

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH CHÙM TIA HÌNH NÓN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GẦY XƯƠNG HÀM DƯỚI VÙNG GÓC HÀM BẰNG NẸP VÍT NHỎ

Nguyễn Hồng Lợi^{1*}, Trần Xuân Phú¹

DOI: 10.38103/jcmhch.76.13

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy xương hàm dưới vùng góc hàm chiếm tỷ lệ khá cao trong gãy xương hàm dưới do tai nạn giao thông. Phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón đánh dấu bước tiến lớn trong chẩn đoán hình ảnh hàm mặt. Phương pháp phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ đã được sử dụng rộng rãi trên thế giới và cho thấy có nhiều ưu điểm nhờ vào sự cải tiến không ngừng về chất liệu, hình dạng, kích thước.

Phương pháp: Thực hiện nghiên cứu mô tả, tiến cứu trên 34 bệnh nhân gãy góc hàm xương hàm dưới được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ tại Trung tâm Răng Hàm Mặt Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 03/2020 đến tháng 03/2021. Đánh giá kết quả dựa vào tiêu chí về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ.

Kết quả: Nhóm tuổi thường gặp là 19 - 39 tuổi: 58,8 %. Giới: nam 85,3 %, nữ 14,7 %. Nguyên nhân thường do tai nạn giao thông (85,3 %). Triệu chứng lâm sàng gãy xương hàm dưới góc hàm hay gặp nhất là đau (94,1%), ấn có điểm đau chói, há miệng hạn chế (82,4%), Gãy chủ yếu 1 đường (50%), 2 đường (41,2%). Sự di lệch của đường gãy: 6mm - 10mm (52,9%), ≤ 5mm (41,2%). Kết quả điều trị chung sau phẫu thuật 6 tháng: tốt 94,1 %, khá 5,9 %.

Kết luận: Phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón có giá trị cao với chất lượng hình ảnh tốt để chẩn đoán gãy xương hàm dưới. Phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ cho kết quả tốt về cả 3 phương diện giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ.

Từ khóa: Gãy xương hàm dưới vùng góc hàm, phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón, nẹp vít nhỏ

ABSTRACT

CLINICAL FEATURES, CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGES AND TREATMENT RESULTS OF MANDIBULAR ANGLE FRACTURES USING MINIPLATES

Nguyen Hong Loi^{1*}, Tran Xuan Phu¹

Introductions: Mandibular angle fracture accounts for a relatively high rate of mandibular fractures due to traffic accidents. Cone - beam computed tomography shows a major advance in maxillofacial imaging. The surgical method using mini - plates has been widely used globally and has demonstrated many advantages thanks to the continuous improvement in materials, shapes and sizes.

Methods: A descriptive, prospective study was conducted on 34 patients with mandibular angle fracture who received treatment by operation using mini - plates in Odonto - stomatology center, Hue central hospital, from March 2020 to March 2021. The treatment results based on anatomical, functional and aesthetic criteria were analyzed

¹Trung tâm Răng hàm mặt, BV Trung ương Huế

- Ngày nhận bài: 08/12/2021; Ngày phản biện: 07/01/2022;
- Ngày đăng bài: 01/02/2022
- Tác giả liên hệ: Nguyễn Hồng Lợi
- Email: drloivietnam@yahoo.com.vn; SĐT: 0913498549

Results: The most common age group is 19 - 39 years old: 58.8%. Gender: male 85.3%, female 14.7%. The cause is usually traffic accidents (85.3%). The most common clinical symptom of mandibular angle fracture is pain (94.1%), followed by tenderness and difficulty opening the jaw (82.4%). Fracture mainly 1 line (50%), 2 lines (41.2%). Displacement of fracture line: 6mm - 10mm (52.9%), $\leq$ 5mm (41.2%). After 6 months of surgery, overall treatment results: good 94.1%, fair 5.9 %.

Conclusions: Cone - beam computed tomography has good quality for diagnosing mandibular angle fractures. The surgical method using mini - plates gives good results in anatomical, functional, and aesthetic aspects.

Keywords: Mandibular angle fracture, Cone - beam computed tomography, mini - plates.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xương hàm dưới là xương lớn nhất và khỏe nhất trong toàn bộ khối xương mặt, nhưng do vị trí nhô trên khối mặt, cùng với sự hiện diện các điểm yếu như vùng cằm, góc hàm, cổ lồi cầu, gãy xương hàm dưới rất thường xảy ra khi có va đập [1]. Tại Việt Nam, theo Trần Văn Trường và Trương Mạnh Dũng tại Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội (1988 - 1998), có 2149 trường hợp chấn thương hàm mặt, trong đó gãy xương là hay gặp nhất (63,7%) và riêng gãy góc hàm chiếm 25,2% chủ yếu là do tai nạn giao thông (82,5%) [2]. Trên thế giới, Seth R. Thaller, W. Scott McDonald (2004) cho rằng góc hàm là một điểm yếu của xương hàm dưới và gãy góc hàm chiếm 20 - 40% gãy xương hàm dưới, gần đây Mark W. Ochs, Myron R. Tucker (2008) đưa ra tỷ lệ này là: 24,5 %, Col GK Thapliyal, Col R Sinha (2008): 30.5% [3 - 5]. X quang thường quy hạn chế chất lượng hình ảnh, độ nhạy, độ phóng đại, sự biến dạng, che khuất hoặc hiện tượng chồng cấu trúc có thể dẫn đến việc bỏ lỡ chẩn đoán, đánh giá không đúng kích thước, vị trí của các đường gãy. Phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón bước tiến lớn trong chẩn đoán hình ảnh hàm mặt [6]. Mặt khác, đa số gãy góc hàm là gãy hở (qua ổ răng khôn hàm dưới), gãy phối hợp, gãy không thuận lợi dễ di lệch thứ phát do hệ thống cơ nhai, nguy cơ nhiễm trùng. Vì vậy, chẩn đoán và xử trí muộn dễ để lại biến chứng về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ. Trong đó, phương pháp phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ đã được sử dụng rộng rãi trên thế giới và tỏ ra có nhiều ưu điểm nhờ vào sự cải tiến không ngừng về chất liệu, hình dạng, kích thước. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính chùm tia hình nón gãy góc hàm và kết quả phẫu thuật nẹp vít nhỏ [7 - 11]. Vì vậy, để góp thêm phần nào vào việc chẩn đoán và điều trị gãy góc hàm ngày càng tốt hơn cho bệnh nhân, chúng

tôi thực hiện đề tài này nhằm hai mục tiêu: (1) Khảo sát đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính chùm tia hình nón gãy xương hàm dưới vùng góc hàm. (2) Đánh giá kết quả điều trị gãy xương hàm dưới vùng góc hàm bằng nẹp vít nhỏ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 34 bệnh nhân (BN) chấn thương hàm mặt có gãy góc hàm xương hàm dưới (XHD), đồng ý phẫu thuật nắn chỉnh và kết hợp xương (KHX) bằng nẹp vít nhỏ tại Trung tâm Răng Hàm Mặt Bệnh viện Trung ương Huế. Trong thời gian từ tháng 03/2020 đến tháng 03/2021. Số bệnh nhân này tiếp tục được theo dõi 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật. Khoảng thời gian theo dõi là từ tháng 06/2020 đến tháng 09/2021.

Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định gãy góc hàm XHD do chấn thương, có chụp cắt lớp vi tính (CLVT) chùm tia hình nón và điều trị KHX bằng nẹp vít nhỏ.

Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu: Gãy góc hàm XHD bệnh lý hoặc các khuyết hổng xương lớn góc hàm do hậu quả quá trình bệnh lý. Đa chấn thương gây khó khăn trong việc điều trị và đánh giá kết quả. Bệnh nhân bị chấn thương sọ não và có ảnh hưởng lớn đến điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: mô tả, tiến cứu có can thiệp lâm sàng. Chọn mẫu ngẫu nhiên không xác suất.

Phương tiện nghiên cứu: Ghế máy nha khoa, bộ dụng cụ khám gồm gương nha khoa, thám trầm, kẹp gấp, thước đo, máy tính, máy ảnh, máy chụp phim CLVT chùm tia hình nón (WILLMED, Hàn Quốc). Nẹp vít: loại nẹp và vít nhỏ (miniplates) bằng titanium, không gây sức ép lên đầu xương

Bệnh viện Trung ương Huế

gãy (Medicon, CHLB Đức). Bộ dụng cụ phẫu thuật KHX, gồm có: máy khoan và tay khoan xương loại micromotor có xịt nước, mũi khoan titanium (hình trụ, tròn, đường kính 1,5 mm), kèm uốn nẹp, kèm cắt nẹp, tuốc nơ vít.

Quy trình kỹ thuật: (1) Đường rạch trong miệng rạch niêm mạc dọc theo bờ trước vành lên XHD. Ngoài miệng nếu không có vết thương phần mềm thì có thể rạch da theo đường song song bờ dưới XHD hoặc trùng nếp nhăn da cổ. (2) Cố định hai hàm lấy khớp cắn. (3) Kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ. (4) Tháo thun cố định liên hàm, kiểm tra lại khớp cắn. (5) Sau phẫu thuật BN được dùng kháng sinh trong vòng 5 - 7 ngày, kháng viêm corticoid từ 3 - 5 ngày, và thuốc giảm đau tùy theo tình trạng BN. (6) Sau phẫu thuật BN được theo dõi 3 tháng, 6 tháng. (7) Kiểm tra khớp cắn BN liên tục trong vòng 1 tuần sau phẫu thuật, nếu khớp cắn sai, mắc thun cố định liên hàm từ 1 đến 2 tuần.

Khảo sát đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính chùm tia hình nón và kết quả điều trị gãy XHD vùng góc hàm bằng nẹp vít nhỏ:

Theo lứa tuổi: chia thành 4 nhóm: 6 - 18 tuổi,

19 - 39 tuổi, 40 - 59 tuổi, và ≥ 60 tuổi.

Theo giới: gồm 2 nhóm: nam và nữ.

Theo nguyên nhân gãy xương: 5 nhóm: tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt, tai nạn thể thao, tai nạn hỏa khí.

Theo triệu chứng lâm sàng: khớp cắn sai, ấn có điểm đau chói, sưng nề, bầm tím, há miệng hạn chế, đau nhức vùng gãy, vết thương rách, tê môi dưới, biến dạng mặt, dấu khuyết bậc thang.

Theo số lượng đường gãy: gồm 4 nhóm: 1 đường, 2 đường, 3 đường và > 3 đường + gãy vụn.

Sự di lệch của đường gãy: có các mức độ sau: ≤ 5 mm, 6mm - 10mm, ≥ 10 mm. Sự di lệch được đánh giá chủ yếu theo chiều trên dưới.

Kết quả điều trị được chia làm 3 mức độ: tốt, khá, kém dựa trên các phương diện: giải phẫu, thẩm mỹ, chức năng, trong đó giải phẫu được đánh giá phối hợp với phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón. Thời điểm đánh giá là sau phẫu thuật 5 - 7 ngày, sau phẫu thuật 3 tháng và 6 tháng.

Chúng tôi đánh giá kết quả dựa vào tiêu chí đánh giá về giải phẫu, chức năng, thẩm mỹ theo Nguyễn Quang Hải [9]

Bảng 1: Bảng tiêu chí đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật

	Tốt	Khá	Kém
Giải phẫu	- Đường viền xương hai đầu gãy trên phim X quang đúng - Khoảng hở hai đầu gãy ≤ 1 mm	- Đường viền xương hai đầu gãy trên phim X quang sai ≤ 1 mm - Khoảng hở hai đầu gãy 1 - 2 mm	- Đường viền xương hai đầu gãy trên phim X quang sai > 1 mm - Khoảng hở hai đầu gãy > 2 mm
Chức năng	- Khớp cắn đúng - Ăn nhai tốt, không đau, không đau, hài lòng - Há miệng > 3cm - Cắn trung tâm các răng chạm từ 80 - 100% hoặc chạm răng 3 vùng. - Vận động hàm dưới sang bên và/ hoặc ra trước ≥ 8mm - Cảm giác bình thường ở vùng KHX	- Khớp cắn đúng - Ăn nhai tốt, không đau, không đau, chấp nhận hài - Há miệng 2 - 3cm - Cắn trung tâm các răng chạm từ 51 - 79% hoặc chạm răng 2 vùng. - Vận động hàm dưới sang bên và/ hoặc ra trước > 5mm đến < 8mm - Cảm giác kích thích nhẹ ở vùng KHX, chấp nhận được	- Khớp cắn sai - Ăn nhai khó, có đau, thang phiên - Há miệng < 2cm - Cắn trung tâm các răng chạm từ 51 - 79% hoặc chạm răng 2 vùng. - Vận động hàm dưới sang bên và/ hoặc ra trước ≤ 5mm - Cảm giác khó chịu ở vùng KHX, BN than phiền
Thẩm mỹ	- Mặt cân đối, không biến dạng - Không có sẹo hoặc sẹo vết mờ đẹp, đứng cách xa 5m không thấy sẹo	- Mặt biến dạng ít, khó phát hiện - Sẹo có thể sửa lại, đứng cách xa 5m nhìn thấy sẹo	- Mặt mất cân đối, biến dạng nhiều - Sẹo xấu gây biến dạng các cấu trúc lân cận, đứng cách xa > 5m vẫn nhìn thấy sẹo, sẹo cần phải sửa lại

Khảo sát đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính chàm tia hình nón...

Nhận định kết quả điều trị gãy góc hàm: Tốt: khi tất cả 3 tiêu chí trên (giải phẫu, chức năng, thẩm mỹ) đều tốt. Khá: khi có ít nhất 1 tiêu chí là khá và không có tiêu chí nào kém. Kém: khi có ít nhất 1 tiêu chí được đánh giá là kém

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được mã hóa, nhập phân tích và xử lý bằng các thuật toán thống kê y học, sử dụng chương trình toán thống kê SPSS 20.0.

2.4. Vấn đề ý đức

Tất cả các BN được lựa chọn vào nghiên cứu đều là tự nguyện và đều được giải thích về những yêu cầu và lợi ích khi tham gia nghiên cứu. Đảm bảo giữ bí mật về các thông tin liên quan đến sức khỏe cũng như các thông tin cá nhân khác của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện sau khi hội đồng khoa học và hội đồng y đức trong nghiên cứu y sinh học của bệnh viện Trung ương Huế thông qua.

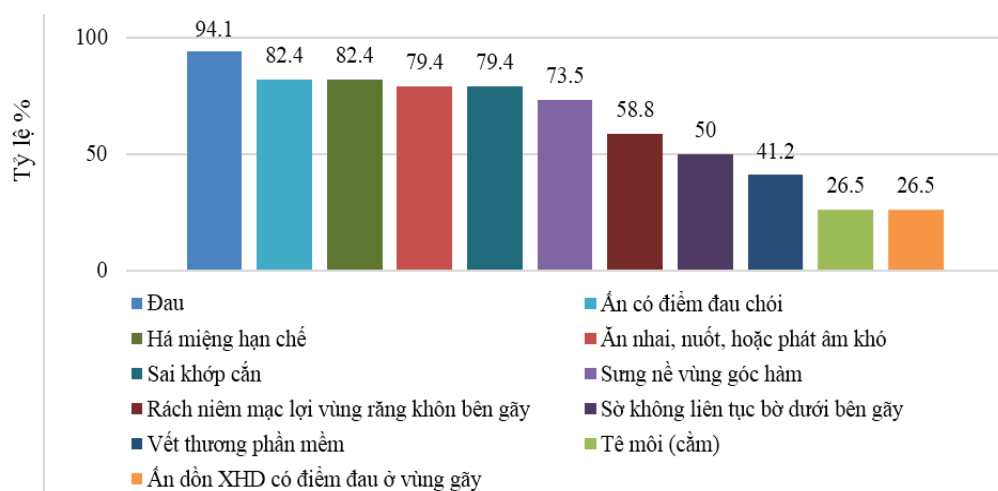
III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 2: Sự phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	Số lượng BN	Tỷ lệ (%)
Nam	29	85,3
Nữ	5	14,7
Tổng cộng	34	100,0

3.2. Đặc điểm lâm sàng



Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng lâm sàng

Nam giới chiếm 85,3%, nữ giới chiếm 14,7%. Tỷ lệ Nam / Nữ: 5,8 / 1

Bảng 3: Sự phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	Số lượng BN	Tỷ lệ %
6 - 18	5	14,7
19 - 39	20	58,8
40 - 59	6	17,7
≥ 60	3	8,8
Tổng cộng	34	100,0

Nhóm tuổi hay gặp nhiều nhất là 19 - 39 tuổi chiếm 58,8%. Nhóm tuổi 60 ít gặp chiếm 8,8%.

Bảng 4: Phân bố bệnh nhân theo nguyên nhân

Nguyên nhân	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	p
Tai nạn giao thông	29	85,3	< 0,01
Tai nạn lao động	2	5,9	
Tai nạn sinh hoạt	3	8,8	
Tổng cộng	34	100,0	

Nguyên nhân gãy góc hàm hay gặp nhất là tai nạn giao thông (85,3%), tiếp đến tai nạn sinh hoạt (8,8%) và tai nạn lao động (5,9%) với $p < 0,01$

Bệnh viện Trung ương Huế

Triệu chứng lâm sàng gãy XHD góc hàm hay gặp nhất là đau (94,1%); tiếp đến là ấn có điểm đau chói há miệng hạn chế (82,4%); rạch niêm mạc vùng răng khôn bên gãy, sai khớp cắn (79,4%)

3.3. Đặc điểm phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón

Bảng 5: Phân bố bệnh nhân theo số lượng đường gãy

Số lượng đường gãy	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	p
1 đường	17	50,0	< 0,05
2 đường	14	41,2	
3 đường	2	5,9	
> 3 đường và gãy vụn vụn	1	2,9	
Tổng cộng	34	100,0	

Trong gãy góc hàm, gãy một đường chiếm tỷ lệ cao nhất (50,0%), tiếp đến là gãy hai đường (41,2%), gãy ba đường (5,9%), gãy > 3 đường hoặc gãy vụn chiếm tỷ lệ thấp nhất (2,9%) với $p < 0,05$

3.4. Kết quả điều trị gãy xương hàm dưới vùng góc hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ.

Bảng 8: Kết quả điều trị thời điểm 5 - 7 ngày sau phẫu thuật

Yếu tố \ Kết quả	Tốt		Khá		p
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Giải phẫu	32	94,1	2	5,9	< 0,01
Chức năng	27	79,4	7	20,6	
Thẩm mỹ	26	76,5	8	23,5	
Chung	26	76,5	8	23,5	

Sau khi phẫu thuật 5 - 7 ngày cho thấy kết quả chung có 26 BN có kết quả tốt đạt 76,5%, có 8 BN đạt kết quả khá đạt 23,5%. với $p < 0,01$

Bảng 9: Kết quả điều trị tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật

Yếu tố \ Kết quả	Tốt		Khá		p
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Giải phẫu	32	94,1%	2	5,9%	< 0,01
Chức năng	30	88,2%	4	11,8%	
Thẩm mỹ	29	85,3%	5	14,7%	
Chung	29	85,3%	5	14,7%	

Bảng 6: Phân bố di lệch của đường gãy

Sự di lệch của đường gãy (mm)	Số lượng BN	Tỷ lệ (%)	p
Di lệch ≤ 5 mm	14	41,2	< 0,01
> 5 - 10mm	18	52,9	
≥ 10 mm	2	5,9	
Tổng cộng	34	100,0	

Đường gãy di lệch > 5 - 10 mm chiếm tỷ lệ cao nhất 52,9%, đường gãy di lệch từ 1 - 5 mm chiếm tỷ lệ 41,2%, đường gãy di lệch > 10 mm chiếm tỷ lệ 5,9%. với $p < 0,01$

Bảng 7: Liên quan của răng khôn hàm dưới trong gãy góc hàm

Răng khôn hàm dưới	Số lượng BN	Tỷ lệ (%)
Có	23	67,6%
Không	11	32,4%
Tổng cộng	34	100%

Gãy góc hàm thì đường gãy đi qua răng khôn hàm dưới chiếm 67,6%.

Khảo sát đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính chũm tia hình nón...

Sau khi phẫu thuật 3 tháng cho thấy kết quả chung có 29 BN có kết quả tốt đạt 85,3%, có 5 BN đạt kết quả khá đạt 14,7%. với $p < 0,01$.

Bảng 10: Kết quả điều trị tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật

Yếu tố \ Kết quả	Tốt		Khá		p
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Giải phẫu	32	94,1	2	5,9	< 0,01
Chức năng	33	97,1	1	2,9	
Thẩm mỹ	32	94,1	2	5,9	
Chung	32	94,1	2	5,9	

Sau khi phẫu thuật 6 tháng cho thấy kết quả chung có 32 BN có kết quả tốt đạt 94,1%, có 2 BN đạt kết quả khá đạt 5,9%. với $p < 0,01$

Bảng 11: So sánh kết quả điều trị sau phẫu thuật ở thời điểm 5 - 7 ngày, sau 3 tháng và sau 6 tháng

Kết quả	Sau 5 - 7 ngày		Sau 3 tháng		Sau 6 tháng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Tốt	26	76,5	29	85,3	32	94,1
Khá	8	23,5	5	14,7	2	5,9
Tổng cộng	34	100	34	100	34	100
p	< 0,01		< 0,01		< 0,01	

Kết quả điều trị đạt kết quả tốt tăng dần theo thời gian, với $p < 0,01$

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Tuổi và giới là các yếu tố quan trọng đối với gãy XHD. Chấn thương gãy góc hàm gặp chủ yếu ở nam giới tỷ lệ nam/ nữ là 5,8:1 và nhóm tuổi hay gặp là 19 - 39 tuổi chiếm 58,8%. Đây là lực lượng chính tham gia vào các hoạt động xã hội, lao động sản xuất, tham gia giao thông và trong các cuộc ẩu đả nhau vì thế hay gây ra các chấn thương hàm mặt nói chung và gãy góc hàm nói riêng.

Kết quả nghiên cứu cho thấy nguyên nhân gãy góc hàm chủ yếu là do tai nạn giao thông chiếm 85,3%, sau đó là do nguyên nhân tai nạn sinh hoạt chiếm 8,8%, tai nạn lao động chiếm 5,9%. Theo nghiên cứu của Kerdoud và cộng sự (2021), nguyên nhân gãy góc hàm XHD chủ yếu do tai nạn giao thông [12]. Do các phương tiện giao thông ngày càng tăng cao, đặc biệt là sự gia tăng đáng kể của xe

gắn máy, cộng thêm ý thức về giao thông của người dân còn chưa cao nên tỷ lệ chấn thương hàm mặt do tai nạn giao thông ngày càng tăng.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng gãy XHD góc hàm hay gặp nhất là đau (94,1%), tiếp đến là há miệng hạn chế và sai khớp cắn (82,4%). Rách niêm mạc lợi bên gãy chiếm tỷ lệ 74,1%. Dấu hiệu di động bất thường giữa hai đầu đoạn gãy là dấu hiệu chắc chắn nhưng có thể không phát hiện được do gãy ít di lệch, gãy không hoàn toàn hoặc gãy thuận lợi. Sai khớp cắn trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là cắn hở vùng cửa và chạm sớm vùng răng hàm đối diện bên gãy, tuy nhiên một số trường hợp khớp cắn vẫn đúng thường do gãy góc hàm đơn thuần không hoặc ít di lệch, gãy thuận lợi.

Triệu chứng sưng đau vùng góc hàm và rách niêm mạc lợi vùng răng khôn hàm dưới bên gãy làm chảy máu ra ở miệng mặc dù không đặc hiệu nhưng rất hay gặp và đây chính là lý do thường khiến bệnh nhân đến khám; khi thấy những dấu hiệu này đi

kèm với cơ chế chấn thương sẽ giúp chúng ta hướng ngay đến một gãy góc hàm, và cần phải khám cẩn thận hơn để tìm các triệu chứng đặc hiệu của gãy góc hàm. Những bệnh nhân gãy góc hàm đến muộn khi xương đã canxi hóa thì các triệu chứng như đau, sưng nề, đau chói khi ăn, di động bất thường hai đầu gãy, có thể cả há miệng hạn chế dường như không còn nữa; thường chúng tôi chỉ phát hiện gãy góc hàm nhờ vào cơ chế chấn thương, khớp cắn sai và sờ bờ dưới vùng góc hàm bên gãy thấy không liên tục (nếu là gãy di lệch). Triệu chứng dị cảm hay mất cảm giác môi dưới bên gãy cũng hay gặp ở những bệnh nhân gãy di lệch. Kết quả nghiên cứu chùng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Nguyễn Quang Hải triệu chứng lâm sàng hay gặp trong gãy góc hàm là ấn có điểm đau chói (95,89%), khớp cắn sai (93,15%), há miệng hạn chế (91,78%), sưng đau vùng góc hàm (86,30%) [9]

4.3. Đặc điểm phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón

Nhóm gãy 1 đường chiếm chủ yếu với tỷ lệ 78,1%. Gãy > 3 đường XHD chiếm tỷ lệ thấp nhất (2,9%). Các tác giả khác nhau cho kết quả khác nhau, tuy nhiên cũng tương tự như chúng tôi, số lượng gãy 1 đường chiếm ưu thế: Năm 2010, Hoàng Lê Trọng Châu đã phẫu thuật KHX bằng nẹp vít nhỏ điều trị gãy XHD tại Bệnh viện Trung ương Huế, tỷ lệ 1 đường gãy là 74,42%, 2 đường gãy là 23,25% [8].

Trên phim CLVT chùm tia hình nón có 52,9% di lệch > 5 - 10mm, 41,2% di lệch ≤ 5mm, 5,9 % di lệch ≥ 10mm. Đường gãy đi qua răng khôn hàm dưới chiếm 67,6%, so với nghiên cứu của Kim và cộng sự (2016) chiếm 58.2% [13]. Nghiên cứu của Nguyễn Quang Hải cho thấy loại phim thường được chỉ định chụp trong chẩn đoán gãy góc hàm là phim toàn cảnh (97,26%) và phim mặt thẳng (94,52%). Kết quả thấy rõ gãy góc hàm trên phim chụp CLVT là: 100%, phim toàn cảnh: 97,26% và phim mặt thẳng: 92,96%. Phim hàm chéch ít chỉ định chụp (19,18%) và tỷ lệ phát hiện đường gãy thấp nhất (78,57%) [9].

4.4. Kết quả điều trị gãy xương hàm dưới vùng góc hàm bằng nẹp vít nhỏ

Kết quả điều trị chung được đánh giá dựa trên 3 tiêu chí về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ, kết

quả này đánh giá một cách toàn diện và giúp cho chúng ta quyết định lựa chọn phương pháp phẫu thuật thích hợp nhất cho bệnh nhân. Thời điểm 5 - 7 ngày sau phẫu thuật cho thấy: Tốt cho kết quả 76,5% và khá 23,5%. Kết quả sau phẫu thuật 3 tháng với tốt 85,3%, khá 15,7% chủ yếu là do há miệng hạn chế (2 - 3 cm), chạm các răng chưa tốt và sẹo vết mổ không đẹp. Sau phẫu thuật 6 tháng, kết quả tốt đạt 94,1%, khá đạt 5,9%. Điều đó cho thấy thời gian theo dõi sau phẫu thuật về sau thì kết quả về chức năng và thẩm mỹ có tốt hơn, bệnh nhân có mức độ chạm các răng và mức độ há miệng tốt hơn. Nghiên cứu của Nguyễn Quang Hải (2008) cho thấy ở thời điểm 3 tháng kết quả tốt chiếm đến 60 trường hợp (90,91%), khá 7,58% (5/66) chủ yếu là do há miệng hạn chế (2 - 3 cm), chạm các răng chưa tốt và sẹo vết mổ không đẹp. Chỉ có 1 trường hợp (1,51%) có kết quả kém vì lý do thẩm mỹ, trường hợp này mổ đường ngoài để lại sẹo xấu gây biến dạng cấu trúc xung quanh, cần phải sửa sẹo. Phương pháp KHX bằng 1 nẹp vít 2.0 có kết quả về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ tốt nhất 95,83%. Sau phẫu thuật 06 tháng cho thấy chỉ còn 58 bệnh nhân tái khám sau 6 tháng và có đến 94,83% (55/58) các bệnh nhân đạt kết quả tốt; kết quả này cao hơn lúc 3 tháng sau điều trị (90,91%). Kết quả điều trị khá chiếm 3,45%, thấp hơn so với kết quả lúc 3 tháng sau phẫu thuật [3].

V. KẾT LUẬN

Phim CLVT chùm tia hình nón cho giá trị cao với hình ảnh toàn cảnh XHD như là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán gãy XHD vì chất lượng hình ảnh tốt hơn, độ nhạy cao, cho thấy không chỉ vị trí của các đường gãy, mà còn cho thấy hướng của đường gãy, sự dịch chuyển của vị trí gãy, mối quan hệ giữa các đường gãy và răng kế cận.

Gãy góc hàm XHD kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ là phương pháp cho kết quả tốt về cả 3 phương diện giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ. Đối với phương pháp điều trị này, trang thiết bị không quá đắt tiền, kỹ thuật không quá khó, hoàn toàn có thể triển khai được ở các bệnh viện tuyến tỉnh và thành phố, phục vụ được cho đại đa số nhân dân và đem lại hiệu quả cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Phẫu thuật Tạo hình. Chấn thương vùng hàm mặt, Bài giảng Phẫu thuật tạo hình. 2000; 197 - 216.
2. Trần Văn Trường, Trương Mạnh Dũng. Tình hình chấn thương hàm mặt tại Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội trong 11 năm từ 1988 - 1998. Tạp chí Y học Việt Nam. 1999. 10: 71 - 73.
3. Thaller S, McDonald WS, Facial Trauma. 2003, New York: Marcel Dekker.
4. Thapliyal GK, Sinha R, Menon PS, Chakranarayan A. Management of Mandibular Fractures. Medical journal, Armed Forces India. 2008. 64: 218-220.
5. Ochs M, Tucker M, Management of Facial Fractures. 2014. p. 491-518.
6. Dawood A, Patel S, Brown J. Cone beam CT in dental practice. Br Dent J. 2009. 207: 23-8.
7. Nguyễn Thế Dũng. Nghiên cứu ứng dụng điều trị gãy xương hàm dưới bằng nẹp vít cố định vững chắc. Tạp chí Y học thực hành. 2013. 895: 2 - 7.
8. Hoàng Lê Trọng Châu. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang và kết quả phẫu thuật gãy phức tạp thân xương hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Trung ương Huế, Răng Hàm Mặt. 2010, Trường Đại học Y Dược Huế.
9. Nguyễn Quang Hải. Nhận xét lâm sàng, X quang gãy góc hàm xương hàm dưới và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật, Răng Hàm Mặt. 2008, Trường Đại học Y Hà Nội.
10. Barry CP, Kearns GJ. Isolated mandibular angle fractures (MAF): a seven-year retrospective study. Irish Journal of Medical Science. 2005. 174: 72.
11. Hằng LTT, Công HT. Gãy xương hàm dưới và bước đầu ứng dụng điều trị bằng nẹp vít tại bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Y học thực hành 2011. 825: 111 - 114.
12. Kerdoud O, Aloua R, Kaouani A, Slimani F. Management of mandibular angle fractures through single and two mini - plate fixation systems: Retrospective study of 112 cases. Int J Surg Case Rep. 2021. 80: 105690.
13. Kim MY, Kim CH, Han SJ, Lee JH. A comparison of three treatment methods for fractures of the mandibular angle. Int J Oral Maxillofac Surg. 2016. 45: 878-83.