

Khảo sát tình hình bệnh nhân chấn thương hàm mặt điều trị nội trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế

Hoàng Minh Phương*, Trần Anh Hậu, Nguyễn Văn Minh,
Châu Ngọc Phương Thanh, Võ Trần Nhã Trang, Hoàng Minh Vũ
Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Chấn thương hàm mặt là một trong những loại chấn thương thường gặp và ảnh hưởng trực tiếp đến thẩm mỹ khuôn mặt, chức năng ăn nhai của người bệnh cũng như là chức năng giao tiếp. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan đến chấn thương hàm mặt và đánh giá kết quả điều trị các tổn thương vùng hàm mặt. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 60 bệnh nhân chấn thương hàm mặt tại Khoa Tai Mũi Họng - Mắt - Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 10/2022 đến tháng 6/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ: 5,67/1, thường gặp ở nhóm tuổi 18 - 39 tuổi (61,67%). Nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông (85%). Vết thương phần mềm có 58 trường hợp (96,67%) trong đó vết thương đụng dập cao nhất chiếm 39,33%. Gãy xương vùng hàm mặt có 48 trường hợp, chủ yếu là gãy một xương đơn thuần trong đó gãy xương trong đó gãy xương gò má- cung tiếp chiếm tỉ lệ cao nhất 60,41%. **Kết luận:** Chấn thương hàm mặt thường gặp ở nam giới, nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông và thường phối hợp vừa vết thương phần mềm và gãy xương, đụng dập là vết thương phần mềm thường gặp và gãy xương gò má cung tiếp là loại gãy xương thường gặp nhất.

Từ khóa: chấn thương hàm mặt, vết thương, gãy xương gò má, gãy xương hàm dưới com.

The situation of maxillofacial traumas treated inpatients at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital

Hoang Minh Phuong*, Tran Anh Hau, Nguyen Van Minh,
Chau Ngoc Phuong Thanh, Vo Tran Nha Trang, Hoang Minh Vu
University of Medicine and Pharmacy, Hue University

Abstract

Background: Maxillofacial traumas are common injury in the traumas and directly affects the facial aesthetics, occlusal function of the patients and communication function. This study aims to assess clinical and factors related to maxillofacial traumas and evaluate the results of treatment of maxillofacial injuries. **Materials and methods:** descriptive study, advanced research on 60 patients had facial injuries at Department of ENT - Ophthalmology - Odonto Stomatology and Maxillofacial Surgery, Hospital of Hue University of Medicine and Pharmacy between 10/2022 and 6/2023. **Results:** The male/female ratio is about 5.67/1, the common age ranged from 18 to 39 years (61.67%). The main cause is traffic accidents (85%). Soft tissue injury has 58 cases (96.67%) in which the highest concussion injury accounts for 39.33%. The maxillofacial fractures had 48 cases, mainly the isolated fractures and most of which were the zygomaticomaxillary fractures with 60.41%. **Conclusions:** Maxillofacial trauma is common in men, mainly caused by traffic accidents and often combined with soft tissue injuries and fractures, contusion is the most common soft tissue injury and zygomaticomaxillary fracture is the most common fractures.

Keywords: Maxillofacial trauma, mandibular fractures, zygomaticomaxillary fracture, the wound.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương hàm mặt là một trong những loại chấn thương thường gặp và ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ khuôn mặt, chức năng ăn nhai của người bệnh cũng như là chức năng giao tiếp (giọng nói và nét mặt) [1, 2]. Chấn thương hàm mặt gây ra nhiều tổn thương đa dạng và phức tạp, tổn thương này

nếu không được điều trị sớm và đúng mức sẽ ảnh hưởng nhiều đến giải phẫu, chức năng, thẩm mỹ [3]. Nguyên nhân gây chấn thương hàm mặt và hình thái lâm sàng của các loại tổn thương rất đa dạng, do đó các phương pháp điều trị cũng có những nét đặc thù riêng cho từng loại tổn thương [4]. Người thầy thuốc có vai trò đặc biệt quan trọng trong việc phục hồi

*Tác giả liên hệ: Hoàng Minh Phương. Email: hmpuong.rhm@huemed-univ.edu.vn
Ngày nhận bài: 18/10/2024; Ngày đồng ý đăng: 10/4/2025; Ngày xuất bản: 10/6/2025

DOI: 10.34071/jmp.2025.3.8

chức năng, thẩm mỹ và ngăn ngừa những biến dạng mặt của bệnh nhân chấn thương hàm mặt [3, 4].

Theo Patiguli Wusiman và cộng sự thống kê trong vòng 5 năm (2012-2016) tại Bệnh viện Xinjiang ở Trung Quốc có tổng cộng 2492 bệnh nhân chấn thương hàm mặt trong đó có 1981 bệnh nhân nam, tỉ lệ bệnh nhân nam/nữ bằng 3,88. Trong đó gãy xương hàm dưới chiếm tỷ lệ cao nhất (31,97%) theo sau đó là gãy phức hợp gò má-cung tiếp (25,3%) [5].

Theo Nguyễn Hồng Lợi và Nguyễn Thị Kim Phượng (2020) tại trung tâm Răng Hàm Mặt - Bệnh viện Trung ương Huế có 627 trường hợp chấn thương hàm mặt, trong đó có 512 bệnh nhân bị chấn thương xương (81,7%) và 38 bệnh nhân vết thương phần mềm đơn thuần [6].

Cho đến nay đã có nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước về đặc điểm dịch tễ, nguyên nhân, phân loại cũng như các phương pháp điều trị chấn thương vùng hàm mặt, trong đó 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 [3]. Để hiểu rõ hơn về hình thái tổn thương, mức độ nặng nhẹ, tần suất xuất hiện các tổn thương vùng hàm mặt cũng như là kết quả điều trị các tổn thương vùng hàm mặt, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài **“Khảo sát tình hình bệnh nhân chấn thương hàm mặt điều trị nội trú tại Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế”** với hai mục tiêu sau:

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan của bệnh nhân chấn thương hàm mặt.
2. Đánh giá kết quả điều trị các tổn thương thường gặp ở vùng hàm mặt.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

60 bệnh nhân chấn thương hàm mặt khám và điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng - Mắt - Răng Hàm Mặt,

Bệnh viện Trường Đại học Y - Dược Huế từ tháng 12/2021 đến tháng 5/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả tiến cứu.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu

Mẫu thuận tiện, không xác suất.

2.2.3. Tiêu chuẩn chọn lựa

- Tất cả các bệnh nhân chấn thương hàm mặt do tất cả các nguyên nhân.

- Bệnh nhân có đầy đủ hồ sơ bệnh án phim X Quang chẩn đoán vùng hàm mặt.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, cho phép sử dụng hình ảnh trong nghiên cứu và tái khám theo hẹn.

2.2.4. Phương pháp đánh giá

• Các yếu tố liên quan:

- Phân bố theo nhóm tuổi theo WHO: ≤ 18 tuổi; 19 - 39 tuổi; 40 - 60 tuổi; > 60 tuổi.

- Phân bố theo giới tính: Nam - Nữ.

- Phân bố theo nguyên nhân chấn thương: tai nạn giao thông; tai nạn lao động; tai nạn sinh hoạt; tai nạn thể thao, đánh nhau

- Phân bố theo nghề nghiệp: học sinh-sinh viên, lao động chân tay (công nhân, nông dân), cán bộ viên chức, buôn bán, khác...

- Phân bố theo địa dư: thành phố, thị trấn-thị xã, nông thôn

- Thời gian đến viện sau chấn thương: < 6 giờ, 6 - 24 giờ, 24 - 48 giờ, 48 - 72 giờ, 3 - 7 ngày, > 7 ngày

• Đặc điểm lâm sàng: phân loại các dạng chấn thương, phân loại về vị trí gãy xương, các phương pháp điều trị gãy xương.

• Đánh giá kết quả điều trị gãy xương

+ Các phương pháp điều trị gãy xương.

+ Các thời điểm đánh giá: sau phẫu thuật 7 ngày, 1 tháng và 3 tháng.

+ Các tiêu chí đánh giá kết quả điều trị theo Rudolf Seemann (2010) gồm: giải phẫu, chức năng, thẩm mỹ [7].

Tiêu chí đánh giá		Tốt	Khá	Kém
Giải phẫu	- Đường viền hai đầu xương gãy trên phim X quang (lệch nhau)	< 1 mm	1 - 2 mm	> 2 mm
	- Khoảng hở hai đầu gãy	< 1 mm	1 - 2 mm	> 2 mm
Chức năng	- Ăn nhai	Tốt	Được	Khó khăn
	- Cảm giác ở vùng kết hợp xương	Tốt	Kích thích	Đau
	- Há miệng tối đa	> 40 mm	20 - 40 mm	< 20 mm
	- Tình trạng khớp cắn các răng chạm nhau ở tư thế cắn khít trung tâm	Chạm nhau 3 vùng	Chạm nhau 2 vùng	Chạm nhau 1 vùng
Thẩm mỹ	- Khuôn mặt cân đối, sẹo mổ tốt	Có	Không	Biến dạng

- Đánh giá chung với 3 mức độ: tốt, khá, kém.
- + Tốt: khi 3 tiêu chí 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.

- Đánh giá tai biến, biến chứng, di chứng bằng khám lâm sàng, chụp ảnh bệnh nhân (mặt thẳng, mặt nghiêng), X quang tại thời điểm sau phẫu thuật 7 ngày, 1 tháng và 3 tháng.

2.2.5. Sử lý số liệu

Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ

3.1. Các yếu tố liên quan đến chấn thương hàm mặt

3.1.1. Các đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (n=60)

Đặc điểm		Số lượng (n)		Tỷ lệ(%)
Giới tính	Nam	51		85%
	Nữ	9		15%
Nhóm tuổi	< 18	5		8,33%
	18 - 39	37		61,67%
	40 - 60	10		16,67%
	> 60	8		13,33%
Nghề nghiệp	Lao động chân tay (công nhân, nông dân)	34		56,67%
	Cán bộ-viên chức	7		11,67%
	Học sinh-sinh viên	11		18,33%
	Nghề nghiệp khác	8		13,33%
Nguyên nhân		51		
Tai nạn giao thông		Xe máy 49 96,07%	Xe điện 2 3,93%	85%
Tai nạn sinh hoạt		5		8,33%
Tai nạn lao động		4		6,67%
Địa dư	Thành phố	13		21,67%
	Thị trấn-thị xã	16		26,66%
	Nông thôn	31		51,67%

Bảng trên cho thấy chấn thương hàm mặt ở nam giới chiếm chủ yếu chiếm 85%, nhóm tuổi phổ biến nhất là 18 - 39 tuổi chiếm 61,67%, nhóm nghề lao động chân tay (công nhân, nông dân) là thành phần chủ yếu trong các trường hợp chấn thương hàm mặt 56,67%. Phần lớn bệnh nhân nhập viện ở vùng nông thôn chiếm 51,67%, và nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông chiếm 85% trong đó tai nạn do xe máy là chủ yếu chiếm 96,07%.

3.1.2. Thời gian đến viện sau chấn thương

Bảng 2. Thời gian đến viện sau chấn thương

Thời gian đến viện sau chấn thương	Tổn thương xương		Tổn thương phần mềm	
	n	%	n	%
< 6 giờ	29	60,42	9	75,00
6 - 24 giờ	5	10,42	1	8,33
24 - 48 giờ	3	6,25	1	8,33
48 - 72 giờ	1	2,08	0	0,00
3 - 7 ngày	8	16,67	0	0,00
> 7 ngày	2	4,17	1	8,33
Tổng	48	100	12	100

Bệnh nhân chấn thương phần mềm thường đến viện trước 24 giờ (86,33%), trong khi đó tổn thương xương phần lớn đến viện trước 6 giờ (70,66%) hoặc sau 3 ngày (20,84%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Phân loại chấn thương

Bảng 3. Phân loại các chấn thương hàm mặt

Phân loại chấn thương		Số lượng (n)	Tỷ lệ
Vết thương phần mềm (n=58)	Xây xước	21	36,00%
	Đụng dập	35	39,33%
	Rách phần mềm	29	32,58%
	Xuyên tổ chức	0	0%
	Khuyết hỏng tổ chức	4	4,49%
Vết thương phần xương (n=48)	Gãy XHT	4	8,33%
	Gãy XGM-CT	29	60,41%
	Gãy XHD	13	27,08%
	Gãy XHT+ XGM-CT	2	4,18%

Trong 58 trường hợp chấn thương hàm mặt có vết thương phần mềm thì loại vết thương đụng dập chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 39,33%, sau đó là vết thương rách phần mềm chiếm tỷ lệ 32,58% và vết thương xây xước chiếm 23,60 %. Trong 48 ca gãy xương thì loại gãy đơn thuần 1 xương chiếm 95,82%, trong đó gãy XGM-CT là thường gặp nhất (60,41%), tiếp theo là gãy XHD chiếm 27,08%.

3.2.2. Phân bố các vị trí gãy xương

Bảng 4. Phân bố các vị trí gãy xương

Xương gãy	Phân loại	n	Tỷ lệ (%)
Xương hàm dưới (XHD)	Vùng cằm	7	35,00
	Cảnh ngang	3	15,00
	Góc hàm	0	0,00
	Cảnh lên và mỏm vẹt	0	0,00
	Lồi cầu	10	50,00
Xương hàm trên (XHT)	Gãy một phần (mỏm lên , bờ dưới ổ mắt ...)	6	100,00
	Gãy toàn bộ (Lefort I, II, III)	0	0
Xương gò má – cung tiếp (XGM-CT)	Gãy không di lệch	4	12,90
	Gãy có di lệch	20	64,51
	Gãy vụn	7	22,58

XGM-CT chủ yếu là gãy có di lệch chiếm 64,51%. Trong khi đó gãy XHD thường gặp ở lồng cầu (50%) và vùng cằm (35%), sau đó gãy vùng thân xương (cảnh ngang) chiếm 15%.

3.3. Đánh giá kết quả điều trị gãy xương

3.3.1. Các phương pháp điều trị gãy xương

Bảng 5. Sự phân bố các phương pháp điều trị gãy xương (n=48)

Phương pháp điều trị		n	%
Nội khoa đơn thuần		4	8,33
Bảo tồn đơn thuần	Cố định một hàm	2	4,17
	Cố định liên hàm	1	2,08
Phẫu thuật nắn chỉnh và kết hợp xương	Nẹp vít	32	66,67
	Nẹp vít + Cố định hàm	9	18,75
Tổng		48	100

Trong 48 BN gãy xương thì phương pháp điều trị chủ yếu là phẫu thuật nắn chỉnh và kết hợp xương (85,42%) và phần lớn là kết hợp xương bằng nẹp vít: 66,67%.

3.3.2. Đánh giá kết quả sau điều trị gãy xương

Bảng 6. Đánh giá về giải phẫu, chức năng, thẩm mỹ sau điều trị gãy xương (n=48)

Đánh giá chung		7 ngày		1 tháng		3 tháng	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Giải phẫu	Tốt	39	81,25%	43	89,58%	47	97,92%
	Khá	9	18,75%	5	10,42%	1	2,08%
	Kém	0	0%	0	0%	0	0%
Chức năng	Tốt	37	77,08%	39	81,25%	46	95,83%
	Khá	11	22,92%	9	18,75%	2	4,17%
	Kém	0	0	0	0	0	0
Thẩm mỹ	Tốt	35	72,92%	41	85,42%	47	97,92%
	Khá	7	27,08%	7	14,58%	1	2,08%
	Kém	0	0%	0	0	0	0

Kết quả đánh giá chung sau phẫu thuật không có kết quả kém:

+ Giải phẫu: sau 1 tuần đạt kết quả tốt 81,25%, sau 1 tháng 89,58% và 3 tháng 97,92%.

+ Chức năng: sau 1 tuần đạt kết quả tốt 77,08%, sau 1 tháng 81,25% và 3 tháng 95,83%.

+Thẩm mỹ: sau 1 tuần đạt kết quả tốt 72,92%, sau 3 tháng và 97,92%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan của bệnh nhân chấn thương hàm mặt

4.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu chúng tôi cho thấy tỷ lệ CTHM thường gặp ở nam (85%) hơn ở nữ (15%), tỷ lệ nam/nữ = 5,67/1 với nguyên nhân phổ biến là do tai nạn giao thông (85%) trong đó phương tiện gây tai nạn chủ yếu là xe máy (96,07%). Điều này có thể giải thích do nam giới thường là người điều khiển các phương tiện và có xu hướng sử dụng rượu bia khi tham gia giao thông nhiều hơn phụ nữ, do đó nguy cơ chấn thương từ tai nạn giao thông cao hơn phụ nữ. Bên cạnh đó cơ sở hạ tầng còn đang trên đà phát triển, hệ thống đường còn chật hẹp với nhiều loại xe cùng lưu thông trên đường nên dễ xảy ra tai nạn. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu P.Wusiman (2020) khi cho tỷ lệ nam/nữ=3,88:1 với nguyên nhân tai nạn giao thông chiếm 42% [5], nghiên cứu của Trần Tấn Tài cũng cho kết quả tương tự, tỷ lệ nam/nữ = 5,58/1 với nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm 95,6% [8].

Trong nghiên cứu này, nhóm tuổi CTHM nhiều nhất theo nghiên cứu này là 18-39 tuổi, chiếm tới 61,67% và nhóm từ 40-60 tuổi (16,67%) 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 nên thường là các nhóm tuổi dễ gặp tai nạn nhất. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Quang Hải (2006) với nhóm tuổi từ 18 - 39 chiếm 67,39% [3] và nghiên cứu của Zamboni, R.A (2017) với nhóm tuổi từ 21 - 40 chiếm 59% [9]

Qua bảng trên cho thấy, nhóm nghề lao động chân tay (công nhân, nông dân) chiếm đa số 56,67%, nhóm này là thành phần lao động chủ yếu mà thường xuyên di chuyển bằng xe máy và có thể làm việc trong điều kiện nặng nhọc, vất vả, tinh thần mệt mỏi sau đó thường có các buổi tiệc với bia, rượu nên tình trạng tai nạn lúc làm việc hoặc tham gia giao thông thường xảy ra hơn. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trần Thị Thủy Tiên, tỷ lệ này chiếm 74,6% [10]

Về phân bố địa dư, cao nhất là ở nông thôn 51,67%, thấp nhất ở thành phố 21,67%. Tỷ lệ CTHM ở nông thôn và thị trấn-thị xã cao, phản ánh sự gia tăng phương tiện đi lại bằng xe máy, ý thức chấp hành luật lệ giao thông chưa tốt và đặc biệt sự phát triển cơ sở hạ tầng về giao thông ở thị trấn - thị xã và nông thôn chưa hoàn thiện, các cơ sở điều trị ở tuyến dưới chưa đủ các điều kiện để điều trị các chấn thương mà chỉ có thể sơ cứu, hồi sức và chuyển BN lên tuyến cao hơn để điều trị.

4.1.2. Thời gian đến viện sau chấn thương

Bệnh nhân chấn thương phần mềm thường đến viện trước 24 giờ chiếm 83,33%, sau 24 giờ chiếm 16,67%, các BN này thường lo sợ ảnh hưởng tới thẩm mỹ khuôn mặt nên thường đến bệnh viện sớm để xử lý, trong khi đó bệnh nhân tổn thương xương

phần lớn đến viện trước 6 giờ chiếm 60,42% hoặc sau 3 ngày chiếm 20,84%. Những trường hợp đến muộn có thể do gãy xương đơn giản ít ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ hoặc bệnh nhân ở xa hoặc chưa có điều kiện nhập viện. Điều này làm khó khăn trong công tác điều trị và ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Quang Hải và cs (2006) với tổn thương phần mềm đến trước 24 giờ chiếm 77,22% và tổn thương xương đến viện trước 6 giờ chiếm 40,95% [3]

4.1.2. Đặc điểm lâm sàng

4.1.2.1. Phân loại chấn thương hàm mặt

Nghiên cứu chúng tôi cho thấy ở các bệnh nhân CTHM thì các vết thương phần mềm chiếm nhiều nhất là đụng dập và rách phần mềm chiếm (71,91%) theo sau đó là vết thương xây sát chiếm 23,60%. Kết quả này tương tự như các nghiên cứu của tác giả trong nước: Nguyễn Quang Hải và Nguyễn Toại (2006) cho kết quả vết thương xây sát chiếm 19,5%, vết thương đụng dập và rách phần mềm chiếm 78,28% [3], Nguyễn Hồng Lợi và cs (2020) với vết thương đụng dập và rách phần mềm chiếm 69,1% [6]. Vùng hàm mặt khác với các nơi khác trên cơ thể với hệ thống mạch máu và bạch huyết rất phong phú nên rách phần mềm gây chảy máu nhiều, đụng dập làm cho phản ứng sưng nề và biến dạng gây nhiều khó khăn cho việc chẩn đoán và điều trị, có trường hợp bỏ sót tổn thương đã để lại di chứng. Chính vì vậy, ngoài đánh giá lâm sàng cần phải phối hợp với kết quả chẩn đoán hình ảnh... để tránh bỏ sót thương tổn

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 48 ca gãy xương (80%), trong đó gãy một xương đơn thuần là chủ yếu chiếm 95,82% Trong đó thì gãy XGM-CT là thường gặp nhất (55%), tiếp theo là gãy XHD (30%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Quang Hải và cs (2006) tỷ lệ gãy XGM-CT chiếm 62,86%, gãy XHD 24,76% [3], và nghiên cứu của Lê Thanh Huyền và cs (2011) với gãy XGM-CT chiếm 42,96%, gãy XHD chiếm 36,67% [4]. Tuy nhiên, điều này trái lại với báo cáo của các tác giả nước ngoài, họ kết luận gãy xương hàm dưới là loại gãy xương hàm mặt phổ biến, theo Shah SA và cs (2016) kết luận gãy XHD chiếm 62,6% [11]. Ở nước ta, tai nạn giao thông chủ yếu là do xe máy và va chạm với tốc độ cao nên hình thái tổn thương đa dạng, không còn như kinh điển nữa và cũng không giống các nước phát triển.

4.1.2.1. Phân bố vị trí gãy xương

Khi nghiên cứu vị trí các đường gãy, đối với gãy XHD thì chúng tôi nhận thấy chủ yếu là gãy vùng lồi cầu (52,63%), tiếp theo là gãy vùng cằm (31,58%) và vùng cạnh ngang (15,79%) còn gãy xương ổ răng và tổn thương răng, gãy vùng góc hàm, gãy vùng cạnh

lên và mỏm vẹt trong nghiên cứu này không gặp trường hợp nào. Kết quả này phù hợp nghiên cứu của Zhou, H.H (2013) cho kết quả gãy vùng lồi cầu chiếm 45,9% và gãy vùng cằm 26,3% [12]. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi phù hợp với nguyên nhân gây chấn thương do TNGT với xe máy chiếm tỷ lệ cao, mà khi bị tai nạn, theo quán tính nạn nhân bị lao ra phía trước và đập mặt vào phần trước của xe hoặc đập mặt xuống mặt đường mà cằm là vị trí nhô ra trước nhất của XHD nên bị tác động trực tiếp gây chấn thương hoặc lực truyền tải có thể làm gãy lồi cầu, là nơi nhận lực cuối cùng từ đó gây ra tình trạng gãy lồi cầu nếu lực tác động vào vùng cằm mạnh và truyền lên lồi cầu gây gãy.

Đối với nhóm gãy XGM-CT thì đa số là gãy có di lệch (70,83%) và kiểu vỡ vụn (12,5%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Quang Hải và cs (2006) cho kết quả kiểu gãy có di lệch chiếm (65,57%) và kiểu vỡ vụn (13,43%) [3] và Brasilario, B.F và cs (2006) cho kết quả 75,67% kiểu gãy có di lệch và vỡ vụn [13]. Điều này chứng tỏ là chấn thương xe máy với lực chấn thương tương đối mạnh gây nên gãy phức tạp. Còn gãy không hoàn toàn thường do va đập vào một bên của mặt.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị gãy xương vùng hàm mặt

4.2.1 Phương pháp điều trị gãy xương

Với tổn thương xương, nghiên cứu của chúng tôi có 48 bệnh nhân gãy xương, trong đó điều trị bằng phương pháp phẫu thuật chiếm tỷ lệ 85,42%, điều trị bảo tồn và nội khoa đơn thuần chiếm 14,58% thường áp dụng cho các trường hợp gãy không hoàn toàn và không di lệch. Trong đó phương pháp điều trị kết hợp xương bằng nẹp vít chiếm nhiều nhất trong nhóm phẫu thuật, bởi nó có nhiều ưu điểm: phục hồi tốt cấu trúc giải phẫu, bảo tồn cung cấp máu, cố định xương tốt, chắc chắn và chính xác các đoạn xương gãy theo không gian 3 chiều, sử dụng tốt trong các trường hợp gãy phức tạp và di lệch nhiều, giảm khả năng di lệch thứ phát, cho phép vận động khớp thái dương hàm sớm. Bên cạnh đó, đối với các trường hợp gãy xương tầng mặt giữa và một số trường hợp gãy XHD ít di lệch hay gãy lồi cầu không hoặc di lệch ít chúng tôi sử dụng phương pháp điều trị bảo tồn và cố định liên hàm, phương pháp này có ưu điểm kỹ thuật thực hiện hiện đơn giản, giá thành chấp nhận được, nhược điểm của phương pháp này làm trở ngại cho việc ăn uống, vệ sinh răng miệng của bệnh nhân, đồng thời ảnh hưởng kéo dài lên cơ, xương và khớp. Nghiên cứu của Rahul Gorka và cs (2017) cho thấy rằng cố định xương bằng nẹp vít được coi là một phương pháp an

toàn và nhanh chóng trong điều trị gãy xương [14]

4.2.1. Đánh giá chung kết quả điều trị

Sau 3 tháng, người bệnh được đánh giá kết quả điều trị về giải phẫu, chức năng, thẩm mỹ như sau: Về mặt giải phẫu tốt có 97,92%, còn 1 trường hợp đánh giá là kết quả khá là do mặt còn biến dạng ít và sự cal xương 2 đầu đoạn gãy > 1 mm, lý giải cho kết quả này đó là cấu trúc giải phẫu được tái lập tương ứng với thời gian lành thương của xương. Đánh giá về mặt chức năng tốt có 95,83%, khá có 4,17%, không có trường hợp nào có kết quả kém, Đánh giá 2 trường hợp khá do còn hạn chế vận động khớp thái dương hàm và liệt mặt nhẹ sau phẫu thuật gãy vùng lồi cầu phức tạp. Về thẩm mỹ, tốt có 47 bệnh nhân chiếm 97,92%, kết quả khá có 1 BN chiếm 2,08%, không có trường hợp nào có kết quả kém. Trường hợp đánh giá kết quả khá về thẩm mỹ là do có nhiều tổn thương phổi hợp gây biến dạng mặt, các bệnh nhân có vết thương phần mềm phức tạp kèm với gãy xương, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Khánh (2017) [15] và Trần Tấn Tài (2021) [15].

Đánh giá kết quả chung sau điều trị 3 tháng là tốt có tỷ lệ 93,75%, khá có tỷ lệ 6,25%, không có trường hợp nào kém, các trường hợp khá gặp ở các bệnh nhân gãy phức tạp vùng hàm mặt như gãy lồi cầu hai bên gây nên tình trạng hạn chế vận động khớp thái dương hàm hoặc liệt nhẹ thần kinh mặt sau khi can thiệp phẫu thuật. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu Nguyễn Văn Khánh (2017) [15], Trần

Thị Thủy Tiên (2017) [10]. Vì thế chúng tôi thống nhất kết luận của Rahul Gorka, Nguyễn Văn Khánh, Nguyễn Thị Thủy Tiên: các biến dạng do gãy xương mặt có thể được phục hồi tốt nhờ phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít.

5. KẾT LUẬN

Chấn thương hàm mặt thường gặp ở nam giới, trong độ tuổi lao động từ 18 - 39. Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn giao thông trong đó phương tiện xe máy là chiếm đa số. Nhóm nghề lao động chân tay (công nhân, nông dân) chiếm đa số và bệnh nhân chấn thương hàm mặt ở vùng nông thôn chiếm tỷ lệ cao nhất. Tổn thương phần mềm chủ yếu là dập dập và rách phần mềm, tổn thương xương phần lớn là loại gãy một xương đơn thuần, trong đó gãy xương gò má - cung tiếp chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là gãy xương hàm dưới. Gãy xương gò má - cung tiếp thường có kiểu gãy di lệch hoặc gãy vụn, gãy xương hàm dưới chủ yếu gãy ở lồi cầu và vùng cằm. Điều trị gãy xương hàm mặt chủ yếu là phẫu thuật nắn chỉnh và kết hợp xương bằng nẹp vít. Kết quả chung sau phẫu thuật

+ Sau phẫu thuật 7 ngày: tốt 72,92%, khá 27,18%, không có kết quả kém

+ Sau phẫu thuật 1 tháng: tốt 81,25%, khá có 18,75%, không có kết quả kém.

+ Sau phẫu thuật 3 tháng: tốt 93,75%, khá có 6,25%, không có kết quả kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Thị Kim Phụng. Đánh giá hiệu quả điều trị gãy xương hàm dưới bằng phương pháp cố định liên hàm tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2007.
2. Bak MJ, Doerr TD. Craniomaxillofacial fractures during recreational baseball and softball. Journal of oral and maxillofacial surgery : official journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. 2004;62(10):1209-12.
3. Nguyễn Quang Hải, Nguyễn Toại. Tình hình chấn thương hàm mặt điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện trường Đại Học Y Khoa Huế Tạp chí y dược học 2006:105-9.
4. Lê Thanh Huyền, Hoàng Tiến Công. Tình hình chấn thương Răng Hàm Mặt điều trị tại bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Thái Nguyên. Tạp chí Khoa Học và Công Nghệ. 2011;89(01):270-5.
5. Wusiman P, Maimaituerxun B, Guli, Saimaiti A, Moming A. Epidemiology and Pattern of Oral and Maxillofacial Trauma. The Journal of craniofacial surgery. 2020;31(5):e517-e20.
6. Nguyễn Hồng Lợi, Nguyễn Thị Kim Phượng. Đánh giá

hiệu quả của công tác chăm sóc vệ sinh răng miệng trước phẫu thuật ở bệnh nhân chấn thương hàm mặt. Tạp chí Y Học Việt Nam. 2020;510(1):174-9.

7. Seemann R. SK, Wulzl A. Complication Rates in the Operative Treatment of Mandibular Angle Fractures: A 10-Year Retrospective. J Oral Maxillofac Surg. 2010;68(3):647-50.

8. Trần Tấn Tài, Đặng Văn Trí, Hoàng Lê Trọng Châu. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, X quang và kết quả điều trị phẫu thuật gãy xương hàm trên Tạp chí Y Dược Huế. 2021;11(4):87-94.

9. Zamboni RA, Wagner JCB, Volkweis MR, Gerhardt EL, Buchmann EM, Bavaresco CS. Epidemiological study of facial fractures at the Oral and Maxillofacial Surgery Service, Santa Casa de Misericordia Hospital Complex, Porto Alegre - RS - Brazil. Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgioes. 2017;44(5):491-7.

10. Trần Thị Thủy Tiên, Lê Đức Lánh. Dịch tễ lâm sàng và điều trị chấn thương hàm mặt tại Bệnh viện Đa Khoa trung tâm An Giang từ năm 2014 đến năm 2017. Thành phố Hồ Chí Minh: Y Dược Hồ Chí Minh; 2017.

11. Shah SA BZ, Khan TU, Yunas M, Raza M, et al. The Pattern of Maxillofacial Trauma & its Management. J Dent

Oral Disord Ther. 2016;4(2):1-6.

12. Zhou HH, Ongodia D, Liu Q, Yang RT, Li ZB. Changing pattern in the characteristics of maxillofacial fractures. J Craniofac Surg. 2013;24(3):929-33.

13. Brasileiro BF, Passeri LA. Epidemiological analysis of maxillofacial fractures in Brazil: a 5-year prospective study. Oral surgery, oral medicine, oral pathology, oral radiology, and endodontics. 2006;102(1):28-34.

14. Gorka R, Gohil AJ, Gupta AK, Koshy S. Treatment Outcomes for Isolated Maxillary Complex Fractures with Maxillomandibular Screws. Craniomaxillofacial trauma & reconstruction. 2017;10(4):278-80.

15. Nguyễn Văn Khánh. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính chùm tia hình nón và kết quả điều trị gãy phức hợp xương hàm trên, gò má - cung tiếp: Đại Học Y Dược Huế; 2017.