

# Khảo sát đặc điểm lâm sàng, X quang và kết quả điều trị phẫu thuật gãy xương hàm trên

Trần Tấn Tài<sup>1</sup>, Đặng Văn Trí<sup>2</sup>, Hoàng Lê Trọng Châu<sup>3</sup>

(1) Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

(2) Bệnh viện Đa khoa vùng Tây Nguyên

(3) Bệnh viện Trung ương Huế

## Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Gãy xương hàm trên thường đa dạng phức tạp, không những ảnh hưởng đến tính mạng mà còn để lại các di chứng nặng nề cả về chức năng và thẩm mỹ nếu không được điều trị sớm, đúng phương pháp. Mục tiêu của nghiên cứu này là nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng, X quang và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy xương hàm trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Dữ liệu lâm sàng và X quang được thu thập từ 45 bệnh nhân bị chấn thương hàm mặt, được chẩn đoán gãy xương hàm trên, được điều trị phẫu thuật, kết hợp xương bằng nẹp vít. Đánh giá kết quả điều trị chung về giải phẫu, thẩm mỹ và chức năng tại thời điểm lúc ra viện, 3 tháng, 6 tháng sau phẫu thuật. **Kết quả:** Triệu chứng lâm sàng chủ yếu: mặt sưng nề, biến dạng 97,8%, há miệng hạn chế 91,1%, chảy máu mũi, nghẹt mũi 88,9%, đau nhói khi ấn điểm gãy 86,7%, mất liên tục xương 75,6%, sai khớp cắn 62,2%, vết thương phần mềm hàm mặt 60%. X quang: đường gãy bờ dưới ổ mắt chiếm tỉ lệ cao, 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%. Đánh giá sau 6 tháng kết quả tốt có 86,7%, khá có 13,3% và không có kém. **Kết luận:** Phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít trong điều trị gãy xương hàm trên giúp phục hồi tốt chức năng và nhu cầu thẩm mỹ của người bệnh.

**Từ khóa:** Gãy xương hàm trên; điều trị phẫu thuật; kết hợp xương bằng nẹp vít.

## Abstracts

# Clinical, radiographic characteristics and results of surgical treatment of maxillofacial fractures

Tran Tan Tai<sup>1</sup>, Dang Van Tri<sup>2</sup>, Hoang Le Trong Chau<sup>3</sup>

(1) Faculty of Odonto-Stomatology, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Tay Nguyen Regional General Hospital

(3) Hue Central Hospital

**Background:** Maxillofacial fractures are often diverse and complex. They are not only life-threatening but also leave serious sequelae in terms of both function and aesthetics if not treated early and properly. The objective of this study was to evaluate the clinical, X ray features and results of surgical treatment of maxillofacial fractures. **Subjects and Methods:** Clinical and radiographic data were collected from 45 patients (average age  $31.40 \pm 13.10$ ) diagnosed with maxillofacial fractures. All of patients were operated, treated with internal fixation with miniplates. This study assessed the general treatment results of: anatomy, aesthetics and function at the time of discharge, 3 months, 6 months postoperatively. **Results:** The percentage of popular clinical symptoms were: facial swelling, deformed face: 97.8%, restricted mouth opening: 91.1%, bleeding, nasal congestion: 88.9%, tenderness on palpation at fracture site: 86.7%, break in the continuity of bone: 75.6%, occlusal derangement: 62.2%, maxillofacial soft tissue injuries 60%. X ray: inferior orbital rim fracture accounts for high proportion, which the right side and the left side constitute 66.7% and 62.2% respectively, vertical-middle fracture of maxillary bone accounts for lowest rate: right side 4.4% and left side 2.2%. The result after treatment 6 months are: good: 86.7%, fairly good: 13.3%, bad: 0%. **Conclusions:** The method of internal fixation with miniplates to treat maxillofacial fractures helps to fully restore the functional and aesthetic needs of the patient.

**Keywords:** Maxillofacial fractures; Surgical treatment; Internal fixation with miniplates.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương hàm mặt nói chung, gãy xương hàm trên (GXHT) nói riêng thường đa dạng phức tạp, không những ảnh hưởng đến tính mạng mà còn để lại các di chứng nặng nề cả về chức năng và thẩm mỹ nếu không được điều trị sớm, đúng phương pháp [6], [8].

Gãy xương hàm trên hơn 90% là do có tác động lực mạnh do tai nạn hoặc ngã chấn thương trực tiếp đến phần xương hàm trên gây nên tình trạng vỡ, nứt, gãy một phần hoặc toàn phần xương thuộc hàm trên. Các đường gãy cũng hết sức đa dạng gồm có gãy dọc (gồm có các kiểu Lanelogue, Richet, Bassereau, Huet và Walther), gãy ngang gồm các dạng gãy Le Fort I, Le Fort II, Le Fort III) [2], [3], [15].

Việc chẩn đoán đánh giá chính xác, đầy đủ tránh bỏ sót tổn thương qua thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng nhằm đưa ra những phương pháp điều trị là rất cần thiết. Qua đó, giúp bệnh nhân phục hồi tốt, tránh được những biến chứng, di chứng nặng nề về thẩm mỹ và chức năng [7].

Ở Việt Nam, đã có một số nghiên cứu về gãy xương hàm trên nhưng cho đến nay các hình thái lâm sàng của gãy xương hàm trên có nhiều sự thay đổi đáng kể tại những thời điểm và phân bố ở các địa phương cũng khác nhau. Phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chính, được lựa chọn hàng đầu. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với hai mục tiêu sau:

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, X quang của gãy xương hàm trên
2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy xương hàm trên.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

-Tiêu chuẩn chọn: bệnh nhân chấn thương hàm mặt được chẩn đoán là GXHT nhập viện điều trị tại Trung tâm Răng Hàm Mặt - Bệnh viện TW Huế từ tháng 04/2019 - 04/2020.

-Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân trong bệnh cảnh đa chấn thương hoặc phối hợp với chấn thương sọ não nặng gây khó khăn trong việc điều trị và đánh giá kết quả; Bệnh nhân bị gãy xương hàm trên có thiếu hồng xương lớn; Bệnh nhân mất nhiều răng mà không xác định được khớp cắn; Bệnh nhân không hợp tác điều trị hoặc không đồng ý nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, tiến cứu, can thiệp lâm sàng không đối chứng.

- Cỡ mẫu: n = 45, Chọn mẫu thuận tiện, không xác suất.

- Phương pháp tiến hành:

- + Khám lâm sàng: Dấu hiệu cơ năng và thực thể.
- + Khám cận lâm sàng: chụp CT cone beam.
- + Chẩn đoán và phân loại tổn thương.
- + Tiến hành điều trị phẫu thuật theo từng loại tổn thương.
- + Chăm sóc và theo dõi hậu phẫu.
- + Đánh giá kết quả điều trị sau ra viện, sau 3 tháng, 6 tháng.

- Biến số nghiên cứu:

+ *Đặc điểm chung*: tuổi, nhóm tuổi, giới tính, nghề nghiệp, nguyên nhân chấn thương.

+ *Đặc điểm lâm sàng, các tổn thương phối hợp, Chụp CT Cone beam* tái dựng hình ảnh sọ mặt theo 3 chiều không gian, xác định vị trí và đặc điểm đường gãy.

+ *Kết quả phẫu thuật gãy xương hàm trên*:

\*Đánh giá quá trình điều trị: Thời gian tiền phẫu, Đường rạch tiếp cận; Vị trí kết hợp xương; Số lượng nẹp dùng trên một bệnh nhân; Cố định liên hàm sau phẫu thuật.

\*Các thời điểm đánh giá: Khi bệnh nhân ra viện; sau phẫu thuật 3 tháng, sau phẫu thuật 6 tháng.

\*Các tiêu chí để đánh giá: Tiêu chí đánh giá kết quả điều trị theo Trần Văn Trường gồm: giải phẫu, chức năng, thẩm mỹ [7].

	Giải phẫu	Chức năng	Thẩm mỹ
<b>Tốt</b>	Xương liền tốt Không biến dạng Không di lệch Khớp cắn đúng	Ăn nhai, nuốt và cảm giác bình thường Há ngậm miệng bình thường > 3cm	Mặt cân đối Sẹo mờ đẹp
<b>Khá</b>	Xương liền Biến dạng và di lệch ít Khớp cắn đúng	Ăn nhai được Há miệng hạn chế ít ( từ 1-3 cm)	Mặt biến dạng ít Sẹo xấu phần mềm có thể phải sửa lại
<b>Kém</b>	Xương liền kém hoặc không liền Xương biến dạng Khớp cắn sai	Há miệng hạn chế < 1 cm Khớp cắn sai Ăn nhai khó hoặc không ăn nhai được	Xương và phần mềm biến dạng Cần phải phẫu thuật lại

- 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 BN (mặt thẳng,

ngiên), X quang ngay sau phẫu thuật kết hợp xương, các thời điểm tái khám, trước khi tháo phương tiện.

- Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của trường Đại học Y Dược, Đại học Huế.

### 2.3. Xử lý số liệu

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

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

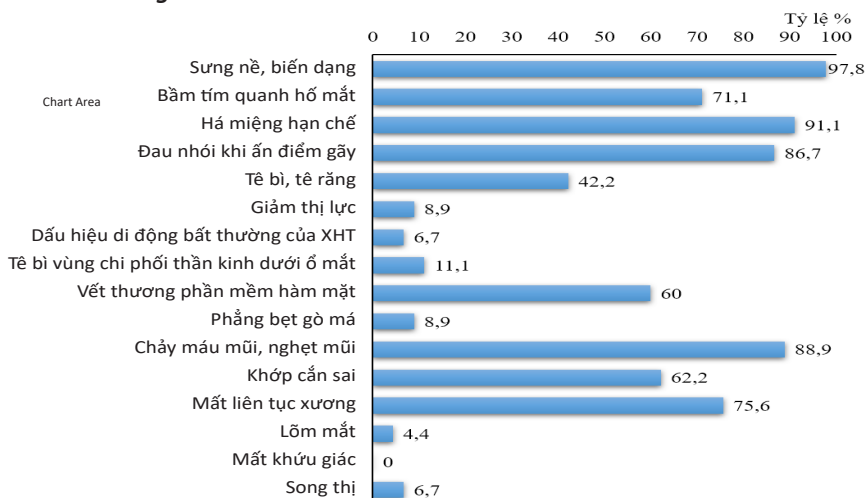
**Bảng 1.** Một số đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (n=45)

	Đặc điểm	Số lượng	%
Giới tính	Nam	34	75,6
	Nữ	11	24,4
Nhóm tuổi	< 19	6	13,3
	19 - 40	27	60,0
	> 40	12	26,7
Nghề nghiệp	Cán bộ công chức	3	6,7
	Học sinh, sinh viên	4	8,9
	Công nhân	5	11,1
	Nông dân và nghề tự do	33	73,3
	Tai nạn giao thông	43	95,6
Nguyên nhân	Tai nạn lao động	1	2,2
	Tai nạn sinh hoạt	1	2,2

Bảng trên cho thấy nam giới chiếm chủ yếu, nhóm tuổi phổ biến là 19-40 tuổi, nông dân và nghề tự do là thành phần chủ yếu trong mẫu nghiên cứu (73,3%). Phần lớn bệnh nhân nhập viện vì tai nạn giao thông (95,6%).

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng và X quang của đối tượng nghiên cứu

#### 3.2.1. Đặc điểm lâm sàng



**Biểu đồ 1.** Các triệu chứng cơ năng và thực thể gãy xương hàm trên

Biểu đồ trên cho thấy các triệu chứng chiếm tỉ lệ cao là: mặt sưng nề, biến dạng: 97,8%, há miệng hạn chế: 91,1%, chảy máu mũi, nghẹt mũi: 88,9%, đau nhói khi ấn điểm gãy: 86,7%, mất liên tục xương: 75,6%, sai khớp cắn: 62,2%, vết thương phần mềm hàm mặt: 60%, không có trường hợp nào mất khứu.

### 3.2.2. Đặc điểm X quang

**Bảng 2.** Hình ảnh trên phim CT-Cone beam trước mổ (n=45)

Hình ảnh trên phim CT-Cone beam trước mổ	Phải		Trái	
	Số lượng	%	Số lượng	%
Gãy xương chính mũi	4	8,9	0	0
Gãy bờ dưới ổ mắt	30	66,7	24	53,3
Gãy ngành lên xương hàm trên	4	8,9	3	6,7
Khớp gò má - hàm	7	15,6	8	17,8
Khớp gò má - trán	2	4,4	2	4,4
Khớp gò má - thái dương	0	0	1	2,2
Gãy dọc giữa bên xương hàm trên	2	4,4	1	2,2

**Bảng 3.** Chẩn đoán gãy xương hàm trên (n=45)

Chẩn đoán gãy xương hàm trên		Số lượng	%
Gãy xương hàm trên một phần	Gãy ngành lên xương hàm trên	6	13,3
	Gãy bờ dưới ổ mắt	39	86,7
	Thành trước xoang hàm	35	77,8
	Xương ổ răng	1	2,2
Gãy xương hàm trên toàn bộ	Gãy dọc	7	15,6
	Gãy ngang Lefort II	2	4,4

Gãy xương hàm trên một phần chủ yếu là gãy bờ dưới sàn ổ mắt và thành trước xoang hàm

Gãy xương hàm trên toàn bộ gồm gãy dọc (15,6%) và gãy ngang Lefort II (4,4%).

### 3.3. Kết quả phẫu thuật gãy xương hàm trên

#### 3.3.1. Kết quả trong phẫu thuật

**Bảng 4.** Một số đặc điểm trong phẫu thuật

Trong phẫu thuật		Số lượng	%
Đường tiếp cận	Bờ dưới ổ mắt	39	86,7
	Bờ ngoài ổ mắt	24	53,3
	Ngách tiền đình hàm trên	23	51,1
	Cung tiếp	9	20,0
	1	1	2,2
Số lượng nẹp vít sử dụng	2	20	44,5
	3	6	13,3
	≥ 4	18	40,0
	Không	45	100
Cố định liên hàm sau phẫu thuật	Có	0	0
	≤ 14 ngày	16	35,6
Thời gian nằm viện	> 14 ngày	29	64,4
	≤ 7 ngày	41	91,1
Thời gian hậu phẫu	> 7 ngày	4	8,9

### 3.3.2. Kết quả sau phẫu thuật

**Bảng 3.5.** Đánh giá về giải phẫu, chức năng, thẩm mỹ sau phẫu thuật (n=45)

Đánh giá chung		Lúc ra viện		3 tháng		6 tháng	
		Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Giải phẫu	Tốt	42	93,3	43	95,6	45	100,0
	Khá	3	6,7	2	4,4	0	0
	Kém	0	0	0	0	0	0
Chức năng	Tốt	39	86,7	42	93,3	42	93,3
	Khá	6	13,3	3	6,7	3	6,7
	Kém	0	0	0	0	0	0
Thẩm mỹ	Tốt	40	88,9	41	91,1	43	95,6
	Khá	5	11,1	4	8,9	2	4,4
	Kém	0	0	0	0	0	0

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

- Giải phẫu: Khi ra viện đạt kết quả tốt 93,3%, sau 3 tháng 95,6% và 6 tháng 100%.

Kết quả đạt mức khá sau phẫu thuật 1 tuần 6,7%, sau 3 tháng 4,4%.

- Chức năng: Khi ra viện đạt kết quả tốt 86,7%, sau 3 tháng và 6 tháng tăng lên 93,3%. Kết quả đạt mức khá sau phẫu thuật 1 tuần 13,3%, sau 3 tháng và 6 tháng là 6,7%.

- Thẩm mỹ: Khi ra viện đạt kết quả tốt 88,9%, sau 3 tháng và 6 tháng tăng 91,1% và 95,6%. Kết quả đạt mức khá sau phẫu thuật 1 tuần 11,1%, sau 3 tháng 8,9% và 6 tháng 4,4%.

#### 3.3.3. Kết quả về biến chứng, di chứng, tai biến

Trong 45 trường hợp nghiên cứu, không có tai biến trong phẫu thuật; theo dõi khi xuất viện, sau 3 tháng, 6 tháng không ghi nhận biến chứng và di chứng.

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu chúng tôi cho thấy, tuổi trung bình của bệnh nhân là  $31,40 \pm 13,10$  tuổi, nhỏ nhất 15 tuổi, lớn nhất 57 tuổi. Nhóm tuổi có tỉ lệ chấn thương cao nhất từ 18-40 chiếm tỉ lệ 60%, bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ cao 75,6%, còn nữ chiếm tỉ lệ 24,4%. 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 nên nguy cơ xảy ra tai nạn cao hơn nữ giới. Tỉ lệ này tương đồng với Đới Xuân An (2007) trong nghiên cứu các hình thái lâm sàng của chấn thương tăng mặt giữa với nam 85,7%, nữ 14,3% [1].

Tỉ lệ trên cũng không khác biệt so với một số tác

giả nước ngoài, Sahand Samieirad (2015) tại Đông nam Iran có tỉ lệ nam 76,5%, nữ 23,5%, tuổi trung bình trong nghiên cứu là  $26,9 \pm 12$ , trong đó nhóm tuổi từ 20- 40 chiếm tỉ lệ 65,2% [14]. Liu Xiao-Dong (2020) tại Bắc Trung Quốc nam chiếm 75,27%, nữ 24,3% [15].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi 19-40 tuổi, cùng với nhóm trên 40 tuổi là các nhóm tuổi 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 khác ngoài xã hội, họ tham gia giao thông thường xuyên mỗi ngày với tần suất cao nhất nên xác suất bị tai nạn ở các nhóm tuổi này thường cao hơn.

Bảng 1 cho thấy nguyên nhân gây chấn thương trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là tai nạn giao thông với 95,6%, kết quả này tương đương kết quả của Nguyễn Văn Khánh (2017) với tỉ lệ tai nạn giao thông là 93,5% [15], cao hơn M. Abosadegh tại Malaysia (2019) với 83,1%[28].

Qua kết quả trên chúng tôi nhận thấy rằng tai nạn giao thông vẫn là mối đe dọa hàng đầu đối với chấn thương hàm mặt, ảnh hưởng tính mạng và sức khỏe con người cao hơn các nguyên nhân khác, phương tiện xe gắn máy chiếm tỉ lệ cao nhất [2], [3].

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận, số bệnh nhân làm nghề tự do chiếm tỉ lệ cao. Kết quả này tương đương nghiên cứu của tác giả Châu Chiêu Hòa (2012) tỉ lệ cao nhất là người làm nghề tự do 68,3%, viên chức chiếm tỉ lệ thấp nhất là 9,9% [4]. Điều này cũng có thể được lý giải, đó là do lực lượng cán bộ viên chức là tầng lớp trí thức, có nhận thức cao, đa phần chấp hành tốt luật giao thông hơn so với các đối tượng khác.

## 4.2. Về đặc điểm lâm sàng và X quang của đối tượng nghiên cứu

Từ kết quả biểu đồ 1 cho thấy các dấu hiệu lâm sàng chính như: Sưng nề, biến dạng mặt: 97,8%. Sai khớp cắn: 62,2%. Đau chói: 86,7%. Há miệng hạn chế: 91,1%. Vết thương phần mềm hàm mặt: 60%. Tê bì: 11,1%. Song thị 6,7%. Giảm thị lực 8,9%. Mất liên tục xương: 75,6%. Dấu hiệu di động bất thường GXHT: 6,7%.

Dấu hiệu sưng nề tương đương tác giả Trần Cao Bình (2001) [2], với tỉ lệ 100%, cao hơn so với nghiên cứu của Châu Chiêu Hòa (2012) với tỉ lệ 88,1% [4]. Chảy máu mũi, nghẹt mũi trong nghiên cứu chúng tôi tỉ lệ là 88,9%. Kết quả này cũng tương đương Hoàng Lê Trọng Châu và cs. (2013): 87% [3], chảy máu mũi là một triệu chứng tương đối hay gặp trong chấn thương tầng giữa mặt vì vùng này cũng như sọ mặt nói chung được cung cấp máu dồi dào, khi bị tổn thương thường chảy máu nhiều. Dấu hiệu bầm tím trong nghiên cứu của chúng tôi gặp với tỷ lệ khá cao 71,1%, triệu chứng này thường xuất hiện sớm chỉ vài giờ sau chấn thương. Trong chấn thương gãy xương hàm trên bầm tím thường xuất hiện quanh ổ mắt vì đây là tổ chức lỏng lẻo dễ tụ máu. Tỷ lệ gặp dấu hiệu bầm tím trong nghiên cứu của Nguyễn Hà Nam là 64,3% [6] và Trần Văn Trường là 76% [7]; không khác biệt nhiều so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Triệu chứng đau chói khi ấn vào điểm gãy, chiếm tỉ lệ 86,7%, tương đương với nghiên cứu của tác giả Trần Cao Bình với tỉ lệ 89,74% [2], nghiên cứu của tác giả Đới Xuân An là 76,19% [1]. Sai khớp cắn là triệu chứng hay gặp và quan trọng trong gãy xương hàm trên, kết quả chúng tôi tương đương với nghiên cứu Nguyễn Hà Nam với tỉ lệ 73,2% [6], của Nguyễn Văn Khánh tỉ lệ là 63% [5].

Há miệng hạn chế chiếm tỉ lệ 91,1% cao hơn kết quả Nguyễn Văn Khánh (71,7%) và của Đới Xuân An (19,4%) [5], [1].

Trong nghiên cứu chúng tôi tỉ lệ gãy bờ dưới ổ mắt bên phải và bên trái chiếm tỉ lệ cao, lần lượt là 66,7% và 53,3%. Nghiên cứu của Han-Kyul Park và cs (2014) cho thấy gãy xương mặt phổ biến nhất là gãy sàn ổ mắt, và phức hợp gò má – hàm trên [12].

Đường gãy khớp gò má hàm bên phải là 15,6% và trái là 17,8%. Có 4 trường hợp gãy xương chính mũi chiếm 8,9%, có 33 trường hợp có phối hợp gãy xương gò má và cung tiếp chiếm tỉ lệ 73,3%, gãy xương hàm dưới 9 trường hợp chiếm tỉ lệ 20%, chấn thương sọ não 5 trường hợp chiếm tỉ lệ 11,1%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương nghiên cứu của Pungrasmi (2018), trong đó có gãy xương gò má cung tiếp là 38,6%, gãy xương chính mũi 17,85%,

gãy xương hàm dưới 21,8% [13]. Trong một nghiên cứu của Joshi U. M. và cs (2018), tỉ lệ chấn thương đầu liên quan đến chấn thương hàm mặt chiếm tỉ lệ 67%, và khuyến cáo tất cả bệnh nhân chấn thương hàm mặt kèm chấn thương đầu đều được đánh giá bằng thang điểm Glassgow và chụp CT scan [11].

Bảng 3 cho thấy, trong 45 trường hợp bệnh nhân bị tai nạn chấn thương được chẩn đoán GXHT bao gồm GXHT một phần và GXHT toàn bộ có 35 (77,8%) trường hợp bị vỡ mặt trước xoang hàm chiếm tỷ lệ cao ở vị trí này cũng là điều dễ hiểu, kể đến gãy bờ dưới sàn ổ mắt 31 (68,9%), gãy dọc xương hàm trên có 7 (15,6%) trường hợp, tiếp theo là gãy ngành lên xương hàm trên chiếm tỷ lệ 6 (13,3%), gãy Lefort II có 2 (4,4%) trường hợp. Gãy xương Le Fort tạo thành một tập hợp các chấn thương dẫn đến sự mất liên tục của mặt giữa. Gãy các xương này có thể dẫn đến phá vỡ các cơ nâng mặt, vốn cung cấp sức mạnh và độ cứng cho khung xương mặt. Nghiên cứu của Jason E. Cohn tỉ lệ gãy xương hàm trên với vỡ xoang hàm trên là phổ biến 29% [9]. Nghiên cứu của Rahul Gorka và cộng sự năm (2017) tỷ lệ GXHT với Lefort I 20,0%, Lefort II 46,7% và Lefort III là 33,3% [10].

## 4.3. Về kết quả phẫu thuật gãy xương hàm trên

### 4.3.1. Kết quả trong phẫu thuật

Nghiên cứu chúng tôi sử dụng đường rạch bờ dưới ổ mắt nhiều với 86,7%. Đường rạch này cho phép tiếp cận bờ dưới và sàn ổ mắt, một phần bờ và thành ngoài hốc mắt, phần trên trong của xương gò má. Sẹo của đường rạch này sau khi liền lẫn vào vết nhăn dưới mi rất khó phát hiện.

Trung bình số nẹp dùng trên bệnh nhân 3,33 ± 1,65 nẹp, ít nhất 1 nẹp, nhiều nhất 7 nẹp. Trong những trường hợp bệnh nhân có nhiều đường gãy ở nhiều vị trí xương khác nhau chúng tôi sử dụng nhiều nẹp hơn để cố định xương.

Nghiên cứu của Rahul Gorka và cộng sự (2017) cho thấy cố định vít giữa xương hàm được coi là một phương pháp an toàn và nhanh chóng trong điều trị gãy xương hàm trên [10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào cố định liên hàm sau phẫu thuật. Hầu hết các trường hợp gãy xương hàm trên trong phẫu thuật chúng tôi đã nắn chỉnh, cố định xương gãy bằng nẹp vít, kiểm tra khớp cắn đúng do đó chúng tôi không sử dụng phương pháp cố định liên hàm, chính vì vậy mà bệnh nhân ăn uống và vệ sinh răng miệng dễ dàng hơn, hạn chế khả năng nhiễm trùng (những đường rạch trong miệng) và sức khỏe mau hồi phục hơn.

### 4.3.2. Kết quả điều trị chung

Sau 6 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 100%, không có trường hợp nào có kết quả khá và kém, 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 93,3%, khá có 6,7%, không có trường hợp nào có kết quả kém. Trong các trường hợp đánh giá khá có 2 trường hợp người bệnh giảm thị lực do tổn thương thần kinh thị vẫn chưa cải thiện, hai trường hợp vẫn còn sai khớp cắn nhẹ. Đánh giá về thẩm mỹ tốt có 95,6%, khá có 4,4% không có trường hợp nào có kết quả kém. Trường hợp có đánh giá kết quả khá về thẩm mỹ do có nhiều tổn thương phối hợp gây biến dạng mặt, kết quả này tương đương với các nghiên cứu Nguyễn Hà Nam, Nguyễn Văn Khánh [5], [6].

Đánh giá kết quả chung sau phẫu thuật 6 tháng tốt có tỉ lệ 93,3%, khá có tỉ lệ 6,7%, không có trường hợp nào kém.

Chúng tôi nhận thấy các trường hợp có kết quả khá hầu hết là do có nhiều chấn thương phối hợp đặc biệt là các trường hợp gãy phức tạp. Những BN này phải điều trị dài ngày, có nhiều tổn thương phức tạp phối hợp nên kết quả phẫu thuật thường hạn chế. Vì thế chúng tôi thống nhất với kết luận của Nguyễn Hà Nam [6]: các biến dạng do gãy xương mặt có thể được phục

hồi tốt nhờ phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít, tuy nhiên tình trạng tổn thương phối hợp nặng nề sẽ ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

## 5. KẾT LUẬN

### 5.1. Về đặc điểm lâm sàng và X quang

- Các đặc điểm lâm sàng chính: mặt sưng nề, biến dạng 97,8%, há miệng hạn chế 91,1%, chảy máu mũi, nghẹt mũi 88,9%, đau nhói khi ấn điểm gãy 86,7%, mất liên tục xương 75,6%, sai khớp cắn 62,2%, vết thương phần mềm hàm mặt 60%.

- Đặc điểm X quang: đường gãy bờ dưới ổ mắt chiếm tỉ lệ cao, sàn 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%.

### 5.2. Về kết quả phẫu thuật

- Phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít 100% trường hợp.

- Kết quả khi ra viện: tốt có 86,7%; khá 13,3% và không có kém.

- Kết quả sau 3 tháng: tốt có 88,9%, khá có 11,1% và không có kém.

- Kết quả sau 6 tháng: tốt có 93,3%, khá có 6,7% và không có kém.

- Đánh giá chung kết quả tốt có 86,7%, khác có 13,3% và không có kém.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đới Xuân An (2007), *Nghiên cứu các hình thái lâm sàng của chấn thương tầng giữa khối xương mặt và đánh giá kết quả xử trí với phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít*, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.

2. Trần Cao Bình (2001), *Nhận xét đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị gãy xương hàm trên tại Viện răng hàm mặt Hà Nội*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

3. Hoàng Lê Trọng Châu và cs. (2013), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang và kết quả điều trị gãy Le fort II xương hàm trên bằng nẹp vít tại Bệnh viện Trung ương Huế", *Y học thực hành*, 873(6), tr. 108-111.

4. Châu Chiêu Hòa (2012), *Nghiên cứu lâm sàng, XQ chấn thương tầng giữa khối xương mặt có tổn thương mũi xoang, đánh giá kết quả điều trị chỉnh hình bằng nẹp vít*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

5. Nguyễn Văn Khánh (2017), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính hình nón và kết quả điều trị gãy phức hợp xương hàm trên, gò má - cung tiếp*, Luận văn Thạc sĩ Răng Hàm Mặt Trường Đại học Y Dược Huế.

6. Nguyễn Hà Nam (2009), *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, X quang đánh giá kết quả của điều trị gãy xương*

*tầng giữa mặt trung và cao có cố định bằng nẹp vít*, Luận văn Thạc sĩ Y học Đại học Y Hà Nội.

7. Trần Văn Trường và cs. (2000), "Tình hình chấn thương hàm mặt tại Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội trong 11 năm (1988-1998)", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 10, tr. 27-36.

8. Abosadegh M. M. et al. (2019), "Epidemiology of maxillofacial fractures at a teaching hospital in Malaysia: a retrospective study", *BioMed research international*, Volume 2019, Article ID 9024763, 10 pages <https://doi.org/10.1155/2019/9024763>.

9. Cohn J. E. et al. (2020), "An Update on Maxillary Fractures: A Heterogenous Group", *Journal of Craniofacial Surgery*. **31** (7), pp. 1920-1924.

10. Gorka R. et al. (2017), "Treatment Outcomes for Isolated Maxillary Complex Fractures with Maxillomandibular Screws", *Craniofacial Trauma Reconstr*. **10** (4), pp. 278-280.

11. Joshi U. M. et al. (2018), "Brain injuries and facial fractures: A prospective study of incidence of head injury associated with maxillofacial trauma", *J Maxillofac Oral Surg*. **17** (4), pp. 531-537.

12. Park H.-K. et al. (2014), "The retrospective study of closed reduction of nasal bone fracture", *Maxillofacial Plastic and Reconstructive Surgery*. 36 (6), pp. 266.

13. Pungrasmi P. et al. (2017), "Incidence and etiology of maxillofacial trauma: a retrospective analysis of King Chulalongkorn Memorial Hospital in the past decade", *Asian Biomedicine*. **11 (4)**, pp. 353-358.

14. Samieirad S. et al. (2017), "Maxillofacial fracture epidemiology and treatment plans in the Northeast of

Iran: A retrospective study", *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. **22 (5)**, pp. e616-e624.

15. Xiao-Dong L. et al. (2020), "Epidemiological pattern of maxillofacial fractures in northern China: a retrospective study of 829 cases", *Medicine (Baltimore)*. **99 (9)**, pp. 1-7.