

- Kết quả điều trị trước khi xuất viện: Sau điều trị, có 98,0% bệnh nhân giảm sưng đáng kể, 93,9% gò má bình thường, 98,0% nhãn cầu bình thường và 6,1% có rối loạn cảm giác.

- Sau khi xuất viện 1 tuần, 100,0% bệnh nhân giảm sưng đáng kể, 93,9% bệnh nhân gò má bình thường, 100,0% nhãn cầu bình thường và 4,1% có rối loạn cảm giác.

- Sau khi xuất viện 3 tháng, có 95,9% bệnh nhân gò má bình thường, 100,0% bệnh nhân tình trạng nhãn cầu bình thường, 100% há miệng tốt, không còn bệnh nhân bị rối loạn cảm giác và 12,2% bệnh nhân viêm xoang tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Mạnh Cường và cộng sự (2018), "Đánh giá kết quả sử dụng đường mổ kết mạc mi dưới có mở góc mắt ngoài trong phẫu thuật điều trị gãy xương gò má - sàn ổ mắt", Tạp chí Y - Dược học Quân sự, Số 1/2018, tr. 140-145.
2. Vũ Thị Bắc Hải (2004), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị gãy xương gò má cung tiếp tại bệnh viện Trung ương Huế", Tạp chí khoa học, Số 24/2004, tr. 73-95.
3. Đặng Xuân Lộc (2015), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị gãy

xương gò má cung tiếp tại bệnh viện Quân Y 121, Bệnh viện Quân Y 121.

4. Nguyễn Đức Tuấn (2017), Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy xương gò má có phối hợp tổn thương xoang hàm do chấn thương, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược - Đại học Huế.
5. Assiri ZA, Salma REG, Almaiid EA, Alfadhel AK. Retrospective radiological evaluation to study the prevalence and pattern of maxillofacial fracture among Military personal at Prince Sultan Military Medical City IPSMMCI. Riyadh: An institutional study. Saudi Dent J. 2020 Jul; 32(5):242-249
6. Cohn JE, Othman S, Bosco S, et al. Management of Isolated Zygomatic Arch Fractures and a Review of External Fixation Techniques. Craniomaxillofacial Trauma & Reconstruction. 2020;13(1):38-44.
7. Luciana L, Ooav BAR, Wiaraita IK, Irawan H. Management of Maxillofacial Fracture: Experience of Emergency and Trauma Acute Care Surgery Department of Sanclah General Hospital Denpasar Bali. Open Access Maced J Med Sci. 2019 Oct 8;7(19):3245-3248
8. Starch-Jensen T, Linnebiera LB, Jensen JD. Treatment of Zygomatic Complex Fractures with Surgical or Nonsurgical Intervention: A Retrospective Study. Open Dent J. 2018 May 21;12:377-387.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH X-QUANG VÀ CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN CHẤN THƯƠNG GỖ MỖM NHA

Hoàng Gia Du*, Nguyễn Văn Trung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh và độ phù hợp của phương pháp chụp X-quang và cắt lớp vi tính trong chẩn đoán chấn thương gãy mỏm nha. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 44 bệnh nhân được chẩn đoán gãy mỏm nha tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2010 – 6/2012. **Kết quả:** Có 34 bệnh nhân gãy mỏm nha đơn thuần, 7 bệnh nhân trật C1-C2 do gãy mỏm nha, 3 bệnh nhân gãy mỏm nha kèm vỡ C1. X-quang thẳng há miệng phát hiện được 81,8% trường hợp gãy mỏm nha, X-quang nghiêng phát hiện được 68,2%. Gãy mỏm nha loại 2 là 86,4%, loại 3 là 13,6%. Trên phim Cắt lớp vi tính thấy di lệch ra trước và đường gãy ngang gặp nhiều nhất với tỷ lệ lần lượt 68,2% và 55,3%. Khả năng phù hợp chẩn đoán giữa X-quang và cắt lớp vi tính trong tổn thương gãy mỏm nha ở mức độ khá với chỉ số Kappa = 0.45. **Kết luận:** CLVT là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán gãy mỏm nha. Tuy nhiên, khi điều kiện của một số cơ sở y tế

chưa cho phép, có thể chụp X-quang để phát hiện gãy mỏm nha. Các đặc điểm hình thái tổn thương gãy mỏm như hướng di lệch, đường vỡ được đánh giá chi tiết trên phim chụp cắt lớp vi tính.

Từ khóa: Gãy mỏm nha, X-quang, cắt lớp vi tính.

SUMMARY

X-RAY AND COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGING IN DIAGNOSIS OF ODONTOID FRACTURE

Objectives: Analyzing and comparing of x-ray imaging and computed tomography features in diagnosis of odontoid fracture. **Methods:** Cross-sectional described retrospective studying of 44 odontoid fracture patients were diagnosed in Viet Duc hospital from January 2010 to June 2012. **Results:** 34 patients with simple odontoid fracture, 7 patients with atlantoaxial dislocations, 3 patients with atlas fracture have been involved in this research. X-ray open mouth views diagnose 81,8% cases of odontoid fracture, lateral views diagnose 68,2%. Type 2, type 3 of odontoid fracture rates was 86,4%; 13,6%, respectively. On computed tomography imaging, odontoid fracture with anterior displacement and horizontal fracture line were highest rates with 68,2% and 55,3% respectively. The Kappa value (0.45) for measuring the reliability between X-ray and CT in

*Bệnh viện Bạch Mai.

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Gia Du

Email: hoanggiadu76@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 12.01.2023

Ngày duyệt bài: 10.2.2023

findings of odontoid fractures was moderate. **Conclusion:** Computed tomography imaging is gold standard for diagnose odontoid fracture. However, X-ray is still valuable in clinical practice in medical facilities that have not been equipped with modern specialized equipment. Computed tomography scan images could show directions of the fracture line to lead to treatment decisions.

Keywords: Odontoid fracture, Xray, Computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đốt sống C2 (đốt trục) có cấu trúc xương rất đặc biệt, giống hình con ngựa, phía trước ở giữa mặt trên của thân C2 nhô lên một mỏm gọi là mỏm nha. Trên cùng mỏm nha là đỉnh nha, mặt trước của đỉnh nha có diện khớp tiếp khớp với hõm khớp của mặt sau cung trước đốt đội và mặt sau đỉnh nha có diện khớp tiếp khớp với dây chằng ngang tạo nên khớp đội trục giữa. Vì cấu trúc giải phẫu đặc biệt như vậy nên khi gãy mỏm nha có thể sẽ dẫn đến mất vững C1-C2. Gãy mỏm nha chiếm tỉ lệ 10 - 15 % tổn thương cột sống cổ nói chung và 75% chấn thương cột sống cổ ở trẻ em. Cơ chế tổn thương gãy mỏm nha do lực ép đứng dọc phối hợp với lực di lệch ngang.^{1,2} Năm 1971 Schatzker và cộng sự lần đầu tiên phân loại gãy mỏm nha. Năm 1974, Anderson và D'Alonzo mô tả 3 loại tổn thương giải phẫu dựa trên phân tích 60 bệnh nhân.² Lâm sàng gãy mỏm nha nghèo nàn, chủ yếu thấy các triệu chứng tại chỗ như đau vùng cổ gáy, cứng cổ, hạn chế vận động cột sống cổ. Ngoài ra, gãy mỏm nha khó phát hiện trên X-quang thường quy, do vậy những thăm khám ban đầu dễ bỏ sót tổn thương, dẫn đến những di chứng nặng nề khó sửa chữa. Chỉ khi bệnh nhân có biến chứng như đau cổ kéo dài, biểu hiện tổn thương tủy mới phát hiện được. Lúc này, việc hồi phục lại giải phẫu và chức năng thần kinh trở nên khó khăn, phức tạp. Vì vậy, việc chẩn đoán sớm, xác định chính xác hình thái tổn thương giải phẫu rất có ý nghĩa, giúp bác sĩ lâm sàng đưa ra các phương án điều trị phù hợp. Tại Việt Nam, việc sử dụng X-quang (XQ) và cắt lớp vi tính (CLVT) trong chẩn đoán chấn thương cột sống cổ đã được tiến hành thường quy, song việc đánh giá kết quả khi ứng dụng vào thực tế cũng như độ phù hợp giữa X-quang và CLVT còn nhiều hạn chế, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Đặc điểm hình ảnh X-quang và cắt lớp vi tính trong chẩn đoán chấn thương gãy mỏm nha*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu 34 bệnh nhân được chẩn đoán xác định gãy

mỏm nha tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1/2010 đến tháng 6/2012.

2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn. Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định gãy mỏm nha, có hồ sơ bệnh án đầy đủ, có đầy đủ các phim: Xquang cột sống cổ tư thế thẳng, nghiêng, thẳng há miệng, cắt lớp vi tính có tái tạo trên mặt phẳng ngang, đứng dọc, đứng ngang.

2.3. Tiêu chuẩn loại trừ. Không có đầy đủ hồ sơ bệnh án nghiên cứu, bệnh lý cột sống, tủy sống không phải do chấn thương.

2.4. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang. Chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

2.5. Các biến nghiên cứu

- Các đặc điểm hình ảnh X-quang: Có tổn thương, nghi ngờ tổn thương, không có tổn thương. Trong đó:

+ Có tổn thương khi thấy một trong các dấu hiệu sau:

- Gãy xương mỏm nha: mất liên tục của vỏ xương.
- Di lệch của mỏm nha với thân C2

+ Nghi ngờ có tổn thương: nghi ngờ có gãy mỏm nha kèm theo phù nề phần mềm trước cột sống ngang C2 (độ dày phần mềm trước cột sống ngang C2 > 7 mm).

+ Không có tổn thương.

- Các đặc điểm trên CLVT: Có tổn thương, nghi ngờ tổn thương, không có tổn thương. Trong đó:

+ Đặc điểm hình ảnh của gãy mỏm nha của C2

+ Phù nề tổ chức phần mềm trước thân đốt sống C2.

+ Phân loại tổn thương theo Anderson và D'Alonzo2: loại 1, loại 2, loại 3

+ Đặc điểm hướng di lệch mỏm nha so với thân C2: di lệch ra trước, di lệch ra sau, không di lệch

+ Đặc điểm hướng đường gãy mỏm nha: ngang, chéo từ trước dưới lên sau trên, chéo từ trước trên xuống sau dưới.

Sử dụng chỉ số Kappa để đánh giá khả năng phù hợp của hai phương pháp Xquang và CLVT:

Chỉ số Kappa = Phù hợp thực tại/Phù hợp tiềm ẩn.

Trong đó: Phù hợp thực tại = Phù hợp quan sát (po) - Phù hợp ngẫu nhiên (pc). Phù hợp tiềm ẩn = Phù hợp hoàn toàn (1) - Phù hợp ngẫu nhiên (pc)

Đánh giá:

0,0-0,2: Phù hợp quá ít

0,4-0,6: Phù hợp vừa

0,2-0,4: Phù hợp thấp

0,6-0,8: Phù hợp khá

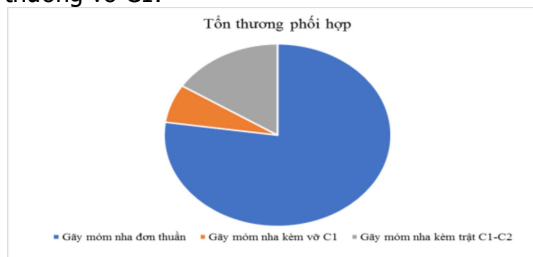
0,8-1,0; Phù hợp cao

2.6. Xử lý số liệu. Phân tích và xử lý số liệu trên phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các tổn thương phối hợp của cột sống cổ cao trong gãy mỏm nha. Qua nghiên cứu, chúng tôi gặp 34 trường hợp được chẩn đoán gãy mỏm nha đơn thuần. Ngoài ra có 1 số bệnh nhân có kết hợp giữa tổn thương gãy mỏm nha và các tổn thương khác bao gồm 3 trường hợp gãy mỏm nha cũ gây khớp giả mỏm nha, 4 trường hợp gãy mới mỏm nha gãy trật C1-C2 và 3 trường hợp gãy mỏm nha kèm theo trong chấn

thương vỡ C1.



Biểu đồ 3.1. Các tổn thương phối hợp của cột sống cổ cao trong gãy mỏm nha

3.2. Đặc điểm X-Quang trong chẩn đoán tổn thương mỏm nha

Bảng 3.1 Đặc điểm X-Quang trong chẩn đoán tổn thương mỏm nha

X-quang	Gãy mỏm nha		Nghỉ ngờ tổn thương		Không thấy tổn thương	
	n	%	n	%	n	%
Thẳng	0	0	0	0	0	0
Nghiêng	30	68,2	9	20,5	5	11,3
Thẳng há miệng	36	81,8	6	13,6	2	4,6

Nhận xét: Tổn thương gãy mỏm nha được quan sát nhiều hơn trên phim X-quang thẳng há miệng (81,8%), ít gặp hơn trên phim X-quang nghiêng (68,2%). Có 13,6% tổn thương gãy mỏm nha nghi ngờ trên X-quang thẳng há miệng và 20,5% nghi ngờ trên X-quang nghiêng.



Hình 3.1. Gãy mỏm nha loại 2

(BN. Trần Đại D., nam, 24 tuổi. Mã BA: 27270)

3.3. Đặc điểm hình ảnh phù hợp giữa X-quang và CLVT trong chẩn đoán gãy mỏm nha

Bảng 3.2. Đặc điểm hình ảnh phù hợp giữa X-quang và CLVT trong chẩn đoán gãy mỏm nha

Tổn thương	Đường vỡ xương mỏm nha	Di lệch mỏm nha so với thân C2	Phù nề phần mềm trước C2
X-quang	36	25	28
CLVT	44	34	30
	p < 0,05	p < 0,05	

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) trong phát hiện đường vỡ mỏm nha và dấu hiệu di lệch mỏm nha so với thân C2 giữa hình ảnh X-quang với CLVT.

3.4. Các hình thái gãy mỏm nha trên phim CLVT

Bảng 3.3. Hình thái gãy mỏm nha trên phim CLVT

Hình thái	N	%	
Phân loại	Gãy loại 1	0	0
	Gãy loại 2	38	86,4
	Gãy loại 3	6	13,6
Di lệch	Di lệch ra trước	30	68,2
	Không di lệch	10	22,7
	Di lệch ra sau	4	9,1
Hướng đường gãy	Đường gãy chéo lên	9	23,7
	Đường gãy ngang	21	55,3
	Đường gãy chéo xuống	8	21

Nhận xét: Có 86,4% tổn thương gãy mỏm nha loại 2, gãy loại 3 ít hơn (13,6%), không gặp gãy mỏm nha loại 1.

Bên cạnh phân loại tổn thương gãy mỏm nha, trên phim chụp CLVT còn đánh giá các đặc điểm khác của tổn thương gãy mỏm nha. Tổn thương gãy mỏm nha chủ yếu di lệch ra trước (68,2%), ít gặp tổn thương gãy mỏm nha di lệch ra sau (9,1%), có 10 bệnh nhân tổn thương gãy mỏm nha không di lệch (22,7%). Mức độ di lệch trung bình của tổn thương gãy mỏm nha so với thân C2 được đo trên CLVT là 2,7 ± 2,08 mm (0 – 10 mm). Trong tổn thương gãy mỏm nha loại 2, các phẫu thuật viên quan tâm đến hướng của đường gãy mỏm nha để quyết định phương pháp phẫu thuật. Chúng tôi đánh giá hướng của đường gãy mỏm nha trên phim chụp cắt lớp vi tính nhận thấy đường gãy ngang gặp phổ biến với 55,3%.



A. Nguyễn Văn H., nam, 21t
Mã BA: 3338



B. Trần Văn S., nam, 23t
Mã BA: 5207



C. Nguyễn Thị H., nữ,
42t Mã BA: 34374

Hình 3.2. Các hướng của đường gãy trong gãy mỏm nha loại 2

A. Đường gãy chéo lên B. Đường gãy chéo xuống C. Đường gãy ngang

3.5. Sự phù hợp chẩn đoán giữa X-quang và CLVT trong chấn thương gãy mỏm nha

Bảng 3.4. Sự phù hợp chẩn đoán giữa X-quang và CLVT trong chấn thương gãy mỏm nha

X-quang CLVT	Có tổn thương	Không tổn thương	n	Kappa
Có tổn thương	36	8	44	0,45
Không tổn thương	0	0	0	
n	36	8	44	

Nhận xét: Kết quả phù hợp vừa (Kappa = 0,45) giữa X-quang và CLVT trong chẩn đoán tổn thương gãy mỏm nha.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, có 34 trường hợp được chẩn đoán gãy mỏm nha đơn thuần, 7 trường hợp gãy mỏm nha cũ gây khớp giả mỏm nha – trật C1 - C2 và 3 trường hợp gãy mỏm nha kèm theo trong chấn thương vỡ C2.

4.1. Đặc điểm phim X-quang trong chẩn đoán chấn thương mỏm nha. Phim X-quang thẳng không phát hiện được tổn thương gãy mỏm nha do hình ảnh chồng lên của xương hàm dưới. Trên phim X-quang nghiêng, chúng tôi phát hiện được 68,2% bệnh nhân có tổn thương mỏm nha. Có 9 trường hợp (chiếm 20,5%) nghi ngờ tổn thương gãy mỏm nha và 5 trường hợp (chiếm 11,3%) không thấy tổn thương mỏm nha. Những trường hợp này chúng tôi khó quan sát tổn thương do bệnh nhân có tổn thương gãy mỏm nha loại 3 vì vậy đường vỡ ở dưới thấp hoặc tổn thương gãy mỏm nha không di lệch. Trong nghiên cứu 44 bệnh nhân gãy mỏm nha, chúng tôi gặp hình thái gãy mỏm nha với đường gãy ngang chiếm hơn 50% bệnh nhân, vì vậy sẽ hạn chế quan sát tổn thương trên phim X-quang

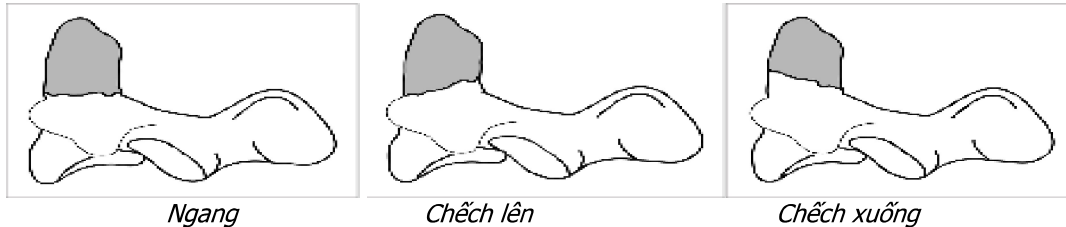
nghiêng.

Phim X-quang thẳng há miệng cho kết quả khả quan hơn; phát hiện được 81,8% bệnh nhân có hình ảnh tổn thương gãy mỏm nha. Chỉ có 8 trường hợp bệnh nhân nghi ngờ hoặc không quan sát thấy tổn thương (chiếm 18,2%). Trên phim thẳng há miệng, dễ dàng quan sát những tổn thương gãy mỏm nha loại 2 và đặt biệt là những gãy mỏm nha di lệch sang 2 bên. Gãy mỏm nha loại 3 khó quan sát trên phim chụp X-quang tư thế này vì khi đường gãy xuống thấp, dễ có nguy cơ bị che lấp bởi xương và răng ở hàm dưới. Tư thế chụp và kỹ thuật chụp phim X-quang thẳng há miệng có nhiều ý nghĩa trong đánh giá tổn thương mỏm nha.

4.2. Đặc điểm hình ảnh chấn thương gãy mỏm nha trên CLVT. Chụp cắt lớp vi tính không có nhiều giá trị trong đánh giá tổn thương dây chằng và tuỷ sống,³ ngược lại chụp cắt lớp vi tính có độ tin cậy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán tổn thương gãy mỏm nha.^{3,4} Trong nghiên cứu này, 86,4% bệnh nhân có tổn thương gãy mỏm nha loại 2 (đường gãy đi qua nền mỏm nha), và có 13,6% bệnh nhân gãy mỏm nha loại 3, không có trường hợp nào gãy mỏm nha loại 1. Năm 1971 Schatzker và cộng sự lần đầu tiên phân loại gãy mỏm nha. Năm 1974, Anderson và D'Alonzo mô tả 3 loại tổn thương giải phẫu dựa trên phân tích 60 bệnh nhân.² Và kể từ đó cho tới nay, các nghiên cứu về chấn thương cột sống cổ cao hoặc chấn thương cột sống cổ đều ghi nhận đây là một tổn thương hay gặp, trong đó tổn thương gãy mỏm nha loại 2 là thường gặp, chiếm tỷ lệ cao nhất trong các loại gãy mỏm nha. Cơ chế của gãy mỏm nha là do phối hợp lực ép đứng dọc với di lệch ngang và thông thường là ra trước, vì vậy trong nghiên cứu có tới 68,2% tổn thương gãy mỏm nha di lệch ra trước, có 10 bệnh nhân (chiếm 22,7%) tổn thương gãy mỏm nha không di lệch và ít gặp di lệch ra sau (9,1%). Theo Goldberg, gãy mỏm nha loại 1 gặp

5%, gãy mỏm nha loại 2 chiếm 57%, loại 3 chiếm khoảng 36%.⁵ Trong nghiên cứu của Hoàng Gia Du, tác giả cũng gặp gãy mỏm nha loại 2 (chiếm 83%) cao hơn nhiều so với các loại khác. Và có 57,4% bệnh nhân tổn thương gãy mỏm nha di lệch ra trước, không có gãy mỏm nha di lệch ra sau so với thân C2.⁶

Trong tổn thương gãy mỏm nha loại 2, phẫu thuật viên quan tâm đến hướng của đường gãy mỏm nha để quyết định phương pháp phẫu thuật. Theo Apfelbaum R.I và cộng sự, hình thái đường gãy mỏm nha loại 2 được chia thành 3 loại nhỏ là gãy ngang, gãy chệch lên trên, gãy chệch xuống dưới.⁷



Hình 4.2. Phân loại hướng đường gãy của gãy mỏm nha⁷

Hướng di lệch ngang gặp nhiều nhất với 55,3%, hai hình thái đường gãy chệch lên và chệch xuống chiếm tỷ lệ tương tự (lần lượt 23,7% và 21%). Trong kỹ thuật vít trực tiếp tiếp mỏm nha trong điều trị gãy mỏm nha loại 2, nhiều tác giả đặt ra chống chỉ định với những trường hợp gãy mỏm nha loại 2 có đường gãy chệch lên trên sẽ trùng với hướng đi của vít từ phía chân C2 đi lên, và đây được xem là một trong những yếu tố gây thất bại và giảm tỷ lệ liền xương sau mổ.^{7,8} Ngày nay, các tổn thương xương được đánh giá tốt với phim chụp cắt lớp vi tính đa dãy, lát cắt dày hơn, tái tạo hình ảnh trên không gian 3 chiều cho chất lượng hình ảnh tốt hơn; tuy nhiên cũng phải nhận thấy rằng với phim chụp cắt lớp vi tính với độ dày lát cắt 3 mm có mức phóng xạ cao gấp 14 lần liều so sánh với chụp X-quang 3 bình diện,⁹ đây là yếu tố ảnh hưởng lớn đặc biệt với các nhân viên tiếp xúc nhiều với thiết bị hiện đại này.

4.3. Sự phù hợp giữa X-quang và CLVT trong chẩn đoán gãy mỏm nha. Hạn chế thường gặp trong quan sát phim X-quang thẳng há miệng là hình ảnh xương hàm hoặc răng hàm che phủ khối bên C1, hoặc dễ nhầm lẫn mỏm nha với răng cửa, thậm chí ống nội khí quản và sonde dạ dày cũng ảnh hưởng tới quan sát tổn thương. Nhiều khi chúng ta quan sát 1 đường gãy giả tạo ra bởi răng hoặc đường phần mềm chạy ngang qua mỏm nha nên dễ chẩn đoán nhầm là gãy mỏm nha, trong những tình huống phân vân này nhiều tác giả khuyên nên chụp lại hoặc kháng định chẩn đoán bằng cắt lớp vi tính.¹⁰ Cắt lớp vi tính luôn được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán gãy mỏm nha vì bên cạnh độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán gãy mỏm nha nó còn cho phép phân loại

chính xác tổn thương, xác định hướng của đường vỡ, đo mức độ di lệch của tổn thương mỏm nha so với thân C2.³ Chúng tôi đánh giá khả năng phù hợp trong chẩn đoán giữa X-quang và cắt lớp vi tính trong tổn thương gãy mỏm nha, dựa vào chỉ số Kappa cho kết quả phù hợp vừa với Kappa = 0,45. Nghiên cứu của Cusmano và cộng sự gặp 9/32 bệnh nhân (chiếm 28%) bỏ sót tổn thương cột sống cổ trong số đó có 3 bệnh nhân gãy mỏm nha.¹¹ Trong những trường hợp bỏ sót tổn thương này, tác giả quan tâm đến tìm hiểu nguyên nhân trong đó có thể do chống các cấu trúc xương (3%), chất lượng phim chụp không đảm bảo (3%) và dấu hiệu 2 bản xương (16%)... Martin và cộng sự nghiên cứu 97 trường hợp chấn thương cột sống cổ bỏ sót 38 bệnh nhân có tổn thương, bỏ sót 47 tổn thương cột sống cổ (có 9 bệnh nhân có kết hợp 2 tổn thương) trong số đó có 20 tổn thương (chiếm 47%) tập trung vào vùng C1, C2 với 9 bệnh nhân gãy mỏm nha.¹²

V. KẾT LUẬN

CLVT là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán gãy mỏm nha. Tuy nhiên, khi điều kiện của một số cơ sở y tế chưa cho phép, có thể chụp X-quang để phát hiện gãy mỏm nha, trong X-quang thẳng há miệng phát hiện được 81,8% gãy mỏm nha, X-quang nghiêng phát hiện được 68,2%. Sự phù hợp chẩn đoán giữa X-quang và CLVT trong phát hiện gãy mỏm nha đạt mức độ vừa với Kappa = 0.45.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anders Holtz., Levi. R.** Spinal cord injury. Oxford University Press; 2010.
2. **Alexander R. Vaccaro.** Fractures of the cervical, thoracic and lumbar spine. Marcel Dekker, Inc; 2002.
3. **Holmes JF, Mirvis SE, Panacek EA, et al.** Variability in computed tomography and magnetic

- resonance imaging in patients with cervical spine injuries. *J Trauma*. Sep 2002;53(3):524-9; discussion 530. doi:10.1097/00005373-200209000-00021
4. **Weisskopf M, Reindl R, Schroder R, Hopfenmuller P, Mittlmeier T.** CT scans versus conventional tomography in acute fractures of the odontoid process. *Eur Spine J*. Jun 2001;10(3):250-6. doi:10.1007/s005860000208
 5. **Goldberg W, Mueller C, Panacek E, et al.** Distribution and patterns of blunt traumatic cervical spine injury. *Ann Emerg Med*. Jul 2001; 38(1):17-21. doi:10.1067/mem.2001.116150
 6. **Hoàng Gia Du.** Nghiên cứu chẩn đoán và phẫu thuật vít qua khớp trong điều trị chấn thương mắt vững C1-C2. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2012.
 7. **Apfelbaum RI, Lonser RR, Veres R, Casey A.** Direct anterior screw fixation for recent and remote odontoid fractures. *J Neurosurg*. Oct 2000; 93(2 Suppl):227-36. doi:10.3171/spi.2000.93.2.0227
 8. **Agrillo A, Russo N, Marotta N, Delfini R.** Treatment of remote type ii axis fractures in the elderly: feasibility of anterior odontoid screw fixation. *Neurosurgery*. Dec 2008;63(6):1145-50; discussion 1150-1. doi:10.1227/01.NEU.0000335780.87219.E9
 9. **Rybicki F, Nawfel RD, Judy PF, et al.** Skin and thyroid dosimetry in cervical spine screening: two methods for evaluation and a comparison between a helical CT and radiographic trauma series. *AJR Am J Roentgenol*. Oct 2002;179(4):933-7. doi:10.2214/ajr.179.4.1790933
 10. **Goethem J.W.M., Hauwe L., Parizel P.M.** Spinal Imaging: Diagnostic Imaging of the Spine and Spinal Cord. Springer Berlin; 2007.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ GIẢI PHẪU CHỨC NĂNG THẨM MỸ SAU ĐIỀU TRỊ GỠ HẸM GÒ MÁ PHƯƠNG PHÁP NẴN CHỈNH XƯƠNG GÒ MÁ QUA XOANG HÀM

Lê Nguyễn Lâm¹, Lâm Quốc Tuấn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy xương gò má phức tạp không có hoặc ít di lệch thường được điều trị mà không cần can thiệp phẫu thuật, trong khi gãy xương có ảnh hưởng chức năng hoặc thẩm mỹ ở dạng nhìn đôi, kẹt cơ ngoài nhãn cầu, sai khớp cắn, hạn chế mở miệng và/hoặc lõm cung gò má thường cần can thiệp phẫu thuật. **Mục tiêu:** đánh giá kết quả giải phẫu chức năng thẩm mỹ sau điều trị của bệnh nhân gãy hòm gò má bằng phương pháp nắn chỉnh xương gò má qua xoang hàm. **Đối tượng phương pháp nghiên cứu:** Tất cả 49 bệnh nhân có gãy xương hòm gò má được khám và điều trị bằng phương pháp nắn chỉnh xương gò má qua xoang hàm tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hậu Giang từ 02/2019 đến 06/2020. Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích và can thiệp lâm sàng không nhóm chứng. **Kết quả:** - Tỷ lệ bệnh nhân được đánh giá giải phẫu tốt trước xuất viện là 83,7%, sau xuất viện 1 tuần là 89,8% và sau 3 tháng điều trị tăng lên 91,8%. - Bệnh nhân có chức năng mức độ tốt trước điều trị là 85,7%, sau xuất viện 1 tuần là 95,9% và sau 3 tháng điều trị là 98,0%. - Tỷ lệ bệnh nhân được đánh giá thẩm mỹ mức độ tốt trước xuất viện là 77,6%, sau xuất viện 1 tuần là 83,7% và sau 3 tháng điều trị là 87,8%. **Kết luận:** Phương pháp nắn chỉnh xương gò má qua xoang hàm là phương pháp phẫu

thuật ít sang chấn đem lại giải phẫu chức năng thẩm mỹ tốt.

Từ khóa: Giải phẫu chức năng, thẩm mỹ, nắn chỉnh xương gò má qua xoang hàm.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE ANATOMY, FUNCTION AND AESTHETIC RESULTS OF CLOSED REDUCTION METHOD IN TREATMENT OF ZYGOMATICOMAXILLARY COMPLEX FRACTURE

Background: Complicated cheekbone fractures with little or no displacement are usually treated without surgical intervention, while fractures with functional or cosmetic effects in the form of diplopia, extraocular muscle entrapment, malocclusion, limited mouth opening, and/or zygomatic arch depression often require surgical intervention. **Objective:** To evaluate the results of aesthetic functional surgery after treatment of patients with cheekbone fractures by means of cheekbone correction through the maxillary sinus. **Materials and methods:** All 49 patients with zygomatic fractures were examined and treated with cheekbone correction through the maxillary sinus at Hau Giang Provincial General Hospital from February 2019 to June 2020. Descriptive cross-sectional study with analysis and clinical intervention without control group. **Results:** - The percentage of patients with good anatomical assessment before discharge was 83.7%, 89.8% after 1 week of discharge and 91.8% after 3 months of treatment. - Patients had good function before treatment is 85.7%, after 1 week of discharge is 95.9% and after 3 months of treatment is 98.0%. - Hospital discharge is 77.6%, 1 week after discharge is 83.7% and after 3 months of treatment is 87.8%.

¹Đại Học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyễn Lâm

Email: lenguyenlam@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.12.2022

Ngày phản biện khoa học: 10.01.2023

Ngày duyệt bài: 9.2.2023