

co ngắn gân gót. Catagni [3] nối dài gân gót ở 19/54 BN. Park [8] nối dài gân gót ở 2/19 BN. Novikov [7] nối dài gân gót ở 2/12 BN co ngắn gân gót. Sun [9] nối dài gân gót ở 13/37 BN co ngắn gân gót. Các tác giả này đều thông báo kết quả hồi phục chức năng cổ chân tốt. Chúng tôi chọn nối dài gân gót tại vùng 3 theo kỹ thuật nối dài 3 điểm qua da của Hoke hoặc tại 1 điểm. Điểm AOFAS trung bình và biên độ gấp mu bàn chân sau mổ 6 tháng lần lượt là $96,08 \pm 3,17^{\circ}$ và $20,06 \pm 5,15^{\circ}$. Mặc dù sự khác biệt về điểm AOFAS, biên độ gấp gan và gấp mu bàn chân của 2 nhóm BN là không có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên, khoảng cách từ gót chân- mặt sàn khi đứng kiễng gót ở nhóm I thấp hơn nhóm II với $P < 0,05$. Điều đó cho thấy hiệu quả cao sau nối dài gân gót qua da theo kỹ thuật Hoke so với cắt ngầm gân gót tại 1 điểm,

Chúng tôi cũng không gặp biến chứng tổn thương mạch máu, thần kinh, nhiễm khuẩn vết mổ, đứt gân gót. Điều đó cho thấy sự an toàn của kỹ thuật nối dài gân gót qua da. Sơ mổ sau nối dài gân gót ngắn, thẩm mỹ.

V. KẾT LUẬN

Điều trị co ngắn gân gót mức độ nặng bằng phẫu thuật nối dài gân gót qua da theo kỹ thuật Hoke là phương pháp an toàn, hiệu quả cao, sơ mổ thẩm mỹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Tiên Dũng** (2004), Nhận xét kết quả bước đầu nâng chiều cao cho người có tầm vóc thấp bằng phẫu thuật kéo dài hai cẳng chân, Tạp chí Y học thực hành, 2, pp. 31-32.

2. **Belthur M. V., Paley D., Jindal G., et al.** (2008), Tibial lengthening: extraarticular calcaneotibial screw to prevent ankle equinus, Clin Orthop Relat Res, 466(12), pp. 3003-3010.
3. **Catagni M. A., Lovisetti L., Guerreschi F., et al.** (2005), Cosmetic bilateral leg lengthening: experience of 54 cases, J Bone Joint Surg Br, 87(10), pp. 1402-1405.
4. **Folkerts C., Henry S., Kovelman H. F., et al.** (1992), Rehabilitation of the Ilizarov patient, Rehab Manag, 5(6), pp. 126-129.
5. **Guo Q., Zhang T., Zheng Y., et al.** (2012), Tibial lengthening over an intramedullary nail in patients with short stature or leg-length discrepancy: a comparative study, Int Orthop, 36(1), pp. 179-184.
6. **Kim S. J., Balce G. C., Agashe M. V., et al.** (2012), Is bilateral lower limb lengthening appropriate for achondroplasia?: midterm analysis of the complications and quality of life, Clin Orthop Relat Res, 470(2), pp. 616-621.
7. **Novikov K. I., Subramanyam K. N., Muradisinov S. O., et al.** (2014), Cosmetic Lower Limb Lengthening by Ilizarov Apparatus: What are the Risk, Clin Orthop Relat Res.
8. **Park H. W., Yang K. H., Lee K. S., et al.** (2008), Tibial lengthening over an intramedullary nail with use of the Ilizarov external fixator for idiopathic short stature, J Bone Joint Surg Am, 90(9), pp. 1970-1978.
9. **Sun X. T., Easwar T. R., Manesh S., et al.** (2011), Complications and outcome of tibial lengthening using the Ilizarov method with or without a supplementary intramedullary nail: a case-matched comparative study, J Bone Joint Surg Br, 93(6), pp. 782-787.
10. **Firth G.B., McMullan M., Chin T., Ma F., Selber P., Eizenberg N., Wolfe R., Kerr Graham H.** (2013), Lengthening of the gastrosoleus complex, J Bone Joint Surg Am, 95:1489-96.

ĐẶC ĐIỂM GÃY XƯƠNG HÀM DƯỚI Ở MỘT SỐ BỆNH NHÂN TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ, NĂM 2023-2024

Trần Kiều Hoa^{1,2}, Lâm Nhựt Tân¹, Tô Tuấn Dân²,
Trần Minh Triết³, Trần Linh Nam³, Bùi Trần Hoàng Huy⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ngày nay, tai nạn giao thông ngày càng tăng với chấn thương vùng hàm mặt ngày càng

trở nên phổ biến và phức tạp với sự kết hợp với các tổn thương khác. Trong đó, chấn thương gãy xương hàm dưới (XHD) chiếm đa số. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu đặc điểm gãy XHD ở một số bệnh nhân tại Thành phố Cần Thơ năm 2023-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích trên 36 bệnh nhân gãy XHD tại Thành phố Cần Thơ năm 2023-2024. **Kết quả:** Nhóm tuổi từ 19-39 tuổi chiếm 66,7% và nam giới chiếm 80,6%. Nguyên nhân do tai nạn giao thông chiếm 94,4%. Tỷ lệ vị trí gãy đơn giản và phức tạp lần lượt là 55,6% và 44,4%; đa số triệu chứng cơ năng và thực thể có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm gãy đơn giản và phức tạp. **Kết luận:** Các đặc điểm của gãy XHD đa dạng và phức tạp từ triệu chứng cơ

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ

³Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

⁴Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Nhựt Tân

Email: Intan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 24.5.2024

nặng, thực thể đến đặc điểm gãy xương. Gãy XHD không chỉ ảnh hưởng thẩm mỹ mà còn ảnh hưởng đến chức năng cơ năng khác, làm suy giảm đáng kể chất lượng cuộc sống bệnh nhân.

Từ khoá: gãy xương hàm dưới, đặc điểm gãy xương, gãy phức tạp.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF LOWER JAW FRACTURES IN SOME PATIENTS IN CAN THO CITY, YEAR 2023-2024

Background: Nowadays, traffic accidents are increasing with maxillofacial injuries becoming more and more common and complicated in combination with other injuries. Among them, mandibular fracture injuries account for the majority. **Objective:** Study the characteristics of mandibular fractures in some patients in Can Tho City in 2023-2024. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study with analysis on 36 patients with mandibular fractures in Can Tho City in 2023-2024. **Results:** The age group from 19-39 years old accounted for 66.7% and men accounted for 80.6%. The cause of traffic accidents accounts for 94.4%. The rates of simple and complex fractures were 55.6% and 44.4%, respectively; Most of the functional and physical symptoms had statistically significant differences between the two groups of simple and complex fractures. **Conclusion:** The characteristics of mandibular fractures are diverse and complex, from functional and physical symptoms to fracture characteristics. Mandibular fractures not only affect aesthetics but also affect other functional functions (chewing, speaking, etc.), significantly reducing the patient's quality of life.

Keywords: mandibular fracture, fracture characteristics, complex fracture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, tai nạn giao thông ngày càng tăng với chấn thương vùng hàm mặt ngày càng trở nên phổ biến và phức tạp với sự kết hợp với các tổn thương khác. Trong đó, chấn thương gãy xương hàm dưới chiếm 47-61% trong tổng số các trường hợp chấn thương gãy xương vùng hàm mặt [1], [2] và riêng tại Việt Nam, tỉ lệ này là 41,2% [3]. XHD góp phần quan trọng hình thành tầng mặt dưới, do đó liên quan đến chức năng ăn nhai, nói và thẩm mỹ khuôn mặt. Vì vậy, gãy XHD ảnh hưởng xấu đến đời sống sinh hoạt, sức khỏe và cả tinh thần của bệnh nhân. Với những đặc điểm quan trọng trong vai trò của XHD, việc thăm khám ở các bệnh nhân gãy XHD cần phải đánh giá tỉ mỉ và toàn diện để tránh bỏ sót tổn thương và hướng đến phương pháp điều trị tốt nhất. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đặc điểm gãy xương hàm dưới ở một số bệnh nhân tại Thành phố Cần Thơ năm 2023-2024" với mục tiêu mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở một số bệnh nhân gãy XHD tại Thành phố Cần Thơ, năm 2023-2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân gãy XHD điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 2 năm 2024.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Bệnh nhân được chẩn đoán xác định gãy XHD.
+ Bệnh nhân còn đủ số răng để có thể xác định khớp cắn.

+ Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên.

+ Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân đến muộn hơn 14 ngày.
+ Bệnh nhân gãy XHD kèm gãy xương hàm trên, gãy hàm gò má.

+ Bệnh nhân gãy XHD kèm chấn thương sọ não, chấn thương bụng, gãy xương đùi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

- **Cỡ mẫu:** Theo công thức ước lượng một tỉ lệ trong quần thể nghiên cứu. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 36 bệnh nhân gãy XHD thỏa tiêu chuẩn.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện cho đến khi phân lập đủ cỡ mẫu phù hợp đưa vào tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ.

- **Phương pháp nghiên cứu:** Thu thập theo phiếu thu thập số liệu được thiết kế sẵn, đặc điểm lâm sàng và đặc điểm phim Xquang mặt thẳng, mặt nghiêng XHD ở bệnh nhân gãy XHD.

2.3. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính, nơi cư trú và nghề nghiệp.

- Đặc điểm gãy XHD: nguyên nhân, vị trí gãy, số đường gãy và các triệu chứng cơ năng và triệu chứng thực thể ở bệnh nhân gãy XHD.

2.4. Phân tích và xử lí số liệu. Theo phương pháp thống kê y học dùng phần mềm Excel, SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

	Đặc điểm chung	Tần số	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	16-18	4	11,1
	19-39	24	66,7
	40-59	8	22,2
Giới tính	Nam	29	80,6
	Nữ	7	19,4
Nơi cư trú	Cần Thơ	18	50
	Khác	18	50
Nghề	Công nhân	9	25

nghiệp	Sinh viên/viên chức	3	8,3
	Khác	24	66,7

Nhận xét: Nghiên cứu trên 36 bệnh nhân gãy XHD với phân bố theo 3 nhóm tuổi gồm 4 bệnh nhân từ 16-18 tuổi (11,1%), 24 bệnh nhân từ 19-39 tuổi (66,7%) và 8 bệnh nhân từ 40-59 tuổi (22,2%). Nhóm bệnh nhân gãy XHD tập trung chủ yếu ở nam với 29/36 bệnh nhân (80,6%), ở nữ chỉ ghi nhận 7 bệnh nhân. Nơi cư trú phân bố ở Cần Thơ chiếm 50%. Nghiên cứu phân nhóm nghề nghiệp gồm công nhân (25%), sinh viên/ viên chức (8,3%) và các nghề nghiệp khác (66,7%).

3.2. Đặc điểm gãy xương hàm dưới

Bảng 2. Nguyên nhân gãy xương

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ %
Nguyên nhân	Tai nạn giao thông	34	94,4
	Tai nạn lao động	1	2,8
	Tai nạn sinh hoạt	1	2,8
Đặc điểm TNGT	Tự té xe	7	20,1
	Va chạm xe	27	79,9

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận có 3 nguyên nhân gãy XHD bao gồm tai nạn giao thông (94,4%), tai nạn lao động (2,8%) và tai nạn sinh hoạt (2,8%). Ở 34 bệnh nhân gãy XHD do tai nạn giao thông, có 7 trường hợp do tự té xe (20,1%) và 27 trường hợp va chạm xe (79,9%).

Bảng 3. Vị trí gãy xương hàm dưới

Vị trí gãy		Số lượng n (%)	Tổng n (%)
Gãy đơn giản (1 vị trí)	Cằm	10 (50)	20 (55,6)
	Góc hàm	6 (30)	
	Cành ngang	2 (10)	
	Cầu lồi	1 (5)	
	Cổ lồi cầu	1 (5)	
Gãy phức tạp (gãy 2)	Cằm + góc hàm	9 (56,2)	16 (44,4)
	Cành ngang + góc hàm	2 (12,5)	
	Cằm + lồi cầu	3 (18,8)	

Bảng 5. Triệu chứng cơ năng và triệu chứng thực thể

Triệu chứng		Gãy đơn giản Số lượng n (%)	Gãy phức tạp Số lượng n (%)	p
Triệu chứng cơ năng				
Đau	Không đau	6 (100)	0 (0,0)	0,017
	Đau ít	11 (57,9)	8 (42,1)	
	Đau vừa	2 (22,2)	7 (77,8)	
	Rất đau	1 (50)	1 (50,0)	
Tê bì môi cằm	Có	11 (42,3)	15 (57,7)	0,022
	Không	9 (90)	1 (10,0)	
Triệu chứng thực thể				
Sưng nề, tụ máu	Có	20 (55,6)	16 (44,4)	-
	Không	0 (0)	0 (0,0)	
Vết thương vị trí gãy	Có	20 (55,6)	16 (44,4)	-

vị trí trở lên)	Cằm + cổ lồi cầu	2 (12,5)
	Cằm + cành ngang	0 (0,0)

Nhận xét: Trong 36 bệnh nhân gãy XHD, có 20 bệnh nhân gãy đơn giản (1 vị trí) chiếm 55,6% và 16 bệnh nhân gãy phức tạp (gãy 2 vị trí trở lên) chiếm 44,4%. Ở 20 bệnh nhân gãy đơn giản, các vị trí gãy lần lượt là gãy cằm (50%), gãy góc hàm (30%), gãy cành ngang (10%), gãy lồi cầu (5%) và gãy cổ lồi cầu (5%). Ở 16 bệnh nhân gãy phức tạp (gãy 2 vị trí trở lên), các vị trí lần lượt là gãy cằm + góc hàm (56,2%), gãy cành ngang + góc hàm (12,5%), gãy cằm + lồi cầu (18,8%) và gãy cằm + cổ lồi cầu (12,5%).

Bảng 4. Đặc điểm vị trí gãy và số đường gãy

Đặc điểm	Gãy đơn giản Số lượng n (%)	Gãy phức tạp Số lượng n (%)	p
Vị trí bên gãy			
Bên trái	11 (61,1)	7 (38,9)	0,256
Bên phải	9 (56,3)	7 (43,7)	
Hai bên	0 (0)	2 (100)	
Số đường gãy			
1 đường	14 (93,3)	1 (6,7%)	<0,0
2 đường	6 (28,6)	15 (71,4)	01

Nhận xét: Vị trí gãy bên trái có 11 trường hợp gãy đơn giản (61,1%) và 7 trường hợp gãy phức tạp (38,9%). Vị trí gãy bên phải có 9 trường hợp gãy (56,3%) và 7 trường hợp gãy phức tạp (43,7%). Chỉ ghi nhận gãy 2 bên ở trường hợp gãy phức tạp. Sự khác biệt về vị trí bên gãy ở 2 nhóm gãy đơn giản và gãy phức tạp không có ý nghĩa thống kê với p= 0,256.

Ở 15 bệnh nhân gãy 1 đường, có 14 trường hợp gãy đơn giản (93,3%) và 1 trường hợp gãy phức tạp (6,7%). Có 21 bệnh nhân gãy 2 đường, trong đó 6 trường hợp gãy đơn giản (28,6%) và 15 trường hợp gãy phức tạp (71,4%). Sự khác biệt về số đường gãy ở 2 nhóm gãy đơn giản và gãy phức tạp có ý nghĩa thống kê với p< 0,001.

	Không	0 (0,0)	0 (0,0)	
Đau chói bờ xương	Có	20 (55,6)	16 (44,4)	-
	Không	0 (0,0)	0 (0,0)	
Gián đoạn xương	Có	3 (16,7)	15 (83,3)	< 0,001
	Không	17 (94,4)	1 (5,6)	
Gián đoạn cung răng	Có	11 (44,0)	14 (56)	0,067
	Không	9 (81,8)	2 (18,2)	
Sai khớp cắn	Có	9 (39,1)	14 (60,9)	0,014
	Không	11 (84,6)	2 (15,4)	
Há miệng hạn chế	Có	13 (44,8)	16 (55,2)	0,011
	Không	7 (100,0)	0 (0,0)	

Nhận xét: Các triệu chứng cơ năng ghi nhận bao gồm đau và tê bì môi cằm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về 2 triệu chứng này ở nhóm bệnh nhân gãy đơn giản và gãy phức tạp với p lần lượt là 0,017 và 0,022.

Các triệu chứng thực thể: 100% đối tượng có các triệu chứng sưng nề, tụ máu; vết thương vị trí gãy và bị đau chói bờ xương. Các triệu chứng thực thể còn lại, ngoại trừ đặc điểm gián đoạn cung răng, các đặc điểm khác ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm gãy xương.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu. Qua nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận các bệnh nhân gãy XHD chủ yếu tập trung ở nhóm tuổi từ 19-30 tuổi với 24 bệnh nhân (66,7%). Đây là nhóm tuổi có nhiều hoạt động xã hội, nguồn lực lao động chủ chốt và là đối tượng tham gia điều khiển phương tiện giao thông cao. Nghiên cứu của tác giả Trần Minh Triết cũng tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi với tỉ lệ cao nhất ở nhóm tuổi 19-39 chiếm 71,7% [3].

Về giới tính, tỉ lệ nam giới cao hơn nữ giới 4,1 lần. Các hoạt động xã hội, lao động, giao thông ở nam và nữ là như nhau trong xã hội bình đẳng giới, phát triển, hội nhập. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có sự chênh lệch về giới tính có thể do một số nguyên nhân như sự tuân thủ các luật lệ giao thông, thói quen sử dụng rượu bia, điều khiển xe phân khối lớn và quá tốc độ thường gặp ở nam giới. Chúng tôi ghi nhận, có 50% bệnh nhân có nơi cư trú là tại Cần Thơ và 50% bệnh nhân đến từ các tỉnh khác. Cần Thơ thành phố lớn với dân cư đông đúc, nhiều hoạt động xã hội và nhiều phương tiện tham gia giao thông, khi gặp tai nạn Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ là nơi cấp cứu và điều trị thuận tiện cho dân địa phương và các tỉnh lân cận.

4.2. Đặc điểm gãy xương hàm dưới. Nguyên nhân gãy XHD do tai nạn giao thông chiếm tỉ lệ cao nhất với 94,4%. Trong đó do va chạm xe chiếm 79,9%. Điều này được lí giải qua

nghiên cứu của tác giả Phạm Hoàng Tuấn với đặc điểm dân số Việt Nam là dân số trẻ trong độ tuổi lao động, phương tiện lưu thông chủ yếu là xe gắn máy, ý thức tham gia giao thông của người dân còn chưa tốt nên dễ xảy ra tai nạn giao thông [4].

Nghiên cứu về đặc điểm kiểu gãy XHD ghi nhận đa số bệnh nhân có kiểu gãy đơn giản (1 vị trí gãy) chiếm 55,6% so với gãy phức tạp (gãy 2 vị trí trở lên) chiếm 44,4%. Bởi đặc điểm về giải phẫu XHD với vùng cằm là vị trí nhô ra nhất nên khi có một lực tác động trực tiếp sẽ làm tổn thương vùng cằm. Điều này phù hợp trong nghiên cứu của chúng tôi với gãy vùng cằm chiếm 50% trong kiểu gãy đơn giản và ở các trường hợp gãy phức tạp luôn có kèm theo tổn thương vùng cằm.

Khi phân chia bên gãy, chúng tôi ghi nhận vị trí gãy bên trái chiếm tỉ lệ cao nhất (50%). Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trần Linh Nam (48,3%) [5], Trương Nhật Khuê (42,8%) [6]. Theo luật giao thông đường bộ Việt Nam qui định người tham gia giao thông chạy bên phải, vì vậy khi xảy ra tai nạn thường ngã về bên trái. Bên cạnh đó, thường xuyên xảy ra va chạm với xe chạy ngược chiều nên gây tổn thương phức tạp hơn. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận sự khác biệt về số đường gãy giữa 2 nhóm gãy đơn giản và gãy phức tạp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Với 1 đường gãy, kiểu gãy đơn giản chiếm đa số với 93,3%. Với 2 đường gãy, kiểu gãy phức tạp sẽ chiếm tỉ lệ cao hơn với 71,4%.

Hầu hết các bệnh nhân đều than phiền về triệu chứng đau (83,3%) với các mức độ khác nhau với các kiểu gãy khác nhau. Bên cạnh đó, bệnh nhân còn than phiền với triệu chứng tê bì môi cằm (72,2%). Sự khác biệt về triệu chứng đau và tê bì môi cằm ở 2 nhóm kiểu gãy có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là 0,017 và 0,022.

Với triệu chứng sưng nề, tụ máu và vết thương tại vị trí gãy gặp trong hầu hết ở các bệnh nhân gãy XHD (100%) giúp chúng ta định

hướng đến vị trí gãy, đồng thời còn giúp chúng ta đánh giá cường độ lực tác động, thời gian từ khi bị tổn thương đến khi được thăm khám.

Dấu hiệu được xác định thông qua thăm khám sờ nắn dọc theo bờ nền XHD là dấu hiệu đau chói bờ xương, gián đoạn xương và gián đoạn cung răng là dấu hiệu quan trọng trong chẩn đoán vị trí gãy xương. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ xuất hiện triệu chứng đau chói bờ xương, gián đoạn xương và gián đoạn cung răng lần lượt là 100%, 50% và 69,4%. Tuy nhiên, chúng tôi chỉ ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở triệu chứng gián đoạn xương với $p < 0,001$. Tỉ lệ triệu chứng gián đoạn xương trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Trương Nhật Khuê (43,2%) [5], Hồ Hoài Nam (48,9%) [7].

Chúng tôi ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về cả 2 triệu chứng sai khớp cắn và há miệng hạn chế với p lần lượt là 0,014 và 0,011. Tỉ lệ xuất hiện sai khớp cắn và há miệng hạn chế lần lượt là 63,9% và 80,6%. Tuy nhiên, dấu hiệu sai khớp cắn và há miệng hạn chế chỉ là dấu hiệu gợi ý chẩn đoán gãy XHD chứ không thể chẩn đoán xác định. Nhưng hai triệu chứng này là hai trong các triệu chứng quan trọng quyết định phương pháp điều trị vì phục hồi khớp cắn là một trong các mục tiêu chính của điều trị.

V. KẾT LUẬN

Chấn thương vùng hàm mặt trong đó gãy XHD thường gặp ở các bệnh nhân nam, tổng độ tuổi từ 19-39 tuổi với nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông. Các đặc điểm của gãy XHD

đa dạng và phức tạp từ triệu chứng cơ năng, thực thể đến đặc điểm gãy xương. Gãy XHD không chỉ ảnh hưởng thẩm mỹ mà còn ảnh hưởng đến chức năng ăn nhai, làm suy giảm đáng kể chất lượng cuộc sống bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Văn Trương (2015), "Nghiên cứu kết quả điều trị gãy xương hàm bằng nẹp vis Titanium tại Bệnh viện Đa khoa Quảng Nam", Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở, Bệnh viện Đa khoa Quảng Nam.
2. Gadicherla Srikanth (2016), Mandibular Fractures and Associated Factors at a Tertiary Care Hospital, Arch Trauma Res, Vol 5, pp.30574-39581.
3. Trần Minh Triết (2018), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy thân xương hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, năm 2017-2018", Luận án chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
4. Phạm Hoàng Tuấn (2016), "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy lồi cầu xương hàm dưới tại BV Răng hàm mặt TW từ 10/2015-10/2016", Luận án Thạc sĩ Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội.
5. Trần Linh Nam (2017), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X-quang và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy thân xương hàm dưới bằng nẹp vít nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, năm 2016-2017", Luận án chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
6. Trương Nhật Khuê, Nguyễn Bắc Hùng, Lâm Hoài Phương (2012), "Nghiên cứu đặc điểm gãy xương hàm dưới và đánh giá kết quả điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ", Luận án Tiến sĩ học, Viện nghiên cứu Y Dược Lâm sàng 108.
7. Hồ Hoài Nam (2015), "Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy xương hàm dưới vùng cằm bằng nẹp thanh chống thẳng", Luận án chuyên khoa II, Đại học Y Dược Huế.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RAU BONG NON TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TỈNH NAM ĐỊNH

Trần Quang Tuấn¹, Nguyễn Anh Tiến¹

thai chiếm tỷ lệ 62,9%, mất tim thai 8,6%. Huyết sắc tố < 70 g/l chiếm 2,9%, tiểu cầu < 100 G/l chiếm 13,3%, fibrinogen từ 1-2g/l chiếm 9,5%. Mổ lấy thai cấp cứu 98,1%, đẻ thường 1,9%. Tỷ lệ non tháng 83,8%. Thai chết 13 trường hợp chiếm 12,4%. Không có trường hợp tử vong mẹ nào xảy ra. **Kết luận:** Không có trường hợp tử vong mẹ nào xảy ra. Các trường hợp phải cắt tử cung chỉ chiếm tỷ lệ thấp. Tuy nhiên vẫn có nhiều các biến chứng cho mẹ và đặc biệt tỷ lệ thai chết chiếm 12,4%.

Từ khóa: Rau bong non, điều trị rau bong non.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF TREATMENT OF INFLAMMATION AT NAM DINH OBSTETRICS

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của rau bong non và đánh giá kết quả điều trị rau bong non tại Bệnh viện Phụ sản tỉnh Nam Định. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Ra máu âm đạo chiếm tỷ lệ 35,2%, vỡ ấu bụng vừa ra máu âm đạo chiếm 32,4%. Bệnh lý tiền sản giật: 34,3% trường hợp RBN có tiền sản giật. Suy

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quang Tuấn

Email: tranquangtuan@ndun.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 24.5.2024