

KẾT HỢP XƯƠNG NẠP VÍT NHỎ ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG HÀM DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

TRƯƠNG NHỰT KHUÊ, TRẦN LINH NAM, NGUYỄN BÁ TRÍ

TÓM TẮT

Mở đầu: Gãy xương hàm dưới thường gặp trong gãy xương mặt. Tuy không nguy hiểm đến tính mạng nhưng nếu không xử trí đúng, can thiệp điều trị kịp thời sẽ để lại những hậu quả đáng tiếc. Mục tiêu của nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị gãy xương hàm dưới tại Bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả các trường hợp bệnh. 43 người bệnh từ 16 tuổi đến 71, được khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ từ tháng 01/2010 đến tháng 09/2010 được chẩn đoán xác định gãy xương hàm dưới và được chỉ định kết hợp xương nẹp vít nhỏ.

Kết quả: Mặc dù có nhiều phương pháp điều trị gãy xương hàm dưới. Kết hợp xương bằng nẹp vít mang lại sự vững ổn tốt, vận động hàm sớm với tỷ lệ biến chứng thấp. Kết hợp xương nẹp vít nhỏ cho thấy sự liền xương tốt với biến chứng thấp.

Kết luận: Nguyên nhân chủ yếu của gãy xương hàm dưới là do tai nạn xe máy, kết hợp xương nẹp vít nhỏ điều trị gãy xương hàm dưới cho kết quả tốt, tỷ lệ biến chứng có thể chấp nhận được.

Từ khóa: xương hàm dưới.

SUMMARY

Background: The position, prominence, anatomic configuration, mobility of mandible make it one of the most frequent facial bone to be fractured. The present study investigated the prevalence, sex, age group, alcohol consumption, crash helmet use, cause, site, treatment, and postoperative result of mandibular fractures at Can Tho Central General Hospital.

Material and method: The medical records and radiographic of 43 patients treated for mandibular fracture at Can Tho Central General Hospital over a 9 month period (from 1 January 2010 to 30 september 2010) were undertaken. Data on patients age, sex, alcohol and helmet use, mechanism of injury, site of fracture, treatment modality, and post-operative result were recorded and assessed.

Results: Although various devices and techniques have been used to treat to the fractures, plate and screw fixation systems have proved to provide the best rigid stabilization, early mobility and

associated with least complications. There was a satisfactory bone healing in all the patients and a minimal complication rate associated with miniplate osteosynthesis of mandible fractures.

Conclusion: The main cause of mandibular fractures at Can Tho Central General Hospital is motorbike related. The management of mandibular trauma with miniplate osteosynthesis gives good results and a minimal complication rate.

Keywords: mandibular.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương hàm dưới là tai nạn hay gặp trong cuộc sống hàng ngày; cấp cứu thường gặp ở các bệnh viện trên toàn thế giới. Gãy xương hàm dưới chiếm khoảng 43,12% đến 63,66% trong tổng số gãy xương vùng mặt [1], [4]. Trong gãy xương hàm dưới, ngoài di lệch nguyên phát do lực chấn thương gây ra; còn di lệch thứ phát do sự co kéo của các cơ, làm gia tăng mức độ trầm trọng của ổ gãy [2]. Ngày nay, có rất nhiều phương pháp điều trị gãy xương hàm dưới dựa trên nguyên tắc nắn chỉnh xương vỡ, phương tiện cố định xương vững chắc bên trong, tổn thương mô tối thiểu và phục hồi vận động hàm sớm [6], [8]. Nhiều nghiên cứu cho thấy kết hợp xương với nẹp vít nhỏ được sử dụng phổ biến trong điều trị gãy xương hàm dưới cho kết quả tốt với tỷ lệ biến chứng thấp. Tuy nhiên, thiết nghĩ cần tiếp tục nghiên cứu đánh giá hiệu quả của các phương pháp điều trị gãy xương hàm dưới tại địa phương. Kết quả thu được giúp đưa ra kế hoạch toàn diện, từ đó có biện pháp giải quyết tốt nhất cho người bệnh đối với chấn thương này.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị gãy xương hàm dưới với nẹp vít nhỏ của các người bệnh đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 01/2010 đến tháng 09/2010.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Các bệnh nhân cả nam và nữ, tuổi từ 16 đến 71, được chẩn đoán gãy xương hàm dưới đơn thuần hoặc gãy xương hàm dưới phối hợp với các tổn thương khác, điều trị nẹp vít nhỏ. Có đầy đủ hồ sơ bệnh án và phim X quang cần thiết phục vụ chẩn đoán. Tiêu chuẩn xác định bệnh nhân dựa theo chẩn đoán cuối cùng của khoa răng hàm mặt, Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Gãy xương bệnh lý, các bệnh nhân gãy xương hàm dưới đã được điều trị tại các cơ sở khác, thiếu dữ liệu thu thập, không tái khám theo đầy đủ hai lần hẹn.

Phương pháp nghiên cứu: Là phương pháp nghiên cứu mô tả các trường hợp bệnh, Người thực hiện nghiên cứu trực tiếp hỏi bệnh, khám lâm sàng. Người bệnh được chuẩn đoán xác định dựa trên triệu chứng lâm sàng và hình ảnh X quang. Tất cả người bệnh đạt tiêu chuẩn chọn mẫu được thống kê theo mẫu bệnh án thống nhất với các dữ kiện cần nghiên cứu, chụp ảnh lưu lại phim X quang mặt thẳng trước mổ và sau mổ. Dữ kiện nghiên cứu bao gồm: tên, tuổi, giới, địa chỉ, điện thoại liên lạc, nguyên nhân chấn thương,

tình trạng sử dụng rượu, thời gian chấn thương, chấn thương phối hợp, triệu chứng lâm sàng, các đặc điểm trên phim X quang mặt thẳng, phương pháp điều trị, kết quả đánh giá các lần tái khám ngay sau mổ, 2 tuần, 4 tuần, 8 tuần, 12 tuần (Tình trạng vết mổ, kiểm tra khớp cắn ở vị trí cắn khít trung tâm, vận động hàm dưới: há miệng tối đa, nhiễm trùng phần mềm ở vết thương, viêm xương, chậm liền xương, không liền xương, phản ứng thải nẹp vít, tổn thương thần kinh, sự lành thương trên phim X-quang, sự cân xứng khuôn mặt, chức năng răng ở vị trí đường gãy).

+ Đánh giá lâm sàng:

Nhiễm trùng phần mềm:

Mức độ nhẹ: chỉ cần điều trị nội khoa (kháng sinh, kháng viêm) hướng dẫn chăm sóc vết thương điều trị ngoại trú.

Mức độ vừa: Tháo dịch, nạo mô viêm thực hiện tại phòng tiểu phẫu kết hợp kháng sinh, kháng viêm.

Mức độ nặng: cần nhập viện điều trị phẫu thuật, kháng sinh đường tiêm tĩnh mạch.

Khớp cắn trung tâm: đúng, sai ít (mài chỉnh múi răng), sai nhiều (cân phẫu thuật lại)

+ Theo dõi định kỳ: Đánh giá liền xương trên phim X quang

Giai đoạn 1: không có sự thay đổi trên phim, không có sự can xi hóa giữa các đường gãy, có một đường thấu quang ở đường gãy.

Giai đoạn 2: thấy hình ảnh tiêu xương và có sự tăng vùng thấu quang ở vị trí đường gãy

Giai đoạn 3: có hình ảnh can xi hóa giữa các đường gãy, có sự tạo xương ở đường gãy.

Giai đoạn 4: không có hình ảnh thấu quang ở vị trí đường gãy, quan sát thấy hình ảnh liền xương, không còn phân biệt đường gãy.

Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: Các dữ liệu sau mỗi lần điều trị theo dõi được nhập liệu bằng phần mềm vi tính Microsoft Excel 2002, sau đó được tổng hợp phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0 for window.

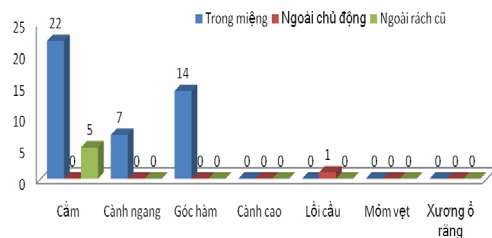
KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01/2010 đến tháng 09/2010 với mẫu sau cùng gồm 43 bệnh nhân. Bước đầu chúng tôi ghi nhận một số kết quả sau:

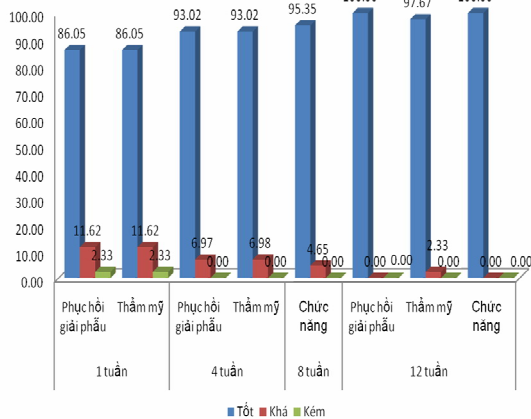
Bảng 1. Phân bố đặc điểm dịch tễ học gãy xương hàm dưới

Cơ mẫu		Số lượng	Tỷ lệ(%)
		43	100
Nhóm tuổi	16-18	10	23,15
	19-39	26	60,47
	40-59	6	13,95
	>= 60	1	2,33
Giới	Nam	36	83,72
	Nữ	7	16,18
Nguyên nhân	Tai nạn giao thông	39	90,69
	Tai nạn lao động	2	4,65
	Tai nạn sinh hoạt	1	2,33
	Đánh nhau	1	2,33
Số lượng đường gãy	Một đường	32	74,42
	Hai đường	10	23,25

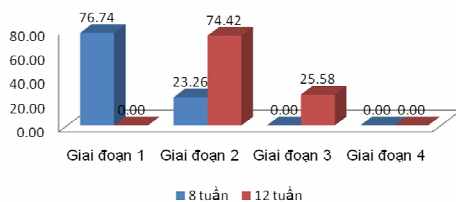
	>= ba đường	1	1,33
Vị trí gãy	Cằm bên	21	37,5
	Góc hàm	14	25
	Cành ngang	11	19,64
	Cằm giữa	6	10,71
	Lồi cầu	2	5,36
	Mỏm vệt	1	1,78
Gãy xương hàm dưới phối hợp	Gãy xương hàm dưới đơn thuần	36	83,72
	Gãy xương hàm dưới phối hợp	7	16,28
Các phương pháp điều trị	KHX nẹp vít nhỏ	27	62,79
	KHX nẹp vít nhỏ + Cố định hàm	14	32,55
	KHX neo vít nhỏ + khác	2	4,66



Biểu đồ 1. Phân bố đường vào phẫu thuật theo vị trí giải phẫu



Biểu đồ 2. Đánh giá kết quả điều trị về phục hồi giải phẫu, thẩm mỹ và chức năng theo thời gian



Biểu đồ 3. Đánh giá liền xương trên phim X quang theo thời gian

BÀN LUẬN

Xương hàm dưới là xương động khối sọ mặt, nhô ra nhất tầng dưới mặt nên dễ bị ảnh hưởng khi va đập [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy gãy xương hàm dưới thường xảy ra ở nam giới, nhóm tuổi 16-39 chiếm đa số (83,62%). Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước [1], [3]. Vùng cằm chiếm tỷ lệ cao nhất (48,21%), nguyên nhân chính do tai nạn xe máy (90,69%). Kết quả phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong nước [1], [3]. Khác với nghiên cứu của Boole và cộng sự nguyên nhân chính là đánh nhau, vị trí gãy thường gặp nhất là góc hàm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, gãy phối hợp hai đường cằm phải, trái và cằm/góc hàm chiếm tỉ lệ cao nhất (3/10). Điều này phù hợp với cơ chế chấn thương do tai nạn giao thông phương tiện xe máy, tư thế lao về phía trước và rơi xuống đất, vùng cằm là vị trí bị tác động đầu tiên và nhiều nhất gây gãy cằm trực tiếp, lực từ cằm truyền đến vùng góc hàm phía đối diện tạo sự nén ép gây gãy góc hàm gián tiếp. Ngoài ra, gãy góc hàm còn do sự đóng góp của nguyên nhân ấu dả, hoàn toàn phù hợp đặc điểm giải phẫu xương hàm dưới và cơ chế tác động, trong đó một vị trí là nơi bị tác động trực tiếp và một vị trí là nơi bị tác động gián tiếp. Vì vậy khi đánh giá một trường hợp có gãy vùng cằm trực tiếp, nên nghĩ đến khả năng gãy góc hàm gián tiếp và ngược lại. Rượu: Có 42,3% trường hợp có uống rượu trước khi bị tai nạn. Uống rượu là yếu tố góp phần góp phần gây tai nạn dẫn đến gãy xương hàm dưới. Gãy một phần và gãy vụn chiếm tỉ lệ nhỏ nhưng cần lưu ý là phải tìm được mảnh xương gãy vì rất dễ bỏ sót lại trong mô mềm gây biến chứng, việc điều trị gãy vụn khó khăn hơn gãy hoàn toàn và gãy một phần. Gãy hở chiếm tỉ lệ rất cao 93,4%, lý do là đường gãy đi qua cung răng nhiều.

Dấu hiệu gián đoạn và đau chói bờ xương là dấu hiệu phát hiện được khi sờ nắn dọc theo bờ nền của XHD, đây là dấu hiệu quan trọng góp phần chẩn đoán vị trí gãy xương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, dấu hiệu này xuất hiện ở hầu hết các bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao 79,06%.

- Đường gãy XHD vùng giữa cằm (Symphysis) chúng tôi gặp 6 trường hợp. Nguyên nhân gãy do lực đập trực tiếp vào chính giữa vùng cằm, khám lâm sàng thấy có tổn thương sưng nề, rách da vùng cằm (5/6).

- Gãy cằm bên (Parasympphysis) ghi nhận 21/43 trường hợp chiếm 37,5% các đường gãy, hầu hết các đường gãy cằm bên đều có dấu hiệu gián đoạn và di lệch cung răng, sai khớp cắn. Đoạn gãy phía gần bị kéo xuống dưới ra sau. Trong trường hợp gãy kết hợp với góc hàm. Bệnh nhân hạn chế há ngậm miệng, sưng nề chảy máu vùng đường gãy qua cung răng, bệnh nhân được sơ cứu ở tuyến dưới bằng cách buộc cố định tạm bằng chỉ thép quanh răng hai bên vị trí gãy.

- Gãy xương hàm dưới vùng cành ngang ghi nhận 11/43 trường hợp, các trường hợp gãy cành ngang có

di lệch, đoạn gãy ngắn thường được kéo lên trên vào trong, đoạn dài kéo xuống dưới. Bệnh nhân có khớp cắn hở một bên hoặc có dấu hiệu khớp cắn hai thì. Đặc biệt trong trường hợp gãy hai đường xương hàm dưới vùng cạnh ngang hoặc vùng cằm bên và cạnh ngang, đoạn xương gãy luôn bị kéo xuống dưới ra sau và kéo cả sàn miệng tụt xuống. Chụp phim mặt thẳng hoặc phim cánh cắn để chẩn đoán.

- Gãy xương hàm dưới vùng góc hàm chiếm 25% (14/55). Khám lâm sàng thấy dấu hiệu sưng nề vùng góc hàm, sờ nắn thấy điểm đau chói, những trường hợp gãy di lệch thấy có dấu hiệu khớp cắn hở bên bị gãy. Hình ảnh các đường gãy qua vùng góc hàm đều được thể hiện rõ trên phim toàn cảnh và phim mặt thẳng. Trường hợp gãy di lệch cho thấy rõ hình ảnh đoạn gãy phía sau bị kéo lên trên, ra trước.

- Gãy lồi cầu xương hàm dưới chiếm 5,36%. Lâm sàng hay gặp cạnh cao bị kéo lên trên, khớp cắn vùng răng hàm chụm sớm, hở khớp cắn vùng răng cửa. Phân tích hình ảnh gãy xương được thể hiện rõ nhất trên phim cắt lớp lồi cầu và trên phim CT scan.

- Chúng tôi gặp 1 trường hợp gãy mỏm vẹt xương hàm dưới chiếm 1,78%, gãy kết hợp với xương gò má cùng bên. Trên lâm sàng biểu hiện bệnh nhân sưng nề vùng gò má và quang hốc mắt, biến dạng vùng gò má và cung tiếp, phần đỉnh gò má bị lõm xuống theo chiều trước sau, bệnh nhân há miệng hạn chế.

- Gãy xương hàm dưới 3 đường trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 1 trường hợp gãy vùng cằm kết hợp với gãy lồi cầu 2 bên. Như vậy khi lực tác động vào vùng cằm không những gây gãy tại điểm lực trực tiếp tác động mà còn gây gãy một hay cả hai bên lồi cầu.

- Điều trị gãy xương hàm dưới tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ cho kết quả cao ở cả 3 phương diện phục hồi giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ.

Phương pháp điều trị gãy xương hàm dưới theo kỹ thuật Champy, áp dụng nhiều nhất là phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít nhỏ không cố định hàm được sử dụng nhiều nhất 62,79% và đường rạch trong miệng 87,75%.

- Tỷ lệ nắn chỉnh chính xác giải phẫu được đo đạc trên phim sau mổ khá cao 90,3%, liền xương theo dõi sau ba tháng giai đoạn 2 là 74,42%, giai đoạn 3 là 25,58%. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Kawai.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ chiếm 11,62% (5/43), trong đó 4 trường hợp có biểu hiện viêm nhiễm phần mềm vùng phẫu thuật. Trong đó có một trường hợp do chỉ phẫu thuật. Sau 1 tuần điều trị, những bệnh nhân này được điều trị nội khoa dùng thuốc kháng sinh phối hợp với chống viêm đều cho kết quả tốt sau 4 tuần tái khám, một trường hợp bệnh nhân còn lại có biến chứng viêm xương chiếm 2,33% (1/43) tại vị trí vùng cằm, khám lâm sàng thấy xuất hiện lỗ rò mủ qua vết mổ tương ứng với vị trí đặt

nẹp. Trường hợp này đều được phẫu thuật lại lấy bỏ mảnh xương chết, tháo nẹp, sau điều trị đều cho kết quả tốt.

Số liệu thống kê về tỉ lệ nhiễm trùng sau phẫu thuật gãy xương hàm dưới của nhiều tác giả là rất khác nhau [2], [9]. Vấn đề răng trên đường gãy và các biến chứng nhiễm trùng đã được nhiều tác giả nghiên cứu, tuy nhiên chỉ định nhổ răng trên đường gãy để tránh biến chứng nhiễm trùng còn nhiều tranh cãi. Trong nhóm bệnh nhân chúng tôi tiến hành nghiên cứu tất cả các trường hợp răng nằm trên đường gãy được lấy bỏ trong lúc phẫu thuật do cản trở nắn chỉnh hay bị lung lay, nhiễm trùng. Ở vị trí khác các răng nằm trên đường gãy hoặc bên đường gãy lung lay độ 3 hoặc độ 4 đều được nhổ và khâu kín huyết ổ răng.

Các trường hợp vết gãy hở, bản có nguy cơ nhiễm trùng hậu phẫu cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả 43 bệnh nhân khi nhập viện đều được sử dụng kháng sinh theo đường tiêm hoặc truyền vì vậy đều cho kết quả khả quan. Tuy nhiên chỉ có 1 trường hợp nhiễm trùng sau mổ do đường mổ qua vết thương hở, bản và 1 trường hợp dò vết mổ do nốt chỉ khâu niêm mạc còn sót.

Kết luận: Nguyên nhân chủ yếu của gãy xương hàm dưới là do tai nạn xe máy, kết hợp xương nẹp vít nhỏ điều trị gãy xương hàm dưới cho kết quả tốt, tỷ lệ biến chứng có thể chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lâm Ngọc ấn và cộng sự (2000), "Chấn thương vùng hàm mặt do nguyên nhân thông thường (1976-1993)", *Kỷ yếu 1975 - 1993 Scientific research papers*, tr. 127-133.
2. Nguyễn Thế Dũng (2007), "Nghiên cứu ứng dụng điều trị gãy xương hàm dưới bằng nẹp vít cố định vững chắc", *Tuyển tập công trình nghiên cứu khoa học Răng Hàm Mặt*, Nhà xuất bản Y học, tr. 166-176.
3. Trần Dương Huấn (1995), "46 case - Gãy xương hàm dưới trong năm 1994 - tại Cần Thơ", *Thông tin mới Răng Hàm Mặt*, Trường đại học Y Dược TP. HCM, tr. 51-53.
4. Trần Văn Trường, Trương Mạnh Dũng (2001), "Nhận xét kết quả điều trị gãy xương hàm mặt tại Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội từ 1988-1998", *Tạp chí y học Việt Nam*, 264(10), tr. 26-36.
5. Nguyễn Văn Tuấn (2005), *Đánh giá hiệu quả sử dụng hệ thống nẹp vít nhỏ trong điều trị gãy XHD*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường đại học Y Dược TP. HCM.
6. Lâm Quốc Việt (2007), *Hiệu quả của nẹp nén và nẹp nhỏ trong điều trị gãy xương hàm dưới vùng cằm*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường đại học Y Dược TP. HCM.