp nhất là 16 và cao nhất là 59. Nhóm tuổi có tỷ lệ chấn thương cao nhất là từ 19-39 tuổi, chiếm 64%, tiếp theo là nhóm từ 40-59 tuổi với 20%, và nhóm 16-18 tuổi chiếm 16%. Về giới tính, nam giới chiếm 80%, trong khi nữ giới chiếm 20%. Đối với nhóm nghề nghiệp, lao động chân tay chiếm tỷ lệ cao nhất với 72%, tiếp theo là học sinh - sinh viên (18%), và lao động trí óc chiếm tỷ lệ thấp nhất (10%). Nguyên nhân chủ yếu gây chấn thương trong nghiên cứu là tai nạn giao thông (90%), tiếp theo là bạo lực (8%) và tai nạn sinh hoạt chiếm tỷ lệ thấp nhất (2%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, CT scan của bệnh nhân gãy xương hàm dưới vùng cằm và góc hàm

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sưng nề	46	92
Đau chói	49	98
Gián đoạn xương	45	90
Gián đoạn cung răng	47	94
Tổn thương răng	40	80
Sai khớp cắn	50	100
Rối loạn cảm giác	15	30
Há miệng hạn chế	42	84

Nhận xét: Trong 50 bệnh nhân nghiên cứu, triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất là sai khớp cắn (100%), tiếp theo đó là đau chói chiếm 98%. Nghiên cứu có 47 bệnh nhân gián đoạn cung răng (94%), sưng nề (92%), gián đoạn xương (90%). Triệu chứng rối loạn cảm giác chiếm tỷ lệ thấp nhất (30%).

Bảng 2. Đặc điểm trên phim CT scan

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vị trí gãy giữa cằm và góc hàm	Cùng bên	8	16
	Đối bên	32	64
	Cằm giữa – góc hàm (P)	6	12
	Cằm giữa – góc hàm (T)	4	8
Tính chất gãy	Gãy kín	2	4
	Gãy hở	48	96
Kiểu gãy ở cằm	Hoàn toàn	45	90
	Không hoàn toàn	5	10

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Di lệch ở cằm	Không	14	28
	< 3 mm	28	56
	> 3 mm	8	16
Kiểu gãy ở góc hàm	Hoàn toàn	44	88
	Không hoàn toàn	6	12
Di lệch ở góc hàm	Không	14	28
	< 3 mm	31	62
	> 3 mm	5	10

Nhận xét: Trong tổng số 50 bệnh nhân, phần lớn là gãy xương đối bên (64%), gãy cùng bên chiếm 16%, gãy hở chiếm tỷ lệ cao (96%), trong khi gãy kín chỉ chiếm 4%. Có 45 bệnh nhân gãy hoàn toàn ở cằm chiếm 90%, 5 bệnh nhân còn lại gãy không hoàn toàn ở cằm. Đối với vị trí góc hàm, gãy hoàn toàn chiếm 88%, không hoàn toàn chiếm 12%. Di lệch ở cả hai vị trí với di lệch < 3mm chiếm ưu thế cụ thể là 62% ở góc hàm và 56% ở cằm, tuy nhiên có 8 bệnh nhân di lệch > 3mm ở cằm và 5 bệnh nhân di lệch > 3mm ở góc hàm.

3.3. Kết quả điều trị của bệnh nhân gãy xương hàm dưới vùng cằm và góc hàm

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng, X quang sau mổ của bệnh nhân gãy cằm và góc hàm

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sai khớp cắn	Đúng	44	88
	Sai ít	6	12
Biên độ há miệng	≥40mm	7	14
	20 - 40mm	40	80
	≤ 20mm	3	6
Rối loạn cảm giác	Có	10	20
	Không	40	80

Nhận xét: Tại thời điểm sau mổ, triệu chứng sai khớp có sự cải thiện đáng kể cụ thể 44 ca khớp cắn đúng, 6 ca khớp cắn sai ít. Biên độ há miệng 20-40 mm chiếm 80% tổng số bệnh nhân, có 14% há miệng tốt và 6% há miệng khá. Rối loạn cảm giác có sự cải thiện so với trước mổ, cụ thể chỉ còn 10 ca có rối loạn cảm giác.

Bảng 4. So sánh kết quả điều trị chung tại thời điểm xuất viện và 3 tháng

Đánh giá chung		Xuất viện		3 tháng	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giải phẫu	Tốt	5	10	39	78
	Khá	36	72	11	22
	Kém	9	18	0	0
Chức năng	Tốt	7	14	45	90
	Khá	40	80	5	10
	Kém	3	6	0	0
Thẩm mỹ	Tốt	6	12	37	74
	Khá	44	88	13	26
	Kém	0	0	0	0

Nhận xét: Ở thời điểm xuất viện, mức độ điều trị đạt mức khá chiếm ưu thế ở giải phẫu 72%, thẩm mỹ 88%, chức năng đạt mức tốt 80%. Tại thời điểm tái khám sau 3 tháng, tỷ lệ điều trị tốt về giải phẫu 78%, chức năng 90%, thẩm mỹ 74%.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $29,86 \pm 12,28$, tuổi thấp nhất là 16, cao nhất là 59. Nhóm tuổi bị chấn thương nhiều nhất là 19-39 tuổi (64%), và nhóm thấp nhất là 16-18 tuổi (16%). Độ tuổi 19-39 tuổi thấp hơn nghiên cứu của Trương Việt Hưng và cộng sự (2021) [4] (76,5%), nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Cẩm Tú và cộng sự (2024) [5] (56,3%), theo Bohner và cộng sự (2020) [6] thì nhóm tuổi 20-40 là nhóm có tỷ lệ chấn thương hàm dưới cao nhất chiếm 46,72%. Qua đó có sự tương đồng với nghiên cứu của tôi do nhóm tuổi 19-39 là thành phần chính tham gia các hoạt động xã hội, lao động cũng như tham gia giao thông. Tỷ lệ nam/nữ = 4 lần, đây là sự phân bố giới tính thường thấy trong các nghiên cứu về gãy xương hàm dưới, với nam giới chiếm ưu thế rõ rệt. Điều này cũng tương đồng với nghiên cứu của Bohner và cộng sự (2020) [6] trong đó nam chiếm 73,5% và nữ chiếm 26,5%.

Lao động chân tay chiếm tỷ lệ cao nhất (72%), tiếp theo là học sinh – sinh viên (18%), và lao động trí óc (10%). Tỷ lệ lao động chân tay cao phản ánh mối liên hệ giữa các công việc đòi hỏi sức lực với nguy cơ gặp phải tai nạn lao động. Tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất (90%), điều này cho thấy tai nạn giao thông vẫn là nguyên nhân chủ yếu gây ra các ca gãy xương hàm dưới, đặc biệt ở nhóm người trưởng thành và lao động. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu của Trần Kiều Hoa và cộng sự (2024) [7] là 94,4%. Tuy nhiên so sánh với nghiên cứu của Malhotra và cộng sự (2021) [8] thì nguyên nhân do tai nạn giao thông chỉ chiếm 64,4%, bạo lực chiếm 15,1%. So với các nghiên cứu ở các quốc gia phát triển, tỷ lệ bạo lực và tai nạn sinh hoạt có thể cao hơn, tùy thuộc vào điều kiện xã hội và cơ sở hạ tầng an toàn.

Sai khớp cắn là triệu chứng phổ biến và gần như không thể thiếu trong các trường hợp gãy xương hàm dưới, bởi vì gãy xương này thường gây ảnh hưởng trực tiếp đến cấu trúc và chức năng của khớp cắn. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Trương Việt Hưng và cộng sự (2021) [4] chiếm 90,2%, nghiên cứu của Trần Thanh Tâm và cộng sự (2023) [9] báo cáo tỷ lệ thấp hơn 66,7% sự khác nhau này là do các nghiên cứu trên thực hiện trên cả trường hợp gãy đơn giản và phức tạp, đối với các trường hợp gãy đơn giản 1 đoạn thì sẽ ít di lệch và các triệu chứng cũng nghèo nàn hơn.

Đau chói là triệu chứng thường gặp trong các chấn thương xương do sự tác động trực tiếp và mạnh mẽ đến các mô mềm xung quanh xương gãy. Tỷ lệ 98% trong nghiên cứu phản ánh mức độ đau đớn mà bệnh nhân phải chịu đựng khi gặp phải chấn thương như vậy. So với các nghiên cứu khác, tỷ lệ này có thể tương đối đồng nhất vì đau là một triệu chứng không thể tránh khỏi trong các trường hợp gãy xương hàm dưới. So với nghiên cứu của Nguyễn Quốc Trung (2023) [10] ghi nhận tỷ lệ đau chói của bệnh nhân gãy xương hàm dưới là 98,61%

Gián đoạn xương (90%): Triệu chứng này liên quan trực tiếp đến sự gãy vỡ cấu trúc xương, cho thấy mức độ tổn thương cơ bản của chấn thương. Tỷ lệ gián đoạn xương cao là điều dễ hiểu vì đây là một trong những đặc trưng của gãy xương hàm dưới. So với nghiên cứu của Trần Thanh Tâm và cộng sự (2023) [9] (73,3%), Trương Việt Hưng và cộng sự (2021) [4] (72,5%) ta thấy có sự khác biệt có thể liên quan đến vị trí gãy và mức độ chấn thương.

Tỷ lệ gãy hở trong nghiên cứu này chiếm một tỷ lệ rất lớn (96%), điều này cho thấy mức độ nghiêm trọng của các chấn thương, đặc biệt là do tác động mạnh như tai nạn giao thông. Theo Trần Kiều Hoa và cộng sự (2024) [7] tỷ lệ gãy hở chiếm 98% tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả cho thấy tỷ lệ gãy hoàn toàn ở cằm (90%) và góc hàm (88%) chiếm tỷ lệ cao. Đây là hai vị trí phổ biến nhất trong các nghiên cứu về gãy xương hàm dưới, vì chúng là các vùng dễ bị tác động trong tai nạn giao thông hoặc bạo lực.

Kết quả điều trị cho thấy sự cải thiện theo thời gian về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ. Cụ thể, về giải phẫu, tỷ lệ đạt mức khá là 72% khi xuất viện và tăng lên 78% mức tốt sau 3 tháng tái khám, nhờ quá trình lành xương và các biện pháp phục hồi chức năng. Theo Trương Việt Hưng và cộng sự (2021) [4] tỷ lệ điều trị tốt về giải phẫu đạt 82,4 %, cho thấy sự tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Về thẩm mỹ, 88% bệnh nhân đạt mức khá khi xuất viện, nhưng vẫn có trường hợp gặp vấn đề như mất cân xứng hoặc sẹo. Sau 3 tháng, tỷ lệ này tăng lên 74% đạt mức tốt, cho thấy sự cải thiện đáng kể nhờ quá trình lành thương và chăm sóc sau phẫu thuật. Kết quả này có thấp hơn nghiên cứu của Trương Việt Hưng (2021) và cộng sự [4] chiếm 88,2% do thực hiện đa số trên bệnh nhân gãy đơn giản.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, bệnh nhân gãy xương hàm dưới chủ yếu là nam giới, độ tuổi 19-39, với nguyên nhân chính là tai nạn giao thông. Các triệu chứng điển hình bao gồm sai khớp cắn, đau chói, gián đoạn cung răng và sưng nề. Phương pháp điều trị đạt kết quả khả quan về giải phẫu, thẩm mỹ và chức năng, với sự cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật. Để cải thiện kết quả, cần phát hiện và điều trị kịp thời, đặc biệt cho nhóm có nguy cơ cao, đồng thời tăng cường giáo dục an toàn giao thông và nâng cao cơ sở vật chất y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. K. Panesar & S. M. Susarla. Mandibular Fractures: Diagnosis and Management. *Semin Plast Surg.* 2021. 35(4), 238-249, doi: 10.1055/s-0041-1735818.
 2. H. W. Yuen, M. H. Hohman & T. Mazzoni. Mandible Fracture. StatPearls. 2025. StatPearls. PMID 29939527.
 3. Amrish Bhagol, Virendra Singh & Ruchi Singhal. A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery - Management of Mandibular Fractures. IntechOpen. 2013. doi: 10.5772/53854.
 4. Trương Việt Hưng, Phạm Văn Linh & Lê Nguyên Lâm. 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. 41,1-8.
 5. Nguyễn Thị Cẩm Tú & Nguyễn Sỹ Hải. Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bước đầu gãy xương hàm dưới bằng nẹp vít tại Bệnh viện Đa khoa 115 Nghệ An. *Tạp chí Y học Cộng đồng.* 2025. 66(5), 90-95, doi: 10.52163/yhc.v66iCD5.2450.
 6. L. Bohner, F. Beiglboeck, S. Schwipper, R. M. Lustosa, C. Pieirna Marino Segura, J. Kleinheinz & S. Jung. Treatment of Mandible Fractures Using a Miniplate System: A Retrospective Analysis. *J Clin Med.* 2020. 9(9), 2922, doi: 10.3390/jcm9092922.
 7. Trần Kiều Hoa, Lâm Nhật Tân, Tô Tuấn Dân, Trần Minh Triết, Trần Linh Nam & Bùi Trần Hoàng Huy. Đặc điểm gãy xương hàm dưới ở một số bệnh nhân tại Thành phố Cần Thơ, năm 2023-2024. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024. 539(1B), 70-74, doi: 10.51298/vmj.v539i1B.9908.
 8. V. L. Malhotra, A. Sharma, R. Tanwar, M. Dhiman, R. Shyam & D. Kaur. A retrospective analysis of mandibular fractures in Mewat, India. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2021. 47(5), 365-372, doi: 10.5125/jkaoms.2021.47.5.365.
 9. Trần Thanh Tâm, Lâm Hoài Phương & Ngô Thị Quỳnh Lan. Kết quả lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính sau điều trị gãy xương hàm dưới vùng cằm, cạnh ngang bằng nẹp vít tại BV ĐK Tiền Giang. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.* 2024. 27(6), 30-40, doi: 10.32895/hcjm.m.2024.06.05.
 10. Nguyễn Quốc Trung, Nguyễn Hồng Hà & Đặng Triệu Hùng. Đặc điểm lâm sàng, phim cắt lớp vi tính của bệnh nhân gãy xương hàm dưới tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức 2018-2023. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023. 531(2), 6-10, doi: 10.51298/vmj.v531i2.7112.
-