

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X QUANG GÃY GÒ MÁ CUNG TIẾP
Ở NHỮNG BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ BẰNG NẸP VÍT TỰ TIÊU
TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG VÀ BỆNH VIỆN VIỆT NAM – CU BA**

TRƯƠNG MẠNH DŨNG, NGUYỄN DANH TOẢN

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, X quang gãy xương gò má cung tiếp (GMCT) ở người bệnh vào điều trị bằng nẹp vít tự tiêu tại Bệnh viện RHM Trung Ương Hà Nội và Khoa phẫu thuật hàm mặt- Bệnh viện Việt Nam-Cu ba-Hà Nội. Phương pháp: Nghiên

cứu các trường hợp gãy xương GMCT được phẫu thuật bằng nẹp vít tự tiêu với kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện (19 người bệnh) nhằm mô tả những đặc điểm lâm sàng, X quang, các hình thái gãy qua các thông tin từ hồ sơ bệnh án, mẫu nghiên cứu trực tiếp và bằng phân loại của Knight- North

Kết quả: Về lâm sàng: Dấu hiệu lõm bẹt gò má chiếm 57.89%, tiếp đến dấu hiệu mất liên tục bờ ổ mắt chiếm 52,6%. Dấu hiệu xuất huyết kết mạc chiếm 47,4%. Có phối hợp rách phần mềm gặp 42,1%,

- Về triệu chứng X –quang: chẩn đoán gãy xương GMCT chủ yếu dựa vào phim Blondeaux, Hirtz, Panorama., đặc biệt là phim CT - Scanner thấy 100% số trường hợp

Hầu hết các trường hợp đều thấy cả mất liên tục xương và mờ xoang hàm mặt gặp 78,9%. Chỉ có mất liên tục xương hoặc mờ xoang hàm chiếm tỷ lệ nhỏ 15,8% và 5,3%.

- Về phân loại gãy xương GMCT:

Phân loại gãy xương GMCT: Kết quả gãy xương GMCT không di lệch và gãy thân xương gò má xoay ra ngoài chiếm tỷ lệ cao nhất là 31,6%; gãy thân xương gò má không bị xoay chiếm 21,1%, gãy thân xương gò má xoay vào trong chiếm 5,3%, gãy phức tạp xương gò má chiếm 10,5%, không có gãy cung tiếp đơn thuần.

Kết luận: - Gãy xương GMCT gặp ở bên trái nhiều hơn bên phải bên trái chiếm 73.68% bên phải chiếm 21,1%. Dấu hiệu lâm sàng có giá trị: đau chói khi ấn vào điểm gãy, sưng nề tại chỗ, bầm tím quanh mắt. Hình thái tổn thương gãy xương GMCT 52,3% tổn thương xương GMCT là thân xương không bị xoay 26,3% là thân xương GMCT bị xoay ra ngoài. Hình ảnh X - quang thấy rõ trên phim Blondeau và Hirtz đặc biệt là phim CT - Scanner thấy 100% số trường hợp.

Từ khóa: Đặc điểm lâm sàng, X quang, loại gãy xương gò má cung tiếp,

SUMMARY

Objectives: Describe the clinical features, radiological in zygomatic fracture patients treated with absorbable plates at the National Hospital of Odontostomatology - Hanoi and Faculty of maxillofacial surgery in Vietnam-Cu Ba-Hanoi Hospital.

Method: Study cases of zygomatic fracture which were operated in bioabsorbable plates for own convenience sampling technique (19 patients) in order to describe the clinical features, radiological and fracture patterns by information from medical records, direct research form and by classification of Knight-North. **Clinical:** flat concave zygoma bone sign takes up 57.89%, followed by signs of loss of continuity orbital contour accounts for 52.6%. Signs of hemorrhagic conjunctivitis accounts for 47.4%. Collaboration with laceration wound stands at 42.1%. **X-ray:** Zygomatic arch fracture diagnosis is mainly based on the film Blondeaux, Hirtz, Panorama, especially with film CT – Scanner, 100% of the cases are visible. Most cases show both loss continuous bone contour and fuzz sinus, standing at 78.9%. Only the continuous loss of bone or fuzz sinus take up a small percentage of 15.8% and 5.3% **Classification of zygomatic fractures:** non-strayed zygomatic arch fracture and turning out body of zygomatic fracture make up the highest proportion of 31.6%; not-turning-out body of zygomatic fracture is up to 21.1%, turning inside body of zygomatic fracture accounts for 5.3%, zygomatic complex fracture account for 10.5%, with no provision to simple arch fracture. **Conclusion:** Zygomatic arch fractures is more common in the left than in the right. The left is 73.68% while the right is 21.1%. Signs of clinical value as: painful when

pressing on the broken point, local swelling, bruising around the eyes. **Trauma fracture patterns:** 52.3% of zygomatic arch fracture is the body not being rotated, 26.3 % is the body being rotated. X – rays image seen on film Blondeau and Hirtz, especially film CT - Scanner show 100% of the cases. **Key words:** clinical features, radiological, zygomatic arch fracture.

Keywords: Describe the clinical features, zygomatic fracture patients.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đất nước Việt Nam trong thời kỳ đổi mới cùng với sự phát triển của các ngành kinh tế là việc gia tăng mạnh mẽ của các phương tiện giao thông kéo theo nó là việc gia tăng số vụ tai nạn giao thông và do tính chất giao thông của nước ta chủ yếu là xe máy (hiện cả nước có trên 18 triệu xe máy đã đăng ký) cho nên số bệnh nhân chấn thương vùng hàm mặt ngày càng nhiều và có xu hướng nặng và phức tạp hơn.

Xương GMCT là xương chính cấu trúc nên tầng giữa mặt cùng với một số xương khác hình thành ổ mắt và đóng vai trò chủ yếu trong việc hình thành nên khuôn mặt của mỗi người và là đường đi cho hai nhánh thần kinh cảm giác vàng gò má đồng thời là chỗ bám của một số cơ vùng mặt. Hình thái lâm sàng gãy xương GMCT là rất đa dạng phụ thuộc vào cường độ và hướng lực tác động vào cấu trúc giải phẫu của xương gò má cung tiếp, tùy vào mức độ nặng nhẹ di lệch khác nhau mà biểu hiện từ phù nề bầm tím vùng mi dưới gò má đến lõm bẹt biến dạng mặt hoặc khó há miệng, song thị. Ngoài ra còn có thể tổn thương phối hợp cùng các xương vùng mặt khác cũng như tổn thương toàn thân, gây ảnh hưởng lớn đến chức năng và thẩm mỹ của người bệnh. Việc phục hồi chức năng thẩm mỹ, khắc phục di chứng sau chấn thương rất phức tạp gây tốn kém nhiều thời gian và kinh phí cho bệnh nhân, gia đình cũng như xã hội. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu về đặc điểm dịch tễ học của gãy xương gò má cung tiếp ở bệnh nhân vào điều trị tại bệnh viện Răng hàm mặt trung ương và bệnh viện Việt Nam – Cu Ba với mục tiêu sau: mô tả một số đặc điểm dịch tễ học gãy xương gò má cung tiếp ở những bệnh nhân vào điều trị tại bệnh viện Răng hàm mặt trung ương và bệnh viện Việt Nam – Cu Ba, từ tháng 5/2009 đến tháng 4/2010.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Là những bệnh nhân bị gãy xương GMCT đã được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật kết xương dùng nẹp vít tiêu tại khoa Chấn thương hàm mặt - Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội và khoa Phẫu thuật hàm mặt Bệnh viện Việt Nam - Cu Ba Hà Nội.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu được sử dụng trong nghiên cứu này là nghiên cứu một loạt các trường hợp bệnh, nhằm mô tả những đặc điểm dịch tễ học ở những bệnh nhân bị gãy xương gò má cung tiếp.

- Cỡ mẫu nghiên cứu và kỹ thuật chọn mẫu nghiên cứu: trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng kỹ thuật chọn mẫu thuận tiện với 19 bệnh nhân bị gãy xương gò má cung tiếp được lựa chọn trong nghiên cứu này

- Phân loại gãy xương GMCT được sử dụng trong nghiên cứu, để phân loại gãy xương GMCT chúng tôi dựa vào phân loại của Kmght và Nanh Và trên thực tế chúng tôi chia gãy xương GMCT làm 6 loại sau:

* Gãy cung tiếp đơn thuần: dựa vào vị trí, hình dáng, và số đường gãy có thể chia ra

+ Gãy một đường hoặc nhiều đường

+ Vị trí gãy có thể ở 1/3 trước, giữa, sau

+ Hình thức di lệch có thể gặp: Gãy lõm biến dạng hình chữ V, gãy lồi, gãy chồng lên nhau, gãy có mảnh rời thứ 3

* Gãy thân xương gò má không di lệch: những trường hợp này không có sự di lệch rõ ràng trên lâm sàng và XQ

* Gãy thân xương gò má không bị xoay: do lực tác động thẳng vào thân xương gò má làm thân xương gò má xoay nhẹ ra sau, vào trong và hơi xuống dưới. Trên phim XQ bờ dưới ổ mắt bị khuyết nhẹ đường nối trán gò má có vết nứt

* Gãy thân xương gò má xoay vào trong: do lực tác động mạnh vào thân xương gò má trên đường trục ngang làm thân xương gò má di lệch ra sau, vào trong và xuống dưới. Trên phim XQ bờ dưới ổ mắt bị di lệch xuống dưới hoặc máu gò má hàm bị xoay ra ngoài hoặc thân xương gò má bị xoay vào trong tại chỗ khớp trán gò má

* Gãy thân xương gò má xoay ra ngoài: do lực tác động lên thân xương gò má ở dưới đường trục ngang làm thân xương gò má di lệch vào trong, ra sau và lệch ra ngoài. Trên phim XQ xương gò má di lệch vào trong và xoay lên trên ở bờ dưới ổ mắt hoặc xoay ra ngoài ở khớp trán gò má

* Gãy phức tạp xương gò má: thân xương gò má bị gãy nhiều đường

- Kỹ thuật thu thập thông tin từ bệnh án của Khoa Phẫu thuật hàm mặt của bệnh viện RHM trung ương và bệnh viện Việt Nam – Cu Ba sang bệnh án nghiên cứu với các biến số kể trên.

- Xử lý số liệu: các bệnh án được nhập trên chương trình EXCEL sau đó chuyển sang phần mềm SPSS để phân tích phân bố tần số theo các đặc điểm của biến số nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Các biểu hiện lâm sàng

Các biểu hiện kính về lâm sàng	Số ca	Tỷ lệ %
Lõm bẹt gò má	14	73,7
Tê môi, má bên gãy	1	5,3
Vết thương rách phần vùng mặt	10	52,6
Bầm tím quanh mắt, sưng nề tại chỗ	17	89,5
Xuất huyết kết mạc	10	52,6
Mất liên tục bờ ổ mắt	15	78,9
Đau chói khi ấn vào điểm gãy	18	94,7
Há ngậm miệng hạn chế	5	26,3
Chảy máu mũi hoặc tiền đình	1	5,3
Hạn chế vận nhãn	2	10,5
Rối loạn thần kinh V2 (nhánh dưới ổ mắt)	2	10,5
Sai khớp	2	10,5
Tổng số	19	100,0

Dấu hiệu sưng nề tại chỗ, đau chói khi ấn vào điểm gãy, bầm tím quanh mắt, mất liên tục bờ xương, lõm bẹt gò má gặp ở hầu hết các bệnh nhân bị gãy

xương GMCT, ít gặp hơn là dấu hiệu hạn chế vận nhãn, rối loạn thần kinh V2

Bảng 2. Hình ảnh thấy trên phim X- quang

Triệu chứng X- quang	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Mất liên tục xương	3	15,8
Mờ xoang hàm	1	5,3
Mất liên tục xương- mờ xoang hàm	15	78,9
Tổng số	19	100,0

Hầu hết các trường hợp đều thấy cả mất liên tục xương và mờ xoang hàm mất gặp 78,9%. Chỉ có mất liên tục xương hoặc mờ xoang hàm chiếm tỷ lệ nhỏ 15,8% và 5,3%.

Bảng 3. Phân loại theo vị trí gãy xương GMCT

Vị trí gãy xương GMCT	Số Lượng	Tỷ lệ %
Bên trái	14	73,6
Bên phải	4	21,1
Hai bên	1	5,3
Tổng số	19	100,0

Tỷ lệ gãy bên trái chiếm 73,6%, tỷ lệ gãy bên phải là 21,2%

Bảng 4. Phân loại gãy xương GMCT

Phân loại	Số trường hợp	%
Gãy thân xương gò má không di lệch	6	31,6
Gãy thân xương gò má không bị xoay	4	21,1
Gãy thân xương gò má xoay vào trong	1	5,3
Gãy thân xương gò má xoay ra ngoài	6	31,6
Gãy phức tạp xương gò má	2	10,5
Tổng cộng	19	100,0

Các trường hợp gãy xương GMCT không bị xoay và gãy thân xương gò má xoay ra ngoài chiếm 31,6%, gãy thân xương không bị xoay chiếm 21,1%

Bảng 5. Hình thái gãy cung tiếp

Loại gãy	Số ca	Tỷ lệ %
Không gãy cung tiếp	12	63,2
Gãy lõm hình chữ V	4	21,1
Gãy chồng mảnh gãy	2	10,5
Gãy có mảnh gãy rời thứ 3	1	5,3
Tổng số	19	100,0

Không thấy di lệch cung tiếp chiếm 63,2% gãy lõm chữ V chiếm 21,1%, gãy chồng mảnh chiếm 10,5%

Bảng 6. Gãy xương GMCT kết hợp với gãy xương hàm mặt khác

Xương Gãy	Số Lượng	%
Xương gò má đơn thuần	13	68,4
Xương GMCT & Xương hàm trên	2	10,5
Xương GMCT & Xương hàm dưới	2	10,5
Xương GMCT & Xương hàm trên, hàm dưới	2	10,5
Tổng số	19	100,0

Gãy xương gò má đơn thuần chiếm 68,4% kế tiếp là gãy kết hợp với xương hàm trên, với xương hàm dưới và cả hai hàm chiếm đều chiếm 10,5%

BÀN LUẬN

- Về triệu chứng lâm sàng: các triệu chứng đau chói khi ấn vào điểm gãy, sưng nề tại chỗ, bầm tím quanh mắt, chúng tôi gặp ở hầu hết số trường hợp. Dấu hiệu lõm bẹt gò má chiếm 57,89%, tiếp đến dấu hiệu mất liên tục bờ ổ mắt chiếm 52,6%. Dấu hiệu xuất huyết kết mạc chiếm 47,4%. Có phối hợp rách phần mềm gặp 42,1%, ngoài ra các dấu hiệu như rối loạn thần kinh V2, hạn chế vận nhãn... ít gặp.

- Về triệu chứng X –quang: chẩn đoán gãy xương GMCT là công việc khó khăn nếu chỉ dựa vào lâm sàng vì đặc điểm xương tằm giữa mặt có nhiều lớp chông chéo xen kẽ các xoang, hốc tự nhiên mặt khác khi chấn thương gây phù nề bầm tím biến dạng làm cho khám lâm sàng khó khăn và thiếu chính xác. Vì thế chụp phim X - quang là phương pháp chẩn đoán hình ảnh quan trọng trong việc chẩn đoán và điều trị gãy xương GMCT.

- Về phân loại gãy xương GMCT:

+ Về bên tổn thương gãy xương GMCT bên trái gặp nhiều hơn gãy xương GMCT bên phải. Gãy bên trái chiếm 73,68%, gãy bên phải chiếm 21,05%.

+ Phân loại gãy xương GMCT: chúng tôi dựa vào phân loại của Knight & Nanh (1960), kết quả gãy xương GMCT không di lệch và gãy thân xương gò má xoay ra ngoài chiếm tỷ lệ cao nhất là 31,6%; gãy thân xương gò má không bị xoay chiếm 21,1%, gãy thân xương gò má xoay vào trong chiếm 5,3%, gãy phức tạp xương gò má chiếm 10,5%, không có gãy cung tiếp đơn thuần.

Bảng 7. So sánh về phân loại gãy xương GMCT giữa các tác giả

	Trương Mạnh Dũng	Nguyễn Quốc Trung	Knight & North	Nguyễn Danh Toàn
Gãy không di lệch	3,6%	19,0%	6,0%	31,6%
Gãy thân xương không bị xoay	30,2%	32,2%	33,0%	21,1%
Gãy thân xương xoay vào trong	19,6%	9,9%	11,0%	5,3%
Gãy thân xương xoay ra ngoài	16,2%	14,0%	22,0%	31,6%
Gãy nhiều đường	17,8%	15,6%	18,0%	10,5%

- Về gãy xương GMCT kết hợp với xương hàm mặt: trong nghiên cứu này của chúng tôi gãy xương GMCT đơn thuần chiếm 63,2%; gãy xương GMCT kết hợp với xương hàm trên chiếm 21,1% so với Trương Mạnh Dũng là 33,5%. Trần Văn Trường và 31,3%.

Bảng 8. Tỷ lệ gãy xương GMCT phối hợp với xương hàm trên so với tác giả khác.

TT	Tác giả	Tỷ lệ	P
1	Trương Mạnh Dũng	33,5%	0,26
2	Trần Văn Trường	31,3%	0,30
3	Nguyễn Danh Toàn	21,1%	

Sự khác biệt của chúng tôi so với các tác giả khác là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Gãy xương GMCT kết hợp với xương hàm dưới chiếm 15,5%.

KẾT LUẬN

- Gãy xương GMCT gặp ở bên trái nhiều hơn bên phải bên trái chiếm 73,68% bên phải chiếm 21,1%

- Dấu hiệu lâm sàng như đau chói khi ấn vào điểm gãy, sưng nề tại chỗ, bầm tím quanh mắt gặp ở hầu hết các bệnh nhân

- Hình thái tổn thương gãy xương GMCT 52,3% tổn thương xương GMCT là thân xương không bị xoay 26,3% là thân xương GMCT bị xoay ra ngoài

- Hình ảnh X - quang thấy rõ trên phim Blondeau và Hirtz đặc biệt là phim CT - Scanner thấy 100% số trường hợp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lâm Ngọc Ấn (1990), "Một số ý kiến đề nghị bổ xung trong cách phân loại gãy xương khối mặt", *Kỷ yếu công trình Thành phố Hồ Chí Minh*, trang 44-46

2. Lâm Ngọc Ấn và cộng sự (1994), "Chấn thương hàm mặt do nguyên nhân thông thường", *Kỷ yếu công trình khoa học 1975-1993, Viện RHM TP.HCM*, trang 127- 131

3. Trương Mạnh Dũng (2002), Nghiên cứu lâm sàng và điều trị gãy xương gò má cung tiếp, Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội, trang 52-110

4. Lâm Huyền Trâm (1996), *Góp phần nghiên cứu điều trị gãy xương Gò Má bằng phương pháp kết hợp xương cố định bằng chỉ thép*, Luận văn tốt nghiệp Bác Sĩ nội trú, Trường Đại Học Y Dược Thành Phố Chí Minh, trang 5 - 16

5. Trần Văn Trường, Trương Mạnh Dũng (1999), "Tình hình chấn thương Hàm Mặt tại viện RHM Hà Nội trong 11 năm (1988-1998)", *Tạp chí Y Học Việt Nam*, trang 71-80

6. Berman-p.D, jacobs-jb (1991). *Miniplat Fixation of zygomatic Fractures, Head- neck, Vol.13 (5), pp.6-424*