

# PHÂN LOẠI VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG BẰNG NẸP VÍT NHỎ Ở BỆNH NHÂN GÂY XƯƠNG HÀM DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BẠC LIÊU

Lê Duy Tân<sup>1,2</sup>, Lê Nguyên Lâm<sup>1</sup>, Nguyễn Thanh Hòa<sup>3</sup>, Mã Vạn Phúc<sup>2</sup>, Lê Tuấn Anh<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Gãy xương hàm dưới là chấn thương hàm mặt thường gặp, chủ yếu do tai nạn giao thông, cần điều trị đảm bảo cả chức năng và thẩm mỹ. Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ hiện được ứng dụng phổ biến nhờ khả năng cố định vững chắc và hiệu quả phục hồi tốt. **Mục tiêu:** Nghiên cứu hiện tại nhằm mô tả đặc điểm phân loại và kết quả điều trị gãy xương hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành khảo sát 40 bệnh nhân được chẩn đoán gãy xương hàm dưới và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu từ tháng 3 năm 2024 đến tháng 3 năm 2025. **Kết quả:** Tổng cộng 40 trường hợp gãy xương hàm dưới, tuổi trung bình là  $31,6 \pm 14,9$  và nam giới chiếm ưu thế (70,0%). Gãy đơn giản tại một vị trí chiếm tỷ lệ cao nhất (57,5%), phổ biến nhất là vùng cằm (35,0%), trong khi các dạng gãy phức tạp thường gặp là phối hợp cằm - góc hàm (17,5%). Sau điều trị, tình trạng nhiễm khuẩn và sai khớp cắn được kiểm soát hoàn toàn (95,0-100%), độ há miệng cải thiện rõ (từ 45,0% lên 95,0%,  $p < 0,001$ ) sau 12 tuần. Tỷ lệ kết quả điều trị chung đạt mức "tốt" là 95,0%, trong đó đánh giá tốt về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ đạt lần lượt 97,5%, 95,0% và 95,0%. Nhóm gãy đơn giản có xu hướng kết quả tốt hơn, mặc dù khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị gãy xương hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ chứng tỏ hiệu quả cao, áp dụng hiệu quả trong thực hành lâm sàng. Phương pháp này an toàn, ít biến chứng, tỷ lệ phục hồi tốt trên cả ba phương diện giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ, đặc biệt ở nhóm gãy đơn giản.

**Từ khóa:** Gãy xương hàm dưới, phân loại, kết quả phẫu thuật, nẹp vít nhỏ.

## SUMMARY

### CLASSIFICATION AND SURGICAL OUTCOMES OF MINIPLATE FIXATION IN PATIENTS WITH MANDIBULAR FRACTURES AT BAC LIEU GENERAL HOSPITAL

**Background:** Mandibular fractures are among the most common maxillofacial injuries, primarily

caused by traffic accidents, and require treatment approaches that ensure both functional restoration and aesthetic outcomes. Surgical Fixation of Mandibular Fractures Using Mini Plates has been widely applied due to its stable fixation and favorable recovery outcomes. **Objective:** This study aimed to describe the classification patterns and treatment outcomes of mandibular fractures treated with miniplate fixation. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 40 patients diagnosed with mandibular fractures and treated at Bac Lieu General Hospital from March 2024 to March 2025. **Results:** A total of 40 patients were enrolled, with a mean age of  $31.6 \pm 14.9$  years, and a predominance of male patients (70.0%). Simple fractures at a single site accounted for the majority (57.5%), most commonly located in the symphysis region (35.0%). Among complex fractures, the most frequent type was combined symphysis and angle fractures (17.5%). Postoperative outcomes showed complete control of infection and malocclusion (95.0-100%), and significant improvement in maximum mouth opening (from 45.0% to 95.0%,  $p < 0.001$ ) after 12 weeks. Overall, 95.0% of patients achieved a "good" treatment outcome, with favorable anatomical, functional, and aesthetic results reported in 97.5%, 95.0%, and 95.0% of cases, respectively. The simple fracture group tended to have better outcomes, although the difference was not statistically significant. **Conclusion:** Surgical treatment of mandibular fractures using miniplate fixation demonstrates high effectiveness and safety in clinical practice. This method yields excellent outcomes in terms of anatomical restoration, functional recovery, and aesthetics, particularly in patients with simple fractures. **Keywords:** Mandibular fracture, classification, surgical outcomes, miniplate.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương hàm mặt là một cấp cứu ngoại khoa phổ biến, thường nặng và phức tạp do có thể kết hợp nhiều đường gãy, di lệch, tổn thương phần mềm và thần kinh-mạch máu. Gãy xương hàm dưới chiếm tỷ lệ cao nhất trong các chấn thương xương mặt (lên đến 60-70%), chủ yếu ở nam giới, và nguyên nhân hàng đầu là tai nạn giao thông [1],[9],[10]. Xương hàm dưới là xương lớn nhất và duy nhất có khả năng cử động trong khối xương mặt, đóng vai trò quan trọng trong cấu trúc 1/3 dưới khuôn mặt, chức năng ăn nhai và biểu cảm. Do đặc điểm uốn cong và tồn tại nhiều điểm yếu như vùng cằm, góc hàm và cổ lồi cầu, xương hàm dưới dễ bị

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu

<sup>3</sup>Bệnh viện Mắt - Răng Hàm Mặt Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Lâm

Email: lenguyenlam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2025

Ngày duyệt bài: 15.9.2025

gãy khi chấn thương. Điều trị gãy xương hàm dưới không chỉ đòi hỏi phục hồi chức năng mà còn phải đảm bảo yếu tố thẩm mỹ. Lựa chọn phương pháp và vật liệu kết hợp xương phù hợp có vai trò quyết định đến kết quả điều trị. Từ lâu nẹp vít nhỏ được sử dụng và ngày càng phổ biến trong phẫu thuật kết hợp xương hàm dưới nhờ khả năng cố định vững chắc, giúp liền xương nhanh, hạn chế di lệch thứ phát và rút ngắn thời gian cố định hàm [8]. Nhằm cung cấp thêm bằng chứng thực tiễn trong việc ứng dụng kỹ thuật này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Phân loại và kết quả phẫu thuật điều trị gãy xương hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu".

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân được chẩn đoán gãy xương hàm dưới và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu từ tháng 3 năm 2024 đến tháng 3 năm 2025.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định gãy xương hàm dưới bằng hình ảnh X-quang và được điều trị nội trú có chỉ định phẫu thuật kết hợp xương:

- + Gãy xương hàm dưới vùng cằm, vùng cạnh ngang, vùng góc hàm.
- + Gãy xương hàm dưới một hoặc nhiều vị trí ở vùng cằm, thân xương và góc hàm.
- + Gãy xương hàm dưới di lệch ít nhưng điều trị bằng phương pháp nắn chỉnh không thành công nên phải phẫu thuật.
- + Gãy xương hàm dưới di lệch ít có thể điều trị bằng phương pháp nắn chỉnh nhưng bệnh nhân không muốn cố định hàm.

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

Bệnh nhân gãy xương hàm dưới kèm gãy xương hàm trên ảnh hưởng đến khớp cắn.

Bệnh nhân có các bệnh nội khoa chống chỉ định phẫu thuật (tim mạch, huyết áp, tiểu đường, viêm phổi,...).

Bệnh nhân có chống chỉ định gây mê đường mũi (viêm mũi xoang cấp, bất thường ở mũi,...).

Bệnh nhân không có đầy đủ thông tin nghiên cứu hoặc chủ động ngưng tham gia nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu được theo công thức ước lượng 1 tỷ lệ:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

Z là trị số phân phối chuẩn, α là mức sai lầm

loại 1, chọn α = 0,05 →  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ .

p là tỷ lệ kết quả điều trị phẫu thuật XHD bằng nẹp vít nhỏ, theo nghiên cứu của Trần Minh Triết và Trương Nhựt Khuê (2018) thì tỷ lệ đạt kết quả thành công nói chung (khá-rất tốt) là khoảng 96,0% → p = 0,96 [4].

d là độ sai số cho phép, chọn d = 0,07.

Từ công thức trên, cỡ mẫu tối thiểu ước tính được là n = 31 bệnh nhân. Thực tế, nghiên cứu đã tuyển chọn được 40 bệnh nhân tham gia trong thời gian nghiên cứu.

**Nội dung nghiên cứu:**

Đặc điểm chung: Tuổi (16-18, 18-39, 40-59, ≥60, trung bình ± độ lệch chuẩn), giới tính (nam, nữ).

Đặc điểm gãy xương:

- Phân loại mức độ gãy: Gãy đơn giản (1 đường gãy), gãy phức tạp (≥ 2 đường gãy),
- Vị trí đường gãy: Gãy đơn giản (cằm, cạnh ngang, góc hàm), gãy phức tạp (cằm nhiều đường, cằm + cạnh ngang, cằm + góc hàm, cằm + cạnh ngang + góc hàm).

Kết quả điều trị gãy xương hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ: Đánh giá kết quả điều trị tại các thời điểm nằm viện sau phẫu thuật, sau phẫu thuật 4 tuần và sau phẫu thuật 12 tuần:

- Nhiễm trùng vết mổ: Mức độ ít (viêm đỏ đường chân chỉ khâu, điều trị nội khoa và chăm sóc vết thương ngoại trú), mức độ vừa (tình trạng viêm nhiễm có hình thành mủ, bọt chỉ cần tiểu phẫu rạch dẫn lưu kết hợp kháng sinh), mức độ nặng (tình trạng viêm nhiễm có mủ nhiều, bọt mủ vết thương và lộ nẹp cần phẫu thuật, kháng sinh toàn thân).

- Tình trạng khớp cắn: Đúng (các răng tiếp xúc đều ở vị trí lồng múi tối đa), sai ít (các răng tiếp xúc không đều ở vị trí lồng múi tối đa, có ít nhất 3 điểm chạm khi bệnh nhân cắn lại), sai nhiều (chỉ 1 hoặc vài cặp răng tiếp xúc ở lồng múi tối đa).

- Độ há miệng tối đa: Tốt (độ há miệng > 4 cm), khá (độ há miệng 2-4 cm), kém (độ há miệng < 2 cm).

- Rối loạn cảm giác: Không (cảm giác da vùng hàm dưới bình thường), có (da vùng hàm dưới dị cảm hơn so với bên đối diện).

- Đánh giá kết quả điều trị chung (sau 12 tuần): Đánh giá trên 3 phương diện gồm giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ. Tiêu chuẩn chi tiết được trình bày trong bảng 1.

**Bảng 1. Tiêu chuẩn đánh giá sau điều trị**

Kết quả	Giải phẫu	Chức năng	Thẩm mỹ
Tốt	Xương liền tốt,	Ăn nhai, nói,	Mặt cân

	không biến dạng, không di lệch, khớp cắn đúng	nuốt bình thường, há miệng 4 cm	xứng, seo mờ, đẹp
Khá	Xương liền, biến dạng, di lệch ít lại, khớp cắn sai ít	Ăn nhai được, há miệng 3 cm	Mặt biến dạng ít, seo rõ có thể sửa
Kém	Xương liền kém hay không liền, biến dạng, khớp cắn sai nhiều	Ăn nhai khó hay không ăn được, há miệng 1 cm	Mặt biến dạng rõ, phẫu thuật lại

Kết quả điều trị chung:  
Tốt: khi cả 3 tiêu chí giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ đều tốt.

Khá: khi có ít nhất 1 tiêu chí khá.

Kém: khi có ít nhất 1 tiêu chí kém.

**Phân tích dữ liệu:** Số liệu được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 27.0. Các biến định tính được mô tả dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm, trong khi các biến định lượng được trình bày dưới dạng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn (mean ± SD). Fisher's Exact Test được sử dụng để kiểm định mối liên quan giữa các biến định tính. Friedman Test được sử dụng để đánh giá sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của các biến số giữa các thời điểm đánh giá. Mức ý nghĩa thống kê được thiết lập tại  $p < 0,05$ . Các kết quả phân tích được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ minh họa.

**2.3. Đạo đức trong nghiên cứu.** Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Cần Thơ (số 24.378.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 28 tháng 6 năm 2024) và hoàn toàn tuân thủ các tiêu chí về đạo đức trong nghiên cứu y học.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hiện tại tuyển chọn được 40 bệnh nhân gãy xương hàm dưới được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu trong thời gian từ tháng 3 năm 2024 đến tháng 3 năm 2025.

**Bảng 2. Đặc điểm chung của bệnh nhân**

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Tuổi	16-18	7	17,5
	19-39	22	55,0
	40-59	10	25,0
	≥ 60	1	2,5
	TB ± DLC	31,6 ± 14,9	
Giới tính	Nam	28	70,0
	Nữ	12	30,0

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là  $31,6 \pm 14,9$ , trong đó nhóm tuổi 19-39 chiếm đa số với 55,0%. Phần lớn bệnh nhân là nam giới, chiếm 70%.



**Biểu đồ 1. Phân loại mức độ gãy**

**Nhận xét:** Trong 40 trường hợp gãy xương hàm dưới, đa số là gãy đơn giản tại 1 vị trí (57,5%), các trường hợp còn lại là gãy phức tạp.

**Bảng 3. Đặc điểm vị trí đường gãy**

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Gãy đơn giản	Cằm	14	35,0
	Cành ngang	9	22,5
	Tổng	23	57,5
Gãy phức tạp	Cằm nhiều đường	5	12,5
	Cằm + cành ngang	4	10,0
	Cằm + góc hàm	7	17,5
	Cằm + cành ngang + góc hàm	1	2,5
	Tổng	17	42,5

**Nhận xét:** Ở các trường hợp gãy đơn giản, tập trung chủ yếu ở vị trí cằm (35,0%), tiếp theo là cành ngang (22,5%). Ở các trường hợp gãy phức tạp, phổ biến nhất là gãy phối hợp cằm + góc hàm (17,5%), kể đến là cằm nhiều đường (12,5%) và cằm + cành ngang (10,0%). Tỷ lệ gãy ở ba vị trí phối hợp (cằm + cành ngang + góc hàm) thấp, chỉ chiếm 2,5%.

**Bảng 4. Kết quả điều trị trong thời gian nằm viện, sau 4 tuần và 12 tuần ra viện**

Đặc điểm	Nội viện	Sau 4 tuần	Sau 12 tuần	P
<b>Tình trạng nhiễm khuẩn</b>				
Không nhiễm khuẩn	38(95,0)	37(92,5)	40(100)	0,222
Nhiễm khuẩn ít	2(5,0)	3(7,5)	0(0)	
<b>Tình trạng khớp cắn</b>				
Đúng	38(95,0)	38(95,0)	40(100)	1
Sai ít	2(5,0)	2(5,0)	0(0)	
<b>Độ há miệng tối đa hàm dưới</b>				
Tốt	18(45,0)	35(87,5)	38(95,0)	<0,001
Khá	20(50,0)	4(10,0)	2(5,0)	
Kém	2(5,0)	1(2,5)	0(0)	

*Friedman Test*

**Nhận xét:** Sau điều trị, tình trạng nhiễm khuẩn và khớp cắn được kiểm soát hiệu quả, từ 95,0% lúc nằm viện đến đạt 100% sau 12 tuần, không có sự khác biệt thống kê giữa các thời điểm ( $p > 0,05$ ). Độ há miệng tối đa cải thiện rõ rệt theo thời gian, mức tốt tăng từ 45,0% lúc nằm viện lên đến 95,0% sau 12 tuần, sự cải thiện có ý nghĩa thống kê cao ( $p < 0,001$ ).

**Bảng 5. Kết quả điều trị tổng thể sau 12 tuần**

Kết quả điều trị tổng thể		Chung	Gãy đơn giản	Gãy phức tạp	P
Giải phẫu	Tốt	39(97,5)	23(100)	16(94,1)	0,425
	Khá	1(2,5)	0(0)	1(5,9)	
Chức năng	Tốt	38(95,0)	23(100)	15(88,2)	0,069
	Khá	2(5,0)	0(0)	2(11,8)	
Thẩm mỹ	Tốt	38(95,0)	23(100)	15(88,2)	0,174
	Khá	2(5,0)	0(0)	2(11,8)	
Kết quả chung	Tốt	38(95,0)	23(100)	15(88,2)	0,174
	Khá	2(5,0)	0(0)	2(11,8)	

*Fisher's Exact Test*

**Nhận xét:** Sau 12 tuần, 95,0% bệnh nhân đạt kết quả điều trị chung ở mức "tốt" trên cả ba phương diện gồm giải phẫu (97,5%), chức năng (95,0%) và thẩm mỹ (95,0%). Mặc dù không có sự khác biệt thống kê giữa nhóm gãy đơn giản và phức tạp ở các tiêu chí đánh giá ( $p > 0,05$ ), nhưng nhóm gãy đơn giản có xu hướng tỷ lệ kết quả "tốt" cao hơn.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu hiện tại, chúng tôi đã phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ cho 40 bệnh nhân gãy xương hàm dưới do chấn thương, kết quả cho thấy hiệu quả cao của phương pháp phẫu thuật này trong thực hành lâm sàng. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là  $31,6 \pm 14,9$  tuổi, đa phần ở người trẻ 16-39 tuổi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Tô Sĩ chiến ( $31,9 \pm 10,1$ ) [1], Trương Việt Hưng ( $29,3 \pm 8,4$ ) [3], Trần Minh Triết ( $28,96 \pm 9,45$ ) [4]. Đây là nhóm tuổi chính tham gia các hoạt động xã hội, lao động cũng như tham gia các hoạt động giao thông. Về giới tính, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nam giới chiếm đa số (70,0%), cao hơn nữ giới 2,3 lần. Nghiên cứu của Tô Sĩ chiến (84,6%) [1], Trần Kiều Hoa (80,6%) [2], Trần Minh Triết (91,1%) [4] cũng đưa ra các phát hiện tương tự. 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. Về đặc điểm kiểu gãy XHD, nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ kiểu gãy đơn giản cao hơn so với gãy phức tạp (57,5% và 42,5%), chủ yếu ở vùng cằm. Vùng cằm là nơi dễ bị chấn thương nhất và ngay cả các trường hợp gãy phức tạp luôn có kèm theo tổn thương vùng cằm. Những kết quả này tương đồng với các nghiên cứu báo cáo trước đây [2],[3],[4]. Rõ ràng, vùng cằm là phần lồi ra phía trước rõ nhất của xương hàm dưới, do đó dễ bị tổn thương khi có lực tác động trực diện. Đồng thời,

sau khi va chạm, lực truyền sẽ lan tỏa đều sang hai bên và các vị trí xương bị gãy khác phụ thuộc vào bên nào có cấu trúc giải phẫu yếu hơn.

Về phẫu thuật gãy xương hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ, kết quả điều trị trong suốt quá trình theo dõi cho thấy xu hướng cải thiện rõ rệt về tình trạng nhiễm khuẩn, khớp cắn, độ há miệng và cảm giác sau phẫu thuật. Kết quả này cho thấy phẫu thuật nẹp vít nhỏ là phương pháp an toàn, ít biến chứng nhiễm trùng sau mổ. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đó của Trương Việt Hưng (2021) [3], Trần Minh Triết (2018) [4] và Al-Moraissi (2014) [6], cho thấy phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ có nguy cơ nhiễm khuẩn thấp nếu tuân thủ đúng kỹ thuật vô khuẩn và chỉ định hợp lý. Tình trạng khớp cắn được phục hồi tốt, tất cả bệnh nhân đạt khớp cắn đúng sau 12 tuần, phản ánh hiệu quả nắn chỉnh và cố định xương trong phẫu thuật. Độ há miệng cải thiện rõ rệt ( $p < 0,001$ ), cho thấy khả năng phục hồi chức năng vận động hàm là rất khả quan, đồng thời khẳng định lợi ích chức năng của phương pháp điều trị này. Đánh giá tổng thể sau 12 tuần cho thấy đa số bệnh nhân có kết quả điều trị tốt trên cả ba khía cạnh giải phẫu (97,5%), chức năng (95,0%) và thẩm mỹ (95,0%). Khi so sánh giữa nhóm gãy đơn giản và gãy phức tạp, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả điều trị, mặc dù nhóm gãy đơn giản đạt tỷ lệ kết quả tốt cao hơn. Điều này gợi ý rằng phẫu thuật nẹp vít nhỏ vẫn đảm bảo hiệu quả điều trị ngay cả với các trường hợp gãy phức tạp, nếu được thực hiện đúng chỉ định và kỹ thuật. So với các nghiên cứu trước đây như nghiên cứu của Thossakun Yomthasombath (2024) [5], Trương Việt Hưng (2021) [3], Trần Minh Triết (2018) [4] và Chrcanovic (2013) [7], tỷ lệ kết quả tốt về cả giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ của chúng tôi là tương đương hoặc cao hơn. Tóm lại, phẫu thuật điều trị gãy xương hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu cho thấy hiệu quả cao về phục hồi chức năng, hình thái và thẩm mỹ, với tỷ lệ biến chứng thấp, chứng minh đây là một phương pháp điều trị phù hợp và an toàn trong thực hành lâm sàng.

#### V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị gãy xương hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu cho thấy hiệu quả cao, đặc biệt ở nhóm gãy đơn giản. Sau thời gian theo dõi, đa số bệnh nhân đạt kết quả tốt về kết quả chung và cả 3 phương diện giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ, với tỷ lệ biến chứng thấp và lâm sàng cải thiện rõ rệt.

Phương pháp này cho thấy độ an toàn và hiệu quả lâm sàng ổn định trong điều trị gãy xương hàm dưới.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Tô Sĩ Chiến, Nguyễn Hoàng Nam, Nguyễn Đức Minh, Lương Ngọc Diễm Hằng, Trần Thị Thuý Hằng.** Đặc điểm lâm sàng, X-quang và kết quả phẫu thuật điều trị gãy xương hàm dưới vùng cằm bằng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;540(3):175-179.
- Trần Kiều Hoa, Lâm Nhựt Tân, Tô Tuấn Dân, Trần Minh Triết, Trần Linh Nam, Bùi Trần Hoàng Huy.** Đặc điểm gãy xương hàm dưới ở một số bệnh nhân tại thành phố Cần Thơ, năm 2023-2024. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;539(1B):70-74.
- Trương Việt Hưng, Phạm Văn Linh, Lê Nguyễn Lâm.** Đặc điểm lâm sàng, X quang và kết quả phẫu thuật điều trị gãy thân xương hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long, năm 2020-2021. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2021;41:1-8.
- Trần Minh Triết, Trương Nhựt Khuê.** Đánh giá kết quả gãy phức tạp xương hàm dưới vùng cằm bằng nẹp vít nhỏ tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2018;16:1-6.
- Thossakun Yomthasombath, Lê Ngọc Tuyền, Đặng Triệu Hùng, Nguyễn Đức Hoàng, Bùi Trung Kiên.** Kết quả phẫu thuật kết hợp xương gãy cành ngang hàm dưới bằng nẹp vít tại bệnh viện răng hàm mặt trung ương Hà Nội năm 2022-2023. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;534(1):117-120.
- Al-Moraissi EA, Ellis E 3rd.** Surgical treatment of adult mandibular condylar fractures provides better outcomes than closed treatment: a systematic review and meta-analysis. J Oral Maxillofac Surg. 2015;73(3):482-493.
- Chrcanovic BR.** Open versus closed reduction: comminuted mandibular fractures. Oral Maxillofac Surg. 2013;17(2):95-104.
- Ergun S, Ofluoglu D, Saruhanoglu A, et al.** Comparative evaluation of various miniplate systems for the repair of mandibular corpus fractures. Dent Mater J. 2014;33(3):368-372.
- Naeem A, Gemal H, Reed D.** Imaging in traumatic mandibular fractures. Quant Imaging Med Surg. 2017 Aug;7(4):469-479.
- Samieirad S, Aboutorabzade MR, Tohidi E, et al.** Maxillofacial fracture epidemiology and treatment plans in the Northeast of Iran: A retrospective study. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2017;22(5):616-624.

## ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG DO MYCOPLASMA PNEUMONIAE TẠI KHOA NHI, TRUNG TÂM Y TẾ THANH THỦY NĂM 2023 – 2024

Hoàng Thị Mỹ Lệ<sup>1</sup>, Nguyễn Trung Đức<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Tuấn<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm phổi cộng đồng và đánh giá kết quả điều trị bệnh viêm phổi cộng đồng do Mycoplasma pneumoniae tại Khoa Nhi, Trung tâm Y tế huyện Thanh Thủy năm 2023 - 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu và hồi cứu trên 194 bệnh nhi từ sơ sinh đến 5 tuổi, được chẩn đoán Viêm phổi cộng đồng do Mycoplasma pneumoniae từ tháng 7 năm 2023 đến tháng 6 năm 2024. Các đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị dựa trên hồ sơ bệnh án. **Kết quả:** Nhóm tuổi hay mắc bệnh từ 24 tháng đến 5 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 1/1, sự phân bố tỷ lệ mắc theo nhóm tuổi không có sự khác biệt giữa 2 giới. Bệnh xảy ra quanh năm, thời điểm nhập viện đạt đỉnh vào tháng 10 (17%). Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là: ho (100%), viêm long đường hô hấp trên (88,7%), sốt (53,6%), nghe phổi có ran ẩm

(100%), ran rít (50%). Triệu chứng thực thể ngoài phổi hay gặp là triệu chứng tiêu hóa (58,8%), bệnh thường ở thể nhẹ. Xét nghiệm: Đa số bạch cầu ngoại vi trong giới hạn bình thường, CRP huyết thanh tăng. Phim quang chủ yếu gặp tổn thương dày thành phế quản 2 bên, tổn thương quanh rốn phổi và tổn thương đồng đặc 1 thùy phổi. Macclorid và quinolon là 2 kháng sinh phổ biến được dùng trong điều trị. Tỷ lệ khỏi bệnh cao, không có trường hợp tử vong. Thời gian điều trị nội trú trung bình ở các bệnh nhi đã dùng thuốc ở nhà  $6 \pm 1,4$  ngày và chưa dùng thuốc ở nhà là  $5 \pm 5,7$  ngày. **Kết luận:** Bệnh có thể gặp ở mọi trẻ vào bất kỳ tháng nào trong năm, viêm phổi cộng đồng do Mycoplasma Pneumoniae có xu hướng trẻ hóa. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là ho và sốt. Triệu chứng thực thể hay gặp nghe thấy ran ẩm ở phổi. Về xét nghiệm đa số bạch cầu trong máu ngoại vi trong giới hạn bình thường, CRP máu tăng. Macclorid và quinolon là 2 kháng sinh phổ biến được dùng trong điều trị. Tỷ lệ khỏi bệnh cao, không ghi nhận trường hợp nào tử vong. **Từ khóa:** Viêm phổi cộng đồng, Mycoplasma Pneumoniae, trẻ em.

<sup>1</sup>Trung tâm Y tế huyện Thanh Thủy, tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Mỹ Lệ

Email: hoangthimyle1993@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.8.2025

Ngày duyệt bài: 17.9.2025

#### SUMMARY

#### EPIDEMIOLOGICAL, CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF COMMUNITY