

kỹ thuật siêu âm thường quy và có mối tương quan chặt chẽ với kích thước ĐMP trên CLVT. Kết quả cho thấy phương pháp này có thể hỗ trợ đánh giá ALĐMP chính xác hơn ở người bệnh COPD, góp phần cải thiện phân loại chẩn đoán, điều trị và quản lý BN COPD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Celli B, Fabbri L, Criner G, et al (2022). Definition and Nomenclature of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Time for Its Revision. *Am J Respir Crit Care Med*;206(11):1317–1325. doi:10.1164/rccm.202204-0671PP
2. Seyyedi SR, Mozafari M, Sharif-Kashani B, et al (2022). Correlation of Echocardiographic and Right Heart Catheterization Estimations of Pulmonary Artery Systolic Pressure. *Tanaffos*;21(1):78–84.
3. Ussavarungsi K, Joseph P, Taylor A, et al (2014). The significance of pulmonary artery si ze in pulmonary hypertension. *Diseases*;2(3):243–259.
4. Mukherjee M, Jankowich M, Galie N, et al (2025).

Guidelines for the echocardiographic assessment of the right heart in adults and special considerations in pulmonary hypertension: recommendations from the American Society of Echocardiography. *J Am Soc Echocardiogr*;38(3):141–186.

5. Nguyễn Anh Vũ. *Siêu âm tim cập nhật chẩn đoán* 2022. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2022.
6. DesJardin JT, Svetlichnaya Y, Kolaitis NA, et al (2023). Echocardiographic estimation of pulmonary vascular resistance in advanced lung disease. *Pulm Circ*;13(1):e12183. doi:10.1002/pul2.12183.
7. Karnati S, Seimetz M, Kleefeldt F, et al (2021). Chronic Obstructive Pulmonary Disease and the Cardiovascular System: Vascular Repair and Regeneration as a Therapeutic Target. *Front Cardiovasc Med*;8:649512. doi:10.3389/fcvm.2021.649512.
8. Swift AJ, Dwivedi K, Johns C, et al (2020). Diagnostic accuracy of CT pulmonary angiography in suspected pulmonary hypertension. *Eur Radiol*. ;30(9):4918–4929. doi:10.1007/s00330-020-06846-1.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT GÂY LỖI CẦU XƯƠNG HÀM DƯỚI HAI BÊN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Ngô Thế Mạnh¹, Trần Thị Thu Quỳnh¹, Phan Hưng Phúc^{1*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm tổn thương và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gây lỗi cầu xương hàm dưới hai bên tại Bệnh viện Quân y 103.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 31 bệnh nhân (62 lỗi cầu) gây lỗi cầu xương hàm dưới hai bên, điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 103. Kết quả đánh giá sau mổ gần và sau 6 tháng dựa trên tiêu chí lâm sàng và X-quang.

Kết quả: Gây chỏm lỗi cầu chiếm 77,4%; di lệch nhiều gặp ở 74,2% lỗi cầu. Phẫu thuật hai bên được chỉ định ở 54,8% bệnh nhân; kết xương nẹp vít titanium và kết xương bằng vít dài là kỹ thuật cổ định chính. Sau phẫu thuật, 95,2% lỗi cầu đạt đúng vị trí trên X-quang. Biến chứng thần kinh VII gặp ở 25,8% bệnh nhân, rò nước bọt 3,2%; không ghi nhận chảy máu hay nhiễm trùng. Sau 6 tháng, kết quả loại tốt đạt 98,4%, loại khá 1,6%, không có loại kém.

Kết luận: Phẫu thuật mở kết hợp xương có hiệu quả cao với 98,4% kết quả tốt sau 6 tháng. Tổn thương thần kinh VII cần được phòng ngừa bằng lựa chọn đường mổ và kỹ thuật bọc lỗ phù hợp.

Từ khóa: gây lỗi cầu xương hàm dưới hai bên, kết hợp xương, kết quả điều trị, thần kinh VII, phẫu thuật hàm mặt.

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y
Chịu trách nhiệm chính: Phan Hưng Phúc
Email: Email: phucterry91@gmail.com
Mã bài: N585

Ngày nhận bài: 2/2/2026

Ngày phản biện khoa học: 1/2/2026

Ngày duyệt bài: 2/4/2026

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF BILATERAL MANDIBULAR CONDYLAR FRACTURES AT MILITARY HOSPITAL 103

Objective: To describe fracture characteristics and evaluate surgical outcomes of bilateral mandibular condylar fractures at Military Hospital 103.

Methods: A prospective, non-controlled descriptive study was conducted on 31 patients (62 condyles) with bilateral mandibular condylar fractures treated surgically at the Department of Maxillofacial Surgery, Military Hospital 103. Outcomes were assessed at early postoperative follow-up and at 6 months based on clinical and radiographic criteria.

Results: Condylar head fractures accounted for 77.4%; high-displacement fractures were found in 74.2% of condyles. Bilateral surgery was indicated in 54.8% of patients; titanium miniplate fixation and lag screw fixation were the primary techniques. Postoperatively, 95.2% of condyles achieved correct anatomical position on radiograph. Facial nerve (VII) injury occurred in 25.8% of patients and salivary fistula in 3.2%; no hemorrhage or infection was recorded. At 6 months, good outcomes were achieved in 98.4%, fair in 1.6%, and no poor results were recorded.

Conclusion: Open reduction and internal fixation is an effective treatment for bilateral mandibular condylar fractures with a high rate of good outcomes at 6 months. Facial nerve injury is a notable complication requiring careful surgical approach selection and meticulous dissection.

Keywords: Bilateral mandibular condylar fractures, internal fixation, surgical outcomes, facial nerve, maxillofacial surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy lồi cầu xương hàm dưới là một trong những tổn thương gãy xương hàm mặt thường gặp, chiếm khoảng 25–35% các trường hợp gãy xương hàm dưới [1]. Trong đó, gãy lồi cầu hai bên xảy ra chủ yếu do lực chấn thương mạnh theo trục dọc qua vùng cằm, điển hình trong tai nạn giao thông và tai nạn lao động, gây tổn thương đồng thời cả hai khớp thái dương hàm và làm phức tạp hóa quá trình phục hồi chức năng nhai, há miệng và khớp cắn [1, 2].

Chỉ định điều trị gãy lồi cầu bảo tồn hay phẫu thuật từ lâu là vấn đề được tranh luận. Tuy nhiên, các bằng chứng ngày càng cho thấy ưu thế của phẫu thuật mở kết hợp xương, đặc biệt đối với các trường hợp di lệch nhiều, trật khớp, gãy hai bên hoặc kèm gãy phức tạp vùng cằm [3, 4]. Phẫu thuật cho phép tái lập chính xác giải phẫu lồi cầu, phục hồi khớp cắn và cho phép vận động hàm sớm, từ đó hạn chế nguy cơ xơ dính khớp và cứng hàm lâu dài [4, 5].

Tại Bệnh viện Quân y 103, phẫu thuật mở kết hợp xương điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới hai bên đã được triển khai thường quy; tuy nhiên chưa có đánh giá hệ thống về đặc điểm tổn thương và kết quả điều trị tại đơn vị. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: Nhận xét đặc điểm tổn thương và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy lồi cầu xương hàm dưới hai bên tại Bệnh viện Quân y 103.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện trên 31 bệnh nhân (62 lồi cầu) được chẩn đoán gãy lồi cầu xương hàm dưới hai bên và điều trị phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật Hàm mặt, Bệnh viện Quân y 103.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn*: người bệnh lần đầu bị gãy lồi cầu xương hàm dưới hai bên; có đủ răng hai hàm để tái lập khớp cắn; đủ điều kiện toàn thân để phẫu thuật dưới gây mê toàn thân; đồng ý tham gia nghiên cứu và tái khám theo hẹn.

- *Tiêu chuẩn loại trừ*: tiền sử rối loạn khớp thái dương hàm; gãy xương bệnh lý; hàm răng sữa hoặc hỗn hợp; bất thường phát triển sọ mặt; hồ sơ hoặc phim chụp không đầy đủ; không theo dõi được kết quả sau điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu mô tả tiền cứu, không đối chứng, theo dõi dọc kết quả điều trị. Cỡ mẫu thuận tiện, bao gồm toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu ($n = 31$ bệnh nhân, 62 lồi cầu). Các biến số theo người bệnh phân tích trên 31 trường hợp; các biến số theo vị trí lồi cầu phân tích trên 62 lồi cầu.

- *Chẩn đoán và phân loại tổn thương*: Tất cả bệnh nhân được khai thác bệnh sử, khám lâm sàng

toàn diện vùng hàm mặt và chụp X-quang hàm toàn cảnh (Panorama), X-quang thẳng nghiêng hàm mặt; chụp cắt lớp vi tính (CT) hàm mặt có dựng hình 3D được thực hiện khi cần làm rõ đặc điểm đường gãy và mức độ di lệch. Vị trí gãy lồi cầu được phân loại theo giải phẫu gồm: gãy chỏm lồi cầu (intracapsular), gãy cổ lồi cầu và gãy dưới lồi cầu [2]. Mức độ di lệch chia thành không di lệch, di lệch ít và di lệch nhiều dựa trên đánh giá phim X-quang và CT.

- *Quy trình phẫu thuật*: Phẫu thuật được thực hiện dưới gây mê nội khí quản qua đường mũi. Đường mổ được lựa chọn tùy theo vị trí tổn thương: đường trước tai (preauricular) đối với gãy chỏm lồi cầu và cổ lồi cầu cao; đường sau hàm (retromandibular) hoặc phối hợp đường trước tai – sau hàm đối với gãy cổ lồi cầu thấp và dưới lồi cầu. Sau khi bộc lộ ổ gãy, nắn chỉnh mảnh gãy về vị trí giải phẫu, kiểm tra và tái lập khớp cắn, sau đó cố định bằng nẹp vít titanium nhỏ (miniplate) và/hoặc vít dài (lag screw). Với trường hợp chỏm lồi cầu gãy vụn không thể kết xương, tiến hành lấy bỏ chỏm và xử lý đầu xương phù hợp. Cố định liên hàm sau phẫu thuật được thực hiện bằng cung Tiguersted, nút Ivy hoặc vít neo tùy từng trường hợp.

- *Đánh giá kết quả*: Kết quả giải phẫu sau mổ gần đánh giá vị trí lồi cầu trên phim X-quang: đúng vị trí, di lệch ít, di lệch nhiều. An toàn phẫu thuật được ghi nhận qua các tai biến và biến chứng (chảy máu, nhiễm trùng, rò nước bọt, tổn thương thần kinh VII). Kết quả chung sau 6 tháng được xếp loại tốt/khá/kém theo bộ tiêu chí của đề cương nghiên cứu, bao gồm: khớp cắn (đúng/lệch), há miệng (≥ 35 mm; 30–34 mm; < 30 mm), tình trạng vết mổ, hình ảnh giải phẫu lồi cầu trên X-quang và chức năng thần kinh VII. Loại tốt khi tất cả tiêu chí đều đạt; loại khá khi có một tiêu chí ở mức trung gian; loại kém khi có tiêu chí không đạt.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 27.0. Các biến định tính trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. Biến định lượng mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị tùy đặc điểm phân bố.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện theo các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, bảo đảm quyền lợi và bảo mật thông tin người bệnh. Người bệnh và/hoặc người nhà được giải thích rõ mục tiêu nghiên cứu và ký cam kết đồng ý tham gia. Chẩn đoán, điều trị và theo dõi tuân theo quy trình chuyên môn thường quy của bệnh viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu gồm 31 bệnh nhân, nam giới chiếm đa số; nhóm tuổi thường gặp nhất là 19–39 tuổi. Tai

nạn giao thông là nguyên nhân chủ yếu. Trước phẫu thuật, 100% bệnh nhân có đau chói/lạo xạo vùng gãy, hạn chế há miệng và sai khớp cắn; 51,6% có vết thương vùng cằm và 41,9% có há lệch hàm.

3.1. Đặc điểm tổn thương

Bảng 1. Đặc điểm tổn thương xương lồi cầu xương hàm dưới ($n = 62$ lồi cầu)

Vị trí đường gãy	Bên trái, n	Bên phải, n	Tổng số, n	Tỷ lệ (%)
Chỏm lồi cầu	24	24	48	77,4
Cổ lồi cầu	3	4	7	11,3
Dưới lồi cầu	4	3	7	11,3
Tổng	31	31	62	100

Gãy chỏm lồi cầu chiếm tỷ lệ cao nhất với 77,4% (48/62 lồi cầu). Gãy cổ lồi cầu và gãy dưới lồi cầu đều chiếm 11,3% (7/62 lồi cầu). Tổn thương phân bố đối xứng giữa hai bên (31 lồi cầu mỗi bên).

Bảng 2. Mức độ di lệch của gãy lồi cầu xương hàm dưới ($n = 62$ lồi cầu)

Mức độ di lệch	Số lượng	Tỷ lệ, %
Không di lệch	2	3,2
Di lệch ít	14	22,6
Di lệch nhiều	46	74,2
Tổng	62	100

Gãy lồi cầu di lệch nhiều chiếm 74,2%; di lệch ít chiếm 22,6%; không di lệch chỉ 3,2%. Tỷ lệ di lệch nhiều cao phản ánh cơ chế chấn thương lực mạnh và là yếu tố chính thúc đẩy chỉ định phẫu thuật.

3.2. Kết quả điều trị phẫu thuật

Bảng 3. Các phương pháp điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới ($n = 31$ bệnh nhân)

Nhóm điều trị	Phương pháp cụ thể	Số lượng	Tỷ lệ, %
Bảo tồn hai bên		2	6,5
Phẫu thuật một bên	Chung	12	38,7
	Kết xương nẹp vít	7	
	Lấy chỏm lồi cầu	4	
	Kết xương vít dài	1	

Nhóm điều trị	Phương pháp cụ thể	Số lượng	Tỷ lệ, %
Phẫu thuật hai bên	Chung	17	54,8
	Kết xương nẹp vít	16	
	Lấy chỏm lồi cầu	8	
	Kết xương vít dài	10	
Tổng		31	100

Bảo tồn hai bên chỉ áp dụng cho 2 trường hợp (6,5%) có di lệch ít và ổn định. Phẫu thuật một bên chiếm 38,7% và phẫu thuật hai bên chiếm 54,8%. Kết xương nẹp vít titanium là kỹ thuật cố định phổ biến nhất; kết xương vít dài được ưu tiên trong các trường hợp gãy dưới lồi cầu phù hợp về hình thái đường gãy. Lấy chỏm lồi cầu được thực hiện khi chỏm gãy vụn không thể kết xương bảo tồn.

Bảng 4. Vị trí lồi cầu sau phẫu thuật trên X-quang ($n = 62$ lồi cầu)

Hình ảnh X-quang sau phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ, %
Đúng vị trí	59	95,2
Di lệch ít	3	4,8
Di lệch nhiều	0	0
Tổng	62	100

Sau phẫu thuật, 59/62 lồi cầu (95,2%) đạt đúng vị trí giải phẫu trên X-quang; 3/62 lồi cầu (4,8%) còn di lệch ít; không có trường hợp di lệch nhiều. Kết quả này phản ánh hiệu quả cao của kỹ thuật nắn chỉnh và cố định trong mổ.

Bảng 5. Tai biến và biến chứng sau phẫu thuật ($n = 31$ bệnh nhân)

Tai biến, biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ, %
Tổn thương thần kinh VII	8	25,8
Rò nước bọt	1	3,2
Chảy máu	0	0
Nhiễm trùng	0	0
Không có tai biến, biến chứng	22	71,0

Không có tai biến, biến chứng gặp ở 22 bệnh nhân (71,0%). Tổn thương thần kinh VII là biến chứng phổ biến nhất với 8 trường hợp (25,8%). Rò nước bọt gặp ở 1 bệnh nhân (3,2%). Không ghi nhận chảy máu hay nhiễm trùng.

Bảng 6. Kết quả phẫu thuật chung sau 6 tháng theo vị trí gãy (n = 62 lồi cầu)

Kết quả	Gãy chỏm lồi cầu (n=48)	Tỷ lệ, %	Gãy cổ lồi cầu (n=7)	Tỷ lệ, %	Gãy dưới lồi cầu (n=7)	Tỷ lệ, %	Chung	%
Tốt	47	97,9	7	100	7	100	61	98,4
Khá	1	2,1	0	0	0	0	1	1,6
Kém	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	48	100	7	100	7	100	62	100

Sau 6 tháng, kết quả loại tốt đạt 98,4% (61/62 lồi cầu); loại khá 1,6% (1/62 lồi cầu); không có loại kém. Toàn bộ các trường hợp gãy cổ lồi cầu và gãy dưới lồi cầu đều đạt kết quả tốt. Ở nhóm gãy chỏm lồi cầu, 47/48 trường hợp đạt tốt (97,9%), 1/48 đạt khá (2,1%).

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm tổn thương, trong nghiên cứu của chúng tôi, gãy chỏm lồi cầu chiếm tỷ lệ vượt trội 77,4%. Tỷ lệ cao này đặc trưng cho cơ chế chấn thương gián tiếp do lực tác động theo trục dọc qua vùng cảm điển hình trong tai nạn giao thông khiến lực truyền lên cả hai khớp thái dương hàm và tập trung ở vùng chỏm là phần mỏng và yếu nhất về mặt cơ học [1, 2]. Loukota và cộng sự (2005) đề xuất phân loại gãy lồi cầu theo vị trí giải phẫu (chỏm, cổ, dưới lồi cầu), được ứng dụng rộng rãi trong lâm sàng và là cơ sở cho chỉ định và lựa chọn kỹ thuật điều trị [2]. Mức độ di lệch nhiều gặp ở 74,2% lồi cầu, phản ánh lực chấn thương lớn và là yếu tố chủ yếu thúc đẩy chỉ định mở kết hợp xương.

Đối với chỉ định và đường mổ, theo Zide và Kent (1983) lần đầu đưa ra các tiêu chí kinh điển cho chỉ định phẫu thuật mở gãy lồi cầu, trong đó nhấn mạnh di lệch nhiều, trật khớp, gãy hai bên và gãy kèm tổn thương phức tạp vùng cảm [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 93,5% bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật (một hoặc hai bên), phù hợp với thực hành hiện đại ưu tiên phẫu thuật mở trong các trường hợp di lệch nhiều và gãy hai bên. Đường trước tai và đường sau hàm là hai lựa chọn chính, được phối hợp tùy theo vị trí và độ cao của đường gãy. Kết xương nẹp vít titanium là kỹ thuật cố định phổ biến nhất trong nghiên cứu, điều này là phù hợp với khuyến cáo sử dụng nẹp vít nhỏ do ưu thế về độ vững chắc sinh học và khả năng cho phép vận động hàm sớm [6, 7].

Kết quả giải phẫu sau phẫu thuật cho thấy tỷ lệ 95,2% lồi cầu đạt đúng vị trí sau mổ phản ánh hiệu quả kỹ thuật cao của quy trình phẫu thuật. Kết quả này tương đồng với các báo cáo quốc tế, trong đó Eckelt và cộng sự (2006) ghi nhận phẫu thuật mở đạt vị trí giải phẫu tốt hơn rõ rệt so với điều trị bảo tồn trong thử nghiệm ngẫu nhiên đa trung tâm [3]. Tác giả Al-Moraissi và Ellis (2015) trong phân tích tổng hợp gồm 48 nghiên cứu cũng khẳng định ưu thế của phẫu thuật mở về kết quả giải phẫu, khớp cắn và há miệng

so với điều trị bảo tồn [4]. Ba trường hợp còn di lệch ít sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi đều thuộc nhóm gãy chỏm lồi cầu nội khớp phức tạp, phản ánh khó khăn trong nắn chỉnh và duy trì vị trí ở loại tổn thương này.

Đối với biến chứng liên quan tới dây thần kinh VII, tổn thương nhánh thần kinh mặt gặp ở 25,8% bệnh nhân, đây là biến chứng đáng quan tâm nhất trong nhóm này. Brucoli và cộng sự (2012) ghi nhận tỷ lệ tổn thương thần kinh VII từ 0–32% tùy theo đường mổ, trong đó đường trước tai có nguy cơ cao hơn đường sau hàm kín đáo hơn [6]. Trong hầu hết các nghiên cứu, tổn thương thần kinh VII sau phẫu thuật lồi cầu mang tính chất tạm thời, phục hồi trong vòng 3–6 tháng nhờ cơ chế neurapraxia [7]. Kinh nghiệm lâm sàng cho thấy việc nhận diện và bảo vệ cẩn thận các nhánh thần kinh VII trong quá trình bóc lộ ổ gãy, đặc biệt khi dùng đường trước tai, là yếu tố then chốt giảm thiểu biến chứng này. Không ghi nhận chảy máu hay nhiễm trùng trong nghiên cứu, cho thấy việc kiểm soát an toàn phẫu thuật đạt yêu cầu. Rò nước bọt ở 1 trường hợp (3,2%) liên quan đến tuyến mang tai, được xử trí bảo tồn và phục hồi hoàn toàn.

Đánh giá kết quả chức năng sau 6 tháng cho thấy tỷ lệ kết quả loại tốt đạt 98,4% sau 6 tháng là kết quả đáng khích lệ, tương đồng với các báo cáo từ các trung tâm phẫu thuật hàm mặt có kinh nghiệm. Singh và cộng sự (2010) báo cáo kết quả phẫu thuật mở gãy dưới lồi cầu vượt trội hơn điều trị bảo tồn về các tiêu chí há miệng, khớp cắn và đau khớp ở 6 tháng [5]. Kết quả tốt ở toàn bộ nhóm gãy cổ và dưới lồi cầu, trong khi nhóm gãy chỏm lồi cầu có 1 trường hợp kết quả khá, phản ánh thực tế khách quan rằng gãy chỏm nội khớp, đặc biệt khi gãy vụn có tiên lượng về phục hồi hình thái học khớp hạn chế hơn so với các vị trí gãy khác [2, 8]. Điều này nhấn mạnh sự cần thiết theo dõi lâu dài và đánh giá chức năng khớp thái dương hàm trong nhóm gãy chỏm lồi cầu.

Nghiên cứu này còn một số hạn chế đó là thiết kế không đối chứng, cỡ mẫu tương đối nhỏ hạn chế

sức mạnh thống kê, thời gian theo dõi 6 tháng chưa đủ dài để đánh giá đầy đủ nguy cơ xơ cứng khớp và thoái hóa khớp muộn. Cần nghiên cứu theo dõi dài hơn và cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định lại hiệu quả của phương pháp phẫu thuật, kết quả phẫu thuật từ nghiên cứu này.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật mở kết hợp xương là phương pháp điều trị hiệu quả cho gãy lồi cầu xương hàm dưới hai bên, với 95,2% lồi cầu đạt đúng vị trí giải phẫu sau mổ và 98,4% đạt kết quả chức năng loại tốt sau 6 tháng. Gãy chỏm lồi cầu chiếm ưu thế (77,4%), di lệch nhiều gặp ở 74,2% lồi cầu; phẫu thuật hai bên được chỉ định ở 54,8% bệnh nhân. Tổn thương thần kinh VII (25,8%) là biến chứng cần quan tâm, đòi hỏi lựa chọn đường mổ phù hợp và kỹ thuật bóc lộ cẩn thận. Kết quả nghiên cứu khẳng định hiệu quả và tính an toàn của quy trình phẫu thuật điều trị gãy lồi cầu hai bên tại Bệnh viện Quân y 103.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zide MF, Kent JN. (1983). Indications for open reduction of mandibular condyle fractures. *J Oral Maxillofac Surg*, 41(2):89-98.
2. Loukota RA, Eckelt U, De Bont L, Rasse M. (2005). Subclassification of fractures of the condylar process of the mandible. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 43(1):72-73.
3. Eckelt U, Schneider M, Erasmus F, et al. (2006). Open versus closed treatment of fractures of the mandibular condylar process: a prospective randomized multicentre study. *J Craniomaxillofac Surg*, 34(5):306-314.
4. Al-Moraissi EA, Ellis E 3rd. (2015). Surgical treatment of adult mandibular condylar fractures provides better outcomes than closed treatment: a systematic review and meta-analysis. *J Oral Maxillofac Surg*, 73(3):482-493.
5. Singh V, Bhagol A, Goel M, Kumar I, Verma A. (2010). Outcomes of open versus closed treatment of mandibular subcondylar fractures: a prospective randomized study. *J Oral Maxillofac Surg*, 68(6):1304-1309.
6. Arcuri F, Brucoli M, Baragiotta N, Benecch R, Ferrero S, Benecch A. (2012). Analysis of complications following endoscopically assisted treatment of mandibular condylar fractures. *J Craniofac Surg*, 23(3):e196-e198.
7. Ellis E 3rd, McFadden D, Simon P, Throckmorton G. (2000). Surgical complications with open treatment of mandibular condylar process fractures. *J Oral Maxillofac Surg*, 58(9):950-958.
8. Salgarelli AC, Anesi A, Bellini P, et al. (2013). How to improve retromandibular transmasseteric anteroparotid approach for mandibular condylar fractures: our clinical experience. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 42(4):464-469.

TỶ LỆ THIẾU MÁU Ở TRẺ SƠ SINH NON THÁNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA BÌNH THUẬN NĂM 2025-2026

Nguyễn Thị Bảo Vân¹, Đặng Thị Bích Hoan¹, Ngô Lương Lam Kiều¹, Cao Thị Vui²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thiếu máu ở trẻ sơ sinh non tháng là một vấn đề y tế quan trọng do có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong và di chứng lâu dài.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ thiếu máu và khảo sát một số yếu tố liên quan quan sát được ở trẻ sơ sinh non tháng nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Bình Thuận năm 2025-2026.

Phương pháp: Nghiên cứu quan sát cắt ngang trên 77 trẻ sơ sinh non tháng (tuổi thai < 37 tuần) điều trị nội trú. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án điện tử. Thiếu máu ở trẻ được xác định bằng biến nhị phân “thiếu máu con” (0 = không, 1 = có) được ghi nhận trong hồ sơ. Các yếu tố liên

quan được khảo sát gồm tuổi thai, cân nặng lúc sinh và tình trạng thiếu máu của mẹ.

Kết quả: Trong 77 trẻ nghiên cứu, tỷ lệ thiếu máu là 14,3% (11/77), KTC 95%: 8,2-23,8%. Tuổi thai trung bình là $34,3 \pm 2,0$ tuần, cân nặng lúc sinh trung bình là 2143 ± 476 g. Nhóm thiếu máu có tuổi thai và cân nặng lúc sinh thấp hơn nhóm không thiếu máu. Tỷ lệ thiếu máu cao hơn ở nhóm tuổi thai < 28 tuần, nhóm cân nặng lúc sinh thấp và nhóm mẹ có thiếu máu.

Kết luận: Tỷ lệ thiếu máu ở trẻ sơ sinh non tháng tại Bệnh viện Đa khoa Bình Thuận là khoảng 14,3%. Tuổi thai thấp, cân nặng lúc sinh thấp và tình trạng thiếu máu của mẹ là những yếu tố liên quan quan trọng.

Từ khóa: thiếu máu trẻ sơ sinh, trẻ non tháng, tuổi thai, cân nặng lúc sinh, thiếu máu mẹ.

SUMMARY:

PREVALENCE OF ANEMIA AND SELECTED ASSOCIATED FACTORS IN PRETERM NEONATES AT BINH THUAN GENERAL HOSPITAL DURING 2025-2026

¹Bệnh viện Đa khoa Bình Thuận

²Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bảo Vân

Email: nguyenthibaovan2009@gmail.com

Mã bài: N490

Ngày nhận bài: 17/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 16/3/2026

Ngày duyệt bài: 17/4/2026