

**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**

Trương Việt Hưng^{1}, Phạm Văn Linh², Lê Nguyễn Lâm²*

1. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Long

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: viethungcdevl@gmail.com*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ngày nay, trước tình hình gia tăng tai nạn giao thông, chấn thương vùng hàm mặt ngày càng trở nên phổ biến. Trong đó, gãy xương hàm dưới chiếm tỷ lệ cao nhất (47-61%) và ảnh hưởng rất nhiều đến chức năng ăn nhai, nói và thẩm mỹ khuôn mặt. Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị gãy thân xương hàm dưới. Tuy nhiên, việc sử dụng nẹp vít nhỏ là phương pháp tiên bộ, dễ sử dụng, thẩm mỹ do phẫu thuật đường trong miệng. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả nẹp vít nhỏ trong điều trị gãy thân xương hàm dưới. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, X-quang và đánh giá kết quả điều trị gãy thân xương hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 51 bệnh nhân gãy xương hàm dưới. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng sai khớp cắn chiếm 90,2%, đau chói bờ xương chiếm 100%. Gãy xương hàm dưới vùng cằm chiếm 47,1%. Sau 03 tháng điều trị có 11,8% tê bì môi, cằm; không có há miệng hạn chế. **Kết luận:** Việc sử dụng phương pháp nẹp vít nhỏ cho điều trị gãy xương hàm dưới để hỗ trợ lành thương và tạo điều kiện phục hồi chức năng tốt nhất.

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng, gãy xương hàm dưới, nẹp vít nhỏ, X-quang.

ABSTRACT

**THE CLINICAL FEATURES, X RAY AND EVALUATE OF
THE TREATMENT OF MANDIBULAR FRACTURES USING
MINIPLATE AT VINH LONG GENERAL HOSPITAL IN 2020-2021**

Truong Viet Hung¹, Pham Van Linh², Le Nguyen Lam²

1. Vinh Long General Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Nowadays, due to the increase in traffic accidents, oral maxillofacial injuries have become more common. Besides, mandibular fractures are relatively common in facial trauma (47-61%) which affects entirely the function of eating, speaking and facial aesthetics. There are several therapies for mandibular fracture treatment. However, the application of miniplate with small screws is an advanced method, it is easy to utilize and to achieve the optimal esthetics which can approach the fracture through intraoral surgery. Therefore, this study is to evaluate the results of treatment of mandibular fractures using miniplate. **Objectives:** To investigate the clinical features, X-ray and to evaluate outcome of the treatment of mandibular fractures using miniplate. **Materials and methods:** A cross-sectional prospective study was conducted in 51 patients with mandibular fractures. **Results:** The common clinical features were malocclusion (90.2%) and tenderness (100%). Fractures of mandibular symphysis were the most rate (47.1%). At 3 months after operation, 11.8% of patients had numbness of the lower lip or chin; there was no mouth opening limitation recorded. **Conclusion:** The application of miniplate with small screws for treatment of mandibular fractures has supported patients significantly in wound healing and provided the best conditions for functional recovery.

Keywords: Clinical features, mandibular fractures, miniplate, X-ray.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, trước tình hình gia tăng tai nạn giao thông, chấn thương vùng hàm mặt ngày càng trở nên phổ biến và phức tạp. Trong đó, chấn thương gãy xương hàm dưới chiếm tỷ lệ cao nhất trong chấn thương hàm mặt và ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ khuôn mặt, chức năng ăn nhai của bệnh nhân. Chấn thương gãy xương hàm dưới chiếm khoảng 47-61% trong tổng số các trường hợp chấn thương gãy xương vùng hàm mặt [7], [9]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Trần Minh Triết (2018) thì gãy xương hàm dưới chiếm 41,2% trong chấn thương hàm mặt [6]. Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị gãy xương hàm dưới dựa trên nguyên tắc mở ổ gãy nắn chỉnh xương, kết hợp xương vững chắc bên trong, can thiệp tối thiểu và phục hồi vận động hàm sớm, cố định vững chắc bằng nẹp vít nén và tiến bộ hơn là bán cố định bằng hệ thống nẹp vít nhỏ. Trước thực trạng đó, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu sau:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng, X-quang bệnh nhân gãy thân xương hàm dưới được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long, năm 2020-2021.

- Đánh giá 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.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân gãy thân xương hàm dưới tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân gãy xương hàm dưới vùng cằm, cạnh ngang, góc hàm và được điều trị bằng nẹp vít nhỏ; bệnh nhân còn đủ răng để xác định khớp cắn; bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên, bệnh nhân không gãy xương tầng mặt giữa hoặc gãy nhưng không ảnh hưởng đến khớp cắn, gãy xương hàm dưới di lệch nhiều, gãy xương hàm dưới di lệch ít nhưng điều trị bằng phương pháp nắn chỉnh không thành công nên phải phẫu thuật, gãy xương hàm dưới di lệch ít có thể điều trị bằng phương pháp nắn chỉnh nhưng bệnh nhân không muốn cố định hàm, gãy xương hàm dưới một hoặc nhiều vị trí ở vùng cằm, thân xương và góc hàm xương hàm dưới. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Đặc điểm lâm sàng:

Phân loại theo Kruger và Schilli (1982): Gãy vùng cằm giữa 2 răng nanh, gãy vùng răng nanh, đường gãy vùng thân xương giữa răng nanh và góc hàm, đường gãy vùng góc hàm nằm ở vùng răng cối lớn thứ ba, gãy ngành lên: giữa góc hàm và hõm xích-ma.

Đặc điểm X-quang:

+ Tư thế chụp: X-quang mặt thẳng và mặt nghiêng.

+ Vị trí gãy so với đường giữa: Trái và phải.

+ Tính chất đường gãy: Đơn giản hay phức tạp.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân đến muộn sau 14 ngày; bệnh nhân có bệnh tim mạch, tiểu đường, huyết áp, viêm phổi, chống chỉ định phẫu thuật; bệnh nhân gãy kết hợp xương hàm trên, gò má ảnh hưởng khớp cắn.

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 05/2020 đến tháng 07/2021.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích.

- **Cỡ mẫu:** $n = 51$ với $p = 0,95$ [7] và $d = 0,05$.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:** Khám và ghi nhận đặc điểm lâm sàng, X-quang gãy xương

hàm dưới, gồm:

Đặc điểm chung của mẫu: Tuổi, giới tính, nguyên nhân chấn thương.

Đặc điểm lâm sàng: Đau chói bờ xương, gián đoạn cung răng, gián đoạn xương, sai khớp cắn, há miệng hạn chế, tê bì môi, cằm, vết thương vị trí gãy.

Đặc điểm X quang:

+ Tư thế chụp: Phim X-quang mặt thẳng, mặt nghiêng.

+ Vị trí gãy, tính chất đường gãy so với đường giữa: Trái và phải.

Phân loại gãy: Gãy cằm, gãy cành ngang, gãy góc hàm, gãy phối hợp ít nhất 2 trong 3 vị trí trên.

Đánh giá kết quả điều trị sau 3 tháng về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ: Kết quả tốt, khá, kèm theo các tiêu chí:

+ Giải phẫu: Tốt: xương liền tốt, không biến dạng, không di lệch, khớp cắn đúng; Khá: xương liền, biến dạng, di lệch ít, khớp cắn sai ít; Kém: xương liền kém hay không liền, biến dạng, khớp cắn sai nhiều.

+ Chức năng: Tốt: ăn nhai, nói, nuốt bình thường, há miệng 4cm; Khá: ăn nhai được, há miệng 3cm; Kém: ăn nhai khó hay không ăn được, há miệng 1 cm.

+ Thẩm mỹ: Tốt: mặt cân xứng, sẹo mờ, đẹp; Khá: mặt biến dạng ít, sẹo rõ có thể sửa lại; Kém: mặt biến dạng rõ, khó sửa sẹo.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Số liệu trong liệu trình nghiên cứu được chính tác giả thu thập và phân tích.

+ Thu thập thông tin chung, lâm sàng, X-quang gãy xương hàm dưới.

+ Lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chí chọn mẫu.

+ Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ.

+ Đánh giá kết quả điều trị.

- **Phương pháp phẫu thuật:** Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ (nẹp vít nhỏ của hệ thống Le Fort của hãng Jeil).

+ Gây mê nội khí quản kết hợp gây tê tại chỗ.

+ Tạo vạt đường rạch trong miệng - bóc tách vạt toàn phần bộc lộ đường gãy.

+ Làm sạch mô hạt viêm, mô xơ giữa hai đầu đoạn gãy.

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

+ Cố định xương gãy: Kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ theo sự di lệch của đường gãy. Nếu có từ 2 đường gãy trở lên, ưu tiên cố định ở vị trí ít di lệch trước. Đặt nẹp vít theo nguyên tắc của Champy:

Gãy vùng cằm: Kết hợp xương vùng cằm bằng hai nẹp nhỏ có chiều dài tối thiểu 4 lỗ, được đặt song song, đảm bảo tất cả các mảnh gãy đều được cố định vững chắc. Nẹp ở bên trên được điều chỉnh và đặt trước, vị trí cách chóp chân răng khoảng 5mm, sử dụng vít một bản xương dài 8mm, mỗi bên đường gãy có tối thiểu hai vít. Khoảng cách giữa hai nẹp ít nhất 5mm. Nẹp ở bên dưới được điều chỉnh và đặt cách bờ dưới xương hàm dưới 5mm, sử dụng vít một bản xương dài 10mm, mỗi bên đường gãy có tối thiểu hai vít.

Gãy vùng cành ngang: Kết hợp xương vùng cành ngang bằng nẹp nhỏ có chiều dài tối thiểu 4 lỗ, được đặt giữa chóp chân răng và kênh răng dưới, sử dụng vít một bản xương dài 8mm, mỗi bên đường gãy có tối thiểu hai vít. Nẹp ở bên dưới được điều chỉnh và đặt cách bờ dưới xương hàm dưới 5mm, sử dụng vít một bản xương dài 10mm, mỗi bên đường gãy có tối thiểu hai vít. Nếu có nhiều mảnh gãy phức tạp đảm bảo tất cả các mảnh gãy được cố định vững chắc.

Gãy vùng góc hàm: Kết hợp xương vùng góc bằng nẹp nhỏ có chiều dài tối thiểu 4

lỗ, được đặt vùng tam giác hậu hàm và đường chéo ngoài, sử dụng vít một bản xương dài 8mm đầu gãy có mang răng và sử dụng vít một bản xương dài 10mm đầu gãy còn lại, mỗi bên đường gãy có tối thiểu hai vít. Nếu có nhiều mảnh gãy phức tạp sẽ tăng cường thêm 1 nẹp phía dưới để đảm bảo tất cả các mảnh gãy được cố định vững chắc.

Gãy vùng ngành lên: Kết hợp bằng một nẹp nhỏ có chiều dài tối thiểu bốn lỗ, mỗi bên đường gãy có tối thiểu hai vít, trường hợp gãy vụn có thể bổ sung khâu chỉ thép.

+ Khâu phục hồi giải phẫu.

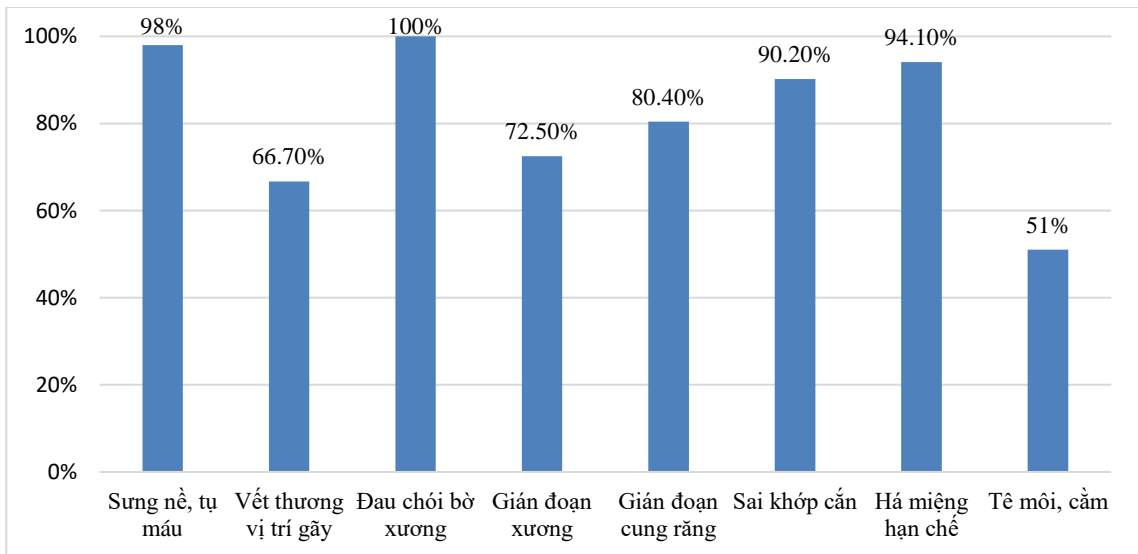
- **Phương pháp xử lý số liệu:** Nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, kiểm định Fisher.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Qua nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận được độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $29,27 \pm 8,4$ tuổi, trong đó trường hợp lớn nhất là 50 tuổi và nhỏ nhất là 16 tuổi. Cụ thể nhóm tuổi 19-39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu (76,5%). Về giới tính, tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới 9,2 lần. Trong số các nguyên nhân gây chấn thương, nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm tỉ lệ cao nhất là 92,1%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng gãy xương hàm dưới



Biểu đồ 1: Triệu chứng lâm sàng gãy xương hàm dưới

Nhận xét: Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận được triệu chứng lâm sàng ấn đau chói bờ xương có ở tất cả các trường hợp. Sai khớp cắn chiếm 90,2% và gián đoạn xương chiếm 72,5%.

Bảng 1. Phân loại gãy xương hàm dưới theo vị trí

Chẩn đoán		Số lượng	Tổng
Gãy đơn giản	Cằm	24 (47,1%)	41 (80,4%)
	Cành ngang	8 (15,7%)	
	Góc hàm	9 (17,6%)	
Gãy phức tạp	Cằm nhiều đường	3 (5,9%)	10 (19,6%)
	Cằm, cành ngang	3 (5,9%)	

Chẩn đoán		Số lượng	Tổng
	Cầm, góc hàm	3 (5,9%)	
	Cầm, cạnh ngang và góc hàm	1 (2%)	
Tổng		51	51

Nhận xét: Gãy xương hàm dưới đơn giản chiếm đa số trong nghiên cứu này (80,4%). Trong đó, gãy xương hàm dưới đơn giản vùng cầm chiếm tỷ lệ cao nhất (47,1%).

Bảng 2. So sánh vị trí đường gãy so với đường giữa

Bên gãy	Số lượng	Tỷ lệ
Bên trái	24	47,1%
Bên phải	19	37,3%
Hai bên	8	15,7%
Tổng	51	100%

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, tỷ lệ đường gãy nằm về phía bên trái so với đường giữa chiếm tỉ lệ cao nhất (47,1%).

3.3. Kết quả điều trị gãy xương hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ

Bảng 3. Tình trạng khớp cắn, độ há miệng sau khi ra viện 03 tháng

Loại gãy		Gãy đơn thuần		Gãy phức tạp		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
Khớp cắn	Khớp cắn đúng	38	74,50	7	13,70	45	88,20	p = 1 (Kiểm định Fisher)
	Khớp cắn sai ít	3	5,90	3	5,90	6	11,80	
	Tổng	41	80,04	10	19,60	51	100	
Độ há miệng	Há miệng tốt	29	56,9	7	13,7	36	70,6	p = 0,584 (Kiểm định Fisher)
	Há miệng khá	12	23,5	3	5,9	15	29,4	
	Há miệng kém	0	0	0	0	0	0	
	Tổng	41	80,4	10	19,6	51	100	

Nhận xét: Có 29,4% bệnh nhân có độ há miệng khá. Không có sự khác biệt giữa gãy đơn thuần và gãy phức tạp (p = 1). Có 11,8% bệnh nhân còn tê môi cầm sau 12 tuần. Không có sự khác nhau giữa gãy đơn thuần và gãy phức tạp (p > 0,05).

Bảng 4. Tình trạng rối loạn cảm giác sau khi ra viện 03 tháng

Loại gãy		Gãy đơn thuần		Gãy phức tạp		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
Rối loạn cảm giác								p = 0,81 (Kiểm định Fisher)
Tê môi cầm		4	7,9	2	3,9	6	11,8	
Không tê môi, cầm		37	72,5	8	15,7	45	88,2	
Tổng		41	80,4	10	19,6	51	100	

Nhận xét: Có 11,8% bệnh nhân có khớp cắn sai ít. Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa gãy đơn thuần và gãy phức tạp (p > 0,05).

Bảng 5. Tình trạng nhiễm khuẩn sau khi ra viện 03 tháng

Loại gãy		Gãy đơn thuần		Gãy phức tạp		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
Nhiễm khuẩn								p = 0,035 (Kiểm định Fisher)
Nhiễm khuẩn ít		0	0	2	3,9	2	3,9	
Không nhiễm khuẩn		41	80,4	8	15,7	49	96,1	
Tổng		41	80,4	10	19,6	51	100	

Nhận xét: Có 3,9% bệnh nhân có dấu hiệu nhiễm khuẩn. Có sự khác biệt có ý nghĩa giữa gãy đơn thuần và gãy phức tạp (p < 0,05).

Bảng 6. Kết quả điều trị sau 03 tháng phẫu thuật

Kết quả	Tốt		Khá		Kém	
	n	%	n	%	n	%
Giải phẫu	42	82,4	9	17,4	0	0
Chức năng	43	84,3	8	15,7	0	0
Thẩm mỹ	45	88,2	6	11,8	0	0

Nhận xét: Sau 03 tháng điều trị không có trường hợp nào kết quả xấu về giải phẫu, chức năng, thẩm mỹ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Về tuổi: Tuổi trung bình là $29,27 \pm 8,4$ tuổi. Trong đó, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 50 tuổi và bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 16 tuổi. Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của Trần Minh Triết (2018) với $n=45$ có tuổi trung bình là $28,96 \pm 9,45$ tuổi [6], Trần Tuấn Anh (2017) với $n=107$ có tuổi trung bình là $29,4 \pm 13$ tuổi [1], Melike Oruc ở Thổ Nhĩ Kỳ (2016) với $n=283$ có tuổi trung bình là 32,14 tuổi [10]. Tỷ lệ gãy xương hàm ở nhóm tuổi thanh niên (19-39 tuổi) cao nhất trong các nhóm tuổi (76,5%). Đây là nhóm tuổi chính tham gia các hoạt động xã hội, lao động cũng như tham gia các hoạt động giao thông. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Trương Nhựt Khuê (2012) là 78,8% [3], Trần Minh Triết (2018) là 71,7% [7], Trần Linh Nam (2017) là 71,7% [5]. Nghiên cứu của Stylinos Zanakis (2015) ở Hy Lạp thì độ tuổi từ 20-40 chiếm tỉ lệ 70,4% [11].

Về giới tính: Tỷ lệ nam giới cao hơn nữ giới 9,2 lần. Ngày nay với mục tiêu tiến tới bình đẳng hóa giới tính nên sự tham gia các hoạt động xã hội, lao động, giao thông của nam giới và nữ giới gần như nhau, nhưng tỷ lệ nam giới chấn thương gãy xương hàm dưới nói riêng và chấn thương hàm mặt nói chung lại cao gấp nhiều lần so với nữ giới. Nguyên nhân của sự chênh lệch này có thể được giải thích là do ý thức chấp hành các hoạt động giao thông, thói quen uống rượu bia, điều khiển xe có tốc độ và phân khối lớn thường gặp ở nam giới. Kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của Văn Quốc Hưng (2014) là 9 lần [2], Trương Nhựt Khuê (2012) là 8,42 lần [3], Hồ Hoài Nam (2015) là 10,1 lần [4], Trần Minh Triết (2018) là 10,2 lần [6].

Nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu (92,1%). Đây là nguyên nhân chính trong chấn thương hàm mặt. Điều này cho thấy mỗi nguy cơ tiềm ẩn khi điều khiển các phương tiện giao thông nên tỉ lệ tai nạn chiếm rất cao.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, X-quang gãy xương hàm dưới

Đặc điểm lâm sàng: Hai triệu chứng lâm sàng quan trọng trong chẩn đoán gãy xương hàm dưới là ấn đau chói bờ xương và gián đoạn xương lần lượt chiếm tỉ lệ là 100% và 72,5%. Đây là những triệu chứng có giá trị chẩn đoán cao. Do cấu trúc đặc biệt của xương hàm dưới 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 xương hàm dưới. Tuy nhiên, đối với những trường hợp gãy xương ít di lệch thì dấu hiệu này thường khó phát hiện nhưng vẫn phát hiện đau chói bờ xương khi thăm khám. 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 bệnh nhân không gãy xương nhưng vẫn có cảm giác đau do chấn thương phần mềm. Dấu hiệu gián đoạn xương chiếm tỉ lệ 72,5% cao hơn so với nghiên cứu của Trương Nhựt Khuê (43,2%) [3], Hồ Hoài Nam (48,9%) [4]. Điều này là do nghiên cứu chúng tôi

chỉ khảo sát các đường gãy ở vị trí cằm, cành ngang và góc hàm, còn nghiên cứu của Trương Nhật Khuê và Hồ Hoài Nam lại khảo sát tất cả các vị trí của xương hàm dưới mà các vị trí như lồi cầu, mỏm vẹt khó có thể phát hiện dấu hiệu gián đoạn xương. Khi xét về sai khớp cắn, triệu chứng này chiếm tỉ lệ 90,2%, đây là dấu hiệu thường gặp trong gãy xương hàm dưới. Tuy nhiên, dấu hiệu sai khớp cắn chỉ là dấu hiệu gợi ý chẩn đoán gãy xương hàm dưới chứ không thể chẩn đoán xác định. Sai khớp cắn cũng là một trong các triệu chứng quan trọng quyết định phương pháp điều trị vì phục hồi khớp cắn là một trong các mục tiêu chính của điều trị.

Về đặc điểm kiểu gãy trên phim X-quang, kiểu gãy đơn giản khá phổ biến trong đó vị trí gãy xương hàm dưới vùng cằm chiếm tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu này (47,1%). Điều này phù hợp với vị trí giải phẫu của cằm vì cằm là vị trí nhô ra nhất của xương hàm dưới nên dễ bị tác động trực tiếp khi bị tai nạn xảy ra. Bên cạnh đó, các trường hợp tổn thương phối hợp nhiều đường gãy luôn có sự xuất hiện đường gãy vùng cằm. Điều này cho ta khái quát cái nhìn về cơ chế chấn thương trong gãy xương hàm dưới.

So với đường giữa, đường gãy chủ yếu nằm phía bên trái (47,1%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Linh Nam (48,3%), Trương Nhật Khuê (42,8%) [3]. Điều này hoàn toàn hợp lý là do luật giao thông đường bộ quy định người tham gia giao thông chạy bên phải, khi xảy ra tai nạn thường ngã về bên trái, hơn nữa khi va chạm với xe chạy ngược chiều thì dễ ngã về bên trái hơn cho nên dễ tổn thương bên trái hơn so với bên phải.

4.3. Kết quả điều trị gãy xương hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ

Ở thời điểm 03 tháng sau phẫu thuật, còn 11,8% bị sai khớp cắn ít. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không áp dụng phương pháp cố định hàm sau phẫu thuật để hỗ trợ lành thương. Đây có thể là nguyên nhân gây di lệch thứ phát ở các trường hợp gãy phức tạp. Các trường hợp này cần áp dụng các biện pháp nắn chỉnh răng (chỉnh hình răng) và phục hồi các răng mất bằng răng giả để có thể sắp xếp răng lại đúng vị trí khớp cắn thuận lợi để bệnh nhân có thể thực hiện chức năng một cách tốt nhất. Sau 03 tháng điều trị thì không còn trường hợp nào há miệng hạn chế. Há miệng hạn chế thường là biến chứng của việc cố định hàm hỗ trợ lành thương sau phẫu thuật. Do trong nghiên cứu này không áp dụng phương pháp cố định hàm nên giảm rõ rệt biến chứng há miệng hạn chế. Qua đó, khi phẫu thuật gãy xương hàm dưới thì phẫu thuật viên cần cân nhắc giữa lợi ích và bất lợi của việc cố định hàm hỗ trợ để đạt được kết quả điều trị tốt nhất.

Ngoài ra, tỷ lệ bệnh nhân tê bì môi, cằm sau 03 tháng điều trị là 11,8%. Đối với các trường hợp này tuy vẫn còn tê bì nhưng có sự giảm về diện tích tê cũng như mức độ tê so với thời điểm 01 tháng (41,2%). Điều này cho thấy sự hồi phục của các thần kinh sau phẫu thuật.

Tại thời điểm tái khám 03 tháng sau phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận có 02 trường hợp nhiễm trùng chiếm 3,9%.

Kết quả sau 03 tháng điều trị tất cả các trường hợp đều có kết quả tốt và khá, không có kết quả kém. Kết quả chung có 84,97% được đánh giá là tốt và 15,03% được đánh giá là khá. Kết quả này cho thấy hệ thống nẹp vít nhỏ được làm bằng titanium nên có tính tương hợp sinh học cao, có khả năng tích hợp xương, không độc tính, không bị ăn mòn, có độ cứng và dẻo thích hợp nên tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật rất thấp và kết quả thành công rất cao.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X-quang và đánh giá kết quả điều trị gãy thân xương hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ tôi nhận thấy việc sử dụng phương pháp nẹp vít nhỏ cho điều trị gãy xương hàm dưới để hỗ trợ lành thương và tạo điều kiện phục hồi chức năng tốt

nhất. Do đó, cần khuyến cáo áp dụng phương pháp điều trị bằng nẹp vít nhỏ cho những bệnh sau này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Tuấn Anh (2017), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính hình nón và hướng điều trị gãy xương hàm dưới do chấn thương”, Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Y Dược Huế.
2. Văn Quốc Hưng (2014), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang và kết quả phẫu thuật gãy xương hàm dưới vùng cằm do chấn thương”, Luận án chuyên khoa II, Đại học Y Dược Huế.
3. Trương Nhựt Khuê, Nguyễn Bắc Hùng, Lâm Hoài Phương (2012), “Nghiên cứu đặc điểm gãy xương hàm dưới và đánh giá kết quả điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ”, Luận án Tiến sĩ học, Viện nghiên cứu Y Dược Lâm sàng 108.
4. Hồ Hoài Nam (2015), “Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy xương hàm dưới vùng cằm bằng nẹp thanh chống thẳng”, Luận án chuyên khoa II, Đại học Y Dược Huế.
5. Trần Linh Nam (2017), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X-quang và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy thân xương hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, năm 2016-2017”, Luận án chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
6. Trần Minh Triết (2018), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy thân xương hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, năm 2017-2018”, Luận án chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
7. Phan Văn Trương (2015), “Nghiên cứu kết quả điều trị gãy xương hàm bằng nẹp vis Titanium tại Bệnh viện Đa khoa Quảng Nam”, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Bệnh viện Đa khoa Quảng Nam.
8. Amrish Bhagol, Virendra Singh, Ruchi Singh (2013), Management of Mandibular Fractures, *A Textbook of Advanced Oral and Maxillofacial Surgery*, pp.385-414.
9. Gadicherla Srikanth (2016), Mandibular Fractures and Associated Factors at a Tertiary Care Hospital, *Arch Trauma Res*, Vol 5, pp.30574-39581.
10. Melike Oruc (2016), Analysis of Fractured Mandible Over Two Decades, *The Journal of Craniofacial Surgery*, Vol 27, pp.1457-1461.
11. Stylianos Zanakakis (2015), Tooth in the line of angle fractures: The impact in the healing process: A retrospective study of 112 patients, *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery*, Vol 43, pp.113-116.

(Ngày nhận bài: 28/7/2021 – Ngày duyệt đăng: 14/9/2021)
