

DOI: 10.58490/ctjump.2026i102.4950

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GỠY XƯƠNG HÀM DƯỚI VÙNG CẦM CỎ SỬ DỤNG NẸP VÍT NHỎ

Nguyễn Thị Ngọc Diệp¹, Trần Minh Triết², Lý Gia Huy³, Trương Nhựt Khuê^{1*}

1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

2. Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

3. Trường Đại học Gia Định

*Email: tnkhue@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 30/3/2026

Ngày phản biện: 12/8/2026

Ngày duyệt đăng: 25/8/2026

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy xương hàm dưới vùng cằm là tổn thương phổ biến trong chấn thương hàm mặt. Việc ứng dụng nẹp vít nhỏ cho thấy nhiều ưu điểm nhưng cần được đánh giá thêm về hiệu quả điều trị trong điều kiện thực tế lâm sàng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy xương hàm dưới vùng cằm có sử dụng nẹp vít nhỏ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng thực hiện trên 35 bệnh nhân gãy xương hàm dưới vùng cằm được điều trị bằng phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long từ tháng 05/2025 đến 01/2026. **Kết quả:** Phần lớn bệnh nhân thuộc độ tuổi thanh thiếu niên < 30 tuổi (80,0%), nam giới chiếm 77,1%, nguyên nhân chấn thương chủ yếu là tai nạn giao thông (80,0%). Hầu hết bệnh nhân có thời gian tiền phẫu 3-7 ngày chiếm 91,4% và thời gian phẫu thuật trung bình là 30,1 ± 6,6 phút. Về đặc điểm gãy xương ghi nhận, hầu hết bệnh nhân gãy xương hàm dưới vị trí cằm chiếm 91,4%, một đường gãy (94,2%) và không có di lệch (85,7%). Hầu hết bệnh nhân đều đạt kết quả chung tốt sau 3 tháng (94,2%). **Kết luận:** Phẫu thuật kết hợp xương hàm dưới vùng cằm bằng nẹp vít nhỏ là phương pháp an toàn và hiệu quả, đặc biệt ở các trường hợp gãy đơn giản.

Từ khóa: Gãy xương, hàm dưới, nẹp vít nhỏ, phẫu thuật.

ABSTRACT

SURGICAL OUTCOMES OF TREATMENT FOR MANDIBULAR SYMPHYSIS FRACTURES USING MINIPLATE FIXATION

Nguyen Thi Ngoc Diep¹, Tran Minh Triet², Ly Gia Huy³, Truong Nhat Khue^{1*}

1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

2. Can Tho Central General Hospital

3. Gia Dinh University

Background: Mandibular fractures of the symphyseal region are common injuries in maxillofacial trauma. Although miniplate fixation has demonstrated several advantages, further evaluation of its clinical effectiveness in real-world settings is warranted. **Objectives:** To evaluate the outcomes of surgical treatment for mandibular symphysis fractures using miniplate osteosynthesis. **Materials and methods:** Uncontrolled clinical interventional study was conducted on 35 patients with mandibular symphysis fractures treated by open reduction and internal fixation using miniplates at Vinh Long General Hospital from May 2025 to January 2026. **Results:** Most patients were younger than 30 years old (80.0%), with males accounting for 77.1%. Traffic accidents were the leading cause of injury (80.0%). The majority of patients had a preoperative period of 3–7 days (91.4%), and the mean operative time was 30.1 ± 6.6 minutes. Regarding fracture characteristics, most fractures occurred at the symphysis region (91.4%), involved a single fracture line (94.2%), and showed no displacement (85.7%). After 3 months of follow-up, most patients achieved good overall outcomes

(94.2%). **Conclusion:** *Open reduction and internal fixation of mandibular symphysis fractures using miniplates is a safe and effective treatment method, particularly in simple fracture cases.*

Keywords: *Fracture, mandible, miniplate, surgery.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương hàm dưới là một trong những chấn thương hàm mặt thường gặp nhất, chiếm khoảng 60–70% các trường hợp chấn thương hàm mặt [1]. Tổn thương này không chỉ ảnh hưởng đến cấu trúc giải phẫu mà còn gây rối loạn chức năng quan trọng như ăn nhai, phát âm và thẩm mỹ khuôn mặt, thậm chí có thể gây nguy hiểm nếu không được xử trí kịp thời [2]. Tại Việt Nam, gãy xương hàm dưới chiếm đến 27,08% trong tổng số chấn thương vùng mặt [3]. Trong đó, gãy xương hàm dưới vùng cằm là vị trí thường gặp với khoảng 1/3 trường hợp [3].

Hiện nay, điều trị gãy xương hàm dưới hướng đến phục hồi giải phẫu, tái lập khớp cắn và đảm bảo chức năng cũng như thẩm mỹ. Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ ngày càng được áp dụng rộng rãi nhờ khả năng cố định vững chắc, hạn chế bất động hai hàm kéo dài và giúp phục hồi chức năng sớm. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh hiệu quả của phương pháp này với tỷ lệ kết quả tốt cao và biến chứng thấp [4], [5].

Tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long, kỹ thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ đã được triển khai từ năm 2008 thông qua chương trình chuyển giao kỹ thuật theo Đề án 1816 từ Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Thành phố Hồ Chí Minh. Việc ứng dụng phương pháp này bước đầu cho thấy nhiều ưu thế so với các phương pháp truyền thống, giúp tăng độ vững chắc của ổ gãy, phục hồi hình thái giải phẫu và chức năng ăn nhai, đồng thời góp phần giảm tỷ lệ biến chứng.

Tuy nhiên, trong thực tế, việc chẩn đoán và điều trị gãy xương hàm dưới tại các cơ sở tuyến dưới vẫn còn gặp nhiều khó khăn do hạn chế về trang thiết bị, phương tiện chẩn đoán cũng như nguồn nhân lực chuyên sâu. Đội ngũ bác sĩ Răng Hàm Mặt chưa được đào tạo đầy đủ về phẫu thuật hàm mặt có thể dẫn đến xử trí chưa phù hợp hoặc chuyển tuyến chậm, làm gia tăng nguy cơ biến chứng và để lại di chứng về chức năng cũng như thẩm mỹ.

Trong bối cảnh đó, một số nghiên cứu trong nước đã ghi nhận kết quả điều trị gãy xương hàm dưới vùng cằm bằng nẹp vít nhỏ [5], [6]. Tuy vậy, hiệu quả điều trị còn khác nhau giữa các báo cáo do chịu ảnh hưởng bởi đặc điểm tổn thương, thời điểm can thiệp, điều kiện trang thiết bị và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long, kỹ thuật này đã được triển khai trong thực hành lâm sàng, nhưng nghiên cứu riêng đánh giá kết quả điều trị còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy xương hàm dưới vùng cằm có sử dụng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long, qua đó bổ sung dữ liệu thực tiễn và hỗ trợ lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên bệnh nhân gãy xương hàm dưới vùng cằm có chỉ định phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long từ tháng 05/2025-01/2026.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân được chẩn đoán gãy xương hàm dưới vùng cằm được xác định trên phim CT và có chỉ định phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- + Bệnh nhân có dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt.
- + Gãy xương hàm dưới vùng cằm kèm với gãy tầng giữa mặt có liên quan đến khớp cắn.
- + Gãy xương hàm dưới vùng cằm kèm chấn thương bụng, chấn thương sọ não.
- + Gãy xương hàm dưới vùng cằm do bệnh lý xương hàm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng.

- Cỡ mẫu:

Cỡ mẫu được ước lượng theo công thức:

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu nghiên cứu.

Z: hệ số tin cậy, chọn độ tin cậy 95% vậy $Z=1,96$.

p: tỷ lệ kết quả điều trị phẫu thuật xương hàm dưới vùng cằm bằng nẹp vít nhỏ thành công, theo Thomas Lee và cộng sự [7] thì tỷ lệ này là 91,7%, do đó chọn $p = 0,92$.

d: sai số cho phép, chọn $d = 0,09$.

Từ công thức trên tính được cỡ mẫu tối thiểu là $n = 35$.

Thực tế trong quá trình thực hiện nghiên cứu chúng tôi tuyển chọn được 35 bệnh nhân phù hợp.

- Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: nhóm tuổi, giới tính, nguyên nhân chấn thương, thời gian tiền phẫu, thời gian phẫu thuật.

Đặc điểm gãy xương hàm dưới (được xác định bằng CT scan)

+ Vị trí đường gãy: chia thành 2 nhóm cằm và đường ngang.

+ Số lượng đường gãy.

+ Vị trí so với đường gãy chia thành 2 nhóm trái và phải.

+ Di lệch chia thành 2 nhóm có và không.

Kết quả điều trị: được đánh giá tại thời điểm 1 và 3 tháng thông qua các biến số lâm sàng sau:

+ Nhiễm khuẩn chia thành 3 nhóm:

• Không nhiễm khuẩn

• Nhiễm khuẩn ít: tình trạng viêm đỏ đường chân chỉ khâu mà chỉ cần điều trị nội khoa kháng sinh, kháng viêm hướng dẫn chăm sóc vết thương điều trị ngoại trú.

• Nhiễm khuẩn nhiều: tình trạng viêm nhiễm có hình thành mủ, cần rạch dẫn lưu, đôi khi có thể bục mép vết thương và lộ nẹp cần điều trị phẫu thuật lại, kháng sinh toàn thân.

+ Khớp cắn chia thành 2 nhóm:

• Đúng: các răng tiếp xúc đều ở vị trí lồng múi tối đa.

• Sai ít: 1-3 cặp răng không đạt được lồng múi, chỉ cần mài chỉnh khớp.

• Sai nhiều: >3 cặp răng không đạt được lồng múi, nhập viện phẫu thuật lại.

+ Tê môi cằm được xác định bằng cảm nhận của bệnh nhân tại vùng da tương ứng chia thành 2 nhóm có và không.

+ Mức độ há miệng được đo khoảng cách điểm giữa hai răng cửa giữa hàm trên và điểm giữa hai răng cửa giữa hàm dưới (nếu không có răng cửa thì đo ở vị trí răng nanh) bằng thước chia vạch thang. Chia thành 3 nhóm:

- Tốt >40mm.
- Khá 30-40mm
- Kém <30mm

Đánh giá kết quả chung sau điều trị 3 tháng: Kết quả chung được đánh giá tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật dựa trên 3 tiêu chí: giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ. Kết quả chung được xác định theo mức thấp nhất trong 3 tiêu chí.

Bảng 1. Đánh giá kết quả điều trị sau 3 tháng

Phân loại	Giải phẫu	Chức năng	Thẩm mỹ
Tốt	- Không biến dạng và không di lệch - Khớp cắn đúng	- Ăn nhai, nói, nuốt bình thường - Há miệng >40mm	- Mặt cân xứng, xương và phần mềm tại chỗ không biến dạng - Sẹo mờ, đẹp
Khá	- Biến dạng, di lệch ít - Khớp cắn sai ít	- Ăn nhai được, nhưng nói và nuốt hơi khó do đau - Há miệng 30-40mm	- Mặt cân xứng, xương và phần mềm tại chỗ biến dạng ít. - Sẹo có thể quan sát được, còn mờ không cần sửa lại.
Kém	- Biến dạng di lệch nhiều - Khớp cắn sai nhiều	- Ăn nhai khó hay không ăn được do đau - Há miệng <30mm	- Mặt không cân xứng, xương và phần mềm tại chỗ biến dạng rõ. - Sẹo rõ cần sửa lại - Phẫu thuật lại

(Nguồn: Lê Duy Tân và cộng sự, 2025 [6])

Quy trình phẫu thuật:

Phẫu thuật viên đứng phía trên đầu bệnh nhân tiến hành phẫu thuật theo các bước cụ thể như sau:

1) Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2% có chứa Epinephrine 1/100.000 tại vị trí gãy và vị trí sẽ rạch tạo vạt.

2) 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.

3) Bóc tách vạt niêm mạc màng xương bộc lộ ổ gãy

4) Lấy sạch mô xơ, mô viêm nằm giữa đường gãy, nhổ răng tương ứng khi có chỉ định cụ thể khi răng có gây viêm nhiễm tại chỗ, cản trở nắn chỉnh xương, vỡ hay gãy thân, chân răng.

5) Bơm rửa bằng dung dịch Betadine pha loãng dung dịch nước muối sinh lý 0,9% vào ổ gãy.

6) Nắn chỉnh xương vào đúng giải phẫu, kiểm tra khớp cắn đúng.

7) Kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ theo sự di lệch của đường gãy, ưu tiên cố định ở vị trí ít di lệch trước theo đường kết hợp xương lý tưởng của Champy.

8) Kiểm tra khớp cắn bệnh nhân đúng, nếu không đúng tiến hành tháo nẹp và thực hiện lại quy trình từ bước 6. Nếu khớp cắn đúng thì chuyển sang bước kế tiếp.

9) Phẫu thuật kết thúc bằng một mũi khâu bằng chỉ Silk 3.0.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Phiếu thu thập số liệu, bộ dụng cụ khám răng miệng, thước đo. Dụng cụ phẫu thuật, bộ dụng cụ sử dụng nẹp vít tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long.

- **Phương pháp xử lý số liệu:** Phần mềm SPSS 26.0 để xử lý số liệu.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được chấp thuận và thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ số 25.547.HV/PCT-HĐĐĐ và Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ
Giới tính	Nam	27	77,1
	Nữ	8	22,9
Nhóm tuổi	< 15 tuổi	5	14,3
	16 đến 30 tuổi	23	65,7
	31 đến 60 tuổi	5	14,3
	Cao tuổi > 60 tuổi	2	5,7
Nguyên nhân chấn thương	Tai nạn giao thông	28	80,0
	Tai nạn lao động	7	20,0
Thời gian tiền phẫu	3 - 7 ngày	32	91,4
	> 7 ngày	3	8,6
Thời gian phẫu thuật (phút)		30,1 ± 6,6	

Nhận xét: Trong nghiên cứu, phần lớn bệnh nhân thuộc độ tuổi ≤ 30 tuổi (80,0%), nam giới chiếm 77,1%, nguyên nhân chấn thương chủ yếu là tai nạn giao thông (80,0%). Hầu hết bệnh nhân có thời gian tiền phẫu 3 – 7 ngày chiếm 91,4% và thời gian phẫu thuật trung bình là 30,1 ± 6,6 phút.

3.2. Đặc điểm gãy xương hàm dưới ở đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. Đặc điểm gãy xương hàm dưới ở đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ
Vị trí đường gãy	Cằm	32	91,4
	Đường ngang	3	8,6
Số lượng đường gãy	1	33	94,2
	2	2	5,8
Vị trí so với đường giữa	Trái	18	51,4
	Phải	16	45,7
	Hai bên	1	2,9
Di lệch	Có	5	14,3
	Không	30	85,7

Nhận xét: Về đặc điểm gãy xương ghi nhận, hầu hết bệnh nhân gãy xương hàm dưới vị trí cằm chiếm (91,4%), một đường gãy (94,2%) và không có di lệch (85,7%).

3.3. Kết quả điều trị gãy xương hàm dưới vùng cằm

Bảng 4. Kết quả điều trị theo một số tiêu chí lâm sàng tại thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật

	Đặc điểm	1 tháng	3 tháng	p
Nhiễm khuẩn	Ít	5 (14,3)	0 (0,0)	0,063
	Không	30 (85,7)	35 (100)	
Khớp cắn	Đúng	35 (100)	35 (100)	1,000
	Sai	0 (0,0)	0 (0,0)	

Đặc điểm		1 tháng	3 tháng	p
Tê môi cắn	Có	0 (0,0)	0 (0,0)	1,000
	Không	35 (100)	35 (100)	
Há miệng	Tốt	32 (91,4)	35 (100)	0,250
	Khá	3 (8,6)	0 (0,0)	

McNemar test

Nhận xét: Tại thời điểm 1 tháng có 14,3% nhiễm khuẩn ít, há miệng khá (8,6%), không ghi nhận tình trạng sai khớp cắn và tê bì môi. Tại thời điểm 3 tháng ghi nhận toàn bộ bệnh nhân cải thiện hoàn toàn.

Bảng 5. Kết quả điều trị theo tiêu chí giải phẫu, chức năng, thẩm mỹ và kết quả chung tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ
Tiêu chí giải phẫu	Tốt	33	94,2
	Khá	2	5,8
Tiêu chí chức năng	Tốt	35	100
	Khá	0	0,0
Tiêu chí thẩm mỹ	Tốt	34	97,1
	Khá	1	2,9
Kết quả chung	Tốt	33	94,2
	Khá	2	5,8

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân đều đạt kết quả chung tốt sau 3 tháng (94,2%), trong đó, kết quả tốt về mặt giải phẫu (94,2%) và thẩm mỹ (97,1%) và chức năng (100%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu ghi nhận phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm tuổi ≤ 30 , chiếm 81,0%; nam giới chiếm 77,1%. Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là tai nạn giao thông (80,0%). Kết quả tương tự cũng được ghi nhận theo nghiên cứu của Tô Sĩ Chiến và cộng sự (2024) báo cáo bệnh nhân gãy xương hàm dưới vùng cằm phần lớn có độ tuổi 18 đến 39 chiếm 75,0%, tỷ lệ nam giới chiếm tới 84,6% và nguyên nhân thường gặp nhất là tai nạn giao thông (73,1%) [8]. Nhìn chung, gãy xương hàm dưới thường gặp ở nam giới ở độ tuổi thanh thiếu niên. Đây là nhóm đối tượng có tần suất tham gia các hoạt động xã hội cao, đặc biệt là tham gia giao thông. Tuy nhiên, ý thức chấp hành luật giao thông còn hạn chế được xem là một trong những yếu tố chính góp phần làm gia tăng tỷ lệ tai nạn giao thông.

Thời gian chuẩn bị tiền phẫu trong nghiên cứu chủ yếu dao động từ 3–7 ngày, chiếm 91,4%, và thời gian phẫu thuật trung bình là $30,1 \pm 6,6$ phút. Kết quả này tương đồng một phần với nghiên cứu của Tô Sĩ Chiến và cộng sự (2024), khi thời gian tiền phẫu từ 1–7 ngày chiếm 69,2%. Tuy nhiên, thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu này là $62,58 \pm 30,28$ phút, dài hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Ngược lại, nghiên cứu của Pir, U. và cộng sự (2024) ghi nhận thời gian phẫu thuật ngắn hơn đáng kể, chỉ $17,69 \pm 1,28$ phút [4]. Sự khác biệt về thời gian phẫu thuật giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến mức độ nặng của tổn thương, kỹ thuật can thiệp được áp dụng, cũng như trình độ chuyên môn và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Nhìn chung, bệnh nhân gãy xương hàm dưới thường được can thiệp kịp thời, thời gian phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ tương đối ngắn, góp phần giảm thiểu các biến chứng như chảy máu và nhiễm trùng.

4.2. Đặc điểm gãy xương hàm dưới

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu ghi nhận gãy xương hàm dưới tại vùng cằm, chiếm 91,4%. Xét về đặc điểm hình thái, phần lớn trường hợp là gãy một đường (94,2%) và không kèm di lệch (85,7%). Các số liệu này cho thấy tổn thương chủ yếu mang tính chất đơn giản, tương đối thuận lợi về mặt giải phẫu, qua đó hỗ trợ tích cực cho can thiệp phẫu thuật và khả năng hồi phục sau điều trị. Kết quả trên tương đồng với các nghiên cứu trước đây. Tô Sĩ Chiến và cộng sự ghi nhận tỷ lệ gãy một đường chiếm ưu thế (58,1%) [8]. Lê Duy Tân và cộng sự (2025) cũng báo cáo phần lớn trường hợp gãy xương hàm dưới tại vị trí vùng cằm (77,5%) [6]. Bên cạnh đó, Trương Việt Hưng và cộng sự (2023) ghi nhận tỷ lệ tổn thương tại vùng này là 84,3%, trong đó đa số thuộc nhóm gãy đơn giản (80,4%) [5]. Những phát hiện này góp phần củng cố nhận định rằng tổn thương xương hàm dưới tại vùng cằm thường có đặc điểm giải phẫu thuận lợi, với đường gãy đơn giản và ít biến dạng, tạo điều kiện cho phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ đạt hiệu quả và độ ổn định cao.

4.3. Kết quả điều trị gãy xương hàm dưới vùng cằm

Sau 1 tháng điều trị, nghiên cứu ghi nhận 5 trường hợp nhiễm khuẩn mức độ nhẹ, chiếm 14,3%, và 3 trường hợp há miệng ở mức khá, chiếm 8,6%. Không ghi nhận trường hợp sai khớp cắn hoặc tê môi cằm. Tình trạng nhiễm khuẩn nhẹ có thể liên quan đến đặc điểm phẫu thuật vùng miệng là môi trường dễ nhiễm khuẩn, vệ sinh răng miệng sau mổ chưa tốt, tổn thương mô mềm kèm theo hoặc thời gian tiền phẫu kéo dài. Các trường hợp há miệng ở mức khá có thể do đau sau phẫu thuật, phù nề mô mềm, co cứng cơ nhai hoặc bệnh nhân chưa tích cực tập vận động hàm trong giai đoạn đầu sau mổ. Tuy nhiên, các biểu hiện này đều cải thiện sau quá trình điều trị và theo dõi. Đến thời điểm 3 tháng, toàn bộ bệnh nhân không còn nhiễm khuẩn, có khớp cắn đúng, không tê môi cằm và há miệng tốt. Sự cải thiện này khá phù hợp với đặc điểm tổn thương tương đối thuận lợi của phần lớn bệnh nhân, chủ yếu là gãy một đường và không di lệch, giúp quá trình nắn chỉnh, cố định ổ gãy, giảm viêm và phục hồi chức năng diễn ra tốt hơn.

Kết quả chung sau 3 tháng cho thấy tỷ lệ đạt mức tốt là 94,2%. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trước đây. Trần Thanh Tâm và cộng sự (2024) ghi nhận 100% trường hợp đạt kết quả tốt về mặt giải phẫu trên phim X-quang khi sử dụng nẹp vít nhỏ [9]. Tương tự, Huỳnh Kim Khang và Nguyễn Hoàng Linh (2021) báo cáo tỷ lệ kết quả tốt về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ lần lượt là 97,4%, 88,2% và 94,74% [10]. Nghiên cứu của Lê Duy Tân và cộng sự cũng ghi nhận tỷ lệ thành công sau 3 tháng đạt 95,0% [6]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể liên quan đến đặc điểm mẫu nghiên cứu, mức độ phức tạp của đường gãy, tình trạng di lệch, thời gian tiền phẫu và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Tỷ lệ kết quả tốt cao trong nghiên cứu này cần được diễn giải trong bối cảnh phần lớn bệnh nhân có tổn thương thuận lợi, chủ yếu là gãy một đường và không di lệch. Đây là các yếu tố giúp quá trình nắn chỉnh, cố định ổ gãy, tái lập khớp cắn và phục hồi chức năng sau phẫu thuật đạt kết quả tốt. Bên cạnh đó, đa số bệnh nhân được phẫu thuật trong khoảng 3–7 ngày sau chấn thương, góp phần hạn chế biến chứng và hỗ trợ phục hồi sớm. Như vậy, phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ cho thấy hiệu quả khả quan trong điều trị gãy xương hàm dưới vùng cằm, đặc biệt ở các trường hợp gãy đơn giản, ít di lệch.

V. KẾT LUẬN

Gãy xương hàm dưới vùng cằm chủ yếu gặp ở nam giới trẻ tuổi, nguyên nhân thường do tai nạn giao thông. Tổn thương đa phần có đặc điểm đơn giản, ít di lệch, thuận lợi cho

can thiệp phẫu thuật. Phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ cho thấy hiệu quả cao, an toàn, góp phần phục hồi tốt về giải phẫu và chức năng, đặc biệt ở các trường hợp gãy đơn giản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Naeem A., Gemal H., Reed D. Imaging in traumatic mandibular fractures. *Quant Imaging Med Surg*. 2017. 7(4), 469-479, doi:10.21037/qims.2017.08.06.
 2. Villavicencio-Ayala B., Rojano-Mejía D., Quiroz-Williams J., Albarrán-Becerril Á. Epidemiological profile of mandibular fractures in an emergency department. *Cir Cir*. 2021. 89(5), 646-650, doi:10.24875/ciru.200008811.
 3. Hoàng Minh Phương, Trần Anh Hậu, Nguyễn Văn Minh, Châu Ngọc Phương Thanh, Võ Trần Nhã Trang, et al. Khảo sát tình hình bệnh nhân chấn thương hàm mặt điều trị nội trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế. *Tạp chí Y Dược Huế - Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế*. 2025. 15(3), 65-72, doi:10.34071/jmp.2025.3.8.
 4. Pir U., Khattak H. B., Sohail M., Shah S. A. A., Khan A., et al. Comparison of 3-d and standard miniplates fixation in the management of angle fracture of the mandible. *Journal of Khyber College of Dentistry*. 2024. 14(02), 11-15, doi:10.33279/jkcd.v14i2.180.
 5. 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*. 2023. 411-8,
 6. Lê Duy Tân, Lê Nguyên Lâm, Nguyễn Thanh Hòa, Mã Vạn Phúc, Lê Tuấn Anh. Phân loại và kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ ở bệnh nhân gãy xương hàm dưới tại Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2025. 554(3), 119-123, doi:10.51298/vmj.v554i3.15778.
 7. Lee T., Sawhney R., Ducic Y. Miniplate fixation of fractures of the symphyseal and parasymphyseal regions of the mandible: A review of 218 patients. *JAMA Facial Plast Surg*. 2013. 15(2), 121-5, doi:10.1001/jamafacial.2013.307.
 8. Tô Sĩ Chiến, Nguyễn Hoàng Nam, Nguyễn Đức Minh, Lương Ngọc Diễm Hằng, Trần Thị Thuý Hằng. Đặc điểm lâm sàng, x-quang và kết quả phẫu thuật điều trị gãy xương hàm dưới vùng cằm bằng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024. 540(3), 175-179, doi:10.51298/vmj.v540i3.10484.
 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 bệnh viện Đa khoa 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. Huỳnh Kim Khang, Nguyễn Hoàng Linh. 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(4), 5-8, doi:10.51298/vmj.v501i4.413.
-