

## KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CT-SCAN Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG CÓ GÂY XƯƠNG VÙNG HÀM MẶT

Nguyễn Đức Long<sup>1</sup>, Trần Phan Chung Thủy<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Thống Nhất

<sup>2</sup>Bộ môn Tai Mũi Họng - Khoa Y ĐHQG-HCM

<https://doi.org/10.60137/tmhvn.v69i63.86>

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Chấn thương vùng hàm mặt là chấn thương thường gặp đứng hàng thứ 2 ở vùng đầu mặt cổ với tỷ lệ ngày càng gia tăng. Chụp cắt lớp vi tính là dữ liệu quan trọng nhất để chẩn đoán và điều trị đúng đắn đảm bảo giải quyết thỏa đáng vấn đề phục hồi chức năng và thẩm mỹ.

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm các triệu chứng trên lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ở những trường hợp chấn thương có gãy xương vùng hàm mặt.

**Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 39 bệnh nhân chấn thương vùng hàm mặt có gãy xương, đã điều trị ổn tình trạng cấp cứu, loại trừ tổn thương nội sọ, nội nhãn, đa chấn thương, chấn thương ngực- bụng- chỉ điều trị tại Bệnh Viện Thống Nhất thành phố Hồ Chí Minh trong khoảng thời gian từ tháng 10/2020 đến tháng 6/2021.

**Kết quả:** Nguyên nhân chấn thương do TNGT chiếm tỉ lệ cao nhất 66,7%. Đau mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao nhất tới 61,5% vì vậy cần chú ý giảm đau trong quá trình điều trị. Tỷ lệ gãy xương kèm theo vết thương phần mềm khá cao 76,9%, triệu chứng xuất huyết kết mạc chiếm tỷ lệ 69,2%, triệu chứng sưng nề, bầm tím mi mắt chiếm tỷ lệ 79,5%, tê bì vùng chấn thương chiếm tỷ lệ 79,5%, triệu chứng lõm sụp gò má chiếm tỷ lệ 69,23%. Đặc điểm trên CT-Scan theo tỷ lệ cao nhất của gãy gò má cung tiếp là loại B - 38,5%; gãy thành ổ mắt là loại III - 25,6%; gãy thành trước xoang hàm - 66,7%; gãy khối mũi sàng là loại I - 10,3; gãy xương hàm dưới thì gãy vùng cằm chiếm ưu thế tỷ lệ 35,89%.

**Kết luận:** Chấn thương vùng hàm mặt chủ yếu ở nam giới, nguyên nhân thường gặp là do tai nạn giao thông. Đặc điểm lâm sàng khi thăm khám và phân độ chấn thương từng vùng cụ thể của sọ mặt trên CT-Scan là chìa khóa quyết định phương pháp điều trị phẫu thuật và chế độ theo dõi về sau.

**Từ khóa:** Chấn thương vùng hàm mặt, phân độ gãy gò má cung tiếp, gãy khối mũi sàng, gãy xương hàm dưới trên CT-Scan.

---

<sup>1</sup> Tác giả chính: Nguyễn Đức Long; ĐT: 0904250882; Email: dr.duclong2508@gmail.com

Tác giả liên hệ: Trần Phan Chung Thủy; ĐT: 0979917777; Email: drthuytranent@gmail.com

Nhận bài: 11/12/2023

Ngày nhận phản biện: 22/12/2023

Ngày nhận phản hồi: 4/01/2024

Ngày duyệt đăng: 6/01/2024

## CLINICAL CHARACTERISTICS AND CT SCAN IMAGES OF MAXILLOFACIAL TRAUMA PATIENTS

### ABSTRACT

**Background:** Maxillofacial trauma was the second most popular among trauma in the head and neck region with increasing rate. CT scan images provide important information for proper diagnosis and management of this condition to restore normal function and facial aesthetics

**Objectives:** Describe the clinical characteristics and CT scan images of maxillofacial trauma patients

**Methods:** This is a descriptive cohort case series study with 39 maxillofacial trauma patients in stable condition with intracranial trauma, eye trauma, multitrauma, chest, limb, abdominal trauma were ruled out at Thong Nhat hospital in Ho Chi Minh city from 10/2020 to 06/2021

**Results:** Traffic accidents had the highest proportion of 66.7%. Severe pain had the highest proportion of 61.5% which shows the important of pain management in treatment plan of this condition. The proportion of patients who cormobid bone fractures was relatively high (76.9%), subconjunctival hemorrhage (69.2%), swollen, bruised eyelid (79.5%), numbness at traumatic site (79.5%), step deformities at zygomatic site (69.23%). Characteristics of CT scan images included type B fractures of zygomatic arch (38.5%), type III orbital fractures (25.6%), fractures of anterior wall of maxillary sinus (66.7%), type I naso-ethmoid complex fractures (10.3%), mental mandibular fractures (35.89%).

**Conclusions:** Maxillofacial trauma was noted mostly in male patients with popular causes was traffic accidents. Clinical characteristics and classification of trauma of each area in maxillofacial region in CT scan images were key factor in management and follow up plan of this condition.

**Keywords:** Maxillofacial trauma, classification of zygomatic arch fractures, naso-ethmoid complex fractures, mandibular fractures in CT scan images

### 1. MỞ ĐẦU

Thuật ngữ chấn thương hàm mặt thường được sử dụng để chỉ chấn thương của khung xương mặt và trong điều trị học đôi khi được coi là "chỉnh hình khối sọ mặt." Trong thực hành lâm sàng cũng như

nghiên cứu về chấn thương hàm mặt đã có những tiến bộ đáng kể với sự ra đời của máy chụp cắt lớp vi tính, cung cấp hình ảnh tổn thương đặc biệt nhanh chóng, tin cậy và chính xác với độ phân giải cao cho phép tái tạo trong nhiều mặt phẳng và tái tạo khối sọ

mặt trong không gian ba chiều. Những tiến bộ này đã giúp các bác sĩ đánh giá bản chất của các chấn thương từ đó hỗ trợ cho chẩn đoán cũng như phẫu thuật. Thực tế tại Việt Nam, tuy có nhiều nghiên cứu về chấn thương hàm mặt, song vấn đề đánh giá đặc điểm lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ở những trường hợp chấn thương hàm mặt có những thay đổi tiến bộ đáng kể song vẫn còn ít đề cập đến. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Khảo sát đặc điểm lâm sàng và CT scan ở bệnh nhân chấn thương có gãy xương vùng hàm mặt” với mục tiêu khảo sát đặc điểm các triệu chứng trên lâm sàng, và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ở những trường hợp chấn thương có gãy xương vùng hàm mặt.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca

### 2.2. Dân số chọn mẫu:

Tất cả các bệnh nhân bị chấn thương vùng hàm mặt có gãy xương, đã điều trị ổn định trạng cấp cứu, điều trị tại Bệnh Viện Thống Nhất thành phố Hồ Chí Minh trong khoảng thời gian từ tháng 10/2020 đến tháng 6/2021.

### 2.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

Các bệnh nhân bị bệnh lý khác của vùng đầu mặt cổ như: ung thư, bệnh lý hồ yên, bệnh lý sán sọ, chấn thương sọ não, chấn thương nội nhãn, chấn thương ngực-bụng- chi, các bệnh lý bẩm sinh vùng đầu mặt cổ, có các dị dạng vùng đầu mặt cổ, có

tiền sử bệnh lý về tai, mũi xoang, chấn thương vùng đầu mặt, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### Địa điểm và thời gian thực hiện:

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh Viện Thống Nhất, số 1 Lý Thường Kiệt, Phường 7, Tân Bình, Thành phố Hồ Chí Minh trong khoảng thời gian từ tháng 10/2020 đến tháng 6/2021.

## 3. KẾT QUẢ

Mẫu nghiên cứu bao gồm 39 trường hợp.

### 3.1. Đặc điểm về tuổi

**Bảng 3.1.** Đặc điểm về tuổi

Đặc điểm về tuổi	Số lượng	Tỷ lệ	Cộng dồn
Dưới 20	3	7,7	7,7
Từ 20 đến Dưới 40	20	51,3	59,0
Từ 40 đến Dưới 60	12	30,8	89,7
Từ 60 trở lên	4	10,3	100,0
Tổng	39	100,0	

### 3.2. Đặc điểm giới tính

Tỷ lệ Nam giới chiếm đa số với 34 ca chiếm 87,2%, Nữ giới với 5 ca chiếm 12,8%.

### 3.3. Đặc điểm nguyên nhân chấn thương

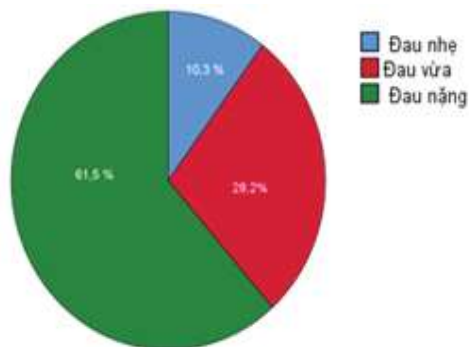
**Bảng 3.2.** Đặc điểm nguyên nhân chấn thương

Nguyên nhân	Số lượng	Tỷ lệ	Cộng dồn
Tai nạn giao thông	26	66,7	66,7
Tai nạn lao động	7	17,9	84,6
Tai nạn thể thao	3	7,7	89,7
Tai nạn sinh hoạt	1	2,6	94,9
Tai nạn đã thương	2	5,1	100,0
Tổng	39	100,0	

### 3.4. Đặc điểm lâm sàng

#### 3.4.1. Triệu chứng cơ năng

##### 3.4.1.1. Đánh giá mức độ đau



**Biểu đồ 3.1.** Đánh giá mức độ đau

##### 3.4.1.2. Vị trí điểm đau chính

Chúng tôi ghi nhận có 19 ca có điểm đau cố định tầng mặt trên chiếm tỷ lệ 48,7%, 31 ca có điểm đau cố định tầng mặt giữa chiếm tỷ lệ 79,5 %, có 26 ca có điểm đau cố định tầng mặt dưới chiếm tỷ lệ 66,7 %, có 15 ca có điểm đau cố định cả 3 tầng mặt chiếm tỷ lệ 38,46%.

#### 3.4.2. Triệu chứng thực thể

**Bảng 3.3.** Triệu chứng thực thể

Triệu chứng thực thể	Số ca có triệu chứng	Tỷ lệ (%)
Vết thương phần mềm kèm theo gãy xương	30	76,9
Xuất huyết kết mạc	27	69,2
Sưng nề, bầm tím mi mắt	31	79,5
Tê bì vùng chấn thương	31	79,5
Lõm sụp gò má	27	69,23
Di động cung răng hàm trên	10	25,6
Lệch khớp cắn	21	53,8

### 3.5. Triệu chứng trên CT scan

#### 3.5.1. Đặc điểm gãy gò má cung tiếp trên CT scan

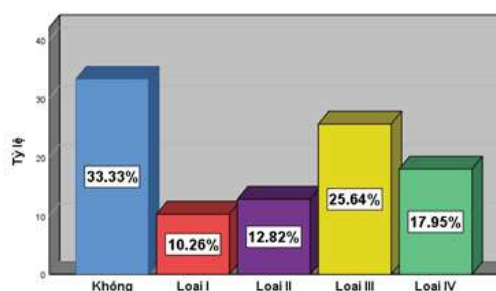
Có 27 ca gãy gãy gò má cung tiếp trên CT scan.

**Bảng 3.4.** Đặc điểm gãy gò má cung tiếp trên CT scan

	Số lượng	Tỷ lệ %	Tỷ lệ cộng dồn
Không gãy gò má	12	30,8	30,8
Loại A	6	15,4	46,2
Loại B	15	38,5	84,6
Loại C	6	15,4	100,0
Tổng	39	100,0	

*Chú thích:* Loại A: Gãy xương gò má không hoàn toàn. Những kiểu gãy đơn thuần, chỉ liên quan đến một trụ gò má. Loại B: Gãy gò má toàn bộ, mỗi trụ chỉ có một đường gãy (gãy tứ trụ). Tất cả các trụ của xương gò má đều gãy. Loại C: Gãy gò má nhiều đường gãy. Giống với loại B, nhưng có sự gãy ra từng mảnh, bao gồm cả thân xương gò má.

#### 3.5.2. Phân loại gãy thành ổ mắt trên CT scan



**Biểu đồ 3.2.** Phân loại gãy thành ổ mắt trên CT scan

*Chú thích:* Loại I: Nứt, gãy thành trong hoặc sàn ổ mắt. Loại II: Nứt, gãy

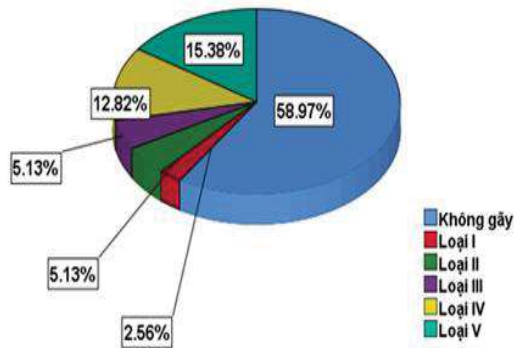
thành trong và sần ổ mắt. Loại III: Nứt, gãy thành trong và sần ổ mắt, kết hợp gãy các thành ổ mắt cấu tạo từ phức hợp gò má cung tiếp. Loại IV: Nứt, gãy thành trong và sần ổ mắt, kết hợp với các loại gãy phức hợp khác xương hàm trên, khối mũi sàng, xương trán.

### 3.5.3. Phân loại gãy thành xoang hàm theo vị trí trên CT scan

**Bảng 3.5.** Đặc điểm gãy các thành xoang hàm trên CT scan

	Số ca có tổn thương	Tỷ lệ (%)
Gãy Thành trên	25	64,1
Gãy Thành trước	26	66,7
Gãy Thành sau	23	59,0
Gãy Thành trong	16	41,0
Gãy Đỉnh tháp	18	46,2

### 3.5.4. Gãy Xương chính mũi trên CT scan

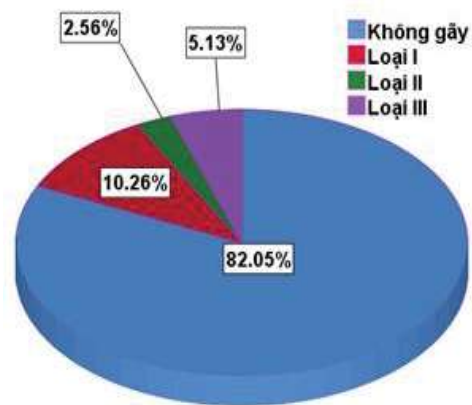


**Biểu đồ 3.3.** Gãy xương chính mũi trên CT scan

*Chú thích:* Loại I: Gãy đơn độc (Một bên). Loại II: Gãy đơn độc (Hai bên). Loại III: Gãy vụn (Một bên hoặc Hai bên). Loại IV:

Gãy kết hợp (Kết hợp với tụ máu vách ngăn) Loại V: Gãy kết hợp (Kết hợp với vết thương hở của mũi, kết hợp với gãy khối Mắt-mũi-sàng, hoặc kết hợp với gãy các xương vùng hàm mặt khác).

### 3.5.5. Phân loại gãy khối mũi sàng trên CT scan



**Biểu đồ 3.4.** Phân loại gãy khối mũi sàng trên CT scan

*Chú thích:* Loại I: Đường gãy đơn vùng trung tâm của khối mũi sàng không liên quan đến gân góc mắt trong. Loại II: Đường gãy vỡ vụn vùng trung tâm của khối mũi sàng, không liên quan đến gân góc mắt trong. Loại III: Đường gãy vỡ vụn vùng trung tâm của khối mũi sàng, liên quan đến gân góc mắt trong.

### 3.5.6. Phân loại gãy xương hàm dưới theo vị trí trên CT scan

**Bảng 3.6.** Phân loại gãy xương hàm dưới theo vị trí trên CT –Scan

Loại gãy	Số lượng	Tỷ lệ %
Gãy thân xương hoặc cạnh ngang	5	12,82
Gãy góc hàm	3	7,69

Lồi cầu	6	15,38
Vùng cấm	14	35,89
Cành lên	2	5,12
Gãy xương ổ răng	9	23,07
Mòm vệt	3	7,69

### 3.5.7. Phân tích mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng và đặc điểm hình ảnh CT scan

Chúng tôi ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa điểm đau chói cổ định tầng mặt trên, giữa, dưới tương ứng với vị trí gãy tầng mặt trên, giữa, dưới trên hình ảnh CT scan (với giá trị p lần lượt là 0,047, 0,000, 0,017). Bên cạnh đó, chúng tôi ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ) giữa xuất huyết kết mạc và gãy gò má cung tiếp trên CT scan.

Triệu chứng lõm sụp gò má có liên quan với gãy gò má cung tiếp trên CT scan có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  và triệu chứng di động cung răng hàm trên và gãy tầng mặt giữa trên CT scan cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Mối liên quan giữa triệu chứng vận động bất thường xương hàm dưới và gãy xương hàm dưới tại tất cả vị trí trên CT scan có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Khảo sát mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng sai khớp cắn và gãy xương tầng mặt giữa cho thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm lâm sàng

Độ tuổi từ 20 đến dưới 40 có chiếm tỷ lệ 51,3 % cao nhất, đây là độ tuổi lao động chính, tham gia nhiều vào các hoạt động xã hội, lao động sản xuất, trực tiếp tham gia giao thông, nên tỉ lệ chấn thương cao. Chấn thương hàm mặt gặp ở nam giới là chính. Tỷ lệ này tương đương với tỷ lệ thống kê của nhiều tác giả.[8]

Tai nạn giao thông luôn chiếm tỷ lệ cao nhất trong các nguyên nhân gây ra chấn thương ở nghiên cứu chúng tôi và nhiều nghiên cứu khác trong nước.[8] Nguyên nhân có thể do số lượng xe máy ngày một tăng, cơ sở hạ tầng vẫn đang trong giai đoạn đang hoàn thiện, hơn thế nữa, ý thức tuân thủ luật lệ giao thông của người tham gia giao thông chưa cao.

Mức độ chịu đau khác nhau giữa người bệnh, không có giá trị so sánh với người khác. Trong chấn thương hàm mặt mức độ đau nặng chiếm tỷ lệ cao vì vậy các nhà lâm sàng cần đặc biệt chú ý giảm đau trong quá trình điều trị cho các bệnh nhân này.

Thăm khám lâm sàng đóng vai trò quan trọng trong quá trình chẩn đoán ở các bệnh nhân chấn thương hàm mặt. Chúng tôi ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhiều triệu chứng lâm sàng và đặc điểm tổn thương trên hình ảnh CT scan như: điểm đau chói và vị trí gãy xương trên CT scan ở cả 3 tầng mặt; triệu chứng xuất huyết kết mạc và gãy gò má cung tiếp trên CT scan; triệu chứng lõm sụp gò má và gãy gò má cung tiếp trên CT scan; triệu chứng

di động cung răng hàm trên và gãy tầng mặt giữa trên CT scan; triệu chứng vận động bất thường hàm dưới và gãy xương hàm dưới trên CT scan; triệu chứng sai khớp cắn và gãy xương tầng mặt giữa trên CT scan. Kết quả này một lần nữa khẳng định vai trò không thể thiếu của việc thăm khám lâm sàng cũng như vai trò hỗ trợ quan trọng của hình ảnh CT scan trong quá trình chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân chấn thương hàm mặt.

Triệu chứng tê bì vùng chấn thương tương đối phổ biến trong chấn thương hàm mặt nói chung và trong vỡ xoang hàm phối hợp với gãy xương gò má, gãy xương hàm dưới vùng gần lỗ cằm chiếm tỷ lệ 79,5 % (31 trường hợp) cao hơn so với số liệu rối loạn cảm giác thần kinh dưới ổ mắt của Trần Ngọc Quảng Phi[7] là 73,74% và thấp hơn so với kết quả của Trương Mạnh Dũng (88,5%)[3]. Tuy vậy, chúng tôi ghi nhận triệu chứng này tự giảm sau khi hết phù nề phần mềm vùng mặt.

Độ nhô - vị trí của đỉnh gò má, độ gò cung tiếp là hai yếu tố quyết định sự cân xứng tầng mặt giữa. Nghiên cứu ghi nhận Có 27 ca bị lõm sụp gò má chiếm tỷ lệ 69,23%, tỷ lệ này cao hơn triệu chứng phẳng bẹt gò má bên chấn thương (54,5%) trong các nghiên cứu khác.[3] Điều này đặt ra thách thức trong điều trị nhằm phục hồi cấu trúc nhằm mang lại chức năng và thẩm mỹ bình thường cho người bệnh.

Kết quả đánh giá khớp cắn của chúng tôi cho tỷ lệ sai khớp cắn thấp hơn nghiên

cứu của Hoàng Gia Bảo[1] với tỷ lệ sai khớp cắn 54,07%. Kết quả này phù hợp do nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ gãy xương gò má cung tiếp cao và những di lệch này chỉ ảnh hưởng đến chức năng há miệng và thẩm mỹ mà không ảnh hưởng nhiều đến khớp cắn.

#### 4.2. Đặc điểm CT scan

**Bảng 4.1.** Tỷ lệ loại gãy gò má cung tiếp trên CT scan.

Loại Gãy	Chúng tôi	S.Kristensen[4]
Loại A	15,4 %	46,64 %
Loại B	38,5 %	15,56
Loại C	15,4 %	3,78

Sự khác biệt về tỷ lệ các loại gãy gò má cung tiếp có thể do hình thái di lệch xương phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố: nguyên nhân gây chấn thương, cường độ lực tác động, vị trí lực tác động, sự di lệch thứ phát...

Chúng tôi dùng phân loại vỡ sàn ổ mắt trên CT scan theo Ahmed ElDegwi[10]. Kết quả đề tài chúng tôi thu được tỷ lệ loại I, II, III, IV lần lượt là 10,3 %, 12,8 %, 25,6 %, 17,9 % khi so với kết quả của Ahmed ElDegwi[10] tỷ lệ này lần lượt là 9 %, 30 %, 37 %, 24 %. Gãy thành ổ mắt Loại I, Loại IV sắp xỉ nhau, tuy nhiên Loại II và Loại III của chúng tôi thấp hơn.

Về đánh giá gãy thành xoang hàm trên CT scan, CT scan là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán các tổn thương vỡ xoang hàm giúp đánh giá hết số lượng, tính chất đường gãy, mức độ di lệch, hình thái gãy ở tất cả các thành của xoang hàm và đỉnh tháp cả

trước và sau khi điều trị. Do đó, chỉ định CT scan là cần thiết ở các bệnh nhân chấn thương hàm mặt trừ khi có các chống chỉ định khác,

Trong đề tài này chúng tôi phân loại gãy xương chính mũi theo Ondik[6] khá lý tưởng trong chẩn đoán gãy xương chính mũi trên CT scan và điều trị. Không ngạc nhiên khi tỷ lệ gãy xương chính mũi trong nghiên cứu của chúng tôi cao do mũi là phần nhô cao, nổi bật ở trung tâm khuôn mặt. Gãy xương mũi phổ biến nhất trong gãy tất cả các xương ở mặt và phổ biến hàng thứ ba trong các loại gãy xương khác.[11]

Đánh giá trên CT-scan đa lát cắt với bề dày 1,5 đến 2-mm là bắt buộc với bất kỳ bệnh nhân nào có nghi ngờ chấn thương gãy khối mũi sàng để xác định mức độ chấn thương này. Tương quan của lâm sàng và CT-scan là cơ sở để chẩn đoán xác định. Cần chú ý đến cấu trúc giải phẫu liên quan tại chỗ, sự di lệch, kích thước và sự vỡ nát là rất quan trọng. Kết quả điều trị phần lớn dựa trên việc xác định đúng phân loại gãy xương tình trạng tổn thương của góc mắt trong.[9]

Kết quả của chúng tôi ghi nhận gãy xương hàm dưới vùng cằm chiếm ưu thế với tỷ lệ 35,89%, gãy góc hàm chỉ chiếm 7,69% . Kết quả này khác với các nghiên cứu khác khi gãy góc hàm chiếm đa số như của Ochs[5] với 24,5%, Thapliyal[2] với 30,5%. Chúng tôi cho rằng vị trí gãy phụ thuộc nhiều vào cơ chế chấn thương dẫn tới có sự khác biệt về tỷ lệ giữa các nghiên cứu.

Chúng tôi cũng ghi nhận mối liên quan giữa triệu chứng vận động bất thường xương hàm dưới và từng vị trí gãy của xương hàm dưới có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ . Đây cũng là 1 điểm mới trong nghiên cứu của chúng tôi. Tuy vậy, có 2 ca có vận động bất thường xương hàm dưới nhưng không gãy xương, điều này cũng hoàn toàn hợp lý vì có thể sau chấn thương không tổn thương xương, nhưng có tổn thương cơ cắn, khớp lồi cầu nên cũng có thể dẫn đến vận động bất thường của hàm dưới.

Ngoài ra, chúng tôi cũng ghi nhận điểm mới là mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa triệu chứng sai khớp cắn và gãy xương hàm dưới với  $p < 0,05$ . Tuy vậy, có 4 trường hợp cơ gãy xương hàm dưới nhưng khớp cắn tốt. Điều này xảy ra ở những trường hợp gãy môm vệt hoặc gãy rạn xương hàm dưới các vùng trên CT scan vẫn ghi nhận được nhưng không có di lệch khớp cắn.

## 5. KẾT LUẬN

Chấn thương vùng hàm mặt chủ yếu ở nam giới, nguyên nhân thường gặp là do tai nạn giao thông. Đặc điểm lâm sàng khi thăm khám và phân độ chấn thương từng vùng cụ thể của sọ mặt trên CT-Scan là chìa khóa quyết định phương pháp điều trị phẫu thuật và chế độ theo dõi sau phẫu thuật

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Gia Bảo (2005), "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán và điều trị tổn*



- thương xương ổ mắt trong chấn thương gãy xương tầng giữa mắt* ", Luận văn thạc sĩ Y học, Học viện quân y Hà Nội.
2. Col GK Thapliyal, Col R Sinha, Col PS Menon, et al. (2008), "Management of Mandibular Fractures", 64 (3), pp. 218 - 220.
  3. Trương Mạnh Dũng (2002), "*Nghiên cứu lâm sàng và điều trị gãy xương gò má - cung tiếp*", Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội Hà Nội.
  4. S.Kristensen, K.Tveteras (1986), "Zygomatic fractures: classification and complications", 11, pp. 123-129.
  5. Mark W. Ochs, Myron R. Tucker (2008), "Management of facial fractures", pp. 493 - 517.
  6. Ondik MP, Upinski L Dezfoli S (2009), "The treatment of nasal fractures: a changing paradigm", 11, pp. 296-302.
  7. Trần Ngọc Quảng Phi (2011), "*Nghiên cứu phân loại, lâm sàng, X- quang và điều trị gãy phức hợp gò má cung tiếp*", Luận án Tiến sĩ Y học, Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108 Hà Nội.
  8. Lâm Hoài Phương, *Bài giảng chấn thương hàm mặt*, Phương, Editor 2009, Nhà xuất bản Y học: Hồ Chí Minh.
  9. Raymond J. Fonseca (2013), "*Oral & maxillofacial trauma fourth edition*", Saunders, an imprint of Elsevier Inc.
  10. Stanley RB Jr (1999), "Use of intraoperative computed tomography during repair of orbitozygomatic fractures", *Arch Facial Plast Surg* 1, pp. 19–24.
  11. Wilson IF L. A., Benjamin CI, et al (2001), " Prospective comparison of panoramic tomography (zonography) and helical computed tomography in the diagnosis and operative management of mandibular fractures", *Plast Reconstr Surg*, pp. 1369–1375.