

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG GỖ GÓC HÀM DƯỚI BẰNG NẸP VÍT TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI NĂM 2022-2023

Silisone Khiemdaovong¹, Phạm Hoàng Tuấn², Đặng Triệu Hùng¹, Nguyễn Đức Hoàng¹, Vương Trọng Thanh Ba¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị phẫu thuật kết hợp xương gờ góc hàm dưới bằng nẹp vít tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội năm 2022-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Là các bệnh nhân được chẩn đoán gãy góc xương hàm dưới và được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 7 năm 2023. Thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh. Kích thước cỡ mẫu là 40 bệnh nhân. Tiến hành thu thập các thông tin cần thiết liên quan đến nghiên cứu dựa trên bệnh án, phim chụp Xquang cần thiết cho chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị, theo dõi sau mổ, đánh giá khi bệnh nhân tại thời điểm bệnh nhân sau mổ 1 tuần, sau khi tháo cố định hàm và khi hẹn tái khám sau 3 tháng. **Kết quả:** gãy góc hàm XHD chủ yếu gặp ở nam giới chiếm tỷ lệ 75%; nhóm tuổi thường gặp là 20-40 tuổi. Tuổi trung bình là 27,4 ± 11,4 tuổi; tuổi nhỏ nhất là 5 và lớn nhất là 60 tuổi. Đánh giá kết quả điều trị sau mổ 1 tuần có 80% số bệnh nhân đạt kết quả tốt; sau khi tháo cố định hàm có 90% số bệnh nhân đạt kết quả tốt; sau mổ 3 tháng có 92,5% số bệnh nhân đạt kết quả tốt và 0 có trường hợp bệnh nhân đạt kết quả kém tại cả 3 thời điểm đánh giá. Hại biến chứng thường gặp nhất sau mổ 1 tuần là nhiễm trùng và tê bì môi dưới. Có 2/40 trường hợp (5%) có biến chứng sau 3 tháng phẫu thuật. **Kết luận:** Điều trị phẫu thuật gãy góc hàm xương hàm dưới bằng nẹp vít cho thấy hiệu quả lành thương rất tốt, đảm bảo chức năng ăn nhai và thẩm mỹ khuôn mặt cho bệnh nhân sau mổ. Cần lưu ý các biến chứng có thể gặp phải trong quá trình điều trị để có thể phòng ngừa và xử trí kịp thời.

Từ khóa: phẫu thuật kết hợp xương; gãy góc hàm; xương hàm dưới; nẹp vít.

SUMMARY

RESULTS OF COMBINED SURGICAL TREATMENTS OF MANDIBULAR ANGLE FRACTURES WITH SCREWS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO-STOMATOLOGY IN 2022-2023

Objective: Review the results of combined

surgical treatments of mandibular angle fractures with screws at the National Hospital of Odonto-Stomatology in 2022-2023. **Subjects and methods:** Patients diagnosed with mandibular angle fractures and undergoing bone fusion surgery with screws at the Department of Maxillofacial Surgery, Hanoi National Hospital of Odonto-Stomatology since July 2022 to July 2023. The study design is a descriptive case series study. The sample size was 40 patients. Collect necessary information related to research based on medical records and X-rays necessary for diagnosis and treatment planning, post-operative monitoring, and assessment of the patient at the time of surgery, 1 week after surgery, after removing the fixed jaw and making a follow-up appointment after 3 months. **Results:** Mandibular angle fractures are mainly found in men, accounting for 75%; The common age group is 20-40 years old. The average age was 27.4 ± 11.4 years; The youngest age is 5 and the oldest is 60 years old. Evaluating treatment results 1 week after surgery, 80% of patients achieved good results; After removing the jaw fixation, 90% of patients achieved good results; 3 months after surgery, 92.5% of patients achieved good results and 0 cases of patients achieved poor results at all 3 evaluation times. The two most common complications 1 week after surgery are infection and numbness of the lower lip. There were 2/40 cases (5%) with complications 3 months after surgery. **Conclusion:** Surgical treatment of mandibular angle fractures with screws shows very good healing effects, ensuring chewing function and facial aesthetics for patients after surgery. It is necessary to pay attention to possible complications during treatment so that they can be prevented and treated promptly.

Keywords: bone fusion surgery; mandibular angle fracture; lower jaw; mandible; screws.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương hàm mặt là một cấp cứu hay gặp trong cuộc sống hằng ngày tại Việt Nam, gia tăng đáng kể trong những năm gần đây, nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông, đặc biệt là tai nạn xe máy. Trong các loại chấn thương hàm mặt thì chấn thương gãy xương hàm dưới (XHD) chiếm tỷ lệ cao nhất và đặc biệt vị trí thường gặp là gãy ở vùng góc hàm.

Ở Việt Nam, nghiên cứu của Trần Văn Trường và Trương Mạnh Dũng tại Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội trong 10 năm (1988 – 1998), có 2149 trường hợp chấn thương hàm mặt, trong đó gãy XHD là hay gặp nhất chiếm 63,66% và

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Tuấn

Email: drtuang1966@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2023

Ngày duyệt bài: 14.12.2023

riêng gãy góc hàm chiếm 25,22%, chủ yếu là do tai nạn giao thông (82,50%).¹ Việc chẩn đoán sớm và xử trí cấp cứu kịp thời gãy góc hàm nói riêng và gãy XHD nói chung có vai trò rất quan trọng trong thực hành lâm sàng, đặc biệt là ở các tuyến y tế cơ sở vì ở đây còn thiếu máy móc trang thiết bị, đội ngũ Bác sỹ Răng Hàm Mặt còn hạn chế về chuyên môn nên chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng và còn gặp nhiều khó khăn. Mặt khác, đa số gãy góc hàm là gãy hở (qua ổ răng số 8), gãy phối hợp, gãy không thuận lợi dễ gây di lệch thứ phát và do không có răng ở đoạn gãy phía sau nên thường gặp khó khăn trong xử trí ban đầu như không thể cố định hai đầu gãy bằng cố định một hàm với cung hay chỉ thép. Vì vậy, nếu chẩn đoán và xử trí muộn để để lại biến chứng nặng nề về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ.

Ngày nay, với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, các phương tiện phẫu thuật, cũng như các vật liệu tương hợp sinh học dùng cho kết hợp xương (KHX) dẫn đến việc chẩn đoán và điều trị gãy góc hàm cũng như gãy XHD càng ngày càng tốt hơn; Tuy nhiên, trong điều kiện nước ta hiện nay để lựa chọn được phương pháp điều trị thích hợp và có hiệu quả nhất cho từng bệnh nhân gãy góc hàm là điều không dễ dàng. Do đó, chúng ta cần đánh giá kết quả của các phương pháp điều trị để lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu nhất cho bệnh nhân.

Ngoài ra, gãy góc hàm có tỉ lệ biến chứng cao nhất trong gãy XHD như nhiễm trùng, chậm hoặc không liền xương, tổn thương thần kinh huyết răng dưới, nhánh bờ hàm dưới của dây thần kinh mặt, khớp cắn sai...² Theo Ellis E, Walker L, thì biến chứng của KHX bằng nẹp vít trong gãy XHD mà đặc biệt là vùng góc hàm có thể lên đến 30% các trường hợp KHX.³ Do đó, chúng ta cần nghiên cứu các biến chứng thường gặp của gãy góc hàm để khắc phục sớm và chú ý dự phòng.

Vấn đề gãy góc hàm XHD đã có nhiều tác giả nước ngoài nghiên cứu, đặc biệt là các phương pháp điều trị, biến chứng và các yếu tố liên quan. Tuy nhiên hiện tại ở Việt Nam nghiên cứu về gãy XHD thì nhiều nhưng riêng gãy góc hàm mới có một số ít tác giả quan tâm. Hơn nữa, các vật liệu kết hợp xương khác nhau cũng được nghiên cứu cải tiến và ứng dụng vô cùng rộng rãi. Hiện tại các vấn đề nêu trên ngày càng trở nên quan trọng vì chấn thương gãy XHD do tai nạn giao thông ngày càng nhiều đặc biệt là gãy góc hàm đã gia tăng và thương tổn cũng phức tạp hơn.

Để góp thêm phần nào vào việc chẩn đoán

sớm và điều trị gãy góc hàm XHD ngày càng tốt hơn cho bệnh nhân, tôi thực hiện đề tài: "*Kết quả phẫu thuật kết hợp xương gãy góc hàm dưới bằng nẹp vít*" nhằm mục tiêu: *Nhận xét kết quả điều trị phẫu thuật kết hợp xương gãy góc hàm dưới bằng nẹp vít tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương năm 2022-2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Là các bệnh nhân được chẩn đoán gãy góc xương hàm dưới và được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội từ tháng 7 năm 2022 đến tháng 7 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được thăm khám lâm sàng, chụp X – quang, và chẩn đoán xác định gãy góc hàm XHD đơn thuần hay phối hợp do chấn thương; có đủ dữ liệu cho phẫu thuật nghiên cứu và đồng ý cho nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các gãy góc hàm XHD bệnh lý hoặc các khuyết hổng xương lớn vùng góc hàm do hậu quả của quá trình bệnh lý; Các bệnh nhân gãy góc hàm XHD nhưng trong bệnh cảnh đa chấn thương gây khó khăn trong việc điều trị và đánh giá kết quả; Những bệnh nhân gãy góc hàm nhưng không hợp tác; Bệnh nhân bị chấn thương sọ não và có ảnh hưởng đến tiến trình điều trị; Bệnh nhân gãy xương muộn hoặc có can sai.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Phẫu thuật Hàm mặt, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 07/2022 đến tháng 07/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu: Kích thước cỡ mẫu là 40; Cách chọn mẫu: chọn mẫu có chủ đích. Tiến hành thu thập các thông tin cần thiết liên quan đến nghiên cứu dựa trên bệnh án, phim chụp Xquang cần thiết cho chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị, theo dõi sau mổ, đánh giá khi bệnh nhân tại thời điểm bệnh nhân sau mổ 1 tuần, sau khi tháo cố định hàm và khi hẹn tái khám sau 3 tháng.

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu: Ghi nhận phần hành chính và các yếu tố liên quan đến chấn thương; Ghi nhận triệu chứng lâm sàng; Thu thập cận lâm sàng; Phân loại gãy góc hàm; Chẩn đoán; Điều trị phẫu thuật; Xử trí răng khôn liên quan đến đường gãy; Đánh giá

kết quả điều trị.

2.2.4. Tiêu chuẩn đánh giá:

Bảng 1. Tiêu chí đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy góc hàm XHD sau mổ 1 tuần

	Tốt	Khá	Kém
Giải Phẫu	- Độ rộng của đường thấu quang không có.	- Độ rộng đường thấu quang trên phim sai ít ($\leq 1\text{mm}$)	- Độ rộng đường thấu quang trên phim sai nhiều ($> 1\text{mm}$)
Chức năng	- Cảm giác bình thường ở môi dưới cùng bên góc hàm tổn thương.	- Cảm giác tê bì nhẹ ở môi dưới.	- Cảm giác tê bì nhiều ở môi dưới, bệnh nhân than phiền nhiều.
Thẩm mỹ	- Khuôn mặt cân đối, không nề. - Sẹo lành thương tốt - Môi tròn đều khi bệnh nhân chu môi, không bị lệch.	- Mặt biến dạng ít, nề nhẹ - Sẹo lành thương trung bình. - Môi lệch nhẹ bên góc hàm bị gãy khi bệnh nhân chu môi	- Mặt mất cân đối, sưng nề nhiều - Sẹo lành thương kém. - Môi lệch hoàn toàn về phía bên góc hàm gãy

Bảng 2. Tiêu chí đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy góc hàm XHD sau tháo cố định 2 hàm

	Tốt	Khá	Kém
Giải Phẫu	- Độ rộng của đường thấu quang không có	- Độ rộng của đường thấu quang trên phim sai ít ($\leq 1\text{mm}$)	- Độ rộng của đường thấu trên phim sai nhiều ($> 1\text{mm}$)
Chức năng	Há ngậm miệng không đau, hoặc đau ít. Tất cả các răng chạm khít	- Há ngậm miệng đau vừa. - Hơn 3/4 số răng chạm khít, có răng không chạm	- Há miệng đau nhiều - Dưới 3/4 số răng chạm khít
Thẩm mỹ	- Khuôn mặt cân đối, không biến dạng. - Sẹo mổ đẹp - Không tổn thương nhánh môi dưới dây TK VII	- Mặt biến dạng ít - Sẹo có thể thấy hoặc bệnh nhân chấp nhận được. - Có tổn thương liệt nhẹ nhánh môi dưới dây TK VII	- Mặt mất cân đối - Sẹo xấu, gây biến dạng cấu trúc lân cận - Tổn thương hoàn toàn nhánh môi dưới dây TK VII

Bảng 3. Tiêu chí đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy góc hàm XHD sau 3 tháng

	Tốt	Khá	Kém
Giải Phẫu	- Xương liền tốt - Đường viền xương trên phim đúng - Tất cả các răng chạm khít	- Xương liền - Đường viền xương trên phim sai ít ($\leq 1\text{mm}$) - Từ 1/3 - 2/3 số răng chạm khít	- Xương không liền, chậm liền, khớp giả - Đường viền xương trên phim sai nhiều ($> 1\text{mm}$) - Dưới 1/3 số răng chạm khít
Chức năng	- Ăn nhai tốt, không đau, bệnh nhân hài lòng - Há ngậm miệng bình thường ($\geq 4\text{cm}$) - Khớp thái dương hàm cử động tốt. - Cảm giác bình thường ở vùng kết hợp xương và môi dưới bên góc hàm gãy	- Ăn nhai được, không đau, bệnh nhân chấp nhận được - Há miệng hạn chế vừa ($2\text{cm} \leq \text{há miệng} < 4\text{cm}$) - Khớp thái dương hàm cử động được - Cảm giác kích thích nhẹ ở vùng kết hợp xương và môi dưới bên góc hàm gãy, bệnh nhân chấp nhận được.	- Khó ăn nhai, có đau, bệnh nhân than phiền nhiều. - Há miệng hạn chế nhiều (há miệng $< 2\text{cm}$) - Khớp thái dương hàm cử động hạn chế - Cảm giác khó chịu ở vùng kết hợp xương và môi dưới bên góc hàm gãy, bệnh nhân than phiền nhiều.
Thẩm mỹ	- Khuôn mặt cân đối, không biến dạng - Không có sẹo hoặc sẹo vết mổ đẹp, kín - Không tổn thương nhánh môi dưới dây TK VII	- Mặt biến dạng ít, khó phát hiện. - Sẹo có thể thấy, có thể sửa lại hoặc bệnh nhân chấp nhận được - Có tổn thương liệt nhẹ nhánh môi dưới dây TK VII	- Mặt mất cân đối, biến dạng nhiều cả xương và phần mềm, cần mổ lại. - Sẹo xấu gây biến dạng các cấu trúc lân cận, cần phải sửa lại. - Tổn thương hoàn toàn nhánh môi dưới dây TK VII

Nhận định kết quả điều trị gãy góc hàm:

- Tốt: khi tất cả 3 tiêu chí trên (giải phẫu, chức năng, thẩm mỹ) đều tốt.

- Khá: khi có ít nhất 1 tiêu chí là khá và không có tiêu chí nào kém.

- Kém: khi có ít nhất 1 tiêu chí được đánh

giá là kém.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 4. Phân loại đối tượng nghiên cứu theo tuổi

Chỉ số	n	Min	Max	Trung bình ± SD	Trung vị
Giá trị (tuổi)	40	5	60	27,4±11,4	24,5

Lứa tuổi hay gặp khoảng 20-40 tuổi. Tuổi trung bình 27,4±11,4 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 5 và lớn nhất là 60 tuổi.

Bảng 5. Phân bố nguyên nhân chấn thương theo giới

Nguyên nhân	Giới		Nam		Nữ		Tổng	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Tai nạn giao thông	24	60	6	15	30	75		
Tai nạn sinh hoạt	6	15	3	7,5	9	22,5		
Khác	0	0	1	2,5	1	2,5		
Tổng	30	75	10	25	40	100		

(*): % trên tổng số bệnh nhân (n=40)

Bệnh nhân gãy góc hàm chủ yếu gặp ở nam giới chiếm tỉ lệ 75%; tỉ lệ Nam / Nữ = 3/1. Như vậy, gãy góc hàm xảy ra chủ yếu ở nam giới lứa tuổi từ 20 đến 40 tuổi. Nguyên nhân chấn thương gãy góc hàm hay gặp nhất là do tai nạn giao thông chiếm 75% và chủ yếu xảy ra ở nam giới (60%). Nguyên nhân thứ hai hay gặp là tai nạn sinh hoạt (chiếm 22,5%) và cũng hay gặp ở nam giới (15%). Có 1 trường hợp gãy góc hàm ở nữ giới do nguyên nhân sau nhổ răng 8.

3.2. Kết quả điều trị phẫu thuật gãy góc hàm dưới bằng nẹp vít

3.2.1. Đánh giá kết quả điều trị sau mổ 1 tuần

Mức độ	Tốt		Khá		Kém		Tổng số BN	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Giải phẫu	32	80	8	20	0	0	40	100
Chức năng	33	82,5	7	17,5	0	0	40	100
Thẩm mỹ	33	82,5	7	17,5	0	0	40	100

Bảng 6. Đánh giá kết quả điều trị sau mổ 1 tuần. Đánh giá kết quả điều trị sau mổ 1 tuần dựa trên 3 tiêu chí: giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ có 80% số bệnh nhân đạt kết quả tốt và 0 có trường hợp bệnh nhân đạt kết quả kém.

3.2.2. Đánh giá kết quả điều trị khi tháo cố định hàm

Bảng 7. Đánh giá kết quả điều trị khi tháo cố định hàm

Mức độ	Tốt		Khá		Kém		Tổng số BN	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Giải phẫu	36	90	4	10	0	0	40	100
Chức năng	36	90	4	10	0	0	40	100
Thẩm mỹ	36	90	4	10	0	0	40	100

Giải phẫu	36	90	4	10	0	0	40	100
Chức năng	36	90	4	10	0	0	40	100
Thẩm mỹ	36	90	4	10	0	0	40	100

Đánh giá kết quả điều trị khi tháo cố định hàm dựa trên 3 tiêu chí: giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ có 90% số bệnh nhân đạt kết quả tốt và 0 có trường hợp bệnh nhân đạt kết quả kém.

3.2.3. Đánh giá kết quả điều trị sau 3 tháng

Bảng 8. Đánh giá kết quả điều trị sau 3 tháng

Mức độ	Tốt		Khá		Kém		Tổng số BN	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Giải phẫu	39	97,5	1	2,5	0	0	40	100
Chức năng	40	0	0	0	0	0	40	100
Thẩm mỹ	37	92,5	3	7,5	0	0	40	100

Đánh giá kết quả điều trị sau mổ 3 tháng dựa trên 3 tiêu chí: giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ có 92,5% số bệnh nhân đạt kết quả tốt và 0 có trường hợp bệnh nhân đạt kết quả kém.

3.2.4. Biến chứng sau điều trị phẫu thuật gãy góc hàm

Bảng 9. Biến chứng sau phẫu thuật gãy góc hàm

Biến chứng	Thời gian		Sau mổ 7 ngày		Sau tháo cố định hàm		Sau 3 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Nhiễm trùng	3	7,5%	1	2,5%	0	0%		
Khớp cắn sai	4	10%	4	10%	1	2,5%		
Tê bì môi dưới	7	17,5%	4	10%	1	2,5%		
Không biến chứng	26	65%	31	77,5%	38	95%		

Trong tổng số 40 bệnh nhân được điều trị gãy góc hàm gặp 2 trường hợp (5%) có biến chứng sau 3 tháng phẫu thuật, trong đó có 1 trường hợp khớp cắn sai do gãy kết hợp nhiều xương vùng mặt. Hai biến chứng thường gặp nhất là nhiễm trùng và tê bì môi dưới; các biến chứng này xuất hiện trong các trường hợp bệnh nhân có gãy di lệch nhiều gây tổn thương ống thần kinh răng dưới.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy gãy góc hàm XHD chủ yếu gặp ở nam giới chiếm tỷ lệ 75%; tỷ lệ nam/nữ = 3/1 và nhóm tuổi thường gặp là 20-40 tuổi. Tuổi trung bình là 27,4 ± 11,4 tuổi và tuổi nhỏ nhất là 5 và lớn nhất là 60 tuổi. Vậy, gãy góc hàm xảy ra chủ yếu ở Nam giới lứa tuổi từ 20-40 tuổi. Đây là lực lượng chính tham gia vào các hoạt động xã hội, lao động sản xuất, tham gia giao thông và trong các cuộc ẩu đả nhau vì thế hay gây ra các chấn thương hàm mặt nói chung và gãy góc hàm nói riêng.

Bảng 5 cho thấy nguyên nhân chấn thương

gãy góc hàm hay gãy nhất là do tai nạn giao thông chiếm 75% và chủ yếu xảy ra ở nam giới (60%). Nguyên nhân thứ hai hay gặp là tai nạn sinh hoạt (chiếm 22,5%) và cũng hay gặp ở nam giới (15%). Điều này cho thấy nguyên nhân gãy góc hàm ở nước ta hiện nay chủ yếu vẫn là do tai nạn giao thông, phù hợp với tình hình giao thông ở nước ta hiện nay mang tính cấp bách, mặc dù chính phủ ta đã có nhiều biện pháp để cải thiện như đội mũ bảo hiểm, tuyên truyền nâng cao ý thức chấp hành luật lệ giao thông... Trong khi các nước khác chủ yếu là do đánh nhau bao hàm cả tai nạn do vũ khí, chứng tỏ tình trạng bạo lực gây gãy góc hàm ở các nước phát triển cao hơn so với nước ta rất nhiều.

Đánh giá kết quả điều trị khi ra viện dựa trên 3 tiêu chí: giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ có khoảng 80% số bệnh nhân đạt kết quả tốt. Có 8 trường hợp (20%) đạt kết quả khá và 0 có trường hợp bệnh nhân đạt kết quả kém. 8 trường hợp bệnh nhân đạt kết quả khá về giải phẫu do đây là các trường hợp đường gãy di lệch nhiều hoặc kết hợp với gãy nhiều vị trí khác của xương mặt dẫn đến việc nắn chỉnh khó khăn cần kết hợp với nắn chỉnh ngoài mặt. 7 trường hợp bệnh nhân đạt kết quả khá về mặt chức năng do đường gãy góc hàm di lệch nhiều gây tổn thương ống thần kinh răng dưới dẫn đến việc tê bì ở môi cùng bên. 7 trường hợp bệnh nhân đạt kết quả khá về mặt thẩm mỹ do chấn thương gãy góc hàm di lệch nhiều hoặc kết hợp với gãy tầng giữa mặt, gãy nhiều vị trí khác trên vùng xương mặt gây tình trạng sưng nề mặt sau phẫu thuật. Các trường hợp bệnh nhân này ngoài việc sử dụng kháng sinh, chống viêm sau thuật đều được hướng dẫn chăm sóc sau phẫu thuật để làm giảm nguy cơ sưng nề nhiều vùng mặt. Triệu chứng tê bì môi dưới được thăm khám kỹ trước phẫu thuật và được giải thích về nguy cơ tê bì có thể hồi phục hoặc không hồi phục trong nhưng trường hợp bệnh nhân gãy góc hàm xương hàm dưới di lệch nhiều.

Đánh giá kết quả điều trị khi tháo cố định hàm dựa trên 3 tiêu chí: giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ có 90% số bệnh nhân đạt kết quả tốt. Có 4 trường hợp (10%) đạt kết quả khá và 0 có trường hợp bệnh nhân đạt kết quả kém. Trong đó 4 bệnh nhân đạt kết quả khá về mặt chức năng do gãy góc hàm kết hợp với các đường gãy khác của tầng mặt giữa gây ra khó khăn cho vấn đề nắn chỉnh và sai lệch nhiều về khớp cắn. Các bệnh nhân này sau đó đều được buộc cung Tigeursted 2 hàm kéo điều trị và theo dõi tiếp. Tình trạng tê bì môi dưới tại thời điểm tháo cố

định hàm đã giảm và chỉ còn xuất hiện ở 4 bệnh nhân. Điều này cho thấy với các trường hợp gãy góc hàm di lệch nhiều gây tổn thương tạm thời ống thần kinh răng dưới, việc nắn chỉnh tốt đường gãy giúp cải thiện một phần tình trạng tổn thương thần kinh, qua đó giúp giảm triệu chứng tê bì môi cho bệnh nhân.

Đánh giá kết quả điều trị sau mổ 3 tháng dựa trên 3 tiêu chí: giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ có 92,5% số bệnh nhân đạt kết quả tốt. Có 3 trường hợp (7,5%) đạt kết quả khá và 0 có trường hợp bệnh nhân đạt kết quả kém. Trong đó 100% các bệnh nhân đều được đảm bảo về chức năng ăn nhai tốt. Có 1 trường hợp bệnh nhân chưa đạt được mức độ tốt đa về chạm khớp mặc dù đã được điều trị nắn chỉnh tiếp bằng cung Tigeursted do trước đó bệnh nhân có chấn thương gãy nhiều xương vùng mặt kết hợp gãy góc hàm đồng thời gây mất nhiều răng 2 hàm, việc nắn chỉnh và cố định khớp ở bệnh nhân này là đặc biệt khó khăn. Tuy nhiên bệnh nhân vẫn được đảm bảo về lành thương xương sau 3 tháng và không có tình trạng viêm nhiễm.

Trong tổng số 40 bệnh nhân được điều trị gãy góc hàm gãy 2 trường hợp (5%) có biến chứng sau 3 tháng phẫu thuật. Hai biến chứng thường gặp nhất sau mổ là nhiễm trùng và tê bì môi dưới, trùng khớp với nghiên cứu của Paza AO và cộng sự.⁴ Các biến chứng này xuất hiện trong các trường hợp bệnh nhân có gãy di lệch nhiều gây tổn thương ống thần kinh răng dưới. Biến chứng nhiễm trùng mà chúng tôi gặp thường do đường gãy đi qua răng khôn, nhổ bỏ răng khôn nhưng khâu không được kín, ổ mổ không được dẫn lưu tốt và ý thức vệ sinh răng miệng của bệnh nhân sau mổ kém; những trường hợp nhiễm trùng này chúng tôi cắt chỉ vết mổ, dẫn lưu, bơm rửa sạch hằng ngày bằng oxy già, betadine, dùng kháng sinh liều cao và đều cho kết quả tốt không phải mổ lại.

V. KẾT LUẬN

Điều trị phẫu thuật gãy góc hàm xương hàm dưới bằng nẹp vít cho thấy hiệu quả lành thương rất tốt, đảm bảo chức năng ăn nhai và thẩm mỹ khuôn mặt cho bệnh nhân sau mổ. Cần lưu ý các biến chứng có thể gặp phải trong quá trình điều trị để có thể phòng ngừa và xử trí kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Trường TMD.** Tình hình chấn thương hàm mặt tại Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội trong 11 năm từ 1988 – 1998. Tạp chí Y Học Việt Nam. 1999;(10-11):71-3.
2. **Chen CL ZJ, Patel R, Branham G.** Complications and Reoperations in Mandibular

- Angle Fractures. JAMA Facial Plast Surg. 2018 May 1;20(3):238–43.
3. **Ellis E WL.** Treatment of mandibular angle fractures using two noncompression miniplates. J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg. 1994 Oct;52(10):1032–6; discussion 1036-1037.
4. **Paza AO AA, Passeri LA.** Analysis of 115 mandibular angle fractures. Journal of Oral and maxillofacial surgery, vol 66 (1). 2008; pp.6 - 73.

KẾT QUẢ GHÉP XƯƠNG MÁC VI PHẪU TRONG NHỮNG KHUYẾT HỔNG LỚN Ở XƯƠNG HÀM DƯỚI: TỔNG QUAN HỆ THỐNG

Nguyễn Thị Thúy¹, Đặng Triệu Hùng¹,
Nguyễn Đức Hoàng¹, Bùi Trung Kiên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ghép xương mác vi phẫu trong những khuyết hổng lớn ở xương hàm dưới của các nghiên cứu trong giai đoạn 2013-2023. **Đối tượng và phương pháp:** Tổng quan hệ thống các nghiên cứu được tìm thấy trên các cơ sở dữ liệu điện tử PubMed-MEDLINE và Cochrane. Đánh giá chất lượng các nghiên cứu sử dụng công cụ MINORS. Thông số đầu ra chính được quan tâm là tỷ lệ thành công của phẫu thuật (tỷ lệ vật sống). Các thông số khác bao gồm mức độ hài lòng của bệnh nhân, khả năng ăn nhai và khả năng phát âm sau phẫu thuật. **Kết quả:** Tổng cộng có 13 nghiên cứu thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. Có 6 nghiên cứu có tỷ lệ thành công của phẫu thuật là 100% và chỉ có 2 nghiên cứu có tỷ lệ dưới 90%. Có 3 nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân hài lòng với kết quả phẫu thuật ở mức tốt và trung bình 70-97%. Tỷ lệ bệnh nhân phục hồi phát âm là 65-85%. Tỷ lệ bệnh nhân phục hồi khả năng ăn nhai bình thường hoặc ăn mềm/lỏng vượt trội hơn so với ăn qua sonde, trong đó bệnh nhân ăn nhai bình thường nhiều vượt trội trong 3 nghiên cứu với tỉ lệ 78-97%. **Kết luận:** Phẫu thuật ghép xương mác vi phẫu là phương pháp điều trị hiệu quả cao trong phục hồi khuyết hổng lớn ở xương hàm dưới, cải thiện tốt về mặt chức năng, đem lại sự hài lòng cho bệnh nhân sau phẫu thuật. **Từ khóa:** tái tạo khuyết hổng xương hàm dưới, vật xương mác, vật tự do vi phẫu, tổng quan hệ thống.

SUMMARY

EFFICACY OF MANDIBULAR RECONSTRUCTION WITH THE FIBULA FLAP: A SYSTEMATIC REVIEW

Objective: Evaluating the results of microsurgical fibula bone grafting in large defects in the mandible in studies during the period 2013-2023. **Subjects and methods:** Systematic review of studies found on the electronic databases PubMed-MEDLINE and Cochrane. Assessing the quality of studies using the MINORS

tool. The main outcome is the surgical success rate (survival flap rate). Other outcomes include patient satisfaction, chewing ability and speech ability after surgery. **Results:** A total of 13 studies met the inclusion and exclusion criteria. There were 6 studies with a surgical success rate of 100% and only 2 studies with a rate below 90%. There are 3 studies showing that the rate of patients satisfied with surgical results is good and average 70-97%. The rate of patients recovering pronunciation is 65-85%. The rate of patients recovering the ability to chew normally or eat soft/liquid food was superior to eating through a sonde, in which patients who were able to chew normally were superior in 3 studies with a rate of 78-97%. **Conclusions:** Microsurgical fibula bone grafting surgery is a highly effective treatment method in restoring large defects in the mandible, improving function, and bringing satisfaction to patients after surgery. **Keywords:** mandibular reconstruction, fibula flap, microvascular free flap, systematic review

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xương hàm dưới đóng vai trò quan trọng trong duy trì các hoạt động chức năng và thẩm mỹ, đồng thời nó cũng xác định ranh giới của một phần ba tầng mặt dưới. Do đó, sự gián đoạn mất liên tục của xương hàm dưới đặc biệt là những khuyết hổng lớn sau khi điều trị bằng phẫu thuật dẫn tới sự khiếm khuyết cả về thẩm mỹ lẫn rối loạn chức năng gây ảnh hưởng tới sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Vật tự do cùng với sự tiến bộ của kỹ thuật vi phẫu mạch máu đã đạt được những thành tựu trong tái tạo các tổn khuyết lớn và phức tạp. Kể từ lần đầu tiên được giới thiệu bởi Taylor [1] (1975) nhưng mãi đến khi Hidalgo [2](1989) công bố nghiên cứu của mình vật xương mác mới trở nên phổ biến và được chấp nhận rộng rãi trên toàn thế giới. Phục hồi khuyết hổng lớn xương hàm dưới bằng ghép vật xương mác áp dụng kỹ thuật vi phẫu đã đáp ứng được yêu cầu tái tạo lại thẩm mỹ khuôn mặt và đảm bảo vai trò chức năng, cũng như gia tăng khả năng phục hình tức thì bằng implant cho người bệnh với sự cải tiến kỹ thuật mới như ghép xương mác chập

¹Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Triệu Hùng

Email: triehung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.10.2023

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2023

Ngày duyệt bài: 14.12.2023