

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ X QUANG GÂY PHẪN ĐỨNG XƯƠNG HÀM DƯỚI

Nguyễn Quang Hải, Lương Ý Nhi

Khoa Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Gãy phần đứng xương hàm dưới do chấn thương là bệnh rất thường gặp, khó chẩn đoán lâm sàng, nếu xử trí cấp cứu không đúng sẽ nguy hiểm cho tính mạng bệnh nhân. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng và X quang gãy phần đứng xương hàm dưới. **Đối tượng và phương pháp:** phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 71 bệnh nhân gãy phần đứng xương hàm dưới (XHD) do chấn thương được khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 05/2012 đến tháng 04/2013. **Kết quả:** Bệnh nhân chủ yếu là nam giới (83,1%), độ tuổi 19 – 39 (63,4%), nguyên nhân hay gặp tai nạn giao thông (77,5%). Đa số gãy phần đứng xương hàm dưới là gãy phối hợp (74,6%) với gãy phần ngang của xương hàm dưới (63,4%), thường ở vùng cằm (49,4%). Phần lớn gãy phần đứng do lực chấn thương tác động vào vùng cằm (49,4%) và hướng lực vào từ một bên của XHD (63,3%). Vị trí gãy ở phần đứng XHD hay gặp nhất là lỗi cầu (55,0%), kế đến là góc hàm (38,0%), gãy góc hàm thường di lệch (63,0%), hướng đường gãy không thuận lợi (92,6%); gãy lỗi cầu đa số gãy ở chỏm (48,7%) và di lệch (61,5%). Triệu chứng lâm sàng thường gặp gồm khó ăn nhai (97,2%), sưng đau ở vị trí gãy (91,5%), há miệng hạn chế (88,7%), ấn đau chói ở vị trí gãy (85,9%) và khớp cắn sai (77,5%). Tỷ lệ các loại phim sử dụng để chẩn đoán gồm toàn cảnh (panorama) (97,2%), mặt thẳng (54,9%), hàm chềch (45,0%) và cắt lớp vi tính (CT Scans) (39,4%). Tỷ lệ phát hiện đường gãy của CTScans là 100%; của phim panorama và mặt thẳng trong gãy góc hàm lần lượt là: 100% và 94,4%, trong gãy lỗi cầu là 94,9% và 26,3%. **Kết luận:** Gãy phần đứng xương hàm dưới hay xảy ra ở lỗi cầu và góc hàm, thường phối hợp với gãy vùng cằm; chẩn đoán thường dựa vào các triệu chứng: há miệng hạn chế, điểm đau chói và khớp cắn sai; phim thường sử dụng và có tỷ lệ phát hiện đường gãy cao là phim toàn cảnh (panorama) và cắt lớp vi tính (CT Scans).

Từ khóa: Gãy phần đứng xương hàm dưới, đặc điểm lâm sàng và X quang.

Abstract

STUDY OF THE CLINICAL AND RADIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE FRACTURE OF VERTICAL MANDIBULAR UNITS

Nguyen Quang Hai, Luong Y Nhi

Hue University of Medicine and Pharmacy

Background: Fracture of the vertical mandibular units caused by trauma are very common, difficulty in clinical diagnostics, if the emergency management is incorrect it will be dangerous to life of patients. Objective of this study: describe the clinical and radiological characteristics of fracture of the vertical mandibular units. **Materials and method:** Cross-sectional descriptive methods on 71 patients with the fracture of the vertical mandibular units caused by trauma, examined and treated at the Hue University Hospital and Hue Central Hospital from 05/2012 to 04/2013. **Results:** The majority of the patients were males (83.1%), 19 - 39 years of age (63.4%), the most common cause was road traffic accident (77.5%). The majority of them had associated fractures (74.6%), associated horizontal mandibular fracture (63.4%), occurring often in parasymphyseal region (49.4%). The majority of the vertical mandibular fracture were caused by traumatic force on parasymphyseal region (49.4%) and direction of traumatic force on one side of mandible (63.3%). Condylar fracture (55.0%) was the most fracture of vertical mandibular units, followed by mandibular angle fracture (38%); mandibular angle fracture is often unfavorable (92.6%) and displaced (63.0%) fracture; the majority of the condylar fracture was condylar head (48.7%) and displaced fracture (61.5%). The most common symptoms were difficult chewing (97.2%), painful swelling (91.5%),

- Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Quang Hải, email: drquanghai@gmail.com

DOI: 10.34071/jmp.2014.1.11

- Ngày nhận bài: 17/12/2013 * Ngày đồng ý đăng: 15/1/2014 * Ngày xuất bản: 5/3/2014

limited mouth opening (88.7%), throbbing pain (85.9%) and malocclusion (77.5%). The rate of films used to diagnose including panorama (97.2%), facial film (54.9%), oblique lateral film (45.0%) and CT Scans (39.4%). The rate of fractured detection of CT Scans is 100%, of panoramic and posterior-anterior radiographs in mandibular angle fracture was in succession 100% and 94.4%, in condylar fracture was 94.9% and 26.3%. **Conclusion:** vertical mandibular fracture occurred often in condyle and angle, associated often with parasymphysal fractures; clinical diagnosis based on limited mouth opening, throbbing pain and malocclusion; radiographs used often and had high rate of fractured detection were panorama and CT Scans.

Key words: vertical mandibular fracture, clinical and radiological characteristics

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các loại gãy xương vùng hàm mặt do chấn thương thì gãy xương hàm dưới chiếm tỷ lệ cao nhất khoảng 55 - 60% và hay xảy ra gãy ở phần đứng chiếm 40 - 60% [1]. Theo phân loại của Buitrago-Tellez gãy phần đứng gồm gãy góc hàm, cạnh lên, lõm cầu và mõm vệt; do đây là phần không có răng, nơi bám của hầu hết các cơ nhai cũng như nhiều thần kinh mạch máu nên khi gãy ở phần đứng thường gặp khó khăn trong chẩn đoán xác định và nếu xử trí cấp cứu không đúng sẽ nguy hiểm đến tính mạng của bệnh nhân [4]. Đến nay nghiên cứu về gãy xương hàm dưới có nhiều nhưng nghiên cứu riêng về gãy phần đứng rất ít được quan tâm; riêng tại tỉnh Thừa Thiên Huế gãy phần đứng ngày càng đa dạng và phức tạp. Để góp phần vào chẩn đoán, xử trí đúng và kịp thời gãy phần đứng xương hàm dưới, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm 2 mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng gãy phần đứng xương hàm dưới và mô tả đặc điểm X quang gãy phần đứng xương hàm dưới.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 71 bệnh nhân chấn thương hàm mặt có gãy phần đứng xương hàm dưới được khám và điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 05/2012 đến 04/2013.

* **Tiêu chuẩn chọn:** bệnh nhân có gãy phần đứng xương hàm dưới do chấn thương, chưa được can thiệp điều trị phẫu thuật (trừ sơ cứu, cấp cứu) và được chúng tôi trực tiếp khám lâm sàng và X quang.

3.3. Gãy phần đứng XHD và tổn thương phối hợp:

Gãy phần đứng XHD		Số BN		Tổng	
		n	%	n	%
Đơn thuần	1 hoặc 2 bên	18	25,4	18	25,4
Phối hợp	Gãy phần ngang xương hàm dưới	45	63,4	53	74,6
	Gãy xương hàm trên	2	2,8		
	Gãy xương gò má – cung tiếp	6	8,4		
Tổng				71	100,0

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân có phối hợp với chấn thương sọ não hoặc đa chấn thương ảnh hưởng kết quả nghiên cứu; bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, phương pháp chọn mẫu không xác suất (loại mẫu thuận tiện). Các bước tiến hành nghiên cứu gồm thu thập các thông tin chung, trực tiếp khám lâm sàng phát hiện các triệu chứng (toàn thân, cơ năng, thực thể), chụp phim X quang (tùy bệnh cảnh và điều kiện thực tế, chúng tôi chỉ định chụp phim mặt thẳng, toàn cảnh, hàm chéch hay cắt lớp vi tính).

2.3. Các biến số nghiên cứu: Tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương, gãy đơn thuần hay phối hợp, vị trí và hướng lực tác động, loại đường gãy, triệu chứng lâm sàng, răng khôn trong đường gãy, tỷ lệ phát hiện đường gãy của phim X quang.

2.4. Xử lý số liệu: bằng phần mềm thống kê SPSS 18.0 và EPI Info version 6.04.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi và giới: <19 tuổi: 23,9% (17/71); 19 – 39 tuổi: 63,4% (45/71); >39 tuổi: 12,7% (9/71). Nam: 83,1% (59/71), Nữ: 16,9% (12/71); tỉ lệ Nam/Nữ = 5 / 1

Nhận xét: Chủ yếu là nam giới (83,1%). Lứa tuổi hay gặp là 19 – 39 tuổi (63,4%).

3.2. Nguyên nhân chấn thương gãy phần đứng XHD: Tai nạn giao thông 77,5% (55/71), đánh nhau: 12,7% (9/71), sinh hoạt: 8,4% (6/71) và lao động: 1,4% (1/71).

Nhận xét: Hay gặp nhất là tai nạn giao thông (77,5%), sau đó là đánh nhau (12,7%)

Nhận xét: Gãy phần đứng thường là gãy phối hợp (74,6%) và chủ yếu phối hợp với các đường gãy phần ngang của xương hàm dưới (63,4%).

3.4. Mối liên quan giữa vị trí lực tác động và gãy phần đứng xương hàm dưới

Vị trí tác động Đường gãy	Vùng cằm		Cạnh ngang		Phần đứng		Không rõ	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Góc hàm	4	11,4	5	62,5	15	71,4	3	4,3
Cạnh cao	0	0,0	0	0,0	2	9,5	1	1,4
Lỗi cầu	31	88,6	3	37,5	2	9,5	3	4,3
Mồm vết	0	0,0	0	0,0	2	9,5	0	0,0
Tổng	35	49,4	8	11,3	21	29,5	7	9,8

Nhận xét: Gãy phần đứng XHD chủ yếu do lực tác động vào vùng cằm (49,4%); gãy lỗi cầu thường do lực tác động vào vùng cằm gây ra (88,6%); gãy góc hàm thường do lực tác động vào phần đứng (71,4%) hoặc cạnh ngang (62,5%).

3.5. Mối liên quan giữa hướng lực tác động và gãy phần đứng xương hàm dưới

Hướng lực Đường gãy	Trước ra sau		Từ một bên				Không rõ	
			Cùng bên		Đổi bên			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Góc hàm	1	1,4	14	19,7	9	12,7	3	4,2
Cạnh cao	0	0,0	2	2,8	0	0,0	1	1,4
Lỗi cầu	15	21,1	3	4,2	15	21,1	6	8,6
Mồm vết	0	0,0	2	2,8	0	0,0	0	0,0
Tổng	16	22,5	21	29,5	24	33,8	10	14,2

Nhận xét: Gãy phần đứng thường do lực tác động vào một bên của XHD (63,3%); khi lực tác động vào một bên của XHD thường xảy ra gãy góc hàm cùng bên với phía lực tác động (19,7%) hoặc gãy lỗi cầu phía đổi bên (21,1%); khi lực chấn thương tác động vào vùng cằm theo hướng từ trước ra sau thường xảy ra gãy lỗi cầu (21,1%).

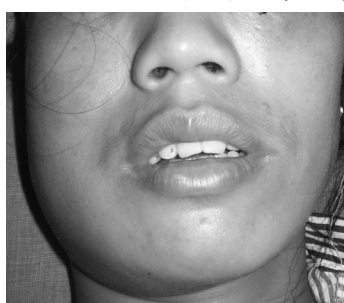
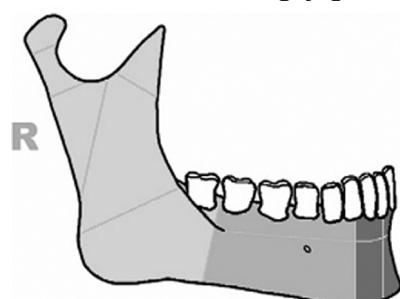
3.6. Phân loại gãy phần đứng xương hàm dưới

- Theo vị trí giải phẫu: gãy góc hàm: 38% (27/71); gãy cạnh cao: 4,2% (3/71); gãy lỗi cầu: 55,0% (39/71) trong đó gãy chòm 48,7% (19/39), gãy cổ 23,1% (9/39) và gãy dưới lỗi cầu 28,2% (11/39); gãy mồm vết: 2,8% (2/71).

- Theo mức độ di lệch: gãy góc hàm: di lệch

63% (17/27) và không di lệch 37% (10/27); gãy cạnh cao: di lệch 33,3% (1/3) và không di lệch 66,7% (2/3); gãy lỗi cầu: bất lỗi cầu 5,2% (2/39), di lệch 61,5% (24/39) và không di lệch 33,3% (13/39); gãy mồm vết: di lệch 0,0% và không di lệch 100% (2/2).

- Theo hướng đường gãy: gãy góc hàm không thuận lợi 92,6% (25/27) và thuận lợi 7,4% (2/27).



Hình 1. Sơ đồ phân loại gãy phần đứng (màu xanh) của Buitrago-Tellez; ảnh bệnh nhân (Đỗ Thị T. 30T) gãy góc hàm phải và phim panorama

3.7. Triệu chứng lâm sàng gãy phần đứng xương hàm dưới

- Chung cho gãy phần đứng XHD: ăn nhai khó hoặc không nhai được 97,2% (69/71), sưng đau tại vị trí gãy 91,5% (65/71), vết thương phần mềm vị trí gãy 57,7% (41/71), há miệng hạn chế 88,7% (63/71), di lệch khớp cắn 77,5% (55/71), ấn đau chói tại vị trí gãy 85,9% (61/71).

- Gãy góc hàm: hở khớp vùng răng hàm bên gãy và chạm sớm răng hàm bên đối diện 77,8% (21/27), rách lợi chảy máu vùng răng khôn 51,9% (14/27), sờ mất liên tục tại bờ dưới vị trí gãy 44,4% (12/27) và tê bì nửa môi dưới bên gãy:

40,7% (11/27).

- Gãy lõm cầu: chạm sớm vùng răng hàm bên gãy 46,2% (18/39), chảy máu ống tai ngoài bên gãy 35,9% (14/39) và mất cử động lõm cầu bên gãy 17,9% (7/39).

- Gãy mõm vệt: há miệng hạn chế 100% (2/2) và khớp cắn đúng 100% (2/2)

3.8. Sự hiện diện của răng khôn hàm dưới trong gãy góc hàm (trên phim X quang):

Có răng khôn hàm dưới trong góc hàm bị gãy (đường gãy đi qua răng khôn) 74,0% (20/27), không có răng khôn trong góc hàm bị gãy 26,0% (7/27).

3.9. Tỷ lệ phát hiện đường gãy của phim X quang trong gãy phần đứng XHD

Loại phim Số đường gãy		Panorama		Mặt thẳng		Hàm chéch		CT Scan	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Góc hàm	Được chụp phim	25	100	18	100	13	76,9	3	100
	Phát hiện gãy	25		18		10		3	
Cành cao	Được chụp phim	3	100	2	50,0	2	100	2	50,0
	Phát hiện gãy	3		1		2		1	
Lõm cầu	Được chụp phim	39	94,9	19	26,3	15	46,7	23	100
	Phát hiện gãy	37		5		7		23	
Mõm vệt	Được chụp phim	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Phát hiện gãy	2		0		0		0	
Số BN được chụp phim		69	97,2	39	54,9	32	45,0	28	39,4

Nhận xét: Tỷ lệ phát hiện đường gãy góc hàm của phim panorama và CT Scans là 100%, phim mặt thẳng 94,4% và phim hàm chéch là thấp nhất 76,9%. Trong gãy lõm cầu thì hai phim có tỷ lệ phát hiện đường gãy cao là CT Scans 100% và panorama 94,4%. Trong gãy cành cao và mõm vệt thì phim panorama có tỷ lệ phát hiện đường gãy 100%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới: Nghiên cứu trên 71 bệnh nhân gãy phần đứng XHD, chúng tôi thấy bệnh nhân nam giới chiếm ưu thế với tỷ lệ 83,1%; tỉ lệ nam/nữ ⇔ 5/1 và nhóm tuổi thường gặp là 19 - 39 tuổi chiếm 63,4%, có thể do nam giới nhóm tuổi này hay sử dụng rượu bia và ưa thích tốc độ khi tham gia giao thông, là nguyên nhân chính gây ra tai nạn giao thông. Kết quả này cũng phù hợp với Phùng Đức Oanh (tỉ lệ Nam: 86,2% và tuổi thường gặp: 19 – 39 tuổi) [2], Nguyễn Quang Hải (84,9% và 19 – 39 tuổi) [1], Kubilius R. và Keizeris T. (87,1% và 19 – 39 tuổi) với $P > 0,05$. Vậy gãy phần đứng XHD xảy ra chủ yếu ở nam giới và nhóm tuổi hay gặp là 19 – 39 tuổi.

4.2. Nguyên nhân chấn thương gãy phần đứng XHD: Nguyên nhân gãy phần đứng XHD trong nghiên cứu này hay gặp nhất là do tai nạn giao thông chiếm 77,5%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phùng Đức Oanh (80,7%), C.E.

Anyanechi & B.D. Saheeb (79,9%) [3]. Như vậy, nguyên nhân gãy phần đứng XHD ở nước ta chủ yếu là do tai nạn giao thông đặc biệt là do xe máy, điều này phù hợp với tình trạng giao thông ở nước ta hiện nay, đặc biệt là tình trạng uống rượu bia khi tham gia giao thông là nguyên nhân thường gặp gây ra tai nạn giao thông.

4.3. Gãy phần đứng XHD và tổn thương phối hợp: Gãy phần đứng thường là gãy phối hợp (74,6%) và chủ yếu phối hợp với các đường gãy phần ngang của xương hàm dưới (63,4%) bao gồm gãy vùng cằm và cành ngang. Theo nghiên cứu của Phùng Đức Oanh trên 95 bệnh nhân gãy phần đứng thì có đến 73,8% gãy phối hợp với các đường gãy khác của xương mặt mà chủ yếu là gãy phần ngang. Điều này có thể giải thích do nguyên nhân chấn thương chủ yếu do tai nạn giao thông đặc biệt là xe máy, lứa tuổi hay gặp là nam thanh niên thường đi xe với tốc độ cao nên lực chấn thương

thường mạnh, đa dạng và phức tạp gây nên nhiều tổn thương phối hợp. Vì vậy, đứng trước một bệnh nhân gãy phần đứng XHD cần khám phát hiện các tổn thương phối hợp khác của XHD.

4.4. Mối liên quan giữa vị trí lực tác động và gãy phần đứng xương hàm dưới

Gãy phần đứng XHD chủ yếu do lực tác động vào vùng cằm (49,4%); lực tác động vào vùng cằm chủ yếu gây ra gãy lồi cầu (88,6%); gãy góc hàm thường do lực tác động vào phần đứng (71,4%) hoặc cạnh ngang (62,5%). Theo nghiên cứu của Nguyễn Quang Hải và cộng sự, khi có lực tác động trực tiếp vào phần đứng hoặc cạnh ngang XHD sẽ bộc lộ điểm yếu (dễ gãy) ở góc hàm đối bên với phía lực tác động. Còn theo nghiên cứu của Luyk NK, Peterson LJ thì vùng cằm là một cấu trúc nhô ra trước của mặt nên rất dễ va chạm khi chấn thương và lực tác động từ vùng cằm có khuynh hướng thoát lực ra tại vị trí lồi cầu XHD, do đó dễ gây ra gãy lồi cầu [5].

4.5. Mối liên quan giữa hướng lực tác động và gãy phần đứng xương hàm dưới

Gãy phần đứng thường do lực tác động vào một bên của XHD (63,3%); khi lực tác động vào một bên của XHD thường xảy ra gãy góc hàm cùng bên với phía lực tác động (19,7%) hoặc gãy lồi cầu phía đối bên (21,1%); khi lực chấn thương tác động vào vùng cằm theo hướng từ trước ra sau thường xảy ra gãy lồi cầu (21,1%). Theo Luyk NK, Peterson LJ, lồi cầu XHD có tiết diện rất nhỏ, cấu trúc giải phẫu vùng lồi cầu nhằm thích nghi lực nhai theo hướng từ dưới lên trên và ra trước. Hướng này không phù hợp với hướng lực trong chấn thương hàm mặt là từ trước ra sau vì vậy dễ gây nên gãy lồi cầu 2 bên [5].

4.6. Phân loại gãy phần đứng xương hàm dưới

Phân loại theo vị trí giải phẫu thì gãy lồi cầu 55,0% (39/71) là thường gặp nhất, tiếp đến là gãy góc hàm 38% (27/71). Theo Phùng Đức Oanh nghiên cứu trên 130 bệnh nhân gãy phần đứng cho thấy gãy lồi cầu chiếm 49,23%, sau đó là gãy góc hàm chiếm 43,08%, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

Phân loại theo mức độ di lệch thì gãy góc hàm chủ yếu là gãy di lệch 63% (17/27), còn gãy lồi cầu thì gãy bất lồi cầu 5,2% (2/39) và di lệch 61,5% (24/39). Phân loại theo hướng đường gãy thì gãy góc hàm không thuận lợi chiếm tỷ lệ cao 92,6% (25/27). Theo Nguyễn Quang Hải và cộng sự nghiên cứu trên 42 bệnh nhân gãy góc hàm cho thấy gãy góc hàm di lệch chiếm 65,1% và gãy không di lệch là 34,9%. Nghiên cứu của Nicholas

Zachariades và cộng sự nghiên cứu trên 466 lồi cầu bị gãy thì gãy lồi cầu di lệch chiếm 68,24%, gãy bất lồi cầu chiếm 12,66% và gãy không di lệch chiếm 19,09%. Các kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi [6].

4.7. Triệu chứng lâm sàng gãy phần đứng xương hàm dưới

Triệu chứng lâm sàng chung điển hình trong gãy phần đứng XHD là ăn nhai khó/không được (97,2%), sưng đau tại vị trí gãy (91,5%), ấn đau chói tại vị trí gãy (85,9%), há miệng hạn chế (88,7%) và di lệch khớp cắn (77,5%) và vết thương phần mềm ở vị trí gãy 57,7%. Trong gãy góc hàm hay gặp dấu hiệu ấn có điểm đau chói ở vị trí gãy, khớp cắn sai (77,8%) và rách lợi hoặc chảy máu vùng răng khôn bên gãy mặc dù chiếm tỉ lệ thấp (51,9%) nhưng rất có giá trị trong chẩn đoán gãy góc hàm. Gãy lồi cầu hay gặp sai khớp cắn thường là chạm sớm vùng răng sau bên gãy (64,1%) tuy nhiên triệu chứng này chỉ thực sự có giá trị khi gãy lồi cầu không có đường gãy khác kèm theo. Triệu chứng giảm hoặc mất vận động lồi cầu chiếm 59%, chảy máu ống tai ngoài chiếm tỉ lệ thấp (35,9%) nhưng rất có giá trị chẩn đoán gãy lồi cầu khi đã loại trừ chấn thương sọ não.

4.8. Sự hiện diện của răng khôn hàm dưới trong gãy góc hàm (trên phim X quang)

Có răng khôn hàm dưới trong góc hàm bị gãy (đường gãy đi qua răng khôn) 74,0% (20/27), không có răng khôn trong góc hàm bị gãy 26,0% (7/27). Nghiên cứu của Nguyễn Quang Hải (2008) trên 73 bệnh nhân gãy góc hàm thấy RKHD hiện diện ở góc hàm gãy chiếm đến 93,15%. Nghiên cứu của Tascio-Pinheiro Bezerra và cộng sự (n = 632) tỷ lệ hiện diện của RKHD ở góc hàm gãy là 72,33% và nguy cơ gãy góc hàm khi có RKHD tăng 1,94 lần so với không có răng này. Điều đó nghĩa khi có sự hiện diện của RKHD sẽ làm tăng nguy cơ gãy góc hàm khi có lực chấn thương tác động vào XHD[7].

4.9. Tỷ lệ phát hiện đường gãy của phim X quang trong gãy phần đứng XHD

Tỷ lệ phát hiện đường gãy góc hàm của phim panorama và CT Scans là 100%, phim mặt thẳng 94,4% và phim hàm chéo là thấp nhất 76,9%. Trong gãy lồi cầu thì hai phim có tỷ lệ phát hiện đường gãy cao là CT Scans 100% và panorama 94,4%. Trong gãy cạnh cao và mồm vệt thì phim panorama có tỷ lệ phát hiện đường gãy 100%. Theo Phùng Đức Oanh (n = 56) trong gãy phần đứng XHD, kết quả chẩn đoán đúng của phim panorama là 93,65%, phim mặt thẳng là 73,02%; riêng gãy góc hàm phim panorama phát hiện đúng 100% và phim mặt thẳng là 90%; gãy lồi cầu chủ yếu được

phát hiện trên panorama chiếm 88,89%; kết quả này cũng phù hợp với kết quả của chúng tôi.

5. KẾT LUẬN

- Gãy phần đứng xương hàm dưới gặp chủ yếu ở nam giới (83,1%), lứa tuổi hay gặp là 19 – 39 tuổi (63,4%); nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông (77,5%).

- Gãy phần đứng thường là gãy phối hợp (74,6%) và chủ yếu phối hợp với các đường gãy phần ngang (63,4%); thường do lực tác động vào vùng cằm (49,9%) và hướng lực thường vào từ phía bên của XHD (63,3%)

- Trong gãy phần đứng hay gặp gãy lồi cầu (55,0%) và góc hàm (38%); đa số hai đầu gãy di lệch và hướng đường gãy không thuận lợi. Triệu chứng thường gặp gồm ăn nhai khó, há miệng hạn chế, sai khớp cắn, ấn có điểm đau chói ở vị trí gãy.

- Góc hàm bị gãy phần lớn có sự hiện diện của răng khôn hàm dưới (74,0%); phim thường dùng trong chẩn đoán gãy phần đứng là phim panorama (97,2%) và mặt thẳng (54,9%); tỷ lệ phát hiện đường gãy góc hàm của phim panorama và CT Scan là 100%; trong gãy lồi cầu thì phim CT Scan 100% và panorama 94,4% có tỷ lệ phát hiện đường gãy cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Hải (2008), *Nhận xét lâm sàng, X quang gãy góc hàm XHD và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Phùng Đức Oanh (2005), *Nhận xét chấn thương gãy cành lên xương hàm dưới và kết quả điều trị*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Anyanechi C.E. and B.D. Saheeb (2011), "Mandibular sites prone to fracture: Analysis of 174 cases in a Nigerian Tertiary hospital", *Ghana medical Journal*, Vol 45 (3), pp. 111 - 114.
4. Buitrago-Tellez C.H. and et al (2008), "A comprehensive classification of mandibular fractures: a preliminary agreement validation study", *International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, Vol 37, pp. 1080 - 1088.
5. Luyk NH., Peterson LJ, Indresano AT and Marciani RD (1992), "Principles of management of fractures of the mandible", *Principles of oral and maxillofacial surgery*, Philadelphia, pp. 381 - 434.
6. Nicholas Zachariades, Michael Meztis, Constantine Mourouzis and Demetrius Papadakis (2006), "Fractures of the mandibular condyle: A review of 466 cases. Literature review, reflections on treatment and proposals", *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, Vol 34, pp. 421 - 432.
7. Tascio-Pinheiro Bezerra and et al (2011), "Do third molars weaken the mandibular angle", *Med Oral Patol Oral Cir Bucal Journal*, Vol 16 (5), pp. 657 - 663.