

Carvalho, Lima-Costa Maria Fernanda, Peixoto Sérgio Viana. Contribution of chronic diseases to the prevalence of disability in basic and instrumental activities of daily living in elderly Brazilians: the National Health Survey (2013). *Cadernos de Saúde Pública*. 2018;34:e00204016.

10. Finkelstein Amy, Taubman Sarah, Wright Bill, Bernstein Mira, Gruber Jonathan, Newhouse Joseph P, et al. The Oregon health insurance experiment: evidence from the first year. *The Quarterly journal of economics*. 2012;127(3):1057-1066.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X-QUANG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KẾT HỢP XƯƠNG BẰNG NẸP VÍT NHỎ Ở BỆNH NHÂN GỠ XƯƠNG HÀM DƯỚI VÙNG GÓC HÀM TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2023 - 2024

Phạm Văn Bé Sáu¹, Trương Nhật Khuê¹, Hồng Quốc Khanh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy xương hàm dưới vùng góc hàm thường phổ biến trong chấn thương hàm mặt. Có nhiều phương pháp điều trị gãy xương hàm dưới vùng góc hàm. Tuy nhiên, phương pháp điều trị gãy xương hàm dưới vùng góc hàm bằng nẹp vít nhỏ được sử dụng rộng rãi và cho thấy nhiều ưu điểm. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, X-quang và đánh giá kết quả điều trị gãy xương hàm dưới vùng góc hàm bằng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh năm 2023 - 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu trẻ 49 bệnh nhân gãy xương hàm dưới vùng góc hàm. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng sai khớp cắn chiếm 91,8%, đau chói bờ xương chiếm 93,9%, đường gãy di lệch ít ($\leq 5\text{mm}$) chiếm 55,1% và răng trên đường gãy chiếm 85,7%. Sau 12 tuần, tất cả các bệnh nhân đều có kết quả tốt và khả năng giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ. **Kết luận:** Sử dụng nẹp vít nhỏ trong điều trị gãy xương hàm dưới vùng góc hàm đơn giản, dễ thực hiện, tỷ lệ thành công cao và ít biến chứng. **Từ khóa:** Đặc điểm lâm sàng, X-quang, gãy xương hàm dưới, nẹp vít nhỏ.

SUMMARY

THE CLINICAL FEATURES, X RAY AND EVALUATE OF THE TREATMENT OF MANDIBULAR ANGLE FRACTURES USING MINIPLATE AT HO CHI MINH ODONTO-STOMATOLOGY HOSPITAL IN 2023 - 2024

Background: Mandibular angle fractures are among the most common traumatic injuries of the maxillofacial region. There are many methods available to treatment for mandibular angle fractures. However, the surgical method using mini - plates has been widely used globally and has demonstrated many advantages. **Objectives:** To describe the clinical, X

ray and evaluate of the treatment of mandibular angle fractures using miniplate at Ho Chi Minh odontostomatology hospital in 2023 - 2024. **Materials and methods:** A cross-sectional prospective study was conducted in 49 patients with mandibular fractures. **Results:** The common clinical features were malocclusion (91.8%) and tenderness (93.9%), displacement of fracture line $\leq 5\text{ mm}$ (55.1%), the tooth in fracture line (85.7%). At 12 weeks follow-up after surgical had good and fair results in anatomical, functional, and aesthetic aspects. **Conclusions:** Using miniplate for surgical treatment of mandibular angle fractures was simple, easy to use, had high success rates and few complications. **Keywords:** Clinical feature, X ray, mandibular angle fracture, miniplate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, cùng với sự gia tăng của tai nạn giao thông thì các chấn thương gãy xương hàm mặt ngày càng phổ biến và phức tạp hơn. Trong chấn thương gãy xương hàm mặt thì gãy xương hàm dưới chiếm tỷ lệ cao nhất. Tại Việt Nam, theo Hồ Nguyễn Thanh Chơn (2020) tỷ lệ gãy xương hàm dưới trong các bệnh nhân gãy xương hàm mặt chiếm 66,24%, trong đó gãy góc hàm xương hàm dưới chiếm tỷ lệ 18,55% trong các thể gãy xương hàm dưới [1]. Mục tiêu điều trị gãy xương hàm mặt nói chung và gãy góc hàm xương hàm dưới nói riêng là nắn chỉnh xương theo đúng cấu trúc giải phẫu, cố định hai đầu đoạn gãy một cách chính xác, tái lập khớp cắn và hình thể hài hòa của khuôn mặt. Ngoài ra, vùng góc hàm xương hàm dưới cũng là nơi bám của các cơ có lực cơ học lớn như cơ cắn nên thường có các di lệch thứ phát làm cho tính chất đường gãy thêm phức tạp hơn. Ngày nay, có nhiều phương pháp điều trị gãy xương hàm dưới dựa trên nguyên tắc nắn chỉnh xương mở, phương tiện cố định xương vững chắc bên trong, tổn thương mô tối thiểu và phục hồi vận động hàm sớm. Đặc biệt, phương pháp điều trị bằng hệ thống nẹp vít nhỏ ngày càng chứng tỏ được

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bé Sáu

Email: goldtamduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.7.2024

Ngày duyệt bài: 16.8.2024

các ưu điểm vượt trội về khả năng vững ổn, lành thương cũng như tính thẩm mỹ. Trước thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng, X-quang ở bệnh nhân gãy xương hàm dưới vùng góc hàm được điều trị bằng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Tp. Hồ Chí Minh, năm 2023 – 2024.

- Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ ở bệnh nhân gãy xương hàm dưới vùng góc hàm tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh, năm 2023 – 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân gãy góc hàm xương hàm dưới được điều trị kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ tại Khoa Phẫu Thuật Hàm Mặt – Bệnh viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh từ 03/2023 đến tháng 06/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định gãy góc hàm xương hàm có chỉ định phẫu thuật kết hợp xương vùng góc hàm bằng nẹp vít nhỏ:

- Gãy xương hàm dưới vùng góc hàm di lệch nhiều.

- Gãy xương hàm dưới vùng góc hàm di lệch ít nhưng điều trị bằng phương pháp nắn chỉnh không thành công nên phải phẫu thuật.

- Gãy xương hàm dưới vùng góc hàm di lệch ít có thể điều trị bằng phương pháp nắn chỉnh nhưng bệnh nhân không muốn cố định hàm.

Bệnh nhân còn đủ số răng để có thể xác định khớp cắn.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có bệnh nội khoa chống chỉ định phẫu thuật (tim mạch, huyết áp, tiểu đường...).

Bệnh nhân gãy xương hàm dưới kèm gãy xương hàm trên, gãy hàm gò má ảnh hưởng khớp cắn từ khối xương gãy tăng mặt giữa.

Bệnh nhân gãy xương hàm dưới kèm chấn thương sọ não, chấn thương bụng, gãy xương đùi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả có can thiệp lâm sàng.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ theo phương pháp thuận tiện, các đối tượng thỏa tiêu chuẩn được mời tham gia nghiên cứu. Các bệnh nhân đồng ý tham gia sẽ được phẫu thuật và theo dõi theo kế hoạch nghiên cứu đã đề ra. Thực tế, chúng tôi đã tuyển chọn được 49 bệnh nhân thích hợp tham gia nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm chung của mẫu: Tuổi, giới tính,

nguyên nhân chấn thương.

Đặc điểm lâm sàng: Đau, rối loạn cảm giác, đau chói bờ xương, gián đoạn cung răng, gián đoạn xương, sai khớp cắn, há miệng hạn chế.

Đặc điểm X-quang: Tính chất đường gãy, bên gãy, kiểu gãy, số lượng đường gãy, răng khôn trên đường gãy.

Đánh giá kết quả điều trị sau 12 tuần về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ: Kết quả tốt, khá, kém theo các tiêu chí:

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

+ Chức năng: Tốt: ăn nhai, nói, nuốt bình thường, há miệng 4cm, khớp cắn đúng; Khá: ăn nhai được, há miệng từ 2 – 4 cm, khớp cắn sai ít; Kém: ăn nhai khó hay không ăn được, há miệng < 2 cm, khớp cắn sai nhiều.

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

Thu thập dữ liệu: Số liệu trong nghiên cứu được chính tác giả thu thập và phân tích. Quy trình nghiên cứu như sau:

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

- Lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chí chọn mẫu.

- Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ.

- Đánh giá kết quả điều trị.

Quy trình phẫu thuật:

- Gây mê nội khí quản đường mũi kết hợp gây tê tại chỗ bằng Lidocain có Adrenalin 2%.

- Đường rạch tiếp cận trong miệng hoặc ngoài mặt cách bờ dưới xương hàm dưới 2cm hoặc đường rạch theo vết thương sẵn có.

- Bóc tách vật tiếp cận ổ gãy vùng góc hàm.

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

- Nắn chỉnh đoạn gãy đúng vị trí giải phẫu, kiểm tra khớp cắn trong suốt quá trình.

- Cố định xương gãy bằng nẹp vít: Kết hợp xương vùng góc bằng nẹp nhỏ có chiều dài tối thiểu 4 lỗ, được đặt vùng tam giác hậu hàm và đường chéo ngoài, sử dụng vít một bản xương dài 8mm đầu gãy có mang răng và sử dụng vít một bản xương dài 10mm đầu gãy còn lại, mỗi bên đường gãy có tối thiểu hai vít. Nếu có nhiều mảnh gãy phức tạp sẽ tăng cường thêm 1 nẹp phía dưới để đảm bảo tất cả các mảnh gãy được cố định vững chắc.

Xử lý và phân tích dữ liệu: Các số liệu được làm sạch, mã hóa bằng phần mềm Microsoft Excel và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Thống kê mô tả tần số, tần suất, tỷ

lệ phần trăm. Sử dụng kiểm định Chi bình phương hoặc Fischer' exact để so sánh sự khác biệt tỷ lệ giữa hai nhóm.

2.3. Vấn đề y đức: Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Nghiên cứu cũng được phê duyệt tiến hành lấy mẫu tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Tp. Hồ Chí Minh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát 49 bệnh nhân gãy xương hàm dưới vùng góc hàm, một số đặc điểm chỉ ra nhóm tuổi thường gặp nhất là nhóm tuổi thanh niên (18 – 39 tuổi) chiếm tỷ lệ 69,4% với tuổi trung bình là 32,2 ± 11,8 tuổi. Nguyên nhân thường gặp là do tai nạn giao thông (69,4%) và thường xảy ra ở nam giới (71,4%).

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng của gãy góc hàm và thời gian tiền phẫu

Triệu chứng	Thời gian tiền phẫu		Tổng	p
	≤ 7 ngày	> 7 ngày		
Đau	Không đau	0	3	0,175 ¹
	Đau ít	7	8	
	Đau vừa	16	13	
	Rất đau	2	0	
Rối loạn cảm giác	Có	18	10	0,045 ²
	Không	7	14	

Chú thích: ¹kiểm định Fisher's exact, ²kiểm định Chi bình phương

Nhận xét: Trong nghiên cứu, bệnh nhân cảm thấy đau vừa chiếm tỷ lệ cao nhất (59,2%) và mức độ đau vừa và rất đau tập trung nhiều ở nhóm có thời gian tiền phẫu ≤ 7 ngày, tuy nhiên chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,175). Có 57,1% bệnh nhân cảm giác tê bì vùng môi cằm và sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm ≤ 7 ngày và nhóm > 7 ngày với p = 0,045.

Bảng 2. Triệu chứng thực thể của gãy góc hàm xương hàm dưới

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ
Sưng nề, tụ máu	41	83,7%
Vết thương ngoài da	13	26,5%
Đau chói bờ xương	46	93,9%
Gián đoạn xương	42	85,7%
Gián đoạn cung răng	18	36,7%
Sai khớp cắn	45	91,8%
Há miệng hạn chế	45	91,8%

Nhận xét: Dấu hiệu lâm sàng đau chói bờ xương chiếm tỷ lệ 93,9%. Sai khớp cắn và há miệng hạn chế chiếm tỷ lệ 91,8%.

Bảng 3. Đặc điểm X-quang của gãy góc hàm xương hàm dưới

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ	
Bên gãy	Bên trái	29	59,2%
	Bên phải	20	40,8%

Tính chất	Gãy kín	9	18,4%
	Gãy hở	40	81,6%
Răng trên đường gãy	Có	42	85,7%
	Không	7	14,3%

Nhận xét: Gãy xương hàm dưới vùng góc hàm bên trái chiếm tỷ lệ 59,2%, gãy hở chiếm tỷ lệ 81,6% và 85,7% có răng trên đường gãy.

Sau 3 tháng điều trị có 02 trường hợp nhiễm khuẩn ít chiếm 4%, có 05 trường hợp sai khớp cắn ít (10,2%), không có há miệng hạn chế và có 8,2% bệnh nhân còn tê bì môi, cằm.

Bảng 4. Kết quả điều trị sau 3 tháng về giải phẫu, chức năng, thẩm mỹ

Kết quả	Tốt	Khá	Kém
Giải phẫu	41 (83,7%)	8 (16,3%)	0
Chức năng	40 (81,6%)	9 (16,4%)	0
Thẩm mỹ	45 (91,8%)	4 (8,2%)	0

Nhận xét: Sau 3 tháng điều trị không có trường hợp nào kết quả xấu về của giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 32,2 ± 11,8 tuổi. Trong đó, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 63 tuổi và bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 15 tuổi. Một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Nguyễn Quốc Trung (2023) có tuổi trung bình là 31,8 tuổi [2], Nguyễn Minh Đức (2020) có tuổi trung bình là 29,1 tuổi [3]. Đây là độ tuổi chính tham gia các hoạt động xã hội, lao động cũng như tham gia các hoạt động giao thông. Tỷ lệ nam giới gãy XHD vùng góc hàm cao gấp 2,5 lần so với nữ giới. Nguyên nhân của sự chênh lệch này có thể được giải thích là do ý thức chấp hành các hoạt động giao thông, thói quen uống rượu bia, điều khiển xe có tốc độ và phân khối lớn thường gặp ở nam giới. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Lê Ngọc Tuyền (2024) là 2,3 lần [4]. Tai nạn giao thông là nguyên nhân chính trong chấn thương hàm mặt nói chung và gãy XHD vùng góc hàm nói riêng. Điều này cho thấy mối nguy hiểm của điều khiển các phương tiện giao thông.

Về đặc điểm lâm sàng, chúng tôi sử dụng thước đo mức độ đau VAS và cho kết quả đau vừa chiếm tỷ lệ 59,2%. Định nghĩa đau theo Hiệp hội nghiên cứu đau thế giới thì đau là một cảm giác khó chịu và sự chịu đựng về cảm xúc, chủ yếu đi kèm theo tổn thương tổ chức hoặc mô tả như là một tổn thương tổ chức, hoặc cả hai [5]. Từ định nghĩa ta có thể thấy được sự biểu hiện đau khác nhau đối với cùng một kích thích vì sự chịu đựng đối với kích thích của mỗi cá thể là khác nhau. Triệu chứng lâm sàng quan

trọng giúp chẩn đoán xác định gãy xương hàm dưới là gián đoạn xương hàm. Trong nghiên cứu hiện tại, gián đoạn xương hàm chiếm tỷ lệ 85,7%. Các triệu chứng phổ biến khác bao gồm dấu hiệu đau chói bờ xương, sai khớp cắn và tê bì môi. Triệu chứng đau chói bờ xương cũng là một trong các dấu hiệu giúp chẩn đoán gãy xương hàm dưới. Tuy nhiên, dấu hiệu đau chói đôi khi có thể nhầm lẫn do phụ thuộc nhiều vào cảm giác của bệnh nhân, có những trường hợp bệnh nhân không gãy xương như vẫn có cảm giác đau do chấn thương phần mềm. Sai khớp cắn là dấu hiệu thường gặp trong gãy xương hàm dưới nói chung và gãy góc hàm xương hàm dưới nói riêng. Trong nghiên cứu của chúng tôi khảo sát đường gãy vùng góc hàm nên thường không liên quan đến cung răng trừ răng khôn, do đó, đối với các trường hợp di lệch ít thì không khám thấy dấu hiệu sai khớp cắn. Tê bì môi, cắn là một trong các triệu chứng cơ năng thường gặp trong chấn thương gãy xương hàm dưới vùng góc hàm. Ngoài ra, dấu hiệu gián đoạn cung răng không thường gặp do chúng tôi khảo sát gãy xương hàm dưới ở vị trí gãy góc hàm thường không liên quan đến cung răng nên không có dấu hiệu gián đoạn cung răng, chỉ có dấu hiệu gián đoạn cung răng khi răng khôn mọc lên đúng vị trí hoặc gần đúng vị trí.

Trên phim X-quang, chúng tôi phát hiện đường gãy chủ yếu nằm phía bên trái. Điều này hoàn toàn hợp lý là do luật giao thông đường bộ quy định người tham gia giao thông chạy bên phải, khi xảy ra tai nạn thường ngã về bên trái, hơn nữa khi va chạm với xe chạy ngược chiều thì dễ ngã về bên trái hơn cho nên dễ tổn thương bên trái hơn so với bên phải. Tính chất đường gãy là gãy hở chiếm tỷ lệ là 81,6%. Từ phân loại đường gãy, ta có thể thấy đường gãy hở là khi đường gãy thông với môi trường ngoài hoặc khoang miệng. Trong gãy xương hàm dưới nói chung và gãy góc hàm XHD nói riêng thì gãy hở chủ yếu là đường gãy liên quan cung răng hoặc đường gãy kèm theo vết thương hở ngoài da hoặc vết thương niêm mạc thông vào ổ gãy. Trong nghiên cứu này, có 85,7% bệnh nhân có răng khôn trên đường gãy nên có 81,6% bệnh nhân có đường gãy hở là hoàn toàn hợp lý. Đường gãy đi qua răng khôn được xem là gãy hở chỉ khi răng khôn đã mọc hoàn toàn hoặc một phần ra khỏi nướu răng. Do đó, các trường hợp răng khôn mọc ngầm trong xương mặc dù đường gãy đi qua răng khôn nhưng vẫn được xem là gãy kín.

Sau 3 tháng điều trị vẫn còn 2 trường hợp nhiễm khuẩn nhẹ, xấp xỉ 4%. Kai Lee (2012) cho

rằng nhiễm khuẩn là biến chứng thường gặp nhất trong phẫu thuật gãy XHD với tỷ lệ khoảng từ 3,7% – 5% [6]. Chúng tôi cũng ghi nhận 10,2% bệnh nhân bị sai khớp cắn ít, ở những trường hợp này, cần áp dụng các biện pháp nắn chỉnh răng (chỉnh hình răng) và phục hình các răng mất bằng răng giả để có thể sắp xếp răng lại đúng vị trí khớp cắn thuận lợi để bệnh nhân có thể thực hiện chức năng một cách tốt nhất. Ngoài ra, 14,2% bệnh nhân có độ há miệng khá là từ 2 – 4 cm. Còn lại tất cả các bệnh nhân đều có biên độ há miệng tốt trên 4 cm. Mức độ há miệng của bệnh nhân có thể bị ảnh hưởng do sau chấn thương bệnh nhân thường kèm theo chế độ ăn mềm, cố định hàm, hạn chế há miệng lớn và hạn chế vận động hàm để hỗ trợ lành thương. Cũng có thể là do bệnh nhân có biên độ há miệng < 4cm từ trước khi chấn thương. Nghiên cứu của Seung Wook Song (2014) trên 34 bệnh nhân ghi nhận biên độ há miệng tối đa từ 3,6 – 5,2 cm [7]. Trong nghiên cứu này, ở thời điểm trước điều trị có 57,1% bệnh nhân tê môi, cắn và chỉ còn 8,2% bệnh nhân tê môi, cắn ở thời điểm 3 tháng. Theo thời gian, có sự hồi phục của các sợi thần kinh bị tổn thương hoặc kéo dẫn,... biểu hiện bằng sự giảm cảm giác dị cảm. Sự giảm này hoặc là giảm mức độ tê, hoặc là giảm kích thước vùng tê hoặc kết hợp cả hai. Nhìn chung, kết quả sau 3 tháng điều trị tất cả các trường hợp đều có kết quả tốt và khá, không có kết quả kém.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp (4%) có biểu hiện nhiễm khuẩn vết mổ. Cả hai trường hợp này được xem là thất bại trong nghiên cứu này. Tỷ lệ thành công của nghiên cứu là 96%. Kết quả này cho thấy hệ thống nẹp vít nhỏ được làm bằng titanium nên có tính tương hợp sinh học cao, có khả năng tích hợp xương, không độc tính, không bị ăn mòn, có độ cứng và độ dẻo thích hợp,... nên tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật rất thấp và kết quả thành công rất cao.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 49 bệnh nhân gãy góc hàm xương hàm dưới tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh chúng tôi nhận thấy nẹp vít nhỏ là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả và có thể áp dụng rộng rãi trong các trường hợp gãy góc hàm xương hàm dưới vì độ linh động của nẹp và khả năng tương hợp sinh học củ nẹp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Nguyễn Thanh Chơn.** Chấn thương hàm mặt. Nhà xuất bản Y học. 2021. 129.

2. **Nguyễn Quốc Trung, Nguyễn Hồng Hà, Đặng Triệu Hùng.** Đặc điểm lâm sàng, phim cắt lớp vi tính của bệnh nhân gãy xương hàm dưới tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức 2018 – 2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023; 531(2):6-10.
3. **Nguyễn Minh Đức.** Đánh giá kết quả điều trị gãy xương hàm dưới vùng góc hàm bằng nẹp vít nhỏ. Trường Đại học Y Dược - Đại học Huế. 2020. 84.
4. **Thossakun Yomthasombath, Lê Naoc Tuyền, Đàng Triệu Hùng, Nguyễn Đức Hoàng, Bùi Trung Kiên.** Kết quả phẫu thuật kết hợp xương gãy cảnh ngang hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội năm 2022 – 2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024; 534(1): 116-120.
5. **Raja S.N., Carr D.B., Cohen M., et al.** The Revised IASP definition of pain: concepts, challenges, và compromises. Pain. 2020; 161(9):1976-1982.
6. **Kai L.** Global trends in maxillofacial fractures. Craniomaxillofac Trauma Reconstr. 2012; 5(4):213-222.
7. **Song S.W., Burm J.S., Yang Y.W., Kang S.Y.** Microplate fixation without maxillomandibular fixation in double mandibular fractures. Arch Craniofac Surg. 2014; 15(2):53-58.

DỊCH TỄ HỌC, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VIÊM PHỔI NHIỄM ADENOVIRUS TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Nguyễn Thị Phước¹, Nguyễn Thị Diệu Thúy²,
Bùi Anh Sơn¹, Nguyễn Đức Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi nhiễm Adenovirus tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, bao gồm 118 trẻ từ 1 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán viêm phổi nhiễm adenovirus tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An từ tháng 7/2022 - 6/2024. **Kết quả:** Trẻ nhiễm adenovirus đa số gặp ở trẻ trên 12 tháng (61%), tỷ lệ nam/nữ = 1,8/1, các ca bệnh rải rác quanh năm nhưng tập trung nhiều nhất vào mùa đông xuân (từ tháng 10 đến tháng 3). Nguồn lây nhiễm chủ yếu ở cộng đồng chiếm (76,3%). Biểu hiện lâm sàng với các triệu chứng nổi bật: ho (100%), sốt (98,5%), chảy mũi (94,1%), rale ẩm 2 phổi (93,2%). Thời gian sốt trung bình là 6,02 ± 3,08 ngày. Đa số có bạch cầu trong giới hạn bình thường (66,1%) và CRP tăng (80,5%). Tổn thương trên X-quang chủ yếu là tổn thương mô kẽ lan tỏa 2 bên (70,3%). Tỷ lệ đồng nhiễm vi sinh vật là 22%, trong đó đồng nhiễm vi khuẩn chiếm tỷ lệ 11,8%, đồng nhiễm với virus chiếm 10,2%. **Kết luận:** Viêm phổi nhiễm adenovirus gặp nhiều ở trẻ trên 12 tháng. Triệu chứng lâm sàng viêm phổi điển hình. Hầu hết bệnh nhân có tăng CRP. Tổn thương trên X-quang đa số là tổn thương phổi kẽ lan tỏa 2 bên. Tỷ lệ đồng nhiễm vi sinh vật bao gồm cả căn nguyên vi khuẩn và virus.

Từ khóa: Viêm phổi, adenovirus, trẻ em.

SUMMARY

EPIDEMIOLOGY, CLINICAL AND PARACLINICAL OF ADENOVIRUS ASSOCIATED PNEUMONIA AT THE NGHE AN

¹Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Diệu Thúy

Email: nguyendieuthuyhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.7.2024

Ngày duyệt bài: 14.8.2024

OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Objective: To describe the epidemiological, clinical, and paraclinical characteristics of children with adenovirus pneumonia treated at the Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Methods:** This was a cross-sectional descriptive study included 118 children aged from 1 month to 15 years old diagnosed with adenovirus pneumonia at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital between July 2022 to June 2024. **Results:** The majority of cases occurred in children over 12 months old (61%), with a male-to-female ratio of 1.8:1. The disease occurred at anytime but most common in the winter and spring (October to March). Community transmission was the primary source of infection (76.3%). Clinical manifestations included cough (100%), fever (98.5%), runny nose (94.1%), and moist rales in both lungs (93.2%). The average duration of fever was 6.02 ± 3.08 days. Most patients had normal white blood cell counts (66.1%), and 80.5% exhibited elevated CRP levels. Chest X-ray showed diffuse interstitial infiltrates in both lungs (70.3%). Co-infection with other microorganisms was found in 22% of cases, with bacterial co-infections accounting for 11.8%, viral co-infections were 10.2% of cases. **Conclusion:** Adenovirus pneumonia is more common in children over 12 months old. The disease frequently occurs during the winter and spring. Clinical symptoms are specific for pneumonia. Most patients exhibited elevated CRP levels. Chest X-ray showed diffuse interstitial infiltrates in both lungs. Co-infection with microorganisms was found, including both bacteria and virus.

Keywords: pneumonia, adenovirus, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và gánh nặng bệnh tật ở trẻ em trên toàn thế giới, đặc biệt là các nước đang phát triển. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), viêm phổi là nguyên nhân chính gây tử vong cho trẻ dưới 5 tuổi.¹ Adenovirus là loại virus gây bệnh ở người,