



ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG GÂY LIÊN TẦNG MẶT TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Phan Duy Vinh^{1*}, Nguyễn Trí Khang¹, Nguyễn Phương Sinh²

Vũ Ngọc Tú², Phùng Thủy Tiên²

1 Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

2 Trường Đại học Y- Dược, Đại học Thái Nguyên

* Tác giả liên hệ: Rangthai@gmail.com

Tổng Biên tập:

TS. Nguyễn Phương Sinh

Ngày nhận bài:

16/9/2023

Ngày chấp nhận đăng bài:

20/9/2023

Ngày xuất bản:

29/9/2023

Bản quyền: © 2023

Thuộc Tập chí Khoa học
và công nghệ Y Dược

Xung đột quyền tác giả:

Tác giả tuyên bố không
có bất kỳ xung đột nào
về quyền tác giả

Địa chỉ liên hệ: Số 284,

đường Lương Ngọc

Quyển, TP. Thái Nguyên,

tỉnh Thái Nguyên

Email:

tapchi@tnmc.edu.vn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chấn thương vùng hàm mặt là một cấp cứu hay gặp. Trong đó thể gãy liên tầng là thể gãy rất phức tạp. Việc điều trị vẫn còn nhiều khó khăn thách thức đối với phẫu thuật viên hàm mặt. **Mục tiêu:** Phân tích ưu, nhược điểm chiến thuật xử trí gãy liên tầng mặt theo quan điểm phục hồi khớp cắn đúng và dựa trên các cấu trúc vững chắc nhất còn lại của các xương vùng mặt để nắn chỉnh, cố định các mảnh vỡ khác trong phẫu thuật gãy liên tầng mặt. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng, theo dõi dọc không đối chứng trên 38 bệnh nhân chấn thương gãy liên tầng mặt được điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/2023 đến 08/2023. **Kết quả:** Trình tự điều trị “Từ dưới lên trên” được áp dụng với 81,6% số bệnh nhân. 18,4% số bệnh nhân gãy liên tầng mặt được áp dụng trình tự “Từ trên xuống dưới”. 92,1% đạt kết quả điều trị tốt sau 6 tháng điều trị phẫu thuật. **Kết luận:** Khôi phục lại khớp cắn đúng trước tiên. Trình tự điều trị “Khớp cắn đúng- khối vững chắc” trong điều trị chấn thương gãy liên tầng mặt có thể giúp khôi phục thành công toàn bộ khuôn mặt của bệnh nhân.

Từ khoá: Gãy liên tầng mặt; Trình tự điều trị; Phục hồi khớp cắn

EVALUATION OF THE TREATMENT RESULTS OF PANFACIAL FRACTURES IN THAI NGUYEN GENERAL HOSPITAL

Phan Duy Vinh^{1*}, Nguyen Tri Khang¹, Nguyen Phuong Sinh²,
Vu Ngoc Tu², Phung Thuy Tien²

1 Thai Nguyen General Hospital

2 Thai Nguyen University of Medicine And Pharmacy

* Author contact: Rangthai@gmail.com

ABSTRACT

Background: Maxillofacial trauma is a common emergency. Panfacial fractures are very complex fractures. Treatment still presents many difficulties and challenges for maxillofacial surgeons. **Objectives:** This study aims to analyze the advantages and disadvantages of the strategy of panfacial fracture surgery. Restoration of the correct occlusion, combines with relying on the most intact part of the facial bones to reposition and fix fragments together. **Method:** Prospective study, intervention study without control group on Thirty-eight patients with panfacial fractures were treated in Thai Nguyen General Hospital between January 2023 and August 2023. **Results:** There were 81.6% of those patients treated with the "Bottom to top" technique and the remaining 18.4% of patients were treated with the "Top to bottom" technique. 92.1% of total participants achieved good treatment result after 6 months of surgery. **Conclusion:** In panfacial fracture surgeries, the occlusion reconstruction should be achieved first. Treatment sequence "Correct occlusion - stabilized block" in the treatment of panfacial fracture can successfully restore the face.

Key words: PanFacial Fractures; Treatment sequencing; Occlusion first

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương vùng hàm mặt là một cấp cứu hay gặp trong cuộc sống thường ngày. Trong đó thể gãy liên tầng là thể gãy rất phức tạp¹. William Curtis và cộng sự nhận thấy gãy liên tầng chiếm khoảng xấp xỉ 4-10% các trường hợp chấn thương gãy xương hàm mặt². Gãy liên tầng mặt không chỉ ảnh hưởng đến xương hay mô mềm mà còn ảnh hưởng đến chức năng của nhiều cơ quan khác vùng mặt².

Gãy liên tầng xảy ra do lực chấn thương lớn, nên chúng thường kết hợp với những chấn thương nặng khác như chấn thương sọ não, chấn thương tạng, chi... có đe dọa tính mạng bệnh nhân (BN), nên việc điều trị chấn thương hàm mặt thường bị trì hoãn

đến khi các tổn thương trên ổn định. Việc điều trị không đúng sẽ để lại di chứng rất nặng nề, ảnh hưởng đến chất lượng sống và khả năng giao tiếp của BN.

Điều trị gãy liên tầng mặt vẫn còn nhiều khó khăn thách thức đối với phẫu thuật viên hàm mặt. Việc điều trị BN có nhiều đường gãy di lệch tại ba tầng mặt hay những đường gãy vụn là những thách thức với phẫu thuật viên kể cả phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm. Khi trình tự nắn chỉnh và cố định xương chắc chắn thì sẽ mang lại kết quả tối ưu trong điều trị gãy liên tầng mặt.

Với mục đích đó, chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu này dựa trên 38 BN gãy liên tầng mặt được điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2023 với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị chấn thương gãy liên tầng mặt và đề xuất chiến thuật xử trí chấn thương gãy liên tầng mặt.*

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu, thời gian, địa điểm nghiên cứu

Gồm 38 BN gãy liên tầng mặt được khám và điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Những chấn thương gãy liên tầng mặt mới. Gãy liên tầng trong nghiên cứu này được hiểu là có gãy xương ít nhất $\frac{3}{4}$ tầng mặt (Tầng mặt trên, tầng mặt giữa trên, tầng mặt giữa dưới, tầng mặt dưới).

Có hình ảnh gãy liên tầng mặt trên phim chụp CLVT đa dãy.
Có phẫu thuật nắn chỉnh kết xương hàm mặt.

Tiêu chuẩn loại trừ

BN điều trị bảo tồn do không đủ điều kiện phẫu thuật.
Bệnh án BN không có đủ thông tin cần nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện bằng phương pháp tiến cứu can thiệp lâm sàng, theo dõi dọc không đối chứng.

Cỡ mẫu: Toàn bộ

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu chủ đích. Chọn tất cả các BN chấn thương gãy liên tầng mặt được khám và điều trị phẫu thuật tại

Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2023. Mẫu nghiên cứu thu được n= 38 BN.

Các chỉ số, biến số nghiên cứu: Dựa theo bảng khám, đánh giá các chỉ số- biến số đã xây dựng.

Cách đánh giá chỉ số, biến số nghiên cứu: Qua thăm khám lâm sàng, phim CT-Scanner hàm mặt khi vào viện, sau phẫu thuật, tái khám.

Kỹ thuật thu thập số liệu: Trực tiếp thăm khám BN, phẫu thuật, điều trị. Tái khám định kỳ theo hẹn.

Xử lý số liệu: Số liệu thu nhận được xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 20.0. So sánh các tỉ lệ với phương pháp kiểm χ^2 và khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p<0,05$. Kết quả nghiên cứu sẽ được trình bày dưới dạng bảng biểu trong Word.

Đạo đức nghiên cứu: Các BN trong nghiên cứu đều tự nguyện và được đảm bảo bí mật về hình ảnh trước và sau mổ, chỉ dùng với mục đích nghiên cứu. Những trường hợp sử dụng hình ảnh trong các báo cáo khoa học đều được sự đồng ý của BN.

Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho BN, không nhằm mục đích nào khác.

Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng đạo đức của Bệnh viện.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Điều trị gãy liên tầng mặt

Bảng 1: Trình tự điều trị (n = 38)

Trình tự điều trị	n (%)	Phân loại gãy PAN n (%)			
		FUL	ULM	FULM	FUM
Từ trên xuống dưới	7 (18,4)	6 (75,0)	1(5,0)	0	0
Từ dưới lên trên	31 (81,6)	2 (25,0)	19 (95,0)	8 (100,0)	2 (100,0)
Tổng	38 (100,0)	8 (100,0)	20 (100,0)	8 (100,0)	2 (100,0)

Kết quả Bảng 1 cho thấy: Trình tự điều trị “Từ dưới lên trên” được áp dụng với đa số BN gãy liên tầng (81,6%). Tất cả các BN gãy 3 tầng mặt đều áp dụng trình tự điều trị này. 18,4% số BN gãy liên tầng được áp dụng chiến thuật “Từ trên xuống dưới”.

Số đường mỡ trung bình

Bảng 2. Số đường mỡ ở các nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n = 38)

Số đường mỡ	n (%)	Phân loại gãy PAN n (%)			
		FUL	ULM	FULM	FUM
1 - 2 đường mỡ	0	0	0	0	0
3 - 5 đường mỡ	21 (55,3)	5 (62,5)	12 (60,0)	3 (37,5)	1 (50,0)
> 5 đường mỡ	17 (44,7)	3 (37,5)	8 (40,0)	5 (62,5)	1 (50,0)
Tổng	38 (100,0)	8 (100,0)	20(100,0)	8(100,0)	2(100,0)
$\bar{X} \pm SD$ (Thấp nhất - cao nhất)		5,46 ± 2,45 (3- 11)			

Kết quả Bảng 2 cho thấy: Số BN cần dùng 3-5 đường mỡ chiếm tỷ lệ cao nhất (55,3%). Số BN cần dùng trên 5 đường mỡ chiếm tỷ lệ cao (44,7%).

Kết quả điều trị

Bảng 3. Kết quả điều trị chung của bệnh nhân (n = 48)

Kết quả điều trị		Kiểu gãy liên tầng n (%)				n (%)
		FUL	ULM	FULM	FUM	
Ngày sau ra viện	Tốt	5 (62,5)	17 (85,0)	5 (62,5)	2 (100,0)	29 (76,3)
	Khá	3 (37,5)	3 (15,0)	3 (37,5)	0	9 (23,7)
(Kết quả gần)	Trung bình	0	0	0	0	0
	Kém	0	0	0	0	0
Tổng		8 (100,0)	20(100,0)	8(100,0)	2(100,0)	38 (100,0)
6 tháng sau Phẫu thuật	Tốt	7 (87,5)	19(95,0)	7 (87,5)	2 (100,0)	35 (92,1)
	Khá	1 (12,5)	1 (5,0)	1 (12,5)	0	3 (7,9)
(Kết quả xa)	Trung bình	0	0	0	0	0
	Kém	0	0	0	0	0
Tổng		8 (100,0)	20(100,0)	8(100,0)	2(100,0)	38 100,0)

Kết quả Bảng 3 cho thấy: Kết quả điều trị đạt tốt có sự cải thiện rõ rệt. Ngay khi ra viện tỷ lệ tốt là 76,3%, sau 6 tháng tỷ lệ này là 92,1%. 6 tháng sau phẫu thuật không có BN nào có kết quả điều trị trung bình và kém.

Các yếu tố liên quan

Bảng 4. Liên quan giữa kết quả điều trị chung khi ra viện với phương pháp điều trị (n = 38)

		Kết quả điều trị				Tổng
		Tốt	Khá	Trung bình	Kém	
Phương pháp điều trị	Từ trên xuống dưới	5 (71,4)	2 (28,6)	0	0	7 (100)
	Từ dưới lên trên	23 (74,2)	8(25,8)	0	0	31 (100)

Kết quả Bảng 4 cho thấy: Tỷ lệ BN có kết quả điều trị tốt khi ra viện với phương pháp “Từ trên xuống dưới ” là 71,4%, với phương pháp “Từ dưới lên trên” là 74,2%. Tỷ lệ BN có kết quả điều trị khá khi ra viện với phương pháp “Từ trên xuống dưới ” là 28,6%, với phương pháp “Từ dưới lên trên” là 25,8%.

Bảng 5. Liên quan giữa kết quả điều trị chung sau 6 tháng với phương pháp điều trị (n = 38)

		Kết quả điều trị				Tổng
		Tốt	Khá	Trung bình	Kém	
Phương pháp điều trị	Từ trên xuống dưới	6 (85,7)	1 (14,3)	0	0	7 (100)
	Từ dưới lên trên	29 (93,5)	2(6,5)	0	0	31 (100)

Kết quả Bảng 5 cho thấy: Tỷ lệ BN có kết quả điều trị tốt sau phẫu thuật 6 tháng với phương pháp “Từ trên xuống dưới” là 85,7%, với phương pháp “Từ dưới lên trên” là 93,5%. Tỷ lệ BN có kết quả điều trị khá sau phẫu thuật 6 tháng với phương pháp “Từ trên xuống dưới” là 14,3%, với phương pháp “Từ dưới lên trên” là 6,5%. Không có BN nào có kết quả điều trị trung bình hoặc kém ở cả hai phương pháp điều trị.

Bảng 6. Liên quan giữa phương pháp cố định hàm với kết quả điều trị (n = 38)

		Kết quả điều trị			
		Tốt	Khá	Trung bình	Kém
Phương pháp điều trị	Cung Tiguersted n (%)	19 (90,5)	2 (9,5)	0	0
	Ivy n (%)	10 (90,9)	1 (9,1)	0	0
	Vít neo n (%)	6 (100)	0	0	0

Kết quả Bảng 6 cho thấy: 90,5% số BN cố định liên hàm bằng cung Tiguersted đạt kết quả điều trị tốt, 9,5% đạt kết quả khá. 90,9% số BN cố định liên hàm bằng nút Ivy đạt kết quả điều trị tốt, 9,1% đạt kết quả khá. Tất cả 6 trường hợp cố định liên hàm bằng vít neo đều đạt kết quả điều trị tốt.

BÀN LUẬN

Điều trị gãy liên tầng mặt

Trình tự điều trị

Qua kinh nghiệm lâm sàng điều trị BN chấn thương gãy liên tầng mặt, chúng tôi sử dụng chiến thuật “ Khớp cắn đúng- khối vững chắc” trong quá trình xử trí BN gãy liên tầng. Tất cả BN gãy liên tầng của chúng tôi đều được xác định, lấy lại khớp cắn đúng. Sau đó chúng tôi xác định phần xương còn cấu trúc giải phẫu vững chắc nhất trong các xương chính vùng mặt (Khối vững chắc), dựa vào xương đó để nắn chỉnh cố định các xương gãy khác theo trình tự “Từ trên xuống dưới” hoặc “Từ dưới lên trên”.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 81,6% BN được điều trị theo phương pháp “Từ dưới lên trên”, trong đó 100% số BN gãy cả ba tầng mặt (FULM, FUM) được điều trị theo phương pháp này. Với những BN này, XHD được dùng làm nền tảng để nắn chỉnh các xương khác của khối xương mặt. XHD được tái lập lại một cách chắc chắn, xác định khớp cắn đúng qua việc cố định 2 hàm, rồi tái lập lại XHT thông qua khớp cắn đúng. Palmieri cho rằng với trường hợp XHD có gãy, cần chú ý can thiệp XHD trước, lấy cái đó là nền tảng giúp tái lập lại khớp cắn đúng. Ông cũng cho rằng chiến thuật điều trị gãy liên tầng thường là “Từ dưới lên trên

(từ XHD) và từ trong ra ngoài (sửa các cấu trúc sâu bên trong trước, rồi đến cấu trúc bên ngoài)”¹. M.Capelari nhận thấy trong trường hợp gãy liên tầng có gãy XHT- XHD thì nên bắt đầu điều trị bằng việc phục hồi khớp cắn đúng, nắn chỉnh kết xương XHD trước tiên³. Như vậy các BN gãy liên tầng mặt có gãy XHD của chúng tôi đều được can thiệp theo trình tự “Từ dưới lên trên”, phù hợp với quan điểm của các tác giả nước ngoài. Tác giả Lee DK chỉ ra có 76,7% số BN gãy liên tầng trong nghiên cứu của mình có quy trình điều trị bắt đầu từ XHD⁴. Tác giả Abouchadi cho biết tất cả 48 BN gãy liên tầng trong nghiên cứu của mình được phẫu thuật theo trình tự “Từ dưới lên trên”⁵. Tuy nhiên theo Yang và cộng sự cho rằng phương pháp điều trị này cho kết quả tốt, nhưng nó không tốt với mọi trường hợp⁶.

Bảng 1 cũng cho thấy 18,4% số BN gãy liên tầng mặt được điều trị theo trình tự “Từ trên xuống dưới” do khối vững chắc ở tầng mặt trên và tầng mặt giữa. Các BN này đa số có kiểu gãy FUL (Gãy tầng mặt trên- giữa trên- giữa dưới). Kỹ thuật “Từ trên xuống dưới” này bắt đầu từ xương sọ và tầng mặt trên, sau đó mới di chuyển xuống dưới. Patowary và cộng sự cho rằng nếu chỉ gãy tầng mặt trên và tầng mặt giữa thì phương pháp phẫu thuật “Từ trên xuống dưới, từ ngoài vào trong” có giá trị và nên được sử dụng⁶.

Có một số tác giả đã tiến hành so sánh hai phương pháp điều trị “Từ trên xuống dưới- từ ngoài vào trong” và “Từ dưới lên trên- từ trong ra ngoài” với các tiêu chí như: hình dáng khuôn mặt, tình trạng khớp cắn, chức năng khớp thái dương hàm, độ mở miệng, chỉ định can thiệp thì hai không? Và nhận thấy hai phương pháp trên thu được kết quả lâm sàng tương tự nhau⁸. Các tác giả cũng thống nhất rằng không có một phương pháp điều trị nào tốt với mọi trường hợp vì gãy liên tầng mặt có nhiều mô hình gãy khác nhau. Việc áp dụng phương pháp nào phụ thuộc kinh nghiệm, kiến thức, trình độ và thói quen của mỗi phẫu thuật viên.

Số đường mổ trung bình

Gãy liên tầng mặt là dạng gãy phức tạp, gãy nhiều xương, nhiều vị trí. Do đó cần dùng nhiều đường mổ để can thiệp các vùng xương gãy. Chúng tôi thấy 55,3% số BN cần dùng từ 3- 5 đường mổ và 44,7% số BN cần dùng đến hơn 5 đường mổ khi điều trị phẫu thuật. Chúng tôi cho rằng điều này là hợp lý vì trong gãy

liên tầng ngoài tổn thương mô mềm thì số xương gãy là nhiều và số đường gãy xương cũng lớn. Muốn việc điều trị đạt kết quả tốt, chúng ta cần sử dụng nhiều đường rạch để tiếp cận, bộc lộ và nắn chỉnh các xương gãy về đúng vị trí giải phẫu. Việc điều trị gãy liên tầng nói chung cần dùng đến nhiều đường mổ để can thiệp vào các vùng xương gãy khác nhau.

Kết quả điều trị

Kết quả điều trị chung

Dựa vào các tiêu chí: Tình trạng khớp cắn, vận động hàm dưới, hình dáng khuôn mặt, sẹo mổ, tổn thương thần kinh VII, chức năng hô hấp và X-quang sau mổ, chúng tôi tiến hành xây dựng bảng đánh giá kết quả điều trị chung sau phẫu thuật với 4 mức độ tốt, khá, trung bình và kém. Kết quả thu được ngay khi ra viện thấy tỷ lệ BN đạt kết quả tốt là 76,3%, khá là 23,7%. Chúng tôi nhận thấy ngay sau phẫu thuật các chức năng như hô hấp, khớp cắn có thể chưa hoàn toàn trở về ổn định như trước chấn thương. Đây cũng là thời gian mô mềm bắt đầu hình thành sẹo, có thể có biến dạng cục bộ tại các vết thương... Các yếu tố trên đã góp phần làm cho kết quả điều trị khá chiếm tỷ lệ tới 23,7%. Sau phẫu thuật 6 tháng, các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị nêu trên đã cơ bản ổn định. Kết quả điều trị chung đã có sự cải thiện hơn với 92,1% số BN có kết quả tốt, khá là 7,9% và không có BN nào có kết quả điều trị trung bình và kém. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ BN có kết quả điều trị khá thường gặp ở các BN gãy liên tầng mặt phức tạp, nhất là các BN có gãy phức tạp TMG với nhiều đường gãy- gãy nát vụn... làm cho việc sửa chữa gặp nhiều khó khăn, dẫn đến kết quả điều trị một số chức năng chưa đạt như mong muốn.

Các yếu tố liên quan

Trong nghiên cứu này, sau khi xác định khớp cắn đúng cho BN, xác định “Khối vững chắc”, chúng tôi áp dụng hai trình tự điều trị BN gãy liên tầng mặt đó là “Từ trên xuống dưới” và “Từ dưới lên trên”. Bảng 4 và Bảng 5 cho thấy mối liên quan giữa kết quả điều trị chung khi ra viện và sau 6 tháng phẫu thuật với phương pháp điều trị. Qua đó chúng tôi nhận thấy tại cả hai thời điểm đánh giá kết quả điều trị gãy liên tầng mặt, tỷ lệ BN được điều trị theo trình

tự “Từ dưới lên trên” đều có kết quả tốt cao hơn và kết quả khá thấp hơn so với số BN được điều trị theo trình tự “Từ trên xuống dưới”. Chúng tôi cho rằng việc điều trị các BN gãy liên tầng mặt đều nên bắt đầu bằng việc xác định khớp cắn trung tâm đúng, coi đó là một mốc quan trọng, là nền tảng để điều trị. Tiếp đến là xác định khối xương vững chắc nhất còn nguyên vẹn, để dựa vào đó làm mốc để tiếp tục NCKX các xương khác, từ đó mới xác định trình tự điều trị tiếp theo là “Từ trên xuống dưới” hay “Từ dưới lên trên”. Tất nhiên không có trình tự nào mang lại kết quả tối ưu cho tất cả mọi trường hợp. Với trường hợp gãy vụn nghiêm trọng XHD hoặc trường hợp gãy khuyết hồng lớn thì việc bắt đầu nắn chỉnh xương theo thứ tự từ trên xuống dưới sẽ hợp lý hơn. Rongtao Jang trong nghiên cứu của mình đã chứng minh tính hợp lý khi lựa chọn nắn chỉnh XHD đầu tiên làm nền tảng để từ đó nắn chỉnh xương TMG và TMT theo thứ tự nắn chỉnh “Từ dưới lên trên” trong điều trị gãy liên tầng mặt. Ông cũng đưa ra nhận định hầu hết các trường hợp gãy liên tầng được điều trị theo trình tự “Từ dưới lên trên” đều đạt được yêu cầu và một tỷ lệ nhỏ các trường hợp gãy liên tầng mặt vẫn khó điều trị⁶.

Trong 38 BN gãy liên tầng có 11 BN (28,9%) được cố định 2 hàm bằng nút Ivy. Đây đều là các trường hợp gãy không quá phức tạp, khớp cắn sau chấn thương không di lệch nhiều. Do đó kết quả tốt đạt được sau phẫu thuật 6 tháng là 90,9% (Bảng 6).

Có 21 BN (55,3%) sau chấn thương có khớp cắn di lệch nhiều, chúng tôi dùng cung Tigersted để cố định hàm những BN này. Đây đều là những BN gãy phức tạp, trong quá trình phẫu thuật tuy đã lấy lại khớp cắn đúng cho BN và duy trì cố định hàm trong thời gian hậu phẫu, có thể vì nhiều lý do khác nhau như do nắn chỉnh cố định xương gãy chưa chính xác, do sự co kéo của các cơ vùng mặt... nên 6 tháng sau phẫu thuật khám lại vẫn có 02 trường hợp (9,5%) có khớp cắn bị sai lệch nhiều.

Trong nghiên cứu lâm sàng này, có 06 trường hợp BN gãy liên tầng có gãy nhiều răng hàm dưới. Những trường hợp này không thể áp dụng các phương pháp cổ điển như dùng cung Tigersted hay nút Ivy để cố định liên hàm. Chúng tôi đã sử dụng vít xuyên vào xương hàm trên và dưới, từ đó dùng chun để cố định liên hàm. Kết quả 100% các trường hợp trên đều có kết quả điều trị chung

tốt (Bảng 6), không có trường hợp nào bị lỏng vít, tuột vít. Do nhược điểm giá thành cao nên trong nghiên cứu này chúng tôi chưa sử dụng với nhiều BN. Tuy nhiên chúng tôi thấy rằng phương pháp này đem lại nhiều thuận lợi cho cả bác sĩ phẫu thuật lẫn BN và cần áp dụng rộng rãi hơn, đặc biệt với các trường hợp chấn thương gây nhiều răng hàm trên và dưới thì đây là phương pháp không thể thay thế.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 81,6% bệnh nhân được điều trị theo phương pháp “Từ dưới lên trên”, 18,4% số bệnh nhân gãy liên tầng mặt được điều trị theo trình tự “Từ trên xuống dưới”, 92,1% bệnh nhân có kết quả điều trị đạt tốt sau 6 tháng phẫu thuật.

Phục hồi khớp cắn trung tâm đúng cho bệnh nhân là bước đầu tiên, điều kiện tiên quyết trong điều trị gãy liên tầng mặt.

Trình tự điều trị “Khớp cắn đúng- khối vững chắc” trong điều trị chấn thương gãy liên tầng mặt có hiệu quả trong khôi phục toàn bộ khuôn mặt của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Celso F. Palmieri and Andrew T. Meram, "Panfacial and Naso-Orbito-Ethmoid (NOE) Fractures", *Atlas of Operative Oral and Maxillofacial Surgery*, John Wiley & Sons, Inc, pp. 185-194 (2015).
2. William C., Bruce B. H.,. "Panfacial fractures: An approach to management", *Oral Maxillofac Surg Clin North Am* **25(4)**, 649-60 (2013).
3. Marcos Mauricio Capelari; et al, . "Principles and treatment of panfactials fractures - Literature review and surgical clinic case report", *Rev. Odontologia (ATO), Bauru, SP* **13**, pp. 689-771 (2013).
4. DK Lee. "A Clinical Study of Panfacial Fractures", *J Korean Assoc Maxillofac Plast Reconstr Surg*, pp. 45-51 (1998).
5. Abdeljalil Abouchadi, et al. "Pan-Facial Fractures: A Retrospective Study and Review of Literature", *Open Journal of Stomatology* **08(04)**, pp. 110-119 (2018).

6. R. Yang, et al. "Why should we start from mandibular fractures in the treatment of panfacial fractures?", *J Oral Maxillofac Surg* **70(6)**, pp. 1386-92 (2012).
7. Padmasree B Patowary, et al "Trends in The Sequential Approaches For Management Of Panfacial Fracture: A Systematic Review", *Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences* **9(3)**, pp. 277-287 . (2018).
8. S. Degala, Sundar, S. S. and Mamata, K. S. "A Comparative Prospective Study of Two Different Treatment Sequences i.e. Bottom Up-Inside Out and Topdown-Outside in, in the Treatment of Panfacial Fractures", *J Maxillofac Oral Surg* **14(4)**, pp. 986-94 (2015).