

- s10350-006-0798-5
8. **Brunner M, Zu'bi A, Weber K, et al.** The use of single-stapling techniques reduces anastomotic complications in minimal-invasive rectal surgery. 2022;37(7):1601-1609.
9. **Kang S-B, Park JW, Jeong S-Y, et al.** Open versus laparoscopic surgery for mid or low rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy (COREAN trial): short-term outcomes of an open-label randomised controlled trial. 2010;11(7):637-645.
10. **Lujan J, Valero G, Hernandez Q, Sanchez A, Frutos M, Parrilla PJJ**oBS. Randomized clinical trial comparing laparoscopic and open surgery in patients with rectal cancer. 2009;96(9):982-989.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ LỖI CẦU XƯƠNG HÀM DƯỚI HAI BÊN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đỗ Thị Ngọc Linh<sup>1</sup>, Thịnh Thái<sup>1</sup>, Ngô Hải Sơn<sup>1</sup>,  
Dương Hồng Quân<sup>1</sup>, Nguyễn Hồng Hà<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới hai bên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả lâm sàng, theo dõi dọc. Đối tượng nghiên cứu gồm 51 bệnh nhân được chẩn đoán gãy lồi cầu xương hàm dưới hai bên. Thời gian từ 01/2017 - 01/2023. **Kết quả:** 51 bệnh nhân có 34 nam, 17 nữ. Tỷ lệ nam: nữ = 2:1. Tuổi trung bình 28,2. Thời gian theo dõi trung bình 22,2 tháng. Sau điều trị: Sai khớp cắn có 4 bệnh nhân (chiếm 7,8%), há miệng tốt chiếm 76,5%, trung bình chiếm 23,5%; biến chứng đau và rối loạn vận động chiếm 15,7%. Kết quả tốt chiếm 66,7%, trung bình chiếm 25,5%, kém chiếm 7,8%. **Kết luận:** Gãy lồi cầu xương hàm dưới hai bên cần được chẩn đoán đúng và điều trị thích hợp để giảm thiểu tối đa các biến chứng sau điều trị cho bệnh nhân

**Từ khóa:** Gãy lồi cầu xương hàm dưới hai bên.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF BILATERAL CONDYLAR FRACTURE TREATMENT OF MANDIBLE AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

**Objectives:** To evaluate the results of bilateral condylar fracture treatment of mandible. **Methods:** A clinical description, retrospective study of 51 patients between 01/2017 – 01/2023. **Results:** We had 51 patients, 34 male patients, 17 female patients. The average age of group: 28,2. The average follow-up time: 22,2 months. The results of treatment: Malocclusion (7,8%); Good mouth opening (76,5%), average mouth opening (23,5%). Complications: pain and movement disorder (15,7%). General treatment results: Good (66,7%), Fair (25,5%), Bad (7,8%). **Conclusions:** Bilateral condylar fracture must be diagnosed correctly and proper treated to minimize the complications to the patients.

**Keywords:** bilateral condylar fracture

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Ngọc Linh

Email: dongoclinh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.01.2024

Ngày duyệt bài: 6.2.2024

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương hàm dưới xảy ra phổ biến trong chấn thương hàm mặt, trong đó 25-35% liên quan tới gãy lồi cầu và 40-50% các trường hợp gãy lồi cầu biểu hiện gãy hai bên [1]. Gãy lồi cầu hai bên tác động và gây ra nhiều khó khăn hơn so với gãy một bên. Tuy nhiên, có rất ít thông tin về phương pháp điều trị tối ưu cho gãy lồi cầu hai bên. Các trường hợp gãy cạnh cắn thường xảy ra đơn thuần hoặc cùng với gãy lồi cầu đối bên. Rất hiếm khi thấy gãy lồi cầu hai bên mà không có gãy xương khác kèm theo. Rối loạn khớp cắn, không có khả năng nhai thức ăn, khó há miệng, đau vùng trước tai là những triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân. Gãy dưới cổ lồi cầu hai bên vẫn còn tranh cãi về việc điều trị, tiến hành nắn chỉnh kết hợp xương một bên hay nắn chỉnh, kết hợp xương hai bên. Tuổi của bệnh nhân, vị trí gãy, góc di lệch, di lệch đầu lồi cầu và các vị trí gãy khác ảnh hưởng tới quyết định điều trị của phẫu thuật viên [2].

Trên thế giới hiện đã có một số nghiên cứu về hiệu quả của các phương pháp điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới hai bên. Tuy nhiên, ở Việt Nam nghiên cứu về điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới hai bên vẫn còn rất hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *Đánh giá kết quả điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới hai bên tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.*

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

#### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu gồm 51 bệnh nhân được chẩn đoán gãy lồi cầu xương hàm dưới hai bên được điều trị tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt-Tạo Hình-Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 01/2017- 01/2023.

#### - Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Chẩn đoán gãy lồi cầu xương hàm dưới hai bên có hoặc không kèm theo gãy xương ở vị trí

khác của xương hàm dưới  
 + Bệnh nhân có đủ răng hàm trên và dưới để xác định được khớp cắn đúng  
 - **Tiêu chuẩn loại trừ:**  
 + Gãy một bên  
 + Gãy hàm trên kèm theo  
 + Đa chấn thương  
 + Bệnh nhân có các bệnh lý toàn thân, không hợp tác, không đủ hồ sơ

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- Nghiên cứu mô tả lâm sàng theo dõi dọc  
 - Phương pháp điều trị:  
 + Bước 1: Kết hợp xương bằng nẹp vít các vị trí gãy khác lồng cầu (cằm, cành ngang, góc hàm...)  
 + Bước 2: Điều trị gãy lồng cầu bằng một trong các cách: Điều trị bảo tồn bằng cố định hàm cho những trường hợp gãy lồng cầu cao, ít di lệch; phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít cho những trường hợp gãy lồng cầu di lệch nhiều, gập góc, gãy lồng cầu thấp. Các bệnh nhân được cố định hàm trong thời gian 1-4 tuần.  
 - Đánh giá kết quả sau 6 tháng:  
 + Tình trạng khớp cắn: đúng hay sai  
 + Mức độ há miệng tối đa:  
 • Tốt: ≥ 3,5cm  
 • Trung bình: 2,5-3,5cm  
 • Kém: <2,5cm  
 + Biến chứng: đau khớp, dính khớp, liệt thần kinh...  
 + Đánh giá kết quả điều trị:  
 • Tốt: Há miệng tốt, khớp cắn đúng, không có biến chứng.  
 • Khá: Không đạt được các tiêu chí của kết quả tốt nhưng không có bất kỳ triệu chứng nào của kết quả kém  
 • Kém: Có một trong các triệu chứng: há miệng kém, khớp cắn sai, liệt mặt, dính khớp...

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Nhóm nghiên cứu của chúng tôi gồm 51 bệnh nhân. Tỷ lệ nam: nữ = 2:1. Độ tuổi trung bình là 28,2. Thời gian theo dõi trung bình là 22,2 tháng. Nguyên nhân gãy lồng cầu chủ yếu do tai nạn giao thông. Kết quả sau khi nghiên cứu chúng tôi thu được như sau:

**Bảng 3.1. Các triệu chứng lâm sàng (n=51)**

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Sưng nề, biến dạng	51	100
Khớp cắn sai	51	100
Há miệng hạn chế	51	100
Đau chói trước nắp tai	45	88,2

**Nhận xét:** Hầu hết các bệnh nhân đều có

các triệu chứng sưng nề biến dạng mặt, khớp cắn lệch, hạn chế há miệng.

**Bảng 3.2. Phân loại gãy các đường gãy (n=51)**

Phân loại	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Gãy lồng cầu thấp hai bên	1	2
Gãy lồng cầu cao hai bên+ đường gãy khác kèm theo	36	70,6
Gãy lồng cầu thấp hai bên+ đường gãy khác kèm theo	5	9,8
Gãy một bên lồng cầu cao + một bên lồng cầu thấp + đường gãy khác kèm theo	9	17,6
Tổng số bệnh nhân	51	100

**Nhận xét:** Nhóm bệnh nhân gãy lồng cầu cao hai bên kèm theo đường gãy khác (cằm, góc hàm) chiếm tỷ lệ cao nhất 70,6%. Sau đó là nhóm bệnh nhân gãy LC cao một bên+ LC thấp một bên+ đường gãy khác chiếm 17,6%.

**Bảng 3.3. Các phương pháp điều trị gãy lồng cầu 2 bên**

Các phương pháp điều trị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Điều trị bảo tồn	33	64,7
Điều trị phẫu thuật 1 bên	13	25,5
Điều trị phẫu thuật 2 bên	5	9,8
Tổng số bệnh nhân	51	100

**Nhận xét:** Điều trị chủ yếu là bảo tồn chiếm 64,7%, can thiệp phẫu thuật chiếm 35,3%

**Bảng 3.4. Tình trạng khớp cắn sau điều trị (n=51)**

Tình trạng khớp cắn	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Khớp cắn đúng	47	92,2
Khớp cắn sai	4	7,8
Tổng số bệnh nhân	51	100

**Nhận xét:** sau điều trị số lượng bệnh nhân có tình trạng khớp cắn đúng là 92,2%, có 4 bệnh nhân sai khớp cắn (chiếm 7,8%)

**Bảng 3.5. Tình trạng há miệng (n=51)**

Tình trạng há miệng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tốt	39	76,5
Trung bình	12	23,5
Tổng số bệnh nhân	51	100

**Nhận xét:** Số lượng bệnh nhân sau điều trị há miệng tốt chiếm 76,5%, trung bình chiếm 23,5%.

**Bảng 3.6. Biến chứng sau điều trị (n=51)**

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Không biến chứng	43	84,3
Nhiễm trùng	0	0

Đau khớp, rối loạn vận động	8	15,7
Dính khớp	0	0
Liệt mặt	0	0
Tổng số bệnh nhân	51	100

**Nhận xét:** Biến chứng hay gặp nhất là đau và rối loạn vận động chiếm 15,7%, không có các biến chứng khác.

**Bảng 3.7. Kết quả điều trị chung của nhóm nghiên cứu (n=51)**

Kết quả điều trị	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tốt	34	66,7
Trung bình	13	25,5
Kém	4	7,8
Tổng số bệnh nhân	51	100

**Nhận xét:** Số bệnh nhân đạt kết quả tốt chiếm tỉ lệ 66,7%, trung bình chiếm 25,5% và kém có 4 bệnh nhân chiếm 7,8%

**Bảng 3.8. So sánh kết quả của các phương pháp điều trị (n=51)**

Phương pháp điều trị	Kết quả điều trị			P
	Tốt	Trung bình	Kém	
Bảo tồn	19 (57,6%)	12 (36,4%)	2 (6,1%)	0,155
Phẫu thuật 1 bên	11 (84,6%)	1 (7,7%)	1 (7,7%)	
Phẫu thuật 2 bên	4 (80%)	0 (0%)	1 (20%)	

**Nhận xét:** Kết quả tốt ở nhóm có điều trị phẫu thuật (>80%) cao hơn so với phương pháp bảo tồn (57,6%) tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,155.

**IV. BÀN LUẬN**

Gãy lồi cầu xương hàm dưới xảy ra khá phổ biến, gây ra nhiều biến chứng như đau, hạn chế vận động xương hàm dưới, dính khớp, bất cân xứng mặt... Do đó việc khám, chẩn đoán và có kế hoạch điều trị phù hợp sẽ giúp hạn chế những vấn đề trên [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 51 bệnh nhân gãy lồi cầu hai bên. Rất hiếm khi lồi cầu gãy hai bên đơn thuần. Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy có 98% bệnh nhân có kết hợp với một đường gãy khác chủ yếu là vùng cằm và cạnh cằm. Chỉ có 1 bệnh nhân chiếm 2% gãy lồi cầu thấp hai bên đơn thuần. Điều này khẳng định rằng lực được tác động từ vùng cằm lan tới vùng lồi cầu hai bên gây gãy lồi cầu hai bên. Trên lâm sàng khi có các đường gãy ổ cằm cần kiểm tra xem có gãy lồi cầu kèm theo không.

Chúng tôi sử dụng phân loại gãy lồi cầu của Lindahl, phân loại giúp đánh giá và xác định kế hoạch điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 36 bệnh nhân (chiếm 70,6%) gãy lồi cầu cao

hai bên được điều trị theo phương pháp bảo tồn. 9 bệnh nhân (chiếm 17,6%) gãy một bên thấp và một bên cao được điều trị bảo tồn một bên và phẫu thuật kế hợp xương một bên, có 1 bệnh nhân (2%) gãy lồi cầu thấp hai bên được điều trị phẫu thuật. Số lượng bệnh nhân điều trị bảo tồn chiếm 64,7% và điều trị phẫu thuật (1 hoặc 2 bên) là 35,3%.

Cũng giống các tác giả ngoài nước, chúng tôi điều trị bảo tồn cho các trường hợp gãy cao, ít di lệch, gãy chỏm lồi cầu. Theo Marker đây là phương pháp không gây sang chấn, an toàn và có độ tin cậy. Tuy nhiên, Ellis cho rằng, lồi cầu sẽ phải trải qua ba loại tiến triển khác nhau: tái tạo lại, thay đổi các thành phần thái dương của khớp thái dương hàm và mất kích thước dọc, có thể trở lại thành khớp hoạt dịch mới hoặc không. Việc điều trị bảo tồn có thể dẫn tới bất cân xứng mặt, sai khớp cắn, hở cửa và đôi khi cần phẫu thuật để chỉnh sửa [5].

Đối với các trường hợp gãy lồi cầu di lệch nhiều, gập góc, chúng tôi chỉ định phẫu thuật kết hợp xương ít nhất 1 bên lồi cầu để phục hồi chiều cao của ngành lên xương hàm dưới. Trong điều trị phẫu thuật lồi cầu có nhiều đường mổ khác nhau tùy thuộc vào đường gãy. Các biến chứng hay gặp phải khi phẫu thuật là liệt mặt, chảy máu do làm rách tĩnh mạch sau hàm dưới, sẹo xấu... Trong nghiên cứu, chúng tôi chủ yếu sử dụng đường rạch dưới hàm (Redon), và không gặp biến chứng nào về thần kinh hay chảy máu.

Gãy lồi cầu hai bên làm gia tăng khả năng thất bại khi điều trị bằng phương pháp bảo tồn, biến dạng lồi cầu sau chấn thương. Chúng tôi điều trị bảo tồn 64,7% các trường hợp gãy lồi cầu cao hai bên, và có 4 bệnh nhân bị dính khớp và sai khớp cắn. Mặc dù bệnh nhân đã được hướng dẫn kéo chun class II tuy nhiên vẫn không cải thiện nhiều. Một số tác giả đưa ra phương án cắt xương hàm dưới BSSO, hoặc cắt xương hàm trên Lefort I để điều chỉnh khớp cắn [6]. Với các bệnh nhân bị dính khớp, chúng tôi tiến hành cắt khối dính và ghép mỡ trung bì. Bệnh nhân có cải thiện tình trạng há miệng tuy nhiên khớp cắn bị hở cửa.

Thông thường các kết quả cần đạt được gồm 4 tiêu chí: chuyển động hàm dưới bình thường không đau, há miệng tối đa 40mm, khớp cắn đúng, khớp thái dương hàm ổn định, cân xứng mặt và hàm dưới. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 8 bệnh nhân (chiếm 15,7%) bị đau và rối loạn vận động khớp. Một trong những hạn chế của phẫu thuật điều trị gãy lồi cầu hiện nay là chưa quan tâm tới cấu trúc đĩa khớp. Cấu trúc

này có thể bị tổn thương khi gãy lồi cầu dẫn đến ảnh hưởng vận động. Ngoài ra, việc tuân thủ chế độ điều trị cho các bệnh nhân gãy lồi cầu cũng đòi hỏi khắt khe hơn các gãy xương khác do đó chức năng vẫn chưa đạt được như mong muốn.

Kết quả chung sau điều trị kết quả tốt đạt 66,7%, kết quả trung bình đạt 25,5%, kết quả kém chiếm 7,8%. Trong đó kết quả tốt của các nhóm có can thiệp phẫu thuật đạt >80% cao hơn so với nhóm điều trị bảo tồn chỉ đạt kết quả tốt là 57,6%. Điều này cũng tương tự như nhận xét của các tác giả khác (García-Guerrero, Gupta, Singh) khi so sách kết quả của 2 nhóm điều trị bảo tồn và phẫu thuật. Mặc dù sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,155$ ) nhưng kết quả nghiên cứu cho thấy việc chỉ định phẫu thuật đúng sẽ cho kết quả khả quan hơn.

## V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới hai bên là tương đối tốt. Việc chẩn đoán và kế hoạch điều trị đúng sẽ giúp giảm thiểu tối đa các biến chứng cho bệnh nhân.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ MỞ KHÍ QUẢN BẰNG PHƯƠNG PHÁP NONG QUA DA TẠI TRUNG TÂM CẤP CỨU A9 - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Tô Hiến Minh<sup>1</sup>, Trần Hữu Thông<sup>2</sup>, Nguyễn Anh Tuấn<sup>2,3</sup>, Nguyễn Hữu Quân<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật mở khí quản nong qua da tại Trung tâm Cấp cứu A9 – Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp:** Chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả/ tiến cứu trên các bệnh nhân nặng cần mở khí quản tại Trung tâm Cấp cứu A9 của Bệnh viện Bạch Mai từ 1/8/2022 đến 30/8/2023. **Kết quả:** Tổng số 23 bệnh nhân, 69,6% (16/23) là nam giới và 78,3% (18/23)  $\geq$  60 tuổi. Bệnh lý phối hợp bao gồm tăng huyết áp (56,5%; 13/23) và đái tháo đường (47,8%; 11/23). Số bệnh nhân (47,8%; 11/23) được mở khí quản muện và có 12/23 (52,2%) được mở khí quản sớm. Chỉ định mở khí quản do tiền lượng thở máy kéo dài chiếm 60,9% (14/23) và do các trường hợp khác là 39,1%. Chẩn đoán chính để chỉ định mở khí quản cao nhất là hôn mê sau ngừng tuần hoàn (26,1%, 6/23), sau đó là đột quỵ não (21,7%, 5/23).

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Seshappa KN, Rangaswamy S** (2020). Bilateral mandibular condyle fractures: Should we open both? Natl J Maxillofac Surg (2020) Jul-Dec; 11(2): 285-288
2. **George N, Brandon J, et al** (2019). Establishing a Protocol for Closed Treatment of Mandibular Condyle Fractures with Dynamic Elastic Therapy. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2019 Dec; 7(12): e2506.
3. **Viveka N, Rajan R, Ganti S** (2013). Analysis of Patterns and Treatment Strategies for Mandibular Condyle Fractures: Review of 175 Condyle Fractures with Review of Literature. J Maxillofac Oral Surg. 2013 Sep; 12(3): 315–320
4. **Choi K.Y, Yang J.D, Chung H.Y** (2012). Current Concepts in the Mandibular Condyle Fracture Management. Arch Plast Surg. 2012 Jul; 39(4): 291–300
5. **Ellis E, Simon P, Throckmorton GS** (2000). Occlusal results after open or closed treatment of fractures of the mandibular condylar process. J Oral Maxillofac Surg. 2000;58:260–268
6. **García-Guerrero I, Ramírez JM, Gómez de Diego R, Martínez-González JM, Poblador MS, Lancho JL, et al** (2018). Complications in the treatment of mandibular condylar fractures: Surgical versus conservative treatment. Ann Anat. 2018;216:60–8

**Kết luận:** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân nặng được mở khí quản có độ tuổi trung bình khá cao. Bệnh lý phối hợp phổ biến bao gồm tăng huyết áp và đái tháo đường. Thời gian mở khí quản ngắn, thủ thuật được tiến hành đơn giản, tỷ lệ thành công cao. **Từ khóa:** Mở khí quản nong qua da

### SUMMARY

#### EVALUATE THE RESULTS OF PERCUTANEOUS DILATATIONAL TRACHEOSTOMY AT EMERGENCY CENTER – BACH MAI HOSPITAL

**Objectives:** Evaluate the results of percutaneous dilatational tracheotomy at Emergency center – Bach Mai hospital. **Methods:** Prospectively descriptive study with 23 patients required prolonged mechanical ventilator support who were indicated percutaneous dilatational tracheotomy by Single dilator technique at emergency center – Bach Mai hospital from 08/2022 to 08/2023. **Results:** There were 23 patients in the study group with 16 males and 7 females. Mean age was 67 years. Prolonged mechanical ventilator support was 60.9% and other causes was 39.1%. Mean procedure time was 7.9 minutes and duration of intubation before PDT was 7.8 days. Common comorbidities included hypertension (56.5%, 13/23), diabetes mellitus (47.8%, 11/23). The success rate of the method was 100%. The rate of encountering

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>3</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Thông

Email: thongccbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.01.2024

Ngày duyệt bài: 5.2.2024