

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hartrampf C.R, Schefflan M and Black P.W (1982), Breast reconstruction with a transverse abdominal island flap, *Plast Reconstr Surg*, 69(2), Pg. 216-25.
2. Shen Z., Sun J., Yu Y.et al (2021), Oncological safety and complication risks of mastectomy with or without breast reconstruction: A Bayesian analysis, *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 74(2), Pg. 290-299.
3. Nguyễn Đình Tùng, Vi Hà Tân Anh and Lê Kim Hồng (2020), Tái tạo vú bằng vật TRAM có cuống là phẫu thuật đáng tin cậy đối với ung thư vú giai đoạn sớm, *Tạp chí Y học Lâm Sàng*, 66, Pg. 3-9.
4. Lê Minh Quang, Trần Anh Cường and Nguyễn Bá Mạnh (2019), Kết quả phẫu thuật bảo tồn núm vú - tái tạo vú bằng vật da cơ thẳng bụng trong ung thư vú giai đoạn I-II, *Ung thư học*, 1, Pg. 411-416.
5. Sullivan S. R., Fletcher D. R. and Isom C. D. (2008), True incidence of all complications following immediate and delayed breast reconstruction, *Plast Reconstr Surg*, 122(1), Pg. 19-28.
6. Trần Văn Thiệp, Trương Văn Trường and Huỳnh Hồng Hạnh (2008), Biến chứng sau mổ phẫu thuật đoạn nhũ tiết kiệm da-tái tạo vú tức thì trong điều trị ung thư vú giai đoạn sớm, *Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 12(4), Pg. 89-97.
7. Kim E. K., Lee T. J. and Eom J. S. (2007), Comparison of fat necrosis between zone II and zone III in pedicled transverse rectus abdominis musculocutaneous flaps: a prospective study of 400 consecutive cases, *Ann Plast Surg*, 59(3), Pg. 256-9.
8. Tribondeau P. and Soffray F. (2008), [Breast reconstruction with pedicled TRAM flap (a retrospective study of 115 consecutive cases)], *Ann Chir Plast Esthet*, 53(4), Pg. 309-17.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG HÀM DƯỚI Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đỗ Thị Ngọc Linh¹, Dương Hồng Quân¹, Trần Ngọc Vân¹,
Nguyễn Thị Thu Hằng¹, Nguyễn Hồng Hà¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy xương hàm dưới chiếm tới 48,8% trong các trường hợp gãy xương mặt ở trẻ em; tuy nhiên, có nhiều phương pháp điều trị khác nhau và ít nghiên cứu mô tả kết quả phẫu thuật loại chấn thương này. Nghiên cứu này mô tả nguyên nhân, các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị kết hợp xương ở những bệnh nhân gãy xương hàm dưới ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên các bệnh nhân dưới 16 tuổi được chẩn đoán là gãy xương hàm dưới và điều trị phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật hàm mặt và tạo hình thẩm mỹ, bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ năm 2019 đến 2023. Các biến số được nghiên cứu bao gồm dịch tễ học, nguyên nhân chấn thương, các đặc điểm lâm sàng, các gãy xương mặt liên quan, các chấn thương khác đi kèm và kết quả điều trị phẫu thuật. **Kết quả:** Tổng cộng có 53 bệnh nhân tuổi dưới 16 được phẫu thuật kết hợp xương hàm dưới. Độ tuổi trung bình là 12,8; tỷ lệ nam:nữ là 3:1, nguyên nhân chấn thương chủ yếu do tai nạn giao thông và gặp chủ yếu ở lứa tuổi >12. Đặc điểm lâm sàng thường gặp là đau, sưng nề biến dạng mặt, khớp cắn sai, 60,4% trường hợp có gãy xương hàm dưới 2 vị trí trở lên; vị trí gãy hay gặp nhất là vùng cằm và lõm cầu. Kết quả điều trị sau mổ tốt chiếm 88,7%, khá 7,5%, trung bình 3,8%, không có kết quả kém. **Kết luận:** Nghiên cứu này cho thấy rằng phẫu thuật kết hợp xương hàm

dưới ở trẻ em có kết quả tương đối tốt, an toàn và không gây hư hại cho mầm răng hoặc ảnh hưởng đến sự phát triển của xương hàm dưới ở bất kỳ giai đoạn nào của sự phát triển răng miệng.

SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OUTCOME OF PEDIATRIC MANDIBULAR FRACTURE AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: Mandibular fractures account for up to 48.8% of facial fractures in children; however, there are various treatment methods, and few studies describe the surgical outcomes of this type of injury. This study describes the causes, clinical features, paraclinical characteristics, and treatment outcomes of osteosynthesis in pediatric patients with mandibular fractures. **Methodes:** This retrospective study was conducted on patients under 16 years old diagnosed with mandibular fractures and treated surgically at the Department of Oral and Maxillofacial Surgery and Aesthetic Plastic Surgery, Viet Duc Friendship Hospital, from 2019 to 2023. The variables studied included epidemiology, causes of injury, clinical characteristics, associated facial fractures, accompanying injuries, and surgical treatment outcomes. **Results:** A total of 53 patients under 16 years old underwent surgical fixation of mandibular fractures. The average age was 12.8 years; the male-to-female ratio was 3:1, with the primary cause of injury being traffic accidents, predominantly occurring in the age group over 12. Common clinical characteristics included pain, swelling, facial deformity, and malocclusion, with 60.4% of cases presenting with fractures at two or more sites; the most frequently fractured areas were the chin and condyle. The treatment outcomes after surgery were good in 88.7% of cases, fair in 7.5%,

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Ngọc Linh

Email: dongoclinh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 11.3.2025

average in 3.8%, and there were no poor outcomes.

Conclusions: This study shows that surgical fixation of mandibular fractures in children has relatively good outcomes, is safe, and does not damage the dental buds or affect the development of the mandible at any stage of oral development.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương hàm dưới là một loại gãy xương mặt phổ biến ở trẻ em, chiếm khoảng 40 đến 70% các trường hợp chấn thương hàm mặt ở trẻ em, Có nhiều phương pháp điều trị khác nhau, tuy nhiên phác đồ điều trị nên được lựa chọn cẩn thận dựa trên cấu trúc giải phẫu đặc biệt của bệnh nhi, liên quan đến sự tăng trưởng của xương và các giai đoạn mọc răng, nhằm phục hồi chức năng miệng - hàm mặt và duy trì sự phát triển xương đầy đủ cũng như sự mọc răng bình thường. Ở Việt Nam chưa có nhiều công trình nghiên cứu về đặc điểm cũng như các phương pháp điều trị gãy xương hàm dưới ở trẻ em, đặc biệt là điều trị phẫu thuật. Nghiên cứu này mô tả nguyên nhân, các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của gãy xương hàm dưới và kết quả điều trị kết hợp xương hàm dưới ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 53 bệnh nhân tuổi dưới 16, được chẩn đoán gãy xương hàm dưới và được điều trị phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt-Tạo Hình-Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 01/2019 - 12/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang
- Chọn mẫu: Thuận tiện
- Biến số nghiên cứu: Tuổi, giới tính, nguyên nhân chấn thương, các biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp phẫu thuật, kết quả phẫu thuật

- Đánh giá kết quả sau điều trị:

- **Thu thập và xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập, mã hóa, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Nhóm nghiên cứu của chúng tôi gồm 53 bệnh nhân.

Bảng 3.1. Đặc điểm dịch tễ học (n=53)

	Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	32	60,9
	Nữ	21	39,6
Độ tuổi	≤6	5	9,4
	6 - 12	8	15,1
	≥12	40	75,5
Nguyên nhân	Tai nạn giao thông	39	73,6
	Tai nạn sinh hoạt	10	18,8

chấn thương	Tai nạn thể thao	3	5,7
	Tai nạn bạo lực	1	1,9

Tỉ lệ nam:nữ = 3:2. Độ tuổi trung bình là 12,8, trong đó độ tuổi 12-15 chiếm tỷ lệ cao nhất (75,5%). Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của Hofmann [1], Sobrero [2], Sharma [3], Kao [4].

Nguyên nhân gãy xương hàm dưới ở trẻ em chủ yếu do tai nạn giao thông, chiếm tỷ lệ 73,6%. Tỷ lệ gãy xương hàm dưới ở nhóm tuổi ≥12 chiếm tỷ lệ cao hơn các nhóm tuổi khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở lứa tuổi này, trẻ em bắt đầu tham gia giao thông ở Việt Nam bằng xe đạp, xe đạp điện hoặc chơi thể thao nên nguy cơ chấn thương cao hơn các lứa tuổi nhỏ hơn. Mặt khác, bệnh nhân ở nhóm tuổi này được chỉ định mổ kết hợp xương rộng rãi hơn nhóm tuổi nhỏ hơn vì ở độ tuổi này trẻ đã bắt đầu hoàn tất việc thay răng và xương hàm cũng đã phát triển gần hoàn thiện.

Bảng 3.2. Các triệu chứng lâm sàng (n=53)

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Sưng nề, biến dạng mặt	53	100
Khớp cắn sai	47	88,7
Vết thương liên quan tới ổ gãy	12	22,6
Đau chói	53	100
Chảy máu	17	32,1
Tê bì môi	5	9,4
Di động bất thường của xương	34	64,2

Trong nhóm nghiên cứu, chúng tôi gặp hầu hết các triệu chứng lâm sàng của gãy xương hàm dưới được mô tả trong y văn, trong đó dấu hiệu sưng nề, đau chói tại nơi gãy gặp trong tất cả các trường hợp, khớp cắn sai là triệu chứng thường gặp thứ hai với 88,7%, các trường hợp còn lại do hệ thống răng chưa mọc hoàn thiện nên không đánh giá được chính xác tình trạng của khớp cắn. Các triệu chứng ít gặp hơn là di động bất thường của xương, biến dạng mặt, bầm tím, chảy máu, tụ máu dưới da, vết thương phần mềm, gãy răng, tê bì vùng mặt... Kết quả này cũng tương đồng với ý kiến của của nhiều tác giả khác trong y văn. [1] [2] [3]

Bảng 3.3. Phân loại gãy các đường gãy (n=53)

Phân loại	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Gãy 1 vị trí	21	39,6
Gãy 2 vị trí	22	41,5
Gãy 3 vị trí	10	18,9

Số bệnh nhân gãy xương hàm dưới 2 vị trí trở lên chiếm tới 60,4%. Các trường hợp gãy 3 vị trí chiếm 18,9%, vị trí gãy là vùng cằm và lõm cầu

hai bên.

54,7% trường hợp chỉ có gãy xương hàm dưới đơn thuần, không kèm theo chấn thương khác. 32% (n=17) trường hợp có kèm gãy các xương khác ở vùng hàm mặt, 20,8% trường hợp có kèm các chấn thương khác ngoài mặt (chấn thương sọ não, gãy xương đùi, xương cánh tay, vỡ xương chậu...)

Vị trí gãy hay gặp nhất là gãy xương vùng cằm (79,2%), tiếp theo là gãy vùng lồi cầu (43,4%). Theo Posnick [4] thì 39% các trường hợp gãy xương hàm mặt gặp ở xương hàm dưới trong đó gãy ở vị trí lồi cầu chiếm 55%, thân xương hàm dưới là 9% và góc hàm là 8%. Tác giả Mukhopadhyay [5] cũng nhận thấy tỷ lệ gãy lồi cầu là cao nhất (38,9%). Nghiên cứu của Lifeng Li [6] năm 2023, trong chấn thương gãy xương hàm dưới cho thấy 50% bệnh nhân có gãy lồi cầu trái, 16,7% gãy lồi cầu 2 bên. Như vậy, tỷ lệ gãy lồi cầu trong gãy xương hàm dưới là tương đối cao ở nhóm bệnh nhân nhi. Điều này có thể được giải thích do lồi cầu ở trẻ em có thành phần tủy xương cao và lớp vỏ xương tương đối mỏng, vì vậy nguy cơ gãy xương khi gặp chấn thương sẽ cao hơn so với các vùng khác.

Bảng 3.4. Các phương pháp phẫu thuật (n=53)

Phương pháp	<6	7-12	>12	Tổng số	p
Tuổi					
Kết hợp xương bằng nẹp vis Titanium	0	7	39	46	0,00
Kết hợp xương bằng nẹp vis tự tiêu	5	1	1	7	
Kết hợp xương bằng chỉ thép	0	0	0	0	

Phương pháp phẫu thuật chủ yếu là kết hợp xương bằng nẹp vis Titanium, chiếm 88,8%, Nẹp vis tự tiêu dùng chủ yếu cho nhóm bệnh nhân dưới 6 tuổi. Tất cả nhóm bệnh nhân dưới 6 tuổi đều được kết hợp xương bằng nẹp vis tự tiêu, nẹp vis Titanium dùng chủ yếu cho nhóm bệnh nhân trên 12 tuổi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ dùng nẹp vis tự tiêu ở nhóm bệnh nhân 7-12 tuổi của chúng tôi thấp có thể do các bệnh nhân ở nhóm tuổi này có tỷ lệ gãy xương đa ổ cao, gãy di lệch nhiều. Đối với nhóm bệnh nhân trên 12 tuổi là nhóm tuổi đã gần hoàn tất việc thay răng và xương hàm đã phát triển gần hoàn thiện nên có thể sử dụng các loại nẹp vis như cho người trưởng thành.

Tác giả Pontell [7] nghiên cứu trên 1144 bệnh nhân cũng nhận thấy tỷ lệ phẫu thuật sử dụng nẹp vis tự tiêu (30,5%) thấp hơn so với phẫu thuật dùng nẹp vis Titanium (69,5%). Tuy nhiên tỷ lệ biến chứng của 2 nhóm bệnh nhân này

không có sự khác biệt.

Bảng 3.5. Kết quả điều trị phẫu thuật (n=53)

Đặc điểm	Kết quả	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Mặt cân đối	Có	51	96,2
	Không	2	3,8
Khớp cắn	Đúng	52	98,1
	Sai	1	1,9
Há miệng	Tốt	50	94,3
	Hạn chế	3	5,7
Tổn thương thần kinh	Có	0	0
	Không	53	100
Liên xương	Tốt	53	100
	Kém	0	0
Mất răng	Có	10	18,9
	Không	43	81,1
Biến chứng	Có	6	11,3
	Không	47	88,7

Không có bệnh nhân nào tổn thương thần kinh sau phẫu thuật, 5,7% bệnh nhân có nhiễm trùng mức độ nhẹ và trung bình, cần điều trị kháng sinh, 3,8% bệnh nhân có chảy máu sau phẫu thuật được xử trí bằng sử dụng băng ép, thuốc cầm máu mà không cần phẫu thuật. Tỷ lệ biến chứng này cũng tương đồng với kết quả của các tác giả khác: Tỷ lệ biến chứng của tác giả Kao [4] là 13%. Nghiên cứu của Pontell [7] và cộng sự cho thấy tỷ lệ biến chứng tương ứng của 2 nhóm phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vis Titanium và nẹp vis tự tiêu là 14 % và 10%, không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Nguy cơ tổn thương răng sau phẫu thuật gãy xương hàm dưới ở trẻ em đã được đề cập trong y văn. Các nghiên cứu trước đây đã báo cáo tỷ lệ răng không mọc đúng cách do chấn thương chân răng hoặc tiêu răng sữa sau kết hợp xương hàm dưới ở trẻ em là 20%. Tác giả Hofmann [1] khi tiến hành nghiên cứu 366 bệnh nhân đã ghi nhận có 9 trường hợp chấn thương chân răng (56,3%) được ghi nhận sau khi thực hiện cố định hàm và 7 chấn thương (43,7%) sau khi thực hiện kết hợp xương. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, mất răng gặp ở 18,9% bệnh nhân trong tổng số 53 bệnh nhân của nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân đều mất răng từ trước phẫu thuật do tai nạn, hoặc trong phẫu thuật không thể bảo tồn đã loại bỏ. Không có bệnh nhân nào mất răng liên quan đến phẫu thuật đặt nẹp vis. Điều này cho thấy các phẫu thuật kết hợp xương sử dụng nẹp vis của nhóm bệnh nhân nghiên cứu không gây tổn thương răng, đặc biệt là răng sữa ở trẻ em.

Bảng 3.6. Kết quả điều trị chung của nhóm nghiên cứu (n=53)

Kết quả điều trị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tốt	47	88,7
Khá	4	7,5
Trung bình	2	3,8
Kém	0	0

Các bệnh nhân được đánh giá kết quả chung là tốt khi đạt cả về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ: liên xương tốt, mặt cân đối, há miệng tốt, khớp cắn sau mổ đúng, không có biến chứng. Nghiên cứu của chúng tôi có phần lớn bệnh nhân đạt kết quả tốt, chiếm tới 88,7%. Có 7,5% bệnh nhân đạt kết quả khá và 3,8% bệnh nhân đạt kết quả trung bình khi có biến chứng nhiễm trùng, hạn chế há miệng, mặt mất cân đối sau mổ. Các biến chứng này đều được điều trị nội khoa mà không cần phải phẫu thuật bổ sung. Không có kết quả kém. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của tác giả Huỳnh Kim Khang [8] khi nghiên cứu về phẫu thuật gãy xương hàm dưới tại bệnh viện đa khoa Sài Gòn.

Kết quả nghiên cứu của Pontell [7] và cộng sự nghiên cứu trên 1144 bệnh nhân đã được phẫu thuật gãy xương hàm dưới ở trẻ em cho thấy các số liệu về điều trị phẫu thuật gãy xương hàm dưới ở trẻ em hiếm gặp, tuy nhiên phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vis Titanium và nẹp vis tự tiêu tương đối an toàn, điều này cũng trùng với kết quả của chúng tôi, đặc biệt khi phương pháp điều trị được lựa chọn phù hợp với từng bệnh nhân, từng lứa tuổi phát triển của răng và xương hàm.

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy rằng phẫu thuật kết hợp xương hàm dưới ở trẻ em có kết quả tương đối tốt, an toàn và không gây hư hại cho

mầm răng hoặc ảnh hưởng đến sự phát triển của xương hàm dưới ở bất kỳ giai đoạn nào của sự phát triển răng miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hofmann E, Koerdt S, Heiland M, Raguse JD, Voss JO. Pediatric Maxillofacial Trauma: Insights into Diagnosis and Treatment of Mandibular Fractures in Pediatric Patients. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2023 May-Jun;16(3):499-509. doi: 10.5005/jp-journals-10005-2401. PMID: 37496941; PMCID: PMC10367286.
2. Sobrero F., Roccia F., Galetta G. et al. (2023). Pediatric mandibular fractures: Surgical management and outcomes in the deciduous, mixed and permanent dentitions. *Dent Traumatol*, 39(3), 233–239.
3. Sharma A., Patidar D., Gandhi G. et al. Mandibular Fracture in Children: A New Approach for Management and Review of Literature. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2019 Jul-Aug;12(4): 356-359. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1643.
4. Kao R., Rabbani C.C., Patel J.M. et al. (2019). Management of Mandible Fracture in 150 Children Across 7 Years in a US Tertiary Care Hospital. *JAMA Facial Plast Surg*, 21(5), 414–418.
5. Mukhopadhyay S. (2018). A retrospective study of mandibular fractures in children. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*, 44(6), 269–274.
6. Li L., Acharya K., Ghimire B. et al. (2023). Conservative management of mandibular fractures in pediatric patients during the growing phase with splint fiber and ligature arch wire. *BMC Oral Health*. 23(1). 601.
7. Pontell ME, Niklinska EB, Braun SA, Jaeger N, Kelly KJ, Golinko MS. Resorbable Versus Titanium Rigid Fixation for Pediatric Mandibular Fractures: A Systematic Review. *Institutional Experience and Comparative Analysis. Craniomaxillofac Trauma Reconstr.* 2022 Sep; 15(3):189-20.
8. Huỳnh Kim Khang. Đánh giá kết quả điều trị gãy xương hàm dưới tại Bệnh viện đa khoa Sài Gòn. *Tạp chí y học Việt Nam*, số 1 2021, tr5-8.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ GIAI ĐOẠN SỚM DƯỚI 40 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Thị Yến^{1,2}, Wellvilai Sehaksa², Hoàng Mạnh Thắng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ung thư vú giai đoạn sớm dưới 40 tuổi tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Sử dụng thiết kế mô tả hồi

cứu và tiến cứu với cỡ mẫu thuận tiện 44 bệnh nhân nữ ≤40 tuổi ở giai đoạn I, IIA được chẩn đoán và điều trị UTV tại bệnh viện K từ tháng 06/2017 đến tháng 06/2024. **Kết quả:** Ung thư vú trẻ tuổi có tuổi trung bình 34,7±4,1 (tuổi). 88,6% BN có giai đoạn u trước mổ cT2. Giai đoạn hạch trước mổ không có hạch nghi ngờ di căn (cN0) chiếm phần lớn 95,5%. Đa số bệnh nhân có giai đoạn bệnh trước mổ ở giai đoạn IIA (56,8%). Theo mô học, 65,9% BN ung thư biểu mô thể ống xâm lấn. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ tại thời điểm 3 năm và 5 năm lần lượt là 97,3% và 90,3%. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 63,9 ± 2,2 tháng. Tỷ lệ sống thêm không bệnh tại thời điểm 3

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Yến

Email: leyenbvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 11.3.2025