

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG HÀM DƯỚI

TS.BSCKII. Vũ Anh Dũng

1. TÓM TẮT ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU

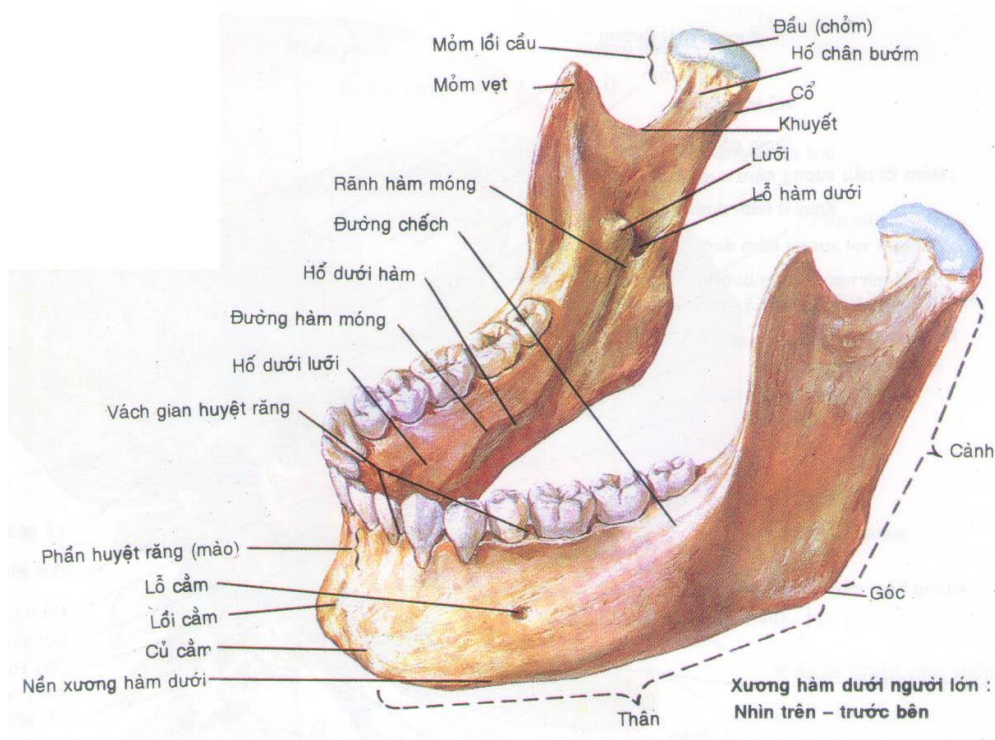
1.1. Hình thể ngoài xương hàm dưới

- Xương hàm dưới là xương lẻ và là xương động duy nhất trong khối xương sọ mặt, khớp với hố hàm dưới của xương thái dương, tạo nên khớp thái dương-hàm dưới. Xương hàm dưới gồm một thân hình móng ngựa và ở mỗi đầu của thân có một ngành hàm đi lên gần như thẳng đứng.

- Thân xương gồm hai phần

+ Phần thân hàm: Hình móng ngựa có hai mặt và hai bờ.

. Mặt trước: (Hình 1)

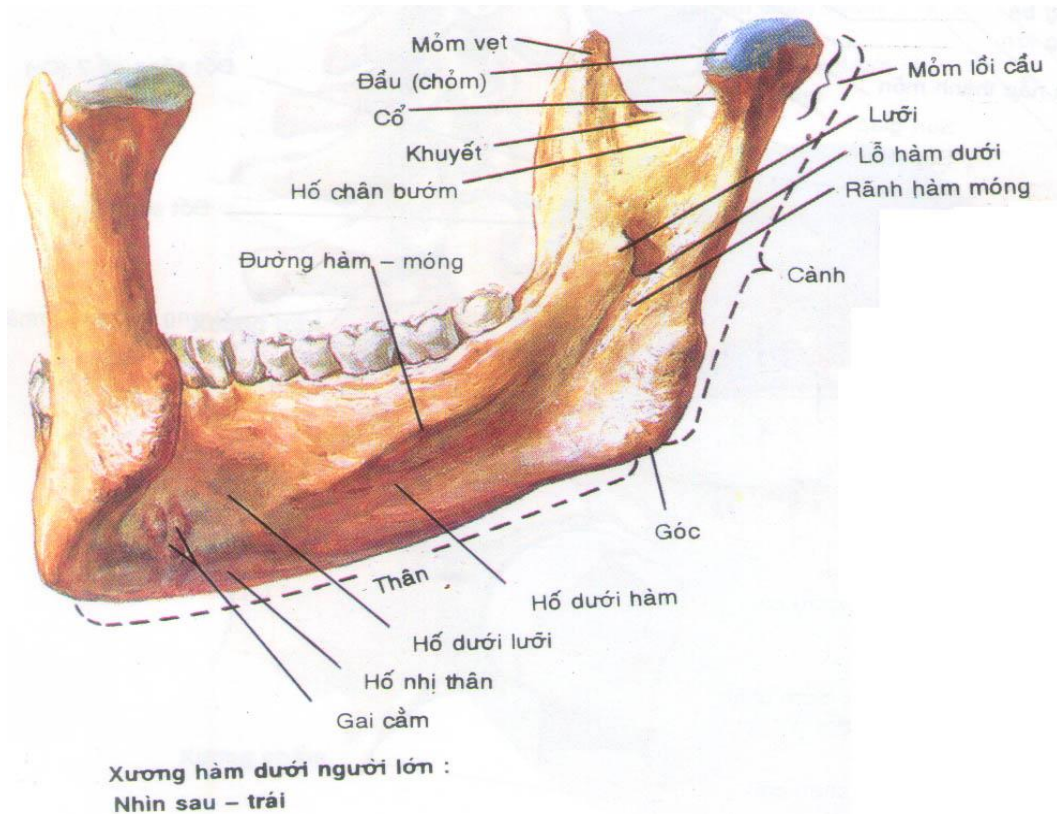


Hình 1: Xương hàm dưới nhìn trên - trước bên

. Mặt sau: (Hình 2)

. Bờ trên của thân xương hình cung có 14-16 huyết răng

. Bờ dưới: Ở hai bên đường giữa có hố cơ nhị thân, để thân trước của cơ nhị thân bám, ở gần góc hàm, ở bờ dưới có một khuyết nhỏ để động mạch mặt đi qua lên mặt.



Hình 2: Xương hàm dưới nhìn sau - trái

+ Cành cao: Hơn cong liên tiếp với thân hàm, đi chéo lên trên và hơi ra sau. Góc hàm dưới là nơi bờ dưới của thân hàm gặp bờ sau của ngành lên.

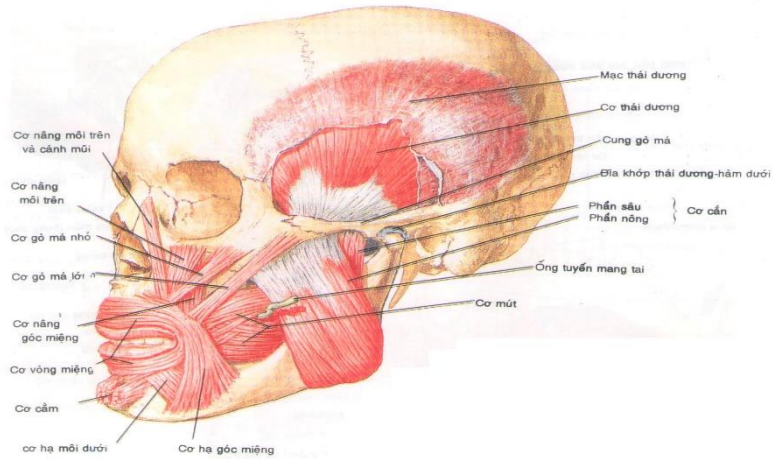
1.2. Hình thể trong

- Ở giữa là tổ chức xốp xung quanh có tổ chức dày đặc và cứng bọc ngoài, mỗi bên có một ống răng dưới bắt đầu từ lỗ gai spix và tận hết ở lỗ cằm, trong có mạch máu và dây thần kinh răng dưới đi qua.

- Ở trẻ em trước khi mọc răng vĩnh viễn có các mầm răng nằm trong cành ngang xương hàm dưới. Vì vậy khi khoan kết hợp xương cần chú ý ống thần kinh răng dưới, chóp chân răng và các mầm răng.

1.3. Hệ thống cơ nhai:

Hàm dưới di động được nhờ hệ thống các cơ nhai (Hình 3), bao gồm:



Hình 3: Các cơ tham gia động tác nhai

- Nhóm cơ nâng hàm:

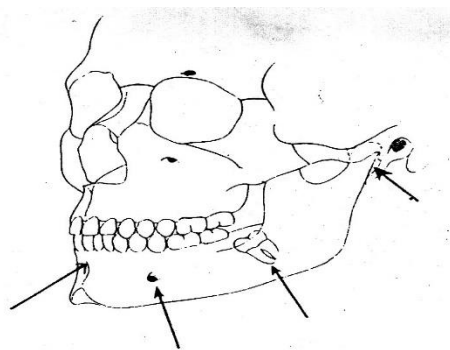
- + Cơ cắn
- + Cơ thái dương
- + Cơ chân bướm trong

- Nhóm cơ hạ hàm:

- + Cơ chân bướm ngoài
- + Cơ nhị thân, cơ hàm móng, cơ cằm móng.

- Do những cấu tạo giải phẫu nêu trên nên xương hàm dưới có các điểm yếu (hình 4) mà đường gãy thường đi qua là:

- + Qua lỗ cằm
- + Qua góc hàm
- + Qua cổ lồi cầu
- + Qua vùng cằm.



Hình 4: Các điểm yếu của xương hàm dưới

2. PHÂN LOẠI

Có nhiều cách phân loại gãy xương hàm dưới, các tác giả dựa vào vị trí, số lượng hay tính chất của đường gãy.

2.1. Phân loại theo tổn thương của Gustav O. Kruger

- Gãy đơn giản không di lệch
- Gãy lành tươi
- Gãy phức hợp
- Gãy nát làm nhiều mảnh

2.2. Phân loại dựa vào đặc điểm giải phẫu xương hàm dưới

Năm 1964 Dingman R.O và Nativig P đã đưa ra cách xếp loại gãy xương hàm dưới dựa theo đặc điểm giải phẫu của xương. Một cách phân loại khác dựa vào phạm vi của tổn thương và vị trí gãy cũng được đưa ra và hầu hết các nhà lâm sàng ngày nay đều áp dụng để phân loại, đồng thời dựa vào đó để lập kế hoạch điều trị cho phù hợp (hình 5).

VỊ TRÍ VÀ TỈ LỆ GÃY

Mòm vệt: 1%

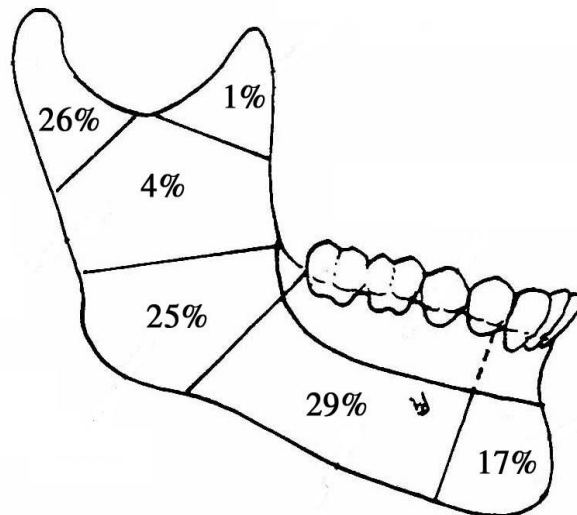
Lồi cầu : 26%

Ngành lên : 4%

Góc hàm : 25%

Ngành ngang : 29%

Vùng cằm : 17%



Hình 5: Vị trí các đường gãy

- Gãy thân xương hàm dưới (ngành ngang)
- Gãy góc hàm: Có hoặc không liên quan đến R3.8 - 4.8
- Gãy xương vùng cằm: Đường gãy có thể chính giữa hoặc lệch sang 2 bên đi qua kẽ và R cửa (nằm trong vùng từ R3.3 - 3.4)
- Gãy ngành lên xương hàm dưới (cành cao): Có thể gãy ngang hoặc gãy dọc từ hõm Sigma xuống góc hàm.
- Gãy lồi cầu hàm dưới: Gãy cổ lồi cầu ở thấp (gãy ngoài khớp) hoặc gãy lồi cầu ở cao (gãy trong khớp).
- Gãy mỏ bờ dưới xương hàm hoặc góc hàm.

- Gãy xương bờ ổ răng kèm theo một nhóm răng

2.3. Phân loại theo tính chất và số lượng đường gãy của Hopkins (1986)

Chia làm 2 loại chính:

- Gãy một phần: Thường gãy xương ổ răng của nhóm răng cửa.
- Gãy toàn bộ: Tổn thương làm mất liên tục của xương, loại gãy này gồm:
 - + Gãy một đường
 - + Gãy hai đường
 - + Gãy nhiều đường

2.4. Theo tính chất gãy xương

- Gãy xương kín: Ổ gãy không thông với môi trường bên ngoài.
- Gãy xương hở: Ổ gãy thông với môi trường bên ngoài, qua vết thương phần mềm hay qua kẽ răng, thông với xoang hốc tự nhiên.

3. TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

3.1. Triệu chứng lâm sàng điển hình

Cơ năng:

- Đau, sưng nề nhanh vùng hàm dưới bị tổn thương, đau tăng khi vận động hàm dưới (há, ngậm miệng, nhai)
- Hạn chế hoặc không thể vận động được hàm dưới (do đau, sưng nề, do di lệch sai khớp cắn).

Thực thể:

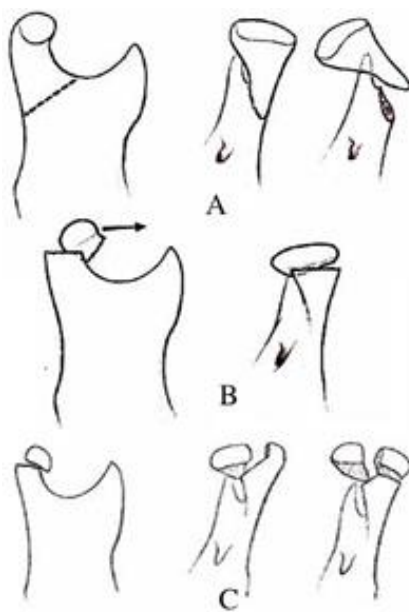
- Khám ngoài miệng: Sờ dọc theo bờ thân xương phía ngoài thấy có điểm đau chói, gờ bậc thang hoặc lõm xương bất thường tương ứng điểm gãy xương.
- Khám trong miệng:
 - Có thể thấy niêm mạc bờ lợi bầm tím tụ máu, rách ngang hay dọc niêm mạc bờ lợi.
 - Có di động bất thường răng 2 bên đường gãy khi cử động hàm dưới. Kèm theo có thể thấy các răng lệch ra ngoài cung răng (thường bị đổ vào trong miệng).

- Sai lệch khớp cắn: Sai khớp cắn trung tâm do sự di lệch chồng của các mảnh gãy và khớp cắn bên gãy bị hở do di lệch trên dưới của cung răng.

3.2. Triệu chứng lâm sàng không điển hình

Gặp trong:

- * **Gãy vùng cằm ít gãy di lệch:** Khớp cắn không sai hoặc sai lệch ít.
- * **Gãy góc hàm:** Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, ít gãy di lệch cung răng và sai khớp cắn do có khối cơ cắn bao bọc xung quanh.
- * **Gãy cổ lồi cầu xương hàm dưới đơn thuần:**
 - Phân loại gãy lồi cầu (theo Dechaume 1980) chia gãy lồi cầu làm 3 loại :
 - Gãy cổ lồi cầu thấp: Đường gãy đi từ đáy khuyết sigma hướng chéo ra sau xuống dưới về phía bờ sau cành cao (hình 6A).
 - Gãy cổ lồi cầu cao: Đường gãy đi từ giữa khuyết sigma hướng ngang ra sau hoặc chéo lên trên. Lồi cầu di lệch lên trên, ra trước và vào trong hiểm khi di lệch ra sau. Cành cao bị kéo ra sau và lên trên 1 ít (hình 6B).
 - Gãy đầu (chỏm) lồi cầu (hình 6c):
 - + Gãy ngang đầu lồi cầu
 - + Gãy cực trong đầu lồi cầu
 - + Vỡ đầu lồi cầu.



Hình 6: Phân loại gãy lồi cầu theo Dechaume

- Triệu chứng:
+ Chảy máu ống tai ngoài
+ Sung nề vùng trước nắp tai, sờ hơi gồ trước nắp tai
+ Có thể có dấu hiệu ổ khớp rỗng nếu mảnh lồi cầu bật ra khỏi bao khớp vào trong.

+ Dùng ngón tay ấn giữa nắp tai và lồi cầu bệnh nhân đau chói.
+ Tìm cử động của lồi cầu: Đứng đối diện với bệnh nhân, dùng hai ngón tay sờ thành trước nắp ống tai trong khi bệnh nhân há, ngậm miệng liên tục để so sánh tìm dấu hiệu mất hoặc giảm cử động của lồi cầu.

+ Khám trong miệng: Khớp cắn sai, cung hàm lệch về bên gãy và có dấu hiệu khớp cắn hai thì. Nếu gãy cổ lồi cầu hai bên kèm theo lồi cầu bật ra khỏi ổ khớp thì toàn bộ xương hàm dưới thường bị đẩy ra sau tạo nên hình ảnh khớp cắn sâu giả và khớp cắn hở vùng cửa.

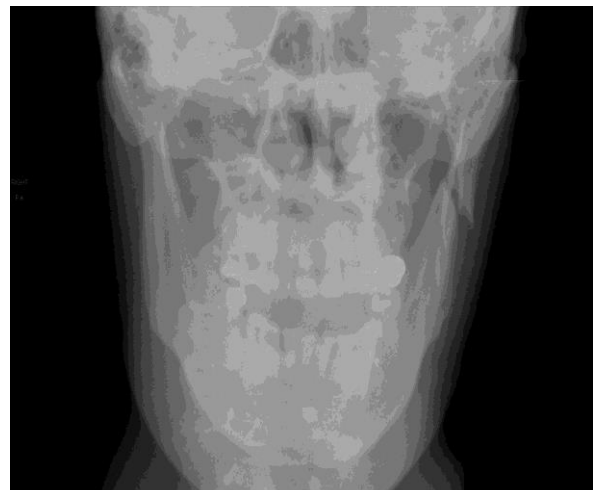
* **Gãy mỏ bờ dưới xương hàm dưới:** Không có triệu chứng sai khớp cắn, phát hiện được chủ yếu dựa vào chụp X quang.

3.3. Các thể chụp XQ để chẩn đoán gãy xương hàm dưới

- Thể chụp mặt phẳng: Có thể thấy gãy xương vùng cằm, gãy góc hàm, gãy cổ lồi cầu thấp.



Hình 7a: Hình ảnh đường gãy góc hàm trên phim Xquang mặt thẳng.



Hình 7b: Hình ảnh đường gãy cổ lồi cầu trên phim Xquang mặt thẳng.

- Chụp chệch hàm hai bên (P - T): Cho biết xác định tổn thương từng hàm và so sánh hai bên.

- Thê schuller cho phép xác định gãy lồi cầu cao (trong khớp) và tình trạng tình trạng tràn dịch khớp sau chấn thương.

- Chụp phim toàn ảnh hàm dưới (panorama): Có thể đánh giá được tương đối chính xác vị trí ổ gãy và tình trạng di lệch của 2 đầu xương gãy.



Hình 8: Gãy càn ngang XHD qua kẽ R45-46

- Chụp CT.Scanner (couper axial - Coronal): Thường chỉ định khi tổn thương lồi cầu hay gãy kết hợp xương tầng giữa mặt.

4. ĐIỀU TRỊ

4.1. Xử trí cấp cứu khẩn cấp

- Khơi thông đường hô hấp
- Cầm máu
- Chống shock.

4.2. Yêu cầu của điều trị

- Nắn chỉnh lại xương gãy
- Cố định xương gãy
- Ngăn ngừa biến cố xảy ra.

Ba khâu này liên quan mật thiết với nhau, đòi hỏi giải quyết đồng bộ.

4.3. Mục đích

- Phục hồi chức năng
- Phục hồi thẩm mỹ.

4.4. Các phương pháp điều trị

a. Điều trị bảo tồn: Theo quan điểm của một số của tác giả, gãy xương hàm dưới vẫn được chú trọng áp dụng các phương pháp điều trị bảo tồn.

Điều trị bảo tồn được áp dụng theo các bước sau:

- Kiểm tra toàn diện bệnh nhân để không bỏ sót những tổn thương kết hợp, nhất là chấn thương sọ não.

- Cố định tạm thời hàm dưới bằng băng dính cầm để tránh đau đớn và di lệch thứ phát khi vận động xương hàm.

- Sau khi khám xét, chụp X quang xác định rõ các đường gãy trong điều kiện cho phép có thể áp dụng các biện pháp cố định điều trị gãy xương sau đây:

- + Cố định trên một cung hàm bằng các nút buộc liên kết răng hay cố định bằng cung phẳng hoặc máng nhựa cố định trên mặt nhai.

- + Cố định 2 hàm bằng các nút buộc Ivy sau khi nắn chỉnh đúng khớp cắn.

- + Kéo chỉnh và cố định hai hàm bằng hệ thống cung có móc (cung Tiguerstedt)

- + Nắn chỉnh và cố định các mảnh gãy ngoài miệng bằng hệ thống cung Rudco

Chú ý: Chỉ buộc cố định hai hàm khi bệnh nhân hoàn toàn tỉnh táo và có thể khạc nhổ được. Tuyệt đối không cố định hai hàm khi bệnh nhân hôn mê có nôn (hoặc buồn nôn) hay trạng thái thần kinh không hoàn toàn tỉnh táo do bị chấn thương sọ não kết hợp.

Thời gian cố định điều trị gãy xương hàm dưới từ khoảng 4 - 6 tuần. Trước khi tháo phương tiện cố định cần chụp film kiểm tra mức độ liền xương ở các vùng gãy.

b. Điều trị bằng phẫu thuật

*** Chỉ định:**

- Gãy xương ở người già và trẻ em không có hệ thống răng đảm bảo cố định để điều trị bảo tồn.

- Gãy xương hàm dưới có vết thương hở liên quan đến ổ gãy.

- Gãy nát phức tạp có nhiều mảnh vụn

- Gãy di lệch nhiều sau khi nắn chỉnh không có kết quả

- Gãy cổ lồi cầu thấp bị vênh lệch trục hay kết hợp gãy mỏm vẹt

- Khớp giả hoặc can lệnh sau gãy xương đến muộn

- Tổn khuyết mất đoạn xương do chấn thương hoặc do viêm hoạt tử các mảnh xương vụn thì phải phẫu thuật lấy bỏ.

* **Phương pháp vô cảm:** Mê nội khí quản đặt đường mũi để điều chỉnh khớp cắn. Có thể gây tê vùng tùy trường hợp.

* **Kỹ thuật tiến hành:**

Kết hợp xương bằng nẹp vít:

** Bước 1: Chuẩn bị bệnh nhân và vô cảm*

Buộc cung Tiguerstedt hay nút Ivy vào cung răng trước khi lên bàn mổ để tiết kiệm thời gian cho quá trình phẫu thuật.

Gây mê nội khí quản đặt ống đường mũi để kiểm soát khớp cắn trong phẫu thuật. Gây tê tại chỗ dung dịch Lidocain 1% kết hợp Adrenalin 1/80 000 để hạn chế chảy máu.

** Bước 2: Bộc lộ đường gãy*

Nếu ổ gãy liên quan đến vết thương rách da, sử dụng vết thương để vào ổ gãy. Trường hợp không có vết thương ngoài da, tùy theo vị trí gãy có thể đi vào ổ gãy đường trong miệng hay ngoài miệng:

- Đường gãy vùng ngành ngang, vùng cằm: Tiến hành bộc lộ ổ gãy theo đường ngách lợi. Đường rạch cách ranh giới niêm mạc cố định và di động 0,5 cm. Bóc tách vạt niêm cố mạc để bộc lộ ổ gãy.

- Đường gãy vùng góc hàm, ngành lên: Rạch da theo đường bờ sau ngành lên xương hàm dưới, đường gãy lồi cầu dùng đường rạch trước nắp tai. Rạch cơ cắn theo đường dọc cơ để hạn chế làm tổn thương cơ. Với đường rạch gần góc

hàm cần chú ý tránh làm tổn thương động mạch mặt. Vén cơ, cắt màng xương bộc lộ ổ gãy.

** Bước 3: Nắn chỉnh 2 đầu xương gãy*

Nắn chỉnh 2 đầu xương gãy bằng tay hay dụng cụ nắn chỉnh. Khi 2 đầu xương gãy về đúng vị trí giải phẫu bằng cách đánh giá qua mặt trước, bờ tự do xương hàm, khớp cắn đúng. Cố định 2 hàm đúng khớp cắn.

Với bệnh nhân đến muộn cần làm sạch tổ chức xơ ở 2 đầu xương gãy tạo điều kiện cho quá trình can xương được tốt hơn. Cố định tạm thời 2 đầu xương gãy bằng dây kẹp xương.

** Bước 4: Chọn nẹp và uốn nẹp.*

Dùng 1 hay 2 nẹp đặt gần vuông với đường gãy, sao cho nẹp áp sát mặt ngoài xương hàm và 2 bên đường gãy cần tối thiểu 2 vít liên kết nẹp vào xương hàm.

** Bước 5: Khoan lỗ bắt vít và bắt vít cố định*

Dùng mũi khoan có đường kính phù hợp với vít định sử dụng, khoan với vận tốc 10 000 vòng/ phút. Khi khoan cần bơm nhiều nước muối sinh lý vào vùng khoan để tránh làm nóng xương vùng xung quanh lỗ khoan gây hoại tử xương, làm lỏng vít sau cố định. Đặt nẹp, điều chỉnh nẹp cho đúng vị trí và tiến hành khoan những lỗ tương ứng với vị trí các lỗ của nẹp và bắt vít cố định nẹp vào 2 đầu xương gãy. Tháo dây kẹp cố định xương.

Trường hợp đặt 2 nẹp thì nẹp lớn (kích cỡ 2.4) đặt gần bờ tự do xương hàm dưới, nẹp nhỏ (kích cỡ 2.0) đặt song song và cách nẹp lớn 0,5- 1 cm về phía cuống răng.

Khi khoan cần chú ý tránh làm tổn thương các chóp răng vĩnh viễn, ống thân kinh răng dưới, mầm răng vĩnh viễn ở trẻ em.

** Bước 6: Khâu phục hồi vết mổ*

Sát khuẩn vùng mổ bằng dung dịch Betadin 5%. Đường mổ theo ngách lợi tiến hành khâu phục hồi 1 lớp bằng chỉ Vicryl 3.0 với mũi chỉ khâu vắt. Đường mổ ngoài da khâu phục hồi theo lớp giải phẫu. Trước khi đóng kín vết

mổ thường đặt dẫn lưu bằng lam cao su để dẫn lưu dịch máu giúp quá trình sưng nề giảm nhanh hơn.

Chú ý: Khâu kín đường niêm mạc không cho nước bọt ngấm vào vùng mổ gây nhiễm trùng sau mổ; cầm máu kỹ trước khi khâu; đặt dẫn lưu tránh ứ đọng dịch giúp giảm phù nề nhanh và hạn chế nguy cơ nhiễm trùng vùng mổ. Rút dẫn lưu sau 48 giờ.

Tháo cố định 2 hàm để bệnh nhân thoát mê được an toàn, phòng biến chứng trào ngược trong giai đoạn thoát mê. Sau 2- 3 ngày tiến hành cố định 2 hàm tăng cường sự bất động tối đa cho ổ gãy, tạo sự ổn định khớp cắn tốt nhất.

Kết hợp xương bằng chỉ thép:

Ta tiến hành từng bước như trên. Ở thì kết hợp xương ta khoan ở mỗi bên đầu xương gãy 2 lỗ cách đường gãy khoảng 0.5- 1cm. Dùng dây thép đường kính 0,4 - 0,5 mm dẻo có thể xoắn vặn dễ, luồn vào 4 lỗ khoan 2 bên đầu xương gãy theo hình chữ X hay chữ U và vặn chặt lại, cắt chỉ thép thừa, bẻ đầu sợi chỉ thép ép sát mặt xương.

Cố định xương hàm bằng phương pháp buộc vòng quanh máng:

Áp dụng cho trẻ em có nhiều mầm răng vĩnh viễn vùng ổ gãy, khi khoan có thể tổn thương mầm răng vĩnh viễn. Sau khi bộc lộ ổ gãy, bộc lộ rộng bờ tự do xương hàm dưới. Đặt máng cố định phía bờ tự do, dùng chỉ thép buộc vòng quanh xương hàm dưới 2 bên ổ gãy.

*** Các biện pháp điều hỗ trợ:**

- Cố định xương hàm sau phẫu thuật:

+ Đối với cấy ghép xương tự do hay kết xương bằng buộc chỉ thép, sau khi mổ, bệnh nhân đã hoàn toàn tỉnh táo nên cố định 2 hàm bằng hệ thống cung móc hoặc nút buộc Ivy để bất động hoàn toàn mảnh ghép giúp tạo điều kiện liền xương.

+ Trường hợp được cố định bằng nẹp vít chắc không cần thiết phải cố định 2 hàm nhưng nên cố định bằng băng dính cầm để hỗ trợ bất động hàm dưới. Cố định tăng cường 3-5 ngày tùy trường hợp.

- Dùng kháng sinh liều cao, phổ rộng.
- Giảm đau, giảm phù nề, chống viêm, sinh tố.
- Dinh dưỡng tốt, vệ sinh răng miệng.

5. BIẾN CHỨNG CỦA GÃY XƯƠNG HÀM DƯỚI

- Viêm xương tuỷ; khớp giả
- Liên xương không đúng vị trí dẫn đến khớp cắn sai, đường gãy gồ lên có chỉ định phẫu thuật lại.
- Co khít hàm vĩnh viễn do sẹo hoặc xơ hoá dây chằng.
- Viêm quanh khớp, teo nửa hàm hay gập ở trẻ em.
- Tổn thương mầm răng vĩnh viễn hay chóp răng do khoan không đúng vị trí.
- Biến chứng thần kinh tê môi cằm do tổn thương dây TK răng dưới.



Hình 9a: Hình ảnh gãy XHD vùng góc hàm trái trên phim Panorama



Hình 9b: Hình ảnh gãy XHD vùng góc hàm trái trên phim CT conebeam



Hình 9c: Hình ảnh kết hợp xương bằng nẹp vít và cố định 2 hàm trên phim Panorama (ngay sau phẫu thuật tại PKĐK Anh Dũng)



Hình 9d: Hình ảnh kết hợp xương bằng nẹp vít trên phim Panorama (sau phẫu thuật 3 tháng)

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

1. Trình bày triệu chứng, biến chứng gãy xương hàm dưới.
2. Trình bày chỉ định điều trị phẫu thuật và các bước phẫu thuật kết hợp gãy xương hàm dưới bằng nẹp vít.