

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ XƯƠNG HÀM DƯỚI BẰNG PHẪU THUẬT DÙNG NẸP VÍT KẾT HỢP XƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

VŨ ANH DŨNG - Trường Đại học Y Thái Bình
TRẦN BÌNH MINH - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả trên 48 bệnh nhân gãy xương hàm dưới được điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 1/2010 đến tháng 10/2010 chúng tôi nhận thấy:

- Lứa tuổi hay gặp nhất là 21- 40 tuổi chiếm 70,7 %. Tỷ lệ nam/nữ = 7/1. Nguyên nhân chủ yếu do TNGT (81,3%). Có 12,5 % CTSN kết hợp ở các mức độ vừa và nhẹ. Triệu chứng lâm sàng thường gặp và có giá trị chẩn đoán như điểm đau chói cố định 100%; sai khớp cắn 87,5%. Vị trí gãy thường gặp nhất là vùng cằm 31,9%, số BN có một đường gãy chiếm đa số 64,6%.

- Điều trị gãy XHD tại bệnh viện tỉnh: Đa số BN được phẫu thuật trong thời gian từ 3- 7 ngày đầu sau khi xảy ra tai nạn (54,2%). Ngày điều trị cho một BN từ 7- 15 ngày là chủ yếu (66,7%); đường mổ trong miệng hay được lựa chọn (64,2%). Kết quả điều trị gần: loại tốt là 64,6%, khá 23,3%, kém 12,3%. Kết quả điều trị xa: loại tốt là 78,3%, khá 15,2%, kém 6,5%.

SUMMARY

Descriptive studies on 48 patients with mandibular fractures Surgical treatment combined with slipt bone screws in the Hospital of Thai Binh province from January 1 / 2010 to March 10/2010 we found:

- The most common age is 21-40 years old accounted for 70.7%. Percentage of male/female=7/1. The main cause by traffic accidents (81.3%). 12.5% CTSN have combined in the moderate and mild.

Common clinical symptoms and diagnostic value as fixed points playing 100%, 87.5% incorrect bite. The most common fracture location is the chin area 31.9%, of patients with a fracture line 64.6% majority.

- Treated mandibular fractures at the provincial hospital: Most patients underwent surgery during the period from 3-7 days after the accident (54.2%). Day treatment for a patient from 7 - 15 days is mainly (66.7%); sugar in the mouth or surgery were selected (64.2%). Treatment results near: good is 64.6%, pretty 23.3%, bad 12.3%. Remote results of treatment: good is 78.3%, pretty 15.2%, bad 6.5%.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương hàm mặt là một cấp cứu hay gặp, nguyên nhân gây nên chủ yếu do tai nạn giao thông (TNGT). Tỷ lệ bệnh nhân (BN) chấn thương đã tăng cả về số lượng và mức độ trầm trọng. Theo thống kê từ 1/2002 đến 6/2007, tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình có 1564 BN chấn thương vùng hàm mặt, trong đó có 668 ca gãy xương vùng hàm mặt, tỷ lệ gãy xương hàm dưới (XHD) chiếm 44,13% trong tổng số BN gãy xương,

Hiện nay tại phòng khám cấp cứu hàm mặt Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình, trung bình mỗi ngày có khoảng 3-5 BN đến khám cấp cứu vì chấn thương hàm mặt trong đó có một tỷ lệ nhất định là chấn thương gãy XHD. Điều trị phẫu thuật gãy XHD từ

nhiều năm nay thường sử dụng kỹ thuật phẫu thuật kết hợp xương bằng chỉ thép, thời gian gắn đây đã và đang tiến hành phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít, đã đem lại những kết quả khả quan. Để góp phần nâng cao hiệu quả trong chẩn đoán và điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: □Đánh giá kết quả điều trị gãy xương hàm dưới bằng phẫu thuật dùng nẹp vít kết hợp xương tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình từ tháng 1/2010 đến tháng 10/2010□ nhằm mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng, X quang gãy xương hàm dưới do va đập; Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy xương hàm dưới bằng nẹp vít.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 48 BN bị gãy XHD do tai nạn được điều trị phẫu thuật bằng nẹp vít tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình từ tháng 01/2010 đến tháng 10/2010.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân gãy XHD do va đập có chỉ định phẫu thuật kết hợp xương. Bệnh nhân có nguyện vọng điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Tất cả các BN bị chấn thương gãy XHD không do va đập như gãy XHD do bệnh lý, do hoá khí. Gãy lồi cầu đơn thuần.

2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tư liệu nghiên cứu được ghi chi tiết trên phiếu nghiên cứu.

- Chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ gồm tất cả BN thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ đến khám và điều trị

3. Xử lý số liệu: Tất cả các số liệu trên được thu thập, tổng kết và xử lý bằng thuật toán thống kê y học theo chương trình EPI- INFO 6.0.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng chung của mẫu nghiên cứu

Bảng 1: Phân bố BN theo tuổi và giới tính (n = 48)

Lứa tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
< 20	4	8,3	1	2,1	5	10,4
21- 30	21	43,8	3	6,2	24	50,0
31- 40	9	18,6	1	2,1	10	20,7
41- 50	6	12,5	0	0	6	12,5
51- 60	2	4,3	1	2,1	3	6,4
> 60	0	0	0	0	0	0
Tổng	42	87,5	6	12,5	48	100

Lứa tuổi gặp nhiều nhất 21- 40 tuổi chiếm 70,7 %. Tỷ lệ Nam/Nữ = 7/1, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05)

Bảng 2: Nguyên nhân chấn thương (n = 48)

Nguyên nhân	Số lượng	Tỷ lệ %
Tai nạn giao thông	39	81,3
Tai nạn lao động	5	10,4
Tai nạn sinh hoạt	3	6,2
Tai nạn khác	1	2,1
Tổng	48	100

Nguyên nhân chủ yếu do TNGT (81,3%). Kết quả nghiên cứu phản ánh ý thức của người tham gia giao thông chưa cao và thực trạng về tình hình giao thông ở nước ta hiện nay.

Bảng 3: Tổn thương kết hợp (n= 48)

Những tổn thương kết hợp	Số lượng	Tỷ lệ %
Chấn thương sọ não	6	12,5
Gãy xương GM- CT	12	25,0
Gãy xương hàm trên	14	29,2
Gãy xương khác	5	10,4
Vết thương phần mềm	36	75,0

Gãy XHD kết hợp chấn thương phần mềm gặp 75,0%. Kết hợp gãy XHT là 29,2%, nếu gãy XHD có kèm theo gãy XHT thì việc chẩn đoán và điều trị sẽ trở nên khó khăn và phức tạp hơn nhiều vì có sự di lệch của cả hàm trên và hàm dưới. Kết hợp với CTSN 12,5% vì vậy trước một BN chấn thương gãy XHD cần thăm khám kỹ để phát hiện dấu hiệu CTSN kết hợp.

2. Lâm sàng gãy xương hàm dưới

Bảng 4: Vị trí gãy XHD theo giải phẫu

Vị trí tổn thương	Số lượng đường gãy	Tỷ lệ %
Xương ổ răng	6	8,3
Vùng cằm	23	31,9
Ngành ngang	20	27,8
Góc hàm	12	16,7
Ngành lên	4	5,6
Lồi cầu + mỏm vẹt	7	9,7
Cộng	72	100

Vị trí tổn thương vùng cằm gặp nhiều nhất (31,9%). Có 72 đường gãy trên 48 BN, như vậy mỗi BN có trung bình 1,5 đường gãy

Bảng 5: Số đường gãy gặp ở XHD (n= 48)

Số đường gãy	Số lượng	Tỷ lệ %
Gãy 1 đường	31	64,6
Gãy 2 đường	13	27,1
Gãy >= 3 đường	4	8,3
Tổng	48	100

Đa số BN gãy ở một vị trí (64,6%); số BN gãy 3 đường có tỷ lệ thấp (8,3%).

Bảng 6: Các triệu chứng lâm sàng thường gặp (n=48)

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Đau vùng hàm dưới khi ăn nhai	48	100
Hạn chế há miệng	46	95,8
Sung nề biến dạng vùng hàm dưới	38	79,2
Điểm đau chói cố định	48	100
Mất liên tục bờ xương, gờ bậc thang	21	43,8
Sai khớp cắn	42	87,5
Khớp cắn 2 thì	1	2,1
Di động bất thường	34	70,8

Triệu chứng điểm đau chói cố định (100%), sai khớp cắn (87,5%), có tần suất gặp cao và có giá trị trong chẩn đoán, có thể khám và xác định dễ dàng trên lâm sàng, trên cơ sở đó đưa ra kết hoạch chụp X quang phù hợp.

3. Kết quả điều trị gãy xương hàm dưới

Bảng 7: Thời gian được xử trí phẫu thuật sau chấn thương (n = 48)

Thời gian được xử trí phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ %
< 48 giờ đầu	12	25,0
3 - 7 ngày	26	54,2
8 - 14 ngày	7	14,6
> 14 ngày	3	6,2
Tổng số	48	100

Tỷ lệ được xử trí phẫu thuật trong thời gian từ 3-7 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất (54,2%). Tỷ lệ BN được xử

trí phẫu thuật sau 14 ngày chiếm tỷ lệ thấp (6,2%). Có 3 BN (6,2%) được phẫu thuật sau 14 ngày, là BN kết hợp CTSN có rối loạn ý thức. Chúng tôi nhận thấy rằng phẫu thuật có trì hoãn khi phần mềm giảm phù nề ngoài việc tiếp cận ổ gãy dễ dàng mà còn đánh giá mức độ cân đối của khuôn mặt được tốt hơn, đồng thời có thời gian loại trừ hết các tổn thương kết hợp.

Bảng 8: Số ngày điều trị trung bình (n = 48)

Số ngày điều trị	Số lượng	Tỷ lệ %
< 7 ngày	5	10,4
7 - 10 ngày	14	29,2
11- 15 ngày	18	37,5
> 15 ngày	11	22,9
Tổng số	48	100

Đa số bệnh nhân được điều trị trong thời gian 7-15 ngày(66,7%). Đây là khoảng thời gian phù hợp cho một bệnh nhân gãy xương có phẫu thuật.

Bảng 9: Số lượng đường mổ trong phẫu thuật (n=67)

Đường mổ	Số lượng	Tỷ lệ %
Trong miệng	43	64,2
Ngoài miệng	24	35,8
Tổng	67	100

Đa số BN được phẫu thuật theo đường trong miệng (64,2%); Có tổng số 67 đường mổ trên 48 BN, như vậy mỗi BN trung bình có 1,4 đường mổ.

Bảng 10. Thời gian cố định 2 hàm sau phẫu thuật (n= 48)

Thời gian cố định 2 hàm	Số lượng	Tỷ lệ %
1- 2 tuần	32	66,7
3- 6 tuần	16	33,3
Tổng	48	100

Thời gian cố định 2 hàm sau phẫu thuật chủ yếu từ 1-2 tuần chiếm 66,7% Bình thường một BN không phẫu thuật thì thời gian cố định 2 hàm từ 4- 6 tuần, nhưng BN được phẫu thuật thì thời gian cố định 2 hàm sẽ giảm xuống giúp BN ăn uống thuận lợi và giảm nguy cơ co cứng khớp thái dương hàm dưới.

Bảng 11. Kết quả điều trị gần (n= 48)

Kết quả điều trị	Tốt	Khá	Kém	Tổng
Số lượng	31	11	6	48
Tỷ lệ %	64,6	23,1	12,3	100

Bảng 12. Kết quả điều trị xa (n= 46)

Kết quả điều trị	Tốt	Khá	Kém	Tổng
Số lượng	36	7	3	46
Tỷ lệ %	78,3	15,2	6,5	100

Kết quả điều trị gần: Tốt (64,6%), khá (23,1%),kém (12,3%). Kết quả xa: Tốt (78,3%), khá (15,2%), kém (6,5). So sánh kết quả xa và gần chúng tôi thấy có sự khác biệt (với $P < 0,05$). Khi so sánh với một số tác giả khác thì kết quả điều trị của chúng tôi còn hạn chế, qua tìm hiểu và phân tích chúng tôi thấy: Kinh nghiệm điều trị phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít những ca gãy xương phức tạp chưa nhiều. Xây dựng tiêu chí đánh giá gần chưa phù hợp vì ngay sau khi BN tháo cố định 2 hàm, lúc đó mức độ há miệng còn hạn chế do hiện tượng co cứng khớp hàm.

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng gãy XHD: Lứa tuổi hay gặp nhất là 21- 40 tuổi chiếm 70,7 %. Tỷ lệ nam/nữ = 7/1. Nguyên nhân chủ yếu do TNGT (81,3%). Có 12,5 % có CTSN kết hợp ở các mức độ vừa và nhẹ; tổn thương phần mềm (75,0%); có 29,2% gãy XHT kết hợp. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp như điểm đau chói cố định 100%; đau vùng hàm dưới 100%; sai khớp cắn 87,5%. Vị trí gãy thường gặp nhất là vùng cằm 31,9%, ngành ngang 27,8%, số BN có một đường gãy chiếm đa số 64,6%.

2. Điều trị gãy XHD tại bệnh viện tỉnh: Đa số BN được phẫu thuật trong thời gian từ 3- 7 ngày đầu sau khi xảy ra tai nạn (54,2%). Ngày điều trị cho một BN từ 7- 15 ngày là chủ yếu (66,7%); đường mổ trong miệng hay được lựa chọn (64,2%). Kết quả điều trị gần: loại tốt là 64,6%, khá 23,3%, kém 12,3%. Kết quả điều trị xa: loại tốt là 72,4%, khá 17,2%, kém 10,4%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Thế Dũng (1996), "Lâm sàng và điều trị gãy xương hàm dưới do va đập", Luận án PTS y học, Đại học y Hà nội năm 1996. (Tr45-52)
- Nguyễn Quốc Đức (1998) □ Gãy xương hàm dưới thời bình, đánh giá kết quả điều trị tại Viện RHM Hà nội □ Luận văn thạc sỹ y học năm 1998.(Tr. 20-25)
- Nguyễn Quang Quyền (1996), Atlas giải phẫu người, Bài giảng giải phẫu, nhà xuất bản y học.
- ARCHER, Fractures of the facial bones and their treatment, Oral and Maxillofacial Surgery, W.B Saunders comp. Philadelphia Lodon 4th Edition 1967
- DINGMAN R.O.; NALVIG P., Surgery of facial fractures, Philadelphia, 1976, W.B. Saunders Co.
- LUHR H.G., Specificacion, indication and clinical applications of the Luhr vitallium maxilo facical system, J. Cranio fac Surg 1992;3;3; 79- 115.