

NGHIÊN CỨU ÁP DỤNG PHƯƠNG PHÁP CHAMPY TRONG ĐIỀU TRỊ GỠ GÓC HÀM XƯƠNG HÀM DƯỚI

Hoàng Minh Phương¹, Trần Tấn Tài², Nguyễn Hồng Lợi², Nguyễn Văn Minh¹, Lê Thị Phương Dung¹

(1) Khoa Răng Hàm Mặt Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

(2) Trung tâm Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trung ương Huế

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Gãy góc xương hàm dưới thường phổ biến trong chấn thương vùng hàm mặt, phương pháp điều trị gãy góc hàm tốt nhất vẫn còn tranh luận. Có nhiều phương pháp được sử dụng để kết hợp xương và Champy phương pháp được chấp nhận nhiều hơn trong việc kết hợp xương. Nghiên cứu này được thiết kế nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, X quang, đánh giá kết quả điều trị của phương pháp Champy trong phẫu thuật gãy góc hàm. **Đối tượng và phương pháp:** 32 bệnh nhân với 32 đường gãy góc hàm tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, Bệnh viện Trung ương Huế, từ 4/2018 – 2/2019. Đánh giá kết quả khi ra viện, 3 tháng, 6 tháng sau phẫu thuật. **Kết quả:** Gãy góc hàm chủ yếu ở nam giới (84,4%). Phần lớn là gãy không thuận lợi (96,9%) và di lệch (68,7%). Triệu chứng thường gặp: đau, ấn đau chói, há miệng hạn chế, sưng, sai khớp cắn. Phim toàn cảnh có giá trị chẩn đoán cao (96,9%). Tất cả bệnh nhân được điều trị thành công với phương pháp Champy. **Kết luận:** Phương pháp Champy trong điều trị phẫu thuật gãy góc đơn giản, dễ sử dụng, có tỉ lệ thành công cao, ít biến chứng.

Từ khóa: Gãy góc hàm xương hàm dưới, phương pháp Champy.

Abstract

APPLICATION STUDY OF CHAMPY'S TECHNIQUE IN SURGICAL TREATMENT OF MANDIBULAR ANGLE FRACTURE

Hoang Minh Phuong¹, Tran Tan Tai², Nguyen Hong Loi², Nguyen Van Minh¹, Le Thi Phuong Dung¹

(1) Odonto-Stomatology Faculty, Hue University of Medicine and Pharmacy, Hue University

(2) Odonto-Stomatology Center, Hue Center Hospital

Background: Angle mandibular fractures are among the most common traumatic injuries of the maxillofacial region. The optimal treatment modality for angle fractures remains controversial. There are many methods available for internal fixations and the Champy's method is one of more acceptable method for internal fixation of mandibular angle fracture. The present study was designed to describe the clinical and radiographic features of patients who had suffered mandibular angle fractures and evaluate the postoperative outcome in patients treated for the Champy's technique. **Materials and methods:** 32 patients with 32 fractures of the mandibular angle were treated by the Champy's technique at the department of maxillo facial surgery of Hue University of Medicine and Pharmacy and Hue Central Hospital, from April 2018 to February 2019. The patients are followed up after surgery at 3, 6 months to evaluate results. **Results:** The majority of the patients were males (84.4%). The majority of angle fractures have unfavorable fractures (96.9%) and displaced fractures (68.7%). The most common symptoms were pain, throbbing pain, mouth limited opening, swelling, malocclusion. Panoramic radiographs plays an important role in diagnosis (96.9). The patients were treated successfully according to Champy's principle of osteosynthesis. **Conclusions:** The Michelet – Champy's technique for surgical treatment of mandibular angle fractures was simple, easy to use, had high success rates and few complications.

Key words: mandibular angle fracture, Champy's technique.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy góc hàm xương hàm dưới là một trong những chấn thương phổ biến của chấn thương vùng hàm mặt [4]. Theo nghiên cứu của Trần Văn Trường và Trương Mạnh Dũng tại Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội (1988 - 1998), có 2149 trường hợp chấn thương

hàm mặt, trong đó gãy góc hàm chiếm 25,2%, chủ yếu là do tai nạn giao thông (82,5%) [3]. Trên thế giới cũng có nhiều nghiên cứu về gãy xương vùng hàm mặt, cho thấy rằng gãy xương hàm dưới chiếm tỉ lệ cao nhất (44,0%), trong đó vị trí gãy xương phổ biến nhất là vùng góc hàm (56,0%) [8], [11].

Góc hàm là một điểm yếu của xương hàm dưới, do đây là vùng cắt ngang mỏng hơn các vùng khác của xương hàm dưới (theo mặt phẳng đứng ngang), là nơi có sự chuyển hướng của các thớ xương [11], [16], [17]. Đặc biệt, sự hiện diện của răng khôn hàm dưới được cho là làm tăng nguy cơ gãy của vùng góc hàm [10].

Đến nay, mặc dù có nhiều phương pháp trong việc điều trị gãy góc hàm xương hàm dưới nhưng việc lựa chọn ra phương pháp tốt nhất trong điều trị gãy góc hàm vẫn còn gây nhiều tranh luận [13]. Năm 1975, Champy và cộng sự cho thấy rằng cố định cứng chắc tuyệt đối là không bắt buộc đối với điều trị gãy xương hàm dưới và đã đưa ra phương pháp Champy khuyến cáo sử dụng một nẹp vít nhỏ không nén duy nhất ở bờ trên của xương hàm dưới cho điều trị gãy góc hàm.

Phương pháp Champy có kỹ thuật đơn giản, sử dụng đường rạch trong miệng (thẩm mỹ), ít gây sang chấn mô mềm, chỉ cần một nẹp vít nhỏ 2.0 đặt dọc theo đường Champy (giúp giảm chi phí phẫu thuật), giảm thời gian phẫu thuật và với kỹ thuật này, vị trí của nẹp là an toàn không thể gây tổn hại đến chóp chân răng bởi vì kích thước của nẹp nhỏ và các vít chỉ bắt ở một bản xương [6]. Ở Việt Nam, phương pháp Champy đã được áp dụng tại một số cơ sở Răng Hàm Mặt của bệnh viện tuyến trung ương. Đến năm 2009, phương pháp này mới được bắt đầu áp dụng tại Huế [1].

Vì vậy, để góp phần nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân gãy góc hàm xương hàm dưới tại Huế chúng tôi tiến hành đề tài: “Nghiên cứu áp dụng phương pháp Champy trong điều trị phẫu thuật gãy góc hàm xương hàm dưới” nhằm 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và X quang các bệnh nhân gãy góc hàm xương hàm dưới.
2. Đánh giá kết quả điều trị của phương pháp Champy trong điều trị phẫu thuật gãy góc hàm xương hàm dưới.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 32 bệnh nhân chấn thương hàm mặt có gãy góc hàm XHD (xương hàm dưới) được khám và điều trị phẫu thuật tại Liên chuyên khoa Tai mũi họng – Mắt – Răng hàm mặt, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế và Khoa Phẫu

thuật Tạo hình Thẩm mỹ Hàm mặt – Trung tâm Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Trung ương Huế.

Thời gian nghiên cứu từ tháng 4/2018 đến tháng 2/2019.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Gãy góc hàm toàn bộ, một đường, đơn thuần.
- Gãy góc hàm toàn bộ, một đường có phối hợp với đường gãy ở vị trí khác của XHD và đường gãy phối hợp đó phải được kết hợp xương (KH) vững chắc.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Gãy góc hàm do bệnh lý, kiểu gãy vụn hoặc gãy mất đoạn. Gãy góc hàm ở bệnh nhân chấn thương sọ não có ảnh hưởng lớn đến điều trị.
- Bệnh nhân bị dính khớp thái dương hàm ảnh hưởng đến há miệng.
- Bệnh nhân mất nhiều răng, không còn đủ 3 điểm chặn khớp cắn ở 3 vùng.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thiết kế theo phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu có can thiệp.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu không xác suất (loại mẫu thuận tiện).

2.3. Quy trình

2.3.1. Ghi nhận phần hành chính, khám lâm sàng và các yếu tố liên quan đến chấn thương

Ghi nhận những thông tin phần hành chính, khám lâm sàng và các yếu tố liên quan đến chấn thương.

2.3.1.1. Triệu chứng

- | | |
|---|-----------|
| Đau vùng góc hàm: | Có/ Không |
| Sưng vùng góc hàm: | Có/ Không |
| Ấn góc hàm có điểm đau chói: | Có/ Không |
| Rách nứt vùng răng không hàm dưới (RKHD) bên gãy: | Có/ Không |
| Há miệng hạn chế: | Có/ Không |
| Sai khớp cắn: | Có/ Không |
| (Đặc điểm khớp cắn sai:) | |
| Khuyết bậc thang bờ dưới góc hàm: | Có/ Không |
| Tê môi dưới và cằm bên gãy: | Có/ Không |

2.3.1.2. Số lượng đường gãy

- Gãy góc hàm đơn thuần 1 bên
- Gãy góc hàm đơn thuần 2 bên
- Gãy góc hàm phối hợp với đường gãy khác của XHD

Gãy góc hàm phối hợp với	Cận giữa cằm	Chính giữa cằm	Cạnh ngang	Cạnh lên	Lồi cầu	Mỏm vệt	
							Cùng bên
							Đối bên

2.3.1.3. Gãy góc hàm phối hợp với đường gãy ở xương mặt khác

Gãy xương gò má – cung tiếp (gãy XGM-CT)

Gãy xương hàm trên

Gãy xương gò má – cung tiếp + xương hàm trên

2.3.1.4. Cận lâm sàng (nghiên cứu trên phim panorama)

- Sử dụng thước thẳng để đo mức độ di lệch giữa 2 đầu đoạn gãy trên phim, dựa vào tỉ lệ thước in trên phim, tính được khoảng cách thực về độ di lệch giữa 2 đầu đoạn gãy, đơn vị tính bằng milimet (mm).

- Theo Pell và Gregory thì RKHD được phân loại như sau [5].

+ Theo tương quan của RKHD với cạnh lên XHD và RCL2HD: Dựa vào chiều gần xa của thân răng khôn hàm dưới với khoảng rộng xương (KRX) giữa mặt xa RCL2HD với bờ trước cạnh lên XHD.

* Loại I: KRX Chiều gần xa thân RKHD.

* Loại II: KRX < Chiều gần xa thân RKHD.

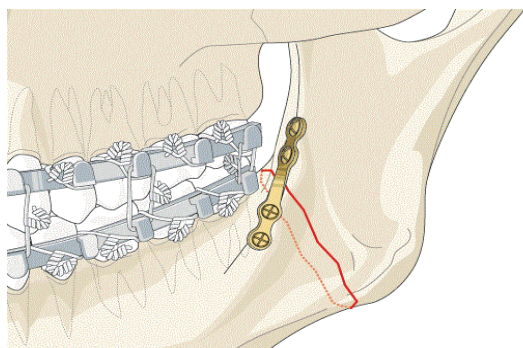
* Loại III: RKHD nằm chìm hoàn toàn trong xương.

+ Theo chiều sâu tương đối của RKHD so với RCL2HD.

* Vị trí A: Điểm cao nhất RKHD ở trên hay ngang mặt nhai RCL2HD.

* Vị trí B: Điểm cao nhất RKHD ở khoảng giữa mặt nhai và cổ RCL2HD.

* Vị trí C: Điểm cao nhất RKHD nằm thấp hơn cổ RCL2HD.



Hình 1. Đường Champy trong kết hợp xương vùng góc hàm.

- Kiểm tra lại lần cuối: tháo cố định hai hàm (nếu có), kiểm tra lại khớp cắn ở tư thế đúng. Làm sạch ổ phẫu thuật, đóng vết phẫu thuật, băng ép.

2.3.2.1. Kết quả điều trị

Xử trí RKHD trong đường gãy:

Biến chứng sau mổ

Các biến chứng sau mổ (nếu có):

Nhiễm trùng:

Chảy máu

Sai khớp cắn

Toát vết mổ không lộ nẹp

Toát vết mổ lộ nẹp

Tê môi cằm cùng bên tổn thương

Lỏng nẹp, vít

Nhổ bỏ/ Không nhổ bỏ

Có/ Không

Có/ Không

Có/ Không

Có/ Không

Có/ Không

Có/ Không

Có/ Không

Có/ Không

2.3.2.2. Đánh giá khi ra viện

Khớp cắn:

Tốt (các răng chạm nhau 3 vùng ở tư thế cắn khít trung tâm)

Khá (các răng chạm nhau 2 vùng ở tư thế cắn khít trung tâm)

Kém (các răng chạm nhau 1 vùng ở tư thế cắn khít trung tâm)

2.3.1.5. Phân loại tính chất đường gãy

Tính chất ổ gãy: Gãy kín/ Gãy hở.

Kiểu gãy: Di lệch/ Không di lệch.

Hướng gãy: Thuận lợi/ Không thuận lợi.

2.3.2 Các bước tiến hành phẫu thuật kết hợp xương gãy góc hàm xương hàm dưới theo phương pháp Champy

- Bệnh nhân được gây mê nội khí quản qua đường mũi.

- Nâng chỉnh khớp cắn [13].

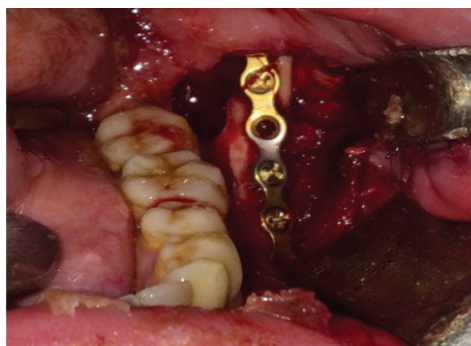
- Tạo đường vào ổ gãy bằng đường rạch tiền đình miệng vùng góc hàm và xử trí RKHD trong đường gãy (nhổ bỏ hoặc không nhổ bỏ) [16].

- Bóc tách và bộc lộ đường gãy góc hàm.

- Lựa chọn nẹp vít: Phẫu thuật viên phải lựa chọn loại nẹp vít nhỏ 4 lỗ hoặc 6 lỗ để đặt dọc theo đường Champy ở vùng góc hàm [1].

- Nâng chỉnh hai đầu gãy: Nâng chỉnh hở và cố định xương bên trong thường bắt đầu bằng nâng chỉnh về đúng khớp cắn và cố định hai hàm [1].

- Uốn nẹp và đặt áp sát bề mặt xương: Cần xoắn nẹp khoảng 90° sao cho nẹp áp sát tốt nhất với bề mặt xương dọc theo đường Champy ở vùng góc hàm [7]. Khoan và bắt vít



Thẩm mỹ: Tốt (khuôn mặt cân đối)
 Khá (khuôn mặt không cân đối)
 Kém (khuôn mặt biến dạng)

2.3.2.3. Tiêu chí đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy góc hàm xương hàm dưới vào các thời điểm 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật (theo Rudolf Seemann) [18].

Tiêu chí đánh giá		Tốt	Khá	Kém
Giải phẫu	- Đường viền xương hai đầu gãy trên phim X quang (lệch nhau)	< 1 mm	1 – 2 mm	> 2 mm
	- Khoảng hở hai đầu gãy	< 1 mm	1 – 2 mm	> 2 mm
Chức năng	- Ăn nhai	Tốt	Được	Khó khăn
	- Cảm giác ở vùng KHX	Tốt	Kích thích	Đau
	- Há miệng tối đa	> 40 mm	20 – 40 mm	< 20 mm
	- Tình trạng khớp cắn các răng chạm nhau ở tư thế cắn khít trung tâm	Chạm nhau 3 vùng	Chạm nhau 2 vùng	Chạm nhau 1 vùng
Thẩm mỹ	- Khuôn mặt cân đối	Có	Không	Biến dạng

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu.

Bảng 3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Giới tính	Số bệnh nhân (%)	Tuổi (Trung bình ± Độ lệch chuẩn)	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Nam	27 (84,4)	31,3 ± 12,2	16	55
Nữ	5 (15,6)	24,7 ± 6,4	19	38
Tổng	32 (100)	30,3 ± 11,8	16	55

Trong tổng số 32 bệnh nhân, có 27 bệnh nhân là nam giới, chiếm tỉ lệ 84,4% và 5 bệnh nhân là nữ giới, chiếm tỉ lệ 15,6%. Tỉ lệ nam/nữ = 5,4/1. Tuổi trung bình của nghiên cứu là 30,3 ± 11,8. Trong đó, nam giới có độ tuổi trung bình là 31,3 ± 12,2 và nữ giới có tuổi trung bình là 24,7±6,4. Tuổi nhỏ nhất trong nghiên cứu là 16 tuổi và lớn nhất là 55 tuổi.

3.2. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng lâm sàng

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng lâm sàng.

Triệu chứng	n	%
Đau	30	93,8
Ấn có điểm đau chói	29	90,6
Há miệng hạn chế	27	84,4
Sưng	25	78,1
Sai khớp cắn	22	68,7
Khuyết bậc thang bờ dưới góc hàm	15	46,8
Tê môi dưới và cằm bên gãy	14	43,8
Rách nướu vùng RKHD bên gãy	10	31,3

Trong các triệu chứng lâm sàng của gãy góc hàm XHD, đau ở vùng góc hàm bên gãy là triệu chứng thường gặp nhất, chiếm tỉ lệ 93,8%, tiếp theo là ấn vị trí gãy có điểm đau chói chiếm tỉ lệ 90,6%, há miệng hạn chế chiếm tỉ lệ 84,4%, sưng vùng góc hàm chiếm tỉ lệ 78,1%, sai khớp cắn chiếm tỉ lệ 68,7%, ít gặp hơn là dấu hiệu khuyết bậc thang bờ dưới góc hàm, tê vùng môi dưới và cằm bên gãy, rách nướu vùng RKHD bên gãy với tỉ lệ lần lượt là 46,8%, 43,8% và 31,3%.

3.3. Phân bố các loại đường gãy góc hàm

Bảng 3.3. Phân bố các loại đường gãy góc hàm

Các loại đường gãy		n	%
Tính chất gãy	Gãy kín	2	93,7
	Gãy hở	30	6,3
Kiểu gãy	Không di lệch	10	31,3
	Di lệch	22	68,7
Hướng gãy	Thuận lợi	1	3,1
	Không thuận lợi	31	96,9

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tính chất đường gãy góc hàm XHD chủ yếu là đường gãy hở (93,7%), gãy kín chiếm 6,3%; đa số là kiểu gãy di lệch (68,7%), gãy không di lệch chiếm 31,3% và hướng đường gãy không thuận lợi chiếm tỉ lệ cao (96,9%), gãy thuận lợi chiếm 3,1%.

3.4. Đặc điểm X quang các bệnh nhân gãy góc hàm xương hàm dưới

Bảng 3.4. Đặc điểm phim panorama các bệnh nhân gãy góc hàm xương hàm dưới

Giá trị chẩn đoán	Phát hiện được	Nghi ngờ	Không phát hiện	Tổng
n	31	1	0	32
%	96,9	3,1	0	100

Tất cả các bệnh nhân gãy góc hàm trong nghiên cứu của chúng tôi đều được chỉ định chụp phim panorama. Trong số 32 trường hợp gãy góc hàm thì có 31 trường hợp phát hiện được đường gãy trên phim panorama chiếm tỉ lệ 96,9%, 1 trường hợp nghi ngờ có đường gãy chiếm tỉ lệ 3,1% và không có trường hợp nào không phát hiện đường gãy trên phim panorama.

3.5. Đánh giá kết quả khi ra viện, 3 tháng, 6 tháng sau phẫu thuật

Bảng 3.5. Đánh giá kết quả khi ra viện, 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật

Thời gian \ Mức độ		Tốt	Khá	Kém
Khi ra viện	Khớp cắn	84,4% (27/32)	15,6% (5/32)	0 (0/32)
	Thẩm mỹ	90,6% (29/32)	9,4% (3/32)	0 (0/32)
Kết quả chung 3 tháng sau phẫu thuật		81,3% (26/32)	15,6% (5/32)	3,1% (1/32)
Kết quả chung 6 tháng sau phẫu thuật		86,7% (13/15)	13,3% (2/15)	0 (0/15)

Đánh giá lúc ra viện, về khớp cắn ở mức tốt chiếm tỉ lệ 84,4%, mức khá chiếm tỉ lệ 15,6%, không có mức kém; về thẩm mỹ mức tốt chiếm tỉ lệ 90,6%, mức khá chiếm tỉ lệ 9,4%, không có mức kém.

Đánh giá kết quả chung sau phẫu thuật 3 tháng, mức tốt chiếm 81,3%, mức khá chiếm 15,6%, mức kém chiếm 3,1%. Đánh giá kết quả chung sau phẫu thuật 6 tháng, mức tốt chiếm 86,7%, mức khá chiếm 13,3%, không có mức kém.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Kết quả tại bảng 1 cho thấy nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ gãy góc hàm XHD nghiêng về nam giới tương tự các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài và trong nước: Brucoli M. (2019) [5], Yazdani J. (2013) [20], Nguyễn Quang Hải (2012) [1] với tỉ lệ nam giới

lần lượt là 91,6%, 83,9% và 71,4%. Cho thấy không chỉ ở Việt Nam mà các nước trên thế giới cũng có tỉ lệ gãy góc hàm phổ biến ở nam giới hơn nữ giới. Theo Nguyễn Quang Hải (2012) [1] nam giới thường mạnh mẽ hơn trong các hoạt động, là lực lượng chính trong các lao động nặng, thường tham gia giao thông với tốc độ nhanh hơn, hay chủ quan và sử dụng bia rượu, cũng như tham gia vào các hoạt động thể thao mạnh và có hành vi bạo lực nhiều hơn so với nữ giới do đó gãy góc hàm XHD chủ yếu xảy ra ở nam giới.

4.2. Phân bố bệnh nhân theo triệu chứng lâm sàng

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy triệu chứng thường gặp nhất trong gãy góc hàm là đau (93,8%). Hầu hết mọi chấn thương gãy góc hàm đều gây đau và là nguyên nhân khiến bệnh nhân đến khám [2]. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Monnazzi M.S. (2017) [15] (93,3%) và Nguyễn Thị Diệu Trinh (2014) [2] (96,1%).

Ấn đau chói vùng góc hàm là dấu hiệu thường gặp, chiếm 90,6% trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Quang Hải (2012) [1] (96,8%). Theo các tác giả, ấn đau chói vùng góc hàm là dấu hiệu rất có giá trị trong chẩn đoán gãy góc hàm.

Các triệu chứng thường gặp khác là há miệng hạn chế (84,4%), sưng vùng góc hàm (78,1%), sai khớp cắn (68,7%). Há miệng hạn chế trong gãy góc hàm thường do đau, tổn thương các cơ nhai [1]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 3 bệnh nhân gãy góc hàm phối hợp với đường gãy ở XGM-CT. Trong trường hợp này, há miệng hạn chế có thể do đường đi của mồm vết bị cản trở [17]. Sưng nề cũng là triệu chứng thường gặp trong chấn thương gãy xương. Một lực chấn thương mạnh thường gây sưng nề lớn, rõ nhất trong những ngày đầu chấn thương. Triệu chứng này có giá trị hướng đến vùng thương tổn [1]. Theo Monnazzi M.S. (2017) [15] đau, sưng nề và há miệng hạn chế là 3 triệu chứng thường gặp nhất trong gãy góc hàm.

Đặc điểm sai khớp cắn trong nghiên cứu mà chúng tôi hay gặp là cắn hở vùng răng hàm bên gãy và chạm sớm vùng răng hàm bên không gãy. Theo Pickrell B.B. (2017) [16] đánh giá khớp cắn của bệnh nhân là yếu tố quan trọng trong chẩn đoán gãy XHD. Tác giả cho rằng yêu cầu bệnh nhân “cắn lại bình thường” là một thử nghiệm rất có hiệu quả.

Dấu hiệu khuyết bậc thang ở bờ dưới góc hàm ít gặp hơn (46,8%). Theo Nguyễn Quang Hải (2012) [1] dấu hiệu này rất có giá trị trong chẩn đoán gãy góc hàm, tuy nhiên chỉ gặp ở gãy góc hàm di lệch và khi tình trạng sưng nề đã giảm. Các dấu hiệu khác như tê bì môi dưới và cằm bên gãy, rách nước RKHD bên gãy có tỉ lệ lần lượt là 43,8% và 31,3%. Tay A.B. (2015) [19] cho rằng tổn thương dây thần kinh răng dưới khi gãy ở đoạn sau XHD (56,2%) cao gấp 4 lần so với khi gãy ở đoạn trước XHD (12,6%). Tác giả cũng lưu ý việc thăm khám triệu chứng tê bì môi dưới và cằm bên gãy trước phẫu thuật để tránh nhầm lẫn với biến chứng sau phẫu thuật. Vết rách trong miệng, chấn thương mô mềm cũng cần được lưu ý vì chúng có thể làm tăng nguy cơ nhiễm trùng [19].

Theo chúng tôi, khi thăm khám 1 bệnh nhân chấn thương hàm mặt nghi ngờ gãy góc hàm, cần thăm khám kỹ các dấu hiệu sau: Sưng đau vùng góc hàm, ấn đau chói vùng góc hàm, há miệng hạn chế, sai khớp cắn, dấu hiệu khuyết bậc thang ở bờ dưới góc hàm, tê bì môi dưới và cằm bên gãy, rách nước RKHD bên gãy.

4.3. Phân bố các loại đường gãy góc hàm

Kiểu gãy XHD phụ thuộc vào nhiều yếu tố lâm sàng bao gồm hướng, tính chất, vị trí, diện tích bề mặt tiếp xúc, độ lớn lực tác động, sự hiện diện của

khối mô mềm, đặc điểm mô cứng như mật độ, khối lượng xương, cấu trúc giải phẫu bình thường hoặc bệnh lý tạo ra các khu vực yếu trong XHD [20].

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3 cho thấy phân bố các loại đường gãy góc hàm chủ yếu là đường gãy hở (93,7%), đa số là kiểu gãy di lệch (68,7%) và hướng gãy không thuận lợi chiếm tỉ lệ cao (96,9%). Theo Nguyễn Quang Hải (2012) [1] nguyên nhân gãy góc hàm chủ yếu là tai nạn giao thông (71,4%) chủ yếu xảy ra ở nam giới (71,4%), thường tham gia giao thông với tốc độ nhanh, gây lực chấn thương mạnh, nhanh, bất ngờ, đa dạng, phức tạp.

Nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp gãy góc hàm thuận lợi, không có sự di lệch giữa 2 đầu xương gãy, không có sai khớp cắn. Pickrell B.B. (2017) [16] cho rằng những trường gãy góc hàm không di lệch, khớp cắn bình thường thì có chỉ định điều trị bảo tồn và theo dõi sát trong 6 – 8 tuần, nhưng do điều kiện công việc không thể buộc cổ định 2 hàm và không đáp ứng được thời gian theo dõi sau cố định nên bệnh nhân đã được chỉ định phẫu thuật kết hợp xương.

4.4. Đặc điểm phim X quang các bệnh nhân gãy góc hàm xương hàm dưới

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được chỉ định chụp phim panorama. Giá trị chẩn đoán hình ảnh của phim panorama trong gãy góc hàm ở nghiên cứu này là 96,9%. Có 1 bệnh nhân cho hình ảnh nghi ngờ gãy góc hàm trên phim panorama, kết hợp với phim mặt thẳng đã chụp ở tuyến dưới chúng tôi đưa ra được chẩn đoán xác định gãy góc hàm cho bệnh nhân này.

Theo Nguyễn Quang Hải (2012) [1] giá trị chẩn đoán đúng của phim panorama là 96,5% nhưng khi phối hợp chụp cả 2 phim panorama và phim mặt thẳng thì giá trị chẩn đoán đúng rất cao (100%). Pickrell B.B. (2017) [16] cho rằng phim panorama là chuẩn vàng về chi phí và hữu hiệu để chẩn đoán xác định trong chấn thương hàm mặt, đặc biệt là các đoạn gãy phía sau XHD.

4.5. Đánh giá kết quả khi ra viện, 3 tháng, 6 tháng sau phẫu thuật

Bảng 5 cho thấy khớp cắn ở mức tốt khi ra viện chiếm 84,4%. Khớp cắn đánh giá ở mức tốt khi bệnh nhân có khớp cắn đúng và răng hai hàm chạm nhau cả ba vùng ở tư thế cắn khít trung tâm, phản ánh phương pháp KHX có kỹ thuật nắn chỉnh và cố định hai đầu gãy tốt trong lúc phẫu thuật [1]. Nghiên cứu của Nguyễn Quang Hải (2012) [1] cho kết quả đánh giá về tình trạng khớp cắn sau phẫu thuật ở mức tốt chiếm 81%, mức khá chiếm 19%, không có mức kém. Đánh giá khi bệnh nhân ra viện về thẩm mỹ cho thấy ở mức tốt chiếm 90,6%, mức

khá chiếm 9,4%, không có mức kém. Những trường hợp đánh giá thẩm mỹ thuộc mức khá nguyên nhân chủ yếu là do tình trạng sưng nề sau phẫu thuật, làm mất cân đối khuôn mặt. Kết quả này thấp hơn so với Nguyễn Quang Hải (2012) [1] (93,7% tốt, 6,3% khá, không có mức kém). Theo chúng tôi thì sự khác biệt này có thể do mức độ sưng nề sau phẫu thuật ở mỗi bệnh nhân khác nhau phụ thuộc vào cơ địa của mỗi người và cũng có thể do mẫu nghiên cứu trong nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Quang Hải (2012). Nhưng các kết quả đều cho thấy đánh giá thẩm mỹ ở mức tốt chiếm tỉ lệ cao do phương pháp Champy sử dụng đường trong miệng, ít gây sang chấn mô mềm và giảm thiểu nguy cơ tổn thương thần kinh.

Nghiên cứu của Khiabani K.S. (2013) [12] đã chỉ ra có sự hiện diện của khoảng hở tại bờ dưới XHD trên phim X quang ở một số trường hợp gãy góc hàm được phẫu thuật theo phương pháp Champy nhưng điều này không có tác động đến kết quả về khớp cắn và thẩm mỹ sau phẫu thuật. Vấn đề này cũng được đề cập trong nghiên cứu của Nguyễn Quang Hải (2012) [1]. Ở thời điểm bệnh nhân ra viện kết quả tốt về mặt giải phẫu không cao (66,7%), khớp cắn tốt chiếm tỉ lệ 81%, nhưng kết quả thẩm mỹ tốt chiếm tỉ lệ cao (93,7%). Để khắc phục nhược điểm này, tác giả đã đề nghị sử dụng phối hợp với nút chỉ thép căng lực ở bờ dưới XHD. Tuy nhiên, cuộc khảo sát của Gear A.J. (2005) [9] cho thấy có 51% phẫu thuật viên chỉ sử dụng 1 nẹp nhỏ đặt ở bờ trên XHD (đường Champy) trong điều trị gãy góc hàm.

Đánh giá kết quả chung ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật theo các tiêu chí của Rudolf Seemann và cs (2010) [18] cho thấy mức tốt, khá, kém chiếm tỉ lệ lần lượt là 81,3%, 15,6% và 3,1%. Nghiên cứu này cho kết quả mức tốt cao hơn, mức khá và mức kém thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Quang Hải (2012) [1] (73,2% tốt, 19,6% khá và 7,2% kém) tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa về mặt thống kê ($p > 0,05$). Ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, có 1 trường hợp ở mức kém do đánh giá giải phẫu trên phim X quang ở mức kém (khoảng cách 2 đầu xương gãy ở bờ dưới XHD > 2 mm), đánh giá chức năng ở mức khá (khớp cắn hở vùng răng cửa < 1 mm, các răng chạm nhau 2 vùng ở tư thế cắn khít trung tâm). Bệnh nhân này có đường gãy góc hàm phối hợp gãy lồi cầu cao, được điều trị phẫu thuật KHX vùng góc hàm bằng nẹp vít theo phương pháp Champy và điều trị bảo tồn gãy lồi cầu bằng MMF (Maxillomandibular fixation: Cố định cứng chắc 2 hàm) 4 – 6 tuần. Tuy nhiên có thể do chúng tôi đã tháo cố định 2 hàm sớm và bệnh nhân ăn cứng sớm, cũng có thể do di lệch đầu xương nhiều, việc nắn

chỉnh chưa tốt nên có sự di lệch nhẹ. Cùng với việc bệnh nhân này có thói quen hút thuốc lá trong thời gian dài với số lượng nhiều.

Theo Khiabani K.S. (2013) [12] MMF sau phẫu thuật gãy góc hàm không giúp cải thiện kết quả. Bằng cách không MMF việc chăm sóc bệnh nhân có thể được tăng cường hơn, cho phép sớm trả lại chức năng và sớm thực hiện các bài tập há ngậm miệng, giảm thiểu các bệnh kèm theo có liên quan đến MMF như vệ sinh răng miệng kém, sâu răng, sứt cân, cứng khít hàm [12].

Yazdani J. (2013) [20] cho rằng MMF sau phẫu thuật có nhược điểm là bệnh nhân sẽ phải có chế độ ăn lỏng trong suốt thời gian cố định (4 – 6 tuần) và không thể vệ sinh răng miệng tốt do miệng luôn ngậm kín. Ngoài ra, khí cụ MMF có thể làm cho mô mềm trong miệng dễ bị loét, thậm chí dẫn đến các biến chứng nguy hiểm đe dọa tính mạng như khi bệnh nhân buồn nôn, nôn.

Michael E.B. (2016) [14] cho rằng tỉ lệ biến chứng chính còn thấp (3,4%) ở các bệnh nhân được phẫu thuật theo phương pháp Champy mà không có MMF sau phẫu thuật. Bên cạnh đó, Khiabani K.S. (2013) [12] cũng đề nghị tất cả các bệnh nhân sau khi được thực hiện đường phẫu thuật trong miệng đều nên sử dụng dung dịch Chlohexidine 0,12% súc miệng.

Tuy nhiên, Prein J. (2012) [17] lại cho rằng khi thực hiện phẫu thuật KHX vùng góc hàm chỉ với 1 nẹp ở bờ trên XHD mà không bổ sung thêm 1 nẹp khác ở bờ dưới XHD thì cần thiết phải MMF sau phẫu thuật trong 1 thời gian, nhằm giúp ổn định khớp cắn và hỗ trợ cho sự lành thương của mô mềm. Do đó, vấn đề về việc có hay không có MMF sau phẫu thuật vẫn còn gây tranh luận trên thế giới [14].

Đánh giá kết quả chung ở thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật theo các tiêu chí của Rudolf Seemann và cs (2010) [18] cho thấy mức tốt chiếm 86,7%, mức khá chiếm 13,3%, không có mức kém. So với kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Quang Hải (2012) [1] thì đánh giá kết quả chung ở mức tốt trong nghiên cứu của chúng tôi có cao hơn (76,6%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa về mặt thống kê với $p > 0,05$. Theo chúng tôi, sự khác biệt này là do mẫu nghiên cứu ở thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi (15 đối tượng) nhỏ hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Quang Hải (2012) [1] (47 đối tượng). Theo Nguyễn Quang Hải (2012) [1] thì kết quả chung đánh giá ở 2 thời điểm 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật là không có sự khác biệt về mặt thống kê ($p > 0,05$) [1]. Có 1 bệnh nhân có đánh giá chung ở mức kém vào thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật chuyển sang mức khá ở thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật. Đánh giá giải phẫu trên phim panorama

thấy khoảng cách 2 đầu xương gãy ở bờ dưới XHD < 2 mm. Tình trạng cắn hở vùng răng cửa đã được cải thiện tốt sau khi mài điều chỉnh. Theo Nguyễn Quang Hải (2012) [1] thì sau khoảng thời gian ăn nhai càng dài thì sự chậm các răng có cải thiện hơn, bệnh nhân ăn nhai tốt hơn.

5. KẾT LUẬN

Gãy góc hàm chủ yếu xảy ra ở nam giới (84,4%), tuổi trung bình là $30,3 \pm 11,8$. Phần lớn gãy góc hàm là gãy hở (93,7%), đa số là kiểu gãy di lệch (68,7%) và hướng đường gãy không thuận lợi chiếm tỉ lệ cao (96,9%). Triệu chứng lâm sàng hay gặp trong gãy góc hàm là đau vùng góc hàm bên gãy, ấn có điểm đau chói, há miệng hạn chế và sưng vùng góc hàm bên

gãy. Phim X quang thường dùng trong chẩn đoán gãy góc hàm là phim panorama, tỉ lệ phát hiện đường gãy góc hàm trên phim panorama là 96,9%.

Đánh giá lúc ra viện, về khớp cắn ở mức tốt chiếm tỉ lệ 84,4%, mức khá chiếm tỉ lệ 15,6%, không có mức kém; về thẩm mỹ mức tốt chiếm tỉ lệ 90,6%, mức khá chiếm tỉ lệ 9,4%, không có mức kém. Đánh giá kết quả chung sau phẫu thuật 3 tháng, mức tốt, khá, kém chiếm tỉ lệ lần lượt là 81,3%, 15,6%, 3,1%. Đánh giá kết quả chung sau phẫu thuật 6 tháng thì 86,7% tốt, 13,3% khá, không có mức kém. Nên áp dụng phương pháp Champy trong phẫu thuật điều trị gãy góc hàm xương hàm dưới (không phải gãy vụn) để hạn chế các biến chứng như sẹo xấu, nhiễm trùng, liệt nhánh bờ hàm dưới của dây thần kinh mặt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Hải (2012), "Nghiên cứu ứng dụng phương pháp Champy trong điều trị phẫu thuật gãy góc hàm xương hàm dưới", Luận văn tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Thị Diệu Trinh (2014), "Nghiên cứu đặc điểm X quang gãy xương hàm dưới do tai nạn giao thông", Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
3. Trần Văn Trường, Trương Mạnh Dũng (1999), "Tình hình chấn thương hàm mặt tại Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội trong 11 năm từ 1988 - 1998", *Y học Việt Nam*, số 10-11, tr. 71-73.
4. Barrera J.E., Batuello S.G., Talavera F. et al (2017), "Mandibular Angle Fractures", *Department of Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, Stanford University, U.S.A.
5. Brucoli M., Boffano P., Pezzana A. et al (2019), "The "European Mandibular Angle" research project: the analysis of complications after unilateral angle fractures", *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol*, 77(4), pp. 7911-7917.
6. Champy M., Lodde J.P., Schmitt R. et al (1978), "Mandibular osteosynthesis by miniature screwed plates via a buccal approach", *J Maxillofac Surg*, 6, pp. 14-21.
7. Cienfuegos R., Cornelius C.P., Ellis E. III et al (2010), "Anatomy of the mandibular", *AO Surgery Reference*, AO Foundation, Clavadelerstrasse 8, 7270 Davos, Switzerland, pp. 13-19.
8. Gaddipati R., Ramisetty S., Vura N. et al (2015), "Analysis of 1,545 Fractures of Facial Region - A Retrospective Study", *Craniomaxillofac Trauma Reconstruction*, 8(4), pp. 307-314.
9. Gear A.J., Apasova E., Schmitz J.P. et al (2005), "Treatment modalities for mandibular angle fracture", *J Oral Maxillofac Surg*, 63(5), pp. 655- 663.
10. Giovacchini F., Paradiso D., Bensi C. et al (2018), "Association between third molar and mandibular angle fracture: A systematic review and meta-analysis", *J Craniomaxillofac Surg*, 46(4), pp. 558-565.
11. Gutta R., Tracy K., Johnson C. et al (2014), "Outcomes of mandible fracture treatment at an academic tertiary hospital: A 5 - year analysis", *J Oral Maxillofac Surg*, 72(3), pp. 550-558.
12. Khiabani K.S., Mehmandoost M.K. (2013), "Transoral Miniplate Fixation of Mandibular Angle Fracture with and without 2 Weeks of Maxillomandibular Fixation: A Clinical Trial Study", *Craniomaxillofac Trauma Reconstr*, 6(2), pp. 107-114.
13. Lee J.H. (2017), "Treatment of Mandibular Angle Fractures", *Archives of Craniofacial Surgery*, 18(2), pp. 73-75.
14. Michael E.B. (2016), "Management of Mandibular Fractures Treated By Champy Technique Without Postoperative Maxillomandibular Fixation: A Retrospective Study", *Journal of Oral and maxillofacial surgery*, 74(9), pp. 88-89.
15. Monnazzi M.S., Gabrielli M.A., Gabrielli M.F. et al (2017), "Mandibular angle fractures: A comparative study between one - and two - plate fixation.", *Dent Traumatol*, 33(2), pp. 121-125.
16. Pickrell B.B., Serebrakian A.T., Maricevich R.S. (2017), "Mandible Fractures", *Semin Plast Surg*, 31(2), pp. 100-107.
17. Prein J. (2012), "Mandibular fracture", *Principles of Internal Fixation of the Craniomaxillofacial Skeleton: Trauma and Othognathic Surgery* AO Publishing, pp. 137-176.
18. Seemann R., Schicho K., Wulzl A. (2010), "Complication Rates in the Operative Treatment of Mandibular Angle Fractures: A 10- Year Retrospective", *J Oral Maxillofac Surg*, 68 (3), pp. 647- 650.
19. Tay A.B., Lai J. B., Lye K.W. et al (2015), "Inferior alveolar nerve injury in trauma-induced mandible fractures", *J Oral Maxillofac Surg*, 73(7), pp. 1328-1340.
20. Yazdani J., Taheri T.K., Motamedi M.H.K. (2013), "Mandibular Angle Fractures: Comparison of One Miniplate vs. Two Miniplates", *Trauma Mon*, 18(1), pp. 17-20.