

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH CHÙM TIA HÌNH NÓN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ MÁ - CUNG TIẾP XƯƠNG HÀM TRÊN, GÒ MÁ - CUNG TIẾP

Nguyễn Hồng Lợi^{1✉}, Nguyễn Văn Khánh¹

¹Trung tâm Răng hàm mặt, Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy phức hợp xương hàm trên xương gò má - cung tiếp ngày càng gia tăng chủ yếu 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: Gồm 46 bệnh nhân bị chấn thương hàm mặt có chụp phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón, được chẩn đoán gãy phức hợp xương hàm trên, gò má cung tiếp và phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ tại Trung tâm Răng Hàm Mặt Bệnh viện Trung ương Huế trong thời gian từ tháng 03/2020 đến 03/2021. Nghiên cứu mô tả tiến cứu có can thiệp lâm sàng, không đối chứng. Đánh giá kết quả dựa vào tiêu chí về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ

Kết quả: Nhóm tuổi thường gặp là nhóm từ > 18 - 40 tuổi chiếm 69,6%. Giới: nam 80,4%, nữ 19,6%. Nguyên nhân thường do tai nạn giao thông: 93,5%. Triệu chứng lâm sàng: 100% biến dạng mặt; 80,4% đau chói khi ấn điểm gãy; 71,7% há miệng hạn chế; 63% có sai khớp cắn. Độ đặc hiệu của hình ảnh lát cắt ngang, lát cắt đứng ngang đều bằng 1 so với phim 3D. Tỷ lệ phát hiện đường gãy (độ nhạy) của hình ảnh lát cắt ngang, lát cắt đứng ngang đều thấp hơn trên phim 3D với tỷ lệ dao động 0,64 đến 1. Kết quả điều trị sau 6 tháng: tốt có 89,1%, khá có 10,9% và không có kém.

Kết luận: Gãy phức hợp xương hàm trên, gò má - cung tiếp nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông. Phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón có giá trị cao với chất lượng hình ảnh tốt để chẩn đoán. 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 phức hợp xương hàm trên xương gò má cung tiếp, phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón, nẹp vít nhỏ

ABSTRACT

CLINICAL CHARACTERISTICS, CONE BEAM COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGES AND TREATMENT RESULTS OF ZYGOMATICOMAXILLARY COMPLEX FRACTURE

Nguyen Hong Loi^{1✉}, Nguyen Van Khanh¹

Introduction: Zygomaticomaxillary complex fracture are increasing 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 in the world and has shown many advantages thanks to the continuous improvement in materials, shapes and sizes.

Ngày nhận bài:

15/12/2021

Ngày chỉnh sửa:

5/1/2022

Chấp thuận đăng:

20/01/2022

Tác giả liên hệ: Nguyễn

Hồng Lợi

Email:

drloivietnam@yahoo.com.vn

SĐT: 0913498549

Methods: A prospective descriptive study was conducted on 46 patients with facial traumas. The patients underwent conebeam computed tomography, which were diagnosed with complex fractures of zygomaticomaxillary complex fractures. They then underwent fixation techniques using miniplates at Odonto - stomatology Center, Hue Central Hospital, between March 2020 and March 2021. The results based on anatomical, functional and aesthetic criteria were evaluated.

Results: Most patients were in the age group of > 18 - 40 years old, accounting for 69.6%. Gender: Male: 80.4%, female: 19.6%. Causes were usually traffic accidents: 93.5%. Clinical symptoms were: 100% facial deformities; 80.4% throbbing pain when pressing at fractured points; 71.7% trismus; 63% malocclusion; 50% of conjunctival hemorrhage; 47.8% of soft tissue wounds; 45.7% numbness. The specificity of horizontal and coronal cross-section radiograph is equal to 1 - compared to 3D radiograph. The detection rate of fracture (sensitivity) of horizontal cross-section film was lower than 3D radiograph, with a range from 0.64 to 1. Treatment results were excellent in 89.1%, good in 10.9% and none (0%) in bad.

Conclusion: Fixation of bone with miniplates and screws is a method that results in excellent outcomes, facilitates patients to heal fast. Miniplates and screws do not have any reactions to humans' bodies after placing them.

Key words: Zygomaticomaxillary complex fractures, conebeam computed tomography, miniplates

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương tầng giữa mặt nói chung, gãy phức hợp xương hàm trên xương gò má - cung tiếp nói riêng là một chấn thương hay gặp trong chấn thương hàm mặt [1-3]. Gãy phức hợp xương hàm trên xương gò má - cung tiếp ngày càng gia tăng do nhiều nguyên nhân khác nhau [1]. Đối với trường hợp gãy phức hợp xương hàm trên, gò má - cung tiếp có nhiều phương pháp điều trị [4]. 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 là bước tiến lớn trong chẩn đoán hình ảnh hàm mặt. Phương pháp phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít đã được sử dụng trong hàm mặt từ năm 1886 bởi Hansmann và không ngừng được nghiên cứu, phát triển, được ứng dụng ngày một rộng rãi trong những thập niên gần đây [5]. Trong nhiều năm qua đã có nhiều nghiên cứu ngoài nước, trong nước về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ trong gãy xương hàm trên, gò má - cung tiếp [4,6-8]. Nhưng ít có nghiên cứu về phẫu thuật gãy phức hợp xương hàm trên, gò má - cung tiếp bằng nẹp vít nhỏ. Vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này với các mục tiêu sau: (1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt

lớp vi tính chùm tia hình nón gãy phức hợp xương hàm trên, gò má - cung tiếp. (2) Đánh giá kết quả điều trị gãy phức hợp xương hàm trên, gò má - cung tiếp bằng nẹp vít nhỏ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 46 bệnh nhân (BN) bị chấn thương hàm mặt có chụp phim cắt lớp vi tính (CLVT) chùm tia hình nón, được chẩn đoán gãy phức hợp xương hàm trên, gò má cung tiếp (XHT GMCT) và phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ tại Trung tâm Răng Hàm Mặt Bệnh viện Trung ương Huế trong thời gian từ tháng 03/2020 đến 03/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: (1) Những bệnh nhân chụp phim CLVT chùm tia hình nón và được chẩn đoán có gãy phức hợp xương hàm trên, gò má cung tiếp. (2) Những bệnh nhân chấn thương lần đầu. (3) Được phẫu thuật trong vòng 15 ngày sau chấn thương. (4) Bệnh nhân được theo dõi trong quá trình điều trị và tái khám đánh giá sau khi ra viện, 3 tháng, 6 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân đa chấn thương hoặc phối hợp với chấn thương sọ não nặng đến muộn sau 15 ngày sau chấn thương gây khó khăn trong việc điều trị và đánh giá kết quả. (2) Những bệnh nhân gãy phức tạp, vụn, có thiếu hồng xương lớn. (3) Những bệnh nhân mất nhiều răng mà không xác định được khớp cắn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả, tiền cứu, có can thiệp lâm sàng, không đối chứng.

Phương pháp chọn mẫu: 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, phiếu nghiên cứu, máy chụp phim CLVT chùm tia hình nón (WILLMED, Hàn Quốc).

- Nẹp vít là loại nẹp và vít nhỏ (miniplates) bằng titanium, không gây sức ép lên đầu xương gãy, có nhiều hình dạng khác nhau.

- Bộ dụng cụ phẫu thuật kết hợp xương: máy khoan và tay khoan xương loại micromotor có xịt nước, mũi khoan titanium (hình trụ, tròn, đường kính khoảng 1,5 mm), nẹp vít nhỏ titanium (miniplates), kèm uốn cong nẹp, kèm cắt nẹp, tuốc nơ vít.

Phương pháp phẫu thuật:

- Buộc cung Tigeursted hoặc các nút IVY chuẩn bị cho việc cố định hai hàm

- Tiếp cận đường gãy chọn các đường rạch sau: Rạch da bờ dưới mi dưới, rạch da đuôi lông mày, rạch niêm mạc ngách tiền đình hàm trên, rạch da trên cung tiếp hoặc tại đỉnh, trước nắp tai- thái dương.

- Bóc tách và làm sạch đường gãy.

- Nắn chỉnh xương gãy kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ.

- Tháo bỏ các phương tiện cố định hai hàm, kiểm tra khớp cắn, đóng vết mổ.

Chỉ tiêu nghiên cứu và cách đánh giá:

- Tuổi thanh thiếu niên (6-18 tuổi), tuổi trưởng thành (19-39 tuổi), tuổi trung niên (40-60 tuổi), tuổi già (> 60 tuổi).

- Giới: Nam và nữ.

- Nguyên nhân gãy xương: tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt, tai nạn thể thao.

- Triệu chứng lâm sàng: biến dạng mặt; đau chói khi ấn điểm gãy; há miệng hạn chế; có sai khớp cắn; xuất huyết kết mạc; có vết thương phần mềm; tê bì.

- Đặc điểm trên phim CLVT chùm tia hình nón: Đánh giá khả năng phát hiện các đường gãy trên các phim lát cắt ngang, phim lát cắt đứng ngang so với trên phim dựng hình 3D. So sánh các đường gãy có thể đặt nẹp và các đường gãy không đặt nẹp trên phim dựng hình 3D với vị trí kết hợp xương thực tế trên lâm sàng.

- Đánh giá kết quả điều trị: chúng tôi đánh giá kết quả dựa vào tiêu chí đánh giá về giải phẫu, chức năng, thẩm mỹ theo Trần Văn Trường [5].

Bảng 1: Tiêu chí đánh kết quả điều trị

Yếu tố Kết quả	Giải phẫu	Chức năng	Thẩm mỹ
Tốt	- Xương liền tốt. - Không biến dạng, không di lệch.	- Ăn nhai, nuốt, nói và cảm giác bình thường, - Không tê bì, không song thị, thị lực bình thường, không nghẹt mũi. - Khớp cắn đúng	- Mặt không biến dạng, không lõm mắt, sống mũi thẳng trục. - Sẹo vết mổ đẹp.
Khá	- Xương liền. - Xương biến dạng và di lệch ít.	- Ăn nhai được. - Còn tê bì, giảm thị lực, còn nghẹt mũi - Khớp cắn chạm đều hai hàm nhưng cung răng trên còn lồi nhẹ ra sau hoặc còn cắn hở nhẹ một bên.	- Mặt biến dạng ít, lõm mắt nhẹ. - Vết thương phần mềm có thể phải sửa lại
Kém	- Xương liền kém hoặc không liền - Xương biến dạng.	- Ăn nhai khó. - Còn song thị, mất thị lực, viêm xoang hàm - Khớp cắn sai	- Xương và phần mềm biến dạng. - Cần phẫu thuật lại

Nhận định kết quả điều trị: 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.

Bệnh viện Trung ương Huế

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 tỷ lệ bệnh nhân theo giới

Giới	n	%
Nam	37	80,4
Nữ	9	19,6
Tổng	46	100

Trong 46 BN được nghiên cứu, có 80,4% là nam giới và 19,6 là nữ giới.

Bảng 3: Sự phân bố tỷ lệ bệnh nhân theo tuổi

Nhóm tuổi	n	%
≤ 18 tuổi	7	15,2
> 18 - 40 tuổi	32	69,6
> 40 - 60 tuổi	7	15,2
Tổng	46	100,0

Tỷ lệ bệnh nhân theo nhóm tuổi: ≤ 18 tuổi là 15,2%, > 18 - 40 tuổi là 69,6%, > 40 - 60 tuổi là 15,2%.

Bảng 4: Phân bố theo nguyên nhân

Nguyên nhân chấn thương	n	%
Tai nạn giao thông	43	93,5
Tai nạn lao động	1	2,2
Tai nạn sinh hoạt	2	4,3
Tổng	46	100,0

Nguyên nhân nhập viện có 93,5% là do tai nạn giao thông; 4,3% tai nạn sinh hoạt; 2,2% là tai nạn lao động.

3.2. Triệu chứng lâm sàng gây phức hợp xương hàm trên, gò má - cung tiếp

Bảng 5: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	n	%
Biến dạng mặt	46	100,0
Xuất huyết kết mạc	23	50,0
Đau chói	37	80,4
Tê bì	21	45,7
Há miệng hạn chế	33	71,7
Di động bất thường	12	26,1
Sai khớp cắn	29	63,0
Vết thương phần mềm	22	47,8

BN gây phức hợp xương hàm trên, xương gò má - cung tiếp thì 100% biến dạng mặt; 80,4% đau chói; 71,7% há miệng hạn chế; 63% sai khớp cắn; 50% xuất huyết kết mạc; 47,8% có vết thương phần mềm; 45,7% tê bì

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

Bảng 6: Đánh giá khả năng phát hiện các đường gãy trên các phim cắt ngang so với trên các phim dựng hình 3D

Phim cắt ngang		Phim dựng hình 3D				Tổng		Se; Sp
		Có		Không				
		n	%	n	%	n	%	
Gãy xương mũi	Có	10	100	0	0,0	10	100	Se=1 Sp=1
	Không	0	0,0	36	100	36	100	
Bờ dưới ổ mắt, sàn ổ mắt	Có	40	100	0	0,0	40	100	Se=1 Sp=1
	Không	0	0,0	6	100	6	100	
Máu lên XHT	Có	42	100	0	0,0	42	100	Se=1 Sp=1
	Không	0	0,0	4	100	4	100	
Khớp gò má - hàm	Có	35	100	0	0,0	35	100	Se= 0,97 Sp=1
	Không	1	9,1	10	90,9	11	100	
Khớp gò má - trán	Có	24	100	0	0,0	24	100	Se=1 Sp=1
	Không	0	0,0	22	100	22	100	
Khớp gò má thái dương	Có	17	100	0	0,0	17	100	Se= 0,94 Sp=1
	Không	1	3,4	28	96,6	29	100	
Gãy dọc giữa dọc bên XHT	Có	10	100	0	0,0	10	100	Se=0,91 Sp=1
	Không	1	2,8	35	97,2	36	100	

Sự phát hiện âm tính thật của các đường gãy trên các lát cắt ngang bằng 1(sp). Khả năng phát hiện dương tính thật (Se): Đường gãy xương mũi; bờ dưới ổ mắt; máu lên XHT; khớp gò má trán bằng 1. Đường gãy khớp gò má - hàm bằng 0,97. Đường gãy khớp gò má - thái dương bằng 0,94. Đường gãy dọc giữa, dọc bên XHT bằng 0,91

Bảng 7: Đánh giá khả năng phát hiện các đường gãy trên các phim cắt đứng ngang so với trên các phim dựng hình 3D

Phim cắt ngang		Phim dựng hình 3D				Tổng		Se; Sp
		Có		Không				
		n	%	n	%	n	%	
Gãy xương mũi	Có	10	100	0	0,0	10	100	Se=1 Sp=1
	Không	0	0,0	36	100	36	100	
Bờ dưới ổ mắt, sàn ổ mắt	Có	40	100	0	0,0	40	100	Se=1 Sp=1
	Không	0	0,0	6	100	6	100	

Phim cắt ngang		Phim dựng hình 3D				Tổng		Se; Sp
		Có		Không				
		n	%	n	%	n	%	
Mẫu lên XHT	Có	39	100	0	0,0	39	100	Se=0,93 Sp=1
	Không	3	42,9	4	57,1	7	100	
Khớp gò má- hàm	Có	34	100	0	100	34	100	Se=0,94 Sp=1
	Không	2	16,7	10	83,3	12	100	
Khớp gò má- trán	Có	23	100	0	0,0	23	100	Se=0,96 Sp= 1
	Không	1	4,3	22	95,7	23	100	
Khớp gò má thái dương	Có	14	100	0	0,0	14	100	Se=0,78 Sp=1
	Không	4	12,5	28	87,5	32	100	
Gãy dọc giữa dọc bên XHT	Có	7	100	0	0,0	7	100	Se=0,64 Sp=1
	Không	4	10,3	35	89,7	39	100	

Sự phát hiện âm tính thật của các đường gãy trên các lát cắt đứng ngang bằng 1 (Sp). Khả năng phát hiện dương tính thật: Đường gãy xương mũi; bờ dưới hốc mắt bằng 1. Đường gãy khớp gò má - trán bằng 0,96. Đường gãy khớp gò má hàm bằng 0,94. Đường gãy mẫu lên XHT bằng 0,93. Đường gãy khớp gò má - thái dương bằng 0,78. Đường gãy dọc giữa dọc bên XHT bằng 0,64

Bảng 8: So sánh các đường gãy có thể đặt nẹp và các đường gãy không đặt nẹp trên phim dựng hình 3D với vị trí kết hợp xương trên thực tế lâm sàng.

Vị trí kết hợp xương thực tế trên lâm sàng		Đường gãy trên phim dựng hình 3D				Tổng		p
		Có thể đặt nẹp		Không đặt nẹp				
		n	%	n	%	n	%	
Bờ dưới hốc mắt	Có	34	73,9	0	0,0	34	73,9	p<0,05
	Không	3	6,5	9	19,6	12	26,1	
Tổng		37	80,4	9	19,6	46	100,0	
Mẫu lên xương hàm trên	Có	24	52,2	0	0,0	24	52,2	p<0,05
	Không	6	13,0	16	34,8	22	47,8	
Tổng		30	65,2	16	34,8	46	100,0	
Đường gãy dọc giữa và dọc trên XHT	Có	5	10,9	0	0,0	5	10,9	p<0,05
	Không	3	6,5	38	82,6	41	89,1	
Tổng		8	17,4	38	82,6	46	100,0	

Vị trí kết hợp xương thực tế trên lâm sàng		Đường gãy trên phim dựng hình 3D				Tổng		p
		Có thể đặt nẹp		Không đặt nẹp				
		n	%	n	%	n	%	
Khớp gò má hàm	Có	5	10,9	0	0,0	5	10,9	p<0,05
	Không	22	47,8	19	41,3	41	89,1	
Tổng		27	58,7	19	41,3	46	100,0	
Khớp gò má thái dương	Có	9	19,6	0	0,0	9	19,6	p<0,05
	Không	2	4,3	35	76,1	37	80,4	
Tổng		11	23,9	35	76,1	46	100,0	

Sự khác biệt giữa các đường gãy có thể đặt nẹp trên phim dựng hình 3D với các vị trí kết hợp xương trên thực tế trên lâm sàng có ý nghĩa thống kê $p<0,05$

3.4. Đánh giá kết quả điều trị

Bảng 9: Đánh giá kết quả chung khi ra viện

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	35	76,1
Khá	11	23,9
Tổng	46	100,0

Đánh giá kết quả chung khi ra viện tốt có 76,1%, khá là 23,9% và không có kém

Bảng 10: Đánh giá kết quả chung sau 3 tháng

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	38	82,6
Khá	8	17,4
Tổng	46	100,0

Kết quả chung sau 3 tháng tốt là 82,6%; khá là 17,4% và không có kết quả kém

Bảng 11: Đánh giá kết quả chung sau 6 tháng

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	41	89,1
Khá	5	10,9
Tổng	46	100,0

Tỷ lệ đánh giá sau 6 tháng tốt chiếm tỷ lệ 89,1% và chỉ có 10,9% khá. Không có kết quả kém

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính chũm tia hình nón

Trong số 46 đối tượng nghiên cứu nam giới chiếm đa số 80,4%, nữ giới chiếm 19,6%, tỷ lệ nam/nữ = 4,1/1. Điều này phù hợp với thực tế ở Việt Nam và một số nước, nam giới thường điều khiển phương tiện giao thông với tốc độ cao đặc biệt với xe máy và nam giới thường hay đi xe sau khi sử dụng rượu bia, hơn nữa ở nam giới cũng hay xảy ra ẩu đả hơn. Trong khi đó, nghiên cứu của Jun Hyeok Kim và cộng sự (2020) trên 40 bệnh nhân cho kết quả nam giới chiếm 67,5%, nữ giới chiếm 32,5% [9]

Nhóm tuổi có tỷ lệ chấn thương cao nhất là >18 - 40 tuổi với 69,6%. Theo chúng tôi, nhóm tuổi >18 - 40 tuổi, cùng với nhóm >40 - 60 tuổi là các nhóm tuổi đại diện cho tầng lớp thanh niên và trung niên, đây là lực lượng chính tham gia vào mọi hoạt động của xã hội từ lao động, sản xuất cũng như các hoạt động thể dục, thể thao... họ tham gia giao thông thường xuyên hằng ngày với tần suất cao nhất nên tất yếu là các nhóm tuổi dễ gặp tai nạn nhất.

Nguyên nhân gây chấn thương trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là tai nạn giao thông với 93,5 %, kết quả này tương đương với kết quả các nghiên cứu của Ngô Thị Thu Hà với 95%, của Adeyemo R.A [4,6]. Trong khi đó, nghiên cứu của Jun Hyeok Kim và cộng sự (2020) trên 40 bệnh nhân gãy phức hợp xương hàm trên, xương gò má cung tiếp ở Hàn Quốc chỉ ra nguyên nhân chủ yếu là ngã từ trên cao chiếm 50%. Nguyên nhân do tai nạn giao thông ít phổ biến, chiếm 15% [9]. Điều này được giải thích

là do các phương tiện giao thông ở nước ta ngày càng tăng cao, đặc biệt là sự gia tăng đáng kể của xe 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 chiếm hàng đầu.

Qua nghiên cứu của chúng tôi với 46 bệnh nhân gãy phức hợp xương hàm trên, gò má - cung tiếp chúng tôi thấy các dấu hiệu lâm sàng chính như: Biến dạng mặt: 100%, sai khớp cắn 63%, đau chói: 80,4%, há miệng hạn chế: 71,7%, vết thương phần mềm: 47,8%, tê bì: 45,7%. Đây là những dấu hiệu lâm sàng chính của gãy phức hợp XHT, XGM-CT những dấu hiệu này thường được thấy tương đối rõ khi thăm khám lâm sàng.

Hình ảnh dựng hình 3D tạo rất nhiều thuận lợi cho việc chỉ định phẫu thuật và lập kế hoạch điều trị. Từ đó phẫu thuật chỉ thực hiện khi thực sự cần thiết, tránh việc phải mổ thăm dò hoặc phẫu thuật khi không cần thiết. Trên phim lát cắt ngang so với các phim dựng hình 3D tỷ lệ phát hiện các đường gãy trên lát cắt ngang từ 91% đến 100%. Trên phim lát cắt đứng ngang so với các phim dựng hình 3D tỷ lệ phát hiện các đường gãy trên phim từ 64% đến 100%. Trong nghiên cứu của Đặng Văn Trí (2020), đường gãy bờ dưới ổ mắt chiếm tỉ lệ cao, sụn ổ mắt bên phải là 66,7% và bên trái là 62,2%. Vị trí dọc giữa bên xương hàm trên chiếm tỉ lệ thấp nhất bên phải 4,4%, và bên trái 2,2% [10]. Các xương trong cấu trúc tầng mặt giữa rất mỏng, đồng thời nằm trên nhiều bình diện khác nhau với những mức độ cản quang không đồng nhất. Hình ảnh chẩn đoán trên các phim quĩ ước vùng tầng mặt giữa do vậy thường không rõ ràng, đặc biệt khi có sự biến dạng và hiện tượng sưng nề, tụ máu do chấn thương. Các chiều thể chụp CLVT có thể theo lát cắt ngang, lát cắt đứng ngang và dựng hình theo không gian ba chiều cho phép đánh giá tốt nhất hình thái và mức độ di lệch của xương gãy cũng như đánh giá sau phẫu thuật. Chúng tôi nhận thấy rằng những tiến bộ về hình ảnh phim CLVT chùm tia hình nón có độ phân giải cao, đa cắt lớp đã giúp cải thiện hơn nữa sự phóng đại và tái tạo 3 chiều. Khả năng mô tả chính xác giải phẫu của xương và mô mềm theo các mặt phẳng ngang, đứng ngang đã tiếp cận rất rõ các kiểu vỡ. Phim CLVT chùm tia hình nón phát hiện được các tổn thương xương, phần mềm trong các vùng sâu của hàm mặt, nó cung cấp tổn thương trên nhiều bình diện giải phẫu giúp chẩn đoán chính xác đường gãy, cung cấp chi tiết về chiều dài đường gãy, sự di lệch của đường gãy, các mảnh xương vỡ vụn,

các đường gãy trên phim rõ nét. Phim có độ nét cao, cắt nhiều lớp ở các bình diện khác nhau do vậy đã khắc phục được điểm chồng hình của phim thường qui. Tuy nhiên, lát cắt ngang và lát cắt đứng ngang dù tìm được các đường gãy sâu, nhưng ở mỗi lát cắt chỉ biểu thị được một khu vực tổn thương. Trong khi đó phim dựng hình 3D cho thấy hình ảnh không gian ba chiều của khối xương gãy, độ di lệch của khối xương gãy, qua đó giúp cho phẫu thuật viên có thể phát thảo và dự kiến phương pháp nắn chỉnh các đường gãy của xương về đúng vị trí giải phẫu chính xác hơn.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị

Đánh giá về mặt thẩm mỹ trong 46 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, khi ra viện có 39 bệnh nhân đạt kết quả tốt về thẩm mỹ, có 7 bệnh nhân có kết quả khá, không có trường hợp nào cho kết quả kém. Chúng tôi nhận thấy, trong số bệnh nhân không có kết quả tốt về thẩm mỹ khi ra viện hầu hết là những bệnh nhân bị các vết thương phần mềm sâu, nham nhở ở vùng mặt do chấn thương gây nên, đặc biệt hay gặp nhất là những vết thương mất tổ chức phần mềm vùng gò má và bờ ngoài ổ mắt thường thấy ở các bệnh nhân chà mặt xuống nền đường trong các tai nạn xe máy.

Đánh giá kết quả chung khi ra viện là tốt có tỷ lệ 76,1%, khá có tỷ lệ 23,9%, không có trường hợp nào đánh giá là kém, sau 3 tháng tốt là 82,6%, khá là 17,4%, 6 tháng tốt là 89,1%, khá là 10,9%. Kết quả của chúng tôi tương tự Nguyễn Hà Nam và Đặng Văn Trí [7,10]. Chúng tôi cũng ghi nhận không có trường hợp nào có kết quả khá là do nguyên nhân sử dụng kỹ thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ. Vì thế chúng tôi thống nhất với kết luận của Roden, Kawanmoto, Đới Xuân An, Nguyễn Hà Nam, Đặng Văn Trí: các biến dạng do gãy xương mặt có thể được phục hồi tốt nhờ phương pháp KHX bằng nẹp vít [2,3,7,10-12].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 46 trường hợp gãy phức hợp xương hàm trên, gò má - cung tiếp được phẫu thuật bằng nẹp vít nhỏ tại Trung tâm Răng Hàm Mặt Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 03/2020 đến tháng 03/2021 chúng tôi rút ra kết luận như sau: Nhóm tuổi thường gặp là nhóm từ >18 - 40 tuổi chiếm 69,6%. Giới: nam 80,4%, nữ 19,6%. Nguyên nhân thường do tai nạn giao thông: 93,5%. Triệu chứng lâm sàng: 100% biến dạng mặt; 80,4% đau chói khi ấn điểm gãy; 71,7% há miệng hạn chế; 63% có sai khớp cắn; 50% xuất huyết kết mạc; 47,8% có vết

thương phần mềm; 45,7 % tê bì. Độ đặc hiệu của phim cắt ngang, cắt đứng ngang đều bằng 1 so với phim 3D. Tỷ lệ phát hiện đường gãy (độ nhạy) của hình ảnh lát cắt ngang, lát cắt đứng ngang đều thấp hơn trên phim 3D với tỷ lệ dao động 0,64 đến 1. Kết quả điều trị: sau 6 tháng tốt có 89,1%, khá có 10,9% và không có kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Văn Trường, Trương Mạnh Dũng. Tình hình chấn thương hàm mặt tại Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội trong 11 năm (1988-1998). Tạp chí Y học Việt Nam. 1999. 10: 71 - 80.
2. Lâm Hoài Phương. Phân loại chấn thương hàm mặt, Chấn thương hàm mặt. Nhà xuất bản Y học Hà Nội. 2007:71 - 80.
3. Đới Xuân An. Nghiên cứu các hình thái lâm sàng của chấn thương tầng khối xương mặt và đánh giá kết quả xử trí với phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít, Răng Hàm Mặt. Trường Đại học Y Hà Nội. 2007.
4. Ngô Thị Thu Hà. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, X-quang và đánh giá kết quả điều trị gãy xương hàm trên Le Fort II, Le Fort III tại bệnh viện Việt Nam – Cu Ba Hà Nội (2004-2005), Răng Hàm Mặt. Trường Đại Học Y Hà Nội. 2005.
5. Knight JS , North JF. The classification of malar fractures: an analysis of displacement as a guide to treatment. Br J Plast Surg. 1961. 13: 325-39.
6. Adeyemo WL, Taiwo OA, Ladeinde AL, Ogunlewe MO, Adeyemi MO, Adepoju AA. Mid-facial fractures: a 5-year retrospective review in a Nigerian teaching hospital. Niger J Med. 2012. 21: 31-5.
7. Nguyễn Hà Nam. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, X quang và đánh giá kết quả điều trị gãy tầng giữa mặt trung và cao có cố định bằng nẹp vít titan, in Răng Hàm Mặt. Trường Đại học Y Hà Nội. 2009.
8. Oliveira-Campos GH, Lauriti L, Yamamoto MK, Júnior RC, Luz JG. Trends in Le Fort Fractures at a South American Trauma Care Center: Characteristics and Management. J Maxillofac Oral Surg. 2016. 15: 32-7.
9. Kim JH, Kim YS, Oh DY, Jun YJ, Rhie JW, Moon S-H. Efficacy of Altered Two - Point Fixation in Zygomaticomaxillary Complex Fracture. BioMed Research International. 2020. 2020: 8537345.
10. Đặng Văn Trí. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, x quang và kết quả điều trị phẫu thuật gãy xương hàm trên, Răng Hàm Mặt. Đại học Y dược Huế. 2020.
11. Lakin GE , Kawamoto HK, Jr. Le Fort II osteotomy. J Craniofac Surg. 2012. 23: 1964-7.
12. Roden KS, Tong W, Surrusco M, Shockley WW, Van Aalst JA, Hultman CS. Changing characteristics of facial fractures treated at a regional, level 1 trauma center, from 2005 to 2010: an assessment of patient demographics, referral patterns, etiology of injury, anatomic location, and clinical outcomes. Ann Plast Surg. 2012. 68: 461-6.