# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN GÃY LỒI CẦU XƯƠNG HÀM DƯỚI TẠI HAI BỆNH VIỆN Ở HÀ NỘI

**Trương Mạnh Nguyên[1], Trần Xuân An[2]**


## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kết quả điều trị bảo tồn gãy lồi cầu xương hàm dưới bằng cố định hai hàm sử dụng cung Arch-bar hoặc vít neo chặn tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả chùm ca bệnh, theo dõi dọc tiến cứu trên 12 người bệnh có 14 ổ gãy lồi cầu không trật chỏm hoàn toàn khỏi hõm khớp. Người bệnh được điều trị bảo tồn từ tháng 6/2025 đến tháng 7/2026 và được theo dõi đủ 6 tháng. Đánh giá triệu chứng đau khi há tối đa, khả năng nhai, khớp cắn, biên độ há miệng và lệch hàm sau tháo cố định, sau 3 tháng và 6 tháng; chụp cắt lớp vi tính (CLVT) tại 6 tháng.

**Kết quả:** Tuổi trung bình 20,0 ± 2,5. Biên độ há miệng tăng từ 34,17 ± 7,33 mm sau tháo cố định lên 38,75 ± 5,69 mm sau 3 tháng và 43,33 ± 5,37 mm sau 6 tháng. Tại thời điểm 6 tháng, 100% người bệnh hết đau và nhai tốt thức ăn cứng; 83,3% có toàn bộ răng chạm khớp và 91,7% há miệng đạt ít nhất 40 mm. Có 58,3% người bệnh còn lệch hàm nhẹ; tất cả các trường hợp này đều thuộc nhóm gãy một bên. Kết quả chung tốt 8,3% sau 3 tháng và 41,7% sau 6 tháng, còn lại mức khá, không có kết quả kém. Trên CLVT 6 tháng, 100% ổ gãy có can xương (hoàn toàn 57,1%), chưa ghi nhận tiêu chỏm hay dính khớp.

**Kết luận:** Điều trị bảo tồn bằng cố định hai hàm kết hợp tập vận động cho kết quả chức năng cải thiện dần đến 6 tháng ở gãy lồi cầu không trật chỏm hoàn toàn khỏi hõm khớp. Lệch hàm khi há miệng và quá trình liền xương ở các trường hợp gãy chỏm phục hồi chậm, do đó cần tiếp tục theo dõi lâu dài.


***Từ khóa:*** Gãy lồi cầu xương hàm dưới, điều trị bảo tồn, cố định hai hàm, vít neo chặn, cung Arch-bar.


## SUMMARY

### OUTCOMES OF CONSERVATIVE TREATMENT OF MANDIBULAR CONDYLAR FRACTURES AT TWO HOSPITALS IN HANOI

**Objective:** To describe the outcomes of conservative treatment of mandibular condylar fractures with maxillomandibular fixation using arch bars or intermaxillary fixation screws at the National Hospital of Odonto-Stomatology, Hanoi and Hanoi Medical University Hospital.

**Subjects and methods:** A prospective descriptive case series with longitudinal follow-up of 12 patients (14 fractured condyles) with condylar fractures without complete dislocation of the condylar head from the glenoid fossa, treated conservatively between June 2025 and July 2026 and followed for six months. Pain on maximal mouth opening, masticatory function, occlusion, maximal mouth opening and mandibular deviation were assessed after removal of fixation and at 3 and 6 months; computed tomography (CT) was performed at 6 months.

**Results:** Mean age was 20.0 ± 2.5 years. Mouth opening increased from 34.17 ± 7.33 mm after removal of fixation to 38.75 ± 5.69 mm at 3 months and 43.33 ± 5.37 mm at 6 months. At 6 months, 100% of patients were pain-free and chewed hard food well, 83.3% had full occlusal contact and 91.7% had mouth opening ≥ 40 mm; mild deviation persisted in 58.3%, all with unilateral fractures. Overall outcomes were good in 8.3% at 3 months and 41.7% at 6 months, the remainder fair, with no poor outcome. On 6-month CT, 100% of fractures showed bone healing (complete in 57.1%), with no condylar resorption or ankylosis.

**Conclusion:** Conservative treatment with maxillomandibular fixation and functional exercise resulted in progressive functional improvement up to six months in non-dislocated condylar fractures. Mandibular deviation on opening and healing of condylar head fractures recovered slowly and required long-term follow-up.


***Keywords:*** Mandibular condylar fracture, conservative treatment, maxillomandibular fixation, intermaxillary fixation screw, arch bar.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy lồi cầu là dạng gãy thường gặp của xương hàm dưới, chiếm 17,5–52% tùy theo nghiên cứu.[1] Lồi cầu là thành phần của khớp thái dương hàm, nên tổn thương tại vị trí này ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng há miệng, khớp cắn và chức năng ăn nhai. Tổn thương có thể để lại các di chứng như sai khớp cắn, lệch hàm, rối loạn hoặc dính khớp thái dương hàm.

Điều trị gãy lồi cầu gồm bảo tồn và phẫu thuật.

*[1]Trường Đại học Y Hà Nội*
*[2]Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*
Tác giả chịu trách nhiệm chính: Trương Mạnh Nguyên
Email: manhnguyen@hmu.edu.vn
**Mã bài: N970**
Ngày nhận bài: 10/7/2026
Ngày phản biện khoa học: 6/7/2026
Ngày duyệt bài: 10/9/2026

Phẫu thuật cho phép nắn chỉnh và cố định vững nhưng có nguy cơ tổn thương thần kinh mặt, chảy máu, nhiễm trùng và sẹo xấu, nhất là ở gãy cao.[2] Điều trị bảo tồn vẫn cho kết quả chức năng tốt ở các trường hợp gãy không hoặc ít di lệch, gãy trong bao khớp và có thể tái lập khớp cắn bằng nắn chỉnh kín.[3] Tại Việt Nam, số nghiên cứu về điều trị bảo tồn gãy lồi cầu còn hạn chế. Phần lớn các nghiên cứu được thực hiện tại một cơ sở, chỉ đánh giá một phương tiện cố định và chủ yếu dựa vào khám lâm sàng[4-6] Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mô tả kết quả điều trị bảo tồn gãy lồi cầu xương hàm dưới bằng cố định hai hàm sử dụng cung Arch-bar hoặc vít neo chặn tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2025–2026.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh gãy lồi cầu xương hàm dưới do chấn thương, điều trị bảo tồn bằng cung Arch-bar hoặc vít neo chặn tại Khoa Phẫu thuật Hàm mặt – Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội và Khoa Răng Hàm Mặt – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ 6/2025 đến 7/2026.

**Tiêu chuẩn lựa chọn gồm:** người bệnh từ 16 tuổi trở lên, được chẩn đoán gãy lồi cầu qua lâm sàng và CLVT/CBCT; chỏm lồi cầu không trật hoàn toàn khỏi hõm khớp; khớp cắn có thể tái lập bằng nắn chỉnh kín; không có chỉ định phẫu thuật tuyệt đối (di lệch vào hố sọ giữa, ra ngoài bao khớp hoặc có dị vật trong khớp); có đủ dữ liệu khám sau tháo cố định, sau 3 tháng và sau 6 tháng, cùng phim CLVT tại thời điểm 6 tháng; đồng ý tham gia nghiên cứu

**Tiêu chuẩn loại trừ gồm:** người bệnh gãy lồi cầu hai bên, trong đó có ít nhất một bên được phẫu thuật; người bệnh có chỉ định phẫu thuật nhưng được điều trị bảo tồn do từ chối phẫu thuật.

Trong số 42 người bệnh gãy lồi cầu được điều trị bảo tồn tại hai cơ sở, có 18 người bệnh trật chỏm lồi cầu hoàn toàn nên không thuộc đối tượng phân tích. Trong 24 người bệnh còn lại, 6 người bệnh bỏ tái khám và 6 người bệnh chưa đạt mốc theo dõi 6 tháng tại thời điểm chốt số liệu. Kết quả được phân tích trên 12 người bệnh với 14 ổ gãy.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế:** mô tả chùm ca bệnh, theo dõi dọc tiến cứu.

**Chọn mẫu:** thuận tiện, lấy toàn bộ người bệnh đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

**Đánh giá trước điều trị gồm:** khám lâm sàng và xác định vị trí gãy trên CLVT theo phân loại AOCMF (chỏm, cổ, dưới lồi cầu).[3] Tương quan giữa chỏm lồi cầu và hõm khớp được đánh giá theo Lindahl.[7] Ở các trường hợp gãy một bên, chiều cao cành lên được đo từ điểm Condylion đến Gonion bằng phần mềm 3D Slicer. Mức mất chiều cao được xác định bằng hiệu số giữa chiều cao cành lên bên lành và bên gãy, sau đó phân thành độ I (< 2 mm), độ II (2–15 mm) và độ III (> 15 mm) theo Bhagol.[8]

Ở các trường hợp gãy một bên, chiều cao cành lên được đo từ điểm Condylion đến Gonion bằng phần mềm 3D Slicer. Mức mất chiều cao được xác định bằng hiệu số giữa chiều cao cành lên bên lành và bên gãy, sau đó phân thành độ I (< 2 mm), độ II (2–15 mm) và độ III (> 15 mm) theo Bhagol

**Điều trị gồm** nắn chỉnh xương hàm dưới về khớp cắn đúng dưới gây tê hoặc gây mê, sau đó cố định hai hàm. Vít neo chặn được sử dụng khi khớp cắn ổn định ngay sau nắn chỉnh; cung Arch-bar được sử dụng khi cần nhiều điểm neo để hiệu chỉnh khớp cắn hoặc khi có gãy xương hàm dưới phối hợp. Phần lớn gãy một bên được cố định khoảng 3 tuần; gãy hai bên hoặc khớp cắn chưa ổn định có thể cố định lâu hơn. Sau tháo cố định, người bệnh tập há miệng, đưa hàm sang bên và ra trước, có thể mắc chun hướng dẫn ban đêm 1-2 tuần.

**Đánh giá kết quả:** Kết quả được đánh giá theo năm tiêu chí của Nguyễn Quang Đức và cộng sự tại ba thời điểm: sau tháo cố định (T1), sau 3 tháng (T3) và sau 6 tháng (T6). Các tiêu chí gồm đau khi há tối đa (thang VAS), khả năng nhai, khớp cắn (giấy cắn), biên độ há miệng (thước vạch 1 mm) và lệch hàm khi há tối đa (Bảng 1)**.** Kết quả chung: tốt khi tất cả tiêu chí đạt mức tốt; khá khi có ít nhất một tiêu chí mức khá và không có tiêu chí mức kém; kém khi có ít nhất một tiêu chí mức kém.[9] Tại T1 chỉ đánh giá đau, khớp cắn và há miệng. Tại T6, chụp CLVT đánh giá can xương, tiêu chỏm lồi cầu và dính khớp thái dương hàm.

*Bảng 1. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị.[9]*

| Mức | Đau khi há tối đa | Khả năng nhai | Khớp cắn | Há miệng | Lệch hàm khi há tối đa |
|---|---|---|---|---|---|
| Tốt | Không đau | Nhai tốt thức ăn cứng | 100% răng chạm khớp | ≥ 40 mm | Không lệch |
| Khá | Đau ít, chịu được | Nhai được thức ăn mềm | ≥ 50% răng chạm khớp | 30-39 mm | Lệch < bề ngang 1 thân răng |
| Kém | Đau nhiều | Nhai khó cả thức ăn mềm | < 50% răng chạm khớp | < 30 mm | Lệch > bề ngang 1 thân răng |

**Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Các phương pháp thống kê mô tả được sử dụng gồm tần số, tỷ lệ phần trăm và trung bình ± độ lệch chuẩn

**Đạo đức nghiên cứu:** đề cương được Trường Đại học Y Hà Nội thông qua theo Quyết định số 655/QĐ-ĐHYHN. Nghiên cứu không can thiệp vào phác đồ điều trị, người bệnh được giải thích và tự nguyện tham gia, thông tin cá nhân được bảo mật.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

*Bảng 2. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu (n = 12 người bệnh, 14 ổ gãy)*

| Đặc điểm | n | Tỷ lệ (%) |
|---|---|---|
| Tuổi, $\bar{X}$ ± SD (min – max) | 20,0 ± 2,5 (16 – 23) | |
| Nam / nữ | 4 / 8 | 33,3 / 66,7 |
| Tai nạn giao thông / tai nạn sinh hoạt | 11 / 1 | 91,7 / 8,3 |
| Gãy một bên / hai bên | 10 / 2 | 83,3 / 16,7 |
| **Đặc điểm lâm sàng khi vào viện** | | |
| Biên độ há miệng (mm), $\bar{X}$ ± SD (min – max) | 20,83 ± 5,57 (10 – 30) | |
| Há miệng < 30 mm | 11 | 91,7 |
| Sai khớp cắn (chạm sớm bên gãy: 8; cắn hở răng trước: 1) | 9 | 75,0 |
| Lệch đường giữa sang bên gãy | 7 | 58,3 |
| Không nhai được / chỉ nhai được thức ăn mềm | 8 / 4 | 66,7 / 33,3 |
| **Đặc điểm ổ gãy trên CLVT (n = 14 ổ gãy)** | | |
| Gãy chỏm / cổ / dưới lồi cầu | 6 / 2 / 6 | 42,9 / 14,3 / 42,9 |
| Không di lệch / di lệch, còn một phần trong hõm khớp | 7 / 7 | 50,0 / 50,0 |
| Mất chiều cao cành lên độ I / độ II (gãy một bên, n = 10) | 5 / 5 | 50,0 / 50,0 |
| **Điều trị** | | |
| Cung Arch-bar / vít neo chặn | 9 / 3 | 75,0 / 25,0 |

*Nhận xét:* Người bệnh trẻ (16–23 tuổi), nữ chiếm ưu thế (66,7%), chủ yếu do tai nạn giao thông (91,7%). Khi vào viện, phần lớn người bệnh há miệng hạn chế (91,7% dưới 30 mm) và sai khớp cắn (75,0%). Gãy chỏm và gãy dưới lồi cầu chiếm tỷ lệ ngang nhau (42,9%); một nửa số ổ gãy có di lệch nhưng chỏm vẫn còn một phần trong hõm khớp.

*Bảng 3. Kết quả các tiêu chí lâm sàng theo thời gian (n = 12)*

| Tiêu chí | T1, n (%) | T3, n (%) | T6, n (%) |
|---|---|---|---|
| **Đau khi há tối đa** | | | |
| Không đau | 0 (0) | 4 (33,3) | 12 (100) |
| Đau ít | 12 (100) | 8 (66,7) | 0 (0) |
| **Khả năng nhai** | | | |
| Nhai tốt thức ăn cứng | - | 2 (16,7) | 12 (100) |
| Nhai được thức ăn mềm | - | 10 (83,3) | 0 (0) |
| **Khớp cắn** | | | |
| 100% răng chạm khớp | 6 (50,0) | 6 (50,0) | 10 (83,3) |
| ≥ 50% răng chạm khớp | 6 (50,0) | 6 (50,0) | 2 (16,7) |
| **Biên độ há miệng** | | | |
| ≥ 40 mm | 4 (33,3) | 7 (58,3) | 11 (91,7) |
| 30-39 mm | 7 (58,3) | 5 (41,7) | 1 (8,3) |
| < 30 mm | 1 (8,3) | 0 (0) | 0 (0) |
| $\bar{X}$ ± SD (mm) | 34,17 ± 7,33 | 38,75 ± 5,69 | 43,33 ± 5,37 |
| **Lệch hàm khi há tối đa** | | | |
| Không lệch | - | 5 (41,7) | 5 (41,7) |
| Lệch < bề ngang 1 thân răng | - | 7 (58,3) | 7 (58,3) |

*T1: sau tháo cố định; T3: sau 3 tháng; T6: sau 6 tháng; (-): không đánh giá.*

Các tiêu chí cải thiện dần theo thời gian. Tỷ lệ không đau khi há tối đa tăng từ 0% (T1) lên 33,3% (T3) và 100% (T6); nhai tốt thức ăn cứng tăng từ 16,7% (T3) lên 100% (T6). Tỷ lệ toàn bộ răng chạm khớp giữ 50,0% tại T1 và T3, tăng lên 83,3% tại T6. Biên độ há miệng trung bình tăng từ 34,17 mm lên 43,33 mm. Lệch hàm nhẹ còn ở 7/12 người bệnh tại cả T3 và T6, đều thuộc nhóm gãy một bên.

*Bảng 4. Kết quả điều trị chung*

| Kết quả | T3 Một bên (n = 10) | T3 Hai bên (n = 2) | T3 Chung n (%) | T6 Một bên (n = 10) | T6 Hai bên (n = 2) | T6 Chung n (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Tốt | 1 | 0 | 1 (8,3) | 3 | 2 | 5 (41,7) |
| Khá | 9 | 2 | 11 (91,7) | 7 | 0 | 7 (58,3) |
| Kém | 0 | 0 | 0 (0) | 0 | 0 | 0 (0) |

Tỷ lệ kết quả tốt tăng từ 8,3% sau 3 tháng lên 41,7% sau 6 tháng, không có kết quả kém. Cả 2 người bệnh gãy hai bên đạt kết quả tốt tại 6 tháng.

*Bảng 5. Đặc điểm ổ gãy trên CLVT sau 6 tháng (n = 14 ổ gãy)*

| Đặc điểm | n | Tỷ lệ (%) |
|---|---|---|
| Can xương hoàn toàn | 8 | 57,1 |
| Can xương một phần | 6 | 42,9 |
| Chưa can xương | 0 | 0 |
| Tiêu chỏm lồi cầu | 0 | 0 |
| Dính khớp thái dương hàm (nghi ngờ hoặc có) | 0 | 0 |

Tất cả các ổ gãy đều có can xương; trong đó, 57,1% ổ gãy đã can xương hoàn toàn. Cả 6 ổ gãy can xương một phần đều thuộc loại gãy chỏm lồi cầu, trong khi 8 ổ gãy cổ và dưới lồi cầu đều đã can xương hoàn toàn.

## IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị trên nhóm người bệnh gãy lồi cầu, không trật chỏm hoàn toàn, là nhóm được ưu tiên điều trị bảo tồn.[3,8] Các trường hợp trật chỏm hoàn toàn được loại khỏi phân tích để nhóm nghiên cứu đồng nhất về mức độ tổn thương. Vì vậy, kết quả không áp dụng cho nhóm này.

Đau và khả năng nhai cải thiện rõ theo thời gian. Sau 3 tháng, tỷ lệ không đau khi há tối đa là 33,3%, thấp hơn Vũ Trung Trực (95,3%) và Lê Thị Thu Hải (84,38%); tỷ lệ nhai tốt thức ăn cứng (16,7%) cũng thấp hơn Lê Thị Thu Hải (71,88%).[4,5] Khác biệt có thể do chúng tôi đánh giá đau ngay tại thời điểm há miệng tối đa, trong khi Vũ Trung Trực ghi nhận đau trước tai nói chung.[4] Đến 6 tháng, toàn bộ người bệnh hết đau và nhai tốt thức ăn cứng, cho thấy đánh giá ở mốc 3 tháng chưa phản ánh hết kết quả chức năng.

Biên độ há miệng tăng đều từ 34,17 mm sau tháo cố định lên 38,75 mm sau 3 tháng và 43,33 mm sau 6 tháng. Tại mốc 3 tháng, 58,3% người bệnh há miệng ≥ 40 mm, cao hơn Vũ Trung Trực (44,2% há miệng > 40 mm sau tối thiểu 3 tháng).[4] Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi không bao gồm trường hợp trật chỏm hoàn toàn, trong khi 66,7% ổ gãy của tác giả là gãy mất tiếp hợp xương.[4] Đến 6 tháng, 91,7% người bệnh đạt ≥ 40 mm và toàn bộ người bệnh há miệng ≥ 30 mm, tương đồng với Nguyễn Văn Dân (100% người bệnh há miệng trên 3 cm sau 6 tháng).[6] Việc tập vận động hàm có hướng dẫn và mắc chun hướng dẫn sau tháo cố định có thể góp phần vào sự cải thiện liên tục này.

Khớp cắn ổn định chậm hơn: tỷ lệ toàn bộ răng chạm khớp không đổi từ T1 đến T3 (50,0%) và tăng lên 83,3% tại T6; không có trường hợp dưới 50% răng chạm khớp. Marker theo dõi 348 người bệnh điều trị bảo tồn trong một năm, chỉ ghi nhận 2% còn sai khớp cắn; Nguyễn Văn Dân ghi nhận 95,4% khớp cắn tốt sau 6 tháng.[6,10] Tỷ lệ của chúng tôi thấp hơn một phần do tiêu chuẩn chặt hơn, chỉ những trường hợp có toàn bộ răng chạm khớp mới xếp mức tốt.

Lệch hàm khi há tối đa là tiêu chí phục hồi chậm nhất. Tại cả thời điểm 3 tháng và 6 tháng, 58,3% người bệnh vẫn còn lệch hàm nhẹ; tất cả các trường hợp này đều thuộc nhóm gãy một bên. Ở gãy một bên, lồi cầu bên gãy giảm chiều cao và giảm khả năng trượt nên hàm dưới lệch về bên gãy khi há miệng; trong khi ở gãy hai bên, vận động hai lồi cầu tương đối cân xứng. Marker ghi nhận sau một năm vẫn còn 13% người bệnh có than phiền chức năng nhẹ như giảm há miệng hoặc lệch hàm.[10] Lệch hàm nhẹ vì vậy có thể tồn tại lâu dài nhưng ít ảnh hưởng chức năng, cần tiếp tục theo dõi.

Kết quả chung tốt tăng từ 8,3% sau 3 tháng lên 41,7% sau 6 tháng, không có kết quả kém. Do cách tổng hợp chỉ cần một tiêu chí chưa đạt mức tốt đã xếp mức khá, tỷ lệ khá còn cao (58,3%) chủ yếu vì lệch hàm nhẹ. Nguyễn Quang Đức ghi nhận kết quả tốt 85,7% ở nhóm gãy không hoặc ít di lệch; Vũ Trung Trực ghi nhận tỷ lệ thành công 70% ở gãy không di lệch và 83,3% ở gãy di lệch bán phần.[4,9] Do khác biệt về tiêu chuẩn đánh giá và thời điểm theo dõi, các tỷ lệ này chỉ nên được dùng để tham khảo.

Về thời gian cố định, phần lớn người bệnh gãy

một bên được cố định khoảng 3 tuần, ngắn hơn mức trung bình 36 ngày trong nghiên cứu của Marker.[10] Rút ngắn bất động, chuyển sớm sang chun hướng dẫn và tập vận động giúp cân bằng giữa duy trì khớp cắn và hạn chế cứng khớp.[3]

Trên CLVT tại thời điểm 6 tháng, tất cả các ổ gãy đều có can xương. Trong đó, 42,9% ổ gãy mới can xương một phần; tất cả các trường hợp này đều là gãy chỏm lồi cầu. Gãy chỏm là gãy trong bao khớp, mảnh gãy chịu tải trực tiếp khi vận động khớp nên quá trình liền xương và tái cấu trúc kéo dài hơn. Chưa ghi nhận tiêu chỏm hay dính khớp, tuy nhiên thời gian theo dõi 6 tháng chưa đủ để loại trừ các biến đổi muộn; người bệnh gãy chỏm cần được theo dõi CLVT dài hơn.

**Hạn chế:** cỡ mẫu nhỏ do mất theo dõi và chưa đến mốc 6 tháng; không có nhóm so sánh; số người bệnh gãy hai bên và dùng vít neo chặn ít; thời gian theo dõi 6 tháng còn ngắn.

## V. KẾT LUẬN

Điều trị bảo tồn gãy lồi cầu xương hàm dưới không trật chỏm hoàn toàn bằng cố định hai hàm sử dụng cung Arch-bar hoặc vít neo chặn cho kết quả chức năng cải thiện dần trong 6 tháng. Biên độ há miệng trung bình tăng từ 34,17 mm sau tháo cố định lên 43,33 mm sau 6 tháng; tại 6 tháng, 100% người bệnh hết đau và nhai tốt thức ăn cứng, 83,3% có toàn bộ răng chạm khớp. Kết quả chung tốt 41,7%, khá 58,3%, không có kết quả kém. Toàn bộ ổ gãy có can xương trên CLVT, chưa ghi nhận tiêu chỏm hay dính khớp. Lệch hàm nhẹ ở người bệnh gãy một bên và liền xương chậm ở gãy chỏm là hai vấn đề phục hồi chậm, cần theo dõi lâu dài.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO


1. **Zachariades N, Mezitis M, Mourouzis C, Papadakis D, Spanou A.** Fractures of the mandibular condyle: a review of 466 cases. Literature review, reflections on treatment and proposals. *J Cranio-Maxillo-fac Surg Off Publ Eur Assoc Cranio-Maxillo-fac Surg*. 2006;34(7):421-432. doi:10.1016/j.jcms.2006.07.854
2. **Ellis E, McFadden D, Simon P, Throckmorton G.** Surgical complications with open treatment of mandibular condylar process fractures. *J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2000;58(9):950-958. doi:10.1053/joms.2000.8734
3. **Dhupar V. Fracture of the Mandibular Condyle.** In: Bonanthaya K, Panneerselvam E, Manuel S, Kumar VV, Rai A, eds. *Oral and Maxillofacial Surgery for the Clinician*. Springer Nature; 2021:1085-1114. doi:10.1007/978-981-15-1346-6_53
4. **Vũ Trung Trực, Lê Trung Kiên, Nguyễn Tấn Văn.** Đánh giá kết quả điều trị bảo tồn gãy lồi cầu xương hàm dưới. *Tạp Chí Y Học Việt Nam*. 2024;540(1):1. doi:10.51298/vmj.v540i1.10219
5. **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. *J 108 - Clin Med Pharm*. Published online March 3, 2021. doi:10.52389/ydls.v16i3.760
6. **Dan Nguyen Van, Trang Tran Thi Huyen, Tuan Bui Van, et al.** Evaluation of conservative treatment outcomes for traumatic condylar fractures of the mandible using fixation anchor screws at military hospital 175. *Tạp chí Y Dược Thực Hành 175*. 2024;(38):38. doi:10.59354/ydth175.2024.264
7. **Lindahl L.** Condylar fractures of the mandible. I. Classification and relation to age, occlusion, and concomitant injuries of teeth and teeth-supporting structures, and fractures of the mandibular body. *Int J Oral Surg*. 1977;6(1):12-21. doi:10.1016/s0300-9785(77)80067-7
8. **Bhagol A, Singh V, Kumar I, Verma A.** Prospective Evaluation of a New Classification System for the Management of Mandibular Subcondylar Fractures. *J Oral Maxillofac Surg*. 2011;69(4):1159-1165. doi:10.1016/j.joms.2010.05.050
9. **Nguyen Quang Duc, Nguyen Phuong Tien.** Evaluation of the treatment of mandibular condyle fractures through 95 cases. *Tạp chí y học Việt Nam*. 2022;515(1). doi:10.51298/vmj.v515i1.2411
10. **Marker P, Nielsen A, Bastian HL.** Fractures of the mandibular condyle. Part 2: results of treatment of 348 patients. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2000;38(5):422-426. doi:10.1054/bjom.2000.0457