

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG TẦNG GIỮA MẶT VỀ PHƯƠNG DIỆN KHỚP CÁN

HOÀNG NGỌC LAN - Khoa RHM BV Bạch Mai
MAI ĐÌNH HƯNG - Bộ môn RHM trường ĐHY Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng khớp cắn trước và sau điều trị bệnh nhân gãy xương tầng giữa mặt.

Đối tượng và phương pháp: Sử dụng phương pháp nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng có so sánh trước sau. Đối tượng nghiên cứu gồm 45 bệnh nhân được chẩn đoán là gãy xương đơn thuần hoặc gãy xương phức hợp ở tầng giữa mặt. Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Việt Nam - Cu Ba Hà Nội. Các bệnh nhân này được khám khớp cắn trước và sau điều trị từ 3-6 tháng.

Kết quả: 100% các bệnh nhân đều có tình trạng khớp cắn tốt và khá sau khi được điều trị.

Từ khóa: khớp cắn, gãy xương tầng giữa mặt

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây ở nước ta đời sống ngày càng nâng cao, các phương tiện giao thông như ô tô, xe máy phân khối lớn ngày càng nhiều, trong khi cơ sở hạ tầng về đường xá lại phát triển không tương xứng, ý thức chấp hành luật lệ giao thông của một số người điều khiển phương tiện còn thấp đã là những nguyên nhân chủ yếu gây nên chấn thương hàm mặt, trong đó có gãy xương TGM ngày càng nhiều [4]. Sai khớp cắn là một trong các triệu chứng lâm sàng quan trọng nhất để chẩn đoán gãy xương hàm và TGM. Đồng thời phục hồi khớp cắn sinh lý cũng là mục tiêu quan trọng nhất về chức năng trong điều trị loại chấn thương này. Đã có nhiều công trình nghiên cứu về điều trị gãy xương hàm trên và TGM. Tuy nhiên, vấn đề khớp cắn chưa được chú ý đúng mức, có thể vấn đề này trong nghiên cứu và đánh giá kết quả điều trị có khó khăn, phức tạp. Vì vậy, để góp phần đi sâu vào khía cạnh này chúng tôi chọn đề tài: “**Đánh giá kết quả điều trị chấn thương tầng giữa mặt về phương diện khớp cắn**” với mục tiêu:

Đánh giá tình trạng khớp cắn trước và sau điều trị chấn thương tầng giữa mặt.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu gồm 45 bệnh nhân được chẩn đoán là gãy xương đơn thuần hoặc gãy xương phức hợp ở TGM. Số liệu thu thập từ tháng 01 năm 2006 đến tháng 08 năm 2006. Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Việt Nam - Cu Ba, Hà Nội.

2. Phương pháp nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng có so sánh trước sau.

- Bước 1: Khám, đánh giá khớp cắn trước can thiệp (điều trị)

- Bước 2: Tiến hành điều trị (phẫu thuật)

- Bước 3: Khám đánh giá khớp cắn khi ra viện

- Bước 4: Hẹn tái khám và kiểm tra khớp cắn sau 3 tháng
- Bước 5: Khám đánh giá khớp cắn sau 6 tháng
- Bước 6: Lập trình, vào máy và xử lý số liệu.

Đánh giá kết quả

Khi ra viện: Khớp cắn đúng, cắn chạm tối đa 3 vùng.

Đánh giá khớp cắn sau khi mổ 6 tuần: về độ mở miệng, ngậm miệng chạm răng 3 vùng.

Đánh giá kết quả điều trị khớp cắn sau 3-6 tháng và đánh giá chung về giải phẫu, chức năng khớp cắn (độ mở miệng, cắn chạm trên lâm sàng và trên mẫu), thẩm mỹ theo 3 mức độ tốt, khá, kém qua bảng sau: [1], [3], [5], [2].

Bảng chỉ tiêu đánh giá kết quả điều trị

	<i>Giải phẫu</i>	<i>Chức năng khớp cắn</i>	<i>Thẩm mỹ</i>
Tốt	Không biến dạng mặt Xương liền tốt, không di lệch Khớp cắn đúng	ăn nhai, nuốt, nói bình thường Há ngậm miệng bt, há miệng > 3cm Cắn TT các răng chạm từ 80-100%. Cắn Cắn TT chạm tất cả các răng (80-100%)	Mặt không biến dạng Seo vết mổ đẹp, đúng cách xa 5m không nhìn thấy seo.
Khá	Xương liền tốt Biến dạng và di lệch ít ≤ 5 mm Khớp cắn đúng	ăn nhai bình thường Há miệng 2-3cm Cắn TT các răng chạm từ 51-79 %.	Mặt biến dạng ít Vết seo mổ có thể phải sửa lại, đúng cách xa 5m nhìn thấy seo.
Kém	Xương biến dạng Di lệch > 5 mm Khớp cắn sai	ăn nhai khó Há miệng < 2 cm Cắn TT các răng chạm ≤ 50 %.	Mặt biến dạng Đúng > 5m vẫn nhìn thấy seo Cần phải phẫu thuật lại.

Tất cả các số liệu thu được trên từng bệnh nhân được tập hợp và xử lý trên máy vi tính với phần mềm Epi-Info 6.04.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm khớp cắn trước mổ

- Trong nghiên cứu này, số bệnh nhân bị gãy xương TGM có mức độ há miệng hạn chế trước điều trị ở mức độ kém có tỷ lệ cao nhất (84,4%), ngược lại không có bệnh nhân nào há miệng được ở mức độ tốt >3cm (0%). Điều này chứng tỏ những tổn thương xương TGM gây hậu quả nặng nề đến mức độ há miệng.

Bảng 1. Phân loại số điểm chạm trên mẫu trước ĐT theo chẩn đoán

Mức độ ngậm miệng	Tốt (80-100%)	Khá (51-79%)	Kém ($\leq 50\%$)	Tổng số
Gãy XHT đơn thuần	0 0,0 %	3 27,3 %	8 72,7 %	11 100 %
Gãy xương gò má - cung tiếp	19 100 %	0 0,0 %	0 0,0 %	19 100 %
Gãy XHT + xương GMCT	0 0,0 %	4 57,1 %	3 42,9 %	7 100 %
Gãy TGM + gãy XHD	0 0,0 %	1 12,5 %	7 87,5 %	8 100 %
Tổng số	19 42,2 %	8 17,8 %	18 40,0 %	45 100 %

Nhận xét: Số bệnh nhân cắn chặm tốt chiếm tỷ lệ cao nhất (42,2%). Chiếm tỷ lệ thấp nhất (17,8%) là số bệnh nhân có số điểm chặm khá (có từ 51-79% điểm chặm).

đặc điểm khớp cắn sau mổ

Bảng 2. Phân loại mức độ ngậm miệng khi ra viện

Mức độ ngậm miệng	Chạm răng 3 vùng	Chạm răng 2 vùng	Hở hoàn toàn	Tổng số
Gãy XHT đơn thuần	11 100 %	0 0,0 %	0 0,0 %	11 100 %
Gãy xương gò má - cung tiếp	19 100 %	0 0,0 %	0 0,0 %	19 100 %
Gãy XHT + gãy GMCT	7 100 %	0 0,0 %	0 0,0 %	7 100 %
Gãy TGM + gãy XHD	8 100 %	0 0,0 %	0 0,0 %	8 100 %
Tổng số	45 100 %	0 0,0 %	0 0,0 %	45 100 %

Nhận xét: 100% bệnh nhân đều có cắn chặm 3 vùng khi ra viện, không có bệnh nhân nào cắn chặm răng hai vùng và cắn hở hoàn toàn.

Sau 6 tuần chúng tôi khám lại được 37 bệnh nhân. Mức độ há miệng tốt chiếm tỷ lệ cao nhất (43,2%), thấp nhất là mức độ há miệng kém chiếm 21,6%. Khi đánh giá tình trạng khớp cắn trên lâm sàng sau 6 tuần điều trị, chúng tôi thấy tỷ lệ bệnh nhân cắn chặm 3 vùng chiếm tỷ lệ cao nhất (97,3%) và không có bệnh nhân nào cắn hở hoàn toàn.

- Sau điều trị 3-6 tháng chúng tôi khám lại được 29 bệnh nhân. Nhận thấy số bệnh nhân há miệng được ở mức độ tốt chiếm tỷ lệ cao nhất (86,2%) và không có bệnh nhân nào há miệng ở mức độ kém (0,0%).

Bảng 3. Kết quả điều trị chung sau 3-6 tháng

Kết quả điều trị	Tốt	Khá	Kém	Tổng số
Gãy XHT đơn thuần	8 100 %	0 0,0 %	0 0,0 %	8 100 %
Gãy xương gò má - cung tiếp	10 100 %	0 0,0 %	0 0,0 %	10 100 %
Gãy XHT + xương GMCT	4 80,0 %	1 20,0 %	0 0,0 %	5 100 %
Gãy TGM + gãy XHD	6 100 %	0 0,0 %	0 0,0 %	6 100 %
Tổng số	28 96,6 %	1 3,4 %	0 0,0 %	29 100 %

Nhận xét: 100% số bệnh nhân có kết quả tốt, khá.

BÀN LUẬN

Qua kết quả thăm khám bằng thước đo từng bệnh

nhân khi nhập viện, chúng tôi nhận thấy số bệnh nhân há miệng được ở mức độ kém chiếm tỷ lệ cao nhất (84,4 %), đặc biệt không có bệnh nhân nào có thể há miệng được ở mức độ tốt (>3cm). Kết quả này phù hợp với thực tế vì trong nghiên cứu này, tỷ lệ những bệnh nhân bị gãy xương gò má - cung tiếp cao nhất (42,2%), bị gãy xương hàm trên kết hợp với xương gò má - cung tiếp cũng chiếm tới 15,6%. Mà khi có chấn thương ở những xương này thì khi mở miệng, móm vệt sẽ chạm vào xương gò má bị xẹp xuống trong quá trình mở miệng, gây nên hạn chế há miệng cho bệnh nhân. Một số bệnh nhân khác lại bị tổn thương phối hợp với cả XHD nên khi mở miệng càng hạn chế.

Sau khi cho chụp mẫu hai hàm với Silicon rồi đưa lên giá khớp của 45 bệnh nhân, sau đó đánh giá số điểm chặm trên mẫu theo 3 mức độ: tốt, khá, kém. Qui định các răng trên chặm răng dưới thẳng hàng. Thu được những kết quả như sau: Trong tổng số 45 mẫu thì số mẫu có số điểm chặm đánh giá ở mức độ tốt chiếm tỷ lệ cao nhất (42,2%), thấp nhất là mức độ khá (17,8%). Số mẫu được đánh giá là có điểm chặm tốt hầu hết là của những bệnh nhân trong nhóm bị gãy xương gò má cung tiếp. Còn lại những mẫu của nhóm bệnh nhân bị gãy XHT đơn thuần hay phối hợp đều có tỷ lệ đánh giá ở mức độ kém là cao nhất. Trong 11 mẫu được chẩn đoán là gãy XHT đơn thuần: Tỷ lệ bệnh nhân cắn chặm kém chiếm tỷ lệ cao nhất là 72,2%, không có bệnh nhân nào cắn chặm được ở mức độ tốt. Trong 7 mẫu được chẩn đoán là gãy phối hợp XHT với xương GMCT: kém 42,9%, khá 57,1%, không có bệnh nhân nào cắn chặm tốt. Trong 8 mẫu gãy TGM phối hợp với XHD: Chiếm tỷ lệ cao nhất cũng là số bệnh nhân cắn chặm kém (87,5%) và cũng không có bệnh nhân nào cắn chặm được ở mức độ tốt. Qua kết quả trên chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt giữa việc đánh giá số điểm chặm trên mẫu với đánh giá số điểm chặm trên lâm sàng theo 3 vùng. Đối với gãy xương GMCT thì những di lệch chỉ ảnh hưởng đến chức năng há miệng và thẩm mỹ, mà không ảnh hưởng đến khớp cắn. Do đó việc điều trị nắn chỉnh nên nhằm vào mục tiêu phục hồi vị trí giải phẫu là chính. Đối với các loại gãy xương TGM khác thì trước hết là đều ảnh hưởng đến khớp cắn. Do vậy, khi điều trị nắn chỉnh phải nhằm vào mục tiêu điều trị khớp cắn là trên hết, sau đó mới đến các mục tiêu sau.

Đặc điểm khớp cắn sau điều trị

Khi ra viện, trên phương diện khớp cắn chúng tôi chỉ đánh giá số điểm chặm răng trên lâm sàng ở tư thế cắn trung tâm. Vì hầu hết các bệnh nhân khi ra viện đều trong tình trạng cố định hai hàm bằng cung thép. Kết quả là có 100% bệnh nhân cắn chặm cả 3 vùng, không có bệnh nhân nào cắn hở 1 vùng hoặc hai vùng khi ra viện.

- Có 37 bệnh nhân tái khám sau 6 tuần điều trị.

Mức độ há miệng: Tỷ lệ há miệng tốt chỉ chiếm 43,2%; khá 35,1%. kém chiếm 21,6%. Qua kết quả trên chúng tôi thấy tỷ lệ bệnh nhân có kết quả tốt

chiếm tỷ lệ không cao. Về nguyên nhân gây nên hạn chế há miệng có hai giả định: một là do chúng tôi nắn chỉnh không tốt, hai là do việc cố định hàm trong một thời gian dài. Theo sự đánh giá của chúng tôi thì những bệnh nhân há miệng chưa tốt là do nguyên nhân thứ hai. Đây là một giai đoạn quan trọng đòi hỏi phải có sự phối hợp tốt giữa thầy thuốc và người bệnh, thầy thuốc phải hướng dẫn bệnh nhân cách luyện tập để có thể mở miệng to dần, người bệnh phải chịu khó và kiên trì, từ đó mới mong muốn được một khớp cắn hồi phục.

Sự chạm răng trên lâm sàng: Có sự khác biệt với mức độ há miệng, theo kết quả của nghiên cứu cho thấy: Các răng chạm nhau 3 vùng có tỷ lệ chiếm ưu thế tuyệt đối (97,3%), chỉ có một trường hợp chạm răng hai vùng do trong quá trình cố định hai hàm bệnh nhân tự ý điều chỉnh chun. Không có bệnh nhân nào cắn hở hoàn toàn.

- Có 29 bệnh nhân tái khám sau khi điều trị từ 3-6 tháng. Chúng tôi tiến hành khám và đánh giá lại khớp cắn về:

Mức độ há miệng: Há miệng tốt chiếm 86,2%; Có 4 bệnh nhân được đánh giá ở mức độ khá chiếm tỷ lệ 13,8%, trong đó có 2 bệnh nhân thuộc nhóm gãy phối hợp TGM với XHD. Đây là một tổn thương nặng cho khối xương của vùng hàm mặt nên đòi hỏi phải có thời gian luyện tập tốt hơn nữa để hồi phục khớp cắn. Nếu so sánh với mức độ há miệng sau khi điều trị được 6 tuần chúng tôi thấy có sự tiến triển tốt rõ rệt đối với từng thể loại gãy, trong đó sự khác biệt nhất là gãy XHT phối hợp với gãy xương GMCT há miệng tốt sau 6 tuần đạt tỷ lệ là 66,7%, đến sau 3-6 tháng điều trị tỷ lệ này tăng lên là 100%.

Mức độ chạm răng trên lâm sàng: Chạm răng 3 vùng chiếm tỷ lệ cao nhất 96,6%, khi đánh giá độ

chạm răng trên mẫu với Silicon thì kết quả không có sự khác biệt so với kết quả trên lâm sàng.

KẾT LUẬN

Khi ra viện 100% bệnh nhân bị gãy xương TGM sau điều trị cắn chạm được 3 vùng. Đánh giá kết quả chung trên cả 3 mặt giải phẫu, chức năng khớp cắn, thẩm mỹ sau điều trị 3-6 tháng thì 100% bệnh nhân có kết quả tốt và khá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàn Đức (1979). "Chấn thương vùng hàm mặt". *Răng hàm mặt, Tập 2*. Nxb Y học Hà Nội, 239-285.
2. Mai Đình Hưng (1999), " Khớp cắn học". *Bài giảng cho học viên lớp Cao học*. Bộ môn RHM trường Đại học y Hà Nội, 1-50.
3. Nguyễn Bắc Hùng (2000). "Chấn thương hàm mặt". *Bài giảng phẫu thuật tạo hình*. Bộ môn Phẫu thuật tạo hình, trường Đại học Y Hà Nội, 211-216.
4. Trần Văn Trường, Trương Mạnh Dũng (1999). "Tình hình chấn thương hàm mặt tại Bệnh viện Răng hàm mặt Hà Nội trong 11 năm 1988-1998 trên 2149 trường hợp". *Tạp chí Y học Việt nam số 10-11/1999*, 71-80.
5. Trần Văn Trường (1999). "Phẫu thuật gãy xương hàm trên". *Hướng dẫn qui trình kỹ thuật bệnh viện, tập 1*, Nxb Y học, 216 – 218.
6. Dương Đình Thiện (1998). "Nghiên cứu ngang". *Phương pháp nghiên cứu khoa học y học*. Nxb học Hà Nội, 99 – 113.
7. James H. Hendrix, JR. (1969), *facial fractures in children, plastic and maxillo – facial trauma symposium*, the C.v Mosby company Saint louis, pp. 183-190.
8. Gillies, H., and Millard, R. (1967). *The principles and Art of plastic Surgery*, London, Butter Worth.