

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG GỠ LIÊN TẦNG MẶT TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Nguyễn Văn Dân¹, Hoàng Vân Hạnh¹, Nguyễn Bá Hoàng Vũ¹,
Trần Thị Nhật Minh¹, Lưu Phước Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân chấn thương gãy liên tầng mặt tại Bệnh viện Quân y 175.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 46 bệnh nhân chấn thương gãy liên tầng mặt, được khám, chẩn đoán và điều trị tại khoa Phẫu thuật Hàm mặt, Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 8 năm 2023.

Kết quả: Xử trí ban đầu có 20 BN được cố định tạm thời xương hàm gãy, 76% BN có vết thương hàm mặt kèm theo phải xử lý, 21 BN phải can thiệp khai thông đường thở. Đa số BN được sử dụng 3-5 đường mổ chiếm 69,5%. Chủ yếu BN được kết xương theo trình tự từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong chiếm 71,7%, với 151 vị trí kết xương. 84,8 % BN phải cố định liên hàm sau phẫu thuật. Ngay sau mổ có 3 BN chảy máu vết mổ phải xử lý, hầu hết BN liền thương tốt chiếm 84,8%, khớp cắn đúng chiếm 89,1%, có 2 BN nhiễm trùng, hạn chế há miệng sau mổ có 11 BN chiếm 23,9%. Sau 3-6 tháng: 73,9% BN có khuôn mặt cân đối, không có BN liền sẹo xấu, 93,4 % BN đúng khớp cắn, 2 BN lõm mắt, tất cả BN đều há miệng tốt.

Kết luận: Điều trị gãy liên tầng mặt rất phức tạp, cần phải có thái độ xử lý cấp cứu ngay từ ban đầu, lên kế hoạch điều trị chi tiết để mang lại kết quả điều trị tốt nhất cho bệnh nhân.

Từ khóa: gãy liên tầng mặt.

EVALUATION THE TREATMENT OUTCOMES OF PATIENTS WITH PANFACIAL FRACTURES AT THE MILITARY HOSPITAL 175

¹Bệnh viện Quân y 175

Người phản hồi (Corresponding): Nguyễn Văn Dân (vandan120190@gmail.com)

Ngày nhận bài: 15/11/2023, ngày phản biện: 14/12/2023

Ngày bài báo được đăng: 30/12/2023

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to evaluate the treatment outcomes of patients with panfacial fractures at the Military Hospital 175.

Subjects and methods: 46 patients with panfacial fractures who were examined, diagnosed, and treated at the Maxillofacial Surgery Department, Military Hospital 175 from January 2022 to August 2023.

Results: Initial management involved temporary fixation of the fractured maxilla in 20 patients, 76% of patients had accompanying facial wounds that required treatment, and 21 patients required airway clearance interventions. The majority of patients were used from 3 to 5 incisions (69.5%). The majority of patients (71.7%) had sequential top to bottom and out side to in side maxillary fixation at 151 sites. Postoperatively, 84.8% of patients required postoperative maxillomandibular fixation. Immediate postoperative complications included 3 patients with surgical wound bleeding that required intervention. The majority of patients (84.8%) had good wound healing, 89.1% achieved proper occlusion, 2 patients developed infections, and 11 patients experienced limited mouth opening after surgery (23.9%). At 3-6 months postoperatively, 73.9% of patients had balanced facial symmetry, no patients had noticeable scars, 93.4% achieved proper occlusion, 2 patients had enophthalmos, and all patients had satisfactory mouth opening.

Conclusion: The treatment of panfacial fractures is a complex process that necessitates an immediate and proactive approach to emergency management. It is crucial to establish a detailed treatment plan to ensure the best possible treatment outcomes for patients.

Keywords: panfacial fracture.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy liên tầng mặt là một trong những loại gãy xương phức tạp nhất vùng hàm mặt. Gãy liên tầng mặt được định nghĩa là gãy cả ba tầng trên, giữa, dưới của khuôn mặt. Một vài tác giả cho rằng, gãy liên tầng mặt là gãy 3 trong 4 tầng mặt bao gồm: tầng mặt trên, tầng mặt giữa trên, tầng mặt giữa dưới, tầng mặt dưới. Loại chấn thương gãy xương phức tạp này thông thường bao gồm gãy xương trán, phức hợp

gò má hàm trên, phức hợp mũi sàng ổ mắt và xương hàm dưới. Điều trị cho những bệnh nhân gãy xương loại này là một thử thách cho ngay cả những phẫu thuật viên đã già dặn kinh nghiệm[1],[8]. Việc chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị không đầy đủ có thể dẫn tới nhiều biến chứng và kéo dài thời gian nằm viện của bệnh nhân. Kế hoạch điều trị cho những tổn thương gãy liên tầng mặt hết sức phức tạp. Ngày nay, phẫu thuật mở và cố định trong được coi như một chỉ định bắt buộc trong điều trị

gãy liên tầng mặt [2],[3],[4]. Tuy nhiên, trình tự cũng như kế hoạch điều trị chi tiết cho các tổn thương gãy xương này đòi hỏi phải được nghiên cứu một cách kỹ lưỡng cũng như đánh giá một cách đầy đủ. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật của bệnh nhân chấn thương gãy xương liên tầng mặt tại bệnh viện Quân y 175 – Bộ Quốc Phòng từ tháng 01/2022 đến tháng 08/2023. Từ đó đưa ra được kế hoạch điều trị phù hợp nhất nhằm đem lại kết quả điều trị tốt nhất cho bệnh nhân.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

46 bệnh nhân (BN) gãy liên tầng mặt, được khám, chẩn đoán và điều trị tại khoa Hàm mặt, Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 08 năm 2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện với hình thức tiến cứu can thiệp lâm sàng, theo dõi dọc không đối chứng.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Những chấn thương mới do va đập.

- Có hình ảnh gãy liên tầng mặt trên phim cắt lớp vi tính hàm mặt (có gãy ít nhất cùng lúc xương hàm dưới, xương hàm trên và xương gò má).

- Không có bệnh lý, dị dạng khuôn mặt trước chấn thương.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Những gãy xương cũ đã can chắc.

- Những bệnh nhân có khuôn mặt dị dạng trước chấn thương.

- Những bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Quy trình điều trị

- Bệnh nhân vào viện được khám, thực hiện các xét nghiệm máu cơ bản, chụp CLVT hàm mặt có dựng hình, lên kế hoạch phẫu thuật.

- Quy trình phẫu thuật:

+ Bệnh nhân được gây mê nội khí quản qua đường mũi kết hợp gây tê tại chỗ.

+ Bệnh nhân sẽ được nắn chỉnh cố định xương theo thứ tự:

* *Thứ tự nắn chỉnh xương từ dưới lên trên từ trong ra ngoài:* Nắn chỉnh cố định xương vùng khâu cái →Cố định liên hàm →Nắn chỉnh cố định xương hàm dưới tại các vị trí gãy vùng cằm, cạnh ngang, góc hàm, cạnh cao →Nắn chỉnh kết hợp xương cổ lồi cầu →Nắn chỉnh kết hợp xương các đường gãy phức hợp hàm gò má→Nắn chỉnh kết hợp xương vùng NOE →Nắn chỉnh kết hợp xương hàm trên.

* *Thứ tự nắn chỉnh cố định xương từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong:* Nắn chỉnh kết hợp xương hàm gò má hai bên bao gồm cả cung tiếp→Nắn chỉnh

kết hợp xương vùng NOE→Nắn chỉnh cố định các đường gãy Lefort và gãy dọc xương hàm trên→Thực hiện cố định liên hàm→Nắn chỉnh cố định các đường gãy xương hàm dưới: vùng cằm, cạnh ngang, góc hàm cạnh cao và cổ lồi cầu.

+ Khâu đóng phần mềm.

- Sau phẫu thuật bệnh nhân được dùng kháng sinh từ 5-7 ngày.

- Những bệnh nhân cần phải cố định liên hàm tăng cường sau phẫu thuật được tái khám hằng tuần và tháo cố định hàm sau 2-4 tuần.

- Bệnh nhân được hẹn tái khám sau 6 tháng để đánh giá kết quả sau phẫu thuật và lấy bỏ phương tiện kết hợp xương và sửa di chứng nếu có.

3. KẾT QUẢ

3.1. Vị trí gãy xương

Bảng 1. Vị trí gãy xương

Vị trí	Số lượng (n=46)	Tỷ lệ(%)
Gãy xương trán	19	41,3
Gãy NOE	18	39,1
Gãy xương gò má	46	100
Gãy xương hàm trên	46	100
Gãy xương hàm dưới	46	100

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% BN có gãy xương hàm dưới, xương hàm trên và xương gò má theo tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân. Gãy NOE có 18 BN chiếm 39,1%, gãy xương trán có 19 BN chiếm 41,3%.

3.2. Xử trí ban đầu

Bảng 2. Xử trí ban đầu (n=46)

Xử trí ban đầu		Số lượng (n=46)	Tỷ lệ (%)
Cố định hàm tạm thời	Có	20	56,5
	Không	26	43,5
	Tổng	46	100
Khâu vết thương phần mềm	Có	35	76
	Không	11	24
	Tổng	46	100

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Khai thông đường thở	Có	21	45,7
	Không	25	54,3
	Tổng	46	100

Nhận xét: Có 20 BN được cố định tạm thời xương hàm gãy bằng chỉ thép, vít neo hoặc bằng cung móc cố định hàm chiếm 56,5%. 76% BN có vết thương hàm mặt kèm theo phải xử lý, 21 BN chiếm 45,7% phải can thiệp khai thông đường thở.

3.3. Các đường rạch trong phẫu thuật

Bảng 3. Số đường rạch trong phẫu thuật (n=145)

Đường rạch	Số lượng	Tỷ lệ
1-2 đường rạch	0	0
3-5 đường rạch	32	69,5
Trên 5 đường rạch	14	30,5

Nhận xét: chủ yếu BN của chúng tôi sử dụng từ 3-5 đường rạch, chiếm 69,5%.

3.4. Trình tự kết xương trong phẫu thuật

Bảng 4. Trình tự kết xương trong phẫu thuật (n=46)

Trình tự kết xương	Số lượng (n=46)	Tỷ lệ (%)
Từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong	33	71,7
Từ dưới lên trên, từ trong ra ngoài	13	28,3
Tổng	46	100

Nhận xét: Chủ yếu BN được kết xương theo trình tự từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong chiếm 71,7%.

3.5. Vị trí kết xương

Bảng 5. Vị trí kết xương (n=151)

Vị trí đặt nẹp	Số lượng (n=151)	Tỷ lệ (%)	
Xương gò má	Bờ dưới ổ mắt	33	21,8
	Bờ ngoài ổ mắt	21	14,4
	Cung tiếp	4	2,64

Xương hàm trên	Trụ khuyết lê	12	7,94
	Gò má hàm trên	16	10,6
	Dọc vòm miệng	2	1,32
Xương hàm dưới	Vùng cằm	25	13,7
	Góc hàm	16	12,2
	Cạnh ngang	6	4,59
	Lồi cầu	4	2,66
Vùng NOE	Đầu trong cung mày	12	7,95
Tổng		151	100

Nhận xét: Trong tổng số 46 BN, có 151 vị trí kết xương, trong đó bờ dưới ổ mắt là vị trí kết xương hay gặp nhất, chiếm tỷ lệ 21,8%.

3.6. Cố định liên hàm sau phẫu thuật

Bảng 6. Cố định liên hàm sau phẫu thuật (n=46)

Cố định hàm sau phẫu thuật	Số lượng (n=46)	Tỷ lệ (%)
Có	39	84,8
Không	7	15,2
Tổng	46	100

Nhận xét: hầu hết các BN phải cố định liên hàm sau phẫu thuật chiếm 84,8 %.

3.7. Đánh giá kết quả ngay sau phẫu thuật (7-10 ngày)

Bảng 7. Đánh giá kết quả ngay sau phẫu thuật (n=46)

Tiêu chí		Số lượng (n=46)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu vết mổ	Có	3	6,5
	Không	43	93,5
	Tổng	46	100
Liên thương vết mổ	Liên tốt	39	84,8
	Chậm liền	5	10,9
	Không liền	2	4,3
	Tổng	46	100

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Khớp cắn	Đúng	41	89,1
	Sai một phần	5	10,9
	Sai hoàn toàn	0	0
	Tổng	46	100
Nhiễm trùng	Có	2	4,4
	Không	44	95,6
	Tổng	46	100
Há miệng	Tốt	35	76,1
	Hạn chế	11	23,9
	Tổng	46	100

Nhận xét: Sau mổ có 3 BN chảy máu vết mổ phải xử lý chiếm 6,5%, hầu hết BN liền thương tốt chiếm 84,8%, khớp cắn đúng chiếm 89,1%, có 2 BN nhiễm trùng chiếm 4,4%, hạn chế há miệng sau mổ có 11 BN chiếm 23,9%.

3.8. Đánh giá kết quả xa sau 3-6 tháng

Bảng 8: Đánh giá kết quả xa sau 3- 6 tháng (n=46)

Tiêu chí		Số lượng (n=46)	Tỷ lệ (%)
Cân đối khuôn mặt	Cân	34	73,9
	Mất cân đối nhẹ	10	21,7
	Mất cân đối nặng	2	4,4
	Tổng	46	100
Sẹo mổ	Sẹo đẹp	41	89,1
	Sẹo khá	5	10,9
	Sẹo xấu	0	0
	Tổng	46	100
Khớp cắn	Đúng	43	93,4
	Sai một phần	3	6,6
	Sai hoàn toàn	0	0
	Tổng	46	100

Lõm mắt	Có	2	4,4
	Không	44	95,6
	Tổng	46	100
Há miệng	Tốt	46	100
	Hạn chế	0	0
	Tổng	46	100

Nhận xét: 73,9% BN có khuôn mặt cân đối sau mổ, 89,1% BN sẹo liền đẹp. 93,4 % BN khớp cắn đúng hoàn toàn, 2 BN lõm mắt, tất cả BN đều há miệng tốt sau 6 tháng.

4. BÀN LUẬN

4.1. Xử trí cấp cứu ban đầu

Gãy xương liên tầng mặt là loại gãy xương phức tạp nhất, loại chấn thương này thường kèm theo các tổn thương liên quan như chấn thương sọ não, ngực, bụng chi. Đặc biệt với tính chất gãy xương phức tạp thường phải xử trí cấp cứu ban đầu như khai thông đường thở, cố định tạm thời xương hàm gãy hoặc khâu vết thương phần mềm[7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 20 BN được cố định tạm thời xương hàm gãy bằng chỉ thép, vít neo hoặc bằng cung móc, chiếm 56,5%. 76% BN có vết thương hàm mặt kèm theo phải xử lý, 21 BN (chiếm 45,7%) phải can thiệp khai thông đường thở như đặt nội khí quản, mở khí quản, hút đờm rãi, thở oxy... Theo Kausar Ali và cộng sự [6], khai thông đường thở là nguyên tắc cấp cứu ban đầu được đặt ra với gãy liên tầng mặt, thông thường, sử dụng các phương như đặt nội khí quản qua miệng, mũi, dưới cằm hoặc

mở khí quản.

4.2. Các đường rạch trong phẫu thuật liên tầng mặt

Trong số 46 BN chúng tôi nghiên cứu, có 69,5% BN được sử dụng 3-5 đường mổ, không có BN nào sử dụng 1- 2 đường mổ, trong đó số lượng đường mổ ngách tiền đình hàm trên hàm dưới chiếm đa số. Số lượng đường mổ và vị trí đường mổ phụ thuộc vào tính chất tổn thương của BN, tùy theo số lượng xương gãy và vị trí gãy mà có đường mổ khác nhau. Theo quan điểm hiện nay, đường mổ phải đủ rộng để quan sát tổn thương cũng như thuận tiện cho quá trình kết xương, tuy nhiên phải đảm bảo yếu tố thẩm mỹ. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn [2], với xử trí gãy xương hàm trên, hàm dưới, tỷ lệ đường mổ trong miệng chiếm chủ yếu với 85,6%, tỷ lệ này cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ đường mổ trong miệng ngách tiền đình hàm trên và hàm dưới chiếm đa số. Đường mổ vành được nhiều tác giả sử dụng với nhiều ưu thế như khả năng bộc lộ tối đa tổn thương, thuận tiện cho quá trình nắn chỉnh kết xương [1], [2], [3], tuy nhiên chúng tôi không sử dụng đường mổ này mà thay thế bằng nhiều đường mổ và hiệu

quả tương đương nhằm đạt được tính thẩm mỹ của khuôn mặt.

4.3. Trình tự, vị trí kết xương và cố định liên hàm sau phẫu thuật

Trình tự kết xương trong gãy liên tầng mặt tương đối đa dạng, thông thường bao gồm từ trên xuống dưới từ ngoài vào trong, từ dưới lên trên từ trong ra ngoài, từ dưới lên trên từ ngoài vào trong [1][6]. Với phương pháp kết xương từ trên xuống dưới từ ngoài vào trong, chúng tôi bắt đầu với xương gò má, kết xương ở vị trí cung tiếp, bờ ngoài ổ mắt và bờ trong ổ mắt, sau đó kết xương vùng NOE. Thông thường, chúng tôi chỉ kết xương với các loại gãy NOE đơn giản loại I, với gãy NOE loại 2, 3 chúng tôi không can thiệp vào vùng này. Sẽ tiến hành sửa di chứng sau khi bệnh nhân quay lại tái khám 6 tháng. Sau khi kết xương vùng NOE, chúng tôi sẽ tiến hành cố định liên hàm để đưa khớp cắn về đúng vị trí. Tùy tính chất của bệnh nhân mà tiến hành cố định hàm cho hợp lý. Có thể cố định 1 bên trước nếu có gãy dọc vòm miệng và gãy vùng cằm, sau đó cố định bên còn lại. Hoặc có thể kết xương dọc vòm miệng trước, sau đó dựa vào cung răng hàm trên để cố định khớp cắn. Nếu vùng cằm, cạnh ngang xương hàm dưới không gãy có thể dựa vào xương hàm dưới để cố định liên hàm. Sau khi cố định liên hàm, dựa vào khớp cắn để tiến hành kết xương hàm trên ở vị trí trụ khuyết lê, trụ gò má hàm trên rồi kết xương hàm dưới ở vị trí cằm, cạnh ngang, góc hàm và lồi cầu. Với các bệnh nhân kết xương từ dưới lên trên từ trong

ra ngoài, trình tự được làm ngược lại, tuy nhiên vẫn phải cố định liên hàm xác định khớp cắn trước, sau đó tiến hành kết xương hàm dưới, hàm trên, gò má và NOE. Vùng xương trán chúng tôi ít can thiệp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 71,7% BN được kết xương từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn [2], với 54,5% BN được kết xương từ dưới lên trên, từ ngoài vào trong. Ở trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ đánh giá chung về kết quả, chưa có sự đánh giá chi tiết, so sánh giữa 2 trình tự kết xương này.

Chúng tôi kết xương ở 151 vị trí, trong đó bờ dưới ổ mắt là vị trí kết xương hay gặp nhất, chiếm tỷ lệ 21,8%, thấp nhất là vị trí dọc vòm miệng với 1,32%. Điều này được lý giải do hầu hết các BN đều có gãy xương gò má ở vị trí bờ dưới ổ mắt. Gãy dọc vòm miệng ít gặp hoặc được xử trí cố định bằng chỉ thép qua cung răng.

Hầu hết các BN của chúng tôi được cố định liên hàm sau phẫu thuật, chiếm 84,8%. Thời gian cố định hàm thông thường từ 2 đến 4 tuần tùy tính chất tổn thương của BN. Thời gian này theo các tác giả như Tang [3] là 2 đến 3 tuần, theo Nguyễn Văn Tuấn [2] từ 2 đến 4 tuần, trong đó chủ yếu là 4 tuần chiếm 67,6%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, gần như 100% bệnh nhân được sử dụng vít neo để cố định liên hàm, số lượng vít neo từ 6 đến 10 vít tùy tình trạng bệnh nhân. Việc sử dụng vít neo theo chúng tôi nhận định có nhiều ưu điểm hơn so với phương pháp

có định truyền thống, nhanh, thuận tiện, ít gây đau đớn cho bệnh nhân. Việc chăm sóc răng miệng sau mổ cũng được dễ dàng hơn.

4.4. Đánh giá kết quả ngay sau phẫu thuật

Sau mổ có 3 trường hợp chảy máu vết mổ phải xử lý chiếm 6,5%, hầu hết BN liền thương tốt chiếm 84,8%, khớp cắn đúng chiếm 89,1%, có 2 BN nhiễm trùng chiếm 4,3%, hạn chế há miệng sau mổ có 11 BN chiếm 23,9%. Theo nghiên cứu của Abdeljalil Abouchadi và cộng sự [4], tỷ lệ sai khớp cắn sau mổ là 10,4%, 6,5% BN nhiễm trùng sau mổ. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn [2] có 90,9% BN có tỷ lệ đúng khớp cắn sau 1 tuần. Như vậy tỷ lệ nhiễm trùng sau mổ của chúng tôi thấp hơn của Abdeljalil Abouchadi, và tỷ lệ sai khớp ngay sau mổ tương đương với các nghiên cứu khác. Việc có các biến chứng sau mổ là điều không thể tránh khỏi với các tổn thương phức tạp như gãy liên tầng mặt.

4.5. Đánh giá kết quả sau 3-6 tháng

Sau 3-6 tháng, khi đánh giá lại chúng tôi nhận thấy có 73,9% BN có khuôn mặt cân đối sau mổ, 89,1 % sẹo liền đẹp, 93,4% khớp cắn đúng. Tỷ lệ lõm mắt sau mổ có 2 BN chiếm 4,4%, 100% BN há miệng tốt. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn [2], 84,4% BN có tỷ lệ khuôn mặt cân xứng tốt, 93,5% khớp cắn đúng, độ há miệng sau 6 tháng là 38,5mm. Như

vậy tỷ lệ khuôn mặt cân đối sau mổ của chúng tôi thấp hơn của Nguyễn Văn Tuấn, và tỷ lệ khớp cắn đúng sau mổ thì tương đương. Theo nghiên cứu của Tang [3], tỷ lệ lõm mắt và rối loạn vận động nhãn cầu sau mổ là 7,3%.

Đánh giá tổng quan sau phẫu thuật 3-6 tháng, thì đa số BN có kết quả tốt. Trong đó khớp cắn được coi là tiêu chí quan trọng thì đa số đạt yêu cầu. Tuy nhiên vẫn có những BN cần phải xử lý tiếp theo như mất cân xứng khuôn mặt, hoặc lõm mắt. Những BN này sẽ được xử lý ở những lần mổ tiếp theo bằng kỹ thuật tạo hình gò má hoặc ổ mắt.

Trong nghiên cứu này, việc đánh giá kết quả chỉ là bước đầu, chưa thực sự đánh giá so sánh sâu giữa 2 chiến thuật điều trị kết xương, trong những nghiên cứu sau này, chúng tôi sẽ tiến hành đánh giá chi tiết hơn.

5. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 20 BN được cố định tạm thời xương hàm gãy, chiếm 56,5%.

76% BN có vết thương hàm mặt kèm theo phải xử lý, 21 BN chiếm 45,7% phải can thiệp khai thông đường thở.

Đường mổ ngách tiền đình hàm dưới được sử dụng nhiều nhất với 41 lượt chiếm 28,3%. Đường mổ vết thương và đường khác như dưới hàm, dưới cằm được sử dụng ít nhất với 1,4% mỗi loại.

Chủ yếu BN được kết xương

theo thứ tự từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong chiếm 71,7% với 139 vị trí kết xương.

Hầu hết các trường hợp BN phải cố định liên hàm sau phẫu thuật chiếm 84,8 %.

Sau mổ có 3 trường hợp chảy máu vết mổ phải xử lý chiếm 6,5%, hầu hết BN liền thương tốt chiếm 84,8%, khớp cắn đúng chiếm 89,1%, có 2 BN nhiễm trùng chiếm 4,3%, hạn chế há miệng sau mổ có 11 BN chiếm 23,9%.

Sau 3-6 tháng, 73,9% BN có khuôn mặt cân đối, không có BN liền sẹo xấu. 93,4 % BN đúng khớp cắn, 2 BN lõm mắt, tất cả BN đều há miệng tốt sau 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ali, K. and Lettieri, S. C. (2017), "Management of Panfacial Fracture", *Semin Plast Surg.* 31(2), pp. 108-117.

2. Nguyễn Văn Tuấn (2019) "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy liên tầng mặt tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương thành phố Hồ Chí Minh năm 2018-2019", Luận văn chuyên khoa II, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh.

3. Tang, W., Feng, F., Long, J.,

Lin, Y., Wang, H., Liu, L., et al. (2009), "Sequential Surgical Treatment for Panfacial Fractures and Significance of Biological Osteosynthesis.", *Dental Traumatology.* 25, pp. 171-175.

4. Abdeljalil Abouchadi et al (2018) Panfacial Fractures: A retrospective study and review of literature. *Open Journal of Stomatology* 08(04): 110-119.

5. Kausar Ali, BA and Salvatore C. Lettieri (2017) "Management of Panfacial Fracture", *Semin Plast Surg.* ; 31(2): 108–117.

6. Marcos Mauricio Capelari; et al, (2013), "Principles and treatment of panfacial fractures - Literature review and surgical clinic case report", *Rev. Odontologia (ATO), Bauru, SP.* 13, tr. 689-771.

7. Kassar Ali, BA and Salvatore C. Lettieri, MD, FACS (2017), "Management of Panfacial Fracture". *Semin Plast Surg.*; 31(2): 108–117.

8. Chouinard AF, Troulis MJ, Lahey ET (2016): The acute management of facial fractures. *Curr Trauma Rep* 2(2): 55e65.