DỊCH TỄ HỌC GÃY XƯƠNG HÀM DƯỚI NGHIÊN CỨU TRONG 8 NĂM TẠI BỆNH VIỆN VIỆT TIỆP, HẢI PHÒNG

PHẠM VĂN LIỆU
Trường Đại học Y Hải Phòng.

TÓM TẮT:

Với mục tiêu khảo sát dịch tễ học lâm sàng chấn thương gãy xương hàm dưới (XHD) tại Bệnh viện Việt Tiệp, Hải Phòng và kiến nghị phòng chống chấn thương. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 403 trường hợp gãy XHD nhập viện điều trị tại Bệnh viện Việt Tiệp, Hải Phòng, tỷ lệ gãy XHD trong gãy xương hàm mặt (XHM) là 41,6%, lứa tuổi bị chấn thương cao nhất từ 21-30 (38,1%), các lứa tuổi khác chiếm tỷ lệ thấp hơn: ≤ 10 (1,4%), 11-20 (16,2%), 31-40 (21,6%), 41-50(14%), 51-60 (5,4%) và từ 60 trở lên (3,3%). Tỷ lệ bị chấn thương nam gấp 4,5 lần nữ. Nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông (TNGT) chiếm tỷ lệ cao nhất (73,2%), tiếp theo là tai nạn sinh hoạt (21,1%), Tai nạn lao động (3%), tai nạn do hoạt động thể thao (1,7%). Gãy XHD một đường chiếm tỷ lệ 76%. Số đường gãy đi qua vùng cằm chiếm tỷ lệ cao nhất (49%), góc hàm (21,3%), lồi cầu (12,2%), thân xương (11,1%), cành cao (1,5%), mỏm quạ (0,5%), xương ổ răng (2,6%). Số đường gãy góc hàm có liên quan tới răng cối lớn 3 là (94,3%), trong đó số đường gãy phía mặt xa răng cối lớn 3 là (91%). Gãy XHD phối hợp với chấn thương sọ não chiếm tỷ lệ cao nhất (9,5%), với gãy xương hàm trên (5,2%), các chấn thương phối hợp khác ít gặp hơn. Để phòng chống chấn thương do tai nạn giao thông, cần tuyên truyền, giáo dục sâu rộng tới nhân dân để chấp hành luật lệ giao thông, nhất là đội mũ bảo hiểm tuyệt đối khi đi xe máy.

Từ khóa: chấn thương, xương hàm dưới

SUMMARY

CLINICAL EPIDEMIOLOGY OF TRAUMATIC MANDIBULAR FRACTURE AT VIETNAM – CZECH HOSPITAL, HAIPHONG.

This clinical epidemiology study aimed at defining the characteristics of mandibular fractures due to trauma at Vietnam - Czech Hospital in Haiphong and putting forward some preventive measures. The study comprised 403 cases of mandibular fractures which were treated at Vietnam - Czech Hospital in Haiphong city. The percentage of mandibular fractures among maxillofacial fractures was 41.6% with the most prevalent age group from 21 to 30 years old (38.1%), the prevalence in other age groups was lower: ≤ 10 (1.4%); 11-20 (16.2%); 31-40 (21.6%); 41-50 (14%); 51-60 (5.4%) and above 60 (3.3%). The ratio male to female was 4.5/1. The injuries were most often caused by traffic accidents (73.2%), next by accidents occuring in daily activities (21.2%), accidents at work (3%) and lastly sports accidents (1.7%). Among mandibular fractures, the single line fractures were most prevalent (76%). The sites of the fractures line were recorded as follows: symphysial fractures (49%); mandibular angle fractures (23.1%); condylar fractures (12.2%); mandibular body fractures (11.1%); ramus fractures (1.5%); coronoid fractures (0.5%), and alveolar fractures (2.6%). The number of mandibular angle fractures that were related to the third molar was 94.3%, of which the number of fractures at its distal side accounted for 91% cases. Cranial injuries were associated with mandibular fractures in 9.5% cases and with maxillary injuries in 5.2% cases, other combined injuries were rare. In order to prevent and limit traumas caused by traffic accidents, it is recommended to diffuse informations related to compliance to traffic regulations, and helmet wearing when riding motorbikes.

Keywords: mandibular fractures,Vietnam - Czech Hospital

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương vùng hàm mặt là một trong những loại chấn thương khá thường gặp và gây nên những thương tổn đa dạng.

Theo thống kê trên thế giới trong những thập niên vừa qua, chấn thương hàm mặt có xu hướng ngày càng gia tăng. Tại Việt Nam, những nghiên cứu gần đây cho thấy gãy xương hàm dưới chiếm tỷ lệ từ 34% đến 63% trong tổng số chấn thương gãy xương hàm mặt. Nguyên nhân của chấn thương phổ biến là do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn trong hoạt động thể thao, đánh nhau, té ngã… gây nên, trong đó tai nạn giao thông thường chiếm tỷ lệ rất cao. Nghiên cứu về vấn đề này để xác định đặc điểm dịch tễ học đặc thù chấn thương gãy xương hàm dưới, đồng thời đề xuất biện pháp phòng ngừa, ngăn chặn chấn thương là việc làm cần thiết, có ý nghĩa đối với ngành y tế.

Đề tài "Đặc điểm dịch tễ học gãy xương hàm dưới, nghiên cứu trong 8 năm tại Bệnh viện Việt Tiệp, Hải Phòng" với mục tiêu sau:

Xác định đặc điểm dịch tễ học lâm sàng gãy xương hàm dưới tại Bệnh viện Việt - Tiệp, Hải Phòng và kiến nghị về công tác phòng chống chấn thương.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân gãy XHD nhập viện điều trị tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng từ năm 1997 đến 2004.

Cỡ mẫu: 403 bệnh nhân.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu Mô tả cắt ngang.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm về tuổi chấn thương gãy xương hàm dưới

Với 403 trường hợp gãy XHD, các nhóm tuổi tương ứng trong từng năm nghiên cứu được thể hiện trong bảng 1.

Bảng 1: Gãy XHD phân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Cộng	Tỷ lệ %
≤ 10	1	1			2		2		6	1,4
11-20	10	8	6	8	7	9	10	7	65	16,2
21-30	13	16	15	20	16	21	24	29	154	38,1
31-40	8	10	6	11	9	14	13	16	87	21,6
41-50	5	4	10	8	5	8	6	10	56	14,0
51-60	2	1	5		5	3	5	1	22	5,4
Trên 60	2	3	2		4	1	1		13	3,3
Cộng	41	43	44	47	48	56	61	63	403	
Tỷ lệ %	10,2	10,7	10,9	11,7	11,9	13,9	15,1	15,6		**100**
Gãy XHM	97	105	109	121	118	133	144	142	**969**	
Tỷ lệ %	10,0	10,8	11,2	12,5	12,2	13,7	14,9	14,7		**100**

Như vậy, nhóm tuổi từ 21đến 30 chiếm tỷ lệ cao nhất (38,1%)

Đặc điểm về giới trong chấn thương gãy XHD

Bảng 2: Phân bố tỷ lệ chấn thương gãy XHD theo giới qua các năm

		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Tính chung
Nam	n	36	38	37	39	36	41	51	52	330
	%	87,8	88,4	84,1	83,0	75,0	73,2	83,6	82,5	81,9
Nữ	n	5	5	7	8	12	15	10	11	73
	%	12,2	11,6	15,9	17,0	25,0	26,8	16,4	17,5	18,1
Tính chung	n	41	43	44	47	48	56	61	63	403
So sánh nam và nữ		P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05	P<0,05

Như vậy Nam giới bị chấn thương chiếm tỷ lệ cao hơn (81,9%) so với Nữ (18,1%)

Nguyên nhân chấn thương gãy xương hàm dưới

Bảng 3: Phân bố tỷ lệ gãy XHD theo nguyên nhân qua các năm

Nguyên nhân	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Cộng	Tỷ lệ %
Tai nạn giao thông (xe máy)	30 (23)	33 (22)	32 (27)	31 (29)	37 (31)	41 (32)	45 (38)	46 (40)	295 (242)	73,2 (60,0)
Tai nạn sinh hoạt	7	9	10	8	9	14	16	12	85	21,1
Tai nạn lao động	1		2	5	1			3	12	3,0
Tai nạn hoạt động thể thao	3			1	1	1		1	7	1,7
Tai nạn khác		1		2				1	4	1,0
Cộng:	41	43	44	47	48	56	61	63	403	100

Như vậy, tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất (73,2%) trong các nguyên nhân.

Phân loại gãy xương hàm dưới

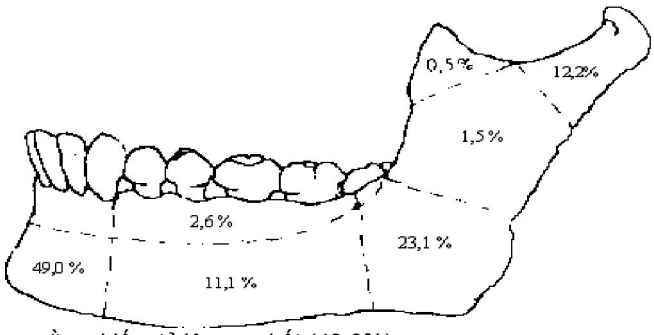
Phân loại theo số đường gãy

Bảng 4: Tổng loại phân loại gãy XHD

Vùng gãy	Cằm	Thân xương	Góc hàm	Cành cao	Lồi cầu	Mỏm quạ	XOR		Cộng
Số bệnh nhân	198	51	92	7	41	2	12	403	
Gãy một đường	170	51	78	7	29	2	12	349 (76,0%)	
Gãy hai đường	53	-	28	-	23	-	-	104 (22,7%)	
Gãy ba đường	2	-	-	-	4	-	-	6 (1,3%)	
Số đường gãy	225	51	106	7	56	2	12	459	
Tỷ lệ %	49,0	11,1	23,1	1,5	12,2	0,5	2,6	100	

Kết quả cho thấy gãy XHD một đường chiếm tỷ lệ cao nhất, gãy hai đường trở lên chiếm tỷ lệ thấp hơn.

Phân loại gãy xương hàm dưới theo vùng giải phẫu



Số đường gãy đi qua vùng cằm chiếm tỷ lệ cao nhất (49,0%)

Nghiên cứu này có 106 đường gãy góc hàm XHD, với 89 trường hợp có liên quan với răng cối lớn 3 (răng số 8), kết quả được trình bày trong bảng 5.

Bảng 5: Phân bố đường gãy góc hàm XHD liên quan với răng số 8

Răng 8 / Đường gãy		Mầm răng 8	Răng 8 mọc thẳng	RĂNG SỐ 8 MỌC LỆCH				CỘNG	
				Gần	Xa	Ngoài	Trong	n	%
Phía mặt gần R8				3	1	2		6	6,7
Phía mặt xa R8		2	19	47	1	8	4	81	91,0
Làm tổn thương R8				2				2	2,3
Cộng	n	2	19	52	2	10	4	89	
	Tỷ lệ %	2,3	21,3	58,4	2,3	11,2	4,5		100

Số răng 8 mọc thẳng chiếm 21,3%, số răng 8 mọc lệch chiếm 76,4%.

Tổn thương phối hợp

Một số triệu chứng điển hình của chấn thương gãy xương hàm dưới:

- Sưng nề bầm tím tại chỗ có 323 trường hợp, chiếm 80,2.
- Di lệch khớp cắn có 384 trường hợp, chiếm 95,3%
- Triệu chứng đau chói tại chỗ khi sờ nắn, có 403 trường hợp, chiếm 100%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy chấn thương gãy XHD thường phối hợp với:

- Chấn thương sọ não: có 38 trường hợp, chiếm tỷ lệ 9,5%.
- Gãy xương hàm trên: có 21 trường hợp, chiếm 5,2%.
- Gãy xương gò má: có 9 trường hợp, chiếm 2,2%.
- Gãy xương hàm trên và gò má: có 6 trường hợp, chiếm 1,5%.
- Gãy xương chi: có 12 trường hợp, chiếm 3%.
- Gãy xương lồng ngực: có 10 trường hợp, chiếm 2,5%.
- Tổn thương các tạng trong ổ bụng: có 3 trường hợp, chiếm 0,8%.
- Cột sống: có 1 trường hợp, chiếm 0,2%.

BÀN LUẬN

Trong số 969 bệnh nhân gãy xương hàm mặt nhập viện có 403 bệnh nhân gãy XHD, chiếm tỷ lệ 41,6%.

Nhóm tuổi 21-30 bị chấn thương gãy XHD cao nhất (chiếm 31,8%). Có thể nói lứa tuổi trẻ, năng động trong lao động và trong các hoạt động xã hội nên dễ bị chấn thương hơn. Nhận xét này phù hợp với nhận xét của một số tác giả.

Nam giới bị gãy XHD chiếm tỷ lệ lớn hơn ở nữ giới. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$.

Về nguyên nhân tai nạn, chấn thương do tai nạn giao thông là vấn đề đáng lo ngại ở nhiều nước trên thế giới, trong đó có Việt Nam. Muốn phòng chống tai nạn giao thông có hiệu quả thì phải đặt việc giải quyết vấn đề này thành nhiệm vụ của toàn xã hội, giải quyết cùng lúc cả 3 vấn đề: thái độ, tốc độ và mật độ giao thông. Tai nạn hay gặp trong sinh hoạt hàng ngày là bạo lực hành hung, đánh lộn, té ngã. Có thể nói tai nạn sinh hoạt đã phản ánh phần nào về trật tự xã hội. Tai nạn lao động, tai nạn khi hoạt động thể thao và một số nguyên nhân khác chiếm tỷ lệ thấp hơn.

Phân loại gãy XHD theo vùng giải phẫu: đường gãy ở vùng cằm chiếm tỷ lệ cao nhất (49,0%). Kết quả này phù hợp với nguyên nhân gây chấn thương, vì nguyên nhân do tai nạn xe máy chiếm tỷ lệ cao (60%), khi bị tai nạn xe máy, nạn nhân thường bị lao ra trước và rơi xuống dưới. Triệu chứng đau chói tại chỗ gãy khi sờ nắn chiếm tỷ lệ 100%. Triệu chứng di lệch khớp cắn chiếm tỷ lệ 95,3%. Triệu chứng sưng nề bầm tím tại chỗ chiếm tỷ lệ 80,2%.

Chấn thương gãy xương hàm dưới phối hợp với chấn thương sọ não chiếm tỷ lệ cao nhất (9,5%), kế đến là phối hợp với gãy xương hàm trên (5,2%), điều này cho thấy mối liên quan của khối sọ với khối mặt.

KẾT LUẬN

Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng gãy xương hàm dưới tại Bệnh viện Việt - Tiệp, Hải Phòng như sau:

- Gãy xương hàm dưới chiếm tỷ lệ cao trong gãy xương hàm mặt (41,6%), nhóm tuổi từ 21-30 bị gãy xương hàm dưới chiếm tỷ lệ cao nhất (38,1%), nam giới bị gãy xương hàm dưới cao gấp 4,5 lần nữ giới (Nam: 81,9%, Nữ: 18,1%)
- Nguyên nhân chấn thương: chiếm tỷ lệ cao nhất là tai nạn giao thông (73,2%), tiếp sau là tai nạn sinh hoạt (21,1%), các nguyên nhân khác chiếm tỷ lệ thấp.
- Phân loại gãy xương hàm dưới theo vùng giải phẫu: gãy vùng cằm chiếm tỷ lệ cao nhất (49,0%), tiếp theo là gãy góc hàm (23,1%), gãy lồi cầu: 12,2%. Tỷ lệ gãy ở các vùng khác thấp hơn. Khi gãy góc hàm, đường gãy thường liên quan đến răng số 8.
- Phân loại gãy xương hàm dưới theo số đường gãy: gãy một đường chiếm tỷ lệ cao nhất (76%), gãy hai đường hay gặp nhất là gãy cằm – góc hàm: 5,7% và cằm - lồi cầu: 5,1% và thường do tai nạn xe máy.
- Gãy xương hàm dưới thường có những triệu chứng lâm sàng điển hình: sưng nề, bầm tím tại chỗ: 80,2%, di lệch khớp cắn: 95,3%, đau chói tại chỗ gãy: 100%.
- Gãy xương hàm dưới phối hợp với chấn thương sọ não (9,5%) và với gãy xương hàm trên (5,2%).

Kiến nghị về công tác phòng chống chấn thương: để ngăn chặn, phòng ngừa tai nạn giao thông cần có hệ thống luật pháp nghiêm minh và ý thức tự giác chấp hành luật pháp của người dân khi tham gia giao thông; đặc biệt là đội mũ bảo hiểm đúng quy cách. Công tác tuyên truyền giáo dục phòng chống tai nạn giao thông cần được đưa vào chương trình giáo dục chính khóa về luật giao thông ở các trường học và tuyên truyền rộng rãi hơn nữa trên các phương tiện thông tin đại chúng; Ngoài ra cũng cần tăng cường cải thiện cơ sở hạ tầng giao thông và có những biện pháp quyết liệt với những hành vi vi phạm luật giao thông.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lâm Ngọc Ấn, Đặng Duy Hiếu, Huỳnh Đại Hải, Trần Hồng Hạnh, Lâm Hoài Phương, Bùi Hữu Lâm, Trần Ngọc Quảng Phi (1993). Chấn thương vùng mặt do nguyên nhân thông thường. Kỷ yếu công trình khoa học, Viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh. Tr.127-131.

2. Nguyễn Thế Dũng (1994). Gãy xương hàm dưới, kết quả điều trị qua 135 trường hợp tại Bệnh viện Khánh Hòa. Phẫu thuật tạo hình, (1). Tr. 19-24.

3. Nguyễn Thế Dũng (1996). Lâm sàng và điều trị gãy xương hàm dưới do va đập. Luận án Phó tiến sĩ Khoa học Y Dược. Trường Đại học Y Hà Nội.

4. Nguyễn Hoành Đức (1979). Chấn thương vùng hàm

mặt. Răng Hàm Mặt tập II. Nxb Y học, Hà Nội. Tr. 239-285.

5. Hoàng Tử Hùng (2005). Giải phẫu chức năng hệ thống nhai. Cắn khớp học. Nxb Y học Chi nhánh TP. Hồ Chí Minh. Tr. 11-34.

6. Trần Văn Trường, Trương Mạnh Dũng (1999). Tình hình chấn thương hàm mặt tại Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội trong 11 năm (1988-1998) trên 2149 trường hợp. Y học thực hành (10), (11). Tr. 71-80.

7. Atanasov DT (2003). A retrospective study of 3.326 mandibular fractures in 2.252 patients. Folia Med (Plovdiv). 45(2). pp. 38-42.

8. Boole JR, Holtel M, Amoroso P, Yore M (2001). 5.196 mandibular fractures among 4.381 active duty army soldiers, 1980 to 1998. Laryngoscope 111 (10). pp. 1691-1696.

9. Erden A Ksoy (2002). Clinical Review a retrospective study on Epidemiology and Treatment of Maxillofacial fractures. J Oral Maxillofac surg, 61. pp. 772-775.

10. Sakr K, Farag IA, Zeitown IM (2006). Review of 509 mandibular fractures treated at the University Hospital Alexandria, Egypt. Br J Oral Maxillofac Surg. 44(2) pp. 107-111.