

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠY CỔ LỖI CẦU VÀ DƯỚI LỖI CẦU XƯƠNG HÀM DƯỚI DO CHẤN THƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Vũ Trung Trực^{1,2}, Trần Ngọc Sơn^{2,3}, Lê Văn Quý⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, X-quang, kết quả điều trị bảo tồn hay phẫu thuật kết hợp xương bệnh nhân gãy cổ lỗi cầu và dưới lỗi cầu xương hàm dưới do chấn thương tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 61 bệnh nhân gãy cổ lỗi cầu và dưới lỗi cầu được điều trị tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 1/2023 đến tháng 8/2024. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 2,6/1; chủ yếu ở nhóm tuổi 18 – 39 (83,6%); phần lớn nguyên nhân gây chấn thương là do tai nạn giao thông (85,2%). Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là đau chói trước nắp tai (98,4%), sai khớp cắn (96,7%) và há miệng hạn chế (98,4%). Tỷ lệ tương đương giữa gãy cổ lỗi cầu (49,2%) và dưới lỗi cầu (50,8%). Điều trị theo mức độ di lệch của Bhagol: tất cả bệnh nhân gãy di lệch độ I được điều trị bảo tồn, nhóm gãy di lệch độ II chủ yếu được điều trị bảo tồn (77,3%), nhóm gãy di lệch độ III chủ yếu điều trị phẫu thuật (87,5%). Kết quả điều trị: Nhóm gãy di lệch độ I điều trị bảo tồn có kết quả khả quan. Nhóm gãy di lệch độ II được phẫu thuật có kết quả tốt hơn về khớp cắn, đường há miệng, tương đương về độ há miệng tối đa và mức ăn nhai so với những trường hợp điều trị bảo tồn. Nhóm gãy di lệch độ III được phẫu thuật có kết quả tốt hơn đáng kể so với điều trị bảo tồn. **Kết luận:** Chấn thương gãy cổ lỗi cầu và dưới lỗi cầu xương hàm dưới thường gặp ở nam giới, độ tuổi từ 18 – 39. Kết quả điều trị nhóm gãy di lệch độ I điều trị bảo tồn có kết quả tốt, nhóm gãy di lệch độ III được điều trị phẫu thuật kết quả tốt hơn bảo tồn, nhóm gãy di lệch độ II không có khác biệt đáng kể giữa hai phương pháp điều trị.

Từ khóa: Chấn thương hàm mặt, gãy xương hàm dưới, cổ lỗi cầu, dưới lỗi cầu.

SUMMARY

EVALUATION OF THE TREATMENT OF MANDIBULAR CONDYLAR NECK AND SUBCONDYLAR FRACTURES DUE TO TRAUMA AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: This study aims to describe the clinical characteristics, radiographic, and treatment outcomes of closed treatment (CT) and open reduction and internal fixation (ORIF) in patients with mandibular condyle neck and subcondylar fractures

due to trauma at Viet Duc University Hospital. **Materials and Methods:** A cross – sectional study was conducted on 61 patients diagnosed with condylar neck and subcondylar fractures who received treatment at Viet Duc University Hospital between January 2023 and August 2024. **Results:** The male – to – female ratio was 2.6:1, with the majority of cases (83.6%) occurring in the 18 – 39 age group. The predominant cause of injury was traffic accidents, accounting for 85.2% of cases. The most frequently observed clinical symptoms included sharp pain in the preauricular region (98.4%) and malocclusion (96.7%). Limited mouth opening was observed in 98.4% of cases, with a maximal interincisal opening (MIO) of <30 mm. The incidence of condylar neck fractures (49.2%) and subcondylar fractures (50.8%) was nearly equal. Treatment selection was based on the degree of fracture displacement (Bhagol classification): all patients with Class I fractures underwent CT; Class II fractures were predominantly managed with CT (77.3%); and Class III fractures were primarily treated with ORIF (87.5%). Regarding treatment outcomes, patients with Class I fractures managed with CT exhibited favorable results. Among Class II fractures, those treated with ORIF demonstrated better occlusal alignment and mouth-opening capacity compared to those managed with CT, though no significant difference was observed in maximum mouth opening and masticatory function. In Class III fractures, ORIF resulted in significantly better functional and clinical outcomes compared to CT. **Conclusion:** Mandibular condyle and subcondylar fractures are more prevalent in males, particularly in the 18 – 39 age group. The outcomes of closed treatment in patients with Class I displaced fractures were favorable, while ORIF demonstrated superior efficacy in Class III fractures. In Class II fractures, no significant difference was observed between CT and ORIF. **Keywords:** Facial trauma, mandibular fracture, mandibular condylar neck fracture, subcondylar fracture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy lỗi cầu xương hàm dưới (XHD) do chấn thương gặp tỷ lệ không nhỏ trong tổng số các trường hợp gãy XHD [1]. Điều trị gãy lỗi cầu gồm hai phương pháp: điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật kết hợp xương (KHX). Việc lựa chọn phương pháp điều trị phẫu thuật hay bảo tồn vẫn có sự khác nhau ở các cơ sở y tế [2,3]. Phần lớn ý văn thống nhất điều trị bảo tồn đối với gãy chòm lỗi cầu, nhưng với gãy cổ lỗi cầu và dưới lỗi cầu vẫn có tranh cãi giữa các phương pháp. Trên thế giới có một số nghiên cứu so sánh kết quả điều trị giữa các phương pháp [4,5], tuy nhiên ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Dược – ĐH Quốc gia Hà Nội

³Bệnh viện E

⁴Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trung Trực

Email: drvutrongtruc@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 7.4.2025

Ngày duyệt bài: 9.5.2025

lâm sàng và điều trị loại tổn thương này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu tiến hành trên 61 trường hợp bệnh nhân khám và điều trị chấn thương gãy cổ lồi cầu (LC) và dưới LC XHD tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt-Tạo hình-Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 8 năm 2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tuổi ≥ 18 tuổi
- Nguyên nhân: chấn thương
- Được chẩn đoán, điều trị gãy cổ LC và dưới LC XHD.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu
- Bệnh nhân không đủ thông tin nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

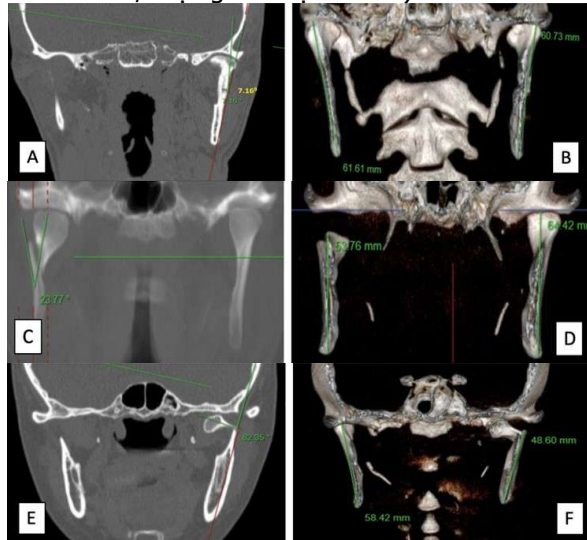
2.3. Cách thức tiến hành nghiên cứu.

Lập danh sách bệnh nhân khám, điều trị gãy cổ LC và dưới LC tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt-Tạo hình-Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 1/2023 đến tháng 8/2024. Tạo phiếu thu thập từng bệnh nhân, ghi nhận thông tin về:

Tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương.

Vị trí đường gãy theo tổ chức AO [6]: Cổ LC cao, cổ LC thấp, dưới LC

Mức độ di lệch theo Bhagol [7]: Độ I (di lệch ít – giảm chiều cao cạnh lên XHD $<2\text{mm}$ và/hoặc góc di lệch $<10^\circ$). Độ II (di lệch trung bình – giảm chiều cao 2 – 15mm và/hoặc góc di lệch $10^\circ - 35^\circ$). Độ III (di lệch nhiều – giảm chiều cao $>15\text{mm}$ và/hoặc góc di lệch $>35^\circ$).



Hình 1. Di lệch độ I

Nam – 22 tuổi – Gãy dưới LC; A: Góc di lệch $7,16^\circ$. B: Mức giảm chiều cao cạnh lên XHD 0,88

mm). Di lệch độ II (Nam – 31 tuổi – Gãy cổ LC thấp; C: Góc di lệch $23,77^\circ$. D: Mức giảm chiều cao cạnh lên XHD 10,66 mm). Di lệch độ III (Nữ 33 tuổi – Gãy cổ LC thấp; E: Góc di lệch $82,35^\circ$. F: Mức giảm chiều cao cạnh lên XHD 9,82 mm

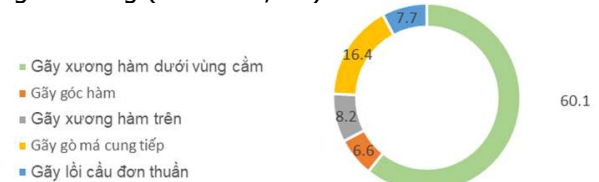
Kết quả điều trị tại thời điểm 6 tháng bao gồm: khớp cắn, biên độ há miệng, đường há miệng, khả năng ăn nhai (Theo Gupta [8]: mức 0 – Không ăn nhai được, mức 1 – Chỉ có thể ăn nhai thức ăn mềm, mức 2 – Chỉ có thể ăn nhai thức ăn cứng vừa phải, mức 3 – có thể ăn nhai thức ăn cứng), tổn thương thần kinh. Tổng kết quá trình điều trị dựa vào các đánh giá trên chia thành: Tốt (đồng thời: khớp cắn đúng, há miệng tối đa $\geq 40\text{mm}$, ăn nhai mức 3, không có biến chứng) – Đạt (Khớp cắn đúng/sai nhẹ, há miệng từ 30 – 39mm, ăn nhai mức 2 – 3, có biến chứng không cần can thiệp lại) – Không đạt (có một trong: khớp cắn sai, há miệng $<30\text{mm}$, ăn nhai dưới mức 2, có biến chứng cần can thiệp lại).

Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Trong số 61 bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu, đa số trường hợp là nam giới (72,1%), chủ yếu độ tuổi trong khoảng từ 18 – 39 tuổi (83,6%), nguyên nhân chính gây chấn thương do tai nạn giao thông (chiếm 85,2%).



Biểu đồ 1: Chấn thương kèm theo

Nhận xét: Phần lớn trường hợp bệnh nhân có gãy XHD vùng cằm hoặc cạnh cằm kèm theo (chiếm 60,1%).

3.2. Lâm sàng, X – quang. Triệu chứng lâm sàng đau chói trước nắp tai gặp ở 98,4% bệnh nhân, mức độ đau phổ biến là mức nhiều và nghiêm trọng (7 đến 10 điểm theo thang đo VAS). Có 96,7% gặp tình trạng sai khớp cắn. Há miệng hạn chế, đường há ngậm miệng lệch và sưng nề gặp ở đa số trường hợp (98,4%; 100% và 95,1%).

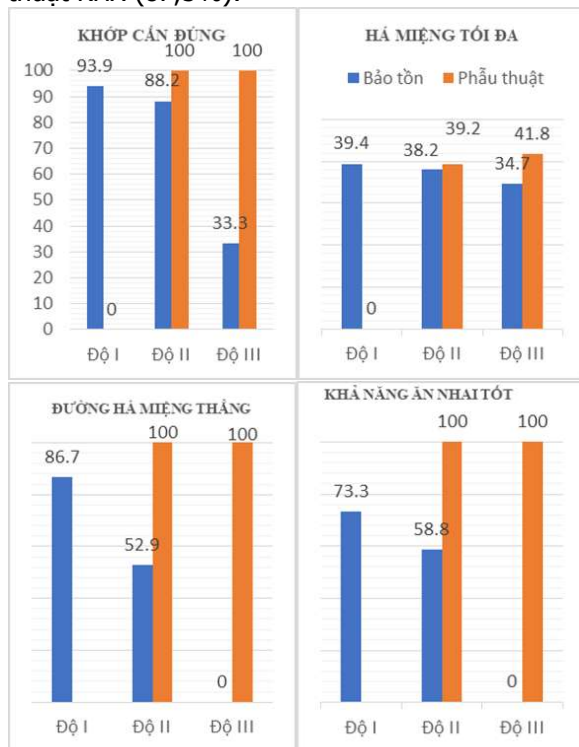
Bảng 1: Đặc điểm CT-Scanner

Độ di lệch	Độ I $<2\text{mm};$ $<10^\circ$	Độ II 2-15 mm; $10^\circ - 35^\circ$	Độ III >15 mm; $>35^\circ$	n
Vị trí đường gãy (AO)				
Cổ LC cao	7(53,8)	4(30,8)	2(15,4)	13(23,1)

Cổ LC thấp	3(17,7)	9(52,9)	5(29,4)	17(27,9)
Dưới LC	5(16,1)	9(29,0)	17(54,9)	31(50,8)
n	15(24,6)	22(36,1)	24(39,3)	61

Nhận xét: Tỷ lệ tương đương ở 2 nhóm gãy cổ LC (cổ LC thấp nhiều hơn cổ LC cao) và dưới LC (49,2% và 50,8%). Phần lớn bệnh nhân gãy cổ LC cao di lệch độ I (theo phân loại Bhagol). Nhóm gãy cổ LC thấp chủ yếu di lệch độ II, nhóm gãy dưới LC di lệch độ III chiếm đa số.

3.2. Điều trị. Về điều trị xét theo vị trí đường gãy, tất cả bệnh nhân gãy cổ LC cao được điều trị bảo tồn. Nhóm gãy cổ LC thấp và dưới LC có tỷ lệ tương đương giữa điều trị bảo tồn và phẫu thuật KHX (47,1%/52,9% và 45,2%/54,8%). Theo mức độ di lệch, tất cả 15 bệnh nhân gãy LC di lệch độ I được chỉ định điều trị bảo tồn, 17/22 bệnh nhân gãy di lệch độ II điều trị bảo tồn (77,3%) và 5 trường hợp được phẫu thuật (22,7%), còn trong 24 bệnh nhân gãy di lệch độ III có 3 trường hợp được điều trị bảo tồn (12,5%) và 21 ca được phẫu thuật KHX (87,5%).



Biểu đồ 2: Tình trạng bệnh nhân tại thời điểm 6 tháng

Nhận xét: Tỷ lệ khớp cắn đúng tại thời điểm 6 tháng của nhóm gãy di lệch độ I (tất cả được điều trị bảo tồn) là 93,9%, nhóm di lệch độ II có sự khác biệt ít giữa hai phương pháp điều trị, nhóm gãy di lệch độ II có sự khác biệt đáng kể giữa phẫu thuật và bảo tồn. Biên độ há miệng

tối đa ở các bệnh nhân gãy di lệch độ I đạt 39,4mm, di lệch độ II có sự khác biệt ít giữa hai phương pháp điều trị trong khi ở nhóm gãy di lệch độ III có sự khác biệt rõ rệt (nhóm bảo tồn há miệng nhỏ hơn nhiều so với nhóm phẫu thuật). Tỷ lệ bệnh nhân có đường há miệng thẳng tốt nhất ở nhóm gãy di lệch độ I được điều trị bảo tồn trong khi có sự khác biệt đáng kể giữa hai phương pháp điều trị ở nhóm di lệch độ II và đặc biệt ở nhóm gãy di lệch độ III. Khả năng ăn nhai tốt (mức 3 – theo Gupta) chiếm đa số ở nhóm gãy di lệch độ I (73,3%), ở nhóm gãy di lệch độ II và độ III những trường hợp được phẫu thuật có mức ăn nhai tốt hơn đáng kể so với các bệnh nhân được điều trị bảo tồn (toàn bộ bệnh nhân di lệch độ III điều trị bảo tồn chỉ ăn nhai được mức khá – mức 2).

Nghiên cứu có 8 trường hợp phẫu thuật (chiếm 30,8% số ca phẫu thuật) có tình trạng tổn thương thần kinh tại thời điểm ra viện, tình trạng này cải thiện tốt khi thời điểm tái khám sau 6 tháng chỉ còn ghi nhận 2 bệnh nhân (chiếm 7,7%).

Bảng 2: Tổng quát quá trình điều trị theo vị trí đường gãy

Vị trí đường gãy	Điều trị	Kết quả			Tổng
		Tốt	Đạt	Không đạt	
Cổ LC cao	Bảo tồn	6 (46,2)	7 (53,8)	0 (0,0)	13 (100,0)
	Phẫu thuật	3 (37,4)	5 (62,6)	0 (0,0)	8 (100,0)
Cổ LC thấp	Bảo tồn	5 (55,6)	4 (44,4)	0 (0,0)	9 (100,0)
	Phẫu thuật	6 (42,9)	7 (50,0)	1 (7,1)	14 (100,0)
Dưới LC	Bảo tồn	13 (76,5)	4 (23,5)	0 (0,0)	17 (100,0)
	Phẫu thuật	33 (54,1)	33 (54,1)	27 (44,3)	1 (1,6)
Tổng		33 (54,1)	33 (54,1)	27 (44,3)	1 (1,6)

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân gãy cổ LC cao được chỉ định điều trị bảo tồn với tỷ lệ có kết quả tốt tương đương kết quả đạt. Nhóm bệnh nhân gãy cổ LC thấp điều trị bảo tồn có kết quả đạt nhiều hơn kết quả tốt, những trường hợp điều trị phẫu thuật có tỷ lệ kết quả tốt và đạt tương đương nhau. Nhóm bệnh nhân gãy dưới LC được điều trị phẫu thuật có kết quả tốt nhiều hơn đáng kể nhóm được điều trị bảo tồn, ghi nhận 1 trường hợp (7,1%) điều trị bảo tồn có kết quả không đạt.

Bảng 3: Tổng quát quá trình điều trị theo vị trí mức độ di lệch

Mức độ di lệch	Điều trị	Kết quả			Tổng
		Tốt	Đạt	Không	

				đạt	
ĐỘ I	Bảo tồn	8 (53,3)	7 (46,7)	0 (0,0)	15 (100,0)
	Phẫu thuật	7 (41,2)	9 (52,9)	1 (5,9)	17 (100,0)
ĐỘ II	Bảo tồn	2 (40,0)	3 (60,0)	0 (0,0)	5 (100,0)
	Phẫu thuật	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)	3 (100,0)
ĐỘ III	Bảo tồn	16 (76,2)	5 (23,8)	0 (0,0)	21 (100,0)
	Phẫu thuật	33 (54,1)	27 (44,3)	1 (1,6)	61 (100,0)
Tổng					

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân gãy di lệch độ I được điều trị bảo tồn với tỷ lệ kết quả tốt và đạt tương đương nhau. Nhóm bệnh nhân gãy di lệch độ II có sự khác biệt ít giữa hai phương pháp điều trị. Nhóm gãy di lệch độ III có sự khác biệt rõ rệt giữa điều trị bảo tồn (tất cả bệnh nhân có kết quả đạt) và phẫu thuật (phần lớn có kết quả tốt, số ít có kết quả đạt).

IV. BÀN LUẬN

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu là nam giới (chiếm 72,1%), tỷ lệ nam/nữ là 2,6/1; độ tuổi thuộc nhóm tuổi từ 18 – 39 (chiếm 83,6%), nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông, chiếm 85,2%; ngoài ra còn do tai nạn thể thao và bạo lực. Kết quả này tương đương với các nghiên cứu [2,3]. Đây là nhóm tuổi lao động, thường xuyên tham gia giao thông và các hoạt động thể thao hay bạo lực dẫn đến tỷ lệ chấn thương cao hơn nhóm còn lại (nữ giới và nhóm cao tuổi).

Triệu chứng chính gặp ở nhóm bệnh nhân là đau chói trước tai, há miệng hạn chế và sai lệch khớp cắn kết quả này cũng ghi nhận ở nhiều nghiên cứu khác trong và ngoài nước [2],[5],[9]. Ghi nhận đánh giá đúng triệu chứng này giúp tránh bỏ sót tổn thương trong quá trình điều trị với các thăm dò phù hợp (đặc biệt là chỉ định phim CT Scanner kèm dựng hình 3D hoặc trên lát cắt coronal). Dựa trên phân tích phim CT của bệnh nhân bằng phần mềm PACS cho kết quả tỷ lệ tương đối đồng đều giữa hai vị trí gãy cổ LC và dưới LC, trong nhóm gãy cổ LC, gãy cổ LC thấp gặp nhiều hơn cổ LC cao. Đồng thời những trường hợp gãy cổ LC cao có mức độ di lệch ít, trong khi gãy cổ LC thấp và dưới LC có mức độ di lệch nặng nề hơn. Kết quả đánh giá trên phim CT Scanner trong nghiên cứu này tương đương với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Đức [3] và N. Kocaaslan [5]. Từ đánh giá về vị trí và mức độ di lệch của LC, các bác sĩ cân nhắc phương pháp điều trị phù hợp cho bệnh nhân.

Sau điều trị, bệnh nhân tái khám vào thời

điểm 6 tháng. Nhóm bệnh nhân gãy di lệch độ I tất cả được điều trị bảo tồn cho kết quả đánh giá về khớp cắn, biên độ há miệng tối đa, đường há miệng và khả năng ăn nhai đều từ khá đến tốt (với tỷ lệ tốt chiếm đa số). Nhóm gãy di lệch độ II được chỉ định cả hai phương pháp điều trị với các kết quả về khớp cắn đúng và mức há miệng tối đa tương đương nhau giữa hai phương pháp điều trị không sự khác biệt, tỷ lệ đường há miệng thẳng và mức ăn nhai tốt hơn ở nhóm được phẫu thuật. Nhóm gãy di lệch độ III sự khác biệt rất đáng kể về tình trạng ở cả bốn đánh giá (biểu đồ 1), nhóm được điều trị phẫu thuật tốt hơn nhiều so với nhóm điều trị bảo tồn, khác biệt có ý nghĩa thống kê (đề xuất phương pháp điều trị theo độ di lệch trong bảng 4). Tổn thương thần kinh được ghi nhận là tổn thương tạm thời khi 6/8 trường hợp không còn triệu chứng tại thời điểm 6 tháng.

Bảng 4. Đề xuất lựa chọn phương pháp điều trị gãy cổ LC và dưới LC XHD

Độ di lệch	Độ I	Độ II	Độ III
Phương pháp điều trị	<2mm; <10°	2-15 mm; 10°-35°	>15 mm; >35°
Bảo tồn	+	+/-	-
Phẫu thuật KHX nẹp vít	-	+/-	+

Tổng kết quá trình điều trị thấy đa phần bệnh nhân có kết quả tốt hoặc đạt, chỉ một trường hợp không đạt, và các ca kết quả đạt nằm chủ yếu do những bệnh nhân có mức há miệng tối đa chỉ ở mức trung bình (từ 30mm đến 39mm). Lý giải điều này có thể do mức há miệng tối đa ở người Việt Nam nhìn chung nhỏ hơn mức trung bình của quốc tế (chủ yếu ≥40mm), cần các nghiên cứu sâu hơn để khẳng định.

V. KẾT LUẬN

Chấn thương gãy cổ LC và LC XHD thường gặp ở nam giới, độ tuổi từ 18 – 39, tỷ lệ tương đương nhau giữa các vị trí gãy và mức độ di lệch. Về điều trị, nhóm gãy di lệch độ I điều trị bảo tồn có kết quả tốt, nhóm gãy di lệch độ III được điều trị phẫu thuật kết quả tốt hơn bảo tồn, nhóm gãy di lệch độ II không có khác biệt đáng kể giữa hai phương pháp điều trị.

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 từ 1988 - 1998. Y học Việt Nam. 1999;số 10-11:71-73.
2. **Lê Thị Thu Hải, Nguyễn Đình Thành, Nguyễn Thị Hồng Minh.** Đặc điểm lâm sàng, X-quang và kết quả điều trị bảo tồn gãy lồi cầu xương hàm dưới do chấn thương có sử dụng vít neo chặn.

- Tạp chí Y Dược lâm sàng 108. 2021;16(3):68 - 93.
3. **Nguyễn Quang Đức.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và X-quang gãy lồi cầu xương hàm dưới tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy. 2022;17(8)
 4. **Amir Tabatabaee, Amin Javanbakht, Meysam Mohammadi Khah, Mehrdad Shahsavari-Pour, Farnaz Dehabadi.** Comparison of therapeutic results of closed and open repair of mandibular condylar fractures. Int J Burn Trauma 2021;11(5):385-390.
 5. **Nihal Durmus Kocaaslan, Beyza Karadede Ünal, Melekber Çavuş Özkan, Berşan Karadede, Özhan Çelebiler.** Comparison of different treatment techniques in the mandibular condyle fracture. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. Jan, 2022;28(1):99-106.
 6. **Neff A, Cornelius CP, Rasse M, et al.** The comprehensive AOCMF classification system: condylar process fractures: level 3 tutorial. Craniomaxillofac Trauma Reconstr. 2014;7(1):44-58.
 7. **Bhagol A, Singh V, Kumar I, Verma A.** Prospective evaluation of a new classification system for the management of mandibular sub-condylar fractures. J Oral Maxillofac Surg 2011;69:1159-1165.
 8. **Gupta K, Kohli A, Katiyar A, Singh G, Sakar B.** Paediatric Condylar Fracture. Rama Univ J Dent Sci. 2015;2(4):23-26.
 9. **Vũ Trung Trực, Lê Trung Kiên, Nguyễn Tấn Văn** (2024). Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn gãy lồi cầu xương hàm dưới. Y học Việt Nam, 540:7 (1), tr 12-15. <https://doi.org/10.51298/vmj.v540i1.10219>

KẾT QUẢ SẢN KHOA TRONG XỬ TRÍ RAU CÀI RĂNG LƯỢC TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Trương Quang Vinh^{1,2}, Lê Văn Đạt^{1,2},
Trương Minh Phương², Đinh Huy Cường²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả sản khoa trong xử trí rau cài răng lược tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 93 sản phụ được chẩn đoán và xử trí RCRL tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 01/01/2020 đến hết 30/04/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ biến chứng đối với mẹ là 20,4% trong đó rách bàng quang chiếm 14,0%, nhiễm khuẩn sau sinh chiếm 4,35, tổn thương niệu đạo chiếm 2,1%. Tuổi thai khi sinh trung bình $36,7 \pm 2,2$ tuần, cân nặng trẻ khi sinh là $2602,2 \pm 455,1$ gr, không có trường hợp nào tử vong sơ sinh. **Kết luận:** Tỷ lệ biến chứng đối với mẹ là 20,4% trong đó rách bàng quang là biến chứng hay gặp nhất chiếm 14,0%. Tuổi thai khi sinh trung bình $36,7 \pm 2,2$ tuần. Cân nặng trẻ khi sinh là $2602,2 \pm 455,1$ gr. Không có trường hợp nào tử vong sơ sinh. **Từ khóa:** rau cài răng lược, tổn thương bàng quang, tử vong sơ sinh.

SUMMARY

OBSTETRICS OUTCOMES THE TREATMENT OF PLACENTA ACCRETA AT HA NOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objectives: This study seeks to evaluate treatment outcomes of placenta accreta at Ha Noi obstetrics and gynecology hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study on 93

pregnant women diagnosed and treated with placenta accreta at Hanoi Hospital from January 1, 2020 to April 30, 2022. **Results:** The rate of complications for mothers is 20.4%, of which bladder tears account for 14.0%, postpartum infections account for 4.35, and urethral injuries account for 2.1%. The average gestational age at birth was 36.7 ± 2.2 weeks. The baby's weight at birth was 2602.2 ± 455.1 grams. There were no cases of neonatal death. **Conclusions:** The rate of complications for the mother is 20.4%, of which bladder tears are the most common complication, accounting for 14.0%. The average gestational age at birth was 36.7 ± 2.2 weeks. The baby's weight at birth was 2602.2 ± 455.1 grams. There were no cases of neonatal death. **Keywords:** placenta accreta, bladder injury, neonatal death

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rau cài răng lược (RCRL) là bệnh lý do các gai rau bám bất thường đến lớp cơ tử cung hoặc đâm xuyên qua thành tử cung tới lớp thanh mạc, có thể lan đến cơ quan xung quanh như bàng quang, trực tràng,... RCRL là biến chứng hiếm gặp, tuy nhiên trong những năm gần đây số sản phụ mắc bệnh lý này ngày càng gia tăng. Tại Hoa Kỳ, giai đoạn 1996 - 2002 tỷ lệ này là 0,08% đến giai đoạn 2015 - 2017 là 0,29% [1]. Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 2007 - 2011 tỷ lệ RCRL quan sát trên tổng số ca đẻ là 0,1%, năm 2015 là 0,29% và đến năm 2017 là 0,39% [2][3][4].

RCRL thường xảy ra ở phụ nữ mang thai có các yếu tố nguy cơ như đẻ nhiều lần, nạo hút thai nhiều lần, tiền sử viêm niêm mạc tử cung, đặc biệt hay gặp ở những bệnh nhân có tiền sử mổ lấy thai với hình thái RCRL đâm xuyên qua cơ

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Đạt

Email: lvdat.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 8.4.2025

Ngày duyệt bài: 12.5.2025