

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF MANDIBULAR CONDYLE FRACTURES AT MILITARY HOSPITAL 103

Phan Hung Phuc, Nguyen Sy Bac, Ngo The Manh*

Military Hospital 103 - 261 Phung Hung, Ha Dong Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 18/09/2025

Revised: 07/10/2025; Accepted: 03/12/2025

ABSTRACT

Objective: To evaluate surgical outcomes in patients with mandibular condylar fractures treated at Military Hospital 103.

Subjects and methods: An uncontrolled clinical interventional study, combining retrospective and prospective components, was conducted on 30 patients with mandibular condylar fractures treated at the Department of Maxillofacial and Plastic Surgery, Military Hospital 103 (Military Medical Academy) from December 2023 to December 2024.

Results: In the early postoperative period, complications included bleeding in 1/30 patients (3.33%), infectious complications in 1/30 (3.33%), and facial nerve (cranial nerve VII) injury in 2/30 (6.67%). All surgical incisions healed; no patient had infection at the time of discharge.

Overall early outcomes were good in 25/30 patients (83.3%) and fair in 5/30 (16.7%).

At 3–6-month follow-up (n = 27), 92.6% of patients rated the surgical/anatomical results as good; 88.9% rated functional results as good; 92.6% rated aesthetic results as good; the overall outcome was good in 92.6%, and no patient reported a poor outcome.

Conclusion: Open reduction and internal fixation of mandibular condylar fractures with plates and screws yields predominantly good results in terms of aesthetics, function, and anatomical restoration.

Keywords: Surgical results, mandibular condyle fracture, 103 Military Hospital.

*Corresponding author

Email: ntmanhdoctor@gmail.com **Phone:** (+84) 989375579 **DOI:** 10.52163/yhc.v66i6.3973



ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GÂY LỖI CẦU XƯƠNG HÀM DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Phan Hưng Phúc, Nguyễn Sỹ Bắc, Ngô Thế Mạnh*

Khoa Hàm mặt, Tạo hình, Bệnh viện Quân y 103 - 261 Phùng Hưng, P. Hà Đông, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 18/09/2025

Ngày sửa: 07/10/2025; Ngày đăng: 03/12/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gây lỗi cầu xương hàm dưới tại bệnh viện Quân Y 103.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu được can thiệp lâm sàng không đối chứng kết hợp hồi cứu và tiến cứu, thực hiện nghiên cứu trên 30 bệnh nhân gây lỗi cầu xương hàm dưới được điều trị tại Khoa Hàm mặt, Tạo hình – Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y từ tháng 12 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024.

Kết quả: Kết quả gần sau phẫu thuật cho thấy, có 3,33% bệnh nhân có biến chứng chảy máu, biến chứng nhiễm trùng (3,33%), tổn thương thần kinh VII (6.67%). Có 100% bệnh nhân liền vết mổ sau phẫu thuật và không có tình trạng nhiễm trùng khi ra viện, có 2 trường hợp có tổn thương thần kinh chiếm tỷ lệ 6.67%. Về kết quả chung có 25 bệnh nhân có kết quả tốt chiếm tỷ lệ 83.3%, 5 BN có kết quả khá chiếm tỷ lệ 16.7%. Kết quả xa sau phẫu thuật 3 – 6 tháng, trong 27 bệnh nhân theo dõi được có 92,6% bệnh nhân đánh giá kết quả tốt về giải phẫu; 88,9% bệnh nhân đánh giá kết quả tốt về chức năng; 92,6% bệnh nhân đánh giá kết quả tốt về thẩm mỹ; kết quả chung ở mức tốt chiếm tỷ lệ 92,6%, không có bệnh nhân nào có kết quả xấu sau mổ.

Kết luận: Phẫu thuật điều trị gây lỗi cầu xương hàm dưới bằng nẹp vít, vít phần lớn cho kết quả tốt về thẩm mỹ, chức năng và giải phẫu.

Từ khóa: Kết quả phẫu thuật, gây lỗi cầu xương hàm dưới, bệnh viện Quân Y 103.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây lỗi cầu xương hàm dưới (LCXHD) là loại chấn thương gãy xương khá phức tạp ở vùng hàm mặt. Tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ rất cao, ngoài ra còn các nguyên nhân khác gây gãy LCXHD như: bị đánh, ngã từ trên cao xuống, trượt chân ngã hoặc do tai nạn lao động [1]. Tỷ lệ gãy LCXHD cũng khác nhau giữa các tác giả: Theo Shakya S (2020) tỷ lệ gãy là 29% trong tổng số ca gãy XHD [2]. Nếu gãy lỗi cầu không được điều trị phù hợp sẽ dẫn đến lệch khớp cắn, hạn chế động tác mở miệng, biến dạng mặt, lệch và cuối cùng cứng khớp TDH. Có hai phương pháp điều trị gãy LCXHD đó là phương pháp bảo tồn và phương pháp phẫu thuật, mỗi phương pháp có những ưu – nhược điểm riêng và việc lựa chọn phương pháp điều trị phụ thuộc vào tình trạng toàn thân, tình trạng tại chỗ như: mức độ, tính chất của tổn thương [3]. Thời gian qua, tại Việt Nam đã có nhiều bệnh viện điều trị gãy lỗi cầu xương hàm dưới cũng như các nghiên cứu về tổn thương này cả về đặc điểm lâm

sàng, tính chất tổn thương và phương pháp điều trị cho những kết quả nhất định. Tuy nhiên gây lỗi cầu xương hàm dưới là tổn thương phức tạp cần có nhiều nghiên cứu hơn góp phần nâng cao kết quả điều trị. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu “Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gây lỗi cầu xương hàm dưới tại bệnh viện Quân Y 103”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 30 BN gãy LCXHD được điều trị tại Khoa Hàm mặt, Tạo hình – Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y. Thời gian từ tháng 12 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân gãy mới LCXHD do chấn thương, bệnh nhân hồi cứu có

*Tác giả liên hệ

Email: ntmanhdoctor@gmail.com Điện thoại: (+84) 989375579 DOI: 10.52163/yhc.v66i6.3973

đủ hồ sơ bệnh án lưu tại phòng KHTH, được theo dõi trước, trong, sau PT và được khám lại sau 3 – 6 tháng.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân gây XHD do bệnh lý, những bệnh nhân gây cũ LCXHD, những bệnh nhân đã được can thiệp ở các cơ sở y tế khác.

- Chỉ định phẫu thuật:

+ Chỉ định tuyệt đối, bao gồm: Lồi cầu bật vào hố sọ giữa, không thể chỉnh được khớp cắn vào đúng vị trí bằng nắn chỉnh kín, gây lồi cầu hai bên di lệch nhiều, có sự xâm lấn của dị vật vào lồi cầu như mảnh đạn, ...

+ Chỉ định tương đối, bao gồm: Gãy lồi cầu hai bên ở bệnh nhân mất hết răng, gãy lồi cầu một bên hoặc hai bên mà không thể áp dụng nẹp cố định hàm; gãy lồi cầu hai bên liên quan với gãy đường giữa mặt; gãy lồi cầu hai bên kết hợp với một số vấn đề của khớp cắn (như không có nhóm răng hàm).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp can thiệp lâm sàng không đối chứng kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

- Cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán gãy LCXHD được phẫu thuật tại Khoa Hàm mặt, Tạo hình – Bệnh viện Quân y 103- Học viện Quân y từ tháng 12/2023 đến tháng 12/2024.

- Phương pháp thu thập thông tin

+ Hồi cứu: Thu thập hồ sơ bệnh án. Mời bệnh nhân đến kiểm tra lại, trực tiếp khám và đánh giá, điền các thông tin vào bệnh án nghiên cứu. Tập hợp thống kê các kết quả thu được tại thời điểm kiểm tra.

+ Tiến cứu: Bệnh nhân được khám lâm sàng, làm xét nghiệm chụp phim X-quang. thông tin thu thập được theo mẫu bệnh án nghiên cứu với các dữ liệu.

- Chỉ số nghiên cứu

+ Đặc điểm về tuổi và giới, triệu chứng lâm sàng

+ Phương pháp kết xương trong phẫu thuật gãy lồi cầu.

+ Kết quả về vị trí lồi cầu sau phẫu thuật

+ Tai biến và biến chứng sau phẫu thuật

+ Thời gian từ khi phẫu thuật đến khi ra viện

+ Đánh giá tình trạng bệnh nhân, kết quả điều trị khi ra viện 7-10 ngày và sau 3-6 tháng theo các mức độ tốt, khá, kém cho từng tiêu chí theo Ellis E và cộng sự [4].

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu thu thập được nhập bằng phần mềm Excel 2016 và xử lý trên phần mềm thống kê y sinh học SPSS 26.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua hội đồng đạo đức và được sự đồng ý của Ban giám đốc Học viện Quân Y. Bệnh nhân được giải thích cụ thể, rõ ràng và đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ nhằm vào việc bảo vệ và chăm sóc sức khỏe cho BN và không nhằm vào mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu trên 30 BN gãy LCXHD được điều trị tại Khoa Hàm mặt, Tạo hình – Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y trong thời gian nghiên cứu chúng tôi nhận thấy:

Trong số 30 bệnh nhân gãy lồi cầu xương hàm dưới, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 16 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 65 tuổi. Tuổi trung bình là $31,01 \pm 11,13$ tuổi. Nhóm tuổi 16 đến 29 và nhóm tuổi 30 – 49 chiếm tỉ lệ 43,33%. Gãy lồi cầu xương hàm dưới ở nam là 26 chiếm tỉ lệ 86,67%, ở nữ là 4 chiếm tỷ lệ 13,33%.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng nhóm BN nghiên cứu (n=30)

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ
Triệu chứng lâm sàng	Cắn hở răng trước, chạm sớm răng sau	9	30,00
	Mất hoặc giảm di động lồi cầu	10	33,33
	Lệch đường giữa sang bên	9	30,00
	Hạn chế há miệng	29	96,67
	Sưng nề bầm tím vùng mang tai	28	93,33
	Chảy máu ống tai	5	16,67
	Khớp cắn chạm sớm bên gãy	21	70,00
	Đau chói vùng trước tai	29	96,67
Bên gãy	Tổn thương vùng cằm	27	90,00
	Bên phải	8	26,67
	Bên Trái	13	43,33
Vị trí gãy	Gãy cả hai bên	9	30,00
	Gãy dưới LC	18	46,15
	Gãy cổ LC	4	10,26
	Gãy chỏm LC	17	43,59

Triệu chứng lâm sàng gây chủ yếu là đau chói trước tai (96.67%), tổn thương vùng cằm (90%), hạn chế há miệng (96.67%), sưng nề bầm tím trước tai (93.33%) gây lồi cầu 1 bên (70%). Gây chủ yếu ở bên trái với 43,3%. Vị trí gãy phổ biến là gãy dưới lồi cầu (46,15%) và gãy chỏm lồi cầu (43,59%).

Bảng 2. Các phương pháp phẫu thuật gãy lồi cầu (n = 39)

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ %
Nẹp vít	33	84,62
Vít dài	4	10,26
Chỉ thép	0	0,0
Lấy bỏ mảnh gãy lồi cầu	2	5,13
Tổng	39	100,0

Trong 39 lồi cầu phẫu thuật thì có 33 lồi cầu được kết xương bằng nẹp vít (1 nẹp là 27 chiếm 69.23%; 2 nẹp là 6 chiếm 15,38%); 4 lồi cầu được dùng vít dài cố định và có 2 trường hợp phải lấy bỏ lồi cầu (5.13%).

Bảng 3. Vị trí lồi cầu sau phẫu thuật (n = 37)

Hình ảnh X-quang LC sau phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ %
Đúng vị trí	35	94,59
Di lệch ít	2	5,41
Di lệch nhiều	0	0,00
Tổng	37	100,00

Trong 39 lồi cầu được phẫu thuật, 2 trường hợp bị lấy bỏ lồi cầu, qua kiểm tra X-quang sau mổ có 35/37 lồi cầu được phẫu thuật nắn chỉnh và kết xương về đúng vị trí giải phẫu và thẳng trục chiếm tỷ lệ 94,59%, có 2 lồi cầu di lệch ít chiếm tỷ lệ 5.41%.

Bảng 4. Tai biến và biến chứng sau phẫu thuật (n = 30)

Tai biến và biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Chảy máu	1	3,33
Nhiễm trùng	1	3,33
Rò nước bọt	0	0,0
Tổn thương thần kinh VII	2	6,67
Không có	26	86,67
Tổng	30	100,00

Trong số 30 bệnh nhân phẫu thuật LCXHD, có 4 bệnh nhân có biến chứng ngay sau phẫu thuật 1 bệnh nhân có biến chứng chảy máu và 1 bệnh nhân có

biến chứng nhiễm trùng (3.33%). Có 2 trường hợp có biến chứng tổn thương thần kinh VII (1 trường hợp triệu chứng mắt nhắm không kín và 1 trường hợp méo miệng).

Có 10 bệnh nhân thời gian nằm viện sau phẫu thuật dưới 7 ngày chiếm 33.33%, có 19 bệnh nhân thời gian nằm viện sau phẫu thuật từ 7 – 10 ngày chiếm 63.33%. Ngày nằm viện trung bình sau phẫu thuật là $8.2 \pm 2,56$ ngày.

Bảng 5. Tình trạng bệnh nhân khi ra viện và sau 6 tháng (n = 30)

Tình trạng	Khi ra viện		Sau 6 tháng	
	n	%	n	%
Liên vết mổ	30	100	30	100
Nhiễm trùng	0	0	0	0
Tổn thương thần kinh VII	2	6,67	2	6,67

Sau mổ 6 tháng, 100% bệnh nhân liên vết mổ sau phẫu thuật và 100% bệnh nhân không có tình trạng nhiễm trùng khi ra viện, có 2 trường hợp có tổn thương thần kinh VII chiếm tỷ lệ 6.67%.

Bảng 6. Đánh giá kết quả điều trị khi ra viện 7 – 10 ngày (n = 30)

Chỉ tiêu					
Kết quả khi ra viện 7-10 ngày (n=30)			Kết quả sau ra viện 3-6 tháng (n=27)		
Tốt SL (%)	Khá SL (%)	Kém SL (%)	Tốt SL (%)	Khá SL (%)	Kém SL (%)
Giải phẫu					
27 (90,0)	3 (10,0)	0 (0,0)	25 (92,6)	2 (7,4)	0 (0,0)
Chức năng					
12 (40,0)	18 (60,0)	0 (0,0)	24 (88,9)	3 (11,1)	0 (0,0)
Thẩm mỹ					
22 (73,3)	8 (26,7)	0 (0,0)	25 (92,6)	2 (7,4)	0 (0,0)
Chung					
25 (83,3)	5 (16,7)	0 (0,0)	25 (92,6)	2 (7,4)	0 (0,0)

Về chức năng có 12 BN tốt chiếm tỷ lệ 40%, 18 BN khá chiếm tỷ lệ 60%. Về giải phẫu có 27 BN tốt chiếm tỷ lệ 90%, 3 BN khá chiếm tỷ lệ 10% (1BN lồi cầu còn di lệch ít sau phẫu thuật, 2 BN vết mổ khô nhưng còn nề). Về thẩm mỹ có 22 BN tốt chiếm tỷ lệ 73.3%, 8 BN khá chiếm tỷ lệ 26.7%. Về kết quả chung có 25 BN tốt chiếm tỷ lệ 83.3%, 5 BN khá chiếm tỷ lệ 16.7%.

Có 92,59% bệnh nhân đánh giá kết quả tốt về giải phẫu. Có 2 bệnh nhân kết quả khá về giải phẫu (7,41%). 88,89% bệnh nhân đánh giá kết quả tốt về chức năng. 3 bệnh nhân được đánh giá có kết quả khá về chức năng (11,11%). Có 25 bệnh nhân đánh giá kết quả tốt về thẩm mỹ (92,59%). Có 2 bệnh nhân được đánh giá kết quả khá về thẩm mỹ (7,41%). Đánh giá chung kết quả điều trị sau phẫu thuật 3-6 tháng về chức năng, giải phẫu và thẩm mỹ có 25 bệnh nhân đánh giá kết quả chung là tốt chiếm tỷ lệ 92,59%, 2 bệnh nhân đánh giá kết quả chung là khá chiếm tỷ lệ 7,41%.

4. BÀN LUẬN

Nhiều tác giả báo cáo rằng phẫu thuật điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới có tỷ lệ biến chứng chấp nhận được; liệt dây thần kinh mặt hầu hết chỉ thoáng qua và hồi phục hoàn toàn, sẹo phẫu thuật hiếm khi gây ảnh hưởng thẩm mỹ nghiêm trọng. Do đó, việc lựa chọn phương pháp điều trị cần cân nhắc giữa lợi ích phục hồi chức năng và nguy cơ biến chứng phẫu thuật [4]. Đối với gãy lồi cầu xương hàm dưới thì ít nhất phải đặt được hai nẹp để đảm bảo cố định và chống di lệch xoay. Những nẹp này phải đặt chạy song song với bờ sau của cạnh đứng xương hàm dưới cũng như ở dưới và song song theo vòng cung với hõm Sigma. Có được điều này mới đảm bảo được giữ đúng cơ sinh học của lồi cầu so với những thành phần xung quanh [5]. Tuy nhiên nó chỉ phù hợp với gãy dưới lồi cầu, còn trong gãy cổ lồi cầu và đặc biệt là gãy chỏm lồi cầu, việc đặt được hai nẹp và bắt 4 vít của 2 nẹp vào đầu gãy trung tâm cũng là một thách thức không nhỏ. Vì những khó khăn trên mà trong nghiên cứu của chúng tôi, với tỷ lệ gãy chỏm và cổ lồi cầu cao việc đặt được 2 nẹp là rất thấp chiếm 3/39 trường hợp. Đa số chúng tôi chỉ cố định được 1 nẹp với tỷ lệ 30/39 bởi vì trường mổ rất nhỏ đường gãy khó kết thêm được 1 nữa và sẽ bổ sung cố định hai hàm trong một thời gian ngắn. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp sử dụng vít dài cỡ 10-11 mm để cố định mảnh gãy chỏm LC. Trước kia với các tổn thương như vậy thường lấy bỏ chỏm lồi cầu hoặc cố định bằng chỉ thép. Tuy nhiên nếu lấy bỏ chỏm lồi cầu thường để lại di chứng lệch hàm, thậm chí tụt hàm (với trường hợp lấy bỏ chỏm lồi cầu 2 bên). Cố định bằng chỉ thép khó cố định chắc, mảnh gãy dễ bị di lệch thứ phát. Với những tổn thương này sử dụng hệ thống vít xuyên ép là phương pháp tối ưu nhất. Tuy nhiên trong điều kiện hiện nay chúng tôi không có hệ thống vít này. Chính vì vậy chúng tôi ứng dụng sử dụng 2 vít dài để cố định xương và mang lại kết quả tốt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân có biến chứng chảy máu và nhiễm trùng do bệnh nhân này bị gãy phức tạp XHD vùng cằm và lồi cầu 2 bên, trong quá trình phẫu thuật tổn thương động mạch thái dương nông bên phải, mặc dù đã khâu cầm máu

nhưng sau mổ tại chỗ vẫn rỉ máu, chúng tôi đã tiến hành mở ra khâu kỹ lại thì hết chảy máu. Chúng tôi gặp 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ sau khi cắt chỉ và các bệnh nhân này được điều trị tiếp bằng kháng sinh, do vết mổ bị nhiễm trùng nên bệnh nhân này có kết quả chưa tốt về thẩm mỹ với sẹo vết mổ to và không đẹp. Có 2 trường hợp bị tổn thương thần kinh VII với triệu chứng 1 trường hợp mắt nhắm không kín và 1 trường hợp méo miệng tạm thời sau mổ và cải thiện trong khoảng năm tuần sau mổ, tại thời điểm 6 tháng được cải thiện nhưng vẫn còn biểu hiện nhẹ, nguyên nhân của bệnh nhân này là đường gây phức tạp, trong quá trình phẫu thuật vào đường trước tai và đường sau hàm, thời gian mổ kéo dài dây thần kinh mặt bị đụng dập nhiều trong quá trình kéo bộc lộ ổ gãy và nắn chỉnh kết xương. Chúng tôi không gặp trường hợp rò nước bọt. Như vậy biến chứng khi chọn phương pháp mổ mở và kết hợp xương trong gãy lồi cầu xương hàm dưới hay gặp là tình trạng nhiễm trùng và liệt mặt. Cortelazzi (2015) phẫu thuật gãy lồi cầu xương hàm dưới cho 62 bệnh nhân với đường mổ sau hàm và trước tai thấy rằng 10 bệnh nhân (16,13%) thiếu tiết nước bọt tạm thời, 6 trường hợp nhiễm trùng (9,68%), lỏng vít xảy ra ở 3 bệnh nhân có tình trạng nhiễm trùng, 18 bệnh nhân bị liệt mặt tạm thời, hồi phục sau 3 – 4 tuần sau phẫu thuật [6]. Bouchard (2014) đánh giá kết quả phẫu thuật 108 bệnh nhân với 118 lồi cầu bị gãy, thời gian theo dõi trung bình 6,5 tháng cho thấy có 14 trường hợp bị nhiễm trùng (11,9%); 26 trường hợp bị liệt mặt tạm thời, 1 liệt mặt vĩnh viễn, rò nước bọt ghi nhận 4 trường hợp [7].

Việc đánh giá kết quả điều trị chủ yếu dựa vào tình trạng vết mổ, khớp cắn và hình ảnh X-quang của bệnh nhân sau phẫu thuật. Kết quả tốt khi vết mổ khô, liền sẹo kỹ đầu, khớp cắn đúng, các răng đều chạm nhau ở tư thế lỏng múi tối đa, hình ảnh X-quang bờ xương gãy không di lệch, kết quả khá và kém khi vết mổ còn nề hoặc có dịch mủ, khớp cắn sai và hình ảnh X-quang bờ xương còn di lệch. Kết quả gần sau ra viện 7-10 ngày cho thấy về chức năng có 12 BN tốt chiếm tỷ lệ 40%, 18 BN khá chiếm tỷ lệ 60%. Về thẩm mỹ có 22 BN tốt chiếm tỷ lệ 73.3%, 8 BN khá chiếm tỷ lệ 26.7%. Về kết quả chung có 25 BN tốt chiếm tỷ lệ 83.3%, 5 BN khá chiếm tỷ lệ 16.7%.

Do thời gian nghiên cứu hạn chế nên chúng tôi chỉ theo dõi được 27/30 bệnh nhân trong khoảng thời gian từ 3 đến 6 tháng sau khi phẫu thuật. Đánh giá kết quả dựa trên 3 chỉ tiêu: Lâm sàng, giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ. Về mặt lâm sàng tất cả bệnh nhân của chúng tôi đều hết đau tại thời điểm kiểm tra 3 đến 6 tháng. Vận động đưa hàm ra trước, sang bên đều bình thường, không có biểu hiện tình trạng lệch khớp cắn, rò nước bọt. Biên độ mở miệng tối đa trong nghiên cứu của chúng tôi $41 \pm 2,3$ mm (thấp nhất là 35 mm, lớn nhất là 48 mm). Tại thời điểm kiểm tra, 27 bệnh nhân được chụp phim sau mổ, có 3 trường hợp lồi cầu di lệch ít nhưng không

ảnh hưởng đến chức năng, 2 trường hợp hình ảnh lồng cầu biến dạng ít. Có 3 trường hợp tuy khớp cắn đúng nhưng ăn nhai nhất là đồ cứng còn khó khăn. Có 2 trường hợp sẹo xấu do bị nhiễm trùng trước đó, nhưng về mặt thẩm mỹ có thể chấp nhận được.

Có 92,6% bệnh nhân đánh giá kết quả tốt về giải phẫu, 2 bệnh nhân kết quả khá về giải phẫu (7,4%). Có 88,9% bệnh nhân đánh giá kết quả tốt về chức năng, 3 bệnh nhân được đánh giá có kết quả khá về chức năng (11,1%). Có 25 bệnh nhân đánh giá kết quả tốt về thẩm mỹ (92,6%), 2 bệnh nhân được đánh giá kết quả khá về thẩm mỹ (7,4%). Về đánh giá kết quả chung sau phẫu thuật cho thấy kết quả tốt chiếm đa số với tỷ lệ là 92,6%, kết quả khá là 7,4%, kết quả kém là 0%. Theo kết quả trên, tỷ lệ tốt trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tỷ lệ tốt của các nghiên cứu trước đó. Năm 2000, Ellis và cộng sự điều trị phẫu thuật 93 bệnh nhân gãy lồng cầu xương hàm dưới tại Mỹ cho kết quả tốt với kết quả sau 6 tuần có 17,2% bệnh nhân có biểu hiện yếu dây thần kinh mặt, tuy nhiên dấu hiệu này sẽ hết sau 6 tháng [4]. Năm 2008, Cascone P. và cộng sự công bố kết quả điều trị phẫu thuật 137 bệnh nhân gãy LCXHD tại Leibinger – Đức trong khoảng thời gian từ 1990 đến 2005 thấy kết quả tốt về mặt chức năng sau 12 tháng là 91% và tỷ lệ biến chứng thấp (tỷ lệ liệt nhẹ tạm thời dây thần kinh mặt là dưới 7%, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ dưới 2%) [8]. Năm 2009, Olivier và cộng sự tại Pháp công bố kết quả điều trị phẫu thuật khớp xương bằng nẹp vít đối với 35 bệnh nhân gãy LCXHD cho kết quả tốt sau 6 tháng với kết quả tốt về giải phẫu là 73,7%, có 80% số bệnh nhân có khớp cắn tốt và có tới 97,1% bệnh nhân vận động hàm dưới bình thường như trước khi phẫu thuật [9]. Như vậy điều trị phẫu thuật gãy lồng cầu xương hàm dưới theo phương pháp nắn chỉnh và KHX bằng nẹp vít cho kết quả tốt và đang được thực hiện rộng rãi tại các nước phát triển trên thế giới và trong nước.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 30 bệnh nhân gãy LCXHD từ tháng 12 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024 được điều trị tại Khoa Hàm mặt, Tạo hình – Bệnh viện Quân y 103, Học viện quân y, chúng tôi rút nhận thấy: đối tượng chấn thương chủ yếu gặp ở nam giới (86,67%), lứa tuổi 18 – 49 tuổi chiếm đa số (43,33%). Kết quả gần sau phẫu thuật cho thấy, có 3,33% bệnh nhân có biến chứng chảy máu, biến chứng nhiễm trùng (3,33%), tổn thương thần kinh VII (6,67%). Có 100% bệnh nhân liền vết mổ sau phẫu thuật và không có tình trạng nhiễm trùng khi ra viện, có 2 trường hợp có tổn thương thần kinh chiếm tỷ lệ 6,67%. Về kết quả chung có 25 bệnh nhân có kết quả tốt chiếm tỷ lệ 83,3%, 5 BN có kết quả khá chiếm tỷ lệ 16,7%. Kết quả xa sau phẫu thuật 3 – 6 tháng, trong 27 bệnh nhân theo dõi được có 92,6% bệnh nhân đánh giá kết quả tốt về giải phẫu; 88,9% bệnh nhân đánh giá

kết quả tốt về chức năng; 92,6% bệnh nhân đánh giá kết quả tốt về thẩm mỹ; kết quả chung ở mức tốt chiếm tỷ lệ 92,6%, không có bệnh nhân nào có kết quả xấu sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Shiju M., Rastogi S., Gupta P., et al. (2015). Fractures of the mandibular condyle—open versus closed—a treatment dilemma. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 43(4): 448-451.
- [2] Shakya S., Zhang X., Liu L. (2020). Key points in surgical management of mandibular condylar fractures. *Chinese Journal of Traumatology*, 23(2): 63-70.
- [3] Shi J., Chen Z., Xu B. (2014). Causes and treatment of mandibular and condylar fractures in children and adolescents: a review of 104 cases. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 140(3): 203-207.
- [4] Ellis III E., McFadden D., Simon P., et al. (2000). Surgical complications with open treatment of mandibular condylar process fractures. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, 58(9): 950-958.
- [5] Tominaga K., Habu M., Khanal A., et al. (2006). Biomechanical evaluation of different types of rigid internal fixation techniques for subcondylar fractures. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, 64(10): 1510-1516.
- [6] Cortelazzi R., Altacera M., Turco M., et al. (2015). Development and clinical evaluation of MatrixMANDIBLE subcondylar plates system (Synthes). *Craniomaxillofacial Trauma & Reconstruction*, 8(2): 94-99.
- [7] Bouchard C., Perreault M. H. (2014). Post-operative complications associated with the retromandibular approach: a retrospective analysis of 118 subcondylar fractures. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 72(2): 370-375.
- [8] Cascone P., Spallaccia F., Fatone F. M. G., et al. (2008). Rigid versus semirigid fixation for condylar fracture: experience with the external fixation system. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, 66(2): 265-271.
- [9] Trost O., Trouilloud P., Malka G. (2009). Open reduction and internal fixation of low subcondylar fractures of mandible through high cervical transmasseteric anteroparotid approach. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, 67(11): 2446-2451.