

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY LỖI CẦU XƯƠNG HÀM DƯỚI GẬP GÓC TẠI KHOA PHẪU THUẬT HÀM MẶT - TẠO HÌNH - THẨM MỸ - BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đào Văn Giang<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thanh<sup>1</sup>,  
Trần Thị Thanh Huyền<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>2</sup>Đại học Y Dược/Đại học Quốc gia Hà Nội

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả lâm sàng điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới gập góc tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Những bệnh nhân gãy lồi cầu xương hàm dưới gập góc từ tháng 6/2020-12/2021. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

**Kết quả:** Tuổi trung bình  $32,0 \pm 14,1$  tuổi; tỉ lệ nam/nữ: 18/7, nguyên nhân tai nạn giao thông chiếm 24/25 bệnh nhân (96%). Thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật có 95% bệnh nhân (BN) khớp cắn đúng, mức độ há miệng tối đa trung bình là  $4,125 \pm 0,42$ cm, có 1 bệnh nhân bị yếu nhẹ nhánh bờ hàm thần kinh VII.

**Kết luận:** Điều trị nắn chỉnh kết hợp xương trong điều trị gãy lồi cầu gập góc (có thể hỗ trợ bằng nội soi) đã đem lại kết quả điều trị tốt cho bệnh nhân, tỉ lệ thành công cao, ít nguy cơ biến chứng.

**Từ khóa:** Điều trị gãy lồi cầu gập góc xương hàm dưới, nội soi hỗ trợ chấn thương hàm mặt, Bệnh viện Việt Đức.

### ABSTRACT

**Objectives:** To evaluate the clinical results of angled mandibular condylar fracture treatment at Viet Duc University Hospital.

**Subjects and method of study:** Patients who had angled mandibular condylar fracture treatment with endoscopic support from Jun 2020 to December 2021. Descriptive and retrospective studies.

**Results:** The Age Male/Female Ratio =18/7; the average age:  $32.0 \pm 14.1$  years old; The cause of traffic accidents accounted for 24/25 patients (96%). At 6 months after surgery, 95% of patients had correct occlusion, the average maximum degree of mouth

---

Chịu trách nhiệm: Đào Văn Giang, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Email: thanh.dentist87@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/10/2022; Ngày phản biện: 10/10/2022; Ngày duyệt bài: 31/10/2022

<https://doi.org/10.54804/yhthvb.4.2022.159>

opening was  $4.125 \pm 0.42\text{cm}$ , and there was 1 patient with mild weakness of the branch of the facial nerve.

**Conclusions:** The treatment of orthopedic combined bone in the treatment of angled mandibular condylar fractures (which can be supported by endoscopy) has brought good results for patients, a high success rate, low risk of complications.

**Keywords:** Treatment of angled mandibular condylar fracture, endoscopic support for maxillofacial trauma, Viet Duc University Hospital.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy lồi cầu xương hàm dưới là loại chấn thương gãy xương khá phức tạp ở vùng hàm mặt. Ở Việt Nam, gãy lồi cầu xương hàm dưới chiếm tỉ lệ 14% trong các chấn thương hàm mặt tại Viện Răng - Hàm - Mặt Quốc gia [1], [2].

Cấu tạo đặc biệt của lồi cầu giúp cho nó có khả năng chịu lực cao, đóng vai trò quan trọng trong quá trình tăng trưởng của xương hàm dưới. Do vậy, gãy lồi cầu có thể để lại các di chứng như loạn năng khớp, cứng khớp, rối loạn vận động hàm dưới, rối loạn tăng trưởng hàm dưới, sai khớp cắn... ảnh hưởng trực tiếp đến chức năng ăn nhai và thẩm mỹ của bệnh nhân. Điều trị gãy lồi cầu gồm hai phương pháp là: điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật.

Hiện nay, điều trị gãy lồi cầu bằng phương pháp phẫu thuật đang được chỉ định và thực hiện rộng rãi. Trong đó phẫu thuật điều trị gãy lồi cầu có nội soi hỗ trợ đã đem lại kết quả điều trị tốt cho bệnh nhân. Thực tế cho thấy tại khoa Phẫu thuật Tạo hình - Hàm mặt - Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã tiến hành nhiều các phẫu thuật điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới gập góc có nội soi hỗ trợ [3], [4]. Với mong muốn đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu “Đánh giá kết quả điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới gập góc tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt - Tạo hình -Thẩm mỹ,

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 6/2020 - 12/2021” với mục tiêu “Đánh giá kết quả lâm sàng điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới gập góc tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt - Tạo hình - Thẩm mỹ, Bệnh viện Việt Đức”

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 06/2020 - 12/2021 tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt - Tạo hình - Thẩm mỹ, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân trên 16 tuổi bị chấn thương gãy lồi cầu xương hàm dưới gập góc được kết hợp xương có hỗ trợ nội soi tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

#### 2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tuổi: >16 tuổi
- Gãy lồi cầu xương hàm dưới gập góc 1 hoặc 2 bên
- Được theo dõi sau mổ 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.

#### 2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Gãy lồi cầu do bệnh lý
- Bệnh nhân không hợp tác điều trị
- Bệnh nhân có vấn đề tâm thần

### 2.2.3. Kỹ thuật phẫu thuật

- Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, há miệng bằng dụng cụ há miệng bên đối diện

- Rạch một đường rạch vùng góc hàm cách bờ nền 1,5 - 2cm dài 3 - 4cm, phẫu tích tránh nhánh hàm dưới của thần kinh VII, qua cơ cắn lên trên về phía lồng cầu.

- Bộc lộ đường gãy lồng cầu.

- Có nội soi hỗ trợ: optic cáp quang đi qua phẫu trường vùng góc hàm giúp phẫu thuật dễ dàng, nhìn rõ tổn thương, bảo tồn được các cấu trúc giải phẫu quan trọng.

- Rạch 1 đường 2cm ở niêm mạc góc tiền đình hàm dưới vùng góc hàm,

phẫu tích lên trên bộc lộ mặt trong vành lên và nắn chỉnh lồng cầu gập góc thuận tiện.

- Sau khi nắn chỉnh lồng cầu về vị trí đúng, kiểm tra khớp cắn đúng, tiến hành đặt nẹp mini cố định lồng cầu gãy

- Cố định khớp cắn 2 hàm bằng minivis, Ivy hoặc tiger steid với trường hợp lồng cầu gãy nát, vụn, nắn chỉnh khó, không về được hoàn toàn.

- Kiểm tra cầm máu

- Đặt dẫn lưu hút liên tục ổ gãy

- Khâu đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.



Hình 2.1. Bệnh nhân được phẫu thuật điều trị

### 2.2.4. Chăm sóc hậu phẫu

- Vệ sinh răng miệng sạch sẽ bằng pinch, gạc
- Ăn mềm nguội
- Theo dõi cố định khớp cắn, khớp cắn đúng hay sai
- Nằm đầu cao

### 2.2.5. Đánh giá và theo dõi sau phẫu thuật

Đánh giá khớp cắn ở các thời điểm: ngay sau phẫu thuật, 7 ngày sau phẫu thuật, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng sau phẫu thuật.

### 2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu.

### 2.4. Kỹ thuật thu thập thông tin

Tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn được lập một phiếu thu thập số liệu theo dõi các chỉ số theo các giai đoạn, ê kíp phẫu thuật thống nhất, đồng bộ.

### 2.5. Phân tích số liệu

Số liệu được làm sạch, mã hoá và thu thập và xử lý trên máy vi tính, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Xử lý số liệu theo các thuật toán thống kê y học.

### 2.6. Đạo đức nghiên cứu

*Nghiên cứu mô tả đơn thuần, thu thập các thông tin lâm sàng và xét nghiệm thường quy, không gây nguy hiểm cho bệnh nhân. Các thông tin thu thập chỉ được dùng với mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Số liệu trung thực, chính xác.*

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1: Đặc điểm chung các đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm chung các đối tượng tham gia nghiên cứu		n = 25
Giới	Nam	18 (72%)
	Nữ	7 (28%)
Tuổi, TB	-	32,04
Nguyên nhân	Tai nạn giao thông, n (%)	24 (96%)
	Tai nạn lao động, n (%)	1 (4%)
Gãy lồi cầu	Gãy 1 bên	23 (92%)
	Gãy 2 bên	2 (8%)
Nội soi hỗ trợ	Có	10
	Không	15

*Nhận xét:* Đa số bệnh nhân là nam, chiếm tỉ lệ cao hơn nhiều so với nữ, chấn thương do tai nạn giao thông. Trong các bệnh nhân thì gãy lồi cầu 1 bên là chủ yếu. Có 10 bệnh nhân được phẫu thuật có nội soi hỗ trợ.

### 3.2. Kết quả nghiên cứu

**Bảng 3.2: Đánh giá mức độ há miệng tối đa**

Mức há miệng	Sau phẫu thuật					
	1 tháng (n = 25)		3 tháng (n = 22)		6 tháng (n = 20)	
Thời gian	N	%	N	%	n	%
-						
2 - 2,9 cm	20	80%	1	4,5%	0	0%
3 - 3,9 cm	5	20%	17	81,8%	5	35%
4 - 5 cm	0	0%	4	13,6%	15	65%
X ± SD (cm)	2,32 ± 0,28		3,56 ± 0,26		4,125 ± 0,42	

*Nhận xét:* Độ há miệng tối đa lúc 1 tháng thấp vì mới tháo cố định 2 hàm. Mức độ há miệng tối đa tăng dần ở thời điểm 3 tháng và 6 tháng.

**Bảng 3.3: Đánh giá khớp cắn sau phẫu thuật**

Khớp cắn	Sau phẫu thuật					
	1 tháng (n = 25)		3 tháng (n = 22)		6 tháng (n = 20)	
Thời gian	n	%	N	%	n	%
-						
Đúng	23	92%	21	95,5%	19	95%
Lệch ít	1	4%	1	4,5%	1	5%
Lệch nhiều	1	4%	0	0%	0	0%

*Nhận xét:* Sau 1 tháng phẫu thuật có 1 bệnh nhân bị sai khớp cắn nhiều do mất cố định hàm, sau đó bệnh nhân được cố định thêm và khớp cắn có cải thiện, đa số bệnh nhân đúng khớp cắn ở mốc 3 tháng, 6 tháng. Chỉ có 1 bệnh nhân sai khớp cắn nhẹ.

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Thực hiện nghiên cứu trên 25 bệnh nhân bị gãy lồi cầu xương hàm dưới gập góc một bên hoặc 2 bên, có 2 bệnh nhân gãy lồi cầu 2 bên nhưng 1 bên gãy lồi cầu cao và 1 bên lồi cầu thấp nên chỉ phẫu

thuật kết hợp xương ở bên lồi cầu gãy thấp. Trong tổng số 25 bệnh nhân đó có 10 trường hợp hỗ trợ của nội soi tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Từ kết quả nghiên cứu chúng ta thấy chủ yếu bệnh nhân là nam giới chiếm 72%, tuổi trung bình 32,04 tuổi, nguyên nhân do tai nạn giao thông (chủ yếu tai nạn xe máy) chiếm 96%.

Theo nghiên cứu của tác giả Phạm Hoàng Tuấn, Việt Nam là đất nước đang phát triển với dân số trong độ tuổi lao động chiếm tỉ lệ cao, văn hóa giao thông chủ yếu di chuyển bằng xe máy, ý thức tham gia giao thông của người dân còn chưa tốt nên hay gặp tai nạn giao thông [2]. Điều đó giải thích tại sao gãy xương hàm mặt chiếm tỉ

lệ cao ở độ tuổi lao động và chủ yếu do tai nạn giao thông. Tổn thương gãy lồi cầu 2 bên hiếm khi gãy lồi cầu thấp hay cổ lồi cầu 2 bên, trừ trường hợp chấn thương lực rất mạnh và thường gãy kết hợp trật lồi cầu ra khỏi ổ khớp khiến bệnh nhân không thể ngâm miệng lại.

Thời điểm phẫu thuật: Đa số được phẫu thuật sớm trong vòng 1 - 3 tuần sau tai nạn. Thời điểm phẫu thuật rất quan trọng, nó ảnh hưởng đến mức độ thuận lợi của cuộc mổ cũng như kết quả sau phẫu thuật.

#### 4.2. Kết quả sau phẫu thuật

Kết quả sau phẫu thuật với tỉ lệ tốt chiếm khá cao, trong các bệnh nhân khớp cắn ở giai đoạn 1 tháng sau mổ bệnh nhân khớp cắn đúng chiếm tỉ lệ rất cao tới 92%, chỉ có 1 bệnh nhân bị lệch khớp cắn mức độ nhẹ, một bệnh nhân bị lệch vừa. Sau 3 tháng, 6 tháng kết quả cải thiện tốt hơn, chỉ có 1 bệnh nhân bị sai khớp cắn mức độ nhẹ. Điều này có thể giải thích do bệnh nhân gãy lồi cầu 2 bên và gãy hàm trên nên dễ ảnh hưởng khớp cắn. Kết quả này so với tác giả cũng tương xứng, tuy nhiên cỡ mẫu của tác giả cao hơn rất nhiều nên sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [5]. Chúng tôi sẽ tiến hành với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá có ý nghĩa thống kê.

Về mức độ há miệng thì mức độ há miệng sau 1 tháng chủ yếu ở mức 2 - 3cm, có 5 bệnh nhân mức há miệng tối đa đạt 3 - 4cm, điều này có thể lí giải sau 1 tháng bệnh nhân mới được tháo cố định hàm, nên mức há miệng tối đa thường bị giảm, có 5 bệnh nhân có mức há 3 - 4cm là rất tốt đối với bệnh nhân mới được tháo cố định 2 hàm. Mức há miệng tối đa tăng dần

theo thời gian, đạt mức gần như bình thường ở mốc thời gian 6 tháng. Ở thời điểm này mức há miệng trung bình của bệnh nhân đạt 4,125cm. Chỉ có 2 bệnh nhân bị hạn chế há miệng nhẹ ở mức 3,2cm chiếm tỉ lệ 8%, tỉ lệ này có thấp hơn so với một số tác giả [6], [7].

Điều này liên quan rất nhiều tới việc tập há miệng tích cực sau mổ, việc tập há miệng là một hành trình yêu cầu sự kiên trì vì nó thể đau khớp, căng cơ, hạn chế há. Các bệnh nhân có thể được hỗ trợ các thuốc giảm đau, giãn cơ để tăng hiệu quả luyện tập, việc tập cần tích cực thường xuyên để đạt được mức há miệng tối đa như một người bình thường.

Về sẹo mổ sau phẫu thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng đa số bệnh nhân sẹo đẹp, phẳng sau phẫu thuật. Chỉ có 1 bệnh nhân sẹo lồi do có vết thương mài xuống mặt đường sau tai nạn, nên chày xước và bầm. Các đường sẹo ngắn 2 - 3cm, giấu sẹo tốt. Đa số các bệnh nhân hài lòng với sẹo vùng mổ lồi cầu. Chúng tôi rạch đường rạch ngắn, có hỗ trợ nội soi nên quan sát tốt, không cần thiết rạch đường rạch lớn, gây mất thẩm mỹ cũng như nguy cơ tổn thương thần kinh VII nhánh bờ hàm.

Đánh giá mức độ tổn thương nhánh bờ hàm của thần kinh VII sau phẫu thuật. Ngay sau phẫu thuật, 5 ngày sau phẫu thuật có 2 bệnh nhân (8%) yếu nhẹ nhánh bờ hàm thần kinh VII, 1 bệnh nhân (4%) liệt nhánh này. Sau 1 tháng chỉ còn 2 bệnh nhân yếu nhẹ và sau 3 tháng chỉ còn 1 bệnh nhân yếu nhẹ nhánh này. Các bệnh nhân sau phẫu thuật hay bị phù nề, chèn ép thần kinh gây yếu nhẹ tạm thời thần kinh VII, nhánh bờ hàm. Kết quả này phù

hợp với các tác giả trong các nghiên cứu khác [8], [9]. Với các bệnh nhân được hỗ trợ nội soi không có ai tổn thương nhánh bờ hàm thần kinh VII bên phẫu thuật, điều này có thể giải thích vì nội soi giúp chúng ta quan sát tốt các cấu trúc giải phẫu, nên tránh được các tổn thương này.

Theo các nghiên cứu khác và nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương thần kinh VII

nói chung, nếu không tổn thương đứt rời hay mất đoạn, thần kinh sẽ hồi phục sau 3 - 6 tháng.

Việc hỗ trợ nội soi trong phẫu thuật giúp ích rất nhiều trong việc quan sát thần kinh và nhìn rõ các cấu trúc giải phẫu khác, giúp phẫu thuật chính xác, đem lại kết quả cao.



**Hình 2.2. Bệnh nhân sau phẫu thuật 7 ngày**

Mức độ cân xứng cạnh lên xương hàm dưới sau phẫu thuật, đa số các bệnh nhân cân xứng sau phẫu thuật, chỉ có 1 bệnh nhân bất cân xứng do gãy lồi cầu 2 bên, có lệch khớp cắn nhẹ.

Mức độ cân xứng mặt còn liên quan tới việc gãy xương hàm trên hay gò má. Khuôn mặt sau mổ sẽ cân xứng hơn với những trường hợp phẫu thuật, so với các trường hợp điều trị bảo tồn, tỉ lệ bất cân

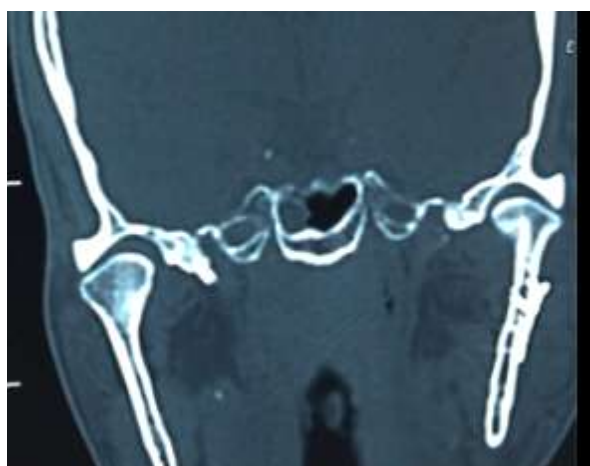
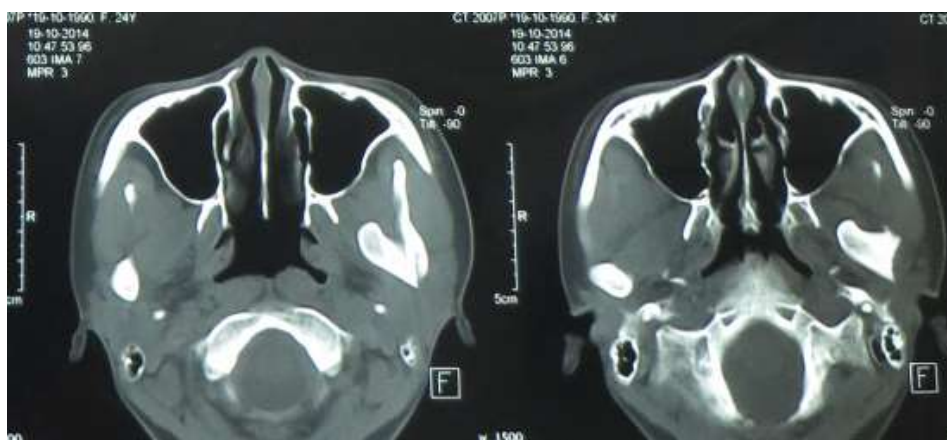


**Hình 2.3. Bệnh nhân sau phẫu thuật 1 tháng**

xứng nhiều hơn do lồi cầu chưa về hẳn vị trí, xương hàm dưới bị tụt ra sau kèm theo sai lệch khớp cắn [10].

Tóm lại việc điều trị phẫu thuật gãy lồi cầu thấp hay cổ lồi cầu xương hàm dưới có hỗ trợ nội soi đem lại kết quả phục hồi tốt cả chức năng và thẩm mỹ cho bệnh nhân. Việc thu thập số liệu nghiên cứu cần được thực hiện ở quy mô lớn hơn, đánh giá toàn diện.

### MỘT SỐ HÌNH ẢNH CỦA BỆNH NHÂN TRONG ĐỀ TÀI NGHIÊN CỨU



### 5. KẾT LUẬN

Tóm lại việc điều trị phẫu thuật gãy lồi cầu thấp hay cổ lồi cầu xương hàm dưới có hỗ trợ nội soi đem lại kết quả phục hồi tốt cả chức năng, kết hợp xương chính

xác, khớp cắn đúng, cân xứng mặt, tránh tổn thương thần kinh VII cho bệnh nhân và đường sẹo thẩm mỹ cho bệnh nhân. Việc thu thập số liệu nghiên cứu cần được thực hiện ở quy mô lớn hơn, đánh giá toàn diện để đem lại hiệu quả điều trị tốt nhất cho bệnh nhân.



**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Nguyễn Phan Tuấn (2020)**, *Kết quả điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới do chấn thương bằng ghép sụn sườn tự thân*. Luận án Thạc sĩ: Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội.
2. **Phạm Hoàng Tuấn (2016)**. *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy lồi cầu xương hàm dưới tại BV Răng hàm mặt TW từ 10/2015-10/2016*. Luận án Thạc sĩ: Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội.
3. **Hwang N-H, Lee Y-H, You H-J, Yoon E-S, Kim D-W. (2016)**, Endoscope-assisted transoral fixation of mandibular condyle fractures: submandibular versus transoral endoscopic approach. *Journal of Craniofacial Surgery*, 27(5):1170-1174.
4. **Martin M, Lee C. (2003)**. Endoscopic mandibular condyle fracture repair. *Atlas of the Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, 11(2):169-178.
5. **Marker P, Nielsen A, Bastian HL. (2000)**. Fractures of the mandibular condyle. Part 2: results of treatment of 348 patients. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 38(5):422-426.
6. **Gosain AK. (1995)**. Surgical anatomy of the facial nerve. *Clinics in plastic surgery*, 22(2):241-251.
7. **Balouch SS, Sohail R, Awais S, Warraich RA, Sajid MI. (2020)**. Comparison of functional outcome after open and closed reduction of mandibular subcondylar fracture. *Journal of the Pakistan Medical Association*:1-12.
8. **Shi D, Patil PM, Gupta R. (2015)** Facial nerve injuries associated with the retromandibular transparotid approach for reduction and fixation of mandibular condyle fractures. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 43(3):402-407.
9. **Bhutia O, Kumar L, Jose A, Roychoudhury A, Trikha A. (2014)**. Evaluation of facial nerve following open reduction and internal fixation of subcondylar fracture through retromandibular transparotid approach. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 52(3):236-240.
10. **Kocaaslan ND, Ünal BK, Özkan MÇ, Karadede B, Çelebiler Ö. (2022)**. Comparison of different treatment techniques in the mandibular condyle fracture. *Turkish Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 28(1):99.